

nề xuất tiết chiếm tỉ lệ cao nhất (63,8%); tổn thương viêm loét chiếm tỉ lệ thấp (trợt phẳng 19,2%; trợt lõm 15,9%).⁴ Trong nghiên cứu của Phạm Văn Tuyên (2014), viêm phù nề xuất tiết cũng là hình ảnh nội soi chiếm ưu thế với tỉ lệ 74,2%; tiếp đó là viêm trợt phẳng (17,2%) và viêm trợt lõm (8,6%).⁸ Lý giải cho sự khác biệt này, chúng tôi cho rằng nguyên nhân chủ yếu là do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là các đối tượng viêm dạ dày HP (-), trái ngược với các nghiên cứu nêu trên lựa chọn các bệnh nhân viêm dạ dày HP (+). Vi khuẩn HP tồn tại lâu dài ở niêm mạc dạ dày gây ra những tình trạng viêm mạn tính ở mức độ mô bệnh học, biểu hiện với những biến đổi biểu mô, bong tróc niêm mạc và sự xâm nhập của tế bào viêm, từ đó, gây ra tổn thương viêm xung huyết điển hình giống với những mô tả trong y văn trước đây.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 67,62±9,92; tỉ lệ nữ/nam là 1,7/1. Sử dụng NSAIDs trước đây và stress là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất trong nghiên cứu với tỉ lệ lần lượt là 81,7% và 83,3%. Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm (63,34%), có 6,67% bệnh nhân chưa từng điều trị gì trước đây.

- Đau thượng vị là triệu chứng cơ năng phổ biến nhất trong nghiên cứu này, tiếp đó là ợ hơi ợ chua, đầy chướng bụng, buồn nôn, nôn, hầu hết bệnh nhân có biểu hiện đau liên tục (65%). Tần suất cơn đau trong tuần và điểm VAS trung

bình của đối tượng nghiên cứu lần lượt là 13,10±2,26 cơn/tuần và 5,68±0,50 điểm.

- Viêm trợt nông và viêm xung huyết là hai hình ảnh nội soi quan sát được, chiếm tỉ lệ lần lượt là 45% và 55%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Azer SA, Akhondi H. Gastritis.** In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022.
2. **Zamani M, Ebrahimitabar F, Zamani V, et al.** Systematic review with meta-analysis: the worldwide prevalence of Helicobacter pylori infection. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;47(7):868-876.
3. **Trần Phương Thủy.** Đánh giá độc tính và tác dụng điều trị của viên "Dạ dày HB" trên bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính Helicobacter Pylori âm tính. Published online 2019.
4. **Vũ Minh Hoàn.** Nghiên cứu tác dụng của cao lỏng Vị quản kháng trên bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính Helicobacter Pylori dương tính. Published online 2014.
5. **Auguste LJ, Lackner R, Ratner L, Stein TA, Bailey B.** Prevention of stress-induced erosive gastritis by parenteral administration of arachidonic acid. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1990;14(6):615-617.
6. **Tsimmerman YS, Zakharova YA.** [Kyoto consensus - the new etiological classification of chronic gastritis and its discussion]. *Klin Med (Mosk).* 2017;95(2):181-188.
7. **Trần Thị Thu Thủy.** Khảo sát mối tương quan giữa các thể lâm sàng chứng vị quản thông và hình ảnh mô bệnh học trên bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng. Published online 2019.
8. **Phạm Văn Tuyên.** Đánh giá tác dụng của chè tan "Hương sa lục quận" trong điều trị viêm dạ dày mạn tính nhiễm Helicobacter Pylori". Published online 2014.

SARCOPENIA Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI CÓ SUY TIM MẠN TÍNH

Nguyễn Bá Huỳnh¹, Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}, Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2},
Trần Viết Lực^{1,2}, Nguyễn Trung Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỉ lệ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan với sarcopenia ở người bệnh cao tuổi có suy tim mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 59 người bệnh ≥ 60 tuổi có suy tim mạn tính khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Đối tượng nghiên cứu được đo khối lượng cơ xương bằng phân tích trở kháng điện sinh

học (BIA, máy Inbody 770) và được chẩn đoán sarcopenia dựa vào tiêu chuẩn của Hiệp hội Sarcopenia Châu Á. **Kết quả:** tỉ lệ nữ là 54,2%; tuổi trung bình là 77,3 ± 8,0 (năm). Tỉ lệ sarcopenia là 52,5% (trong đó tỉ lệ sarcopenia nặng là 27,1%). Tỉ lệ sarcopenia có liên quan đến tuổi cao, chỉ số khối cơ thể thấp; không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê phân suất tổng máu thất trái và phân độ suy tim theo NYHA với sarcopenia. **Kết luận:** Cứ 2 người bệnh suy tim cao tuổi có ít nhất một người được chẩn đoán sarcopenia. Sarcopenia có liên quan đến tuổi cao, chỉ số khối cơ thể thấp.

Từ khóa: suy tim mạn tính, sarcopenia, cao tuổi.

SUMMARY

SARCOPENIA IN OLDER PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Huỳnh

Email: nguyenbahuyinha1k13@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.12.2022

Ngày duyệt bài: 19.12.2022

Objectives: to determine the prevalence and study some factors associated with sarcopenia in older patients with chronic heart failure. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 59 chronic heart failure patients aged 60 years or older, who were examined and treated at the National Geriatric Hospital. All participants were evaluated appendicular skeletal muscle by Bioelectrical impedance analysis (BIA, Inbody 770) and were diagnosed with sarcopenia based on the Asian Working Group for Sarcopenia. **Results:** The proportion of women is 54,2%; mean age is 77,3 ± 8,0 (years). The prevalence of sarcopenia is 52,5% (with severe sarcopenia is 27,1%). Factors associated with sarcopenia were advanced age, low BMI. There was no statistically significant difference between left ventricular ejection fraction and NYHA classification for heart failure and sarcopenia. **Conclusions:** At least one in 2 older heart failure patients was diagnosed with sarcopenia. Sarcopenia is associated with advanced age, low body mass index.

Keywords: chronic heart failure, sarcopenia, advanced age.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcopenia là một hội chứng lão khoa thường gặp ở người cao tuổi, đặc trưng bởi sự mất đi khối lượng cơ, sức mạnh cơ và hoạt động thể chất một cách tiến triển và tổng quát [1]. Theo Gita Shafiee và cs (2017), tỉ lệ sarcopenia trên thế giới trong dân số chung ở người từ 60 tuổi trở lên là 10% ở cả hai giới [2]. Tỉ lệ sarcopenia ở người châu Á từ 5,5% - 25,7%, nam giới ưu thế hơn [1]. Nghiên cứu năm 2020 ở đối tượng ≥ 60 tuổi cho thấy tỉ lệ sarcopenia ở Việt Nam là 49,2% [3]. Sarcopenia có thể dẫn đến nhiều kết cục bất lợi cho người cao tuổi, bao gồm hạn chế vận động, giảm chất lượng cuộc sống và gia tăng tỉ lệ tử vong [1]. Sarcopenia cũng liên quan đến một số bệnh về chuyển hóa và tim mạch, như bệnh suy tim, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp.

Suy tim mạn tính là một bệnh rất thường gặp ở người cao tuổi. Theo van Riet và cs (2016), tỉ lệ suy tim trong dân số chung là 4,2%, ở nhóm người bệnh từ 60 tuổi trở lên là 11,8% [4]. Tỉ lệ suy tim tăng đáng kể theo tuổi, làm tăng gánh nặng bệnh tật, sự phụ thuộc, đòi hỏi thách thức lớn tới hệ thống chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới [5]. Người bệnh bị suy tim kết hợp với sarcopenia thường bị suy giảm sức mạnh cơ bắp và khả năng hoạt động thể lực, thúc đẩy quá trình yếu và suy mòn tim, tăng tỉ lệ tái nhập viện và tử vong [5].

Người bệnh cao tuổi mắc suy tim kèm theo sarcopenia gây nên suy giảm hoạt động thể chất và giảm tiêu thụ ô-xy, làm nặng hơn tình trạng suy chức năng thất trái và tăng tỉ lệ nhập viện

[6]. Do đó, sarcopenia có thể góp phần vào tiên lượng xấu trên người bệnh suy tim [1]. Tuy nhiên cho tới nay tại Việt Nam, sarcopenia chưa thực sự được quan tâm nhiều trong thực hành lâm sàng cũng như trong điều trị bệnh suy tim. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu: (1) *Xác định tỉ lệ của sarcopenia ở người bệnh cao tuổi có suy tim mạn tính tại bệnh viện Lão khoa Trung ương;*(2) *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với sarcopenia ở nhóm đối tượng trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- Người bệnh từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán suy tim, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương trong thời gian từ tháng 04 đến tháng 09 năm 2022.

- Được chẩn đoán suy tim mạn tính theo Hội Tim mạch châu Âu (ESC 2016) [5]

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh đang mắc các bệnh lý cấp tính nặng khác như: suy hô hấp nặng, đang bị gãy xương, cơn gút cấp... mà không thể thực hiện động tác và hoàn thành được các test trong nghiên cứu.

- Người bệnh đang mắc các bệnh: tâm thần, di chứng tai biến mạch máu não có liệt chi nặng

- Người bệnh có chống chỉ định đo BIA bằng máy Inbody: đang đặt máy tạo nhịp tim.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2.2. Công cụ và các biến số nghiên cứu. Các thông tin về đối tượng được thu thập qua phỏng vấn theo bộ câu hỏi thống nhất. Các biến số nghiên cứu bao gồm:

- Chẩn đoán Sarcopenia theo Hiệp hội Sarcopenia Châu Á (Asian Working Group for Sarcopenia – AWGS) [1]: khi có tiêu chuẩn: (1) + (2) hoặc (1) + (3); Khi người bệnh có cả ba tiêu chuẩn thì được gọi là sarcopenia nặng.

+ Tiêu chuẩn (1): Giảm khối lượng cơ xương Đo bằng phương pháp phân tích trở kháng điện sinh học (Bioelectrical impedance analysis - BIA) trên máy Inbody 770, Hàn Quốc.

Khối lượng cơ xương hiệu chỉnh theo chiều cao (SMI):

Nam: < 7,0 kg/m², nữ < 5,7 kg/m²

+ Tiêu chuẩn (2): Giảm sức mạnh cơ

Đo cơ lực tay (HGS): nam < 28 kg, nữ < 18 kg + Tiêu chuẩn (3): Khả năng thực hiện động tác Thời gian đứng lên – ngồi xuống ghế 05 lần (5-STTS: 5-times sit-to-stand): 5-STTS ≥ 12 giây - Các yếu tố liên quan như: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI) chia 3 nhóm: thiếu cân (BMI ≤ 18,4 kg/m²); bình thường (18,5 ≤ BMI ≤ 22,9 kg/m²); thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23 kg/m²), thời gian được chẩn đoán suy tim, phân độ suy tim theo NYHA, phân suất tổng máu thất trái (LVEF).

2.3. Phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22 (NY, IBM). Xác định các tỷ lệ %, trị số trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt của các tỷ lệ % theo test Khi bình phương (χ²), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm người bệnh nghiên cứu (n = 59)

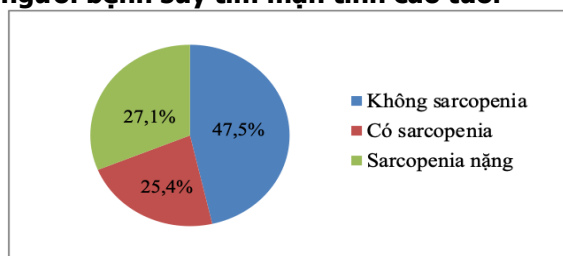
Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	60-69	9	15,2
	70-79	25	42,4
	≥80	25	42,4
Giới	Nam	27	45,8
	Nữ	32	54,2
BMI	Thiếu cân	6	10,2
	Bình thường	24	40,7
	Thừa cân, béo phì	29	49,1
Hút thuốc lá	Không	41	69,5
	Có	18	30,5
Thời gian phát hiện suy tim(năm)	< 5	43	72,9
	≥ 5	16	27,1
LVEF (%)	< 40	7	11,9
	40 - 49	7	11,9
	≥ 50	45	76,2
NYHA	I	12	20,3
	II	31	52,5
	III-IV	16	27,2
Tuổi trung bình (năm) (X ± SD)		77,3 ± 8,0	
BMI trung bình (kg/m ²) (X ± SD)		22,9 ± 2,9	

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến sarcopenia ở người bệnh suy tim mạn tính

Đặc điểm	Không sarcopenia (n = 28)		Sarcopenia (n = 31)		p
	N	%	n	%	
Tuổi (năm)	60-69	6	21,4	3	<0,05
	70-79	15	53,6	10	
	≥ 80	7	25	18	

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: 77,3 ± 8,0 (tuổi) và nhóm tuổi từ 70 tuổi trở lên chiếm đa số. Tỷ lệ nữ chiếm 54,2%. BMI trung bình là 22,9 ± 2,9 (kg/m²) và nhóm BMI thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất: 49,1%. Nhóm người bệnh có thời gian phát hiện và chẩn đoán suy tim dưới 05 năm chiếm tỷ lệ 72,9%. Nhóm người bệnh suy tim có phân suất tổng máu bảo tồn (LVEF ≥ 50%) chiếm 76,2%; phân độ suy tim theo NYHA-II chiếm tỷ lệ lớn nhất là 52,5%.

3.2. Tỷ lệ và đặc điểm của sarcopenia ở người bệnh suy tim mạn tính cao tuổi



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sarcopenia ở người bệnh suy tim mạn tính cao tuổi

Trong 59 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ sarcopenia là 52,5%. Trong đó, tỷ lệ sarcopenia nặng là 27,1%.

Bảng 2. Các đặc điểm của sarcopenia (n=59)

Đặc điểm	Bình thường		Suy giảm	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
SMI	26	44,1	33	55,9
HGS	26	44,1	33	55,9
5-STTS	12	20,3	47	79,7
(X ± SD)				
SMI (kg/m ²) trung bình	6,12 ± 1,24			
HGS (kg) trung bình	19,75 ± 7,96			
5-STTS (giây) trung bình	16,10 ± 5,39			

Tỷ lệ người bệnh có các chỉ số khối lượng cơ xương hiệu chỉnh theo chiều cao (SMI), sức mạnh cơ tay (HGS), khả năng thực hiện động tác (5-STTS) giảm lần lượt là 55,9%; 55,9% và 79,7%.

3.3. Một số yếu tố liên quan với sarcopenia ở người bệnh suy tim mạn tính cao tuổi

Giới	Nam	15	54,6	12	38,7	>0,05
	Nữ	13	46,4	19	61,3	
BMI	Thiếu cân	1	3,6	5	16,1	<0,05
	Bình thường	7	25,0	17	54,9	
	Thừa cân, béo phì	20	71,4	9	29,0	
Thời gian suy tim (năm)	< 5	19	67,9	24	77,4	>0,05
	≥ 5	9	32,1	7	22,6	
LVEF (%)	≤ 40	4	14,3	3	9,7	>0,05
	41-49	3	10,7	4	12,9	
	≥ 50	21	75	24	77,4	
NYHA	I	7	25	5	16,1	>0,05
	II	16	57,1	15	48,4	
	III-IV	5	17,9	11	35,5	
Tuổi trung bình		74,6 ± 7,4		79,7 ± 7,8		<0,05
BMI trung bình		24,5 ± 2,5		21,6 ± 2,5		<0,001

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ sarcopenia tăng theo tuổi có ý nghĩa thống kê, nhóm tuổi 70 – 79 và nhóm tuổi ≥ 80 có tỉ lệ sarcopenia lần lượt là 32,3% và 58,1%. Người bệnh sarcopenia có tuổi trung bình cao hơn và BMI trung bình thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với người bệnh không bị sarcopenia ($p < 0,05$). Sarcopenia không có mối liên quan đến giới, phân suất tổng máu thất trái (LVEF) và phân độ NYHA ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên người bệnh suy tim mạn tính cao tuổi khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Kết quả ghi nhận tỉ lệ sarcopenia ở người bệnh suy tim cao tuổi là 52,5%. Tỉ lệ này tương tự trong nghiên cứu của Yan Zhang và cs (2021) là 55% ở nhóm người bệnh nhập viện có suy tim [7] và cao hơn kết quả trong nghiên cứu của Nozaki và cs (2019) [8]. Có sự khác biệt này là do tác giả Nozaki chỉ nghiên cứu trên nhóm người bệnh suy tim ngoại trú. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ người bệnh nữ được chẩn đoán sarcopenia cao hơn (54,2%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Yan Zhang và cs (2021)[7]. Tỉ lệ sarcopenia ở người bệnh suy tim cao tuổi thấp hơn tỉ lệ sarcopenia trên người bệnh tăng huyết áp cao tuổi (54,3%) theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Hồng và cs (2018) [9], thấp hơn tỉ lệ sarcopenia trên người bệnh loãng xương (57,4%) theo nghiên cứu của Nguyễn Thế Hoàng và cs (2021)[10]. Sarcopenia ở người bệnh suy tim liên quan đến suy dinh dưỡng, gia tăng các cytokin tiền viêm/viêm (TNF- α , IL-1, IL-6), sự suy giảm các hormon như GH, IGF-1 và các stress oxy hóa. Kết hợp các quá trình đó dẫn đến các bất thường siêu cấu trúc cơ, thay đổi cấu trúc và chức năng của ty thể, tăng cường

ứng suất oxy hóa và sự thay đổi phân bố chất xơ, cuối cùng dẫn đến giảm khả năng hoạt động.

Tuổi càng cao thì tỉ lệ mất cơ cũng sẽ cao hơn, 58,1% người bệnh sarcopenia có tuổi trên 80 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuổi cao làm tăng tỉ lệ sarcopenia ở người bệnh suy tim, tuổi trung bình ở nhóm có sarcopenia (79,7±7,8 tuổi) cao hơn ở nhóm không có sarcopenia (74,6 ± 7,4 tuổi), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Kono và cs (2020) trên 186 người bệnh suy tim cao tuổi với độ tuổi ở hai nhóm tương ứng là 85,6 ± 6,9 tuổi và 75,3 ± 9,04 tuổi. Giải thích cho sự khác biệt này là có thể là do sự khác biệt của quần thể nghiên cứu và cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn nghiên cứu trên.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra mối liên quan giữa sarcopenia với chỉ số BMI. Người bệnh sarcopenia có chỉ số BMI trung bình thấp hơn so với người bệnh không bị sarcopenia, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. BMI < 23 kg/m² có mối liên quan với tăng tỉ lệ sarcopenia ở người bệnh suy tim mạn tính cao tuổi. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Yan Zhang và cs (2021) [7]. Sự chán ăn, giảm hấp thu chất dinh dưỡng và thất thoát dinh dưỡng ra ngoài khiến người bệnh suy tim bị suy dinh dưỡng, mở đầu con đường gây giảm cơ.

Trong nghiên cứu này, kết quả chỉ ra rằng người bệnh suy tim cao tuổi có sarcopenia có phân suất tổng máu thất trái (LVEF) bảo tồn chiếm tỉ lệ lớn (77,4%), tuy nhiên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không có sarcopenia. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Fonseca và cs (2020). Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế như cỡ mẫu chưa đủ lớn với một nghiên cứu mô tả cắt ngang nên chưa thể đánh giá được mối tương quan nhân quả giữa suy tim

và sarcopenia. Hơn nữa, trình độ nhận thức, phương pháp theo dõi và chẩn đoán suy tim còn nhiều hạn chế, do vậy ảnh hưởng đến thời gian phát hiện suy tim ở người bệnh cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sarcopenia ở nhóm người bệnh cao tuổi có suy tim mạn tính tại bệnh viện Lão khoa Trung ương là khá cao, cứ 2 người bệnh suy tim cao tuổi có ít nhất một người được chẩn đoán sarcopenia. Tuổi cao, BMI thấp có liên quan đến sarcopenia. Do vậy, sarcopenia cần được chẩn đoán sớm, có biện pháp dự phòng và điều trị đặc biệt ở những đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen L.-K., Woo J., Assantachai P., et al.** (2020). Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. *J Am Med Dir Assoc*, 21(3), 300-307.e2.
2. **Shafiee G., Keshtkar A., Soltani A., et al.** (2017). Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and meta-analysis of general population studies. *J Diabetes Metab Disord*, 16, 21.
3. **Nguyen T.N., Nguyen A.T., Khuong L.Q., et al.** (2020). Reliability and Validity of SARC-F Questionnaire to Assess Sarcopenia Among Vietnamese Geriatric Patients. *Clin Interv Aging*, 15, 879-886.
4. **Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., et al.** (2013). Heart Disease and Stroke Statistics—2013 Update. *Circulation*, 127(1), e6-e245.
5. **Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D., et al.** (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*, 37(27), 2129-2200.
6. **Carbone S., Billingsley H.E., Rodriguez-Miguel P., et al.** (2020). Lean Mass Abnormalities in Heart Failure: The Role of Sarcopenia, Sarcopenic Obesity, and Cachexia. *Current Problems in Cardiology*, 45(11), 1004-17.
7. **Zhang Y., Zhang J., Ni W., et al.** (2021). Sarcopenia in heart failure: a systematic review and meta-analysis. *ESC Heart Fail*, 8(2), 1007-1017.
8. **Department of Physical Therapy, Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Kyoto, Japan, Nozaki Y., Yamaji M., et al.** (2019). Sarcopenia Predicts Adverse Outcomes in an Elderly Outpatient Population with New York Heart Association Class II-IV Heart Failure: A Prospective Cohort Study. *Aging Med Healthc*, 10(2), 53-61.
9. **Hồng, NM** (2021). Sarcopenia và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân tăng huyết áp cao tuổi. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 509, số 2
10. **Hoàng, N. T.** (2021). Prevalence of sarcopenia in osteoporosis patients. *Vietnam Journal of Physiology*, 25(3), 51-35.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG CỦA VIÊM NHA CHU MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Lê Nguyên Lâm*, Phạm Thúy Duyên*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm nha chu là bệnh lý viêm nhiễm gây ảnh hưởng đến các mô quanh răng và nâng đỡ răng. Khác với viêm nướu – viêm nhiễm chỉ xảy ra ở nướu, viêm nha chu còn có sự phá hủy xương ổ răng và hệ thống dây chằng nha chu¹. Sang thương của viêm nha chu có thể là cấp tính hay mạn tính, có biểu hiện lâm sàng thay đổi tùy theo từng người, vì vậy có nhiều dạng viêm nhiễm. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang của viêm nha chu mạn tính tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm nha chu mạn tính (theo Flemming 1999), có sức khỏe

toàn thân tốt, không có chống chỉ định phẫu thuật, tuổi >18. Sau điều trị khởi đầu, có ít nhất một tổn thương mô nâng đỡ quanh răng với biểu hiện nướu viêm và chảy máu khi thăm dò, có túi nha chu sâu ≥ 5 mm, mất bám dính lâm sàng ≥ 3 mm, có hình ảnh tổn thương xương ổ răng rõ trên phim X quang. Đồng ý tham gia nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu: Điều trị 216 răng ở 90 bệnh nhân, độ tuổi từ 19 đến 85 tuổi. - Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Các răng có nhiều vôi răng, và nướu viêm ở mức độ trung bình trở lên, tương ứng với chỉ số vôi răng trung bình là 1,9 và chỉ số nướu viêm trung bình là 1,86. Độ sâu túi trung bình là $4,96 \pm 1,31$ mm, mất bám dính lâm sàng trung bình là $5,79 \pm 1,65$ mm, trong đó độ tụt nướu viền trung bình là $1,25 \pm 0,82$ mm. Tiêu xương dạng ngang chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 dạng với 75%. Tiêu xương dạng chéo chiếm 17,1 và tiêu xương hỗn hợp 7,9%. **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng và X quang cho thấy các bệnh nhân bị viêm nha chu thể trung bình và nặng. **Từ khóa:** Viêm nha chu mãn tính, độ sâu túi nha chu, X quang.

* Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 22.12.2022