

lớn hoặc dính vào đến lớp cơ, với tỷ lệ biến chứng thấp, phục hồi nhanh và thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jiang W, Rice TW, Goldblum JR. Esophageal leiomyoma: experience from a single institution. *Dis Esophagus*. 2013;26(2):167-174. doi:10.1111/j.1442-2050.2012.01345.x
2. Lee LS, Singhal S, Brinster CJ, et al. Current management of esophageal leiomyoma. *J Am Coll Surg*. 2004;198(1): 136-146. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2003.08.015
3. Mathew G, Osueni A, Carter YM. Esophageal leiomyoma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Updated 2022 Sep 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493173/>
4. Gowrie S, Noel A, Wooten C, et al. Slicing Through the Options: A Systematic Review of Esophageal Leiomyoma Management. *Cureus*. 2025;17(4):e81614. doi:10.7759/cureus.81614
5. Shen EF, Arnott ID, Plevris J, et al. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and management of suspected upper gastrointestinal submucosal tumours. *Br J Surg*. 2002;89(2):231-235. doi:10.1046/j.0007-1323.2001.02002.x
6. Gress F, Schmitt C, Savides T, et al. Interobserver agreement for EUS in the evaluation and diagnosis of submucosal masses. *Gastrointest Endosc*. 2001;53(1):71-76. doi:10.1067/mge.2001.111384
7. Muramatsu T, Nakagawa K, Suzuki Y, et al. Underwater endoscopic submucosal dissection with gel immersion. *Endoscopy*. 2024;56(S01):E258-E259. doi:10.1055/a-2275-0894
8. Hallit R, Lacleire S, Hervieu V, et al. Underwater peroral endoscopic myotomy. *Endoscopy*. 2020;53(1):94-95. doi:10.1055/a-1198-4646
9. Binmoeller KF, Bhat YM. Underwater peroral endoscopic myotomy. *Gastrointest Endosc*. 2016;83(2): 454-455. doi:10.1016/j.gie.2015. 08.023

TỶ LỆ THIỂU CƠ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN: MỘT NGHIÊN CỨU CẮT NGANG

Trần Công Hậu¹, Lê Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu cơ thường gặp ở bệnh thận mạn (CKD) và liên quan bất lợi đến biến cố tim mạch, nhập viện và tử vong. Dữ liệu trong nước còn hạn chế, đặc biệt về mối liên hệ giữa thiếu cơ với tuổi, BMI, độ lọc cầu thận và mức đạm niệu. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thiếu cơ và mô tả các yếu tố liên quan ở bệnh nhân CKD. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 101 người bệnh CKD. Các biến số gồm tuổi, giới, thời gian mắc CKD, BMI, ACR niệu, eGFR (phân tầng G1–G5), chỉ số khối cơ xương (SMI), khối cơ các chi (ASM), tỷ lệ mỡ (%PBF), cơ lực tay (handgrip) và tốc độ đi bộ. Phân tích so sánh hai nhóm CKD có và không có thiếu cơ, cũng như mối tương quan giữa các chỉ số khối cơ và chức năng cơ. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 67 (60–72) năm, với nam là 40,6% (41/101). Phân bố eGFR chiếm nhiều nhất ở nhóm G3b và albumin niệu đa số ở nhóm A3. Tỷ lệ thiếu cơ trong dân số nghiên cứu là 33,7% (34/101), trong đó ở nam là 34,1% và nữ là 33,3%. Nhóm bệnh nhân CKD thiếu cơ lớn tuổi hơn (với trung vị là 70 năm so với 65 năm ở nhóm không thiếu cơ; $p < 0,05$) và BMI thấp hơn ($21,7 \pm 2,2$ so với $25,5 \pm 2,9$ kg/m²; $p < 0,001$). Cơ lực tay và SMI tương quan thuận mạnh ($r = 0,694$; $p < 0,001$), cơ

lực tay tương quan nghịch với thời gian đi bộ ($r = -0,542$; $p < 0,001$) và SMI tương quan nghịch với thời gian đi bộ ($r = -0,458$; $p < 0,001$). **Kết luận:** Thiếu cơ hiện diện ở khoảng một phần ba bệnh nhân CKD và liên quan chặt chẽ với tuổi cao, BMI thấp và suy giảm khả năng vận động. Kết quả ủng hộ việc áp dụng sàng lọc định kỳ tình trạng thiếu cơ trong quản lý CKD theo các khuyến cáo quốc tế hiện nay.

Từ khóa: thiếu cơ; CKD; SMI; cơ lực tay; tốc độ đi bộ; eGFR; ACR.

SUMMARY

PREVALENCE OF SARCOPENIA AND ASSOCIATED FACTORS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Background: Sarcopenia is common in CKD and portends adverse outcomes. Local data on correlates with age, BMI, kidney function and performance measures are limited. **Objective:** To estimate sarcopenia prevalence and analyze associated factors in CKD. **Methods:** Cross-sectional study of 101 adults with CKD. Variables included age, sex, CKD duration, BMI, albumin-to-creatinine ratio, eGFR categories (G1–G5), skeletal muscle index (SMI), appendicular skeletal muscle (ASM), percent body fat, handgrip strength and gait speed. Comparative and correlation analyses were performed. **Results:** Median age was 67 with 40.6% male. The eGFR G3b group was predominated and albuminuria A3 was most frequent. Sarcopenia prevalence was 33.7% with no sex difference. Sarcopenic patients were older (median age 70 vs. 65; $p < 0,05$) and had lower BMI ($21,7 \pm 2,2$ vs. $25,5 \pm 2,9$ kg/m²; $p < 0,001$). Handgrip strongly correlated with SMI ($r = 0.694$; $p < 0.001$) and inversely with gait time ($r = -0.542$; $p < 0.001$);

¹Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á

²Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: dr.lequoctuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

SMI inversely correlated with gait time ($r = -0.458$; $p < 0.001$). **Conclusion:** About one-third of CKD patients had sarcopenia, associated with age, low BMI, and impaired physical performance, aligning with current international recommendations for systematic screening in CKD. **Keywords:** sarcopenia; CKD; SMI; handgrip; gait speed; eGFR; ACR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu cơ (sarcopenia) – trạng thái giảm khối cơ, giảm sức mạnh và/hoặc giảm hiệu năng vận động – đã được xác định là một yếu tố nguy cơ mạnh mẽ đối với suy giảm chức năng, tàn phế, nhập viện và tử vong trong dân số người già nói chung. Tuy nhiên, đây không chỉ là một hiện tượng đồng hành với lão hóa, mà còn là một quá trình bệnh lý có thể can thiệp được. Tại châu Á, việc áp dụng tiêu chí AWGS 2019 (Asian Working Group for Sarcopenia) với ngưỡng chẩn đoán đặc trưng thể trạng (cơ lực tay <28 kg ở nam và <18 kg nữ; vận tốc đi $<1,0$ m/s), đã giúp cải thiện độ nhạy và phù hợp hơn trong sàng lọc lâm sàng [1].

Ở bệnh nhân bệnh thận mạn (CKD), nhiều cơ chế bệnh sinh khác nhau có thể góp phần làm tăng thiếu cơ như viêm mạn tính, rối loạn chuyển hóa, tích lũy chất độc trung gian, thiếu hụt dinh dưỡng và hoạt động thể lực [1, 2]. Một phân tích gộp toàn cầu vào năm 2024 từ Duarte và cộng sự ($n = 42.041$) ước tính tỷ lệ thiếu cơ trong CKD là 24,5%, tuy nhiên tỷ lệ này biến thiên rất lớn (có thể từ 11% đến 30%) tùy theo định nghĩa sử dụng và theo giai đoạn CKD (thường cao hơn ở bệnh nhân lọc máu) [3]. Nghiên cứu cũng cho thấy giảm sức mạnh cơ là dấu hiệu thường gặp nhất trong CKD (43,4%), nhiều hơn giảm khối cơ (29,1%) hoặc giảm hiệu năng vận động (38,6%).

Mối liên hệ giữa CKD và thiếu cơ được xem là “quan hệ hai chiều”, không chỉ CKD làm tăng nguy cơ mất cơ, mà còn có bằng chứng ghi nhận thiếu cơ là yếu tố tiên lượng CKD mới trong dân số nói chung. Nghiên cứu từ Zheng và cộng sự (China, 2024) cho thấy người thiếu cơ giảm chức năng thận nhanh hơn hoặc tiến triển thành CKD so với nhóm chứng – sau khi đã hiệu chỉnh các yếu tố nền ban đầu (eGFR, tuổi, giới, yếu tố chuyển hóa) [4].

Tại Việt Nam và các nước Đông Nam Á, bằng chứng định lượng về tỷ lệ thiếu cơ trong CKD và các yếu tố dự đoán đi kèm vẫn rất hạn chế. Do đó, việc xác định tỷ lệ thiếu cơ và mối liên hệ với các chỉ số lâm sàng trong CKD là cần thiết để hướng dẫn sàng lọc, can thiệp và quản lý bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán CKD theo tiêu chuẩn chẩn đoán của KDIGO 2024. Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh lý cấp tính, nhiễm trùng, các tình trạng ảnh hưởng Cystatin C huyết thanh (như cường giáp, suy giáp, điều trị corticoid, thai phụ, ung thư), các trường hợp bất thường khối lượng và hoạt động cơ (như bệnh lý thần kinh-cơ đã chẩn đoán hoặc đang nghi ngờ, cắt cụt chi, khuyết tật vận động), mất nước cấp (do tiêu chảy, sốt, vận động gắng sức trước khi đo BIA) hoặc phù mô kẽ (do suy tim, hội chứng thận hư, suy gan, giảm albumin máu), bệnh nhân lọc máu chu kỳ hoặc ghép thận, đặt thiết bị cấy ghép điện tử (máy tạo nhịp, ICD).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2024 đến 07/2025, tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đại Học Y Dược Tp. HCM cơ sở 2.

2.2.3. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ thiếu cơ [5]:

$$n \geq \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$$

Với: σ là độ lệch chuẩn (nam lấy giá trị $\sigma = 1,11$, nữ lấy giá trị $\sigma = 0,73$); d là sai số ước tính, lấy giá trị 0,3; $\alpha = 0,05 \Rightarrow z = 1,96$. Cỡ mẫu tính được tối thiểu ở nam là 53 người, và ở nữ là 23. Chúng tôi chọn các đối tượng thỏa tiêu chuẩn đến khám trong thời gian nghiên cứu và chọn được 101 bệnh nhân vào tham gia nghiên cứu.

2.2.4. Biến số nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành thu thập các dữ liệu nền (tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, thời gian mắc CKD); các mẫu máu lấy lúc đói (sau 8 tiếng nhịn ăn qua đêm) chống đông bằng heparin được sử dụng thực hiện các xét nghiệm: glucose, creatinine, cystatin C; mẫu máu chống đông bằng EDTA được sử dụng để thực hiện xét nghiệm HbA1c.

Creatinine được định lượng bằng phương pháp Jaffe, sử dụng hoá chất CREA của Beckman Coulter và thực hiện trên máy phân tích sinh hoá tự động AU680 của Beckman Coulter. Độ lọc cầu thận eGFR được tính theo công thức CKD-EPI 2021 dành cho creatinine:

$$eGFR = 142 \times \min\left(\frac{Scr}{K}, 1\right)^\alpha \times \max\left(\frac{Scr}{K}, 1\right)^{-1.200} \times 0.9938^{\text{tuổi}} \times 1.012 \text{ (nếu là phụ nữ)}$$

BMI được tính từ cân nặng và chiều cao của các đối tượng nghiên cứu theo công thức:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{\text{Chiều cao}^2 (\text{m})}$$

Thiếu Khối cơ được đo trực tiếp bằng máy phân tích trở kháng điện sinh học InBody 270. Thiết bị sử dụng công nghệ đa tần số (Multi-frequency, 20 kHz và 100 kHz) và phân tích từng đoạn cơ thể (Segmental BIA) với 8 điện cực tiếp xúc đặt tại hai bàn tay và hai bàn chân. Người bệnh được yêu cầu nhịn ăn ít nhất 4 giờ, đi tiểu trước khi đo, cởi bỏ giày, tất, vật kim loại, và đứng yên tư thế chuẩn trong quá trình đo (tay dang nhẹ, không chạm thân). Các chỉ số thu được gồm:

- ASM (Appendicular Skeletal Muscle Mass, kg): tổng khối cơ tay và chân.
- SMI (Skeletal Muscle Mass Index, kg/m²) = ASM / (chu vi chiều cao [m])².
- Ngưỡng cắt theo AWGS 2019 ở nam là SMI < 7,0 kg/m² và ở nữ là SMI < 5,7 kg/m².

Sức mạnh cơ được đo bằng động kế cầm tay JAMAR (handgrip dynamometer) theo hướng dẫn của EWGSOP2. Người bệnh được yêu cầu ngồi trên ghế, khuỷu tay gấp 90°, cổ tay ở tư thế trung tính, không tỳ vào thân người. Mỗi tay được đo hai lần luân phiên, nghỉ ít nhất 30 giây giữa hai lần đo. Giá trị cao nhất trong bốn lần đo được ghi nhận làm kết quả đại diện. Ngưỡng cắt giảm sức mạnh cơ theo AWGS 2019 là <28 kg đối với nam và <18 kg đối với nữ [1].

Hiệu năng vận động được đánh giá bằng bài kiểm tra đi bộ 6 mét (6-m gait speed test), theo hướng dẫn của EWGSOP2 (2019) và AWGS 2019. Người bệnh được yêu cầu đi với tốc độ bình thường trên quãng đường 6 mét phẳng, không dừng hay chạy nhanh. Thời gian đi hết quãng đường đo bằng đồng hồ kỹ thuật số, test được thực hiện hai lần và lấy giá trị trung bình. Vận tốc < 1,0 m/s được xem là giảm hiệu năng vận động [1].

Thiếu cơ được chẩn đoán theo tiêu chuẩn AWGS 2019, xác định khi người bệnh có giảm sức mạnh cơ (cơ lực tay) và chỉ số khối cơ SMI hoặc giảm hiệu năng vận động (vận tốc đi bộ < 1,0 m/s).

2.2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Thu thập, mã hoá số liệu bằng phần mềm Excel; xử lý và phân tích bằng phần mềm STATA 17.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được kiểm định phân bố bằng phép kiểm Shapiro-Wilk. Nếu có phân phối chuẩn, trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh trung bình của hai nhóm bằng T-test. Nếu phân phối không chuẩn, trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị. So sánh tỷ lệ bằng phép kiểm chi bình phương, đánh giá sự tương quan bằng phép kiểm Spearman (cho biến có phân phối không chuẩn) và Pearson (cho biến phân phối chuẩn), khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Đây là nghiên cứu mô tả tương quan nên không can thiệp vào quá trình chẩn đoán và điều trị. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Các dữ liệu và mẫu máu chỉ thu thập khi có sự đồng ý của bệnh nhân. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại Học Y Dược Tp. HCM theo quyết định số 3181/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 30/10/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 11 năm 2024 đến tháng 07 năm 2025, 101 đối tượng thỏa mãn tiêu chí tuyển chọn đã được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm thiếu cơ của đối tượng nghiên cứu. Đặc điểm lâm sàng chung của đối tượng tham gia nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nam (N=41)	Nữ (N=60)	Tổng (N=101)	p
Tuổi (năm) Trung vị (Q1-Q3)	63 (58-71)	67 (64-73)	67 (60-72)	>0,05
Thời gian mắc CKD (năm) Trung vị (Q1-Q3)	2 (1-5)	2 (1-3,5)	2 (1-4)	>0,05
BMI (kg/m ²)	24,7 ± 3,4	23,9 ± 3,1	24,4 ± 3,4	>0,05

Nhận xét: Dân số nghiên cứu gồm 101 người bệnh CKD, tuổi trung vị 67 (60–72), tỷ lệ nam 40,6%. BMI trung bình 24,35 ± 3,38 kg/m² – tương đối hợp lý so với tiêu chuẩn châu Á, không quá thấp để đóng góp rủi ro nặng về suy

dinh dưỡng.

Tỷ lệ và các đặc điểm thiếu cơ của đối tượng tham gia nghiên cứu được trình bày trong bảng 2, 3 và biểu đồ 1.

Bảng 2: Tỷ lệ và đặc điểm thiếu cơ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nam (N=41)	Nữ (N=60)	Tổng (N=101)	p
Tổng cơ chỉ ASM	20,6 (18,0-23,1)	14,9 (13,4-15,8)	15,7 (14,4-19,5)	<0,001
Chỉ số khối cơ SMI	7,31 (6,9-8,3)	6,09 (5,5-6,5)	6,4 (5,9-7,2)	<0,001

Cơ lực tay	30,2 ± 8,0	17,9 ± 4,7	22,9 ± 8,7	<0,001
Thời gian đi bộ	4,62 (4,0-5,0)	5,6 (4,9 – 7,2)	5,0 (4,5-6,2)	<0,001
Tỷ lệ thiếu cơ	14 (34,2%)	20 (33,3%)	34 (33,7%)	>0,05

Nhận xét: Các chỉ số đánh giá khối cơ và chức năng cơ (ASM, SMI, cơ lực tay, tốc độ đi bộ) ở nam cao hơn đáng kể so với nữ ($p < 0,001$). Điều này phù hợp với thể trạng, phân tầng thể lực và phản ứng vận động theo giới tính (nam có khối cơ nền cao hơn).

Bảng 3: Môi tương quan giữa các chỉ số đánh giá thiếu cơ

Biến số tương quan	r	p
Cơ lực tay – SMI	0,694	<0,001
Cơ lực tay – Thời gian đi bộ	-0,542	<0,001
SMI – Thời gian đi bộ	-0,458	<0,001

Nhận xét: Trong toàn bộ mẫu, chỉ số khối cơ (SMI), sức mạnh cơ (cơ lực tay) và hiệu năng vận động không chỉ là các chỉ số độc lập, mà còn có sự tương quan chặt chẽ với nhau. Cơ lực tay tương quan thuận mạnh với SMI ($r = 0,694$), và mỗi chỉ số này tương quan nghịch với thời gian đi bộ ($r = -0,542$ đối với cơ lực tay và $r = -0,458$ đối với SMI). Những tương quan này cho thấy trong nhóm CKD, những người có khối cơ cao hơn thường có sức mạnh và vận động tốt hơn, trong khi đó mất cơ sẽ kèm theo suy giảm khả năng đi lại.

3.2. Môi liên quan giữa thiếu cơ và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng CKD. Chúng tôi tiến hành đánh giá mối tương quan giữa thiếu cơ với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh CKD, kết quả thể hiện trong Bảng 4.

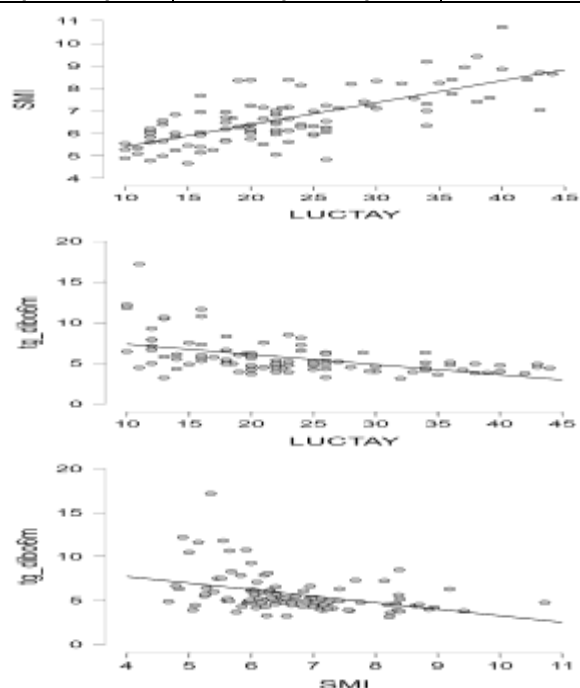
Bảng 4: Môi liên quan giữa thiếu cơ và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng CKD

Đặc điểm	Thiếu cơ (N=34)	Không thiếu cơ (N=67)	Tổng (N=101)	p
Tuổi	70 (64 – 74)	65 (58 – 71)	67 (60 – 72)	<0,05
Giới (nam)	14 (41,8%)	27 (40,3%)	41 (40,6%)	>0,05
BMI	21,7 ± 2,2	25,5 ± 2,9	24,2 ± 3,3	<0,001
Creatinine	1,5 (1,3-1,9)	1,5 (1,3-1,9)	1,5 (1,3-1,9)	>0,05
eGFRcre	41,5 (35-49)	44 (32-55)	42 (33-53)	>0,05
Đạm niệu ACR	57,1 (10,5 – 524,4)	93,5 (16,6 – 530,6)	70,7 (13,3-527,5)	>0,05
Glucose	142,0 (105,0 – 166,0)	119,0 (103,0 – 154,9)	126,0 (103,0 – 163,7)	>0,05
HbA1c	7,7 (6,6-8,9)	7,2 (6,2-8,6)	7,3 (6,3-8,7)	>0,05

Nhận xét: Nhóm thiếu cơ có đặc điểm lão hóa (tuổi cao) và giảm dự trữ dinh dưỡng (BMI thấp). Các chỉ số thận (eGFR, creatinine, ACR) và chỉ số kiểm soát đường huyết (glucose đói, HbA1c) giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa. Điều này gợi ý mức độ tổn thương thận không phải là yếu tố phân biệt chính giữa nhóm thiếu cơ và không thiếu cơ, hoặc ảnh hưởng của thận lên sự mất cơ có thể đã bị che khuất và gây nhiễu bởi các yếu tố khác (như tuổi hoặc dinh dưỡng).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi ghi nhận kiểu hình thiếu cơ ở các bệnh nhân CKD không chỉ dừng



Biểu đồ 1: Môi tương quan giữa cơ lực tay, khối cơ SMI và tốc độ đi bộ 6m

lại ở “giảm khối cơ” mà còn bộc lộ đồng thời suy giảm sức mạnh (cơ lực tay) và hiệu năng vận động (tốc độ đi bộ), với các mối tương quan mạnh giữa ba thành phần này. Kiểu hình đó phù hợp với khung chẩn đoán hiện tại của EWGSOP2, nơi sức mạnh cơ được đặt ở vị trí trung tâm để tầm soát “khả năng thiếu cơ”, sau đó xác định bằng khối cơ và phân độ nặng bằng hiệu năng vận động. Các thước đo đơn giản và kinh tế như cơ lực tay lẫn vận tốc đi bộ 6m có tương quan thuận mạnh với SMI trong dữ liệu, củng cố tính khả thi cho chiến lược sàng lọc ngay trong thực hành thận học [6].

Trong nghiên cứu, tỷ lệ thiếu cơ vào khoảng 33,7% cao hơn so với cộng đồng. Đây là điều có thể tiên đoán khi xét tới đặc điểm của quần thể CKD, với mô hình lớn tuổi và BMI thấp hơn, vốn là những yếu tố nguy cơ theo đồng thuận AWGS dành cho châu Á [7]. Về dịch tễ, phân tích gộp quy mô lớn gần đây của Duarte (2024) ghi nhận tỷ lệ thiếu cơ cao ở bối cảnh CKD, trong đó đặc tính “giảm sức mạnh cơ” hiện hữu trên gần một nửa người bệnh, và nặng nhất ở nhóm lọc máu [3]. Điều này cho thấy việc triển khai hệ thống sàng lọc theo AWGS tại phòng khám thận là khả thi và cần thiết, nhất là khi thiết bị đo khối cơ còn hạn chế.

Một phát hiện đáng chú ý khác là không có sự khác biệt có ý nghĩa về eGFR và creatinine huyết tương giữa nhóm có và không có thiếu cơ. Dưới góc nhìn sinh lý bệnh, điều này không phủ nhận vai trò của suy thận mà gợi ý rằng chính “gánh nặng dị hoá ngoài thận” – bao gồm tình trạng viêm mạn mức độ thấp, kháng insulin và rối loạn chuyển hóa – có thể góp phần quyết định vào biểu hiện thiếu cơ, ngay cả khi các bệnh nhân có mức eGFR tương đương nhau. Phân tích tổng quan từ tác giả Tsai (2025) đã nhấn mạnh ảnh hưởng chéo của trục ruột – cơ và rối loạn chuyển hoá lên chất lượng cơ (myosteatorsis), bên cạnh vấn đề giảm trực tiếp khối lượng cơ. Ở nghiên cứu của chúng tôi, tuổi cao và BMI thấp liên quan rõ với nhóm thiếu cơ, thể hiện sự nhất quán với mô hình trên [2].

Giá trị tiên lượng của các thước đo về chức năng cơ đã được chứng minh ở dân số châu Á. Trong nghiên cứu đoàn hệ của Lee (2020), lực cơ tay thấp và tốc độ đi bộ chậm đã dự báo độc lập tử vong chung cũng như biến cố tim mạch trên các bệnh nhân thận nhân tạo, trong đó những người với cả hai bất thường có nguy cơ cao nhất. Dù bệnh nhân của chúng tôi chưa lọc máu, lực cơ tay và tốc độ đi bộ đã liên hệ chặt chẽ với chỉ số SMI, cho thấy hai phép đo đơn giản này đủ nhạy để phát hiện sớm nguy cơ giảm chức năng cơ, ngay trước khi bệnh nhân tiến tới giai đoạn phải đòi hỏi nhu cầu lọc máu. Điều này ủng hộ sử dụng định kỳ lực cơ tay và tốc độ đi bộ trong quy trình quản lý CKD [8].

Thiết kế cắt ngang và cỡ mẫu một trung tâm khiến chúng tôi chưa có đủ độ nhạy để phát hiện các khác biệt nhỏ theo phân tầng eGFR và albumin niệu, cũng như chưa đánh giá được tác động của các hóa chất trung gian có liên quan (CRP, IL-6, 25-OH-vitamin D, hoạt động thể lực, khẩu phần protein, thăng bằng acid-base) lên chất lượng cơ. Nghiên cứu dọc đa trung tâm sẽ cho phép kiểm định giả thuyết “thiếu cơ dự báo sự tiến triển CKD

và biến cố”, đồng thời đánh giá hiệu quả can thiệp đa mô thức trên các kết quả đầu ra quan trọng (suy giảm GFR, nhập viện, tử vong).

V. KẾT LUẬN

Thiếu cơ là một tình trạng thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn, với tỷ lệ khoảng một phần ba, đặc biệt ở người cao tuổi và có BMI thấp. Sự suy giảm song hành giữa khối cơ, sức mạnh và hiệu năng vận động phản ánh rối loạn chuyển hóa – viêm mạn – dinh dưỡng trong CKD. Kết quả phù hợp với các hướng dẫn EWGSOP2, AWGS 2019 và khuyến nghị KDIGO 2024, khẳng định vai trò của sàng lọc thiếu cơ trong quản lý toàn diện CKD.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần triển khai sàng lọc định kỳ thiếu cơ bằng cơ lực tay và tốc độ đi bộ tại các phòng khám thận, đặc biệt ở người ≥ 60 tuổi hoặc có BMI thấp. Các nghiên cứu dọc và can thiệp đa mô thức (dinh dưỡng – vận động – kiểm soát viêm) nên được thực hiện để đánh giá hiệu quả cải thiện khối cơ và sự tiến triển giảm chức năng thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tsai C-C, et al.** Sarcopenia in chronic kidney disease: a narrative review. *Biomedicine*. 2025;13(2):352.
2. **Chatzipetrou V, Bégin M-J, Hars M, Trombetti A.** Sarcopenia in chronic kidney disease: a scoping review of prevalence, risk factors, association with outcomes, and treatment. *Calcif Tissue Int*. 2022;110(7):1–31. doi:10.1007/s00223-021-00898-1
3. **Duarte MP, et al.** Prevalence of sarcopenia in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2024; 15:501–512.
4. **Zheng X, Ren X, Jiang M, Han L, Zhong C, et al.** Association of sarcopenia with rapid kidney function decline and chronic kidney disease in adults with normal kidney function. *Br J Nutr*. 2024;131(5): 821–828. doi:10.1017/S0007114523002313.
5. **Yim J, Son N-H, Kim KM, Yoon D, Cho Y, Kyong T, Moon J-Y, Yi TI, Lee S-G, Park Y, Lee JJ, Kim K-A, Lee JE, Kim J-H.** Establishment of muscle mass-based indications for the cystatin C test in renal function evaluation. *Front Med (Lausanne)*. 2022; 9:1021936. doi:10.3389/fmed.2022.1021936
6. **Cruz-Jentoft AJ, et al.** Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis (EWGSOP2). *Age Ageing*. 2019;48(1):16–31.
7. **Chen LK, et al.** Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(3):300–307.e2.
8. **Lee Y-H, et al.** Gait speed and handgrip strength as predictors of all-cause mortality in hemodialysis patients. *BMC Nephrol*. 2020; 21:166.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ LỌC MÁU HẤP PHỤ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2024 – 2025

Hà Trần Hưng^{1,2}, Nguyễn Trung Nguyên¹,
Đinh Công Chức^{1,3}, Nguyễn Long An^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp, do nhiều nguyên nhân khác nhau, việc sử dụng biện pháp lọc máu hấp phụ nhằm tăng đào thải độc chất được ứng dụng rộng rãi do những lợi ích mang lại, nghiên cứu nhằm nhận xét kết quả lọc máu hấp phụ trong điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp tại Trung tâm Chống Độc Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2024 – 2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên bệnh nhân ngộ độc cấp được lọc máu hấp phụ tại Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06/2024 đến tháng 06/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 52 bệnh nhân trong đó 65,4% bệnh nhân nam giới, độ tuổi phổ biến 40 – 60 tuổi với 38,5%. Nguyên nhân ngộ độc chủ yếu là tự tử với 82,7% với chất độc phổ biến là hóa chất bảo vệ thực vật với 90,48%, trong đó, Diquat chiếm 48,1%, Paraquat chiếm 17,3%. Hầu hết bệnh nhân tính từ thời điểm ngộ độc đến thời điểm lọc máu dưới 24 giờ, với thời gian 6 đến 24 giờ chiếm 50% với mức độ ngộ độc chủ yếu là trung bình và nặng với 25% và 46,2%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là tương đối cao với 51,9%, chủ yếu gặp ở nhóm ngộ độc Diquat với 66,67% và mức độ nặng với 62,5%. **Kết luận:** Với các bệnh nhân ngộ độc, phương pháp lọc máu hấp phụ cho thấy hiệu quả trong điều trị, tuy nhiên kết quả điều trị liên quan mật thiết đến loại chất độc, mức độ ngộ độc ban đầu và thời gian từ khi ngộ độc đến khi được lọc máu hấp phụ. **Từ khóa:** ngộ độc cấp, lọc máu hấp phụ, hóa chất bảo vệ thực vật, Diquat.

SUMMARY

REVIEW OF THE RESULTS OF HEMOPHILISATION IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE POISONING AT THE POISON CONTROL CENTER OF BACH MAI HOSPITAL IN THE PERIOD 2024 – 2025

Objective: Acute poisoning is a common emergency due to many different causes. The use of hemofiltration to increase the elimination of toxins is widely applied due to its benefits. The study aims to evaluate the results of hemofiltration in the treatment of acute poisoning patients at the Poison Control Center of Bach Mai Hospital in the period of 2024 -

2025. **Method:** A Prospective descriptive study on acute poisoning patients undergoing hemofiltration at the Poison Control Center - Bach Mai Hospital from June 2024 to June 2025. **Results:** The study was conducted on 52 patients, of which 65.4% were male, with a common age of 40 - 60 years old at 38.5%. The main cause of poisoning was suicide with 82.7%, with the common poison being pesticides with 90.48%, of which Diquat accounted for 48.1%, Paraquat accounted for 17.3%. Most patients had less than 24 hours from the time of poisoning to the time of dialysis, with the time from 6 to 24 hours accounting for 50%, with the level of poisoning being mainly moderate and severe with 25% and 46.2%. The mortality rate in the study was relatively high with 50.1%, mainly in the Diquat poisoning group with 66.67% and severe with 62.5%. **Conclusion:** In poisoned patients, the hemodialysis adsorption method showed effectiveness in treatment, however, the treatment results were closely related to the type of poison and the initial level of poisoning. **Keywords:** acute poisoning, hemofiltration, pesticides, Diquat.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc là một cấp cứu thường gặp, do nhiều nguyên nhân (tự tử, không chủ ý, tác dụng phụ của thuốc điều trị...), số ca ngộ độc nhập viện điều trị ngày càng tăng, với mức độ ngộ độc nặng tỉ lệ tử vong vẫn rất cao. Theo nghiên cứu của tác giả Hà Trần Hưng và cộng sự đăng tại Tạp chí Y học năm 2024 tỉ lệ tử vong với ngộ độc Diquat tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai là 63,2%¹. Điều trị ngộ độc chủ yếu tập trung vào 4 phương pháp chính gồm: Điều trị triệu chứng, hồi sức ổn định chức năng sống; hạn chế hấp thu, tăng đào thải và điều trị đặc hiệu (dùng antidote với một số độc chất cụ thể). Hiện nay hướng điều trị ngộ độc tăng đào thải chất độc tập trung phát triển nhiều về kỹ thuật lọc máu, trong đó lọc máu hấp phụ (Hemopurification – HP) vì một số ưu điểm như loại bỏ được các chất độc hoặc chất gây bệnh ít hòa tan trong nước, gắn nhiều với protein, trọng lượng phân tử trung bình (< 40.000 Danton). Biện pháp này hiện nay được áp dụng trên lâm sàng cho điều trị nhiều ngộ độc cấp nặng đặc biệt là ngộ độc paraquat, diquat... Tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai, kỹ thuật lọc máu hấp phụ hiện đang được áp dụng trên nhiều đối tượng bệnh nhân ngộ độc cấp, do nhiều tác nhân ngộ độc khác nhau, vì vậy chúng tôi tiến

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025