

đúng và đủ 17 tiêu chí) là 169 và tỷ lệ là 39,76%, số mũi tiêm không an toàn (mũi tiêm không thực hiện  $\geq 1$  tiêu chí trong 17 tiêu chí) là 256 và tỷ lệ là 60,24%.

## V. KẾT LUẬN

Qua kết quả khảo sát về tiêm an toàn của 85 điều dưỡng tại khoa Cấp cứu, Hồi sức và khối Ngoại Bệnh viện 19-8 Bộ công an, năm 2014, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ tiêm an toàn của điều dưỡng: 39,76%
- Các yếu tố liên quan:
  - + Nhóm tuổi 41-50 có tỷ lệ TAT cao nhất: 75%; nhóm tuổi > 50 có tỷ lệ TAT thấp nhất: chiếm 20%
  - + Khoa Hồi sức có tỷ lệ tiêm an toàn cao nhất: 57,5%, khoa Ngoại Tổng hợp có tỷ lệ tiêm an toàn thấp nhất: 21,82%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Thành** (2010), "Kết quả nghiên cứu đánh giá thực trạng tiêm an toàn tại 13 bệnh viện lựa chọn năm 2013", Hội Điều dưỡng Việt Nam.
2. **Phạm Đức Mục** (2005), "Đánh giá kiến thức về Tiêm an toàn và tần suất rủi ro do vật sắc nhọn đối với Điều dưỡng – Hộ sinh tại 8 Tỉnh đại diện, 6 tháng đầu năm 2005", Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ II, Hội Điều dưỡng Việt Nam, Hà Nội, tr.224-232
3. **Bộ y tế vụ khoa học và đào tạo**, "Điều dưỡng cơ bản", Nhà xuất bản y học, Hà Nội (2002), trang 160 – 190.
4. **Bộ y tế** (2012), Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, Hà Nội.
5. **Phan Thị Dung** (2009), Nghiên cứu khảo sát về tiêm an toàn tại bệnh viện Việt Đức năm 2009, Hà Nội.
6. Tài liệu Hội nghị khoa học Điều dưỡng Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức lần thứ V, trang 23,33.
7. **WHO**, (2002), Department of Protection of the Human Environment và Department of Vaccines and Biologicals (2002), "First, do no harm"-introducing auto-disable syringes and ensuring injection safety in immunization systems of developing countries, Geneva, Switzerland.

## TỶ LỆ THIẾU CƠ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Lâm Mỹ Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Trí<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Tân<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thiếu cơ và khảo sát một số yếu tố liên quan đến thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi ĐTĐ típ 2. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu là mô tả cắt ngang trên bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi có bệnh ĐTĐ típ 2 đến khám tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Quân Y 175 trong khoảng thời gian từ tháng 11/2019 đến tháng 03/2020 thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu. **Kết quả:** Nghiên cứu này thu nhận 255 bệnh nhân với tuổi trung bình là  $76,76 \pm 7,3$  (tuổi), trong đó nam chiếm tỷ lệ 81,6%. Tỷ lệ thiếu cơ chung trên các bệnh nhân có đái tháo đường là 22,7%. Khi phân tích logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận chỉ đặc điểm thời gian mắc bệnh đái tháo đường (OR= 0,37, KTC 95% 0,14 – 0,98, p=0,045) và thể trạng (OR= 4,57, KTC 95% 2,76-7,56, p <0,001) là 2 yếu tố có liên quan với thiếu cơ. **Kết luận:** Thiếu cơ chiếm tỷ lệ khoảng gần ¼ dân số người cao tuổi bị đái tháo đường. Thời gian bị đái tháo đường và thể trạng là hai yếu tố có liên quan đến thiếu cơ.

**Từ khóa:** Thiếu cơ, người cao tuổi, đái tháo đường típ 2.

### SUMMARY

#### PREVALENCE AND SOME FACTORS RELATED TO SARCOPENIA IN ELDERLY PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

**Objective:** To determine the prevalence and investigate some factors related to sarcopenia in elderly patients with type 2 diabetes mellitus. **Subjects and methods:** research design was cross-sectional description in patients  $\geq 60$  years old with type 2 diabetes mellitus who visited the outpatient clinic at 175 Military Hospital from November 2019 to March 2020 with all patients who met the study inclusion criteria. **Results:** This study enrolled 255 patients with an average age of  $76.76 \pm 7.3$  (age), of which the rate was 81.6% for men. The prevalence of sarcopenia in elderly patients with type 2 diabetes mellitus was 22.7%. When analyzing multivariate logistic, we recorded only duration of diabetes mellitus (OR = 0.37, 95% CI 0.14 - 0.98, p = 0.045) and body mass index (OR = 4.57, 95% CI 2.76-7.56, p <0.001) were two factors associated with sarcopenia. **Conclusion:** sarcopenia accounted for nearly a quarter of the elderly patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes duration and body mass index were two factors related to sarcopenia.

**Keywords:** Sarcopenia, the elderly, type 2 diabetes mellitus.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu cơ (sarcopenia) đang trở thành một vấn đề sức khỏe ngày càng phổ biến ở người

<sup>1</sup>Bệnh viện 175, TP Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Thống Nhất, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tân

Email: nguyenvtan10@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3/12/2020

Ngày phản biện khoa học: 4/1/2021

Ngày duyệt bài: 29/1/2021

cao tuổi (NCT) và gần đây đã thu hút sự chú ý của nhiều chuyên gia. Theo đồng thuận của nhóm các chuyên gia Châu Âu (EWGSOP) về thiếu cơ thì thiếu cơ có thể được chẩn đoán dựa trên giảm khối lượng cơ kèm theo giảm chất lượng cơ (bao gồm sức cơ và hoạt động chức năng của cơ) [1]. Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh khá phổ biến và gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới. Một số nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có tỷ lệ thiếu cơ cao hơn người bình thường 1,56 lần, đặc biệt đối với người trên 70 tuổi thì nguy cơ tăng gấp 2,0-2,3 lần. Thiếu cơ trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cao tuổi làm tăng nguy cơ bị té ngã, rối loạn vận động, nguy cơ gãy xương, rối loạn chuyển hóa, giảm chất lượng cuộc sống, tăng tỷ lệ nhập viện và tử vong [2]. Hiện tại, trong nước chưa có nghiên cứu về thiếu cơ trên bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2. Do đó, nhận thấy tầm quan trọng và cần thiết của vấn đề này nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại bệnh viện Quân Y 175 nhằm xác định tỷ lệ thiếu cơ và khảo sát một số yếu tố liên quan đến thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi ĐTĐ típ 2.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Tất cả bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi có bệnh lý ĐTĐ típ 2 đến khám tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Quân Y 175 trong khoảng thời gian từ tháng 11/2019 đến tháng 03/2020 thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi, được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp Hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2019, đồng ý tham gia nghiên cứu; chúng tôi loại ra khỏi nghiên cứu các trường hợp sau: bệnh nhân đang trong giai đoạn cấp tính của bệnh lý cơ xương khớp, đang mắc các bệnh như di chứng tai biến mạch máu não (yếu, liệt vận động chi), bệnh nhược cơ, khuyết tật chi, suy tim nặng, bệnh tâm thần, xơ gan, bệnh phổi mạn, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, ung thư giai đoạn tiến xa.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, không xác suất.

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

*Trong đó:* n: cỡ mẫu tối thiểu; Z (1-  $\alpha/2$ ) = 1,96 với nguy cơ sai lầm  $\alpha = 0,05$  và khoảng tin cậy 95%; p: tỷ lệ thiếu cơ ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 ở một nghiên cứu tiến hành tại Trung Quốc là 14,8% [3], chọn p = 0,148; d: sai số cho phép, chọn d = 0,05; như vậy, cỡ mẫu ít nhất là 194 bệnh nhân.

**Các bước tiến hành nghiên cứu:** Nghiên cứu viên giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu và đối tượng phải đồng ý tham gia nghiên cứu (bằng văn bản) mới tiến hành thu thập số liệu. Các thông tin hành chính, bệnh sử, tiền sử bản thân và gia đình, khám lâm sàng ghi nhận các triệu chứng cơ năng và thực thể theo bảng thu thập số liệu soạn sẵn. Ghi nhận trị số chiều cao, cân nặng, huyết áp, HDL - Cholesterol, LDL-Cholesterol, Cholesterol toàn phần, Triglyceride, đường huyết tĩnh mạch, %HbA1c, Creatine huyết thanh.

Huyết áp được đo bằng máy đo huyết áp tự động BPBIO 170 của hãng Medisol. Chiều cao, cân nặng: chiều cao được đo bằng sóng siêu âm Inbody Inlab, cân nặng được đo bằng cân Inbody Dial của hãng Medisol. Khối lượng cơ được tính theo công thức nhân trắc; lực bóp tay: dụng cụ đo là áp lực kế cầm tay điện tử Jamar 5030J1, đơn vị đo tính bằng kilogam (kg). Nghiên cứu viên cho bệnh nhân ngồi trên ghế, khuỷu tay gấp 90° so với cẳng tay, yêu cầu bệnh nhân bóp từ từ và hết sức trong vòng 3 giây, thực hiện cả ở hai tay, kết quả là trị số trung bình lực bóp tay lớn nhất ở tay phải và trái. Tốc độ đi bình thường trong 6m: cho bệnh nhân đi bộ 10 m, với tốc độ nhanh nhất có thể trong giới hạn an toàn và tính tốc độ trong khoảng từ 2m đến 8m. Tính thời gian theo đơn vị giây và vận tốc theo đơn vị mét/giây (m/s).

Định nghĩa các biến số trong nghiên cứu:

- Chẩn đoán xác định thiếu cơ khi có giảm khối lượng cơ kèm với giảm tốc độ đi bộ hoặc giảm sức cơ [3]. Phân loại các giai đoạn thiếu cơ là biến liên tục gồm 3 giá trị tiền thiếu cơ (chỉ giảm khối lượng cơ), thiếu cơ (giảm khối lượng cơ kèm với giảm tốc độ đi bộ hoặc giảm sức cơ), thiếu cơ nặng (giảm khối lượng cơ kèm với giảm tốc độ đi bộ và giảm sức cơ). - Tình trạng dinh dưỡng là biến thứ tự, được đánh giá dựa trên bảng đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo MNA, gồm có 3 giá trị dinh dưỡng bình thường (12 - 14 điểm), có nguy cơ suy dinh dưỡng (8 - 11 điểm), bị suy dinh dưỡng (0 - 7 điểm). Đái tháo đường được định nghĩa theo tiêu chuẩn của ADA 2019. Các biến số khác như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày (ADL), hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (IADL) được định nghĩa theo các tiêu chuẩn mới nhất hiện nay.

**Xử lý thống kê:** Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm, kiểm định sự khác biệt thống kê bằng phép kiểm chi

bình phương. Biến định lượng được trình bày dưới dạng số trung bình ( $\pm$  độ lệch chuẩn), kiểm định sự khác biệt của các tỷ lệ bằng test chi bình phương và so sánh giá trị trung bình giữa 2 nhóm theo t-test, mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

*Y đức nghiên cứu:* Nghiên cứu này được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 637/ĐHYD-HĐĐĐ, tháng 11 năm 2019.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2019 đến tháng 03/2020, chúng tôi đã thu thập được 255 bệnh nhân, với tuổi trung bình  $76,76 \pm 7,3$  (tuổi), trong đó nam chiếm tỷ lệ 81,6%. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là quân nhân chiếm hơn 2/3 dân số nghiên cứu, nhóm còn lại là người dân không phải quân nhân với tỷ lệ 26,3%. Ngoài ra, các đặc điểm chung khác của dân số nghiên cứu được chúng tôi trình bày trong bảng 1.

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	60 - 69	171	67,1
	70 - 79	63	24,7
	$\geq 80$	21	8,2
Tuổi trung bình (TB $\pm$ ĐLC)		$76,76 \pm 7,3$	
Giới	Nam	208	81,6
	Nữ	47	18,4
Tình trạng hôn nhân	Còn vợ/ chồng	227	89
	Độc thân/ góa/ ly dị	28	11
Tình trạng gia đình	Sống chung gia đình	243	95,3
	Sống một mình	12	4,7
Nơi sinh sống	Thành phố Hồ Chí Minh	255	100
	Khác	0	0
Đối tượng	Quân nhân	188	73,7
	Dân	67	26,3
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	55	21,6
	Nông dân, công nhân, lái xe, tạp vụ, hộ lý	14	5,5
	Tham mưu, sở chỉ huy, hậu cần, cục tài chính, tòa án	155	60,7
	Nghề khác (bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật, nhà báo...)	31	12,2
Hút thuốc	Có	48	18,8
	Không	207	81,2
Trình độ học vấn	Mù chữ	2	0,8
	Cấp 1	4	1,6
	Cấp 2	28	11
	Cấp 3	84	32,9
	Đại học	106	41,6
	Sau đại học	31	12,2
Đa bệnh	Có	199	78
	Không	56	22
Đa thuốc	Có	163	63,9
	Không	92	36,1

Bệnh nhân có thể trạng béo phì chiếm tỷ lệ rất cao 45,9%, thể trạng gầy chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,5%, thể trạng trung bình 23,5%. Suy giảm chức năng cơ bản hàng ngày (ADL) chiếm tỷ lệ rất thấp 0,8% (n=2), suy giảm IADL 5,4% (n=13). Số bệnh nhân có chế độ dinh dưỡng bình thường chiếm đa số 90,5% (n=231), có nguy cơ suy dinh dưỡng hoặc bị suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ không đáng kể với lần lượt là 7,5% và 2% (bảng 2).

**Bảng 2.** Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thể trạng	Gầy	4	1,5
	Trung bình	60	23,5
	Thừa cân	74	29
	Béo phì	117	45,9

<b>ADL</b>	6 điểm	253	99,2
	< 6 điểm	2	0,8
<b>IADL</b>	8 điểm	242	94,9
	< 8 điểm	13	5,1
<b>Tình trạng dinh dưỡng (MNA)</b>	Tình trạng dinh dưỡng bình thường (12 - 14 điểm)	231	90,5
	Có nguy cơ suy dinh dưỡng (8 - 11 điểm)	19	7,5
	Bị suy dinh dưỡng (0 - 7 điểm)	5	2

Tỷ lệ thiếu cơ chung trên các bệnh nhân có đái tháo đường là 22,7%. Khi phân tích trên các tiêu chí thành phần của thiếu cơ thì nhóm bệnh nhân có giai đoạn thiếu cơ nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,7%, hai nhóm còn lại bao gồm tiền thiếu cơ và thiếu cơ có tỷ lệ lần lượt là 16,5%, 18%.

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa thiếu cơ và tất cả các đặc điểm

<b>Đặc điểm</b>	<b>Thiếu cơ</b>	<b>Không thiếu cơ</b>	<b>p</b>
Tuổi (TB ± ĐLC)	73,45±8,75	65,97±5,84	<0,001
Nhóm tuổi n(%)	60-69	20(11,7)	151(88,3)
	70-79	23(36,5)	40(63,5)
	≥80	15(71,4)	6(28,6)
Giới, n(%)	Nam	49(23,6)	159(76,4)
	Nữ	9(19,1)	38(80,9)
Dân tộc, n(%)	Kinh	58(22,7)	197(77,3)
Địa chỉ, n(%)	TP Hồ Chí Minh	58(22,7)	197(77,3)
Nghề nghiệp n(%)	Nhân viên văn phòng	9(16,4)	46(83,6)
	Nông dân, công nhân, lái xe, tạp vụ, hộ lý	2(16,7)	12(83,3)
	Tham mưu, sở chỉ huy, hậu cần, cục tài chính, tòa án	38(24,5)	117(75,5)
	Khác	9(29)	22(71)
Đối tượng, n(%)	Quân nhân	44(23,4)	144(76,6)
	Dân	14(20,9)	53(79,1)
Hoc vấn, n(%)	Mù chữ	0(0)	2(100)
	Cấp 1	1(25)	3(75)
	Cấp 2	11(39,3)	17(60,7)
	Cấp 3	19(22,6)	65(77,4)
	Đại học	19(17,9)	87(82,1)
	Sau đại học	8(25,8)	23(74,2)
Hôn nhân, n(%)	Độc thân, góa, ly dị	7(25)	21(75)
	Còn vợ/chồng	51(22,5)	176(77,5)
Gia đình, n(%)	Sống với gia đình	55(22,6)	188(77,4)
	Sống một mình	3(25)	9(75)
Thuốc lá, n(%)	Có	11(22,9)	37(77,1)
	Không	47(22,7)	160(77,3)
Chăm sóc, n(%)	Tự chăm sóc	4(26,7)	11(73,3)
	Vợ/chồng	48(22)	170(78)
	Con	6(27,3)	16(72,7)
Vận động, n(%)	Có	31(18,5)	137(81,5)
	Không	27(31)	60(69)
Té ngã, n(%)	Có	11(30,6)	25(69,4)
	Không	47(21,5)	172(78,5)
Gãy xương, n(%)	Có	2(18,2)	9(81,8)
	Không	56(23)	188(77)
Thời gian mắc bệnh đái tháo đường, n(%)	<5 năm	8(10,4)	69(89,6)
	≥5 năm	50(28,1)	128(71,9)
Thuốc điều trị đái tháo đường, n(%)	Thuốc viên	47(21,7)	170(78,3)
	Insulin	10(50)	10(50)
	Thuốc viên và insulin	1(5,6)	17(94,4)

Dinh dưỡng, n(%)	Bình thường	47(20,3)	184(79,7)	0,006
	Nguy cơ suy dinh dưỡng	10(52,6)	9(47,4)	
	Suy dinh dưỡng	1(20)	4(80)	
Thể trạng, n(%)	Gầy	3(75)	1(25)	<0,001
	Bình thường	27(45)	33(55)	
	Thừa cân	21(28,4)	53(71,6)	
Tăng huyết áp, n(%)	Béo phì	7(6)	110(94)	0,11
	Có	27(19)	115(81)	
	Không	31(27,4)	82(72,6)	
Mức đường huyết, n(%)	Tốt	33(24,8)	100(75,2)	0,35
	Chấp nhận được	16(17,8)	74(82,2)	
	Kém	9(28,1)	23(71,9)	
Rối loạn lipid máu, n(%)	Có	37(23,7)	119(76,3)	0,64
	Không	21(21,2)	78(78,8)	
	Tốt	36(21,8)	129(78,2)	
Mức HbA1C, n(%)	Chấp nhận được	12(22,2)	42(77,8)	0,74
	Kém	10(27,8)	26(72,2)	
	Có	43(21,6)	156(78,4)	
Đa bệnh, n(%)	Không	15(26,8)	41(73,2)	0,41
	Có	41(25,2)	122(74,8)	
Đa thuốc, n(%)	Không	17(18,5)	75(81,5)	0,22
	Có	0(0)	2(100)	
Giảm ADL, n(%)	Không	58(22,9)	195(77,1)	1,00
	Có	11(68,8)	5(31,2)	
Giảm IADL, n(%)	Không	47(19,7)	192(80,3)	<0,001
	Có			

**Chú thích:** TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn

Khảo sát về mối liên quan giữa thiếu cơ với một số yếu tố khác, chúng tôi đã ghi nhận và trình bày trong bảng 3. Khi phân tích logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận chỉ có 2 yếu tố là thời gian mắc bệnh đái tháo đường (OR= 0,37, KTC 95% 0,14 – 0,98, p=0,045) và thể trạng (OR= 4,57, KTC 95% 2,76-7,56, p <0,001) là có liên quan với thiếu cơ (bảng 4).

**Bảng 4.** Mối liên quan thiếu cơ và tất cả các đặc điểm qua phân tích hồi quy logistic đa biến

Đặc điểm	OR	KTC 95%	p
Tuổi	0,88	0,78-1,00	0,68
Nhóm tuổi	0,72	0,17-2,99	0,65
Vận động	0,64	0,27-1,5	0,3
Thời gian mắc bệnh đái tháo đường	0,37	0,14-0,98	0,045
Thuốc điều trị đái tháo đường	1,00	0,48-2,08	0,99
Dinh dưỡng	1,63	0,61-4,37	0,33
Thể trạng	4,57	2,76-7,56	<0,001
Giảm IADL	1,93	0,39-9,56	0,42

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là  $76,76 \pm 7,3$  tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Maria Rosaria Rizzo và cộng sự [4] ở 80 bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh ĐTĐ tại Italy với tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là  $76,2 \pm 5,4$  tuổi. Ngoài ra, một số

nghiên cứu khác về ĐTĐ trên NCT cũng ghi nhận kết quả tương tự, như kết quả nghiên cứu của tác giả Ken Sugimoto [5] và Tanaka [6]. Ngược lại, một vài nghiên cứu khác lại cho kết quả tuổi trung bình thấp hơn chúng tôi. Cụ thể, theo nghiên cứu của tác giả Foon Yin Fung [7] ghi nhận tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là  $68,3 \pm 5,66$  tuổi, sự khác biệt có thể do địa điểm nghiên cứu khác nhau.

Tỷ lệ thiếu cơ chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 22,7%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Tanaka [6] có tỷ lệ thiếu cơ là 25,5%. Sự khác biệt có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả Gariballa là tất cả các bệnh nhân trong khoa cấp cứu có hay không có bệnh nền đều đưa vào nghiên cứu, trong khi chúng tôi chỉ chọn các bệnh nhân bị ĐTĐ típ 2. Đồng thời, khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả tác giả Lara Bianchi [8] thì kết quả của chúng tôi thấp hơn. Theo nghiên cứu của tác giả Lara Bianchi [8] tại khoa Lão và khoa Cấp Cứu ở Italy ghi nhận tỷ lệ thiếu cơ trong dân số nghiên cứu là 34,75%. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả không giống nhau, chúng tôi là các bệnh nhân ổn định ngoại trú, các tác giả trên là các bệnh nhân đang có tình trạng bệnh cấp tính phải nhập viện điều trị nội trú.

Khi phân tích mối liên quan giữa thiếu cơ và các đặc điểm nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy

tuổi càng cao thì nguy cơ, số lượng bệnh nhân thiếu cơ càng tăng. Tuy nhiên, khi phân tích logistic đa biến thì tuổi không liên quan với thiếu cơ. Kết quả này khác với các nghiên cứu trước đó có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn. Vận động là yếu tố có liên quan với thiếu cơ qua phép kiểm chi bình phương ( $p < 0,05$ ), tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Ken Sugimoto<sup>(5)</sup>. Mặt khác, trong nghiên cứu của tác giả Ken Sugimoto [5] khi phân tích về các thuốc điều trị ĐTĐ của nhóm dân số nghiên cứu, kết quả cho thấy dùng insulin là yếu tố có liên quan với thiếu cơ. Khi phân tích logistic đa biến, chúng tôi ghi nhận thời gian mắc bệnh ĐTĐ và thể trạng là hai yếu tố có liên quan với thiếu cơ. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu của các tác giả Ken Sugimoto, Foon Yin Fung đều kết luận thể trạng là yếu tố có liên quan với thiếu cơ [5, 7].

Hạn chế của nghiên cứu: đây là nghiên cứu quan sát, cỡ mẫu còn nhỏ và phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới nên phần nào chưa phản ánh hết được tính đại diện cho dân số chung. Qua kết quả nghiên cứu này, có thể gợi ý cần các nghiên cứu toàn diện hơn trong tương lai.

## V. KẾT LUẬN

Thiếu cơ chiếm tỷ lệ khoảng gần ¼ dân số người cao tuổi bị đái tháo đường típ 2. Thời gian bị đái tháo đường và thể trạng là hai yếu tố có liên quan đến thiếu cơ. Kết quả này gợi ý cần phải tầm soát thiếu cơ trên bệnh nhân cao tuổi bị đái tháo đường típ 2 để có hướng can thiệp

phù hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer J M, et al (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*, 39 (4): 412-23.
2. Wang T, Feng X, Zhou J, et al (2016). Type 2 diabetes mellitus is associated with increased risks of sarcopenia and pre-sarcopenia in Chinese elderly. *Scientific reports*, 6.
3. Chen L. K, Liu I. K, Woo J, et al (2014). Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*, 15 (2): 95-101.
4. Maria RR, Michelangela B, Ilaria F, et al (2016). Sarcopenia in Elderly Diabetic Patients: Role of Dipeptidyl Peptidase 4 Inhibitors. *JAMDA*, 17: 896-901.
5. Ken S, Yasuharu T, Hiroshi I, et al (2019). Hyperglycemia in non-obese patients with type 2 diabetes is associated with low muscle mass: The Multicenter Study for Clarifying Evidence for Sarcopenia in Patients with Diabetes Mellitus. *J Diabetes Investig*, 10: 1471-1479.
6. Tanaka S, Kamiya K, Hamazaki N, et al (2017). Utility of SARC-F for Assessing Physical Function in Elderly Patients With Cardiovascular Disease. *J Am Med Dir Assoc*, 18 (2): 176-181.
7. Foon YF, Yi Ling EK, Rahul M (2019). Prevalence of and factors associated with sarcopenia among multi-ethnic ambulatory older Asians with type 2 diabetes mellitus in a primary care setting. *BMC Geriatrics*, 19: 122.
8. Lara Bianchi, Stefano Volpato (2016). Muscle dysfunction in type 2 diabetes: a major threat to patient's mobility and independence. *Acta Diabetologica*, 53: 879-889.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA VIÊN NANG TAVINGA TRÊN BỆNH NHÂN PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Phạm Khắc Linh<sup>1</sup>, Đào Nguyên Mạnh<sup>1</sup>, Trần Thanh Tuấn<sup>1</sup>,  
Quách Thị Quỳnh<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Nam<sup>2</sup>, Phạm Ngọc Quang<sup>1</sup>, Lê Văn Quang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng của chế phẩm Tavinga trên bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt. **Đối tượng và phương pháp:** 56 bệnh nhân được chẩn đoán phì đại lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng chế phẩm Tavinga với liều 3 viên/lần x 2 lần x 60 ngày. **Kết quả:** Sau 2 tháng điều trị, các triệu

chứng rối loạn tiểu tiện đã được cải thiện rõ rệt, điểm trung bình IPSS trung bình giảm từ  $17,62 \pm 7,42$  xuống còn  $4,84 \pm 3,75$ ; Điểm chất lượng cuộc sống QoL trung bình giảm từ  $3,90 \pm 0,47$  xuống còn  $1,70 \pm 0,35$ ; lưu lượng nước tiểu trung bình tăng từ  $4,26 \pm 2,65$ ml lên  $8,76 \pm 2,97$ ml; thể tích nước tiểu tồn dư giảm từ  $35,34 \pm 12,86$ ml xuống còn  $14,51 \pm 10,29$ ml; kích thước thể tích tuyến tiền liệt trung bình giảm trung bình  $13,82$ m<sup>3</sup>. Sức khỏe bệnh nhân được cải thiện như ăn ngủ tốt, tiêu hóa cải thiện, tinh thần thoải mái, chức năng sinh lý được cải thiện. Không thấy có biến đổi các chỉ số sinh hóa, huyết học và các tác dụng không mong muốn của sản phẩm sau 2 tháng sử dụng chế phẩm Tavinga. **Kết luận:** Chế phẩm Tavinga có tác dụng cải thiện rối loạn tiểu tiện rõ rệt trên bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

<sup>1</sup>Trung tâm Nhiệt đới Việt Nga

<sup>2</sup>Bệnh viện TỰ QUỲ 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Khắc Linh

Email: bslnhdvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/11/2020

Ngày phản biện khoa học: 12/1/2021

Ngày duyệt bài: 25/1/2021