

6. **Germinario EAP, Arcieri R, Bonati M, et al.** Attention-deficit/hyperactivity disorder drugs and growth: an Italian prospective observational study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2013;23(7):440-447. doi:10.1089/cap.2012.0086
7. **Wang T, Liu K, Li Z, et al.** Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: a systematic

- review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2017;17:32. doi:10.1186/s12888-016-1187-9
8. **DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD.** Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *J Learn Disabil.* 2013; 46(1):43-51. doi:10.1177/0022219412464351

VAI TRÒ CỦA THANG ĐIỂM SARC-F TRONG DỰ ĐOÁN NGUY CƠ TIẾN TRIỂN Ở BỆNH NHÂN COVID-19 CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN TRUYỀN NHIỄM 5G

Nguyễn Duy Đông*, Nguyễn Ngọc Khánh*, Nguyễn Thị Dịu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Điều tra mối liên quan giữa nguy cơ suy nhược cơ và độ nặng của bệnh ở bệnh nhân COVID-19 cao tuổi. **Phương pháp:** Một nghiên cứu thuần tập tiến cứu trên 182 bệnh nhân lớn tuổi nhập viện (≥ 60 tuổi) bị viêm phổi do COVID-19 được xác nhận trong khoảng thời gian từ ngày 6 tháng 9 năm 2021 đến ngày 30 tháng 10 năm 2021. Dữ liệu dịch tễ học, nhân khẩu học xã hội, lâm sàng và xét nghiệm lúc nhập viện và dữ liệu kết quả được trích xuất từ hồ sơ bệnh án điện tử. Tất cả các bệnh nhân được đánh giá về tình trạng suy nhược cơ khi nhập viện bằng thang điểm SARC-F và kết quả là sự phát triển của bệnh nặng hơn trong thời gian nằm viện. Chúng tôi đã sử dụng mô hình nguy cơ theo tỷ lệ Cox để xác định mối liên quan giữa suy nhược cơ và sự tiến triển của bệnh. **Kết quả:** Trong số 182 bệnh nhân, 87 (47,8%) bệnh nhân có nguy cơ cao mắc suy nhược cơ trong khi 95 (52,2%) thì không. 42 (23,1%) bệnh nhân tiến triển thành các trường hợp nặng hơn. Bệnh nhân COVID-19 có nguy cơ mắc suy nhược cơ cao hơn có nhiều khả năng phát triển bệnh nặng hơn những người không mắc bệnh (36,8% so với 10,5%, $p < 0,001$). Sau khi điều chỉnh các yếu tố nhân khẩu học, lâm sàng, và xét nghiệm, nguy cơ suy nhược cơ cao hơn có liên quan đến nguy cơ tình trạng nặng cao hơn [tỷ lệ nguy cơ = 6,37 (KTC 95%: 1,61-25,18)]. **Kết luận:** Nguy cơ suy nhược cơ ở bệnh nhân cao tuổi mắc COVID-19 là phổ biến. Những người có nguy cơ suy nhược cơ cao hơn có nhiều khả năng phát triển tình trạng nghiêm trọng hơn. Một đánh giá đơn giản với bác sĩ về tình trạng suy nhược cơ có thể giúp cảnh báo sớm những bệnh nhân lớn tuổi có nguy cơ cao bị viêm phổi COVID-19 nặng.

Từ khóa: COVID-19, SARC-F, Suy nhược cơ, Tiên lượng, Cao tuổi

SUMMARY

THE ROLE OF SARC-F SCALE IN

**Bệnh viện Quân y 103*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Đông

Email: dnduydong157@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2021

Ngày duyệt bài: 12.01.2022

PREDICTING PROGRESSION RISK OF COVID-19 IN ELDERLY PATIENTS TREATED AT THE INFECTIOUS FIELD HOSPITAL NO.5G

Objectives: To investigate the association between the risk of myasthenia gravis and disease severity in elderly COVID-19 patients. **Methods:** A prospective cohort study of 182 hospitalized elderly patients (≥ 60 years of age) with confirmed COVID-19 pneumonia between September 6, 2021 and October 30, 2021. Epidemiological, sociodemographic, clinical and laboratory data on admission and outcome data were extracted from electronic medical records. All patients were assessed for myasthenia gravis on admission using the SARC-F score and as a result the development of worsening disease during hospital stay. We used the Cox proportional hazard model to determine the association between sarcopenia and disease progression. **Results:** Among 182 patients, 87 (47.8%) were at high risk for sarcopenia while 95 (52.2%) were not. We found that 42 (23.1%) patients progressed to more severe cases. COVID-19 patients at higher risk of developing sarcopenia were more likely to develop severe disease than those without (36.8% vs 10.5%, $p < 0.001$). After adjusting for demographic and clinical, and laboratory factors, a higher risk of sarcopenia was associated with a higher risk of severe condition [hazard ratio = 6.37 (95% CI: 1.61-25.18)]. **Conclusion:** The risk of sarcopenia in elderly patients with COVID-19 was common. People with at higher risk of sarcopenia were more likely to develop more serious conditions. A simple physician assessment of sarcopenia can provide early warning in older patients who are at high risk for more severe COVID-19 pneumonia.

Keywords: COVID-19, SARC-F, Sarcopenia, Prognosis, Elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh do coronavirus 2019 (COVID-19) là một bệnh truyền nhiễm đường hô hấp cấp tính do nhiễm vi rút SARS-CoV-2. COVID-19 rất dễ lây lan và có thể dẫn đến tỷ lệ bệnh nặng. Khoảng 15% trường hợp COVID-19 bị bệnh nặng và tỷ lệ tử vong dao động từ 1,4 đến 14% ở những bệnh

nhân nhập viện. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng bệnh nhân COVID-19 lớn tuổi hơn, mắc bệnh đi kèm, lactic dehydrogenase (LHD) và D-dimer cao, có nhiều khả năng bị biến chứng nặng và tử vong hơn [1]. Người lớn tuổi dễ bị nhiễm bệnh hơn và có nguy cơ cao bị các biến chứng nghiêm trọng với COVID-19. Tỷ lệ tử vong ở người cao tuổi có thể rất cao và trong khi tỷ lệ tử vong của những người trên 80 tuổi cao gấp 5 lần mức trung bình toàn cầu.

Khái niệm về bệnh suy nhược cơ (sarcopenia) ban đầu được đề xuất bởi Rosenberg vào năm 1989. Suy nhược cơ được đặc trưng bởi sự suy giảm dần khối lượng cơ xương, sức mạnh và sức bền. Tần suất suy nhược cơ khoảng 5 đến 70%, tùy thuộc vào tuổi, giới tính và các tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau. Sarcopenia có liên quan chặt chẽ đến ngã, gãy xương, tàn tật và chi phí chăm sóc sức khỏe cao. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng yếu ớt (frailty) là một yếu tố tiên lượng tốt hơn cho tiên lượng COVID-19 so với tuổi hoặc bệnh đi kèm. Sarcopenia có chung cơ chế bệnh sinh với tình trạng yếu và thường được coi là dấu hiệu báo trước của tình trạng yếu. Chúng tôi giả định rằng bệnh suy nhược cơ liên quan đến tuổi tác là một yếu tố nguy cơ làm trầm trọng thêm tình trạng của bệnh nhân. Việc xác định sớm những bệnh nhân có nguy cơ cao mắc bệnh suy nhược cơ có thể giúp chúng tôi sắp xếp thời gian can thiệp để tránh tình trạng bệnh nhân xấu đi đến tình trạng cực kỳ nghiêm trọng và tình trạng cần nhiều nguồn lực. Chúng tôi đã tiến hành một nghiên cứu thuần tập tiến cứu để điều tra mối liên quan giữa suy nhược cơ và nguy cơ tiến triển ở những bệnh nhân COVID-19 lớn tuổi. Sarcopenia được đánh giá theo thang điểm SARC-F, là một công cụ sàng lọc không tốn kém và thân thiện với lâm sàng có độ tin cậy và độ đặc hiệu đạt yêu cầu [2].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu và đối tượng. Đây là một nghiên cứu thuần tập tiến cứu được thực hiện tại Bệnh viện Dã chiến Truyền nhiễm 5G, Thành phố Hồ Chí Minh, bởi nhóm y tế COVID-19 của Học viện Quân y. Nghiên cứu này được thực hiện theo Tuyên bố Helsinki và được sự chấp thuận của Ủy ban Đạo đức của Học viện Quân y. Bởi vì không có tài liệu giấy nào được phép mang ra khỏi khu vực cách ly, yêu cầu về sự đồng ý bằng văn bản đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Dã chiến Truyền nhiễm 5G từ bỏ và sự đồng ý đã được thông báo bằng lời nói từ tất cả những người tham gia.

Tổng số 182 bệnh nhân trên 60 tuổi mới được chẩn đoán với COVID-19 từ ngày 6 tháng 9 đến ngày 30 tháng 10 năm 2021 đã được ghi danh vào nghiên cứu này. Tiêu chuẩn vào nghiên cứu là: (1) tuổi \geq 60 tuổi; (2) chẩn đoán viêm phổi COVID-19 được xác nhận bằng kết quả dương tính với COVID-19 RNA trong bệnh phẩm mũi họng theo hướng dẫn tạm thời của WHO công bố ngày 28 tháng 1 năm 2020; (3) hoàn thành đánh giá SARC-F khi nhập viện; (4) sự sẵn có của thông tin hồ sơ y tế liên quan. Những bệnh nhân có các tình trạng sau sẽ bị loại trừ: thông tin không đầy đủ; không tuân thủ điều trị; không tuân thủ khảo sát bằng câu hỏi; Rối loạn tâm thần và rối loạn ý thức; bị ốm nặng khi được nhận vào.

Thu thập dữ liệu

Nguy cơ suy nhược cơ. Chúng tôi đánh giá bệnh nhân thông qua phỏng vấn trực tiếp và hoàn thành thang điểm SARC-F bởi các bác sĩ có kinh nghiệm trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện. Chúng tôi đã sử dụng thang điểm SARC-F để đo lường nguy cơ mắc suy nhược cơ. Năm thành phần được bao gồm: sức mạnh; hỗ trợ đi bộ; đứng dậy khỏi ghế; leo cầu thang; và ngã. Mỗi loại mục đánh giá có 0 điểm, 1 điểm và 2 điểm tùy theo mức độ khó hoặc tần suất. Tổng điểm nằm trong khoảng từ 0 đến 10. Những bệnh nhân có tổng điểm \geq 4 được coi là có nguy cơ cao mắc suy nhược cơ [2].

Nhân khẩu- xã hội học và tình trạng lâm sàng. Nhân khẩu học của bệnh nhân (tuổi và giới tính), chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử bệnh đi kèm (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch vành, đột quỵ, ung thư, bệnh phổi mãn tính và bệnh thận mãn tính), dấu hiệu sinh tồn khi nhập viện (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở), tình trạng lâm sàng (sốt, ho, khó thở, mất/giảm vị giác, rối loạn khứu giác, tiêu chảy, buồn nôn/nôn) và dữ liệu xét nghiệm (số lượng bạch cầu, tiểu cầu, albumin, creatinine, protein phản ứng C [CRP]) được đánh giá trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện tại thời điểm ban đầu. Sau đó, những thay đổi trong tình trạng (cải thiện hoặc tiến triển của bệnh) được đánh giá cho đến khi tử vong/xuất viện. Chúng tôi quản lý bệnh nhân theo hướng dẫn của WHO và hướng dẫn chính thức của Bộ Y tế Việt Nam, đồng thời theo dõi chặt chẽ những thay đổi về tình trạng của bệnh nhân [3], [4].

Phân tích dữ liệu. Phần mềm SPSS 20.0 được sử dụng để thực hiện phân tích dữ liệu. Dữ liệu phân phối chuẩn được biểu thị bằng giá trị trung bình \pm SD trong khi dữ liệu phân phối

không chuẩn được biểu thị bằng giá trị trung vị (khoảng tứ vị 25th và 75th). Sự khác biệt giữa các bệnh nhân có và không có nguy cơ bệnh suy nhược cơ được kiểm tra bằng phép thử Student's t độc lập cho các biến phân phối chuẩn và phép thử Mann – Whitney U cho các biến không phân phối chuẩn. Thử nghiệm chi bình phương hoặc thử nghiệm chính xác Fisher được sử dụng để so sánh các biến phân loại giữa các bệnh nhân có và không mắc bệnh suy nhược cơ.

Đầu tiên, chúng tôi tính toán tỷ lệ mắc bệnh nặng trong tổng thể mẫu và theo tình trạng suy nhược cơ. Sau đó, chúng tôi sử dụng phương pháp Kaplan – Meier để vẽ các đường cong sinh tồn. Sự khác biệt đã được kiểm tra bằng cách sử dụng log-rank test. Chúng tôi đã sử dụng các mô

hình nguy cơ theo tỷ lệ Cox để xác định các mối liên quan chưa điều chỉnh và điều chỉnh giữa suy nhược cơ và bệnh nặng. Tất cả các phép thử đều hai phía và giá trị P ≤ 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm ban đầu. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ cao suy nhược cơ theo thang điểm SARC-F là 76,9% (n=140) bệnh nhân. Tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao suy nhược cơ và nguy cơ thấp lần lượt là 73,6 ± 8,8 tuổi và 64,5 ± 4,4 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001, sự khác biệt cũng có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ với phân nhóm nguy cơ suy nhược cơ (p < 0,05).

Bảng 1. Đặc điểm chung, lâm sàng, xét nghiệm của bệnh nhân lúc nhập viện

	Nguy cơ thấp suy nhược cơ 95 (52,2%)	Nguy cơ cao suy nhược cơ 87 (47,8%)	p
Tuổi, năm	65,3 ± 4,3	78,3 ± 7,5	<0,001
Giới tính:			
Nam	35 (36,8%)	30 (34,5%)	0,740
Nữ	60 (63,2%)	57 (65,5%)	
BMI, kg/m ²	23,2 ± 3,6	21,9 ± 4,6	0,003
Giảm cân nặng, %	0 (0-4,0)	5,2 (0-7,5)	<0,001
Mức độ bệnh:			
Vừa	15 (15,8%)	12 (13,8%)	0,705
Nặng	80 (84,2%)	75 (86,2%)	
Tần số thở, lần/phút	24,2 ± 3,4	26,8 ± 2,7	<0,001
Huyết áp tâm thu, mmHg	136,1 ± 16,7	136,9 ± 19,8	0,682
Huyết áp tâm trương, mmHg	80,8 ± 10,4	81,0 ± 11,3	0,929
Tiêm chủng ngừa SARS-CoV-2			
Chưa tiêm	41 (43,2%)	57 (65,5%)	<0,05
Tiêm 1 mũi	39 (41,1%)	21 (24,1%)	<0,05
Tiêm 2 mũi	15 (15,8%)	9 (10,3%)	>0,05
Bệnh đi kèm:			
Tăng huyết áp	50 (52,6%)	70 (80,5%)	<0,001
Đái tháo đường	32 (33,7%)	33 (37,9%)	0,550
Các triệu chứng:			
Sốt	75 (78,9%)	68 (78,2%)	0,897
Ho	68 (71,6%)	64 (73,6%)	0,765
Khó thở	75 (78,9%)	74 (85,1%)	0,285
Giảm/mất vị giác	39 (41,1%)	47 (54,0%)	0,08
Rối loạn khứu giác	27 (28,4%)	31 (35,6%)	0,297
Hô trợ hô hấp:			
Tự thở	15 (15,8%)	11 (12,6%)	>0,05
LFNC	55 (57,9%)	27 (31,0%)	<0,001
HFNC	25 (26,3%)	49 (56,3%)	<0,001
Bạch cầu	9,0 (6,5-12,5)	8,7 (6,6-11,8)	0,828
Lympho	1,0 (0,5-1,5)	0,7 (0,4-0,9)	0,001
Tiểu cầu	251 (192-344)	237 (180-305)	0,122
NLR	9,1 (3,6-17)	13,5 (5,0-29,0)	0,024
CRP	25,0 (7,0-85,0)	23,0 (7,0-95,0)	0,810
Albumin	32,5 (29,4-36,5)	30,4 (26,9-33,6)	0,022
Creatinine	74,1 (65,3-90,8)	86,8 (69,7-110)	0,003
Thời gian nằm viện	15,5 ± 5,2	13,6 ± 6,5	0,054
Tử vong	8 (8,4%)	36 (41,4%)	<0,001

LDH: Lactacdehydrogenase; CRP: C-Reaction Protein; NLR: Neutrophil-Lympho ratio

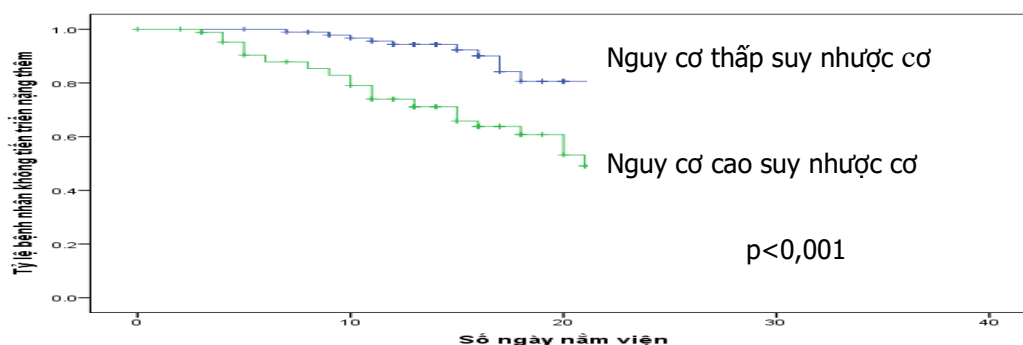
Nhóm bệnh nhân nguy cơ cao suy nhược cơ có tình trạng giảm cân nặng trước khi vào viện nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không hoặc nguy cơ thấp ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bệnh đi kèm, các triệu chứng lâm sàng, các chỉ số sinh tồn giữa hai nhóm. Bệnh nhân nhóm nguy cơ cao có tỷ lệ chưa tiêm chủng, sử dụng phương thức thở HFNC cao hơn có ý nghĩa thống kê cao hơn nhóm còn lại với $p < 0,05$. Tất cả các chỉ số xét nghiệm trong nghiên cứu đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Sự khác biệt giữa nguy cơ thấp và nguy cơ cao bị suy nhược cơ

Bảng 2. Tỷ lệ chuyển biến bệnh nặng hơn theo nguy cơ suy nhược cơ

Nguy cơ suy nhược cơ	Số chuyển biến bệnh nặng hoặc nguy kịch	Tổng người -ngày	Chuyển nặng trên 100 người-ngày (KTC 95%)
Toàn bộ (n=182)	42	2654	1,58 (1,14-2,14)
Nguy cơ thấp (n=95)	10	1475	0,68 (0,33-1,25)
Nguy cơ cao (n=87)	32	1179	2,71 (1,86-3,83)

Chúng tôi đã trình bày đường cong sống sót của hai nhóm liên quan đến bệnh nặng trong Hình 1. Có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm nguy cơ cao và thấp của suy nhược cơ (Log Rank test, $p < 0,001$).



Hình 1. Kaplan-meier ước tính tần suất chuyển nặng/nguy kịch ở bệnh nhân COVID-19 cao tuổi có hoặc không có suy nhược cơ (Log Rank test, $p < 0,001$)

Bảng 3. Mối liên quan giữa nguy cơ suy nhược cơ và tiên tiến của bệnh

	Mô hình chưa hiệu chỉnh	Mô hình đã hiệu chỉnh
Nguy cơ suy nhược cơ	Hazard ratio (KTC 95%)	
Nguy cơ thấp	Ref.	Ref.
Nguy cơ cao	4,95 (2,25-10,86)	6,37 (1,61-25,18)

Trong mô hình nguy cơ theo tỷ lệ Cox, tỷ lệ nguy cơ tiến triển bệnh thành nặng/nguy kịch chưa hiệu chỉnh là 4,95 (KTC 95%: 2,25-10,86) đối với những bệnh nhân có nguy cơ cao suy nhược cơ so với những bệnh nhân không có (Bảng 3). Mối liên quan vẫn tồn tại sau khi hiệu chỉnh theo tuổi, tình trạng giảm cân nặng, tình trạng chưa tiêm chủng ngừa SARS-CoV-2, lympho, NLR, CRP và albumin huyết thanh. Nguy cơ chuyển biến nặng/nguy kịch ở những bệnh nhân có nguy cơ cao suy nhược cơ cao gấp 6 lần so với những người không có nguy cơ (tỷ lệ nguy

42 trong số 182 (23,1%) bệnh nhân tiến triển thành bệnh nặng hoặc nguy kịch bao gồm 40 trường hợp tử vong trong thời gian theo dõi, và tỷ lệ chuyển nặng hoặc nguy kịch chung là 1,58 trên 100 người-ngày (KTC 95%: 1,14-2,14) (Bảng 2). Chúng tôi nhận thấy 10,5% (10/95) bệnh nhân có nguy cơ thấp và 36,8% (32/87) bệnh nhân có nguy cơ cao trở nên nặng hoặc nguy kịch. Tỷ lệ chuyển biến bệnh nặng hoặc nguy kịch ở những bệnh nhân có nguy cơ thấp và cao bị suy nhược cơ tương ứng là 0,68 trên 100 người-ngày (KTC 95%: 0,33-1,25) và 2,71 trên 100 người-ngày (KTC 95%: 1,86-3,83).

cơ = 6,37, KTC 95%: 1,61-25,18).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào một nhóm thuần tập gồm 182 bệnh nhân cao tuổi (tuổi ≥ 60) có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 để xem xét mối liên quan giữa nguy cơ cao mắc suy nhược cơ và sự tiến triển thành bệnh nặng/nguy kịch ở những người lớn tuổi mắc COVID-19. Nghiên cứu cho thấy nguy cơ cao hơn của suy nhược cơ, được đánh giá bằng một công cụ sàng lọc đơn giản, là

một yếu tố nguy cơ độc lập của sự tiến triển thành các bệnh nặng ở những bệnh nhân COVID-19 lớn tuổi. Những kết quả này gợi ý rằng một kiểm tra nhanh chóng và không tốn kém cho nguy cơ suy nhược cơ có thể giúp xác định kịp thời những bệnh nhân có nguy cơ cao, từ đó đẩy nhanh tiến độ cho các phương pháp điều trị cần thiết.

Sau khi điều chỉnh các tác động tiềm ẩn, nguy cơ cao bị suy nhược cơ vẫn có liên quan đáng kể với sự tiến triển của tình trạng bệnh nhân. Có thể giải thích cho điều này là tình trạng của bệnh nhân trở nên tồi tệ hơn có thể là do sự xuất hiện suy nhược cơ, dẫn đến suy giảm chức năng bù trừ của cơ hô hấp ở những bệnh nhân này khi bị COVID-19, gây ra các biểu hiện lâm sàng của mất bù sớm hơn và cấp tính hơn. Bằng chứng từ một nghiên cứu trước đây có thể hỗ trợ phỏng đoán này [5]. Kết quả cho thấy khối lượng cơ xương thấp hơn có liên quan đến tỷ lệ tử vong trong 90 ngày cao hơn ở những bệnh nhân bị viêm phổi. Một số nghiên cứu khác kết luận rằng lượng protein ăn vào và hoạt động thể chất có thể duy trì hoặc cải thiện khối lượng và chức năng cơ bắp, được cho là sẽ đẩy nhanh quá trình phục hồi và cải thiện tiên lượng của bệnh nhân lớn tuổi [6].

Hơn hết, mặc dù có nhiều nghiên cứu cho thấy tuổi có liên quan chặt chẽ đến tiên lượng của bệnh nhân mắc COVID-19, sau khi điều chỉnh theo tuổi, nguy cơ cao bị suy nhược cơ vẫn là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với những người lớn tuổi trong trường hợp này. Và kết quả này phù hợp với giả thuyết nghiên cứu của chúng tôi, đó là không phải do tuổi tác mà chính là chứng suy nhược cơ đã góp phần làm trầm trọng thêm tình trạng COVID-19 của bệnh nhân. Để tìm hiểu cơ chế của hiện tượng này, các nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng ngoài sự suy giảm chức năng cơ hô hấp, viêm và rối loạn chức năng miễn dịch cũng chặt chẽ liên quan đến suy nhược cơ [7],[8].

Các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng cơn bão viêm là một yếu tố quan trọng trong sự tiến triển của tiên lượng bệnh nhân COVID-19. Sự hiện diện của chứng viêm mãn tính có thể đẩy nhanh quá trình mất và thoái hóa cơ, trong khi việc phục hồi cơ có thể làm giảm tác động của chứng viêm mãn tính lên cơ thể ở một mức độ nhất định. IL-6, có liên quan đến cơ chế bệnh sinh của bệnh suy nhược cơ, đóng một vai trò quan trọng trong cơn bão viêm COVID-19. Ngoài việc kích hoạt chức năng hệ thống miễn dịch chống lại các tác nhân gây bệnh, tín hiệu IL-6 cũng là một phần của viêm mãn tính liên quan

đến tuổi tác và liên quan đến cơ chế bệnh sinh của bệnh suy nhược cơ. Viêm mức độ thấp mãn tính có liên quan đến việc tiếp xúc kéo dài với tín hiệu IL-6, có thể góp phần vào sự tiến triển của COVID-19 ở bệnh nhân lớn tuổi.

Cuối cùng, nghiên cứu này vẫn còn một số điểm cần cải thiện để có thể đạt được thông qua việc giải quyết một số hạn chế. Trước hết, nghiên cứu này được thực hiện tại một bệnh viện biệt lập với quy mô mẫu hạn chế. Một nghiên cứu thuần tập quy mô lớn tại nhiều địa điểm về bệnh nhân COVID-19 từ khắp nơi trên thế giới sẽ giúp điều tra sâu hơn về mối liên quan giữa suy nhược cơ và tiên lượng COVID-19. Thứ hai, nghiên cứu này đã đo lường nguy cơ suy nhược cơ bằng thang điểm SARC-F do những hạn chế của các điều kiện phòng chống dịch. Mặc dù SARC-F là một công cụ sàng lọc cho suy nhược cơ, không phải là một công cụ chẩn đoán, một phần do độ nhạy gây tranh cãi của nó, tuy nhiên nó có độ lặp lại tốt và độ đặc hiệu cao với hiệu quả sàng lọc tốt. Ngoài ra, với thang điểm ngắn gọn, nó có thể dễ dàng thực hiện trong môi trường lâm sàng đông đúc và có thể giảm thiểu nguy cơ phơi nhiễm với nhiễm COVID-19 trong các nhân viên y. Các nghiên cứu trong tương lai nên áp dụng các xét nghiệm định lượng cơ chính xác hơn và kết hợp nhiều phương pháp chẩn đoán để đánh giá tình trạng suy nhược cơ. Cuối cùng, thời gian quan sát của chúng tôi quá ngắn để quan sát kết quả cuối cùng của bệnh nhân và tiên lượng lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này phát hiện ra rằng những bệnh nhân có nguy cơ cao bị suy nhược cơ có nguy cơ phát triển các triệu chứng COVID-19 nghiêm trọng hơn và việc sử dụng một thang đo đơn giản và khả thi có thể giúp chúng tôi xác định kịp thời những bệnh nhân có nguy cơ cao. Chúng ta không bao giờ nên từ bỏ điều trị sớm cho các bệnh nhân lớn tuổi trong thời kỳ đại dịch. Thay vào đó, chúng ta cần tìm ra nguyên nhân gây ra đợt kịch phát hoặc thậm chí tử vong của họ, can thiệp trước và cứu sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Zhou Fei, Yu Ting, Du Ronghui. et al. (2020).** Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229): 1054-1062.
- Malmstrom T.K, Miller D.K, Simonsick E, M., et al. (2016).** SARC-F: a symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes. *Journal of Cachexia*,

- sarcopenia and muscle, 7(1): 28-36.
3. **BỘ Y TẾ (2021)**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19.
 4. **Organization World Health (2020)**. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020, World Health Organization.
 5. **Maeda K, Akagi J (2017)**. Muscle mass loss is a potential predictor of 90-day mortality in older adults with aspiration pneumonia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(1): e18-e22.
 6. **Wakabayashi H, Sakuma K (2014)**. Rehabilitation nutrition for sarcopenia with disability: a combination of both rehabilitation and nutrition care management. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*, 5(4): 269-277.
 7. **Can B, Kara O, Kizilarlanoglu M.C. et al. (2017)**. Serum markers of inflammation and oxidative stress in sarcopenia. *Aging clinical and experimental research*, 29(4): 745-752.
 8. **Bano G, Trevisan C, Carraro S. et al. (2017)**. Inflammation and sarcopenia: a systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 96: 10-15.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGHIỆN THUỐC LÁ TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Trần Thái Hà¹, Bùi Thị Phương Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của người nghiện thuốc lá. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 bệnh nhân nghiện thuốc lá tại bệnh viện YHCT Trung Ương từ tháng 6/2020 đến tháng 10/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng thèm thuốc chiếm 96%; cáu gắt là 3%; giảm tập trung là 8%; mất ngủ là 23%; đau đầu là 6%; ho là 6%, ngứa họng 1.5%. **Kết luận:** Bệnh nhân nghiện thuốc lá thường có biểu hiện thèm thuốc, giảm tập trung, mất ngủ, đau đầu

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, nghiện thuốc lá

SUMMARY

THE EFFICIENCY OF SMOKING CESSATION AT NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

Objectives: to describe clinical characteristics of smokers. **Study subjects and methods:** A cross-sectional study was implemented on 80 smokers at National Hospital of traditional medicine from June 2020 to September 2020. **Results:** The percentage of patients with symptoms cravings was 96%; irritability 3%; reduced concentration 8%; insomnia 23%; headache 6%, protect 6%, itchy throat 1.5% **Conclusion:** Smokers often expressed craving, reduced concentration, insomnia, headache.

Keywords: Clinical characteristics, smokers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện thuốc lá là trạng thái rối loạn tâm thần - hành vi do tương tác giữa cơ thể với

nicotin trong khói thuốc lá, biểu hiện bằng cảm giác thôi thúc mạnh mẽ buộc người nghiện phải hút thuốc lá. Hành vi hút thuốc lá giúp người nghiện có được cảm giác sảng khoái và tránh được cảm giác khó chịu vì thiếu thuốc.

Người nghiện thuốc lá thường xuất hiện các triệu chứng như: thèm thuốc, lo lắng, cáu gắt, căng thẳng, giảm tập trung, mất ngủ, đau đầu, ho, ngứa họng...

Chúng tôi tiến hành tìm hiểu đặc điểm lâm sàng của người nghiện thuốc lá tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương nhằm mục tiêu sau: Bước đầu mô tả các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiện thuốc lá.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 200 bệnh nhân nghiện thuốc lá được chẩn đoán theo tiêu chuẩn DSM - IV, tuổi từ 18 -80, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 6/2020 đến tháng 10/2020 tại Phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

- Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

n: cỡ mẫu nghiên cứu

Độ tin cậy 95%, trị số $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p: tỷ lệ khỏi bệnh từ một nghiên cứu trước tại một quần thể tương tự.

Theo kết quả nghiên cứu của Dương Trọng

¹Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam

²Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hà

Email: phdtranthaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2021

Ngày duyệt bài: 13.01.2022