

Tỷ lệ mắc sarcopenia ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Nghệ An năm 2024

Đặng Anh Tuấn¹, Lê Đức Cường², Phạm Thị Dung^{2*}

¹Bệnh viện Phổi Nghệ An, xã Nghi Lộc, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình, 373 Lý Bôn, phường Trần Lâm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

Ngày nhận bài 25/4/2025; ngày chuyển phản biện 28/4/2025; ngày nhận phản biện 21/5/2025; ngày chấp nhận đăng 26/5/2025

Tóm tắt:

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hiện mắc sarcopenia ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD - chronic obstructive pulmonary disease) điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Nghệ An năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 399 người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Nghệ An năm 2024. Xác định khối cơ xương bằng thiết bị Inbody 770. Sarcopenia được chia thành các nhóm: bình thường, tiền sarcopenia, sarcopenia vừa và sarcopenia nặng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Thiếu cơ châu Á. **Kết quả:** có 38,1% không mắc sarcopenia, 52,1% ở mức tiền sarcopenia (có khối cơ thấp). Tỷ lệ mắc sarcopenia là 9,8%. Tình trạng tắc nghẽn đường thở càng cao thì tỷ lệ mắc sarcopenia càng lớn. Tỷ lệ mắc là 7% ở nhóm GOLD 1-2 và 18,5% ở nhóm GOLD 4. Nhóm bệnh E có tỷ lệ mắc cao nhất là 11,8%, hai nhóm A, B có tỷ lệ mắc là 8,3%. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc sarcopenia là 9,8%. Tỷ lệ mắc ở nữ cao hơn so với nam (lần lượt là 10,5 và 9,6%, $p>0,05$). Tỷ lệ mắc ở nhóm trên 60 tuổi cao hơn nhóm dưới 60 tuổi (lần lượt là 10,3 và 7,9%; $p>0,05$). Tỷ lệ mắc tăng dần theo mức độ bệnh và mức độ tắc nghẽn đường thở ($p<0,05$).

Từ khóa: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, điện trở kháng sinh học, thiếu cơ.

Chỉ số phân loại: 3.2, 3.3

Prevalence of sarcopenia among outpatients with chronic obstructive pulmonary disease at Nghe An Lung Hospital in 2024

Anh Tuan Dang¹, Duc Cuong Le², Thi Dung Pham^{2*}

¹Nghe An Lung Hospital, Nghi Loc Commune, Nghe An Province, Vietnam

²Thai Binh University of Medicine and Pharmacy, 373 Ly Bon Street, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam

Received 25 April 2025; revised 21 May 2025; accepted 26 May 2025

Abstract:

Objectives: This study aimed to determine the prevalence of sarcopenia among outpatients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Nghe An Lung Hospital in 2024. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted among 399 outpatients with COPD at Nghe An Lung Hospital in 2024. The skeletal muscle mass index (SMI) was measured using the Inbody 770 device. Sarcopenia was classified into four categories: normal, pre-sarcopenia, moderate sarcopenia, and severe sarcopenia, according to the 2019 diagnostic criteria of the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS). **Results:** The results showed that 38.1% of the study participants had normal SMI, while 52.1% were diagnosed with pre-sarcopenia. The overall prevalence of sarcopenia among the study population was 9.8%. Sarcopenia prevalence increased with the severity of airway obstruction. According to the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) classification, sarcopenia prevalence was 7.0% in stages 1-2 and 18.5% in stage 4. Group E patients had the highest prevalence (11.8%), while groups A and B showed a prevalence of 8.3%. **Conclusions:** The prevalence of sarcopenia was 9.8%. The prevalence was higher in females than males (10.5 and 9.6%, respectively; $p>0.05$). The prevalence was also higher in the group aged over 60 years than in those under 60 years (10.3 and 7.9%, respectively; $p>0.05$). In addition, the prevalence increased progressively with disease severity and the degree of airway obstruction ($p<0.05$).

Keywords: bioelectrical impedance, chronic obstructive pulmonary disease, sarcopenia.

Classification numbers: 3.2, 3.3

*Tác giả liên hệ: Email: dungpt@tbump.edu.vn

1. Đặt vấn đề

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một bệnh trong bốn nhóm bệnh mạn tính không lây nhiễm hàng đầu hiện nay trên thế giới. Tỷ lệ mắc COPD toàn cầu ở lứa tuổi 30-79 là 10,3%, tương ứng với 391,9 triệu ca mắc và gây ra 3,23 triệu ca tử vong (khoảng 5% tổng số ca tử vong trên toàn cầu mỗi năm). Gần 90% trường hợp tử vong do COPD ở những người dưới 70 tuổi xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Khu vực châu Á Thái Bình Dương trong đó có Việt Nam là nơi có tỷ lệ mắc cao nhất (11,7%) và gặp thấp nhất ở khu vực châu Mỹ (6,8%) [1].

Trong khi đó, suy dinh dưỡng là một trong những vấn đề thường gặp ở người bệnh COPD do có tình trạng vừa tăng nhu cầu mà nguồn cung cấp lại giảm [2, 3]. Người bệnh COPD phải tiêu hao năng lượng nhiều hơn do phải tăng cường hoạt động hô hấp (tăng tần số, biên độ thở), tăng các yếu tố viêm, nhất là trong các đợt cấp. Nhưng người bệnh COPD lại thường ăn uống kém, chán ăn do dạ dày bị chèn ép và khó thở, ảnh hưởng đến hoạt động nhai nuốt. Các nguyên nhân này khiến người bệnh COPD bị giảm cân và teo cơ, từ đó dẫn đến suy dinh dưỡng, kiệt sức và tăng tỷ lệ tử vong [4-6]. BMI (Body mass index - chỉ số khối cơ thể) là một chỉ số phổ biến, thường dùng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng nhưng không thể đánh giá được mức độ mất cơ ở người bệnh. Trong khi đó, nhiều nghiên cứu cho thấy mất cơ và giảm sức mạnh cơ (sarcopenia) là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tiến trình của bệnh [7]. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước đã cho thấy, tỷ lệ mắc sarcopenia ở người bệnh COPD rất cao và có sự khác biệt liên quan đến độ tuổi. Theo báo cáo của N.P. Masik và cs (2022) [8], tỷ lệ này tăng từ 50% ở người trẻ lên 91,7% ở những đối tượng trên 60 tuổi. Tỷ lệ mắc sarcopenia cũng tăng tỷ lệ thuận với mức độ nặng của bệnh: từ 20% ở mức độ 1 lên 100% ở mức độ 4 theo phân loại của Chương trình Chiến lược toàn cầu về COPD [8].

Hiện nay, có nhiều phương pháp và tiêu chuẩn đánh giá sarcopenia. Các nghiên cứu ở Việt Nam thường sử dụng tiêu chuẩn đánh giá cho người châu Á theo khuyến cáo của Hiệp hội Thiếu cơ châu Á (AWGS - Asian Working Group for Sarcopenia) [9]. Theo tiêu chuẩn này, đo lường khối cơ có thể sử dụng các thiết bị đo thành phần cơ thể như DEXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) hoặc BIA (Bioelectrical impedance analysis). Tuy nhiên, DEXA thường có chi phí cao và phơi nhiễm tia xạ. Do đó, hiện nay công nghệ BIA sử dụng dòng điện sinh học đa tần số hay được áp dụng trong các nghiên cứu hơn. Thiết bị Inbody 770 với 6 dải tần số và đo trở kháng điện sinh học trực tiếp từng phần có độ chính xác tương tự DEXA, giúp đánh giá khách quan các chỉ số thành phần cơ thể trong đó có khối cơ [9].

Bệnh viện Phổi Nghệ An hiện đang quản lý điều trị khoảng 1.500 người bệnh COPD nhưng chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về tình trạng dinh dưỡng, cũng như mức độ mất cơ ở đối tượng này. Do đó, để góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: Mô tả tỷ lệ mắc sarcopenia ở người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Nghệ An năm 2024.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán xác định mắc COPD theo tiêu chuẩn của GOLD [10].

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán COPD đang quản lý điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Nghệ An từ 3 tháng trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Người bệnh đã đặt máy tạo nhịp tim hoặc có cấy ghép kim loại ở phần thân hoặc tứ chi; có khuyết tật chi, hoặc gù vẹo cột sống; (2) Người bệnh đang điều trị đợt cấp của COPD hoặc đang điều trị nội trú các bệnh lý khác kèm theo; bị mắc ung thư hoặc có di chứng thần kinh sau đột quỵ não, bệnh lý thoái hóa não; (3) Người bệnh không trả lời được các câu hỏi, không thực hiện được bài kiểm tra bước chân hoặc cơ lực, mất thính lực và thị lực.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phổi Nghệ An.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2024 đến tháng 10/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Công thức tính cỡ mẫu được xác định như sau:

$$n = (z_{(1-\alpha/2)}^2) \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

trong đó: n: số lượng mẫu (người bệnh cần điều tra); $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy $Z_{(1-\alpha/2)}$ tương ứng với độ tin cậy 95%=1,96; d: khoảng sai lệch mong muốn (chọn d=0,05); p: tỷ lệ người bệnh COPD được chẩn đoán mắc sarcopenia theo nghiên cứu của Y. Zhai (2024) [11] tại Bệnh viện Nhân dân Chongqing (Trung Quốc) từ năm 2022 đến 2024. Chọn p=0,403. Tính được cỡ mẫu tối thiểu n=370, thực tế có 399 người bệnh tham gia nghiên cứu.

Thu thập số liệu: Đo chiều cao bằng thước dây Seca với vạch chia đến mm, chiều cao được tính bằng cm với 1 số lẻ thập phân. Khối cơ được đo bằng thiết bị phân tích trở kháng điện sinh học (BIA) Inbody 770. Xác định giảm sức cơ bằng áp lực kế cầm tay Carmy. Đo thời gian đi bộ bình thường bằng cách tính thời gian người bệnh đi hết quãng đường 6 m được vạch sẵn.

Tiêu chuẩn đánh giá:

- Sarcopenia được chia thành các nhóm: bình thường, tiền sarcopenia, sarcopenia vừa và sarcopenia nặng. Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của AWGS [9]. Cụ thể như sau:

Tiêu chuẩn 1: Chỉ số khối cơ (SMI) giảm khi nam <7,0 kg/m², nữ <5,7 kg/m².

Tiêu chuẩn 2: Cơ lực tay: Nam <28 kg, nữ <18 kg.

Tiêu chuẩn 3: Khả năng thực hiện động tác giảm: tốc độ đi bộ ≤1 m/s.

Chẩn đoán tiền sarcopenia khi chỉ có tiêu chuẩn 1.

Chẩn đoán sarcopenia mức độ vừa khi có: tiêu chuẩn 1 và 2 hoặc tiêu chuẩn 1 và 3.

Chẩn đoán sarcopenia nặng khi có cả 3 tiêu chuẩn 1, 2 và 3.

- Đánh giá tiêu chuẩn chẩn đoán COPD, mức độ tắc nghẽn và nhóm bệnh (theo GOLD 2024) [10]. Cụ thể:

+ Mức độ tắc nghẽn: GOLD 1: FEV₁ ≥80% trị số lý thuyết; GOLD 2: 50% ≤ FEV₁ <80% trị số lý thuyết; GOLD 3: 30% ≤ FEV₁ <50% trị số lý thuyết; GOLD 4: FEV₁ <30% trị số lý thuyết.

+ Nhóm bệnh: Phân nhóm theo nhóm A, B, E như sau:

Nhóm bệnh	Tiền sử đợt cấp	Triệu chứng
Nhóm A	0-1 đợt cấp trung trong vòng 12 tháng qua (đợt cấp không nhập viện)	mMRC 0-1 hoặc CAT <10
Nhóm B	0-1 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua (đợt cấp không nhập viện)	mMRC ≥2 hoặc điểm CAT ≥ 10
Nhóm E	≥2 đợt cấp trung bình trong vòng 12 tháng qua hoặc ≥1 đợt cấp nhập viện	

Phân tích thống kê: Kiểm tra phân bố phân tích. Nếu số liệu phân bố chuẩn sẽ sử dụng các test thống kê tham số: Test t cho 2 nhóm độc lập, Test t ghép cặp cho so sánh trước sau, Test Anova cho so sánh trên 2 nhóm. Số liệu không phân bố chuẩn đã sử dụng test thống kê phi tham số (Spearman, Wilcoxon, Mann Whitney U test). So sánh giữa các tỷ lệ sử dụng test χ^2 . Mức ý nghĩa được lựa chọn trong nghiên cứu là 95% ($\alpha=0,05$).

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương và được phê duyệt theo Quyết định số 1786/QĐ-YDTB ngày 27/9/2024.

3. Kết quả

Kết quả bảng 1 cho thấy, người bệnh có độ tuổi 60 trở lên chiếm 77,9%, tỷ lệ nam chiếm đa số, tới 80,9%. Hầu hết đối tượng chủ yếu ở mức độ GOLD 1-3 và phân nhóm bệnh B và E. Chỉ có 20,3% ở mức GOLD 4 và 1,3% ở nhóm A.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=399).

Các đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi (trung vị và khoảng tứ phân vị)	66 (60-72)	
Nhóm tuổi		
<60	88	22,1
60-69	182	45,6
70-79	110	27,6
≥80	19	4,7
Giới tính		
Nữ	76	19,1
Nam	323	80,9
Phân loại mức độ bệnh theo GOLD		
1	1	0,3
2	99	24,8
3	218	54,6
4	81	20,3
Phân nhóm bệnh A, B, E		
Nhóm A	5	1,3
Nhóm B	224	56,1
Nhóm E	170	42,6

Kết quả bảng 2 cho thấy, chỉ số khối cơ trung bình ở nam là 6,6 kg/m² và nữ là 5,6 kg/m². Sức cơ tay của nam trung bình là 28,6 kg cao hơn so với nữ là 21,0 kg. Tốc độ di chuyển của cả 2 giới nam và nữ là tương đương nhau, trung bình là 1,3 m/s.

Bảng 2. Đặc điểm các chỉ số đánh giá thiếu cơ theo giới tính (n=399).

Đặc điểm	Chung (n=399)	Nam (n=323)	Nữ (n=76)
SMI (kg/m ²)	6,4±1,0	6,6±0,9	5,6±0,7
Sức cơ (kg)	27,2±7,1	28,6±6,7	21,0±5,3
Tốc độ di chuyển (m/s)	1,3±0,2	1,3±0,2	1,3±0,2

Kết quả bảng 3 cho thấy, có 61,9% số người bệnh COPD bị giảm khối cơ theo tiêu chuẩn SMI của nam <7 kg/m² và nữ <5,7 kg/m². Tỷ lệ mắc ở nam là 64,4% cao hơn so với nữ (51,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tỷ lệ giảm sức cơ chung là 17,3% nhưng gặp ở nữ (81,6%) nhiều hơn so với nam (2,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tỷ lệ giảm tốc độ di chuyển của nữ là 9,2%, cao hơn so với nam là 5,3% nhưng sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3. Tỷ lệ thiếu cơ và giảm sức mạnh cơ theo giới tính (n=399).

Đặc điểm	Chung (n=399)	Nam (n=323)	Nữ (n=76)	P
Giảm khối lượng cơ xương	247 (61,9)	208 (64,4)	39 (51,3)	0,035
Giảm sức cơ	69 (17,3)	7 (2,2)	62 (81,6)	0,038
Giảm tốc độ di chuyển	24 (6,0)	17 (5,3)	7 (9,2)	0,157

Kết quả bảng 4 cho thấy, nhóm người bệnh cao tuổi (≥ 60 tuổi) có chỉ số khối cơ trung bình là $6,4 \text{ kg/m}^2$, thấp hơn so với nhóm dưới 60 tuổi là $6,6 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,05$). Tốc độ di chuyển trung bình của nhóm ≥ 60 tuổi là $1,3 \text{ m/s}$, thấp hơn so với nhóm < 60 tuổi ($p < 0,05$). Còn sức cơ của 2 nhóm là tương đương nhau.

Bảng 4. Đặc điểm các chỉ số đánh giá thiếu cơ theo nhóm tuổi (n=399).

Đặc điểm	<60 tuổi (n=88)	≥ 60 tuổi (n=311)	P
SMI (kg/m^2)	$6,6 \pm 0,8$	$6,4 \pm 1,0$	$< 0,05$
Sức cơ (kg)	$27,3 \pm 6,9$	$27,2 \pm 7,3$	$> 0,05$
Tốc độ di chuyển (m/s)	$1,4 \pm 0,2$	$1,3 \pm 0,2$	$< 0,05$

Kết quả bảng 5 cho thấy, nhóm đối tượng ≥ 60 tuổi có tỷ lệ giảm khối lượng cơ xương là $66,9\%$, cao hơn so với nhóm < 60 tuổi là $44,3\%$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ giảm tốc độ di chuyển của nhóm người bệnh cao tuổi cũng cao hơn so với nhóm < 60 tuổi một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) nhưng mức độ giảm sức cơ của 2 nhóm là tương tự nhau ($p > 0,05$).

Bảng 5. Tỷ lệ thiếu cơ và giảm sức mạnh cơ theo nhóm tuổi (n=399).

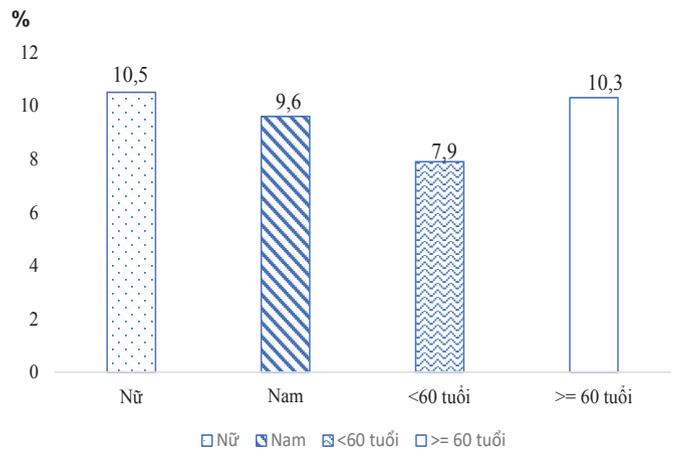
Đặc điểm	<60 tuổi (n=88)	≥ 60 tuổi (n=311)	P
Giảm khối lượng cơ xương	39 (44,3)	208 (66,9)	$< 0,001$
Giảm sức cơ	15 (17,1)	54 (17,4)	0,945
Giảm tốc độ di chuyển	1 (1,2)	23 (7,39)	0,023

Kết quả bảng 6 cho thấy, chỉ có $38,1\%$ đối tượng không mắc sarcopenia, còn lại đa số ở mức tiền sarcopenia (có khối cơ thấp) nhưng vẫn đảm bảo tiêu chí cơ lực tay và tốc độ đi bộ bình thường. Tỷ lệ mắc sarcopenia là $9,8\%$.

Bảng 6. Tỷ lệ mắc các mức độ sarcopenia của đối tượng nghiên cứu (n=399).

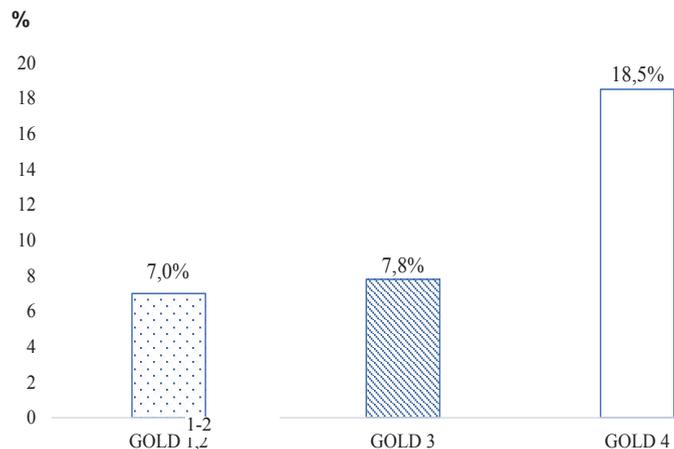
Mức độ mắc sarcopenia	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không mắc sarcopenia	152	38,1
Tiền sarcopenia	208	52,1
Sarcopenia vừa	38	9,5
Sarcopenia nặng	1	0,3

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy, tỷ lệ mắc sarcopenia ở nữ cao hơn so với nam nhưng không đáng kể ($10,5$ so với $9,6\%$ và $p > 0,05$). Tỷ lệ mắc ở nhóm trên 60 tuổi là $10,3\%$, cao hơn so với nhóm dưới 60 tuổi là $7,9\%$ nhưng sự khác biệt cũng chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



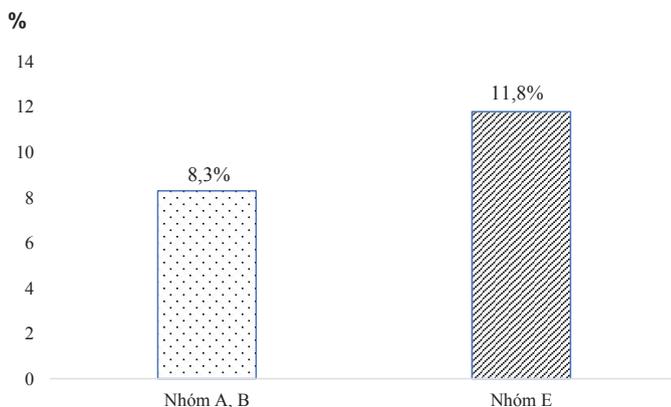
Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc sarcopenia ở đối tượng nghiên cứu theo giới tính và nhóm tuổi.

Kết quả biểu đồ 2 cho thấy, tình trạng tắc nghẽn đường thở càng cao thì tỷ lệ mắc sarcopenia càng lớn. Tỷ lệ mắc gặp ở 7% đối tượng GOLD 1-2 nhưng lên tới $18,5\%$ ở đối tượng GOLD 4. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ mắc sarcopenia ở đối tượng nghiên cứu theo mức độ tắc nghẽn đường thở (GOLD).

Kết quả biểu đồ 3 cho thấy, nhóm bệnh E có tỷ lệ mắc cao nhất là 11,8%. Hai nhóm A, B có tỷ lệ mắc là 8,3%. Sự khác biệt giữa nhóm E với 2 nhóm còn lại không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ mắc sarcopenia ở đối tượng nghiên cứu theo phân nhóm bệnh COPD.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, chỉ số khối cơ trung bình ở nam là 6,6 kg/m² và nữ là 5,6 kg/m². Cả hai ngưỡng này đều có giá trị thấp hơn ngưỡng khuyến nghị là chỉ số SMI của nam <7 kg/m² và nữ <5,7 kg/m². T.Q. Cuong và cs (2024) [12] cho biết, chỉ số khối cơ trung bình ở nam là 6,8 kg/m², cao hơn so với kết quả của chúng tôi nhưng giá trị SMI trung bình ở nữ lại tương đương so với nghiên cứu này. Theo tiêu chuẩn của AWGS, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 61,9% số người bệnh COPD bị giảm khối cơ theo tiêu chuẩn SMI của nam <7 kg/m² và nữ <5,7 kg/m². Tỷ lệ mắc ở nam là 64,4%, cao hơn so với nữ (51,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của T.Q. Cuong và cs (2024) [12] là 56%, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của N.T.T. Huong (2022) [13] khi tác giả cho biết trong nhóm người bệnh COPD nghiên cứu có 74,6% là giảm khối lượng cơ, tuổi càng cao thì khối lượng cơ ngày càng giảm. Một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả tương tự [11]. Đánh giá sức cơ và phép đo cơ lực tay của người bệnh và tốc độ đi bộ, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sức cơ tay của nam trung bình là 28,6 kg cao hơn so với nữ là 21,0 kg. Tốc độ di chuyển của cả 2 giới nam và nữ là tương đương nhau, trung bình là 1,3 m/s. Tỷ lệ giảm sức cơ chung là 17,3% nhưng gặp ở nữ (19,2%) nhiều hơn so với nam (9,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Tỷ lệ giảm tốc độ di chuyển của nữ là 10,1%, cao hơn so với nam là 5,5%, nhưng sự khác biệt này chưa có ý

nghĩa thống kê với $p>0,05$. Kết quả giảm sức cơ ở cả hai chỉ tiêu cơ lực tay và tốc độ đi bộ trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn một số nghiên cứu khác. N.T.T. Huong (2022) [13] cũng cho biết, tỷ lệ giảm sức mạnh cơ tay là 68,3% và 42,7% có giảm tốc độ đi bộ. Tuổi càng cao thì sức mạnh cơ tay và tốc độ đi bộ càng giảm. Nghiên cứu của T.Q. Cuong và cs (2024) [12] cũng có 52,4% số đối tượng giảm cơ lực tay và 32,1% giảm tốc độ di chuyển, trong đó tỷ lệ mắc ở nữ cao hơn nhiều so với nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người bệnh cao tuổi (≥ 60 tuổi) có chỉ số khối cơ trung bình là 6,4 kg/m², thấp hơn so với nhóm dưới 60 tuổi là 6,6 kg/m² ($p<0,05$). Tốc độ di chuyển trung bình của nhóm ≥ 60 tuổi là 1,3 m/s thấp hơn so với nhóm <60 tuổi ($p<0,05$). Còn sức cơ của 2 nhóm là tương đương nhau. Nhóm đối tượng ≥ 60 tuổi có tỷ lệ giảm khối lượng cơ xương là 66,9% cao hơn so với nhóm <60 tuổi là 44,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Tỷ lệ giảm tốc độ di chuyển của nhóm người bệnh cao tuổi cũng cao hơn so với nhóm <60 tuổi một cách có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) nhưng mức độ giảm sức cơ của 2 nhóm là tương tự nhau ($p>0,05$). Đánh giá về tỷ lệ mắc sarcopenia, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 38,1% đối tượng không mắc sarcopenia, còn lại đa số ở mức tiền sarcopenia (có khối cơ thấp) nhưng vẫn đảm bảo tiêu chí cơ lực tay và tốc độ đi bộ bình thường. Tỷ lệ mắc sarcopenia chung là 9,8%. Trong đó, tỷ lệ mắc sarcopenia ở nữ cao hơn so với nam nhưng không đáng kể (10,5 so với 9,6% và $p>0,05$). Tỷ lệ mắc ở nhóm trên 60 tuổi là 10,3% cao hơn so với nhóm dưới 60 tuổi là 7,9% nhưng sự khác biệt cũng chưa có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Theo N.T.T. Huong (2022) [13], tỷ lệ sarcopenia trong nhóm nghiên cứu là 45,2%, tỷ lệ mắc tăng rõ rệt theo tuổi. Nghiên cứu của T.Q. Cuong và cs (2024) [12] trên nhóm người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại TP Hồ Chí Minh cho thấy, có 35,7% người bệnh mắc sarcopenia theo tiêu chuẩn chẩn đoán của AWGS.

Theo một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, tỷ lệ mắc sarcopenia ở người bệnh COPD, từ một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp của E. Benz và cs (2019) [14] cho thấy, tỷ lệ mắc sarcopenia ở người bệnh COPD phổ biến ở mức 21,6%, dao động từ 8% (trong cộng đồng) đến 21% (người bệnh điều trị nội, ngoại trú) và tỷ lệ này chiếm tới 63% đối với những người bệnh được chăm sóc và điều trị tại viện dưỡng lão. Những báo cáo gần đây cho thấy tỷ lệ này ngày càng gia tăng: 24,6% trong báo cáo của T. Maria và cs (2020) [15] và 27% theo J. He và cs

(2023) [16]. Như vậy có thể thấy, mức sarcopenia ở người bệnh COPD là một vấn đề có ý nghĩa sức khỏe quan trọng. Do đó, cần phát hiện sớm đối tượng giảm khối lượng cơ nhất là các đối tượng COPD mức độ GOLD 4 và nhóm bệnh E để từ đó có biện pháp cải thiện khối cơ và sức mạnh cơ giúp ngăn chặn sớm khả năng các đối tượng từ tiền sarcopenia chuyển thành sarcopenia.

5. Kết luận

Chỉ số khối cơ trung bình ở nam là 6,6 kg/m² và nữ là 5,6 kg/m². Có 61,9% số người bệnh COPD bị giảm khối cơ. Tỷ lệ giảm khối cơ ở nam cao hơn nữ (trung ứng 64,4 và 51,3%, p<0,05). Nhóm ≥60 tuổi có tỷ lệ giảm khối lượng cơ xương là 66,9% cao hơn so với nhóm <60 tuổi là 44,3%. Có 52,1% ở mức tiền sarcopenia. Tỷ lệ mắc sarcopenia là 9,8%. Tỷ lệ mắc ở nhóm trên 60 tuổi là 10,3% cao hơn so với dưới 60 tuổi là 7,9% (p>0,05). Tỷ lệ mắc gặp ở 7% đối tượng GOLD 1-2 và 18,5% ở đối tượng GOLD 4. Nhóm bệnh E có tỷ lệ mắc cao nhất là 11,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] D. Adeloje, P. Song, Y. Zhu, et al. (2022), “Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: A systematic review and modelling analysis”, *Lancet Respir. Med.*, **10(5)**, pp.447-458, DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00511-7.
- [2] T. Christensen, S. Mikkelsen, L. Geisler, et al. (2022), “Chronic obstructive pulmonary disease outpatients bear risks of both unplanned weight loss and obesity”, *Clin. Nutr. ESPEN*, **49**, pp.246-251, DOI: 10.1016/j.clnesp.2022.04.010.
- [3] S.B. Kritchevsky, J. Latourelle, R.N. Lemaitre, et al. (2022), “Serum antioxidant vitamins and respiratory morbidity and mortality: A pooled analysis”, *Respir. Res.*, **23**, DOI: 10.1186/s12931-022-02059-w.
- [4] E. Keogh, E.M. Williams (2021), “Managing malnutrition in COPD: A review”, *Respir. Med.*, **176**, DOI: 10.1016/j.rmed.2020.106248.
- [5] Y. Sun, S. Milne, J.E. Jaw, et al. (2019), “BMI is associated with FEV(1) decline in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis of clinical trials”, *Respir. Res.*, **20(1)**, DOI: 10.1186/s12931-019-1209-5.
- [6] N.T.T. Huyen, C.T. Hanh (2021), “Rate of readmission for acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease and associated risk factors”, *Journal of Medical Research*, **137(1)**, pp.158-168, DOI: 10.52852/tencyh.v137i1.37 (in Vietnamese).
- [7] L. Perrot (2020), “Prevalence of sarcopenia and malnutrition during acute exacerbation of COPD and after 6 months recovery”, *Physiol. Int.*, **74(11)**, pp.1556-1564, DOI: 10.1038/s41430-020-0623-6.
- [8] N.P. Masik, T.V. Stepaniuk, O.I. Masik (2022), “Skeletal muscle dysfunction, sarcopenia and sarcopenic obesity in patients with chronic obstructive pulmonary disease”, *Bol', Sustavy, Pozvonochnik*, **12(1)**, pp.8-15, DOI: 10.22141/pjs.12.1.2022.323.
- [9] C.L. Kung, W. Jean, A. Prasert, et al. (2020), “Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment”, *Journal of The American Medical Directors Association*, **21(3)**, pp.300-307, DOI: 10.1016/j.jamda.2019.12.012.
- [10] Vietnam Respiratory Society (2024), *Guideline for Diagnosis and Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 142pp (in Vietnamese).
- [11] Y. Zhai (2024), “A study on the correlation between sarcopenia and chronic obstructive pulmonary disease”, *American Journal of Health Research*, **12(5)**, pp.145-149, DOI: 10.11648/j.ajhr.20241205.14.
- [12] T.Q. Cuong, L.N.Q. Nhu, T.P.Y. Ngoc, et al. (2024), “Prevalence of malnutrition and sarcopenia among patients with chronic obstructive pulmonary disease in the outpatients department at Binh Thanh district Hospital”, *Journal of Nutrition and Food*, **20(22)**, pp.23-29 (in Vietnamese).
- [13] N.T.T. Huong (2022), “Sarcopenia characteristics in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease in stable stage”, *Vietnam Journal of Physiology*, **25(2)**, pp.67-75.
- [14] E. Benz, K. Trajanoska, L. Lahousse, et al. (2019), “Sarcopenia in COPD patients: A systematic review and meta-analysis”, *European Respiratory Review*, **28(154)**, DOI: 10.1183/16000617.0049-2019.
- [15] T. Maria, E. Tsepis, E. Billis, et al. (2020), “Sarcopenia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A study of prevalence and associated factors in Western Greek population”, *Lung India*, **37(6)**, pp.479-484, DOI: 10.4103/lungindia.lungindia_143_20.
- [16] J. He, H. Li, J. Yao, et al. (2023), “Prevalence of sarcopenia in patients with COPD through different musculature measurements: An updated meta-analysis and meta-regression”, *Front. Nutr.*, **10**, DOI: 10.3389/fnut.2023.1137371.