

DOI: 10.58490/ctjump.2026i96.4481

**TỶ LỆ THIỂU CƠ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN
CAO TUỔI MẮC VIÊM GAN SIÊU VI B MẠN
ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA LONG AN**

Châu Thị Diễm Thanh^{1*}, Nguyễn Văn Tân^{2,3}

1. Bệnh viện Đa khoa Long An

2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

3. Bệnh viện Thống Nhất

*Email: drdiemthanh110390@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/02/2026

Ngày phản biện: 20/3/2026

Ngày duyệt đăng: 25/3/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu cơ (sarcopenia) thường gặp ở người cao tuổi, đặc biệt ở bệnh nhân mắc bệnh gan mạn tính. Viêm mạn, rối loạn chuyển hóa và suy dinh dưỡng trong viêm gan siêu vi mạn có thể làm giảm khối lượng và sức mạnh cơ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ thiếu cơ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi mắc viêm gan siêu vi B mạn điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Long An năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 406 bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc viêm gan siêu vi mạn, được chẩn đoán thiếu cơ theo tiêu chuẩn AWGS 2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình $69 \pm 6,8$; nam chiếm 55,4%. Tỷ lệ thiếu cơ là 28,8%. Các yếu tố liên quan gồm tuổi cao (OR = 1,2), thời gian mắc bệnh kéo dài (OR = 1,24), tiền sử đái tháo đường típ 2 (OR = 12,3), chu vi bắp chân nhỏ (OR = 0,3), mức hoạt động thể lực và tải lượng virus ($p \leq 0,03$). **Kết luận:** Thiếu cơ khá phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi mắc viêm gan siêu vi mạn. Việc sàng lọc sớm và can thiệp phù hợp là cần thiết nhằm cải thiện chức năng và chất lượng sống cho người bệnh.

Từ khóa: Thiếu cơ, viêm gan siêu vi mạn, bệnh nhân cao tuổi.

ABSTRACT

**SARCOPENIA AND ITS ASSOCIATED FACTORS IN OLDER ADULTS
WITH CHRONIC VIRAL HEPATITIS IN OUTPATIENT SETTINGS**

Chau Thi Diem Thanh^{1*}, Nguyen Van Tan^{2,3}

1. Long An General Hospital, Long An

2. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

3. Thong Nhat Hospital

Background: Sarcopenia is common among older adults, particularly in patients with chronic liver disease. Chronic inflammation, metabolic disturbances, and malnutrition associated with chronic viral hepatitis may contribute to reduced muscle mass and strength. **Objectives:** This study aimed to determine the prevalence of sarcopenia and its associated factors among older outpatients with chronic viral hepatitis at Long An General Hospital in 2025. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted among 406 patients aged ≥ 60 years with chronic viral hepatitis. Sarcopenia was diagnosed according to the 2019 Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS 2019) criteria. **Results:** The mean age was 69 ± 6.8 years, and males accounted for 55.4% of the participants. The overall prevalence of sarcopenia was 28.8%. Multivariable logistic regression analysis showed that sarcopenia was associated with older age (OR = 1.2), longer disease duration (OR = 1.24), history of type 2 diabetes mellitus (OR = 12.3), smaller calf circumference (OR = 0.3), level of physical activity, and viral load ($p \leq 0.03$). **Conclusion:** Sarcopenia

is relatively common among older adults with chronic viral hepatitis. Early screening and appropriate interventions are essential to improve functional status and quality of life in this population.

Keywords: Sarcopenia, chronic viral hepatitis, older adults.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số đang trở thành xu hướng toàn cầu, kéo theo sự gia tăng các bệnh mạn tính và hội chứng lão khoa, trong đó thiếu cơ (sarcopenia) là một vấn đề quan trọng. Thiếu cơ được đặc trưng bởi sự giảm khối lượng, sức mạnh và chức năng cơ, làm gia tăng nguy cơ té ngã, suy giảm khả năng vận động, giảm chất lượng sống và tử vong [1]. Ở bệnh nhân mắc bệnh gan mạn, đặc biệt là viêm gan siêu vi B và C, thiếu cơ thường gặp do sự kết hợp của suy dinh dưỡng, viêm mạn tính và rối loạn chuyển hóa. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thiếu cơ ở nhóm bệnh nhân này dao động từ 23% – 60%, thậm chí có thể lên đến 68% ở bệnh nhân xơ gan [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm viêm gan siêu vi B vẫn còn cao (khoảng 8%), trong khi các nghiên cứu về thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi mắc viêm gan siêu vi mạn còn hạn chế. Vì vậy, việc xác định tỷ lệ thiếu cơ và các yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân này là cần thiết, nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho các chiến lược quản lý và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân cao tuổi mắc viêm gan siêu vi mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân cao tuổi viêm gan siêu vi mạn đến khám tại phòng khám Nhiễm – Bệnh viện Đa khoa Long An trong khoảng thời gian từ tháng 08/2025 đến tháng 11/2025, chúng tôi thu thập được 406 bệnh nhân.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tuổi từ 60 trở lên, được chẩn đoán viêm gan siêu vi mạn và đang điều trị ít nhất 6 tháng, có khả năng trả lời phỏng vấn và tham gia các bài kiểm tra chẩn đoán, đồng ý tham gia nghiên cứu và ký tên vào bản đồng thuận.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có rối loạn tâm thần ảnh hưởng đến khả năng hợp tác, suy chức năng cơ quan nặng như xơ gan mất bù, bệnh phổi mạn tính, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, yếu liệt chi do bệnh thần kinh, ung thư giai đoạn tiến xa, bệnh nội tiết ảnh hưởng đến khối cơ như cường giáp, hội chứng Cushing, hoặc mắc bệnh lý cấp tính tại thời điểm thu nhận vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu, $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 = 1,96$ với nguy cơ sai lầm loại 1 là $\alpha = 0,05$ và khoảng tin cậy 95%, p là tỷ lệ kết cuộc ước lượng theo y vấn: vì chưa có dữ liệu cụ thể về tỷ lệ thiếu cơ trên bệnh nhân cao tuổi mắc viêm gan virus mạn, tỷ lệ thiếu cơ ở người cao tuổi chung trong cộng đồng là 32,0% dự theo nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Lan Anh và cs [3], d: là sai số của ước lượng, chọn $d = 0,05$, mất mẫu 10%, như vậy $n \geq 369$.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Nghiên cứu trên bệnh nhân cao tuổi mắc viêm gan siêu vi mạn điều trị ngoại trú năm 2025 nhằm xác định tỷ lệ thiếu cơ và các yếu tố liên quan. Thiếu cơ được chẩn đoán theo tiêu chuẩn AWGS 2019; các yếu tố nhân khẩu học, lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập và phân tích để xác định mối liên quan với tình trạng thiếu cơ.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

+ **Quy trình thực hiện nghiên cứu:** Người tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục tiêu và nội dung của nghiên cứu và chỉ được thu nhận vào nghiên cứu sau khi đồng ý tham gia và ký văn bản chấp thuận. Các thông tin được thu thập thông qua bảng câu hỏi chuẩn hóa, bao gồm dữ liệu hành chính, bệnh sử, tiền sử cá nhân và gia đình, cùng các triệu chứng lâm sàng. Các chỉ số đo lường gồm chiều cao, cân nặng, huyết áp, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, cholesterol toàn phần, triglyceride, AST, ALT và tải lượng virus. Huyết áp được đo bằng máy đo tự động Omron HEM-7120 (Omron Healthcare, Nhật Bản); chiều cao được đo bằng thước Kern MSF 200 (Kern, Trung Quốc); cân nặng và khối lượng cơ xương chi (ASM) được đo bằng máy InBody 120 (InBody Co., Ltd., Hàn Quốc). Lực bóp tay được đánh giá bằng áp lực kế điện tử Jamar 5030J1 (Performance Health, Hoa Kỳ), và vận tốc đi bộ được xác định bằng bài test đi bộ 10 m, tính thời gian trên đoạn 2 – 8 m và biểu thị bằng m/s.

+ **Định nghĩa biến số trong nghiên cứu:** Thiếu cơ được xác định khi có sự suy giảm khối lượng cơ kèm theo giảm tốc độ đi bộ hoặc giảm sức cơ (Bảng 1) [4]. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá theo thang điểm MNA với ba mức: dinh dưỡng bình thường (12 – 14 điểm), nguy cơ suy dinh dưỡng (8 – 11 điểm), và suy dinh dưỡng (0 – 7 điểm). Biến hoạt động thể lực chia thành 3 nhóm (nhẹ, trung bình, nặng) được xác định theo các tiêu chuẩn khoa học, phổ biến nhất là các tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Các biến số khác như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu.

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu cơ theo AWGS 2019

Tiêu chuẩn	Phương pháp	Giá trị
Khối lượng cơ – xương chi (ASM) Chỉ số khối cơ: $SMI = \frac{ASM (kg)}{Chiều\ cao^2}$	Đo bằng điện trở kháng sinh học (BIA)	Nam: $SMI \leq 7,0 \text{ kg/m}^2$ Nữ: $SMI \leq 5,7 \text{ kg/m}^2$
Giảm sức cơ	Lực bóp tay đo bằng dụng cụ handgrip	Nam: < 28kg Nữ: < 18 kg
Giảm hoạt động chức năng cơ	Tốc độ đi bộ 6m	Nam và Nữ: < 1 m/s
Chẩn đoán thiếu cơ: khi có giảm chỉ số khối cơ (SMI) kèm theo giảm sức cơ hoặc giảm hoạt động chức năng cơ		
Chẩn đoán thiếu cơ nặng: khi giảm cả ba yếu tố trên		

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Các dữ liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0

- **Phân tích thống kê:** Dữ liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Kết quả được trình bày dưới dạng tần suất (n, %), sử dụng kiểm định chi bình phương (Chi-Square), Mann-Whitney U, phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan độc lập với thiếu cơ.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh 2582/QĐ-BVĐKLA ngày 14 tháng 5 năm 2025 của Bệnh viện Đa khoa Long An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

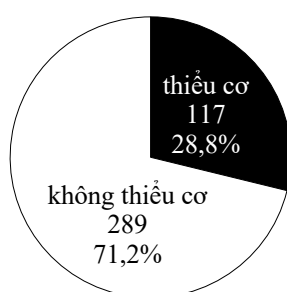
3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Trong 406 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình là $69 \pm 6,8$ tuổi; nhóm 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (60,3%). Nam giới chiếm 55,4%, cao hơn nữ giới (44,6%). Phần lớn bệnh nhân cư trú ở khu vực nông thôn (57,9%). Hầu hết sống cùng gia đình (98,0%) và đang có vợ/chồng (95,8%). Trình độ học vấn chủ yếu ở mức trung học cơ sở (35,7%) và trung học phổ thông (30,8%), trong khi tỷ lệ sau đại học rất thấp (0,7%) (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm nhân khẩu học của dân số nghiên cứu (N = 406)

Đặc điểm		Tần số (n, %)
Tuổi (TB \pm ĐLC)	$69 \pm 6,8$	
Nhóm tuổi	60 – 69	245 (60,3)
	70 – 79	131 (32,3)
	≥ 80	30 (7,4)
Giới tính	Nam	225 (55,4)
	Nữ	181 (44,6)
Nơi ở	Thành thị	171 (42,1)
	Nông thôn	235 (57,9)
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	8 (2,0)
	Cùng gia đình	398 (98,0)
Tình trạng hôn nhân	Đang có vợ/chồng	389 (95,8)
	Ly dị/ly thân	7 (1,7)
	Góa	10 (2,5)
Trình độ học vấn	Tiểu học	85 (20,9)
	THCS	145 (35,7)
	THPT	125 (30,8)
	Trung cấp/cao đẳng/đại học	48 (11,8)
	Sau đại học	3 (0,7)

3.2. Tỷ lệ thiếu cơ



■ thiếu cơ □ không thiếu cơ

Biểu đồ 1. Tỷ lệ phân bố thiếu cơ

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu cơ chiếm 28,8%, cho thấy tình trạng này khá phổ biến chiếm khoảng 1/3 dân số nghiên cứu; trong khi đó, không thiếu cơ chiếm 71,2%.

Bảng 3. Các đặc điểm của dân số nghiên cứu liên quan đến thiếu cơ (N = 406)

Đặc điểm		Thiếu cơ (n, %)	Không thiếu cơ (n, %)	p
Nhóm tuổi	60 – 69	16 (3,9)	229 (56,4)	< 0,001*
	70 – 79	75 (18,5)	56 (13,8)	
	≥ 80	26 (6,4)	4 (1,0)	
Giới tính	Nam	71 (17,5)	154 (37,9)	0,2*
	Nữ	46 (11,3)	135 (33,3)	
Tình trạng hôn nhân	Đang có vợ/chồng	113 (27,8)	276 (68,0)	0,82*
	Ly dị/ly thân	2 (0,5)	5 (1,2)	
	Góa	2 (0,5)	8 (2,0)	
Trình độ học vấn	Tiểu học	30 (7,4)	55 (13,5)	0,001****
	THCS	27 (6,7)	118 (29,1)	
	PTTH	44 (10,8)	81 (20,0)	
	TC/CD/ĐH	13 (3,2)	35 (8,6)	
	Sau đại học	3 (0,7)	0 (0,0)	
Đa bệnh	Có	116 (28,6)	262 (64,5)	0,002*
	Không	1 (0,2)	27 (6,7)	
Đa thuốc	Có	83 (20,4)	192 (47,3)	0,4*
	Không	34 (8,4)	97 (23,9)	
Giảm ADL	Có	36 (8,9)	4 (1,0)	< 0,001*
	Không	81 (20,0)	285 (70,2)	
Giảm IADL	Có	60 (14,8)	15 (3,7)	< 0,001*
	Không	57 (14,0)	274 (67,5)	
Trầm cảm (GDS-15)	Có	57 (14,0)	49 (12,1)	< 0,001*
	Không	60 (14,8)	240 (59,1)	
Suy yếu (CFS)	Tiền suy yếu	43 (10,6)	62 (15,3)	< 0,001*
	Suy yếu	64 (15,8)	30 (7,4)	
Hoạt động thể lực	Nhẹ	102 (25,1)	89 (21,9)	< 0,001*
	Trung bình	13 (3,2)	144 (35,5)	
	Nặng	2 (0,5)	56 (13,8)	
Hút thuốc lá	Có	8 (2,0)	15 (3,7)	0,8*
	Đã bỏ	18 (4,4)	47 (11,6)	
	Không	91 (22,4)	227 (55,9)	
Uống rượu, bia	Không	100 (24,6)	224 (60,1)	0,8*
	Có	17 (4,2)	45 (11,1)	
Phân loại BMI (kg/m ²)	Gầy	8 (2,0)	5 (1,2)	< 0,001*
	Bình thường	88 (21,7)	129 (31,8)	
	Thừa cân	18 (4,4)	85 (20,9)	
	Béo phì	3 (0,7)	70 (17,2)	
	Bình thường	35 (8,6)	252 (62,1)	< 0,001*

Đặc điểm		Thiếu cơ (n, %)	Không thiếu cơ (n, %)	p
Trình trạng dinh dưỡng (MNA)	Có nguy cơ suy dinh dưỡng	52 (12,8)	31 (7,6)	
	Suy dinh dưỡng	30 (7,4)	6 (1,5)	
Chu vi bắp chân (cm), TV (Q1 – Q3)		30 (29 – 30,4)	33,1 (29 – 30,5)	< 0,001**

* Kiểm định Chi-Square

** Kiểm định Mann-Whitney U

*** Kiểm định Fisher

Nhận xét: Thiếu cơ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm tuổi ($p < 0,001$), trình độ học vấn ($p = 0,001$), đa bệnh ($p = 0,002$), giảm ADL và giảm IADL, trầm cảm, suy yếu, mức độ hoạt động thể lực, phân loại BMI, tình trạng dinh dưỡng và chu vi bắp chân ($p < 0,001$). Bệnh nhân thiếu cơ có chu vi bắp chân thấp hơn đáng kể so với nhóm không thiếu cơ (30,0 cm so với 33,1 cm; $p < 0,001$). Giới tính, tình trạng hôn nhân, đa thuốc, hút thuốc lá và uống rượu bia không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p > 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 4. Các đặc điểm liên quan của viêm gan siêu vi mạn với thiếu cơ (N = 406)

Đặc điểm	Thiếu cơ (n, %)	Không thiếu cơ (n, %)	p
Thời gian mắc viêm gan siêu vi (năm)	20 (15 – 26)	13 (10 – 18)	< 0,001**
Biến chứng xơ gan	59 (14,5)	42 (10,3)	< 0,001*
Tải lượng virus trên ngưỡng	18 (4,0)	7 (1,7)	< 0,001*
Tải lượng virus dưới ngưỡng	99 (24,4)	282 (69,5)	
AST	29 (24 – 37)	28 (23 – 37)	0,7**
ALT	27 (18 – 36,5)	27 (21,8 – 37)	0,3**
Sử dụng thuốc TDF	106 (26,1)	273 (67,2)	0,2*
Sử dụng thuốc ETV	12 (3,0)	20 (4,9)	0,3*

* Kiểm định Chi-Square

** Kiểm định Mann-Whitney U

Nhận xét: Bệnh nhân thiếu cơ có thời gian mắc viêm gan siêu vi mạn tính dài hơn rõ rệt so với nhóm không thiếu cơ (trung vị 20 năm so với 13 năm, $p < 0,001$). Tỷ lệ biến chứng xơ gan và tải lượng virus trên ngưỡng cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm thiếu cơ ($p < 0,001$). Không ghi nhận khác biệt có ý nghĩa về AST, ALT hay việc sử dụng thuốc kháng virus (TDF, ETV).

Bảng 5. Các yếu tố liên quan tới thiếu cơ qua phân tích đa biến

Đặc điểm	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	p
Tuổi (năm)	1,2 (1,1 – 1,4)	< 0,001
Mức hoạt động thể lực		
Nhẹ	1	
Trung bình	0,08 (0,02 – 0,3)	< 0,001
Nặng	0,2 (0,01 – 1,8)	0,1
Tiền sử ĐTD típ 2	12,3 (4 – 37,6)	< 0,001
Thời gian mắc viêm gan siêu vi (năm)	1,2 (1,1 – 1,3)	< 0,001
Tải lượng virus thấp	0,07 (0,06 – 0,8)	0,03
Chu vi bắp chân (cm)	0,3 (0,2 – 0,4)	< 0,001

Nhận xét: Cứ tăng thêm mỗi 1 năm tuổi làm tăng nguy cơ thiếu cơ gấp 1,2 lần (OR = 1,2; $p < 0,001$); hoạt động thể lực mức trung bình làm giảm nguy cơ thiếu cơ 92% so với mức nhẹ (OR = 0,08; $p < 0,001$); tiền sử đái tháo đường típ 2 làm tăng nguy cơ thiếu cơ đáng kể (OR = 12,3; $p < 0,001$); thời gian mắc viêm gan siêu vi: cứ tăng thêm mỗi 1 năm làm tăng nguy cơ thiếu cơ gấp 1,2 lần (OR = 1,2; $p < 0,001$); tải lượng virus thấp làm giảm 93% nguy cơ thiếu cơ (OR = 0,07; $p = 0,03$), tăng thêm mỗi 1 cm chu vi bắp chân làm giảm 70% nguy cơ thiếu cơ (OR = 0,3; $p < 0,001$) (Bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ thiếu cơ

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thiếu cơ ở người cao tuổi mắc viêm gan siêu vi mạn là 28,8%, tương đương với một số nghiên cứu trên bệnh nhân viêm gan siêu vi mạn không xơ gan tại Nhật Bản, nhưng thấp hơn so với nhóm bệnh nhân đã tiến triển xơ gan [2,5]. So với các nghiên cứu trên người cao tuổi trong cộng đồng, tỷ lệ này cao hơn rõ rệt, cho thấy bệnh gan mạn tính có thể góp phần thúc đẩy quá trình mất khối cơ. Các cơ chế được đề cập bao gồm tình trạng viêm mạn tính kéo dài, stress oxy hóa, suy dinh dưỡng và rối loạn chuyển hóa thường gặp ở bệnh nhân viêm gan siêu vi mạn.

4.2. Các yếu tố liên quan đến thiếu cơ ở bệnh nhân cao tuổi viêm gan virus mạn

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi cao và thời gian mắc viêm gan kéo dài là các yếu tố nguy cơ độc lập của thiếu cơ. Khi tuổi tăng, quá trình lão hóa cơ sinh lý kết hợp với các bệnh lý mạn tính làm gia tăng tốc độ mất cơ [2]. Đồng thời, thời gian mắc bệnh gan càng dài càng làm tăng nguy cơ thiếu cơ do ảnh hưởng kéo dài của viêm mạn, suy giảm hấp thu dinh dưỡng và giảm tổng hợp protein của gan [6], [7].

Tiền sử đái tháo đường típ 2 làm tăng đáng kể nguy cơ thiếu cơ [8]. Mối liên quan này có thể được giải thích bởi tình trạng kháng insulin mạn tính, làm giảm tổng hợp protein cơ, đồng thời thúc đẩy viêm hệ thống và stress oxy hóa, dẫn đến giảm khối lượng và sức mạnh cơ [9]. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân viêm gan siêu vi mạn kèm đái tháo đường có nguy cơ thiếu cơ cao hơn so với nhóm không mắc đái tháo đường.

Ngược lại, hoạt động thể lực mức trung bình có vai trò bảo vệ rõ rệt đối với thiếu cơ, nhấn mạnh tầm quan trọng của vận động trong việc duy trì khối cơ và chức năng thể chất. Tập luyện giúp kích thích tổng hợp protein cơ, cải thiện độ nhạy insulin và giảm phản ứng viêm toàn thân [10]. Các khuyến cáo gần đây đều đề nghị người cao tuổi duy trì tập luyện kháng lực kết hợp aerobic tối thiểu 150 phút mỗi tuần nhằm phòng ngừa và cải thiện tình trạng thiếu cơ. Bên cạnh đó, chu vi bắp chân là chỉ số đơn giản, chi phí thấp nhưng phản ánh khá chính xác khối lượng cơ ngoại biên; trong nghiên cứu này, chu vi bắp chân lớn hơn có liên quan đến nguy cơ thiếu cơ thấp hơn. Chỉ số này đã được nhiều nghiên cứu ghi nhận là công cụ sàng lọc hữu ích trong cộng đồng, với độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối cao so với các phương pháp đo khối cơ như BIA hoặc DXA [11].

Một kết quả đáng chú ý khác là tải lượng virus cao có liên quan đến thiếu cơ, gợi ý rằng mức độ hoạt động của virus không chỉ ảnh hưởng đến chức năng gan mà còn có thể thúc đẩy phản ứng viêm toàn thân và rối loạn chuyển hóa, từ đó góp phần làm giảm khối cơ. Việc kiểm soát tốt tải lượng virus thông qua điều trị kháng virus hiệu quả có thể giúp hạn chế tiến triển của thiếu cơ ở bệnh nhân viêm gan siêu vi mạn [12], [13].

V. KẾT LUẬN

Trong 406 bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc viêm gan siêu vi mạn điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Long An, tỷ lệ thiếu cơ là 28,8%. Các yếu tố liên quan độc lập đến thiếu cơ gồm tuổi cao, thời gian mắc bệnh kéo dài, tiền sử đái tháo đường típ 2, mức hoạt động thể lực, tải lượng virus và chu vi bắp chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yuan S, Larsson SC. Epidemiology of sarcopenia: Prevalence, risk factors, and consequences. *Metabolism: clinical and experimental*. 2023. 144, 155533. DOI:10.1016/j.metabol.2023.155533
2. Coelho MPP, de Castro P, de Vries TP, Colosimo EA, Bezerra JMT, *et al*. Sarcopenia in chronic viral hepatitis: From concept to clinical relevance. *World journal of hepatology*. 2023. 15(5), 649-665. DOI: 10.4254/wjh.v15.i5.649
3. Pham LT, Nguyen BT, Huynh DT, Nguyen BLT, Tran PN, *et al*. Community-based prevalence and associated factors of sarcopenia in the Vietnamese elderly. *Sci Rep*. 2024. 14(1), 17. DOI:10.1038/s41598-023-50979-4
4. 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. *J Am Med Dir Assoc*. 2020. 21(3), 300-307.e2. DOI: 10.1016/j.jamda.2019.12.012
5. John, II, Kamlesh Kumar MJ, Koppath Parammal F, Abraham SE, Adem S, *et al*. Evaluating Sarcopenia Prevalence in Cirrhotic Patients and Its Association With Child-Turcotte-Pugh and MELD (Model for End-Stage Liver Disease) Scores: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2025. 17(11), e97292. DOI: 10.7759/cureus.97292
6. Tuo S, Yeo YH, Chang R, Wen Z, Ran Q, *et al*. Prevalence of and associated factors for sarcopenia in patients with liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*. 2024. 43(1), 84-94. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2023.11.008>
7. Xiao L, Dai M, Zhao F, Shen Y, Kwan RYC, *et al*. Assessing the risk factors associated with sarcopenia in patients with liver cirrhosis: a case-control study. *Scientific Reports*. 2023. 13(1), 21845. DOI: 10.1038/s41598-023-48955-z
8. He L, Luo G, Jiang H, Zhang I, Li Y, *et al*. Sarcopenia in type 2 diabetes mellitus: an imaging review. *Frontiers in Medicine*. 2026, 13. DOI:10.3389/fmed.2026.1637499
9. Chen H, Huang X, Dong M, Wen S, Zhou L, *et al*. The Association Between Sarcopenia and Diabetes: From Pathophysiology Mechanism to Therapeutic Strategy. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy*. 2023. 16, 1541-1554. DOI:10.2147/dms0.S410834
10. Rodrigues F, Domingos C, Monteiro D, Morouço P. A Review on Aging, Sarcopenia, Falls, and Resistance Training in Community-Dwelling Older Adults. *International journal of environmental research and public health*. 2022. 19(2). DOI:10.3390/ijerph19020874
11. Inoue T, Maeda K, Shimizu A, Nagano A, Ueshima J, *et al*. Calf circumference value for sarcopenia screening among older adults with stroke. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2021. 93, 104290. DOI:10.1016/j.archger.2020.104290
12. Li W, Deng R, Luo Y, Li H, Chen F, *et al*. The effects of sarcopenia on the prognosis of patients with acute-on-chronic liver failure: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Review*. 2025. 12. DOI:10.3389/fnut.2025.1649783
13. Mazeaud S, Zupo R, Couret A, Panza F, Sardone R, *et al*. Prevalence of Sarcopenia in Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical and translational gastroenterology*. Jul 1 2023;14(7):e00584. DOI:10.14309/ctg.000000000000584