

KHẢO SÁT TỶ LỆ ĐỒNG MẮC SUY DINH DƯỠNG VÀ THIỂU CƠ TRÊN PHỤ NỮ CAO TUỔI

Võ Hoàng Thuận^{1*}, Nguyễn Thanh Huân^{1,2}, Nguyễn Đức Công^{2,3}

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm đồng mắc thiếu cơ, suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan trên phụ nữ cao tuổi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 353 bệnh nhân (BN) nữ cao tuổi đến khám tại Phòng khám Nội Cơ Xương Khớp và phòng khám Lão khoa, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2024 - 3/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ nguy cơ thiếu cơ, suy dinh dưỡng và đồng mắc suy dinh dưỡng - thiếu cơ ở phụ nữ cao tuổi lần lượt là 23,8%, 31,2% và 15,0%. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy: BMI (OR = 1,66; p = 0,005), hoạt động thể lực (OR = 0,18; p < 0,001), tiền căn gãy xương (OR = 3,35; p = 0,05) và số bệnh nền (OR = 1,33; p = 0,041) là các yếu tố độc lập liên quan đến đồng mắc suy dinh dưỡng - thiếu cơ ở phụ nữ cao tuổi. **Kết luận:** Tỷ lệ nguy cơ thiếu cơ, suy dinh dưỡng và đồng mắc thiếu cơ - suy dinh dưỡng ở phụ nữ cao tuổi là đáng chú ý. Việc tầm soát sớm, can thiệp dinh dưỡng phù hợp và duy trì vận động thể lực nên được ưu tiên trong chăm sóc sức khỏe phụ nữ cao tuổi.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng; Thiếu cơ; Phụ nữ cao tuổi.

SURVEY ON THE PREVALENCE OF COEXISTING MALNUTRITION AND SARCOPENIA AMONG ELDERLY WOMEN

Abstract

Objectives: To investigate the prevalence and characteristics of coexisting sarcopenia and malnutrition, as well as associated factors, in elderly women. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 353 elderly female outpatients attending

¹Bộ môn Lão khoa, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất

³Bộ môn Lão khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

*Tác giả liên hệ: Võ Hoàng Thuận (vhthuan.nt22@ump.edu.vn)

Ngày nhận bài: 06/6/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 23/7/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i7.1389>

the Musculoskeletal Medicine and Geriatrics Department at the University Medical Center in Ho Chi Minh City from September 2024 to March 2025.

Results: The prevalence of sarcopenia risk, malnutrition, and coexisting sarcopenia-malnutrition in older women was 23.8%, 31.2%, and 15.0%, respectively. Multivariate logistic regression analysis identified BMI (OR = 1.66; $p = 0.005$), physical activity (OR = 0.18; $p < 0.001$), history of fractures (OR = 3.35; $p = 0.05$), and number of comorbidities (OR = 1.33; $p = 0.041$) as independent factors associated with the coexistence of sarcopenia and malnutrition in elderly women. **Conclusion:** Our study highlights a substantial prevalence of sarcopenia, malnutrition, and their coexistence among older women. Early screening, appropriate nutritional interventions, and promotion of physical activity should be prioritized in the healthcare management of elderly women.

Keywords: Malnutrition; Sarcopenia; Elderly women.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số già hóa nhanh chóng đang đặt ra nhiều thách thức cho hệ thống y tế, đặc biệt là trong chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi. Trong đó, thiếu cơ và suy dinh dưỡng là hai hội chứng lão hóa phổ biến, có ảnh hưởng sâu rộng đến chức năng vận động, khả năng tự chăm sóc, chất lượng cuộc sống và tiên lượng sức khỏe tổng thể ở người cao tuổi, đặc biệt là phụ nữ cao tuổi [1]. Mặc dù suy dinh dưỡng và thiếu cơ có thể xuất hiện riêng lẻ, nhưng ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy hai tình trạng này thường đồng mắc và tác động cộng hưởng lẫn nhau, làm gia tăng nguy cơ biến cố bất lợi, bao gồm té ngã, gãy xương, tàn tật, tái nhập viện và tử vong [2]. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã đánh giá tình trạng đồng mắc suy dinh dưỡng và thiếu cơ ở người cao tuổi [3]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá trên đối tượng phụ nữ cao tuổi, tuổi vốn

là đối tượng dễ bị tác động bởi cả hai tình trạng này do ảnh hưởng của thay đổi nội tiết tố và viêm mạn tính sau mãn kinh [4]. Tuy nhiên, việc sử dụng các công cụ chẩn đoán suy dinh dưỡng và thiếu cơ còn nhiều hạn chế do tính phức tạp, thời gian thực hiện và yêu cầu kỹ thuật trên lâm sàng. Do đó, các bộ công cụ tầm soát thường được ưu tiên hơn trong quản lý BN ngoại trú. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Khảo sát đặc điểm thiếu cơ, suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan trên phụ nữ cao tuổi.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 353 BN nữ cao tuổi (≥ 60 tuổi) đến khám tại Phòng khám Nội Cơ Xương Khớp và Phòng khám Lão khoa, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN nữ ≥ 60 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ nặng, hoặc không thể giao tiếp, không hợp tác; BN đang có bệnh lý cấp tính, đợt cấp của bệnh mạn tính hoặc đang nhiễm trùng.

* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu*: Tại Phòng khám Nội Cơ Xương Khớp và Phòng khám Lão khoa, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2024 - 3/2025.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

* *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu liên tục. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ.

Chúng tôi chưa ghi nhận các nghiên cứu trên phụ nữ cao tuổi tương tự trước đây nên quyết định lựa chọn $p = 0,5$ để đạt cỡ mẫu tối đa. Với $p = 0,5$; $\alpha = 0,05$; $d = 0,06$; chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được là 267. Thực tế, chúng tôi thu thập được 353 BN.

* *Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin*: BN đến khám tại Phòng khám Nội Cơ Xương Khớp và Phòng khám Lão khoa sẽ được thu thập thông tin thông qua phỏng vấn trực tiếp, ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu. Đo chiều cao, cân nặng, ghi nhận kết quả xét nghiệm sinh hóa, mật độ xương.

Thiếu cơ: Khi thang điểm SARC-F ≥ 4 điểm [5].

Suy dinh dưỡng: Khi thang điểm MNA-SF từ 0 - 7 điểm [6].

Nguy cơ suy dinh dưỡng: Khi thang điểm MNA-SF từ 8 - 11 điểm [6].

Đồng mắc thiếu cơ và suy dinh dưỡng: Khi mắc đồng thời thiếu cơ và nguy cơ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng.

Hoạt động thể lực được định nghĩa “Có” khi có hoạt động thể lực cường độ trung bình đều đặn với tối thiểu 5 ngày trong tuần, mỗi ngày 30 phút [7].

Các yếu tố liên quan gồm tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (Body mass index - BMI), hoạt động thể lực, tuổi mãn kinh, tiền căn gãy xương, bệnh nền, đa bệnh (≥ 2 bệnh nền), số thuốc đang sử dụng, đa thuốc (≥ 5 thuốc đang sử dụng), phụ thuộc hoạt động chức năng cơ bản (Activities of daily living - ADL, chẩn đoán khi thang điểm Katz < 6), phụ thuộc hoạt động chức năng sinh hoạt (Instrumental activities of daily living - IADL, chẩn đoán khi thang điểm Lawton < 8), suy yếu theo thang điểm suy yếu lâm sàng (Clinical Frailty Scale - CFS) ≥ 5 điểm.

* *Xử lý số liệu*: Lưu trữ bằng phần mềm excel và xử lý bằng phần mềm SPSS.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh

học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Quyết định số 1834/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 06/8/2024. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận được 353 BN nữ ≥ 60 tuổi thỏa mãn điều kiện tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu.

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm) ^a	69,0 ± 6,5	-
Chiều cao (cm) ^a	153,5 ± 4,7	-
Cân nặng (kg) ^a	56,0 ± 9,2	-
BMI (kg/m ²) ^a	23,7 ± 3,7	-
Hoạt động thể lực	154	43,6
Mãn kinh > 50 tuổi	201	57,1
Tiền căn gãy xương	24	6,8
Tăng huyết áp	226	64,0
Rối loạn mỡ máu	217	61,5
Đái tháo đường type 2	147	41,6
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	58	16,4
Thoái hóa khớp	218	61,8
Loãng xương	179	50,7
Số bệnh nền ^a	4,8 ± 2,0	-
Đa bệnh	344	97,5
Số thuốc sử dụng ^a	7,5 ± 3,0	-
Đa thuốc	297	84,1
Phụ thuộc ADL	26	7,4
Phụ thuộc IADL	126	35,7
Suy yếu	33	9,3

(a: $\bar{X} \pm SD$)

Dân số nghiên cứu có tuổi trung bình là 69,0. Tỷ lệ có hoạt động thể lực là 43,6%, mãn kinh > 50 tuổi chiếm 57,1%. Các bệnh mạn tính phổ biến gồm tăng huyết áp (64,0%), rối loạn mỡ máu (61,5%), thoái hóa khớp (61,8%) và loãng xương (50,7%). Tỷ lệ đa bệnh và đa thuốc lần lượt là 97,5% và 84,1%, với số bệnh nền trung bình là 4,8 và số thuốc trung bình là 7,5. Tỷ lệ phụ thuộc ADL và IADL lần lượt là 7,4% và 35,7%. Tỷ lệ suy yếu chiếm 9,3% dân số nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm thiếu cơ, suy dinh dưỡng, đồng mắc suy dinh dưỡng - thiếu cơ.

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu cơ theo SARC-F	84	23,8
Tình trạng dinh dưỡng theo MNA-SF		
Bình thường	243	68,8
Nguy cơ suy dinh dưỡng	87	24,6
Suy dinh dưỡng	23	6,6
MNA-SF < 12	110	31,2
Đồng mắc suy dinh dưỡng - thiếu cơ	53	15,0

Tỷ lệ thiếu cơ theo SARC-F là 23,8%. Về tình trạng dinh dưỡng, 31,2% có MNA-SF < 12, trong đó 24,6% có nguy cơ suy dinh dưỡng và 6,6% suy dinh dưỡng rõ. Tỷ lệ đồng mắc suy dinh dưỡng - thiếu cơ là 15,0%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa thiếu cơ và suy dinh dưỡng.

Đặc điểm	Số BN	Thiếu cơ		P
	(n = 353)	Có (n = 84)	Không (n = 269)	
Tình trạng dinh dưỡng				
Bình thường	243 (68,8)	31 (36,9)	212 (78,8)	< 0,001 [†]
Nguy cơ suy dinh dưỡng	87 (24,6)	37 (44,1)	50 (18,6)	< 0,001 [†]
Suy dinh dưỡng	23 (6,6)	16 (19,0)	7 (2,6)	< 0,001 [†]
MNA-SF < 12	110 (31,2)	53 (63,1)	57 (21,2)	< 0,001 [†]

([†]: Kiểm định Chi-square)

Nhóm thiếu cơ có tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, MNA-SF < 12 cao hơn so với nhóm không thiếu cơ (p < 0,001).

Bảng 4. Đồng mắc suy dinh dưỡng - thiếu cơ và các yếu tố liên quan.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Hồi quy logistic đơn biến		Hồi quy logistic đa biến	
	OR	p	OR	p
Tuổi	1.12 (1,07 - 1,17)	< 0,001	1,05 (0,99 - 1,11)	0,072
Cân nặng	0,91 (0,88 - 0,95)	< 0,001	1,06 (0,95 - 1,18)	0,298
BMI	0,76 (0,69 - 0,85))	< 0,001	0,66 (0,49 - 0,88)	0,005
Mãn kinh > 50 tuổi	0,58 (0,31 - 1,08)	0,087	0,66 (0,31 - 1,40)	0,281
Hoạt động thể lực	0,16 (0,07 - 0,36)	< 0,001	0,18 (0,07 - 0,45)	< 0,001
Tiền căn gãy xương	3,16 (1,28 - 7,80)	0,013	3,35(1,01 - 11,42)	0,05
ĐTĐ type 2	1,70 (0,95 - 3,06)	0,075	1,50 (0,65 - 3,43)	0,341
Tăng huyết áp	1,68 (0,88 - 3,24)	0,118	0,87 (0,34 - 2,22)	0,773
BTTMCB	2,09 (1,05 - 4,16)	0,036	0,76 (0,27 - 2,11)	0,599
Loãng xương	2,33 (1,25 - 4,32)	0,008	1,60 (0,75 - 3,44)	0,227
Số bệnh đồng mắc	1,31 (1,14 - 1,51)	< 0,001	1,33 (1,01 - 1,75)	0,041
Số thuốc sử dụng	1,12 (1,02 - 1,23)	< 0,021	1,02 (0,84 - 1,23)	0,855
Đa thuốc	2,57 (0,89 - 7,43)	0,082	0,96 (0,25 - 3,74)	0,957

(BTTMCT: Bệnh tim thiếu máu cục bộ; ĐTĐ type 2: Đái tháo đường type 2; Các đặc điểm khác trong nghiên cứu bị loại khỏi mô hình do số lượng ít, khoảng tin cậy rộng hoặc không có ý nghĩa khi khảo sát đơn biến)

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy: BMI (OR = 1,66; p = 0,005), có hoạt động thể lực (OR = 0,18; p < 0,001), tiền căn gãy xương (OR = 3,35; p = 0,05) và số bệnh đồng mắc (OR = 1,33; p = 0,041) là các yếu tố độc lập liên quan đến đồng mắc suy dinh dưỡng - thiếu cơ ở phụ nữ cao tuổi.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu thu thập được 353 BN nữ ≥ 60 tuổi. Dân số nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 69,0. Trong đó, tỷ lệ nguy cơ thiếu cơ theo SARC-F chiếm 23,8%, nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng theo MNA-SF lần lượt là 24,6% và 6,6%. Đồng mắc thiếu cơ - suy dinh dưỡng được xác định khi BN đồng thời

có thiếu cơ (theo tiêu chí SARC-F ≥ 4 điểm) và có nguy cơ suy dinh dưỡng hoặc suy dinh dưỡng (điểm MNA-SF < 12 điểm). Việc gộp cả hai nhóm này là phù hợp với mục tiêu tầm soát, bởi vì MNA-SF chỉ là công cụ sàng lọc tình trạng suy dinh dưỡng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đồng mắc thiếu cơ - suy dinh dưỡng trong nghiên cứu là 15,0%,

một con số đáng lưu ý ở phụ nữ cao tuổi. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu trước: 12% theo nghiên cứu của Phạm Thị Kiều Chinh [3] và 10,5% theo nghiên cứu của Ballesteros-Pomar [8]. Sự khác biệt này có thể một phần do công cụ sàng lọc - nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm SARC-F và MNA-SF, vốn có độ nhạy cao trong phát hiện sớm những đối tượng có nguy cơ. Ngược lại, tỷ lệ đồng mắc trong nghiên cứu của chúng tôi (15,0%) thấp hơn nghiên cứu của Verstraeten (23,0%) [9] và Shinta Nishioka (23,5%) [10]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là BN nữ điều trị ngoại trú và có độ tuổi trung bình thấp hơn.

Chúng tôi đã tiến hành phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến nhằm đánh giá mối liên quan giữa tình trạng đồng mắc suy dinh dưỡng - thiếu cơ và các yếu tố liên quan ở phụ nữ cao tuổi. Kết quả cho thấy BMI, hoạt động thể lực, tiền căn gãy xương và số bệnh nền là những yếu tố có liên quan độc lập với đồng mắc suy dinh dưỡng - thiếu cơ. Cụ thể, BMI thấp có liên quan đến nguy cơ đồng mắc cao hơn ($OR = 0,66$), phản ánh vai trò của BMI như chỉ dấu gián tiếp cho khối cơ và dự trữ năng lượng thấp (hai yếu tố trung tâm trong sinh bệnh học của cả suy dinh dưỡng và thiếu cơ). Hoạt động thể lực cho thấy mối liên quan bảo vệ mạnh mẽ ($OR = 0,18$), phù hợp với cơ chế sinh lý

học cho thấy vận động giúp duy trì khối cơ, sức mạnh cơ và hạn chế tiến trình dị hóa do tuổi tác. Đáng chú ý, tiền căn gãy xương làm tăng nguy cơ đồng mắc lên gấp hơn ba lần ($OR = 3,35$), điều này có thể được lý giải bởi hậu quả của bất động kéo dài, đau mãn tính và giảm khẩu phần dinh dưỡng sau chấn thương. Ngoài ra, số bệnh nền cũng là yếu tố nguy cơ độc lập ($OR = 1,33$), phù hợp với giả thuyết bệnh mạn tính thường đi kèm với tình trạng viêm, giảm hoạt động thể chất, sụt cân và việc sử dụng đa thuốc, tất cả đều góp phần vào giảm khối cơ và tình trạng dinh dưỡng kém. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá và can thiệp sớm các yếu tố nguy cơ nhằm phòng ngừa thiếu cơ ở phụ nữ cao tuổi.

Hạn chế cần lưu ý của nghiên cứu là tình trạng thiếu cơ được đánh giá thông qua công cụ sàng lọc, thay vì chẩn đoán xác định theo các tiêu chuẩn chẩn đoán hiện hành. Điều này có thể ảnh hưởng đến độ chính xác trong xác định tỷ lệ đồng mắc và mối liên quan giữa thiếu cơ và suy dinh dưỡng ở nhóm đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên, việc sử dụng công cụ sàng lọc đã được chuẩn hóa và áp dụng rộng rãi trong cộng đồng và có thể xem là bước tiếp cận ban đầu phù hợp.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nguy cơ thiếu cơ, suy dinh dưỡng và đồng mắc thiếu cơ - suy dinh dưỡng ở

phụ nữ cao tuổi là đáng kể. Phân tích hồi quy cho thấy BMI, hoạt động thể lực, tiền căn gãy xương và số bệnh nền là những yếu tố độc lập liên quan đến thiếu cơ. Kết quả này nhấn mạnh mối liên hệ chặt chẽ giữa tình trạng dinh dưỡng, chức năng vận động và sức khỏe cơ xương ở phụ nữ cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Larsson L, Degens H, Li M, et al. Sarcopenia: Aging-related loss of muscle mass and function. *Physiol Rev.* 2019; 99(1):427-511.
2. Carretero Gómez J, Galeano Fernández TF, Vidal Ríos AS, et al. Malnutrition and sarcopenia worsen short- and long-term outcomes in internal medicine inpatients. *Postgrad Med J.* 2023; 99(1168):56-62.
3. Pham Thi Kieu Chinh, Tran Khanh Thu, Phạm Thi Dung, et al. Nutritional status and prevalence of sarcopenia using the different classification scales among the elderly in a rural commune in Thai Binh province. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2025; 21(2E): 118-126.
4. Da Costa Teixeira LA, de Carvalho Bastone A, Soares LA, et al. Physical and inflammatory aspects associated to respiratory sarcopenia in community-dwelling older women. *Sci Rep.* 2025; 15(1):18310.
5. Chen LK, Woo J, Assantachai P, 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.
6. Montejano Lozoya R, Martínez-Alzamora N, Clemente Marín G, et al. Predictive ability of the Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) in a free-living elderly population: A cross-sectional study. *PeerJ.* 2017; 5:e3345.
7. American Heart Association. American heart association recommendations for physical activity in adults. Updated January 19, 2024. Accessed June 13, 2025. <https://www.heart.org/en/healthy-living/fitness/fitness-basics/aha-recs-for-physical-activity-in-adults>.
8. Ballesteros-Pomar MD, Gajete-Martín LM, Pintor-de-la-Maza B, et al. Disease-related malnutrition and sarcopenia predict worse outcome in medical inpatients: A cohort study. *Nutrients.* 2021; 13(9):3153.
9. Verstraeten LMG, van Wijngaarden JP, Pacifico J, et al. Association between malnutrition and stages of sarcopenia in geriatric rehabilitation inpatients: RESORT. *Clin Nutr.* 2021; 40(6):4090-4096.
10. Nishioka S, Matsushita T, Yamanouchi A, et al. Prevalence and associated factors of coexistence of malnutrition and sarcopenia in geriatric rehabilitation. *Nutrients.* 2021; 13(11):4046.