NGUY CƠ SUY GIẢM KHỐI CƠ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN B MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH NĂM 2024

Hà Việt Dũng[1*], Triệu Công Doanh[1], Hoàng Thị Hạnh[1], Trương Khánh Huyền[1], Hà Đình Hoàng[2], Nguyễn Thị Việt Hường[2], Nguyễn Thị Việt Hồng[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nguy cơ suy giảm khối cơ và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 132 người bệnh từ 25 tuổi trở lên, điều trị ngoại trú bằng Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) 300 mg tại Phòng khám Truyền nhiễm, Bệnh viện Đa khoa Thái Bình từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2024. Người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn điều trị theo Hướng dẫn của Bộ Y tế (Quyết định 3310/QĐ-BYT năm 2019). Các thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ số nhân trắc và nguy cơ suy giảm khối cơ theo thang điểm SARC-CalF phiên bản tiếng Việt, với ngưỡng ≥ 11 điểm xác định có nguy cơ suy giảm khối cơ được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0.

Kết quả: Nam giới chiếm 62,1%, nhóm tuổi ≥60 chiếm 40,9% và nông dân chiếm 48,5%. Phần lớn người bệnh đã điều trị thuốc kháng vi rút trên 12 tháng (72,7%). Triệu chứng lâm sàng nhìn chung nghèo nàn, trong đó mất ngủ là triệu chứng thường gặp nhất (41,7%). Hầu hết các chỉ số cận lâm sàng trong giới hạn bình thường. Phần lớn người bệnh (59,1%) có tình trạng dinh dưỡng bình thường theo BMI. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy giảm khối cơ là 25%. Nguy cơ suy giảm khối cơ liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi, nghề nghiệp, các triệu chứng mệt mỏi, ăn kém, rối loạn tiêu hóa, mất ngủ, nồng độ ALT tăng và BMI thấp. Người bệnh có ALT tăng có nguy cơ suy giảm khối cơ cao gấp 3,44 lần so với nhóm ALT bình thường. Không ghi nhận mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và thời gian sử dụng thuốc kháng vi rút.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh viêm gan vi rút B mạn tính điều trị ngoại trú có nguy cơ suy giảm khối cơ (theo thang điểm SARC-CalF) là 25%. Nguy cơ suy giảm khối cơ liên quan đến tuổi cao, nghề nghiệp nông dân (xu hướng, chưa có ý nghĩa thống kê trong so sánh cặp), các triệu chứng mệt mỏi, ăn kém, rối loạn tiêu hóa, mất ngủ, nồng độ ALT tăng và BMI thấp. Cần tăng cường sàng lọc và theo dõi nguy cơ suy giảm khối cơ ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn tính nhằm phát hiện sớm và có biện pháp can thiệp phù hợp.

Từ khóa: Viêm gan virus B, suy giảm khối cơ, SARC-CalF

RISK OF SARCOPENIA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG OUTPATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the risk of sarcopenia and identify associated factors among outpatients with chronic hepatitis B treated at Thai Binh General Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 132 patients aged 25 years and older receiving outpatient treatment with Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) 300 mg at the Infectious Diseases Clinic, Thai Binh General Hospital, between June 2024 and December 2024. Patients met the treatment criteria outlined in the Guidelines of the Ministry of Health (Decision No. 3310/QD-BYT, 2019). Clinical and laboratory characteristics, anthropometric indices, and the risk of sarcopenia assessed using the Vietnamese version of the SARC-CalF questionnaire (with a score ≥ 11 defining sarcopenia risk) were collected and analyzed using SPSS version 27.0.

Results: Males accounted for 62.1%, patients aged ≥ 60 years comprised 40.9%, and farmers represented 48.5% of the study population.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
2. Bệnh viện Đa khoa Thái Bình
3. Bệnh viện Nhiệt đới Hưng Yên
**Tác giả liên hệ: Hà Việt Dũng*
Email: havietdungy1g@gmail.com
Ngày nhận bài: 17/6/2026
Ngày phản biện: 23/8/2026
Ngày duyệt bài: 02/9/2026

The majority of patients had received antiviral therapy for more than 12 months (72.7%). Clinical symptoms were generally mild, with insomnia being the most frequent complaint (41.7%). Most laboratory parameters were within normal limits, and 59.1% of the patients had a normal nutritional status according to BMI. The prevalence of patients at risk for sarcopenia was 25.0%. Sarcopenia risk was significantly associated with age, occupation, fatigue, poor appetite, digestive disorders, insomnia, elevated ALT levels, and lower BMI. Patients with elevated ALT levels had a 3.44-fold higher risk of sarcopenia compared to those with normal ALT levels. No significant association was observed between sarcopenia risk and the duration of antiviral therapy.

Conclusion: The prevalence of outpatients with chronic hepatitis B at risk for sarcopenia (assessed by the SARC-CalF questionnaire) was 25.0%. Sarcopenia risk was associated with older age, farming occupation (trend observed, without statistical significance in pairwise comparisons), clinical symptoms (fatigue, poor appetite, digestive disorders, insomnia), elevated ALT levels, and low BMI. Screening and monitoring for sarcopenia risk should be intensified in outpatients with chronic hepatitis B to facilitate early detection and timely, appropriate interventions.

Keywords: Chronic hepatitis B, sarcopenia, SARC-CalF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B là một bệnh truyền nhiễm phổ biến và nguy hiểm do virus HBV gây ra, với khoảng 254 triệu người mắc mạn tính trên toàn cầu và khoảng 1,2 triệu ca tử vong mỗi năm do các biến chứng như xơ gan, suy gan và ung thư gan [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mang HBsAg dương tính cao (10-20%), và HBV là nguyên nhân hàng đầu gây viêm gan mạn, xơ gan và ung thư gan [2].

Bệnh viêm gan vi rút B mạn tính không chỉ gây tổn thương gan mà còn ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng, làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng và mất khối cơ do viêm mạn tính, rối loạn chuyển hóa protein - năng lượng và giảm hấp thu dinh dưỡng [3]. Tình trạng mất khối cơ (sarcopenia) ở người bệnh bệnh gan mạn tính đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu quốc tế [4], [5] với tỷ lệ dao động từ 20-70% tùy theo quần thể và tiêu chuẩn chẩn đoán được sử dụng.

Tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, viêm gan vi rút B là bệnh lý thường gặp, với khoảng 500 người bệnh đang được điều trị ngoại trú bằng TDF 300 mg tại Phòng khám Truyền nhiễm (theo số liệu thống kê năm 2023). Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu đánh giá nguy cơ suy giảm khối cơ ở người bệnh viêm gan B mạn tính điều trị ngoại trú tại đây - đây là khoảng trống nghiên cứu cần được lấp đầy để xây dựng chương trình sàng lọc phù hợp tại phòng khám.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá nguy cơ suy giảm khối cơ và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 25 tuổi trở lên, được chẩn đoán xác định viêm gan virus B mạn tính theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (Quyết định 3310/QĐ-BYT năm 2019), đang điều trị ngoại trú bằng TDF 300 mg tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.

Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đồng nhiễm với virus gây viêm gan C, D, đồng nhiễm HIV.

- Phụ nữ đang trong thời kỳ mang thai.

- Người bệnh có tổn thương gan do các nguyên nhân khác như: thuốc, hóa chất, bia rượu, bệnh gan tự miễn, sốt rét, viêm đường mật, áp xe gan…

- Người bệnh xơ gan, ung thư gan.

- Người bệnh mắc các bệnh lý mạn tính được chẩn đoán xác định có thể gây tình trạng suy giảm khối cơ như đái tháo đường, tăng huyết áp có biến chứng, suy tim, ung thư, viêm khớp…

2.2. Địa điểm và thời gian

Phòng khám Truyền nhiễm - Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Thái Bình. Từ tháng 6 năm 2024 đến hết tháng 12 năm 2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu (n=132). Đây là hạn chế của nghiên cứu; cỡ mẫu được chấp nhận cho nghiên cứu mô tả ban đầu tại một cơ sở, nhưng có nguy cơ sai số chọn và hạn chế tính đại diện.

2.3.3. Thu thập dữ liệu

Thu thập đặc điểm nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chiều cao, cân nặng, chu vi bắp chân và các thông tin trong bảng câu hỏi SARC-F phiên bản tiếng Việt, đánh giá 5 tiêu chí: sức mạnh cơ, khả năng đi bộ, đứng dậy từ ghế, leo cầu thang và té ngã; kết hợp với chu vi bắp chân để tính theo thang điểm SARC-CalF, tổng điểm ≥11/20 được xác định là có nguy cơ suy giảm khối cơ.

Ngưỡng bất thường của các chỉ số sinh hóa: ALT tăng khi >40 U/L, AST tăng khi >40 U/L, Albumin giảm khi <35 g/L, Bilirubin toàn phần tăng khi >21 µmol/L, Bilirubin trực tiếp tăng khi >5 µmol/L, PT giảm khi <70%.

2.4. Xử lý số liệu

Sử dụng SPSS 27.0 và các thuật toán: trung bình, trung vị, tỷ lệ %, kiểm định Chi-square, Fisher's Exact, tính tỷ suất chênh OR. Với các ô tần số nhỏ (kỳ vọng <5), sử dụng kiểm định Fisher's Exact. Do nghiên cứu có cỡ mẫu hạn chế và nhiều yếu tố có tương quan với nhau, hồi quy logistic đa biến không được thực hiện và đây là một hạn chế của nghiên cứu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Được thông qua và phê duyệt của Hội đồng khoa học trường Đại học Y Dược Thái Bình theo quyết định số 1096/QĐ-YDTB, ngày 12/06/2024. Dữ liệu được mã hóa và bảo mật.

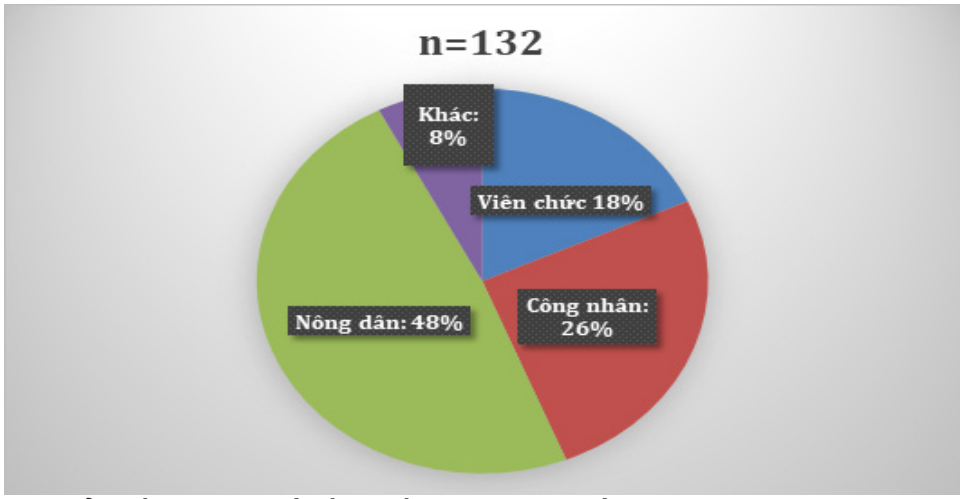
III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n=132)

Giới / Nhóm tuổi	Nam (n, %)	Nữ (n, %)	Tổng (n, %)
25–44	9 (39,1%)	14 (60,9%)	23 (17,4%)
45–59	36 (65,5%)	19 (34,5%)	55 (41,7%)
≥60	37 (68,5%)	17 (31,5%)	54 (40,9%)
Tổng	**82 (62,1%)**	**50 (37,9%)**	**132 (100%)**

Nhận xét: Người bệnh chủ yếu thuộc nhóm tuổi trung niên (41,7%) và cao tuổi (40,9%), trong khi nhóm tuổi trẻ chiếm 17,4%; nam giới chiếm đa số với tỷ lệ nam/nữ là 1,64.



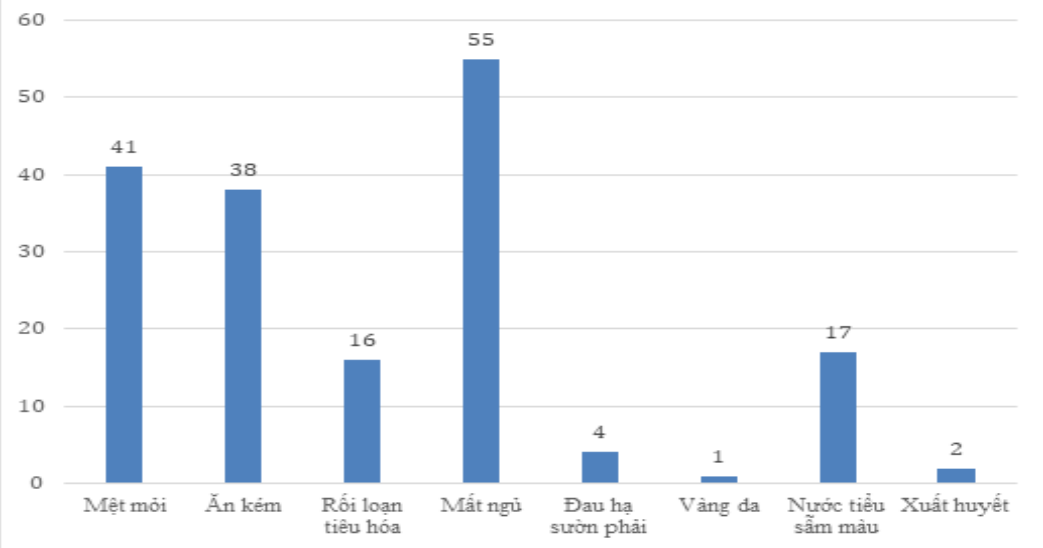
Biểu đồ 1. Phân bố về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu (n=132)

Nhận xét: Nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất, khoảng gấp đôi nhóm công nhân; tiếp theo là viên chức (18,2%), trong khi các nghề khác (buôn bán, nội trợ, lao động tự do) chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,6%).

Bảng 2. Đặc điểm về thời gian dùng thuốc kháng virus của đối tượng nghiên cứu (n=132)

Thời gian dùng thuốc kháng virus (tháng)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<12	36	27,3
≥12	96	72,7
Tổng	132	100,0

Nhận xét: Nhóm người bệnh dùng thuốc kháng virus 12 tháng trở lên chiếm tỷ lệ cao (72,7%).



Biểu đồ 2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: 41,7% trong tổng số đối tượng có triệu chứng mất ngủ, có mệt mỏi chiếm 31,1%, có ăn kém chiếm 28,8%, có nước tiểu sẫm màu chiếm 12,9%, có rối loạn tiêu hóa chiếm 12,1%, có đau hạ sườn phải chiếm 3,0%, xuất huyết 1,5% và vàng da 0,8%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=132)

Có bất thường hay không / Chỉ số	Không bất thường		Tăng (AST,ALT,Bilirubin toàn phần, trực tiếp, gián tiếp, HBV DNA) Giảm (Albumin, PT)	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
AST (U/L)	87	65,9	45	34,1
ALT (U/L)	120	90,9	12	9,1
Albumin (g/L)	130	98,5	2	1,5
Bilirubin toàn phần (µmol/L)	114	86,4	18	13,6
Bilirubin trực tiếp (µmol/L)	125	94,7	7	5,3
Bilirubin gián tiếp (µmol/L)	126	95,5	6	4,5
PT (%)	130	98,5	2	1,5
HBV DNA (copies/ml)	115	87,1	17	12,9

Ghi chú: "Tăng/giảm" được xác định theo ngưỡng tham chiếu của phòng xét nghiệm: ALT/AST >40 U/L là tăng; Albumin <35 g/L là giảm; PT <70% là giảm; HBV DNA >20 IU/mL là trên ngưỡng.

Nhận xét: Tất cả các chỉ số cận lâm sàng liên quan đến viêm gan B mạn của các đối tượng nghiên cứu trong nhóm đối tượng nghiên cứu đều chủ yếu là bình thường. Trong đó AST có tỷ lệ bất thường cao nhất. Cao thứ hai là Bilirubin toàn phần.

Bảng 4. Đặc điểm chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu (n=132)

BMI	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<18,5 (gầy)	22	16,7
18,5–22,9 (Bình thường)	78	59,1
23–24,9 (thừa cân)	25	18,9
≥25 (Béo phì)	7	5,3
Tổng	132	100

Nhận xét: Người bệnh có BMI ở mức bình thường chiếm tỷ lệ lớn nhất, nhóm người bệnh gầy hoặc thừa cân cũng chiếm tỷ lệ khá cao lần lượt là 16,7% và 18,9%.

Bảng 5. Đặc điểm nguy cơ suy giảm khối cơ của đối tượng nghiên cứu (n=132)

Nguy cơ suy giảm khối cơ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có (SARC-CalF ≥11 điểm)	33	25,0
Không (SARC-CalF <11 điểm)	99	75,0
Tổng	132	100

Nhận xét: Nhóm đối tượng có nguy cơ suy giảm khối cơ chiếm tỷ lệ khá cao (25%).

3.2. Mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và các yếu tố

Bảng 6. Mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và nhóm tuổi (n=132)

Nhóm tuổi	Không có nguy cơ suy giảm khối cơ		Có nguy cơ suy giảm khối cơ		OR (95% CI)	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
25-44 (ref)	21	91,3	2	8,7		0,002
45-59	46	83,6	9	16,4	2,1 (0,4-10,3)	
≥60	32	59,3	22	40,7	7,2 (2,5-52,9)	

Nhận xét: Tỷ lệ nguy cơ suy giảm khối cơ tăng theo tuổi, từ 8,7% ở nhóm 25–44 tuổi lên 16,4% ở nhóm 45–59 tuổi và 40,7% ở nhóm ≥60 tuổi. Có mối liên quan giữa tuổi và nguy cơ suy giảm khối cơ (p=0,002). So với nhóm 25–44 tuổi, nhóm ≥60 tuổi có nguy cơ suy giảm khối cơ cao hơn 7,2 lần (OR=7,2; KTC 95%: 2,5–52,9). Lưu ý: khoảng tin cậy rộng phản ánh cỡ mẫu nhỏ ở nhóm tham chiếu (n=23). Sự khác biệt ở nhóm 45–59 tuổi chưa có ý nghĩa thống kê (OR=2,1; KTC 95%: 0,4–10,3).

Bảng 7. Mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và giới tính (n=132)

Giới	Không có nguy cơ suy giảm khối cơ		Có nguy cơ suy giảm khối cơ		OR (95% CI)	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Nam	65	79,3	17	20,7	1,799 (0,81 – 4)	0,213
Nữ	34	68,0	16	32,0		
Tổng	99	75,0	33	25,0		

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nguy cơ suy giảm khối cơ ở nữ nhiều hơn ở nam, tuy nhiên khoảng tin cậy có chứa 1, do đó sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,213). Không có sự liên quan giữa giới tính và nguy cơ suy giảm khối cơ.

Bảng 8. Mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và nghề nghiệp (n=132)

Nhóm tuổi	Không có nguy cơ suy giảm khối cơ		Có nguy cơ suy giảm khối cơ		OR (95% CI)	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Viên chức(ref)	20	83,3	4	16,7		0,012
Công nhân	29	85,3	5	14,7	0,86 (0,21–3,61)	
Nông dân	40	62,5	24	37,5	3,00 (0,92–9,83)	
Khác	10	100	0	0	0,22 (0,01–4,42)	
Tổng	99	75,0	33	25,0		

Nhận xét: Tỷ lệ có nguy cơ suy giảm khối cơ khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nghề nghiệp (p = 0,012). Tuy nhiên, trong so sánh cặp, OR của nhóm nông dân so với viên chức có KTC 95%: 0,92–9,83 (chứa 1, p=0,07), chưa đạt ý nghĩa thống kê. Nhóm nghề nghiệp khác không ghi nhận trường hợp nguy cơ (0/10), OR không tính được.

Bảng 9. Mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và thời gian dùng thuốc kháng virus (n=132)

Thời gian dùng thuốc kháng virus (tháng)	Không có nguy cơ		Có nguy cơ		OR (95% CI)	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
< 12	30	83,3	6	16,7	1,957 (0,73 – 5,23)	0,259
≥12	69	71,9	27	28,1		
Tổng	99	75,0	33	25,0		

Nhận xét: Tỷ lệ có nguy cơ suy giảm khối cơ ở nhóm sử dụng thuốc kháng virus ≥12 tháng là 28,1%, cao hơn so với nhóm sử dụng <12 tháng (16,7%). Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (OR=1,96; KTC 95%: 0,73–5,23; p=0,259).

Bảng 10. Mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và các triệu chứng lâm sàng (n=132)

Triệu chứng		Không có nguy cơ		Có nguy cơ		OR (95% CI)	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Mệt mỏi	Không	81	89,0	10	11,0	10,35 (4,20–25,49)	<0,001
	Có	18	43,9	23	56,1		
Ăn kém	Không	84	89,4	10	10,6	12,88 (5,12–32,44)	<0,001
	Có	15	39,5	23	60,5		
Rối loạn tiêu hóa	Không	91	78,4	25	21,6	3,64 (1,24–10,67)	0,014
	Có	8	50,0	8	50,0		
Mất ngủ	Không	69	89,6	8	10,4	7,19 (2,91–17,75)	<0,001
	Có	30	54,5	25	45,5		

Triệu chứng		Không có nguy cơ		Có nguy cơ		OR (95% CI)	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Đau bụng vùng hạ sườn phải	Không	97	75,8	31	24,2	3,13 (0,42–23,15)	0,241
	Có	2	50,0	2	50,0		
Vàng da	Không	98	74,8	33	25,2	0,98 (0,04–24,60)*	1,000
	Có	1	100	0	0		
Nước tiểu sẫm màu	Không	89	77,4	26	22,6	2,40 (0,83–6,92)	0,090
	Có	10	58,8	7	41,2		

**Vàng da: 0 biến cố trong nhóm "Có", tách biệt hoàn toàn; OR không diễn giải được. Sử dụng kiểm định Fisher's Exact, p=1,000.*

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy giảm khối cơ cao hơn ở nhóm có các triệu chứng lâm sàng so với nhóm không có triệu chứng tương ứng. Sự khác biệt rõ rệt nhất được ghi nhận ở các triệu chứng ăn kém (60,5% so với 10,6%), mệt mỏi (56,1% so với 11,0%) và mất ngủ (45,5% so với 10,4%).

Phân tích mối liên quan cho thấy các triệu chứng mệt mỏi, ăn kém, rối loạn tiêu hóa và mất ngủ có liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ suy giảm khối cơ (p<0,05). Cụ thể, bệnh nhân có triệu chứng mệt mỏi có nguy cơ suy giảm khối cơ cao gấp 10,35 lần so với nhóm không mệt mỏi (OR=10,35; KTC 95%: 4,20–25,49; p<0,001). Tương tự, nguy cơ suy giảm khối cơ ở bệnh nhân ăn kém cao gấp 12,88 lần (OR=12,88; KTC 95%: 5,12–32,44; p<0,001), ở bệnh nhân có rối loạn tiêu hóa cao gấp 3,64 lần (OR=3,64; KTC 95%: 1,24–10,67; p=0,014) và ở bệnh nhân mất ngủ cao gấp 7,19 lần (OR=7,19; KTC 95%: 2,91–17,75; p<0,001) so với nhóm không có các triệu chứng tương ứng.

Đối với các triệu chứng đau bụng vùng hạ sườn phải, vàng da và nước tiểu sẫm màu, mặc dù tỷ lệ nguy cơ suy giảm khối cơ ở nhóm có triệu chứng cao hơn hoặc khác biệt so với nhóm không có triệu chứng, nhưng mối liên quan không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 11. Mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và các chỉ số men gan (n=132)

Chỉ số		Không có nguy cơ		Có nguy cơ		OR (95% CI)	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
ALT (U/L)	Không tăng	93	77,5	27	22,5	3,44 (1,03-11,55)	0,036
	Tăng	6	50,0	6	50,0		
AST (U/L)	Không tăng	67	77	20	23	1,36 (0,6-3,08)	0,458
	Tăng	32	71,1	13	28,9		

Nhận xét: Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan giữa tăng ALT và nguy cơ suy giảm khối cơ. Tỷ lệ đối tượng có nguy cơ suy giảm khối cơ ở nhóm tăng ALT là 50,0%, cao hơn đáng kể so với nhóm không tăng ALT (22,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR=3,44; KTC 95%: 1,03–11,55; p=0,036). Lưu ý: nhóm tăng ALT chỉ có 12 người bệnh; khoảng tin cậy 1,03–11,55 sít ngưỡng 1.

Ngược lại, mặc dù tỷ lệ có nguy cơ suy giảm khối cơ ở nhóm tăng AST (28,9%) cao hơn nhóm không tăng AST (23,0%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (OR=1,36; KTC 95%: 0,60–3,08; p=0,458).*

Bảng 12. Mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và các chỉ số thể hiện chức năng gan (n=132)

Chỉ số		Không có nguy cơ suy giảm khối cơ		Có nguy cơ suy giảm khối cơ		OR (95% CI)	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Albumin (g/L)	Không giảm	99	76,2	31	23,8	15,8 (0,65-296,4)	0,061
	Giảm	0	0	2	100		
Bilirubin toàn phần (µmol/L)	Không tăng	85	74,6	29	25,4	0,837 (0,26-2,75)	0,515
	Tăng	14	77,8	4	22,2		
Bilirubin trực tiếp (µmol/L)	Không tăng	94	75,2	31	24,8	1,213 (0,22-6,57)	0,56
	Tăng	5	71,4	2	28,6		
Bilirubin gián tiếp (µmol/L)	Không tăng	94	74,6	32	25,4	0,588 (0,07-5,22)	0,532
	Tăng	5	83,3	1	16,7		
PT(%)	Không giảm	98	75,4	32	24,6	3,063 (0,18-50,38)	0,439
	Giảm	1	50,0	1	50,0		

**Albumin giảm: 2/2 trường hợp đều có nguy cơ (100%) – tách biệt hoàn toàn; PT giảm: ô tần số nhỏ. OR không diễn giải được một cách tin cậy. Sử dụng kiểm định Fisher's Exact.*

Nhận xét: Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, bilirubin gián tiếp và PT (%) với nguy cơ suy giảm khối cơ (p>0,05).

Đối với albumin, nhóm có giảm albumin ghi nhận tỷ lệ nguy cơ suy giảm khối cơ cao hơn (100%) so với nhóm không giảm albumin (23,8%); tuy nhiên chỉ có 2 trường hợp giảm albumin nên OR không diễn giải được một cách tin cậy (tách biệt hoàn toàn). Xu hướng này cần được xác nhận trên cỡ mẫu lớn hơn.

Bảng 13. Mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và tải lượng HBV (n=132)

Chỉ số		Không có nguy cơ suy giảm khối cơ		Có nguy cơ suy giảm khối cơ		OR (95% CI)	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
HBV DNA (copies/ml)	Dưới ngưỡng	86	74,8	29	25,2	0,912 (0,28-3,02)	0,574
	Trên ngưỡng	13	76,5	4	23,5		

Nhận xét: Phân tích cho thấy chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tải lượng HBV DNA và nguy cơ suy giảm khối cơ. Cụ thể, tỷ lệ nguy cơ suy giảm khối cơ ở nhóm HBV DNA trên ngưỡng (23,5%) tương tự nhóm dưới ngưỡng (25,2%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (OR=0,912; KTC 95%: 0,28–3,02; p=0,574).

Bảng 14. Mối liên quan giữa nguy cơ suy giảm khối cơ và BMI (n=132)

BMI	Không có nguy cơ suy giảm khối cơ		Có nguy cơ suy giảm khối cơ		OR (95% CI)	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
≥23 (Thừa cân và béo phì) (ref)	31	96,9	1	3,1		<0,001
18,5-22,9 (Bình thường)	56	71,8	22	28,2	12,18 (1,55-95,6)	
<18,5 (gầy)	12	54,5	10	45,5	25,83 (2,98-224,1)	
Tổng	99	75	33	25		

Nhận xét: Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI và nguy cơ suy giảm khối cơ (p<0,001). Nhóm BMI thấp (<18,5) có tỷ lệ nguy cơ suy giảm khối cơ cao nhất (45,5%) và làm tăng nguy cơ suy giảm khối cơ gấp 25,83 lần so với nhóm thừa cân/béo phì. Nhóm BMI bình thường (18,5–22,9) cũng có nguy cơ suy giảm khối cơ cao hơn so với nhóm BMI ≥23, với OR=12,18 (95% CI: 1,55–95,6). Lưu ý: OR rất lớn với KTC rất rộng do nhóm ≥23 chỉ có 1 trường hợp có nguy cơ, cần diễn giải thận trọng. Ngược lại, nhóm thừa cân và béo phì có tỷ lệ nguy cơ suy giảm khối cơ thấp nhất (3,1%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 132 người bệnh viêm gan vi rút B mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình cho thấy người bệnh chủ yếu thuộc nhóm tuổi 45-59 (41,7%) và ≥60 (40,9%). Độ tuổi này phản ánh xu hướng già hóa của quần thể người bệnh viêm gan B mạn tính đang điều trị duy trì hiện nay, đồng thời phản ánh hiệu quả lâu dài của chương trình tiêm chủng mở rộng vắc xin viêm gan B cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ được triển khai từ năm 2003, giúp làm giảm rõ rệt tỷ lệ nhiễm mới ở nhóm dân số trẻ [1],[2].

Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế với 62,1%, phù hợp với các đặc điểm dịch tễ học bệnh gan mạn tính tại Việt Nam và khu vực [2], [3]. Sự khác biệt này thường được giải thích bởi hành vi nguy cơ (sử dụng rượu bia, thuốc lá), tiếp xúc nghề nghiệp cũng như ảnh hưởng của nội tiết tố sinh dục lên khả năng miễn dịch và biểu hiện vi rút [2], [5]. Về nghề nghiệp, nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (48,5%), phản ánh thực tế cơ cấu lao động tại địa phương; nhóm đối tượng này thường có điều kiện dinh dưỡng và tiếp cận các dịch vụ y tế dự phòng còn hạn chế.

Về thời gian điều trị và đặc điểm lâm sàng, 72,7% người bệnh đã điều trị thuốc kháng vi rút (TDF 300 mg) từ 12 tháng trở lên. Hầu hết người bệnh có biểu hiện lâm sàng nghèo nàn, tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng không đặc hiệu như mất ngủ (41,7%), mệt mỏi (31,1%), ăn kém (28,8%) và rối loạn tiêu hóa (12,1%) thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu trên bệnh nhân điều trị nội trú [3]. Về cận lâm sàng, đa số người bệnh có ALT (90,9%) và AST (65,9%) không tăng, phần lớn người bệnh đạt ngưỡng kiểm soát vi rút với HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện (87,1%), và các chỉ số bilirubin, albumin, tỷ lệ prothrombin phần lớn trong giới hạn bình thường. Kết quả này phản ánh sự đáp ứng vi rút và ổn định chức năng gan tốt ở nhóm người bệnh tuân thủ điều trị ngoại trú dài hạn [6].

Về nguy cơ suy giảm khối cơ, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ theo thang điểm SARC-CalF (ngưỡng ≥11 điểm) là 25,0%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Han và cộng sự trên 506 bệnh nhân viêm gan B mạn tại Hàn Quốc (24,9%) [7], nhưng thấp hơn so với một số nghiên cứu quốc tế trên bệnh gan mạn nói chung (có thể lên tới 50-70%) [4], [5]. Cần lưu ý rằng sự khác biệt này bắt nguồn từ hai nguyên nhân chính: thứ nhất, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh ngoại trú giai đoạn ổn định, chưa tiến triển xơ gan mất bù; thứ hai, nghiên cứu này sử dụng thang điểm SARC-CalF để sàng lọc nguy cơ ban đầu, trong khi các nghiên cứu quốc tế thường áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán xác định kết hợp đo trở kháng điện sinh học (BIA), hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) hoặc đo lực nắm bàn tay theo khuyến cáo của Nhóm công tác Sarcopenia Châu Á (AWGS 2019) [5], [8].

Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy nguy cơ suy giảm khối cơ tăng rõ rệt theo tuổi, cao nhất ở nhóm ≥60 tuổi (OR = 7,2; KTC 95%: 2,5-52,9; p = 0,002), hoàn toàn phù hợp với quá trình lão hóa sinh lý hệ cơ xương khớp vốn tiến triển nhanh hơn trên nền bệnh lý mạn tính [4], [8]. Ngược lại, mặc dù tỷ lệ nguy cơ ở nữ giới cao hơn nam giới (32,0% so với 20,7%), sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,213), do đó không xem giới tính là yếu tố liên quan trong nghiên cứu này. Tương tự, nhóm nông dân có tỷ lệ nguy cơ cao hơn (37,5%) và kiểm định Chi-square tổng thể có ý nghĩa (p = 0,012), nhưng khi so sánh cặp trực tiếp với nhóm viên chức thì sự khác biệt mới dừng lại ở mức xu hướng và chưa đạt ý nghĩa thống kê (OR = 3,00; KTC 95%: 0,92-9,83; p = 0,07).

Thời gian sử dụng thuốc kháng vi rút không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ suy giảm khối cơ [5]. Các triệu chứng lâm sàng như mệt mỏi, ăn kém, rối loạn tiêu hóa và mất ngủ có

liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ suy giảm khối cơ (p < 0,05). Tuy nhiên, do bản chất của thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chúng tôi không suy diễn mối quan hệ nhân quả một chiều. Các triệu chứng này vừa có thể là nguyên nhân làm giảm khẩu phần ăn và kém hấp thu protein dẫn đến teo cơ, nhưng ngược lại cũng có thể chính là biểu hiện kèm theo của tình trạng suy nhược thể chất và suy giảm chức năng cơ [4], [5].

Trong các chỉ số cận lâm sàng, nồng độ ALT tăng có liên quan với nguy cơ suy giảm khối cơ (OR = 3,44; KTC 95%: 1,03-11,55; p < 0,05). Mặc dù một số nghiên cứu gần đây cho rằng nồng độ ALT huyết thanh thấp mới phản ánh tình trạng giảm khối lượng cơ do suy giảm nguồn enzym nội sinh tại mô cơ [9], kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn tính, đợt bùng phát hoại tử tế bào gan (ALT tăng) có thể kích hoạt các phản ứng viêm toàn thân, làm gia tăng dị hóa protein và ức chế quá trình tổng hợp khối cơ [4], [5]. Dù vậy, do nhóm người bệnh có ALT tăng trong nghiên cứu có số lượng hạn chế (n = 12, trong đó có 6 trường hợp có nguy cơ) và khoảng tin cậy 95% tiệm cận ngưỡng 1 (1,03), phát hiện này cần được diễn giải hết sức thận trọng và cần được xác nhận trên các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn [9]. Các chỉ số AST, bilirubin, albumin và tải lượng HBV-DNA chưa ghi nhận liên quan rõ rệt, có thể do đa số người bệnh đã được kiểm soát ổn định bằng thuốc kháng vi rút.

Về chỉ số nhân trắc, BMI thấp (<18,5) làm tăng nguy cơ suy giảm khối cơ rõ rệt so với nhóm thừa cân/béo phì (OR = 25,83; KTC 95%: 2,98-224,1; p < 0,001), phản ánh vai trò của suy dinh dưỡng protein - năng lượng đối với sự hao mòn khối cơ [4], [10]. Tuy nhiên, khoảng tin cậy của OR rất rộng do nhóm thừa cân/béo phì chỉ có 1 trường hợp có nguy cơ, đòi hỏi sự thận trọng khi áp dụng con số ước lượng điểm. Mặt khác, chỉ số BMI đơn thuần không phản ánh được chất lượng và phân bố khối cơ thực tế, có thể bỏ sót thể "béo phì thiểu cơ", do đó cần phối hợp thêm các phương pháp đo thành phần cơ thể chuyên sâu trong thực hành lâm sàng [5], [8].

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu có một số hạn chế quan trọng cần lưu ý: (1) Thiết kế cắt ngang tại một thời điểm không cho phép suy luận mối quan hệ nhân quả; (2) Chọn mẫu thuận tiện tại một cơ sở điều trị ngoại trú làm giảm tính đại diện cho toàn bộ quần thể người bệnh; (3) Cỡ mẫu n = 132 còn tương đối nhỏ khiến một số ước lượng OR có khoảng tin cậy rộng; (4) Thang điểm SARC-CalF chỉ là công cụ sàng lọc nhanh có độ nhạy vừa phải, nghiên cứu chưa đo khối cơ (BIA/DEXA) hay đo sức cơ/tốc độ đi bộ để chẩn đoán xác định theo khuyến cáo của AWGS 2019 [8]; (5) Chưa thực hiện phân tích hồi quy logistic đa biến để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu quan trọng (đặc biệt là tuổi và BMI); (6) Khả năng sai lệch thông tin tự báo cáo về các triệu chứng lâm sàng.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 132 người bệnh viêm gan vi rút B mạn tính điều trị bằng tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình cho thấy đa số người bệnh là nam giới (62,1%), từ 45 tuổi trở lên (82,6%) và có thời gian điều trị kháng vi rút từ 12 tháng trở lên (72,7%). Các triệu chứng lâm sàng tương đối nghèo nàn, phần lớn các chỉ số cận lâm sàng và tình trạng dinh dưỡng theo BMI ở mức bình thường. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy giảm khối cơ (theo SARC-CalF ≥11 điểm) là 25%. Nguy cơ suy giảm khối cơ có liên quan đến tuổi cao, nghề nghiệp nông dân (xu hướng, chưa đạt ý nghĩa thống kê trong so sánh cặp), các triệu chứng mệt mỏi, ăn kém, rối loạn tiêu hóa, mất ngủ, chỉ số ALT tăng và BMI thấp. Từ kết quả nghiên cứu, cần tăng cường sàng lọc phát hiện sớm nguy cơ suy giảm khối cơ ở người bệnh viêm gan vi rút B mạn tính trong các lần khám định kỳ, đặc biệt ở các nhóm nguy cơ cao. Đồng thời, cần phối hợp giữa bác sĩ chuyên khoa Truyền nhiễm và chuyên gia dinh dưỡng để xây dựng chế độ dinh dưỡng phù hợp nhằm dự phòng và cải thiện tình trạng suy giảm khối cơ, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization. 2025.** Hepatitis B Fact Sheet [Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2026 Oct 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b

2. **Nguyễn Văn Mùi, Trịnh Xuân Hòa. 2015**. Bệnh học Truyền nhiễm. Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội.

3. Nguyễn Thanh Hải, Phạm Thị Dung, Nguyễn Ngọc Minh và cộng sự. 2021. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh viêm gan điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2020. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 17(6): 45–52.

4. De Bandt JP, Jegatheesan P, Tennoune-El-Hafaia N. 2018. Muscle loss in chronic liver diseases: The example of nonalcoholic liver disease. Nutrients. 10(9): 1195.

5. Coelho MPP, Vaz de Castro PAS, de Vries TP et al. 2023. Sarcopenia in chronic viral hepatitis: From concept to clinical relevance. World J Hepatol. 15(5): 649–665.

6. Marcellin P, Heathcote EJ, Buti M et al. 2008. Tenofovir disoproxil fumarate versus adefovir dipivoxil for chronic hepatitis B. N Engl J Med. 359(23): 2442–2455.

7. Han E, Lee YH, Kim SU et al. 2020. Sarcopenia is associated with significant liver fibrosis in patients with chronic hepatitis B. Hepatol Int. 14(4): 460–469.

8. Chen LK, Woo J, Assantachai P et al. 2020. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. J Am Med Dir Assoc. 21(3): 300–307.

9. Zeng X, Yang M, Ye L et al. 2025. Association between serum alanine aminotransferase levels and sarcopenia: A population-based study. BMC Geriatr. 25(1): 112.

10. Bộ Y tế. 2016. Báo cáo điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEPS) Việt Nam năm 2015. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.