

protein trung bình ngày thứ 5 là $52,8 \pm 24,2^2$.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu có nguy cơ cao suy dinh dưỡng, và có xu hướng tăng lên theo thời gian điều trị. Người bệnh được nuôi dưỡng chủ yếu qua ống thông dạ dày kết hợp với truyền tĩnh mạch bổ sung. Cần tiến hành can thiệp dinh dưỡng, cung cấp đủ năng lượng khẩu phần, các chất dinh dưỡng kịp thời, nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng, giảm biến chứng và tử vong cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thư, Nguyễn Thị Thu Hiền, Trương Việt Dũng, Nguyễn Đình Phú.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân nặng tại Khoa Hồi sức Truyền nhiễm, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 13(2):140-149.
2. **Nguyễn Thị Trang.** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa hồi sức tích

3. **Cheng HS, See LC, Shieh YH.** Estimating stature from knee height for adults in Taiwan. Chang Gung Med J. 2001;24(9):547-556.
4. **Benítez Brito N, Suárez Llanos JP, Fuentes Ferrer M, et al.** Relationship between Mid-Upper Arm Circumference and Body Mass Index in Inpatients. PLoS ONE. 2016;11(8).
5. **Nguyễn Hữu Hoan.** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2015. Luận Văn Thạc Sĩ Trường Đại Học Hà Nội. 2016.
6. **Lê Thị Phương Thuý, Nguyễn Phương Thảo, Đinh Trọng Hiếu, Phạm Việt Tuấn, Nguyễn Quang Dũng.** Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh thở máy tại Khoa hồi sức tích cực - chống độc, Bệnh viện Đa khoa Đống Đa năm 2019. Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học. 2021;146(10):55-63.
7. **Phùng Nam Lâm.** Nghiên cứu hiệu quả của thông khí nhân tạo không xâm nhập trong điều trị suy hô hấp tại Khoa cấp cứu năm 2011. Luận văn trường Đại Học Hà Nội. 2011.

SARCOPENIA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Dương Thị Giang¹, Phạm Hoài Thu^{1,2}

TÓM TẮT

Sarcopenia là tình trạng đặc trưng bởi sự mất dần khối lượng và chức năng cơ, gây ra nhiều bất lợi về sức khỏe, giảm khả năng hoạt động hàng ngày, tăng tỉ lệ nhập viện và tử vong ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm Sarcopenia và nhận xét một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 36 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống (SLE – Systemic Lupus erythematosus) điều trị tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023. Chẩn đoán Sarcopenia dựa vào tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 (AWGS 2019). **Kết quả:** Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống là 19,44%, trong đó Sarcopenia thể nặng chiếm 5,55 % số bệnh nhân SLE. Tỷ lệ Sarcopenia ở nhóm SLE có mức độ hoạt động bệnh mạnh chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9% ($p = 0,026$). Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ Sarcopenia có liên quan đến các yếu tố như chỉ số BMI, tình trạng dinh dưỡng, mức độ hoạt động thể lực, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ Sarcopenia ở

bệnh nhân SLE điều trị tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là đáng kể, đặc biệt ở những bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh mạnh, thể trạng gầy, có tình trạng suy dinh dưỡng và giảm hoạt động thể lực. Bởi vậy vấn đề sàng lọc sớm và thường quy Sarcopenia trên bệnh nhân SLE là rất cần thiết, sẽ giúp cho việc đạt được hiệu quả điều trị một cách toàn diện. **Từ khóa:** Sarcopenia, lupus ban đỏ hệ thống.

SUMMARY

SARCOPENIA AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Patients with systemic lupus erythematosus (SLE) who have Sarcopenia, a disorder which is defined by a progressive loss of muscle mass and strength, are at risk of a wide range of detrimental health issues, including a diminished ability to do daily tasks and an elevated risk of mortality. **Objectives:** To describe the characteristics of Sarcopenia and discuss some related factors in SLE patients at E Hospital and Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** 36 SLE patients with Sarcopenia treated at E Hospital and Hanoi Medical University Hospital from January 2023 to August 2023 underwent a descriptive cross-sectional study. The Asian Working Group on Sarcopenia's 2019 criteria are used to make the diagnosis of sarcopenia. **Results:** Sarcopenia affected 19.44% of SLE patients, of which 5.55% had severe cases. The subgroup with high disease activity had the largest percentage of sarcopenia (42.9%) ($p = 0.026$). The study's findings also revealed a statistically

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.11.2023

significant association between the prevalence of sarcopenia and some variables like body mass index, nutritional status, and level of physical activity ($p < 0.05$). **Conclusion:** SLE patients at E Hospital and Hanoi Medical University Hospital had a considerable prevalence of sarcopenia, especially those with high disease activity, thin bodies, malnutrition, and inactive lifestyles. As a result, in order to achieve comprehensive therapeutic benefits, early and regular screening for sarcopenia in SLE patients is crucial.

Keywords: Sarcopenia, systemic lupus erythematosus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, Sarcopenia được coi là một bệnh và có mã bệnh riêng biệt theo phân loại bệnh tật quốc tế ICD-10: M62.84.¹ Tỷ lệ hiện mắc dao động từ 8% đến 36% ở những người < 60 tuổi và từ 10% đến 27% ở những người ≥ 60 tuổi.² Sarcopenia gây ra nhiều bất lợi về sức khỏe, bao gồm ngã, chấn thương, giảm khả năng hoạt động hàng ngày, tăng tỉ lệ nhập viện và tử vong. Mặc dù Sarcopenia chủ yếu được chẩn đoán xác định ở người cao tuổi, tuy nhiên bệnh có thể xuất hiện ở người trẻ tuổi. Các bệnh tự miễn với tình trạng viêm mạn tính do phản ứng miễn dịch, có thể là một yếu tố nguy cơ gây ra Sarcopenia. Lupus ban đỏ hệ thống là một bệnh hay gặp nhất trong nhóm bệnh lý tự miễn, đang là gánh nặng đối với sức khỏe cộng đồng, sự phát triển kinh tế, xã hội bởi sự phổ biến và các hậu quả nặng nề của nó. Sarcopenia ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống làm suy giảm các hoạt động chức năng, tăng nguy cơ xuất hiện hội chứng dễ bị tổn thương, ngã và chấn thương do ngã, tăng nguy cơ nhập viện, thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong.² Theo Santos và cộng sự, 16 trong số 92 người mắc SLE được chẩn đoán mắc Sarcopenia (chiếm 17,4%).³ Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về Sarcopenia trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống được công bố. Để góp phần tăng cường chất lượng chăm sóc sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống và hạn chế những hậu quả nặng nề cho nhóm bệnh nhân này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm sarcopenia ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống" với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống.*
2. *Nhận xét một số yếu tố liên quan giữa Sarcopenia và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lupus ban đỏ hệ thống.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được

chẩn đoán xác định là lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023, có khả năng nghe hiểu và trả lời phỏng vấn, có khả năng tham gia vào các bài kiểm tra vận động và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, có trạng thái tinh thần không ổn định, không có khả năng nghe và trả lời phỏng vấn, mắc các bệnh cấp tính ảnh hưởng đến việc thực hiện các bài kiểm tra vận động.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang
Việc thu thập dữ liệu dựa trên hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện E và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.4. Các biến số. Để đánh giá khối lượng cơ, bệnh nhân được đo bằng máy hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA). Được tính là giảm khối lượng cơ khi chỉ số khối cơ SMI < 5,4 kg/m² đối với nữ và chỉ số khối cơ SMI < 7,0 kg/m² đối với nam.

Lực cơ tay được đo bằng máy đo lực kế cầm tay Takei, đơn vị đo tính bằng Kg. Lực cơ tay thấp khi lực cơ tay dưới 28kg đối với nam và dưới 18kg đối với nữ. Máy đo lực kế cầm tay Takei được sử dụng trong rất nhiều nghiên cứu về Sarcopenia ở nhiều quốc gia khác nhau như Nhật Bản, Trung Quốc, Italia, Mỹ...và đều được chứng minh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi sử dụng máy Takei và máy đo lực kế khác như Jamar trong việc đánh giá cơ lực tay của người bệnh.⁴

Tốc độ đi bộ giảm được xác định khi bệnh nhân đi bộ nhanh nhất nhưng an toàn nhất trên đoạn đường 6m có vận tốc < 1 m/giây.

Chẩn đoán Sarcopenia dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á năm 2019: Bệnh nhân được chẩn đoán Sarcopenia khi bệnh nhân có khối lượng cơ giảm và lực cơ tay thấp hoặc khối lượng cơ giảm và tốc độ đi bộ giảm.

Mức độ hoạt động bệnh lupus ban đỏ hệ thống phân loại theo thang điểm SLEDAI gồm 24 dấu hiệu và chia thành các mức:

SLEDAI = 0: không hoạt động

SLEDAI = 1 - 5: hoạt động nhẹ

SLEDAI = 6 - 10: hoạt động trung bình

SLEDAI = 11 - 19: hoạt động mạnh

SLEDAI ≥ 20 : hoạt động rất mạnh

Tình trạng dinh dưỡng (sử dụng Bảng đánh

giá tầm soát dinh dưỡng tối thiểu MNA chia làm 3 nhóm: tình trạng dinh dưỡng bình thường: 12-14 điểm, có nguy cơ suy dinh dưỡng: 8-11 điểm và suy dinh dưỡng: 0-7 điểm). Thang điểm đánh giá hoạt động thể lực IPAQ-SF (chia 2 nhóm: suy giảm và không giảm hoạt động thể lực).

2.5. Phân tích số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Xác định tỉ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ phần trăm theo test Fisher's exact với mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=36)

| Đặc điểm | | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|--|------------------------|--------------|-----------|
| Nhóm tuổi | < 60 | 30 | 83,33 |
| | ≥ 60 | 6 | 16,67 |
| Tuổi trung bình (X ± SD): 44,31 ± 16,78 | | | |
| Giới tính | Nam | 2 | 5,55 |
| | Nữ | 34 | 94,45 |
| Khu vực sinh sống | Nông thôn | 27 | 75 |
| | Thành thị | 9 | 25 |
| Đơn vị điều trị | Nội trú | 12 | 33,33 |
| | Ngoại trú | 24 | 66,67 |
| Dinh dưỡng (MNA-SF) | Bình thường | 21 | 58,33 |
| | Nguy cơ suy dinh dưỡng | 11 | 30,56 |
| | Suy dinh dưỡng | 4 | 11,11 |
| Hoạt động thể lực (IPAQ-SF) | Giảm | 8 | 22,22 |
| | Không giảm | 28 | 77,78 |

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm ưu thế (94,45%), đa số thuộc nhóm tuổi < 60 (83,33%). Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng chiếm 41,67%, giảm hoạt động thể lực chiếm 22,22%.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=36)

| Đặc điểm | Số lượng n (%) | Tỷ lệ (%) | X̄ ± SD |
|-----------|----------------|-----------|---------|
| Thời gian | <5 năm | 22 | 61,11 |

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến Sarcopenia ở bệnh nhân SLE (n=36)

| Đặc điểm | Sarcopenia | | Không Sarcopenia | | OR | P |
|-----------------|------------|-----------|------------------|-----------|------|-------|
| | (n) | Tỉ lệ (%) | (n) | Tỉ lệ (%) | | |
| Giới | Nam | 0 | 0 | 2 | 6,9 | 0,475 |
| | Nữ | 7 | 100 | 27 | 93,1 | |
| Đơn vị điều trị | Nội trú | 4 | 57,1 | 8 | 27,6 | 0,137 |
| | Ngoại trú | 3 | 42,9 | 21 | 72,4 | |
| BMI | Gầy | 4 | 57,1 | 4 | 13,8 | 0,028 |

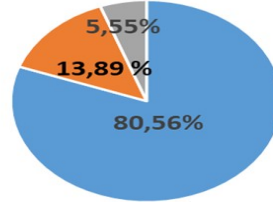
| | | | | |
|---|-----------------|----|-------|-------------|
| mắc SLE | ≥5 năm | 14 | 38,89 | ±4,8 |
| Thời gian sử dụng glucocorticoid | ≥3 tháng | 30 | 83,33 | 17,7 |
| | <3 tháng | 6 | 16,67 | ±13,8 |
| BMI | Gầy | 8 | 22,22 | 20,62 ±2,28 |
| | Bình thường | 22 | 61,11 | |
| | Thừa cân | 6 | 16,67 | |
| Mức độ hoạt động bệnh | Không hoạt động | 5 | 13,9 | |
| | Nhẹ | 17 | 47,22 | |
| | Trung bình | 7 | 19,44 | |
| | Mạnh | 7 | 19,44 | |

Nhận xét: Nhóm có BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 61,11%. Nhóm bệnh nhân gầy chỉ chiếm 22,22%.

3.2. Đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân SLE
Bảng 3. Đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân SLE (n=36)

| Đặc điểm | | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------|-------------|------------------|-----------|
| Khối lượng cơ | Giảm | 11 | 30,56 |
| | Bình thường | 25 | 69,44 |
| Lực cơ tay | Giảm | 12 | 33,33 |
| | Bình Thường | 24 | 66,67 |
| Tốc độ đi bộ | Giảm | 7 | 19,44 |
| | Bình thường | 29 | 80,56 |

Nhận xét: Về các yếu tố chẩn đoán Sarcopenia gồm giảm khối lượng cơ, giảm lực cơ tay và giảm thời gian đi bộ lần lượt chiếm tỷ lệ: 30,56%, 33,33% và 19,44%.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân SLE (n=36)

Nhận xét: Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân SLE là 19,44%, trong đó Sarcopenia thể nặng chiếm 5,55% số lượng bệnh nhân SLE.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến Sarcopenia ở bệnh nhân SLE

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------|---|------|----|------|-----|-------|
| | Bình thường | 2 | 28,6 | 20 | 69 | | |
| | Thừa cân | 1 | 14,3 | 5 | 17,2 | | |
| Hoạt động thể lực | Giảm | 4 | 57,1 | 4 | 13,8 | 8,3 | 0,03 |
| | Không giảm | 3 | 42,9 | 25 | 86,2 | | |
| Dinh dưỡng | Bình thường | 1 | 14,3 | 20 | 69 | | |
| | Có nguy cơ SDD | 3 | 42,9 | 8 | 27,6 | | 0,004 |
| | Suy dinh dưỡng | 3 | 42,9 | 1 | 3,4 | | |
| Mức độ hoạt động SLE | Không hoạt động | 0 | 0 | 5 | 17,2 | | |
| | Nhẹ | 1 | 14,3 | 16 | 55,2 | | |
| | Trung bình | 3 | 42,9 | 4 | 13,8 | | 0,026 |
| | Mạnh | 3 | 42,9 | 4 | 13,8 | | |

Nhận xét:

* Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân SLE cao hơn ở nhóm: có mức độ hoạt động bệnh trung bình và mạnh (42,9%), có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng (42,9%), giảm hoạt động thể lực (57,1%), nhóm bệnh nhân gầy (57,1%). Các sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ Sarcopenia ở 2 giới (nam và nữ); ở 2 nhóm (điều trị nội trú và ngoại trú) là khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

* Nữ giới có tỷ lệ sarcopenia là 100% cao hơn ở nam giới 0%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

* Tỷ lệ sarcopenia của nhóm bệnh nhân nội trú (57,1%) cao hơn nhóm bệnh nhân ngoại trú (42,9%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

* Nhóm bệnh nhân giảm hoạt động thể lực có nguy cơ sarcopenia gấp 8 lần bệnh nhân không giảm hoạt động thể lực (95%CI 1,34 – 52,03), $p < 0,05$.

Bảng 5. Môi trường quan giữa CRP và Sarcopenia (n = 36)

| Đặc điểm | Sarcopenia | | P |
|----------------------|-----------------|-----------------|-------|
| | Không | Có | |
| CRP $\bar{X} \pm SD$ | 1,67 \pm 1,27 | 3,76 \pm 2,86 | 0,043 |

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, nhóm có Sarcopenia có chỉ số CRP (3,76 \pm 2,86) cao hơn nhóm không có Sarcopenia (1,67 \pm 1,27). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Mann – Whitney U Test).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân SLE. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm sức mạnh cơ khi tính theo lực bóp tay là 33,33%. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm khối lượng cơ khi tính theo SMI đo bằng máy DXA là 30,56%. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy giảm hoạt động thể lực khi tính theo tốc độ đi bộ là 19,44% (Bảng 3). Theo định nghĩa của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á thì chỉ số đánh giá khối lượng cơ và chất lượng cơ bao gồm lực cơ tay và thời gian đi bộ sẽ giúp chúng ta đánh

giá được tỷ lệ mắc Sarcopenia và Sarcopenia thể nặng ở nhóm đối tượng nghiên cứu. Theo biểu đồ 1, tỉ lệ sarcopenia ở bệnh nhân SLE là 19,44%, trong đó Sarcopenia nặng chiếm 5,55%. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Santos và cộng sự vào tháng 6/2011 thực hiện trên 92 phụ nữ mắc SLE cho kết quả tỉ lệ mắc Sarcopenia là 17,4%.³ Trong SLE có rất nhiều những biến đổi như: tăng các sản phẩm của quá trình viêm; tăng quá trình trao đổi chất, tăng dị hóa và giảm đồng hóa protein; giảm GH và yếu tố tăng trưởng giống insulin 1 (IGF-1); tổn thương viêm khớp gây giảm vận động cũng như điều trị SLE bằng liệu pháp Glucocorticoid,... Tất cả những điều này đều góp phần làm giảm khối lượng và sức mạnh cơ, làm tăng nguy cơ mắc Sarcopenia cho người bệnh SLE.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến Sarcopenia ở bệnh nhân SLE. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân SLE có mức độ hoạt động bệnh mạnh và trung bình có tỉ lệ Sarcopenia cao chiếm 42,9%, tiếp đến là bệnh có mức độ hoạt động nhẹ thì tỉ lệ Sarcopenia là 14,3% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này được thể hiện rõ ở bảng 4. Cơ chế bệnh sinh của Sarcopenia trên bệnh nhân SLE là kết quả của sự mất cân bằng giữa hai quá trình tổng hợp và phân hủy protein. Trong SLE, xảy ra quá trình viêm mạn tính xen kẽ những đợt bệnh bùng phát, tạo ra rất nhiều sản phẩm của quá trình viêm: cytokines, IL1, IL6, TNF α ,... Các cytokine này làm tăng quá trình dị hóa protein, giảm đồng hóa protein và giảm các yếu tố đồng hóa protein như hormone tăng trưởng (GH) và yếu tố tăng trưởng giống insulin 1 (IGF-1), dẫn đến làm giảm cả khối lượng và sức mạnh cơ.⁵ Ở những bệnh nhân SLE có mức độ hoạt động bệnh mạnh, phản ứng viêm diễn ra mạnh mẽ đa cơ quan, protein C phản ứng thường tăng. Theo phân tích ở bảng 5, chỉ số CRP có mối tương quan với tỉ lệ Sarcopenia. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, nhóm

Sarcopenia có giá trị CRP trung bình ($3,76 \pm 2,86$) cao hơn nhóm không có Sarcopenia ($1,67 \pm 1,27$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043$ ($p < 0,05$) (Mann – Whitney U Test). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của James S. Andrews và cộng sự khi nghiên cứu trên 136 phụ nữ mắc SLE, thấy rằng nồng độ CRP trong huyết thanh cao có liên quan đến giảm sức mạnh cơ.⁶ Trong một phân tích tổng hợp 19 nghiên cứu, có 14 nghiên cứu cho thấy mối tương quan giữa giá trị CRP cao với tình trạng giảm sức mạnh cơ, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.⁷ Vì vậy, trong thực hành lâm sàng, các biện pháp ngăn ngừa tình trạng Sarcopenia là cần thiết đối với những bệnh nhân SLE có mức độ hoạt động bệnh mạnh và chỉ số CRP cao kéo dài.

Từ bảng 4 thấy rằng tỉ lệ Sarcopenia có mối liên quan với chỉ số khối cơ thể BMI. Tỉ lệ Sarcopenia ở nhóm gầy, bình thường và thừa cân lần lượt là 57,1%; 28,6% và 14,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,028$ ($p < 0,05$). Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Faiq I. Gorial và cộng sự trên 60 bệnh nhân SLE tại Iraq vào năm 2018 với $p = 0,011 < 0,05$.⁸ Điều này có thể lý giải do bệnh nhân gầy có khối lượng cơ thấp hơn dẫn đến nguy cơ mắc Sarcopenia cao hơn. Vì vậy bệnh nhân gầy cần có chế độ ăn giàu lượng protein và tăng cường các bài tập vận động có kháng trở để tăng khối lượng và sức mạnh cơ giúp phòng tránh Sarcopenia.

Đồng thời, bảng 4 cũng cho thấy tỉ lệ Sarcopenia cũng có mối liên quan với sự suy giảm của tình trạng dinh dưỡng. Tỉ lệ Sarcopenia ở nhóm dinh dưỡng bình thường, nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng lần lượt là 14,3%, 42,9%, 42,9% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,004$ ($p < 0,05$). Suy dinh dưỡng là hậu quả của thiếu hụt năng lượng và protein có ảnh hưởng bất lợi đến cơ thể. Các giả thuyết đưa ra rằng, sự thiếu hụt dinh dưỡng cần thiết sẽ kích hoạt hệ thống miễn dịch và làm tăng tổng hợp các cytokine viêm làm khuếch đại quá trình dị hóa gây giảm khối lượng cơ và do đó ảnh hưởng đến chức năng của cơ.⁹ Nâng cao nhận thức, hướng dẫn bệnh nhân thực hiện chế độ ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng, cụ thể là chế độ ăn giàu các acid amin thiết yếu như: leucin, lysine... là một trong những biện pháp hữu ích giúp phòng ngừa và điều trị Sarcopenia.

Phân tích từ bảng 4 cho hay nhóm người bệnh giảm hoạt động thể lực có tỉ lệ mắc Sarcopenia cao gấp 8 lần so với nhóm không giảm hoạt động thể lực (CI 95% 1,34 – 52,03)

với $p = 0,03$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tâm trên 250 đối tượng vào năm 2020, với OR = 8,43 (95% CI 5,33 – 13,33).¹⁰ Mức độ hoạt động thể lực thấp làm thay đổi cấu trúc cơ thể theo nhiều hướng, đó là: làm giảm khối lượng cơ và tăng khối lượng mỡ. Cơ chế gây ra giảm khối lượng cơ là do tình trạng giảm mạn tính quá trình tổng hợp protein khi người bệnh không vận động thể lực.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ Sarcopenia theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á 2019 ở bệnh nhân SLE điều trị tại Bệnh viện E và bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong nghiên cứu của chúng tôi là 19,44% và 5,55% số bệnh nhân SLE mắc Sarcopenia thể nặng. Tỷ lệ Sarcopenia ở bệnh nhân SLE cao hơn ở các nhóm bệnh nhân gầy, có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng, giảm hoạt động thể lực, mức độ hoạt động bệnh trung bình và mạnh, chỉ số CRP cao ($p < 0,05$). Do đó, việc phát hiện sớm Sarcopenia ở bệnh nhân SLE là rất cần thiết, đặc biệt ở các bệnh nhân SLE có mức độ hoạt động mạnh, chỉ số CRP cao và suy dinh dưỡng. Từ đó giúp cho việc thay đổi các chiến lược can thiệp về dinh dưỡng, về vận động nhằm mang lại hiệu quả toàn diện trong điều trị và tiên lượng ở bệnh nhân SLE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anker SD, Morley JE, von Haehling S.** Welcome to the ICD-10 code for sarcopenia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2016;7(5):512-514. doi:10.1002/jcsm.12147
2. **Landi F, Liperoti R, Russo A, et al.** Sarcopenia as a risk factor for falls in elderly individuals: results from the iSIRENTE study. *Clin Nutr.* 2012; 31(5): 652-658. doi: 10.1016/j.clnu. 2012.02.007
3. **Santos MJ, Vinagre F, Canas da Silva J, Gil V, Fonseca JE.** Body composition phenotypes in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis: a comparative study of Caucasian female patients. *Clin Exp Rheumatol.* 2011;29(3):470-476.
4. **Joseph Abiodun Balogun.** Intratester reliability and validity on the Takei Kigi Kogyo Hand Grip Dynamometer. Published 1991. Accessed September 6, 2023. https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=J+Phys+Ther+Sci&title=Intratester+reliability+and+validity+of+the+Takei+Kiki+Kogyo+hand+grip+dynamometer&author=J+Balogun&author=A+Onigbinde&volume=3&publication_year=1991&pages=55-60&
5. **Vitale G, Cesari M, Mari D.** Aging of the endocrine system and its potential impact on sarcopenia. *Eur J Intern Med.* 2016;35:10-15. doi:10.1016/j.ejim.2016.07.017
6. **Andrews JS, Trupin L, Schmajuk G, et al.** Muscle Strength Predicts Changes in Physical Function in Women with Systemic Lupus

- Erythematosus. Arthritis Care Res (Hoboken). 2015;67(8):1070-1077. doi:10.1002/acr.22560
7. **Shokri-Mashhadi N, Moradi S, Heidari Z, Saadat S.** Association of circulating C-reactive protein and high-sensitivity C-reactive protein with components of sarcopenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Exp Gerontol.* 2021;150:111330. doi:10.1016/j.exger.2021.111330
 8. **Isho Gorial F, Mahmood Z, Obaidi S.** Body Composition in Iraqi Women With Systemic Lupus Erythematosus. *Global Journal of Health Science.* 2018;11:63. doi:10.5539/gjhs.v11n1p63
 9. **Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, et al.** Diagnostic criteria for malnutrition – An ESPEN Consensus Statement. *Clinical Nutrition.* 2015; 34(3): 335-340. doi: 10.1016/j.clnu.2015. 03.001
 10. **Nguyễn Ngọc Tâm.** Nghiên cứu áp dụng một số phương pháp sàng lọc Sarcopenia ở người bệnh cao tuổi. Luận án tiến sĩ Y học. Published online 2020.

PHƯƠNG PHÁP NHẬN BIẾT TỔN THƯƠNG RĂNG BẰNG CHỈ THỊ MÀU Ở RĂNG CÓ PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE : BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Huyền Khuê¹, Phùng Hữu Đại²

TÓM TẮT

Bối cảnh: Hở rìa miếng trám, sâu răng tái phát ở răng có phục hồi bằng composite là một quá trình phức tạp, khi trùng hợp composite bị co lại tạo ra khe hở, quá trình co lại vẫn tiếp diễn sau khi trám rất lâu. Bề mặt dán còn ẩm, trải qua tiếp xúc nóng lạnh trong miệng là những nguyên nhân dẫn tới. Phương pháp nhuộm màu tổ chức men răng, ngà răng nhiễm khuẩn hoặc cấu trúc ngà răng yếu giúp cho việc đánh giá, kiểm soát hở rìa miếng trám, phát hiện tổ chức yếu, ngà nhiễm khuẩn cần được loại bỏ. **Mục đích:** Báo cáo kết quả phát hiện hở rìa kẽ răng, sâu răng tái phát, tổ chức men ngà yếu bằng chất chỉ thị màu đem lại phục hồi tổ chức răng ổn định. **Phương pháp:** Chúng tôi báo cáo về một trường hợp bệnh nhân nữ 34 tuổi người Việt Nam đến khám vì răng có miếng trám composite cách đây 3 năm ê buốt khi uống nước lạnh, khi ăn nhai. Có mảng màu đen bám quanh rìa tiếp xúc miếng trám composite và men răng. Phương pháp loại bỏ sâu răng tái phát, phát hiện khe hở rìa miếng trám với chất chỉ thị màu để loại bỏ hoàn toàn tổ chức răng yếu, phục hồi được tổn thương răng tốt nhất. **Kết quả:** Bệnh nhân sau khi được kiểm soát tổn thương bằng chất chỉ thị màu được phục hồi tổ chức bằng composite đã loại bỏ hoàn toàn triệu chứng ê buốt khi uống nước lạnh và ăn nhai. **Kết luận:** Phương pháp nhuộm màu tổn thương men răng, ngà răng, hở rìa miếng trám composite giúp phát hiện tổn thương mà mắt thường không thể nhận diện được. Đảm bảo việc loại bỏ tổ chức men răng, ngà răng yếu được kiểm soát từ đó việc kết nối, phục hồi tổ chức cứng bằng composite đảm bảo lâu dài, không có hiện tượng hở rìa miếng trám composite khiến bệnh nhân có triệu chứng ê buốt.

Từ khóa: Báo cáo một ca lâm sàng, chất chỉ thị màu, hở rìa miếng trám, sâu răng tái phát, composite.

SUMMARY

USING DETECTOR DYES FOR RESIN COMPOSITE RESTORATION: A CASE REPORT

Background: Marginal leakage, recurrent caries with composite restoration is a complicated process, the polymerization shrinks to create a leakage, the shrinking process continues long after filling. The is still wet, experiencing hot and cold exposure in the mouth are the causes. The method of staining tooth enamel, infected dentin or weak dentin structure helps to evaluate and control the marginal leakage, detect weak tissue, and infected dentin, that needs to be removed. **Purpose:** This study aims to report the results of detecting marginal leakage, recurrent caries, dentin enamel by detector dyes to restore stable tooth structure. **Methods:** We report on a case of a 34-year-old Vietnamese female patient, with resin composite restoration 3 years ago, presented with the chief complaints of high dental sensibility when drinking cold water and chewing food. It is discoloration in marginal around composite restoration. The method of removing recurrent caries, detecting the marginal leakage with detector dyes to completely remove the affected tooth structure. **Results:** The patient completely eliminated the symptoms of sensitivity when drinking cold water and chewing food. **Conclusion:** The method of detector dyes helps to detect lesions that cannot be recognized by the naked eye. It help to remove effectively affected enamel and dentin, so that the resin composite restoration can be stable without marginal leakage causing patients to suffer from postoperative sensitivity. **Keywords:** Case report, resin composite, detector dyes, marginal leakage, recurrent caries

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Composite nha khoa được Bowen sáng chế ra 1962, sử dụng để trám răng nhờ kỹ thuật xói mòn và keo dán. Composite hiện nay là vật liệu thẩm mỹ phổ biến nhất, thay thế dần cement silicate và nhựa acrylic. Phục hồi composite trực tiếp là một trong những kỹ thuật phục hồi trong nha khoa phổ biến nhất hiện nay.¹ Thành phần

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô

²Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huyền Khuê

Email: bacsihuyenkhue@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.11.2023