

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.4878

TỶ LỆ THIỂU CƠ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN CHƯA LỌC MÁU ĐỊNH KỲ

Đặng Phúc Nhân^{1*}, Trần Thái Thanh Tâm^{1,2}

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: phucnhan1905@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/3/2026

Ngày phản biện: 04/8/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu cơ (Sarcopenia) là biến chứng phổ biến ở bệnh thận mạn chưa lọc máu định kỳ, có xu hướng nặng dần theo mức độ tiến triển của bệnh, làm tăng nguy cơ tử vong và giảm chất lượng cuộc sống. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến thiếu cơ ở bệnh thận mạn chưa lọc máu định kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 84 bệnh nhân bệnh thận mạn tính chưa lọc máu định kỳ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong giai đoạn 2024-2026. Các đặc điểm về thiếu cơ và bệnh thận mạn được phân tích nhằm xác định tỷ lệ thiếu cơ và các yếu tố liên quan đến thiếu cơ ở bệnh thận mạn. Dữ liệu được xử lý bằng SPSS Statistics 27 với $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc thiếu cơ là 35,7%, trong đó 9,5% mắc thiếu cơ nặng. Tỷ lệ thiếu cơ ở các giai đoạn 3a, 3b, 4, 5 lần lượt 28,6%, 44,4%, 66,7%, 75,0% ($p < 0,001$). Giai đoạn bệnh thận mạn, BMI, giới tính là các yếu tố liên quan độc lập đến thiếu cơ. **Kết luận:** Tỷ lệ thiếu cơ là 35,7%. Giai đoạn bệnh thận mạn, BMI, giới tính liên quan độc lập đến thiếu cơ sau hiệu chỉnh. Cần tầm soát thiếu cơ ở bệnh nhân bệnh thận mạn, đặc biệt ở giai đoạn tiến triển.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, thiếu cơ, bệnh nhân chưa lọc máu định kỳ.

ABSTRACT

PREVALENCE OF SARCOPENIA AND ASSOCIATED FACTORS IN NON-DIALYSIS CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS

Dang Phuc Nhan^{1*}, Tran Thai Thanh Tam^{1,2}

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Sarcopenia is a prevalent complication among non-dialysis chronic kidney disease patients, tending to deteriorate with disease progression, thereby increasing mortality risk and impairing quality of life. **Objectives:** To determine the prevalence and factors associated with sarcopenia in non-dialysis chronic kidney disease patients. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 84 patients with chronic kidney disease not yet on regular dialysis at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital during the period 2024–2026. Characteristics related to sarcopenia and chronic kidney disease were analyzed to determine the prevalence of sarcopenia and factors associated with sarcopenia in chronic kidney disease patients. Data were processed using SPSS Statistics 27, with $p < 0.05$ considered statistically significant. **Results:** The prevalence of sarcopenia was 35.7%, of which 9.5% had severe sarcopenia. The prevalence of sarcopenia across CKD stages 3a, 3b, 4, and 5 was 28.6%, 44.4%, 66.7%, and 75.0%, respectively ($p < 0.001$). CKD stage, BMI, and sex were independent factors associated with sarcopenia. **Conclusion:** The prevalence of sarcopenia was 35.7%. CKD stage, BMI, and sex were independently associated with sarcopenia after adjustment. Screening for

sarcopenia should be performed in CKD patients, particularly in those with advanced stages.

Keywords: Chronic kidney disease, sarcopenia, non-dialysis patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (CKD) ảnh hưởng đến khoảng 9,1% dân số toàn cầu và đang có xu hướng gia tăng, kéo theo nhiều biến chứng nghiêm trọng về tim mạch, chuyển hóa và tử vong sớm [1]. CKD được định nghĩa là tình trạng tổn thương cấu trúc hoặc suy giảm chức năng thận kéo dài trên 3 tháng, biểu hiện qua sự suy giảm mức lọc cầu thận hoặc các dấu hiệu tổn thương thận khác [2].

Thiếu cơ (Sarcopenia) đặc trưng bởi sự suy giảm tiến triển về khối lượng cơ, sức mạnh cơ và chức năng vận động, ngày càng được nhận diện là biến chứng có ý nghĩa lâm sàng quan trọng ở bệnh nhân CKD, làm tăng nguy cơ tử vong và giảm chất lượng cuộc sống người bệnh [3], [4]. Thiếu cơ thường xuất hiện từ sớm với tỷ lệ khoảng 20-21% và có xu hướng nặng dần theo mức độ suy giảm chức năng thận [5].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về thiếu cơ trên bệnh nhân bệnh thận mạn chưa lọc máu định kỳ vẫn còn rất hạn chế. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Ngọc Sơn tại Bệnh viện Bạch Mai (2022-2023) ghi nhận tỷ lệ thiếu cơ là 29,49% (AWGS 2019). Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, khối lượng cơ được đánh giá bằng phương pháp phân tích trở kháng điện sinh học (BIA)- phương pháp được khuyến cáo có giá trị tương đương với DXA, song độ chính xác lại phụ thuộc vào từng loại thiết bị sử dụng. Trong khi đó, phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (Dual-energy X-ray Absorptiometry- DXA) vẫn được xem là tiêu chuẩn tham chiếu với độ chính xác cao hơn [6]. Tại Cần Thơ và khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện tỷ lệ thiếu cơ bằng phương pháp DXA cũng như mối liên quan với giai đoạn CKD, mức lọc cầu thận và tình trạng thiếu máu, đặt ra sự cần thiết phải có thêm bằng chứng từ thực tiễn lâm sàng.

Xuất phát từ những lý do trên, nghiên cứu "Tỷ lệ thiếu cơ và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn chưa lọc máu định kỳ" được tiến hành với hai mục tiêu: 1) Xác định tỷ lệ thiếu cơ ở bệnh nhân CKD chưa lọc máu định kỳ; 2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu cơ ở bệnh nhân CKD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán CKD ở bất kỳ giai đoạn nào theo tiêu chuẩn KDIGO 2024, chưa lọc máu định kỳ, đang điều trị nội trú hoặc ngoại trú và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân đang có các yếu tố làm nặng thêm tình trạng suy thận, đang mắc tổn thương thận cấp, CKD đang lọc máu định kỳ.

+ Bệnh nhân có các bệnh đồng mắc: tai biến mạch máu não có di chứng vận động, bệnh thần kinh cơ, Parkinson, liệt chi, cụt chi, suy tim nặng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng, bệnh ác tính, nhiễm trùng cấp, đang dùng corticoid kéo dài.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong khoảng thời gian từ tháng 07/2024 đến 03/2026.

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ.

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

Z: mức độ tin cậy mong muốn 95% nên $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p: tỷ lệ sarcopenia ước lượng.

Nghiên cứu của Nguyễn Bá Ngọc Sơn trên những bệnh nhân CKD chưa điều trị thay thế thận tại Bệnh viện Bạch Mai (2022-2023), tỷ lệ mắc sarcopenia là 29,49% [6]. Nên $p = 29,49\%$; d là sai số tương đối cho phép, $d = 0,1$. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 80 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Với kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên thuận tiện, nghiên cứu thu thập được 84 người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** CKD được chẩn đoán theo KDIGO 2024 [2]. Thiếu cơ được chẩn đoán theo AWGS 2019: tiêu chuẩn (1) kết hợp với (2) và/hoặc (3); nếu đồng thời có cả ba tiêu chuẩn được xác định là thiếu cơ nặng [7].

+ Tiêu chuẩn 1- Giảm khối lượng cơ: xác định bằng DXA trung tâm khi $SMI_{nam} < 7,0 \text{ kg/m}^2$ và $SMI_{nữ} < 5,4 \text{ kg/m}^2$ [7]. Phù hoặc thừa dịch có thể làm tăng giả khối lượng cơ khi đo [8].

$$SMI = \frac{ASM}{(Chiều\ cao)^2} (\text{kg/m}^2)$$

+ Tiêu chuẩn 2- Giảm lực cơ tay: đo lực bóp tay bằng máy Jamar ở tư thế ngồi, khuỷu tay gấp 90° , tay thuận, nỗ lực tối đa; lấy giá trị cao nhất trong ít nhất 2 lần đo. Giảm lực cơ khi $< 28 \text{ kg}$ (nam) và $< 18 \text{ kg}$ (nữ) [7].

+ Tiêu chuẩn 3- Giảm khả năng vận động: đánh giá bằng test đi bộ 6 mét ở tốc độ bình thường, không đổi tốc độ trong suốt quá trình, đo ít nhất 2 lần và lấy tốc độ trung bình. Giảm khả năng vận động khi tốc độ đi bộ $\leq 1 \text{ m/s}$ [7].

- Xử lý và phân tích số liệu: số liệu được phân tích bằng SPSS Statistics 27. Các biến định lượng có phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và phân tích bằng T-test hai mẫu độc lập. Các biến định lượng không có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị [P_{25} - P_{75}] và phân tích bằng Mann-Whitney U test. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm và phân tích bằng chi-square test. Các yếu tố liên quan độc lập với thiếu cơ được xác định bằng mô hình hồi quy logistic nhị phân. Mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua theo phiếu chấp thuận số 24.228.HV/PCT-HĐĐĐ-ĐC ngày 28/6/2024. Nghiên cứu được tiến hành trên cơ sở tự nguyện, bảo mật thông tin cá nhân, không gây tổn hại cho người tham gia. Bệnh nhân được thông báo đầy đủ về kết quả thăm khám, xét nghiệm và tư vấn điều trị phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 07/2024 đến tháng 03/2026, tổng cộng có 84 bệnh nhân CKD thỏa tiêu chuẩn đồng ý tham gia nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

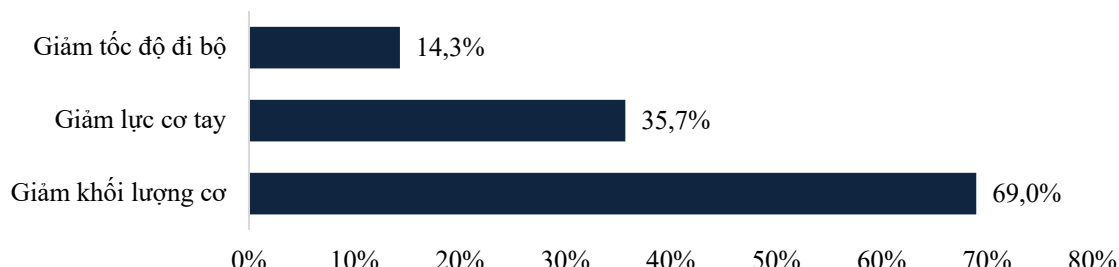
Nhóm nghiên cứu thu thập được 84 bệnh nhân CKD, tuổi trung bình $69,17 \pm 11,41$ (tuổi ≥ 60 chiếm 83,3%), nữ chiếm 54,8%. BMI trung bình $22,23 \pm 2,57 \text{ kg/m}^2$, đa số bình thường (81,0%). eGFR trung vị 41,55 [31,00-50,50] mL/phút/1,73 m², giai đoạn 3b chiếm tỷ lệ cao nhất (42,9%). Albumin huyết thanh trung vị 37,40 [32,50-43,20] g/L, giảm albumin chiếm 33,3%. Hemoglobin trung bình $11,96 \pm 1,92 \text{ g/dL}$, tỷ lệ thiếu máu 61,9%.

3.2. Tỷ lệ thiếu cơ ở bệnh nhân bệnh thận mạn

Bảng 1. Tỷ lệ thiếu cơ ở bệnh thận mạn

Tình trạng thiếu cơ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không thiếu cơ	54	64,3
Thiếu cơ	22	26,2
Thiếu cơ nặng	8	9,5

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu cơ là 35,7%, trong đó thiếu cơ nặng chiếm 9,5%.



Hình 1. Các đặc điểm của thiếu cơ trên bệnh thận mạn

Nhận xét: khối lượng cơ trung bình là $5,73 \pm 1,17$ kg/m², giảm khối lượng cơ (69,0%). Lực bóp tay trung vị là 22,0 [19,5-26,0] kg, giảm lực cơ tay (35,7%). Tốc độ đi bộ trung vị là 1,18 [1,07-1,30] m/s, giảm tốc độ đi bộ (14,3%).

3.3. Một số yếu tố liên quan thiếu cơ ở bệnh nhân bệnh thận mạn

Bảng 2. Mô tả các yếu tố liên quan thiếu cơ ở bệnh nhân bệnh thận mạn

Đặc điểm		Không thiếu cơ (n = 54)	Thiếu cơ (n = 30)	p
Tuổi*		72,07 ± 10,14	63,93 ± 11,86	0,001 ^a
BMI (kg/m ²)*		22,82 ± 2,60	21,18 ± 2,20	0,004 ^a
Albumin (g/L)**		35,2 [32,0-39,7]	41,0 [36,8-43,8]	0,145 ^b
Hemoglobin (g/dL)*		11,87 ± 1,80	12,11 ± 2,14	0,581 ^a
eGFR (mL/phút/1.73 m ²)**		44,0 [40,0-53,0]	31,0 [18,7-36,2]	<0,001 ^b
Giới tính [‡]	Nam	20 (37,0%)	18 (60,0%)	0,043 ^c
	Nữ	34 (63,0%)	12 (40,0%)	
Tình trạng thiếu máu [‡]	Không thiếu máu	22 (40,7%)	10 (33,3%)	0,498 ^c
	Thiếu máu	32 (59,3%)	20 (66,7%)	
Giai đoạn CKD [‡]	Giai đoạn 3a	26 (92,9%)	2 (7,1%)	<0,001 ^c
	Giai đoạn 3b	22 (61,1%)	14 (38,9%)	
	Giai đoạn 4	4 (33,3%)	8 (66,7%)	
	Giai đoạn 5	2 (25,0%)	6 (75,0%)	

[‡] Tần số (tỷ lệ), * trung bình ± độ lệch chuẩn, ** trung vị [khoảng tứ phân vị, P₂₅ - P₇₅]

^a Independent-Samples t-test, ^b Mann-Whitney U test, ^c Chi-square test

Nhận xét: Nhóm thiếu cơ có tuổi trung bình thấp hơn ($63,93 \pm 11,86$ so với $72,07 \pm 10,14$; $p = 0,001$) và BMI thấp hơn ($21,18 \pm 2,20$ so với $22,82 \pm 2,60$; $p = 0,004$). eGFR thấp hơn ở nhóm thiếu cơ ($31,0 [18,7-36,2]$ so với $44,0 [40,0-53,0]$; $p < 0,001$) và tỷ lệ thiếu cơ tăng dần theo mức độ nặng của CKD, từ giai đoạn 3a (7,1%) đến giai đoạn 5 (75,0%); $p < 0,001$. Tỷ lệ nam giới cao hơn ở nhóm thiếu cơ (60,0% so với 37,0%; $p = 0,043$). Hemoglobin ($12,11 \pm 2,14$ so với $11,87 \pm 1,80$) và albumin có xu hướng cao hơn ở nhóm

thiếu cơ; tỷ lệ thiếu máu cũng cao hơn (66,7% so với 59,3%). Tuy nhiên, các khác biệt về hemoglobin, thiếu máu và albumin đều không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến giữa thiếu cơ và các yếu tố liên quan

Biến độc lập		OR hiệu chỉnh	95% CI	p
Giai đoạn CKD	Giai đoạn 3a (tham chiếu)	1,00	-	-
	Giai đoạn 3b	19,82	3,06-128,48	0,002
	Giai đoạn 4	63,38	6,77-593,08	<0,001
	Giai đoạn 5	93,15	7,39-1173,96	<0,001
BMI (mỗi 1 kg/m ² tăng thêm)		0,73	0,57-0,94	0,013
Giới tính (Nam/ Nữ)		4,90	1,37-17,50	0,014

Biến phụ thuộc là tình trạng thiếu cơ

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy giai đoạn CKD, BMI và giới tính có liên quan độc lập với thiếu cơ. So với giai đoạn 3a, các giai đoạn cao hơn có tỷ số chênh mắc thiếu cơ tăng có ý nghĩa thống kê, cao nhất ở giai đoạn 5 (OR điều chỉnh: 93,15). Mỗi khi BMI tăng thêm 1 kg/m² làm giảm odds mắc thiếu cơ 0,73 lần. Nam giới có tỷ số chênh mắc thiếu cơ cao hơn (OR hiệu chỉnh: 4,9).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, tổng số 84 bệnh nhân CKD chưa lọc máu định kỳ. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao (83,3%), phù hợp với dịch tễ học chung của CKD- bệnh lý có xu hướng gia tăng tỷ lệ mắc theo tuổi [9]. Về giới tính, nữ chiếm 54,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Chu Thị Ngọc Hà và cộng sự (nữ chiếm 55%) [10]. BMI trung bình $22,23 \pm 2,57$ kg/m², BMI bình thường (81,0%), kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Lê Thanh Trúc và cộng sự với BMI trung bình ($21,67 \pm 3,42$ kg/m²) [11]. Nhóm albumin bình thường chiếm đa số (66,7%), tương đồng với nghiên cứu của Xuehan Zhang và cộng sự, tác giả cũng ghi nhận phần lớn bệnh nhân có nồng độ albumin ở mức bình thường [12]. Tình trạng thiếu máu chiếm đa số (61,9%), nghiên cứu của Lê Việt Thắng cũng ghi nhận tỷ lệ thiếu máu chiếm phần lớn [13]. Giai đoạn CKD, giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (76,2%), giai đoạn 4 và 5 (14,3% và 9,5%), tương đồng với nghiên cứu đoàn hệ KNOW- CKD, ghi nhận tỷ lệ giai đoạn 3 chiếm đa số [14].

4.2. Tỷ lệ thiếu cơ

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thiếu cơ ở bệnh nhân CKD là 35,7%, trong đó thiếu cơ nặng chiếm 9,5%. Kết quả này cho thấy thiếu cơ là một biến chứng phổ biến trong quần thể CKD, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi và có mức độ suy thận tiến triển.

Tỷ lệ thiếu cơ ở bệnh nhân CKD dao động đáng kể giữa các nghiên cứu (5,9-28,7%), phụ thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán, phương pháp đo lường và đặc điểm quần thể nghiên cứu [5]. De Souza và cộng sự ghi nhận tỷ lệ 11,9% (EWGSOP1) và 28,7%(FNIH) ; trong khi Pereira và cộng sự báo cáo tỷ lệ 9,8% khi đo khối lượng cơ bằng nhân trắc học và 5,9% khi dùng phân tích trở kháng điện sinh học (BIA) với cùng tiêu chuẩn EWGSOP1 [5].

Nghiên cứu của Nguyễn Bá Ngọc Sơn tại Bệnh viện Bạch Mai ghi nhận tỷ lệ thiếu cơ là 29,49%, thấp hơn so với nghiên cứu hiện tại [6]. Sự khác biệt này có thể do thiếu cơ

có xu hướng nặng dần theo mức độ nặng CKD và quần thể nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ CKD giai đoạn tiến triển cao hơn, cũng như sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng.

Khối lượng cơ giảm (69,0%) là biểu hiện phổ biến nhất; lực bóp tay trung vị 22,0 kg với 35,7% giảm lực cơ; tốc độ đi bộ trung vị 1,18 m/s với 14,3% giảm khả năng vận động. Ba thành phần này phản ánh đầy đủ tam giác đánh giá thiếu cơ (AWGS 2019), cho thấy thiếu cơ ở bệnh nhân CKD là hội chứng đa chiều, bao gồm cả giảm khối cơ, sức mạnh cơ và chức năng vận động.

4.3. Yếu tố liên quan thiếu cơ

Bệnh nhân thiếu cơ có tuổi trung bình thấp hơn so với nhóm không thiếu cơ ($63,93 \pm 11,86$ so với $72,07 \pm 10,14$; $p = 0,001$). Kết quả này có phần khác biệt so với một số nghiên cứu quốc tế, trong đó tuổi cao thường liên quan chặt chẽ với thiếu cơ. Sự khác biệt trong nghiên cứu này có thể do yếu tố nhiều liên quan đến giai đoạn CKD, khi nhóm bệnh nhân trẻ hơn nhưng có mức độ suy thận nặng hơn lại có nguy cơ thiếu máu cao hơn.

Nồng độ hemoglobin không khác biệt ($p = 0,581$), trong khi albumin có xu hướng cao hơn ở nhóm thiếu cơ nhưng không có ý nghĩa thống kê. Gợi ý rằng, các chỉ số dinh dưỡng đơn thuần có thể chưa phản ánh đầy đủ tình trạng mất cơ trong CKD. Tỷ lệ thiếu máu cao hơn ở nhóm thiếu cơ (66,7% so với 59,3%) nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả cho thấy BMI ở nhóm thiếu cơ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so ($21,18 \pm 2,20$ so với $22,82 \pm 2,60$; $p = 0,004$), và trong phân tích đa biến, cho thấy BMI có liên quan độc lập đến tình trạng thiếu cơ, cho thấy vai trò bảo vệ. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu cho thấy BMI thấp phản ánh tình trạng suy dinh dưỡng protein- năng lượng, một yếu tố nguy cơ quan trọng của mất khối cơ, cũng như các nghiên cứu quốc tế khác cho thấy BMI thấp đi kèm với giảm khối cơ ở bệnh nhân CKD [15]. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng BMI không phân biệt được khối mỡ và khối cơ, do đó có thể che lấp tình trạng thiếu cơ kèm béo phì.

Về giới tính, tỷ lệ nam giới cao hơn có ý nghĩa ở nhóm thiếu cơ so với nhóm không thiếu cơ (60,0% so với 37,0%; $p = 0,043$), và trong phân tích đa biến, giới tính là yếu tố liên quan độc lập với việc tăng nguy cơ thiếu cơ, phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác về nguy cơ mất cơ cao hơn ở nam giới mắc CKD [16].

Về giai đoạn CKD, eGFR ở nhóm thiếu cơ thấp hơn rõ rệt ($31,0$ so với $44,0$ mL/phút/1,73 m²; $p < 0,001$), tỷ lệ sarcopenia tăng dần theo mức độ nặng của CKD từ giai đoạn 3a đến giai đoạn 5 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy đây là yếu tố liên quan mạnh nhất đến thiếu cơ, với nguy cơ tăng rõ rệt theo các giai đoạn tiến triển của bệnh, đặc biệt ở giai đoạn 5, phản ánh mối quan hệ giữa mức độ suy thận và mức độ mất khối cơ. Phù hợp với điều này, nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa suy giảm chức năng thận và mất cơ [5]. Cơ chế sinh lý bệnh nền tảng cho mối liên quan này khá phức tạp và liên quan đến nhiều con đường tương tác: tình trạng viêm mạn tính mức độ thấp (tăng IL-6 và TNF- α làm tăng dị hóa protein cơ); nhiễm toan chuyển hóa kích hoạt hệ ubiquitin- proteasome dẫn đến phân giải protein cơ; đề kháng insulin làm giảm tổng hợp protein đồng thời tăng mất cơ; rối loạn vitamin D ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng cơ xương; giảm hoạt động thể lực do mệt mỏi, suy thận và các bệnh đồng mắc; và hội chứng suy dinh dưỡng- viêm (MIA syndrome) thường gặp ở CKD giai đoạn cuối.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 84 bệnh nhân bệnh thận mạn chưa lọc máu định kỳ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ ghi nhận tỷ lệ thiếu cơ theo tiêu chuẩn AWGS 2019 là

35,7%, trong đó thiếu cơ nặng chiếm 9,5%. Tỷ lệ thiếu cơ cao hơn ở nhóm CKD giai đoạn so với giai đoạn 3. Sau phân tích hồi quy logistic đa biến, giai đoạn CKD, BMI và giới tính là các yếu tố liên quan độc lập với thiếu cơ. Kết quả này làm tiền đề cho việc tầm soát thiếu cơ ở bệnh nhân CKD, đặc biệt ở giai đoạn tiến triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, *et al.* Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2020. 395(10225), 709-733, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3).
2. Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, *et al.* KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. 2024. 105(4), S117-S314, <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>.
3. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, *et al.* Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*. 2019. 48(1), 16-31, <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>.
4. Souza VA, Oliveira D, Barbosa SR, Corrêa JOA, Colugnati FAB, *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, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176230>.
5. de Amorim GJ, Calado CKM, Souza de Oliveira BC, Araujo RPO, Filgueira TO, *et al.* Sarcopenia in non-dialysis chronic kidney disease patients: Prevalence and associated factors. *Frontiers in Medicine*. 2022. 9, 854410, <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.854410>.
6. Nguyễn Bá Ngọc Sơn, Đặng Thị Việt Hà, Phạm Hoài Thu. Sarcopenia và một số yếu tố liên quan ở người bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế thận. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 534(2), <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i2.8159>.
7. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, *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.e2, <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.12.012>.
8. St-Onge MP, Wang Z, Horlick M, Wang J, Heymsfield SB. Dual-energy X-ray absorptiometry lean soft tissue hydration: independent contributions of intra- and extracellular water. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*. 2004. 287(5), E842-E847, <https://doi.org/10.1152/ajpendo.00361.2003>.
9. Aiello F, Dueñas EP, Musso CG. Senescent nephropathy: the new renal syndrome. *Healthcare*. 2017. 5(4), 81, <https://doi.org/10.3390/healthcare5040081>.
10. Chu Thị Ngọc Hà, Nguyễn Ngọc Tâm, Đỗ Gia Tuyền, Đặng Thị Việt Hà, Nguyễn Hữu Dũng. Thực trạng bệnh thận mạn tính ở người cao tuổi tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 532(2), <https://doi.org/10.51298/vmj.v532i2.7638>.
11. Nguyễn Lê Thanh Trúc, Đỗ Nhật Phương, Huỳnh Thị Hồng Nhung, Ngô Nguyễn Tường Vi, Hồ Thị Anh Thư. Tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh thận mạn đang điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 540(1), <https://doi.org/10.51298/vmj.v540i1.10262>.
12. Zhang X, Bansal N, Go AS, Hsu CY. Gastrointestinal symptoms, inflammation and hypoalbuminemia in chronic kidney disease patients: A cross-sectional study. *BMC Nephrology*. 2015. 16, 211, <https://doi.org/10.1186/s12882-015-0209-z>.
13. Thang LV, Nguyen TK, Nguyen VH, Truong QK, Nguyen HD, *et al.* Serum total iron-binding capacity and iron status in patients with non-dialysis-dependent chronic kidney disease: a cross-sectional study in Vietnam. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 2020. 29(1), 48-54, [https://doi.org/10.6133/apjcn.202003_29\(1\).0007](https://doi.org/10.6133/apjcn.202003_29(1).0007).

14. Oh KH, Park SK, Park HC, Chin HJ, Chae DW, *et al.* KNOW-CKD (KoreaN cohort study for Outcome in patients With Chronic Kidney Disease): design and methods. *BMC Nephrology*. 2014. 15, 80, <https://doi.org/10.1186/1471-2369-15-80>.
 15. Jin K, Li X, Ma Y, Yang D, Tan X, *et al.* Risk Factors Associated With Sarcopenia in Patients With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 2026. 17(1), e70166, <https://doi.org/10.1002/jcsm.70166>.
 16. Kruse NT, Buzkova P, Barzilay JI, Valderrabano RJ, Robbins JA, *et al.* Association of skeletal muscle mass, kidney disease and mortality in older men and women: the cardiovascular health study. *Aging*. 2020. 12(21), 21023-21036, <https://doi.org/10.18632/aging.202135>.
-