

ĐẶC ĐIỂM SARCOPENIA CHẨN ĐOÁN BẰNG CÔNG CỤ SARC-CALF Ở PHỤ NỮ LOÃNG XƯƠNG SAU MÃN KINH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Hoài Thu^{1,2} và Phạm Văn Thạnh^{1,3,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện TNH Việt Yên

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 211 bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương nguyên phát theo tiêu chuẩn AACE 2020, điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 02/2026 đến 05/2026. Tỷ lệ đối tượng có nguy cơ Sarcopenia theo SARC-CalF ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh là 71,1%. Giá trị SARC-CalF trung bình trong nghiên cứu tương đối cao $12,5 \pm 4,4$ điểm. Nguy cơ mắc Sarcopenia cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân tuổi cao, sinh con nhiều lần, mức độ hoạt động thể lực thấp, tình trạng dinh dưỡng kém, có nguy cơ ngã, suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày và loãng xương nặng; trong đó mức độ hoạt động thể lực thấp, có nguy cơ ngã và loãng xương nặng là các yếu tố liên quan độc lập với Sarcopenia. Kết luận: Tỷ lệ đối tượng có nguy cơ Sarcopenia theo SARC-CalF ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh tương đối cao, đồng thời có liên quan đến nhiều yếu tố lâm sàng và chức năng. Cần tăng cường sàng lọc sớm Sarcopenia ở nhóm đối tượng này nhằm có biện pháp can thiệp kịp thời.

Từ khóa: Sarcopenia, loãng xương sau mãn kinh, SARC-CalF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương sau mãn kinh là một bệnh lý phổ biến ở phụ nữ đã mãn kinh và là nguyên nhân phổ biến nhất gây gãy xương, bệnh diễn biến âm thầm nên thường được phát hiện khi đã có biến chứng gãy xương. Sarcopenia còn được gọi là thiếu cơ, là tình trạng mất khối cơ và chức năng hoạt động một cách liên tục, thường liên quan đến tuổi tác.¹ Mãn kinh gây ra sự giảm mạnh nồng độ estrogen trong cơ thể kết hợp quá trình lão hóa tự nhiên làm suy giảm chức năng và khối lượng cơ và xương do đó dẫn đến loãng xương và Sarcopenia.² Khi Sarcopenia và loãng xương đồng thời hiện diện dẫn đến nguy cơ té ngã, gãy xương, mất chức

năng vận động và phải vào viện cao hơn, cùng với chi phí kinh tế xã hội và tỷ lệ tử vong tăng lên đáng kể.³ Việc phát hiện sớm Sarcopenia ở người bệnh loãng xương sau mãn kinh có ý nghĩa lớn trong dự phòng và can thiệp kịp thời nhằm giảm thiểu hậu quả lâu dài. Nghiên cứu của Phạm Thị Giang và cộng sự cho thấy có tới 54,9% phụ nữ loãng xương sau mãn kinh được chẩn đoán Sarcopenia theo tiêu chuẩn chẩn đoán xác định của Hiệp hội Sarcopenia châu Á - AWGS 2019.⁴ Tuy nhiên, các phương pháp chẩn đoán xác định Sarcopenia hiện nay như đo khối cơ bằng phương pháp DXA, phân tích trở kháng điện sinh học hay sức đo cơ tay đều đòi hỏi trang thiết bị chuyên sâu, không phải lúc nào cũng sẵn có. Bộ câu hỏi SARC-F tuy đơn giản nhưng độ nhạy thấp, dễ bỏ sót ca bệnh ở giai đoạn sớm và không đánh giá được trực tiếp khối cơ. Chính vì vậy bộ công cụ SARC-CalF (gồm thang điểm SARC-F kết hợp

Tác giả liên hệ: Phạm Văn Thạnh

Bệnh viện TNH Việt Yên

Email: phamthanhdhyhp@gmail.com

Ngày nhận: 23/05/2026

Ngày được chấp nhận: 22/06/2026

đo chu vi bắp chân) được khuyến cáo là một công cụ sàng lọc Sarcopenia đơn giản, không tốn kém, dễ áp dụng và phù hợp trong bối cảnh lâm sàng thường quy.⁵ Công cụ này đã được nghiên cứu ở nhiều quốc gia và cho thấy hiệu quả trong việc sàng lọc Sarcopenia từ đó chẩn đoán xác định sớm cho người bệnh nhằm can thiệp sớm, tránh nguy cơ gãy xương do loãng xương. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu sử dụng công cụ SARC-CalF để sàng lọc sớm Sarcopenia trên phụ nữ loãng xương sau mãn kinh. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ đối tượng có nguy cơ Sarcopenia theo công cụ SARC-CalF và nhận xét một số yếu tố liên quan đến Sarcopenia ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân nữ đã mãn kinh được chẩn đoán loãng xương nguyên phát theo tiêu chuẩn AACE 2020, điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 02/2026 đến 05/2026 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân loãng xương thứ phát do bệnh lý hoặc thuốc gây nên.
- Các bệnh lý cơ xương khớp và thần kinh đang gây hạn chế vận động khớp gối, khớp háng.
- Người bệnh mắc bệnh tâm thần hoặc không có khả năng trả lời câu hỏi.
- Những trường hợp bệnh lý làm đo chu vi bắp chân không chính xác.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được xác định theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Dựa trên kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Giang và cộng sự, tỷ lệ mắc Sarcopenia ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh là 54,9%.⁴ Từ đó, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 194 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu

Các đối tượng tham gia nghiên cứu được thu thập số liệu theo mẫu bệnh án chung với các chỉ tiêu sau:

+ Tuổi, số lần sinh con.

+ Mức độ hoạt động thể lực bằng bộ câu hỏi IPAQ-SF, phân loại dựa trên năng lượng quy đổi (MET) từ các câu hỏi tự đánh giá của bệnh nhân. Mức độ trung bình khi đạt một trong các tiêu chí sau: MET-phút/tuần ≥ 600 ; đi bộ ≥ 30 phút x 5 ngày; hoạt động vừa ≥ 30 phút x 5 ngày. Mức độ cao khi đạt 1 trong các tiêu chí sau: hoạt động mạnh ≥ 3 ngày với ≥ 1500 MET-phút/tuần; bất kỳ hoạt động nào ≥ 7 ngày với tổng ≥ 3000 MET-phút/tuần. Mức độ thấp: khi không đạt tiêu chí trung bình và cao.⁶

+ Tình trạng dinh dưỡng bằng bảng sàng lọc dinh dưỡng MNA, gồm 6 câu hỏi về các vấn đề liên quan đến dinh dưỡng. Phân loại: suy dinh dưỡng (0 - 7 điểm); nguy cơ suy dinh dưỡng (8 - 11 điểm); dinh dưỡng bình thường (12 - 14 điểm).⁷

+ Nguy cơ ngã bằng 3 câu hỏi STEADI. Phân loại: có nguy cơ ngã nếu câu trả lời là "có" cho bất kỳ câu hỏi nào; không có nguy cơ ngã nếu tất cả câu trả lời đều là "không".⁸

+ Chức năng hoạt động hàng ngày bằng bộ câu hỏi ADL. Phân loại: bình thường nếu tổng điểm ≥ 6 điểm; có suy giảm chức năng hoạt

động hàng ngày nếu tổng điểm < 6 điểm.⁹

+ Đo mật độ xương bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA) bằng máy đo Horizon Wi thu thập chỉ số T-score và BMD cổ xương đùi, cột sống thắt lưng. Mật độ xương tại cột sống thắt lưng là trung bình của mật độ xương đo ở các đốt sống L1, L2, L3, L4. Khi đo mật độ xương cả hai bên xương đùi thì sẽ chọn chỉ số T-score của bên có giá trị thấp hơn. Loãng xương nặng khi T-score $\leq -2,5$ SD kèm tiền sử hoặc hiện tại có gãy xương tự nhiên hoặc sau chấn thương nhẹ.

+ Bộ công cụ SARC-CalF: trả lời 5 câu hỏi SARC-F về sức mạnh cơ, hỗ trợ khi đi bộ, đứng dậy từ ghế, leo cầu thang và ngã. Cho điểm mỗi câu hỏi 0 điểm nếu độc lập, 2 điểm nếu phụ thuộc. Sau đó dùng thước dây không đàn hồi đo chu vi bắp chân cả hai bên ở tư thế đứng, lấy giá trị chu vi bắp chân ở bên chân cao hơn. Nếu

chu vi bắp chân < 33 cm cộng thêm 10 điểm, ≥ 33 cm cho 0 điểm. Tổng điểm SARC-CalF ≥ 11 được coi là có nguy cơ mắc Sarcopenia.⁵

Xử lý số liệu

Bằng phần mềm SPSS 27.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học. Các biến có $p < 0,25$ qua phân tích hồi quy đơn biến sẽ được đưa vào phân tích hồi quy đa biến logistic.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội ngày 20/08/2025 theo Quyết định số 5516/ QĐ-ĐHYHN. Tất cả các đối tượng nghiên cứu được giải thích cụ thể về mục đích nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 211)

Đặc điểm		Kết quả (n, %)
Tuổi trung bình (năm) ($\pm$ SD)		69,6 $\pm$ 8,4
Phân loại tuổi	≤ 60 tuổi	25 (11,8%)
	>60 - ≤ 80 tuổi	165 (78,2%)
	> 80 tuổi	21 (10%)
Số lần sinh con	≤ 2 lần	86 (40,8%)
	> 2 lần	125 (59,2%)
Tình trạng dinh dưỡng theo bảng sàng lọc MNA	Bình thường	53 (25,1%)
	Nguy cơ suy dinh dưỡng	119 (56,4%)
	Suy dinh dưỡng	39 (18,5%)
Mức độ hoạt động thể lực theo bộ câu hỏi IPAQ-SF	Thấp	105 (49,8%)
	Trung bình	100 (47,4%)
	Cao	6 (2,8%)
Nguy cơ ngã theo bộ câu hỏi STEADI	Có	129 (61,1%)
	Không	82 (38,9%)

Đặc điểm	Kết quả (n, %)
Chức năng hoạt động hàng ngày	Bình thường 168 (79,6%)
theo bộ câu hỏi ADL	Suy giảm 43 (20,4%)

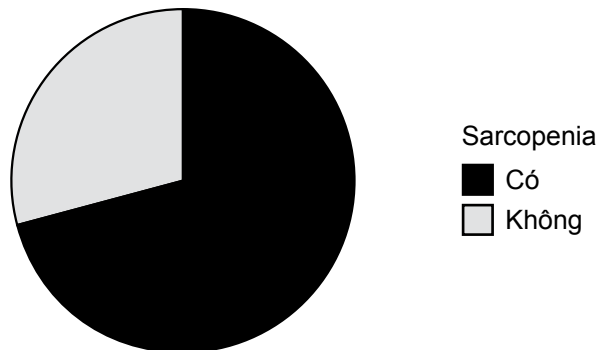
Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $69,6 \pm 8,4$, chủ yếu ở nhóm 60 – 80 tuổi (78,2%). Lượng bệnh nhân sinh con trên 2 lần chiếm tỷ lệ cao hơn (59,2%). Tỷ lệ suy

dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng cao (74,9%). Hoạt động thể lực thấp chiếm 49,8%, có nguy cơ ngã chiếm 61,1%. Có 20,4% suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày.

Bảng 2. Đặc điểm loãng xương của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 211)

Đặc điểm	Kết quả (n, %)
BMD trung bình tại cột sống thắt lưng L1-L4 (g/cm^2) ($\pm$ SD)	$0,638 \pm 0,094$
BMD trung bình tại cổ xương đùi (g/cm^2) ($\pm$ SD)	$0,507 \pm 0,082$
Phân loại loãng xương	Loãng xương 125 (59,2%)
	Loãng xương nặng 86 (40,8%)

BMD tại cổ xương đùi thấp hơn so với cột sống thắt lưng với giá trị trung bình là $0,507 \pm 0,082$. Có 40,8% bệnh nhân bị loãng xương nặng.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đối tượng có nguy cơ Sarcopenia theo SARC-CalF ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh (n = 211)

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đối tượng có nguy cơ Sarcopenia ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh được chẩn đoán sàng lọc bằng bộ công cụ SARC-CalF là 71,1%.

Bảng 3. Đặc điểm Sarcopenia theo bộ công cụ SARC-CalF (n = 211)

Các thành tố của bộ câu hỏi SARC-F	Bộ công cụ SARC-CalF			$(\bar{X} \pm \text{SD})$
	Điểm, n (%)	0	1	2
Sức mạnh cơ	79 (37,4%)	99 (46,9%)	33 (15,6%)	$0,78 \pm 0,69$

Các thành tố của bộ câu hỏi SARC-F	Điểm, n (%)			(X̄ ± SD)
	0	1	2	
Hỗ trợ khi đi bộ	97 (46%)	81 (38,4%)	33 (15,6%)	0,70 ± 0,73
Đứng dậy từ ghế	83 (39,3%)	91 (43,1%)	37 (17,5%)	0,78 ± 0,72
Leo cầu thang	68 (32,2%)	86 (40,8%)	57 (27%)	0,95 ± 0,77
Ngã	166 (78,7%)	45 (21,3%)	0 (0%)	0,21 ± 0,41
Tổng điểm SARC-F				3,43 ± 2,76
< 4 điểm	104 (49,3%)			
≥ 4 điểm	107 (50,7%)			
Chu vi bắp chân				28,3 ± 2,9
Bình thường	20 (9,5%)			
Giảm	191 (90,5%)			
Tổng điểm SARC-CalF				12,5 ± 4,4

Trong năm tiêu chí của bộ câu hỏi SARC-F, tiêu chí đánh giá sức mạnh cơ, khả năng đứng dậy từ ghế và leo cầu thang có tỷ lệ người bệnh gặp khó khăn và không làm được là cao nhất. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm SARC-F

≥ 4 điểm là 50,7%. Lượng bệnh nhân có vòng chu vi bắp chân giảm dưới 33cm chiếm tỷ lệ lớn (90,5%). Tổng điểm SARC-CalF trung bình trong nghiên cứu là 12,5 ± 4,4.

Bảng 4. Mối liên quan giữa Sarcopenia với một số yếu tố ở nhóm đối tượng nghiên cứu qua phân tích hồi quy đơn biến (n = 211)

Đặc điểm		Sarcopenia	Không Sarcopenia	OR (95% CI)	p
		n (%)	n (%)		
Nhóm tuổi	> 60 tuổi	139 (74,7%)	47 (25,3%)	3,76 (1,59 - 8,86)	0,001
	≤ 60 tuổi	11 (44,0%)	14 (56%)		
Số lần sinh con	> 2 lần	97 (77,6%)	28 (22,4%)	2,16 (1,18 - 3,95)	0,012
	≤ 2 lần	53 (61,6%)	33 (38,4%)		
Mức độ hoạt động thể lực IPAQ-SF	Thấp	96 (91,4%)	9 (8,6%)	10,27 (4,69 - 22,46)	< 0,001
	Trung bình - cao	54 (50,9%)	52 (49,1%)		

Đặc điểm		Sarcopenia n (%)	Không Sarcopenia n (%)	OR (95% CI)	p
Tình trạng dinh dưỡng MNA	Suy dinh dưỡng - Nguy cơ suy dinh dưỡng	127 (80,4%)	31 (19,6%)	5,34 (2,73 - 10,45)	< 0,001
	Bình thường	23 (43,4%)	30 (56,6%)		
Nguy cơ ngã STEADI	Có	112 (86,8%)	17 (13,2%)	7,6 (3,9 - 14,9)	< 0,001
	Không	38 (46,3%)	44 (53,7%)		
Hoạt động hàng ngày ADL	Suy giảm	43 (100%)	0 (0%)	1,6 (1,4 - 1,8)	< 0,001
	Bình thường	107 (63,7%)	61 (36,3%)		
Mức độ loãng xương	Nặng	70 (81,4%)	16 (18,6%)	2,5 (1,3 - 4,7)	0,006
	Bình thường	80 (64%)	45 (36%)		

Tỷ lệ đối tượng có nguy cơ mắc Sarcopenia cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, trên 2 lần sinh con, mức

độ hoạt động thể lực thấp, tình trạng dinh dưỡng kém, có nguy cơ ngã, suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày và loãng xương nặng.

Bảng 5. Hồi quy đa biến logistic các yếu tố có liên quan với Sarcopenia (n = 211)

Các yếu tố	OR	95%CI	p
> 60 tuổi	1,10	0,34 – 3,54	0,870
> 2 lần sinh con	0,51	0,22 – 1,18	0,115
Hoạt động thể lực thấp	7,74	3,08 – 19,43	< 0,001
Suy dinh dưỡng + Nguy cơ suy dinh dưỡng	2,27	0,98 – 5,25	0,055
Có nguy cơ ngã	4,72	2,11 – 10,57	< 0,001
Loãng xương nặng	2,87	1,17 – 7,03	0,021

Trong phân tích hồi quy đa biến logistic: mức độ hoạt động thể lực thấp, có nguy cơ ngã và loãng xương nặng là các yếu tố liên quan độc lập với Sarcopenia ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ đối tượng có nguy cơ Sarcopenia theo SARC-CalF ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 71,1% cao hơn so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Phạm Thị Giang và cộng sự (54,9%), nghiên cứu của Nguyễn Thị Thoa và

cộng sự (32,9%).^{4,10} Sự khác biệt này có thể được giải thích chủ yếu do khác biệt về phương pháp chẩn đoán cũng như đặc điểm đối tượng nghiên cứu như cỡ mẫu, độ tuổi. Cụ thể, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ công cụ sàng lọc SARC-CalF, là phương pháp đơn giản, dễ áp

dụng trong cộng đồng nhưng có độ nhạy cao trong khi nghiên cứu của các tác giả trên sử dụng tiêu chuẩn vàng chẩn đoán Sarcopenia với độ đặc hiệu cao hơn, do đó có thể ghi nhận tỷ lệ thấp hơn. Công cụ sàng lọc SARC-CalF được thiết kế nhằm phát hiện tối đa các đối tượng có khả năng mắc Sarcopenia. Vì vậy, tỷ lệ đối tượng được phân loại vào nhóm có nguy cơ Sarcopenia thường cao hơn tỷ lệ mắc Sarcopenia thực sự được xác định bằng các phương pháp chẩn đoán xác định theo AWGS như đo khối lượng cơ, đánh giá sức mạnh cơ và chức năng vận động.

Đặc điểm tình trạng Sarcopenia theo công cụ SARC-CalF được thể hiện tại bảng 3. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong các tiêu chí của thang điểm SARC-F các nội dung liên quan đến sức mạnh cơ và chức năng vận động như đứng dậy từ ghế và leo cầu thang có tỷ lệ bệnh nhân gặp khó khăn cao nhất. Điều này phản ánh sự suy giảm chức năng cơ tứ chi là biểu hiện nổi bật ở đối tượng nghiên cứu, phù hợp với đặc điểm của Sarcopenia. Tỷ lệ đối tượng có điểm SARC-F trên 4 điểm là 50,7% cho thấy rằng SARC-F là công cụ sàng lọc Sarcopenia có độ nhạy không cao bằng SARC-CalF, do đó có thể bỏ sót một số trường hợp Sarcopenia nếu sử dụng đơn độc. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân có vòng chu vi bắp chân dưới 33cm chiếm tới 90,5%, cho thấy tình trạng giảm khối lượng cơ khá phổ biến trong quần thể nghiên cứu. Việc bổ sung chu vi bắp chân vào SARC-F giúp cải thiện khả năng phát hiện Sarcopenia, đặc biệt trong bối cảnh cộng đồng hoặc cơ sở y tế hạn chế phương tiện đo lường chuyên sâu. Điều này nhấn mạnh vai trò của SARC-CalF như một công cụ sàng lọc hữu ích trong thực hành lâm sàng, phù hợp với khuyến cáo của Hiệp hội Sarcopenia châu Á - AWGS.^{11,12}

Bảng 4 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa Sarcopenia với một số yếu tố như: tuổi cao, sinh con nhiều lần, mức độ hoạt

động thể lực thấp, tình trạng dinh dưỡng kém, có nguy cơ ngã, suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày và loãng xương nặng. Kết quả này phù hợp với mô hình bệnh sinh đa yếu tố của Sarcopenia ở phụ nữ lớn tuổi, đặc biệt ở giai đoạn sau mãn kinh. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận rộng rãi tương tự các nghiên cứu khác do quá trình lão hóa làm giảm khối lượng cơ và sức mạnh cơ.^{9,10} Sự suy giảm estrogen sau nhiều lần sinh đặc biệt khi kết hợp với giai đoạn sau mãn kinh là một nguyên nhân quan trọng dẫn đến Sarcopenia.² Hoạt động thể lực thấp và dinh dưỡng kém góp phần thúc đẩy mất cơ, giảm hấp thu canxi và vitamin D từ đó thúc đẩy mất xương và tăng nguy cơ gãy xương. Trong khi suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày và nguy cơ ngã vừa là hậu quả vừa làm trầm trọng thêm Sarcopenia tạo thành một vòng xoắn bệnh lý trên người bệnh. Ngoài ra, mối liên quan với loãng xương nặng phản ánh sự tương tác giữa giảm khối lượng cơ và mật độ xương, phù hợp với khái niệm “osteosarcopenia” thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh. Những kết quả này tương đồng với khuyến cáo của AWGS nhấn mạnh vai trò của đánh giá toàn diện và can thiệp đa yếu tố.^{11,12} Một số mối liên quan được xác định trong nghiên cứu của chúng tôi như nguy cơ ngã, mức độ hoạt động thể lực và hoạt động hàng ngày có thể có sự chồng lấp khái niệm với SARC-CalF do đều phản ánh chức năng vận động. Vì vậy, cường độ các mối liên quan ghi nhận được có thể chịu ảnh hưởng một phần bởi sự tương đồng trong nội dung đánh giá giữa các thang đo.

Phân tích hồi quy đa biến (bảng 5) cho thấy các yếu tố liên quan độc lập đến Sarcopenia ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh gồm mức độ hoạt động thể lực thấp, có nguy cơ ngã và loãng xương nặng. Điều này cho thấy đây là các đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao cần được sàng lọc Sarcopenia thường quy và nhấn mạnh vai trò của việc duy trì hoạt động thể lực,

dự phòng té ngã và quản lý loãng xương trong chiến lược phòng ngừa và điều trị Sarcopenia ở phụ nữ sau mãn kinh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đối tượng có nguy cơ Sarcopenia theo công cụ SARC-CalF ở phụ nữ loãng xương sau mãn kinh tương đối cao, đồng thời có liên quan đến nhiều yếu tố lâm sàng và chức năng. Vì vậy cần tăng cường sàng lọc sớm Sarcopenia ở nhóm đối tượng này nhằm có biện pháp can thiệp phù hợp, góp phần cải thiện chức năng vận động, giảm nguy cơ té ngã và nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Morley JE, Baumgartner RN, et al. Sarcopenia. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*. 2001; 137(4): 231-243. doi.org/10.1067/mlc.2001.113504.
2. Lu L, Tian L. Postmenopausal osteoporosis coexisting with sarcopenia: the role and mechanisms of estrogen. *Journal of Endocrinology*. 2023; 259(1): e230116. doi.org/10.1530/JOE-23-0116.
3. Paintin J, Cooper C, et al. Osteosarcopenia. *British Journal of Hospital Medicine*. 2018; 79(5): 253-258. doi.org/10.12968/hmed.2018.79.5.253.
4. Phạm Thị Giang, Nguyễn Mai Hồng. Bước đầu đánh giá tình trạng thiếu cơ và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nữ loãng xương sau mãn kinh. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2020; 298-303.
5. Yang M, Hu X, Xie L, et al. Screening sarcopenia in community dwelling older adults: SARC-F vs SARC-F combined with calf circumference (SARC-CalF). *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018; 19(3): 277-278. doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.016.
6. Tran DV, Le AH, Au TB, et al. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire-Short Form for older adults in Vietnam. *Health Promotion Journal of Australia*. 2013; 24(2): 126-131. doi.org/10.1071/HE13012.
7. Huhmann MB, Alexander DD, Thomas DR. A self-completed nutrition screening tool for community-dwelling older adults with high reliability: A comparison study. *Journal Nutrition Health Aging*. 2013; 17(4): 339- 344. doi.org/10.1007/s12603-013-0015-x.
8. CDC. Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. 2019.
9. Wallace M, Sgelkey M. Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). 2008; 108(4): 5.
10. Nguyễn Thị Thoa, Trần Thị Thu Trang, và cs. Đặc điểm Sarcopenia ở bệnh nhân loãng xương. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2026; 199(02): 378-385.
11. Chen LK, Woo J, et al. Asian working group for sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *Jamda*. 2020; 21: 300-307. doi.org/10.1016/j.jamda.2019.12.012.
12. Chen LK, Hsiao F, Akishita M, Assantachai P, Lee W, et al. A focus shift from sarcopenia to muscle health in the Asian Working Group for Sarcopenia 2025 Consensus Update. *Nature Aging*. 2025; 5: 2164-2175. doi.org/10.1038/s43587-025-01004-y.

Summary

SARCOPENIA CHARACTERISTICS DIAGNOSED BY SARC-CALF TOOL IN POSTMENOPAUSE OSTEOPOROSIS WOMEN AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

A cross-sectional descriptive study was conducted on 211 patients diagnosed with primary osteoporosis according to AACE 2020 criteria, including both inpatient and outpatient at Hanoi Medical University Hospital from 02/ 2026 to 05/ 2026. The prevalence of individuals at risk of Sarcopenia diagnosed by SARC-CalF tool in postmenopause osteoporosis women was 71.1%. The mean SARC-CalF score in the study was relatively high, at 12.5 ± 4.4 points. The risk of Sarcopenia was significantly higher among patients of advanced age, with higher parity, low physical activity levels, poor nutritional status, increased risk of falls, impaired activities of daily living, and severe osteoporosis; among these low physical activity, increased risk of falls, and severe osteoporosis were identified as independent factors associated with Sarcopenia. Conclusion: The prevalence of individuals at risk of Sarcopenia diagnosed by SARC-CalF tool in postmenopausal osteoporosis women is relatively prominent and was associated with multiple clinical and functional risk factors. Early screening for Sarcopenia in this population should be strengthened in order to enable timely interventions.

Keywords: Sarcopenia, postmenopausal osteoporosis, SARC-CalF.