

không biểu hiện triệu chứng gì<sup>9</sup>. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 183 bệnh nhân được làm xét nghiệm Chlamydia (85,1%) trong số đó có 23 trường hợp dương tính, chiếm 12,6% tổng số các bệnh nhân được làm xét nghiệm. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Lê Kiều Trang<sup>5</sup> (30%), vì tác giả nghiên cứu về phẫu thuật trong viêm phần phụ, những bệnh nhân phẫu thuật trong điều trị hỗ trợ sinh sản nên tỷ lệ dương tính cao hơn.

Chúng tôi chỉ định siêu âm tất cả các trường hợp, đều thấy rõ ràng khối ở phần phụ 1 hoặc 2 bên. Trong những trường hợp siêu âm thấy hình ảnh khối viêm ở một bên phần phụ, thì trên lâm sàng khám thực thể 55,5% sờ thấy khối 1 bên; 41,8% không sờ thấy khối. Trong những trường hợp siêu âm thấy khối viêm ở cả 2 bên, chỉ 25,7% sờ thấy khối 2 bên; 48,6% không sờ thấy khối. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kích thước khối trên siêu âm hay gặp hơn là từ 5 - 10cm chiếm 53,5%. Kích thước < 5cm chiếm 42,3%, ít nhất là khối có kích thước > 10cm chiếm 4,2%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Kiều Trang<sup>7</sup>. Kích thước 5-10 cm chiếm tỷ lệ chủ yếu (51,6%). Đặc điểm khối siêu âm chủ yếu dạng ống (57,2%), hình ảnh đặc trưng của ứ nước vòi tử cung. Vì những đặc điểm về siêu âm của viêm phần phụ khá giống với 1 khối u buồng trứng nên làm cho chúng ta hay chẩn đoán nhầm với các bệnh lý của buồng trứng như u, ung thư buồng trứng. Bởi vậy cần phải kết hợp giữa tiền sử của bệnh nhân và triệu chứng lâm sàng để cho chẩn đoán chính xác<sup>10</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng hay gặp của bệnh

nhân viêm phần phụ là sốt, ra khí hư và đau bụng hạ vị. Xét nghiệm bạch cầu và CRP tăng, trên siêu âm kích thước khối phần phụ tăng và có hình ống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn Phụ - Sản Trường đại học Y Hà Nội.** Bài giảng Sản Phụ khoa Tập 2. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2012.
- Jennings LK, Krywko DM.** Pelvic Inflammatory Disease. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC. 2022.
- Nguyễn Lê Minh.** Đánh giá kết quả điều trị viêm phần phụ bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương trong 4 năm 2007- 2010. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường đại học Y Hà Nội. 2010.
- Bởi Quan Huynh.** Ứ dịch ống dẫn trứng và vô sinh. IVFMD. Published online. 2019.
- Nguyễn Xuân Hợi.** Nghiên cứu pH âm đạo và mối liên quan với viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội. 1999.
- Nguyễn Thị Thu Hà.** Đánh giá kết quả nội soi viêm phần phụ tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương trong 3 năm 2016 - 2018. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2019.
- Lê Kiều Trang.** Nahiên cứu kết quả phẫu thuật viêm phần phụ tại khoa Phụ sản Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- Bontis JN, Theodoridis TD.** Laparoscopic management of hydrosalpinx. Ann N Y Acad Sci. 2006;1092:199-210.
- Black CM.** Current methods of laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infections. Clin Microbiol Rev. 1997;10(1):160-184.
- Đình Quốc Hưng, Lê Thị Thanh Vân.** Mô tả hình thái tổn thương và các tác nhân gây viêm phần phụ ở bệnh nhân mổ nội soi tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương 2015-2016. 2016.

## SARCOPENIA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH THẬN MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THỂ THẬN

Nguyễn Bá Ngọc Sơn<sup>1</sup>, Đặng Thị Việt Hà<sup>1,2</sup>, Phạm Hoài Thu<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

Sarcopenia (thiếu cơ) rất phổ biến ở những người bệnh mắc bệnh thận mạn tính (CKD) và có liên quan

đến việc tăng tỉ lệ bệnh tật, tử vong và biến chứng tim mạch. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng sarcopenia và một số yếu tố liên quan ở người bệnh thận mạn chưa điều trị thay thể thận tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 156 người bệnh được chẩn đoán Sarcopenia theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia châu Á (2019) và chẩn đoán bệnh thận mạn tính theo tiêu chuẩn của KDIGO (2012). **Kết quả:** Tỉ lệ sarcopenia ở người bệnh mắc bệnh thận mạn tính (CKD) là 29.49%. Sarcopenia được quan sát thấy ở tất cả các giai đoạn tiến triển của CKD, với tỉ lệ cao nhất là 58.4% ở giai đoạn 5 và thấp nhất là 13.3% ở giai đoạn 1. Nhóm người bệnh CKD mức độ

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023

từ 3b-5 có cơ lực tay kém hơn so với nhóm người bệnh CKD mức độ 1-3a ( $p < 0.05$ ). Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy tuổi cao, thiếu máu và có nhiều bệnh đồng mắc là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc sarcopenia ở người bệnh thận mạn ( $p < 0.001$ ). **Kết luận:** Tình trạng sarcopenia là phổ biến ở người bệnh mắc CKD chưa điều trị thay thế, bệnh có mặt ở tất cả các giai đoạn của CKD, đặc biệt là nhóm người bệnh tuổi cao, bệnh thận giai đoạn nặng, có tình trạng thiếu máu và đồng mắc nhiều bệnh. Vì vậy, chẩn đoán sớm sarcopenia ở nhóm người bệnh thận mạn là thực sự cần thiết, qua đó giảm thiểu các kết quả bất lợi ở người bệnh chưa bắt đầu lọc máu.

**Từ khoá:** Sarcopenia, bệnh thận mạn

## SUMMARY

### SARCOPENIA AND ASSOCIATED FACTORS IN NON-DIALYSIS CKD PATIENTS

Sarcopenia is highly prevalent in patients with chronic kidney disease (CKD) and is associated with an increased risk of morbidity, mortality, and cardiovascular complications. **Objective:** Describe the prevalence of sarcopenia and its associated factors in non-dialysis CKD patients at Bach Mai Hospital. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 156 patients diagnosed with sarcopenia according to the criteria of the Asian Working Group for Sarcopenia (2019) and CKD according to the Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) criteria (2012). **Results:** The prevalence of sarcopenia in CKD patients was 29.49%. Sarcopenia was observed in all stages of CKD, with the highest prevalence being 58.4% in stage 5 and the lowest being 13.3% in stage 1. CKD patients in stages 3b-5 had lower handgrip strength compared to those in stages 1-3a ( $p < 0.05$ ). Multivariate linear regression analysis showed that advanced age, anemia, and the presence of multiple comorbidities were factors associated with an increased risk of sarcopenia in CKD patients ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** Sarcopenia is a common condition in non-dialysis CKD patients and is present in all stages of CKD, particularly in elderly patients with severe renal impairment, anemia, and multiple comorbidities. Therefore, early diagnosis of sarcopenia in CKD patients is crucial to minimize adverse outcomes in those who have not yet initiated renal replacement therapy.

**Keywords:** Sarcopenia, chronic kidney disease.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (CKD) là tình trạng suy giảm chức năng thận kéo dài trên 3 tháng, gây ảnh hưởng đến sức khỏe. Đây là vấn đề sức khỏe ngày càng phổ biến trên thế giới, chi phí điều trị lớn. CKD có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm, trong đó có sarcopenia - tình trạng mất protein cơ. Sarcopenia làm giảm chất lượng cuộc sống và tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân CKD.<sup>1</sup>

Sarcopenia là tình trạng mất khối lượng cơ liên quan đến tuổi, kèm theo suy giảm chức năng cơ và vận động. Bệnh làm tăng nguy cơ mất khả năng vận động, té ngã, gãy xương và tử

vong ở người cao tuổi.<sup>2</sup>

Trong CKD, sarcopenia có thể ảnh hưởng đến khoảng 37% người bệnh lọc máu.<sup>3</sup> Tuy nhiên, tỉ lệ sarcopenia hiện nay trong giai đoạn đầu của CKD vẫn chưa được hiểu rõ và dao động từ 5% đến 9%. Mắc sarcopenia ở người bệnh thận mạn liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh và tử vong cao, đặc biệt do biến chứng tim mạch. Mặc dù đã có nghiên cứu về sarcopenia ở người cao tuổi tại Việt Nam, tuy nhiên chưa có nghiên cứu cụ thể ở bệnh nhân CKD. Vì vậy, để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và phòng ngừa các biến chứng ở người bệnh bệnh thận mạn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu: *Mô tả thực trạng sarcopenia và mô tả một số yếu tố liên quan ở người bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế thận tại Bệnh viện Bạch Mai.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Nghiên cứu được tiến hành trên 156 người bệnh gồm nam giới và nữ giới trưởng thành trên 18 tuổi được chẩn đoán bệnh thận mạn theo tiêu chuẩn KDIGO 2012 và đang được điều trị bảo tồn bệnh thận mạn ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11 năm 2022 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:** Người bệnh 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 có thể cản trở việc thực hiện đúng các xét nghiệm được sử dụng để đánh giá sức mạnh và chức năng cơ bắp.

### 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.

Nghiên cứu sử dụng phương pháp cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện.

### 2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám ngoại trú bệnh thận mạn tính - Bệnh viện Bạch Mai.

**2.4. Các biến số.** Để đánh giá khối cơ, người bệnh được đo trở kháng điện sinh học bằng máy Inbody P770. Khối lượng cơ thấp được xác định bằng cách sử dụng chỉ số khối cơ chi ASMI, được tính toán dựa trên công thức: khối lượng cơ chi (ALM)/chiều cao<sup>2</sup>. Khối lượng cơ

thấp được chỉ định khi giá trị ALMI dưới 7 kg/m<sup>2</sup> đối với nam và dưới 5.7 kg/m<sup>2</sup> đối với nữ.<sup>4</sup>

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 các máy đo lực kế khác như Jamar trong việc đánh giá cơ lực tay của người bệnh.

Tốc độ đi bộ giảm được xác định khi người bệnh đi bộ nhanh nhất nhưng an toàn 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: Người bệnh được chẩn đoán Sarcopenia khi người bệnh có khối lượng cơ giảm và lực cơ tay thấp hoặc khối lượng cơ giảm và tốc độ đi bộ giảm. Và chẩn đoán Sarcopenia nặng khi có khối lượng cơ giảm, lực cơ tay thấp và tốc độ đi bộ giảm.

CKD được xác định và phân loại dựa trên tiêu chí KDIGO 2022 và tốc độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) được xác định bằng phương trình CKD-EPI. Với kích thước mẫu hạn chế, các so sánh thống kê được rút ra giữa những người có eGFR ≥ 45 mL/phút/1.73 m<sup>2</sup> (giai đoạn 1, 2 và 3A) và những người có < 45 mL/phút/1.73 m<sup>2</sup> (giai đoạn 3B, 4 và 5).

**2.5. Phân tích số liệu.** Kết quả của nghiên cứu được trình bày theo hai cách: giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến liên tục và tỉ lệ phần trăm đối với các biến phân loại.

Sự khác biệt giữa hai nhóm được đánh giá bằng cách sử dụng phân tích hai biến số, với kiểm định chi bình phương hoặc T-test, tùy thuộc vào các biến được phân tích.

Phân tích dữ liệu được thực hiện bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Giá trị p < 0.05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

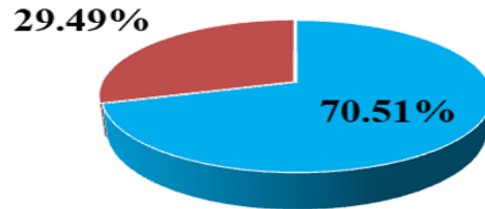
**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi thu được 156 người bệnh thận mạn, nhận thấy:

- Tuổi trung bình là 57.07 ± 15.2 trong đó 46.2% người bệnh trên 60 tuổi
- 60.3% đối tượng nghiên cứu là nam giới, tỉ lệ nam/nữ = 3/2
- Đa số người bệnh trong nghiên cứu có BMI trong ngưỡng bình thường
- Phần lớn đối tượng nghiên cứu có CKD ở

giai đoạn 2 (29.5%) và giai đoạn 3a (24.4%).

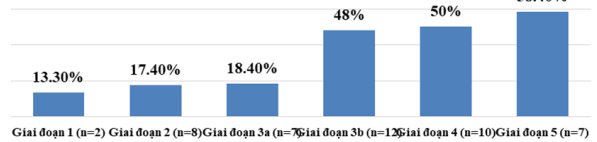
**3.2. Đặc điểm sarcopenia trên người bệnh có bệnh thận mạn**

■ Không sarcopenia ■ Sarcopenia



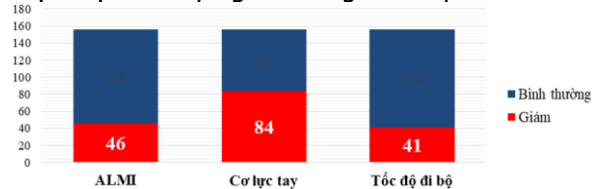
**Biểu đồ 1. Tỉ lệ sarcopenia trên người bệnh thận mạn (n=156)**

**Nhận xét:** Trong 156 người bệnh tham gia nghiên cứu, chúng tôi thấy có 46 người mắc sarcopenia (29.49%), trong đó 16 người mắc sarcopenia thể nặng (chiếm 10.23%).



**Biểu đồ 2. Tỉ lệ sarcopenia theo các giai đoạn bệnh thận mạn (n=156)**

**Nhận xét:** Tỉ lệ mắc sarcopenia tăng tỉ lệ thuận với các giai đoạn của bệnh thận mạn, trong đó cao nhất là giai đoạn 5, với 58.4% số người bệnh mắc sarcopenia. Sự khác biệt giữa tỉ lệ mắc sarcopenia ở các nhóm giai đoạn bệnh thận mạn là có ý nghĩa thống kê với p<0.05.



**Biểu đồ 3. Các đặc điểm của sarcopenia trên bệnh thận mạn (n=156)**

**Nhận xét:** Trong các tiêu chí cấu thành chẩn đoán sarcopenia, yếu tố phổ biến nhất là giảm cơ lực tay (chiếm 53.8%). Cơ lực tay trung bình là 24.87 ± 6.31 kg, tốc độ đi bộ trung bình là 1.19 ± 0.28 m/s<sup>2</sup>, ALMI là 7.16 ± 0.96 kg/m<sup>2</sup>.

**3.3. Môi liên quan giữa sarcopenia và một số yếu tố trên người bệnh có bệnh thận mạn**

**Bảng 1. Môi liên quan giữa sarcopenia giai đoạn bệnh thận mạn (n=156)**

	Sarcopenia		p	OR
	Có n (%)	Không n (%)		
<b>CKD giai</b>	17 (37%)	82 (74.5%)	0.000	4.996

<b>đoạn 1-3a</b>			
<b>CKD giai đoạn 3b-5</b>	29 (63%)	28 (25.5%)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ mắc sarcopenia ở nhóm CKD giai đoạn từ 3b tới 5 cao hơn có ý nghĩa thống kê (p=0.007). Người bệnh CKD giai đoạn 3b-5 có nguy cơ mắc sarcopenia cao gấp 4.996 lần so với người bệnh CKD giai đoạn 1-3a.

**Bảng 2. Mối liên quan giữa giai đoạn bệnh thận mạn và cơ lực tay (n= 156)**

	Giai đoạn bệnh thận mạn		p	OR
	1-3a n (%)	3b-5 n (%)		
<b>Cơ lực tay giảm</b>	37 (37%)	47 (74.5%)	0.000	7.876
<b>Cơ lực tay bình thường</b>	62 (63%)	10 (25.5%)		

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh bị giảm cơ lực tay ở nhóm CKD giai đoạn 3b-5 cao hơn đáng kể so với nhóm CKD giai đoạn 1-3a (p<0.001).

**Bảng 3. Mối liên quan giữa giai đoạn bệnh thận mạn và tốc độ đi bộ (n=156)**

	Giai đoạn bệnh thận mạn		p	OR
	1-3a n (%)	3b-5 n (%)		
<b>Tốc độ đi bộ bình thường</b>	75(75.8%)	40(40.2%)	0.446	1.321
<b>Tốc độ đi bộ giảm</b>	24(24.2%)	17(29.8%)		

**Nhận xét:** Tỷ lệ giảm tốc độ đi bộ ở nhóm CKD giai đoạn 3b-5 (28.9%) cao hơn nhóm CKD giai đoạn 1-3a. Tuy nhiên chênh lệch này không có ý nghĩa thống kê (p=0.446).

**Bảng 4. Mối liên quan giữa sarcopenia và một số đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu (n=156)**

Đặc điểm	Sarcopenia		Giá trị p
	Có (n=46)	Không (n=110)	
<b>Tuổi</b>	75.92±7.2	54.61±14.27	<0.001
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	21.73±1.03	21.32±1.67	0.413
<b>Hemoglobin (g/L)</b>	123.06±1.51	125.19±3.02	0.018
<b>Anbumin (g/L)</b>	42.92±4.41	43.75±4.11	0.514
<b>Canxi (mmol/L)</b>	2.21±0,49	2.17±0.58	0.034
<b>Phốt pho (micromol/L)</b>	0.99±0,02	1.12±0.02	<0.001
<b>Creatinin (micromol/L)</b>	190.42 ±116.73	201.68 ±136.29	0.001

**Nhận xét:** Nhóm sarcopenia có tuổi trung

bình cao hơn đáng kể so với nhóm không sarcopenia (75.92 so với 54.61 tuổi, p<0.001). Nhóm sarcopenia có chỉ số hemoglobin, calci, phospho thấp hơn và creatinine cao hơn nhóm không sarcopenia (p=0.001). Sự khác biệt về BMI và albumin không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5. Phân tích các yếu tố liên quan với Sarcopenia**

Biến độc lập	OR	Khoảng tin cậy 95%	p
<b>Tuổi (≥ 60)/( &lt;60)</b>	9.95	2.81-35.25	0.000
<b>Giai đoạn CKD (1-3a)/(3b-5)</b>	1.51	0.48-4.71	0.479
<b>Nhóm BMI (gầy)/(bình thường+thừa cân)</b>	2.39	0.34-16.74	0.379
<b>Thiếu máu (thiếu máu)/(không thiếu máu)</b>	12.92	3.39-49.21	0.000
<b>Nhóm CCI (Charlson &lt;6)/(≥ 6)</b>	17.44	1.38-220.14	0.000

**Nhận xét:** Thực hiện phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi cao, tình trạng thiếu máu và điểm CCI trên 6 có liên quan độc lập với tình trạng bệnh (p<0.001). Giai đoạn CKD và BMI trong mô hình này không có tương quan mang ý nghĩa thống kê với tình trạng bệnh.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Mô tả thực trạng của sarcopenia ở người bệnh mắc bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế thận.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc sarcopenia là 29.49%, kết quả này tương đương với tỷ lệ trong nghiên cứu của Viviane và cộng sự năm 2017 là 28.7% và cao hơn mức 20.6% theo nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Tư.<sup>5,6</sup> Tỷ lệ mắc sarcopenia giữa các nghiên cứu có sự khác biệt đáng kể, tùy thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán, quần thể tham gia nghiên cứu. Trong cùng một nghiên cứu, khi sử dụng 2 tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau, kết quả tỷ lệ mắc sarcopenia cũng khác nhau. Trong nghiên cứu của Vivian và cộng sự, tỷ lệ sarcopenia là 28.7% theo tiêu chuẩn FNIIH và là 11.9% theo tiêu chuẩn EWGSOP.<sup>6</sup> Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Tư không có nhóm CKD giai đoạn 5, là nhóm có tỷ lệ mắc sarcopenia cao, đồng thời tiêu chuẩn FNIIH có điểm cắt cơ lực tay là 26 kg với nam và 16kg với nữ, thấp hơn điểm cắt của tiêu chuẩn AWGS2019 mà chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu này, các yếu tố trên có thể góp phần khiến cho tỷ lệ sarcopenia khảo sát được từ nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

Từ biểu đồ 2, tỉ lệ mắc sarcopenia tăng tỉ lệ thuận với giai đoạn bệnh thận mạn, điều này tương đồng với kết luận rút ra từ nghiên cứu của Foley và cộng sự<sup>7</sup>. Tình trạng này cũng xuất hiện ở các giai đoạn đầu của CKD, nhấn mạnh sự cần thiết của việc chẩn đoán sớm mắc sarcopenia để ngăn chặn sự tiến triển của nó và các biến chứng liên quan.

Tình trạng giảm cơ lực tay khá phổ biến trong nghiên cứu với 53.8% số người bệnh (biểu đồ 3). Lực cơ tay trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $24.87 \pm 6.31$  kg. Kết quả này cao hơn đáng kể so với kết quả của tác giả Đỗ Thị Tư là  $15.9 \pm 6.3$ . Sự khác biệt do tiêu chuẩn lựa chọn của tác giả Đỗ Thị Tư chỉ gồm người bệnh >60 tuổi.<sup>5</sup>

#### 4.2. Môi liên quan giữa Sarcopenia và bệnh thận mạn ở nhóm người bệnh bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế thận.

Thông qua bảng 1 nghiên cứu cũng cho thấy nguy cơ mắc sarcopenia liên quan tỉ lệ thuận với giai đoạn bệnh thận mạn ( $p < 0.001$ ). Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh khi chức năng thận suy giảm dẫn đến các rối loạn chuyển hóa và nội tiết liên quan đến quá trình thoái hóa cơ bao gồm mất cân bằng giữa tổng hợp và phân giải protein, sự giảm tín hiệu insulin/IGF-1-Akt-mTOR và gia tăng hệ thống ubiquitin-proteasome (UPS), tăng bất thường của các gốc oxy phản ứng (ROS) và cytokine viêm, rối loạn chức năng ty thể, rối loạn các hormone.<sup>8</sup>

Bảng 2 cho thấy nhóm người bệnh CKD giai đoạn 3b-5 có nguy cơ giảm cơ lực tay gấp 7.876 lần nhóm CKD giai đoạn 1-3a ( $p < 0.001$ ). Kết quả này tương đồng với các công bố trước đó của Pereira và Foley.<sup>7,9</sup> Leong và cộng sự năm 2015 đã kết luận đo cơ lực tay là phương pháp thăm dò dễ thực hiện, không xâm lấn và rẻ tiền, có thể thực hiện để tầm soát tình trạng giảm sức cơ qua đó phát hiện những người bệnh có nguy cơ cao gặp các biến cố tim mạch bất lợi sau này.<sup>10</sup> Bảng 3 cho thấy nhóm người bệnh thận mạn ở giai đoạn 3b-5 có tình trạng giảm tốc độ đi bộ cao hơn. Tuy nhiên chênh lệch này không có ý nghĩa thống kê. Nguyên nhân có thể đến từ quần thể nghiên cứu vốn là những người bệnh ngoại trú, có khả năng tự đi lại và vận động thể chất nhất định.

Kết quả ở bảng 4 chỉ ra nhóm sarcopenia có nồng độ huyết sắc tố trung bình thấp hơn có ý nghĩa thống kê ( $p = 0.018$ ) so với nhóm không sarcopenia. Sự khác biệt có thể do căn nguyên của sarcopenia và thiếu máu đều có liên quan tới vấn đề dinh dưỡng. Kết quả này tương đồng với

công bố của Tseng năm 2021. Các chỉ số phospho, calci mặc dù có sự khác biệt có tính thống kê, nhưng khác biệt không lớn và hiện nay các nghiên cứu từng công bố cho kết quả không thống nhất và còn thiếu các nghiên cứu chuyên sâu về vai trò của các chất này trong quá trình bệnh sinh của sarcopenia.

Khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến giữa các yếu tố độc lập với tình trạng mắc sarcopenia, kết quả ở bảng 5 cho thấy nhóm tuổi, tình trạng hemoglobin và chỉ số bệnh đồng mắc Charlson cao liên quan tới tăng nguy cơ mắc sarcopenia ( $p < 0.001$ ). Tuy nhiên, khoảng tin cậy của các biến trên còn rộng, nguyên nhân có thể đến từ cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn, cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đưa ra kết quả chính xác hơn. Qua đó chỉ ra nhóm bệnh nhân cao tuổi, thiếu máu và có nhiều bệnh đồng mắc là nhóm có nguy cơ mắc sarcopenia cao, cần tiến hành tầm soát cũng như có các can thiệp về chế độ tập luyện, dinh dưỡng và thuốc để ngăn ngừa diễn biến bệnh.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ mắc sarcopenia ở bệnh nhân thận mạn điều trị ngoại trú là 29.49%. Sarcopenia xuất hiện ngay từ giai đoạn đầu của bệnh thận và tăng dần theo mức độ suy thận. Bệnh nhân thận mạn mắc sarcopenia có nguy cơ giảm vận động, hoạt động. Nhóm người bệnh cao tuổi, thiếu máu, có nhiều bệnh đồng mắc là nhóm cần lưu tâm tầm soát sớm và can thiệp về điều trị, dinh dưỡng, tập luyện để cải thiện chất lượng cuộc sống và hạn chế biến chứng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **I. H. Fahal.** Uraemic sarcopenia: aetiology and implications. *Nephrol Dial Transplant.* 2014;29(9): 1655-1665. doi:10.1093/ndt/gft070.
2. **A. J. Cruz-Jentoft, J. P. Baeyens, J. M. Bauer, et al.** Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing.* 2010;39(4):412-423. doi:10.1093/ageing/afq034.
3. **J. K. Kim, S. R. Choi, M. J. Choi, et al.** Prevalence of and factors associated with sarcopenia in elderly patients with end-stage renal disease. *Clin Nutr.* 2014;33(1):64-68. doi:10.1016/j.clnu.2013.04.002.
4. **Liang-Kung Chen, Jean Woo, Prasert Assantachai, et al.** Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2020;21(3): 300-307.e302. doi: 10.1016/j.jamda.2019.12.012.

5. **Đỗ Thị Tư.** Sarcopenia và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh thận mạn, Hanoi Medical University; 2018.
6. **V. A. Souza, D. Oliveira, S. R. Barbosa, et al.** Sarcopenia in patients with chronic kidney disease not yet on dialysis: Analysis of the prevalence and associated factors. *PLoS One.* 2017;12(4): e0176230. doi:10.1371/journal.pone.0176230.
7. **R. N. Foley, C. Wang, A. Ishani, et al.** Kidney function and sarcopenia in the United States general population: NHANES III. *Am J Nephrol.* 2007;27(3):279-286. doi:10.1159/000101827.
8. **T. N. Stitt, D. Drujan, B. A. Clarke, et al.** The IGF-1/PI3K/Akt pathway prevents expression of muscle atrophy-induced ubiquitin ligases by inhibiting FOXO transcription factors. *Mol Cell.* 2004;14(3): 395-403. doi:10.1016/s1097-2765(04)00211-4.
9. **R. A. Pereira, A. C. Cordeiro, C. M. Avesani, et al.** Sarcopenia in chronic kidney disease on conservative therapy: prevalence and association with mortality. *Nephrol Dial Transplant.* 2015;30(10):1718-1725. doi:10.1093/ndt/gfv133.
10. **Darryl P. Leong, Koon K. Teo.** Predicting cardiovascular disease from handgrip strength: the potential clinical implications. *Expert Review of Cardiovascular Therapy.* 2015;13(12):1277-1279. doi:10.1586/14779072.2015.1101342.

## KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CỦA CÔNG NHÂN Ở CÁC KHU NHÀ TRỌ TẠI THÀNH PHỐ DĨ AN, TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023

Phạm Nguyễn Tuấn Vũ<sup>1</sup>, Tạ Văn Trâm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Sốt xuất huyết Dengue đã trở thành mối quan tâm lớn về sức khỏe cộng đồng quốc tế. **Mục tiêu:** Xác định kiến thức, thực hành của công nhân tại một số khu nhà trọ tại thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Qua nghiên cứu trên công nhân ở một số khu nhà trọ tại thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương năm 2023 ghi nhận: Tỷ lệ có kiến thức chung đúng về phòng chống sốt xuất huyết là 74,65%; Tỷ lệ thực hành chung đúng về phòng chống sốt xuất huyết 79,72%. **Kết luận:** Tỷ lệ công nhân tại một số nhà trọ trên địa bàn thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương có kiến thức, thực hành đúng về phòng chống Sốt xuất huyết Dengue năm 2023 tốt, cần phát huy để công cuộc phòng chống sốt xuất huyết dựa vào cộng đồng ngày càng hiệu quả.

**Từ khóa:** Sốt xuất huyết, kiến thức, thái độ

### SUMMARY

#### KNOWLEDGE AND PRACTICE OF DENGUE PREVENTION AND PREVENTION OF WORKERS IN HOTEL AREA AT DI AN CITY, BINH DUONG PROVINCE IN 2023

**Background:** Dengue hemorrhagic fever has become a major international public health concern. **Objective:** Determine the knowledge and practices of workers in some boarding houses in Di An city, Binh Duong province in 2023. **Methods:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** Through research on workers in some boarding houses in Di An city, Binh

Duong province in 2023, it was recorded: The rate of having correct general knowledge about dengue fever prevention is 74.65%; The overall correct practice rate for dengue fever prevention is 79.72%. **Conclusion:** The proportion of workers at some boarding houses in Di An city, Binh Duong province with knowledge and correct practices on Dengue hemorrhagic fever prevention by 2023 is good, which needs to be promoted so that dengue prevention is based on into the community more and more effectively.

**Keywords:** Dengue fever, knowledge, attitude

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) đã trở thành mối quan tâm lớn về sức khỏe cộng đồng quốc tế với ước tính có khoảng 10.000 ca tử vong và 100 triệu ca nhiễm có triệu chứng mỗi năm tại hơn 128 quốc gia, chủ yếu ở châu Á, tiếp theo là châu Mỹ Latinh và châu Phi. SXHD có thể phát triển thành một tình trạng nghiêm trọng hơn, thậm chí có thể gây tử vong. Việt Nam là một trong số đó và hiện đang cố gắng kiểm soát sự gia tăng các ca mắc SXHD mỗi năm<sup>(1)</sup>. Tại Việt Nam, tình hình lây nhiễm SXH không ổn định nhưng cao điểm từ tháng 6 đến tháng 10 hàng năm. Tích lũy từ đầu năm 2022 đến 12/10/2022 cả nước ghi nhận 247.202 trường hợp mắc, 100 ca tử vong do sốt xuất huyết. So với cùng kỳ năm 2021 số mắc tăng 4,7 lần, tử vong tăng 80 trường hợp. Con số này tăng hơn 10.000 ca mắc mới và 2 trường hợp tử vong so với tuần đầu tháng 10/2022<sup>(2)</sup>. Theo WHO, không có thuốc đặc hiệu cho bệnh SXHD và không thể tiêm vắc-xin ở nhiều nơi, nhưng việc phát hiện sớm và tiếp cận với dịch vụ chăm sóc y tế thích hợp sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong xuống dưới 1%. Các biện pháp

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế thành phố Dĩ An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nguyễn Tuấn Vũ

Email: shypham1505@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 21.12.2023