

# KẾT QUẢ GIẢM ĐAU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SAU CAN THIỆP TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG QUA DA Ở CÁC BỆNH NHÂN NAM GIỚI CÓ LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Hằng Phương<sup>1</sup>, Lưu Thị Bình<sup>1</sup>, Vũ Thị Thu Hằng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả giảm đau và các yếu tố liên quan sau can thiệp tạo hình thân đốt sống qua da ở các bệnh nhân nam giới có loãng xương. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp bơm xi măng sinh học vào thân đốt sống bị xẹp do loãng xương trên 37 bệnh nhân nam giới. **Kết quả:** Trước can thiệp tất cả bệnh nhân có mức độ đau nặng trở lên. Sau can thiệp 24 giờ bệnh nhân có mức độ đau vừa chiếm tỉ lệ 73,0%. Sau can thiệp 1 tháng và sau can thiệp 3 tháng bệnh nhân có mức độ đau ít chiếm tỉ lệ lần lượt là 81,1% và 83,8%. Có mối tương quan giữa mật độ xương và mức độ đau tại 3 thời điểm sau can thiệp. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đau vào thời điểm sau can thiệp 24 giờ giữa các bệnh nhân theo phân loại số đốt sống xẹp mới ( $p = 0,042 < 0,05$ ) và mức độ đau thời điểm sau can thiệp 3 tháng giữa các nhóm bệnh nhân theo mức độ xẹp đốt sống theo phân loại Genant ( $p = 0,013 < 0,05$ ). **Kết luận:** Điều trị xẹp thân đốt sống do loãng xương bằng bơm xi măng sinh học là phương pháp điều trị có hiệu quả. Các yếu tố mật độ xương, số đốt sống xẹp mới và mức độ xẹp đốt sống mới có liên quan đến mức độ đau sau can thiệp. **Từ khóa:** Xẹp đốt sống, tạo hình thân đốt sống qua da ở bệnh nhân nam giới

## SUMMARY

### THE RESULTS OF PAIN RELIEF AND RELATED FACTORS FOLLOWING PERCUTANEOUS VERTEBRAL AUGMENTATION IN MALE PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objective:** To evaluate pain relief outcomes and related factors following percutaneous vertebroplasty in male patients with osteoporosis. **Method:** An interventional study was conducted with 37 male patients who underwent percutaneous vertebroplasty using bio-cement for osteoporotic vertebral compression fractures. **Results:** Prior to intervention, all patients experienced severe pain. At 24 hours post-intervention, 73,0% of patients reported moderate pain. At 1 month and 3 months post-intervention, the percentages of patients with mild pain were 81,1% and 83,8%, respectively. There was a correlation between bone density and pain levels at all three post-intervention time points. Statistically significant

differences in pain levels at 24 hours post-intervention were observed based on the classification of new vertebral fractures ( $p = 0.042 < 0.05$ ) and pain levels at 3 months post-intervention varied among patient groups based on Genant classification of vertebral compression ( $p = 0.013 < 0.05$ ). **Conclusion:** Bio-cement vertebroplasty is an effective treatment for osteoporotic vertebral compression fractures. Factors such as bone density, the number of new vertebral fractures, and the degree of vertebral compression are associated with pain levels following the intervention.

**Keywords:** Vertebral compression fracture, percutaneous vertebroplasty in male patients

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (LX) là vấn đề sức khỏe đang ngày càng trở nên phổ biến cùng với sự già hóa dân số trên thế giới. Mặc dù LX phổ biến hơn ở nữ giới, nó cũng có tần suất đáng kể ở nam giới. LX làm tăng nguy cơ gãy xương, đặt ra gánh nặng về y tế và kinh tế cho cá nhân cũng như xã hội. Xẹp đốt sống (XDS) đứng hàng thứ ba trong các trường hợp gãy xương do LX. Ở nam giới, tình trạng này không phải là hiếm. Nghiên cứu của tác giả Carla Nubia Borges và cộng sự (2014) với 234 nam giới trên 60 tuổi cho thấy tỷ lệ XDS lên tới 31,6%<sup>1</sup>.

XDS có thể gây ra tình trạng đau cấp tính và mạn tính, biến dạng cột sống, hạn chế vận động thậm chí liệt hoàn toàn dẫn đến loét do tỳ đè, nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm phổi, rối loạn chức năng tiêu hóa - hô hấp,... Bên cạnh đó tỷ lệ tử vong sau gãy xương do LX ở nam giới cao hơn đáng kể so với nữ giới<sup>2</sup>. Như vậy vấn đề XDS do loãng xương ở nam giới là điều cần được quan tâm để có cái nhìn đúng mức trong chẩn đoán và điều trị.

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên phương pháp bơm xi măng sinh học là phương pháp điều trị có giá trị đối với XDS do LX, được thực hiện trong nhiều năm và trở thành thường quy. Đã có các nghiên cứu được tiến hành để đánh giá kết quả của phương pháp bơm xi măng sinh học tạo hình thân đốt sống tuy nhiên để đánh giá riêng trên đối tượng bệnh nhân nam giới chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả giảm đau và các yếu tố liên quan sau can thiệp tạo hình thân đốt sống qua da ở các bệnh nhân nam giới có loãng xương.*

<sup>1</sup>Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên  
Chịu trách nhiệm chính: Lê Hằng Phương  
Email: phuong271097@gmail.com  
Ngày nhận bài: 13.9.2024  
Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024  
Ngày duyệt bài: 25.11.2024

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 37 bệnh nhân (BN) nam giới được chẩn đoán XĐS do LX được tạo hình thân đốt sống qua da.

**- Tiêu chuẩn lựa chọn**

- + BN nam giới có XĐS do LX có đầy đủ hồ sơ bệnh án và các thông tin phục vụ nghiên cứu.
- + Không hoặc ít đáp ứng với điều trị nội khoa
- + Trên cộng hưởng từ (CHT) có hình ảnh phù tủy xương thân đốt sống tương ứng
- + BN đồng ý tham gia nghiên cứu

**- Tiêu chuẩn loại trừ**

- + XĐS mức độ nặng, lớn hơn 60% chiều cao thân đốt sống.
- + XĐS có kèm theo các yếu tố u máu sống, di căn đốt sống, lao,...

+ BN bị rối loạn đông máu, bị suy hô hấp nặng, trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết, viêm đĩa đệm hay viêm tủy xương tại đốt sống cần bơm xi măng, có tiền sử dị ứng với các thành phần của xi măng.

**- Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

**- Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc không đối chứng

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng, được can thiệp tạo hình thân đốt sống qua da theo 2 phương pháp: Tạo hình đốt sống qua da không dùng bóng và tạo hình đốt sống qua da có dùng bóng.

+ Trước can thiệp BN được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA, chẩn đoán LX theo tiêu chuẩn của WHO, đo mật độ xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi theo phương pháp DEXA:

- Mật độ xương bình thường khi T-score  $\geq$  -1.
- Giảm mật độ xương khi  $-1 >$  T-score  $>$  -2,5.
- Loãng xương khi T-score  $\leq$  -2,5.
- Loãng xương nặng khi T-score  $\leq$  -2,5 và kèm gãy xương

+ Chụp Xquang cột sống trước khi can thiệp và phân loại mức độ XĐS theo Genant và cộng sự, loại XĐS theo Kannis

+ Chụp CHT cột sống trước can thiệp và xác định hình ảnh phù tủy xương trên phim chụp CHT: giảm tín hiệu trên chuỗi xung T1W, tăng tín hiệu trên chuỗi xung T2W và STIR

+ Các BN sau can thiệp được đánh giá tình trạng đau bằng thang điểm VAS tại 3 thời điểm:

- t<sub>24</sub>: sau can thiệp 24 giờ

- t<sub>1</sub>: sau can thiệp 1 tháng

- t<sub>3</sub>: sau can thiệp 3 tháng

+ Thang điểm VAS được đánh số điểm từ 0 đến 10 tương ứng với các mức độ đau tăng dần: Không đau (0 điểm), đau ít (1-2 điểm), đau vừa (3-4 điểm), đau nhiều (5-6 điểm), đau rất nhiều (7-8 điểm) và đau không chịu được (9-10 điểm).

**- Xử lý số liệu:** Xử lý các số liệu thu thập được theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 25.0. Chấp nhận mức tin cậy 95% hay các phép so sánh được kết luận là khác biệt với ý nghĩa thống kê nếu  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung**

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi	Nhỏ nhất	55
	Lớn nhất	89
	Trung bình	73,3 ± 9,6
Mật độ xương tại đốt sống (T-score)	Nhỏ nhất	-5,1
	Lớn nhất	-2,5
	Trung bình	-2,9 ± 0,6
Vị trí XĐS mới	Đoạn ngực (T1-T10)	N=1 (2,1%)
	Đoạn ngực – thắt lưng (T11 - L2)	N=37 (77,1%)
	Đoạn thắt lưng thấp (L3 -L5)	N=10 (20,8%)
Số đốt sống được can thiệp	1 đốt	N=29 (78,4%)
	2 đốt	N=8 (21,6%)

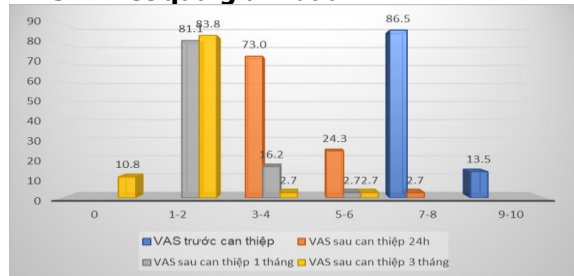
**Nhận xét:** - Độ tuổi trung bình của BN nghiên cứu là 73,3 ± 9,6 tuổi.

- Mật độ xương tại đốt sống có giá trị trung bình là -2,9 ± 0,6.

- Vị trí XĐS mới chủ yếu nằm ở đoạn ngực – thắt lưng(77,1%).

- Số BN can thiệp 1 đốt sống chiếm 78,4%, can thiệp 2 đốt chiếm 21,6%

**3.2. Kết quả giảm đau**



**Biểu đồ 3.1. Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS theo thời gian**

**Nhận xét:** - Trước can thiệp tất cả BN có mức độ đau ở đau rất nhiều (86,5%) và đau không chịu được (13,5%).

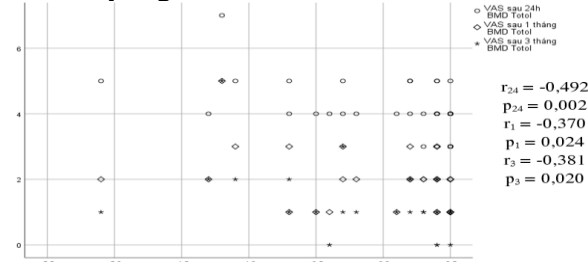
- Thời điểm t<sub>24</sub> BN có mức độ đau chủ yếu ở mức đau vừa (73,0%), mức đau nhiều chiếm

24,3%, mức đau rất nhiều chiếm 2,7%.

- Thời điểm  $t_1$  BN có mức độ đau chủ yếu ở mức đau ít (81,1%), mức đau vừa chiếm 16,2%, mức đau nhiều chỉ còn chiếm 2,7%.

- Thời điểm  $t_3$  mức độ đau của BN chủ yếu ở mức đau ít (83,8%), điểm đau cao nhất ở mức đau nhiều (2,7%), điểm đau ở mức nhỏ nhất là 0 điểm (10,8%).

**3.3. Môi liên quan giữa mật độ xương và kết quả giảm đau**



**Biểu đồ 3.2. Môi tương quan giữa mật độ xương và kết quả giảm đau**

$r_{24}$ ,  $r_1$ ,  $r_3$  lần lượt là hệ số tương quan giữa mật độ xương tại đốt sống với điểm đau tại thời điểm  $t_{24}$ ,  $t_1$ ,  $t_3$ .

**Nhận xét:** Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê ( $p_1 = 0,002$ ;  $p_2 = 0,024$ ;  $p_3 = 0,020 < 0,05$ ) giữa mật độ xương với điểm đau tại thời điểm  $t_{24}$ ,  $t_1$ ,  $t_3$ . Các mối tương quan này là tương quan nghịch và là tương quan trung bình ( $r_1 = -0,492$ ;  $r_2 = -0,370$ ;  $r_3 = -0,381$ ).

**3.4. Môi liên quan giữa số lượng đốt sống xếp mới với kết quả giảm đau**

**Bảng 3.2. Môi liên quan giữa số lượng đốt sống xếp mới với kết quả giảm đau**

Mức độ đau theo thang điểm VAS	Số lượng đốt sống xếp mới			
	1	2	3	
Sau can thiệp 24 giờ	Trung bình	3,9 ± 0,7	4,7 ± 1,0	5,0 ± 0,0
	Trung vị	4	4	5
	p	0,042		
Sau can thiệp 1 tháng	Trung bình	1,8 ± 0,8	2,1 ± 1,2	3,0 ± 0,0
	Trung vị	2	2	3
	p	0,284		
Sau can thiệp 3 tháng	Trung bình	1,1 ± 0,5	1,6 ± 1,5	3,0 ± 0,0
	Trung vị	1	1	3
	p	0,141		

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,042 < 0,05$ ) về mức độ đau vào thời điểm  $t_{24}$  giữa các bệnh nhân theo phân loại số đốt sống xếp mới. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố này với mức độ đau tại thời điểm  $t_1$  và  $t_3$ .

**3.5. Môi liên quan giữa mức độ xếp đốt sống mới với kết quả giảm đau**

**Bảng 3.3. Môi liên quan giữa mức độ xếp đốt sống mới với kết quả giảm đau**

Mức độ đau theo thang điểm VAS		Mức độ xếp đốt sống mới		
		ĐỘ 1	ĐỘ 2	ĐỘ 3
Sau can thiệp 24 giờ	Trung bình	3,9 ± 0,7	4,5 ± 1,0	4,2 ± 0,7
	Trung vị	4	4	4
	p	0,111		
Sau can thiệp 1 tháng	Trung bình	1,6 ± 0,5	2,2 ± 1,2	2,0 ± 0,7
	Trung vị	2	2	2
	p	0,338		
Sau can thiệp 3 tháng	Trung bình	0,8 ± 0,4	1,7 ± 1,3	1,5 ± 0,8
	Trung vị	1	1	2
	p	0,013		

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,013 < 0,05$ ) về mức độ đau tại thời điểm  $t_3$  giữa các nhóm bệnh nhân theo mức độ XĐS. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đau tại thời điểm  $t_{24}$  và  $t_1$  giữa các nhóm bệnh nhân này.

**3.6. Môi liên quan giữa loại xếp đốt sống mới với kết quả giảm đau**

**Bảng 3.4. Môi liên quan giữa loại xếp đốt sống mới với kết quả giảm đau**

Mức độ đau theo thang điểm VAS		Loại xếp		
		Hình chêm	Lõm 2 mặt	Lùn ép thân đốt sống
Sau can thiệp 24 giờ	Trung bình	4,2 ± 1,0	4,4 ± 0,7	4,3 ± 0,6
	Trung vị	4	4,5	4
	p	0,243		
Sau can thiệp 1 tháng	Trung bình	1,9 ± 1,1	2,1 ± 0,8	2,0 ± 0,0
	Trung vị	2	2	2
	p	0,331		
Sau can thiệp 3 tháng	Trung bình	1,3 ± 1,2	1,5 ± 0,9	1,3 ± 0,6
	Trung vị	1	1	2
	p	0,505		

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đau tại thời điểm  $t_{24}$ ,  $t_1$ ,  $t_3$  giữa các nhóm bệnh nhân theo phân loại XĐS mới theo Kannis.

**3.7. Môi liên quan giữa số lượng đốt sống xếp cũ với kết quả giảm đau**

**Bảng 3.5. Môi liên quan giữa số lượng đốt sống xếp cũ với kết quả giảm đau**

Mức độ đau theo thang điểm VAS		Số lượng đốt sống xếp cũ		
		0	1	2
Sau can thiệp 24 giờ	Trung bình	4,1 ± 0,9	4,0 ± 0,8	4,4 ± 0,5
	Trung vị	4	4	4
	p	0,537		
Sau can thiệp 1 tháng	Trung bình	1,9 ± 0,9	1,8 ± 0,9	1,8 ± 0,4
	Trung vị	2	1,5	2
	p	0,942		

Sau can thiệp 3 tháng	Trung bình	1,2 ± 0,9	1,5 ± 0,6	1,6 ± 0,5
	Trung vị	1	1,5	2
	p	0,115		

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đau tại thời điểm  $t_{24}$ ,  $t_1$ ,  $t_3$  giữa các nhóm bệnh nhân theo phân loại số lượng đốt sống xẹp cũ.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung.** Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 37 BN nam giới được tạo hình thân đốt sống qua da, tuổi trung bình của BN  $73,3 \pm 9,6$  tuổi. BN có tuổi thấp nhất là 55 tuổi, cao tuổi nhất là 89 tuổi, kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Masakazu Hirakawa và cộng sự (2012) với tuổi trung bình là  $76,4 \pm 5,3$ <sup>3</sup>. Kết quả mật độ xương trung bình tại cột sống là  $-2,9 \pm 0,6$ , giao động từ -5,1 đến -2,5. Theo định nghĩa của WHO, tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều phân loại LX nặng. Vị trí đốt sống xẹp mới chủ yếu nằm ở đoạn ngực – thắt lưng (77,1%). Do đây là vị trí cong nhất của cột sống, là nơi chuyển tiếp giữa cột sống ngực cố định và cột sống thắt lưng di động và cũng là nơi cột sống vận động nhiều do vậy nguy cơ XDS tăng cao. Các BN trong nghiên cứu chủ yếu được can thiệp tạo hình 1 đốt sống (78,4%), BN tạo hình 2 thân đốt sống chiếm tỷ lệ 21,6%.

**4.2. Kết quả giảm đau và phân tích một số yếu tố liên quan.** Trước can thiệp tất cả BN có mức độ đau từ đau rất nhiều trở lên. Thời điểm  $t_{24}$  BN có mức độ đau chủ yếu ở mức đau vừa (73,0%), mức đau nhiều chiếm 24,3%, mức đau rất nhiều chiếm 2,7%. Thời điểm  $t_1$  BN có mức độ đau chủ yếu ở mức đau ít (81,1%), mức đau vừa chiếm 16,2%, mức đau nhiều chỉ còn chiếm 2,7%. Thời điểm  $t_3$  mức độ đau của BN chủ yếu ở mức đau ít (83,8%), điểm đau cao nhất ở mức đau nhiều (2,7%) và có 10,8% BN không còn đau nữa. Điều này phản ánh hiệu quả điều trị của phương pháp trong việc giảm đau cho bệnh nhân xẹp đốt sống loãng xương sau bơm xi măng. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước<sup>4,5</sup>.

Đánh giá mối tương quan giữa mật độ xương và điểm đau theo thang điểm VAS tại 3 thời điểm thấy rằng có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê ( $p_1 = 0,002$ ;  $p_2 = 0,024$ ;  $p_3 = 0,020 < 0,05$ ) giữa mật độ xương và mức độ đau tại 3 thời điểm này. Nghĩa là mật độ xương càng thấp thì mức độ đau càng cao. Mật độ xương là yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến tổng thể tích phân tán của xi măng trong thân đốt sống. Mật độ xương cao tạo môi trường ổn

định cho việc đặt xi măng và tránh nguy cơ rò rỉ. Nghiên cứu của tác giả Jun Liu và cộng sự (2019) thấy rằng mật độ xương tại đốt sống có tương quan tích cực với tổng thể tích phân tán xi măng ở đốt sống. Dù vậy trong nghiên cứu này thấy không có mối liên quan đáng kể nào giữa mức độ giảm đau và mật độ xương<sup>4</sup>. Điều này có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi rằng mật độ xương có mối tương quan với mức độ đau sau can thiệp nhưng các mối tương quan này chỉ là mối tương quan trung bình ( $r_1 = -0,492$ ;  $r_2 = -0,370$ ;  $r_3 = -0,381$ ).

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) giữa mức độ đau vào thời điểm  $t_{24}$  giữa các bệnh nhân phân loại theo số lượng đốt sống xẹp mới. Điều này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Tao Zhang và cộng sự (2024) cũng thấy rằng số lượng đốt sống gãy là yếu tố liên quan với kết quả giảm đau ở BN<sup>6</sup>. Chúng tôi cũng thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ đau thời điểm  $t_3$  giữa các nhóm bệnh nhân theo mức độ XDS. Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Zhiyi Fu và cộng sự (2016) không thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ xẹp đốt sống với kết quả giảm đau<sup>7</sup>.

#### V. KẾT LUẬN

- Kết quả giảm đau: Trước can thiệp tất cả bệnh nhân có mức độ đau nặng trở lên. Sau can thiệp 24 giờ bệnh nhân có mức độ đau vừa chiếm tỉ lệ 73,0%. Sau can thiệp 1 tháng và sau can thiệp 3 tháng bệnh nhân có mức độ đau ít chiếm tỉ lệ lần lượt là 81,1% và 83,8%

- Đánh giá mối liên quan: Có mối tương quan giữa mật độ xương và mức độ đau tại 3 thời điểm sau can thiệp. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đau vào thời điểm sau can thiệp 24 giờ giữa các bệnh nhân theo phân loại số đốt sống xẹp mới ( $p = 0,042 < 0,05$ ) và mức độ đau thời điểm sau can thiệp 3 tháng giữa các nhóm bệnh nhân theo mức độ xẹp đốt sống theo phân loại Genant ( $p = 0,013 < 0,05$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Borges, C. N., de Almeida, J. M., Lima, D., Cabral, M. & Bandeira, F.** Prevalence of morphometric vertebral fractures in old men and the agreement between different methods in the city of Recife, Brazil. *Rheumatology international* 34, 1387-1394 (2014) doi:10.1007/s00296-014-3035-x.
- Bliuc, D. et al.** Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. *Jama* 301, 513-521 (2009) doi:10.1001/jama.2009.50.
- Hirakawa, M. et al.** Radiological findings as favorable predictors of pain relief in patients with osteoporotic compression fractures after

- percutaneous vertebroplasty: a retrospective study of 156 cases. Japanese journal of radiology 30, 407-414 (2012) doi:10.1007/s11604-012-0062-y.
- Liu, J. et al.** Influence of vertebral bone mineral density on total dispersion volume of bone cement in vertebroplasty. Medicine 98, e14941 (2019) doi:10.1097/md.00000000000014941.
  - Đoàn Anh Tuấn & Nguyễn Thế Điệp.** Kết quả bơm xi măng không bóng qua da điều trị xẹp thân đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương tại bệnh viện đa khoa Đông Anh tạp chí y học Việt Nam 535(2), 75-79 (2023) doi:https://doi.org/10.51298/vmj.v535i2.8482.
  - Zhang, T. et al.** What are the Risk Factors for Residual Pain After Percutaneous Vertebroplasty or Kyphoplasty? A Meta-Analysis. World neurosurgery 186, e382-e390 (2024) doi:10.1016/j.wneu.2024.03.147.
  - Fu, Z., Hu, X., Wu, Y. & Zhou, Z.** Is There a Dose-Response Relationship of Cement Volume With Cement Leakage and Pain Relief After Vertebroplasty? Dose-response: a publication of International Hormesis Society 14, 1559325816682867 (2016) doi:10.1177/1559325816682867.

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI KHOA NỘI TIẾT BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Đông Thị Thúy Diệu<sup>1</sup>, Phạm Văn Phú<sup>2</sup>, Nguyễn Đăng Vững<sup>2</sup>, Lê Thanh Hà<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tình trạng dinh dưỡng và mô tả một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại khoa Nội Tiết Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 năm 2023-2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành với cỡ mẫu 200 người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 từ tháng 12 năm 2023 đến hết tháng 7 năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ đối tượng thừa cân - béo phì (TC-BP) chiếm 46,0%, thiếu năng lượng trường diễn chiếm 8,0%; BMI trung bình:  $22,7 \pm 2,9$ . Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với ăn đồ ăn nhanh. Những đối tượng thường xuyên ăn đồ ăn nhanh có nguy cơ TC-BP gấp 3 lần so với nhóm không bao giờ ăn (OR=3 95% CI 1,5 - 6,0, p=0,000). **Kết luận:** Ở người bệnh ĐTĐ típ 2, TC-BP chiếm tỷ lệ cao. Có mối liên quan giữa tình trạng thừa cân béo phì với việc ăn đồ ăn nhanh. Do đó việc kiểm soát cân nặng ở đối tượng ĐTĐ và tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh là hết sức cần thiết.

**Từ khóa:** Tình trạng dinh dưỡng, đái tháo đường típ 2, Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108.

### SUMMARY

#### NUTRITIONAL STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT THE ENDOCRINE DEPARTMENT OF 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** To survey the nutritional status and describe some related factors of type 2 diabetes

patients at the Endocrinology Department of 108 Military Central Hospital in 2023-2024. **Subject and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted with a sample size of 200 type 2 diabetes patients from December 2023 to July 2024. **Results:** The rate of overweight-obesity subjects was 46.0%, chronic energy deficiency was 8.0%; Average BMI:  $22.7 \pm 2.9$ . There was a relationship between nutritional status and fast food consumption. Subjects who regularly ate fast food had a 3 times higher risk of TC-BP than those who never ate (OR=3,0 95% CI 1.5 - 6.0, p=0.000). **Conclusion:** In patients with type 2 diabetes, overweight-obesity accounts for a high proportion. There is a relationship between overweight and obesity and fast food consumption. Therefore, weight control in diabetic subjects and nutritional counseling for patients are extremely necessary. **Keywords:** Nutritional status, type 2 diabetes, 108 Military Central Hospital.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý mạn tính và ngày càng có xu hướng trẻ hóa, tăng nhanh trên toàn cầu. Theo Liên đoàn ĐTĐ Thế giới (IDF) công bố năm 2021, cả thế giới có khoảng 537 triệu người mắc ĐTĐ<sup>9</sup>. Kiểm soát đường huyết không đầy đủ có thể dẫn đến sự phát triển của các biến chứng liên quan đến bệnh ĐTĐ, làm phức tạp bệnh và tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh. Hội ĐTĐ Hoa Kỳ (American Diabetes Association - ADA) đã nhấn mạnh một số vấn đề trong hướng dẫn kiểm soát đường huyết ở người bệnh ĐTĐ, trong đó có đề cập rằng việc kiểm soát cân nặng là một phần rất quan trọng giúp đạt và duy trì mức đường huyết ổn định ở người bệnh ĐTĐ típ 2. Béo phì là một yếu tố nguy cơ đáng kể và có thể thay đổi liên quan đến sự tiến triển của bệnh ĐTĐ típ 2.

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đông Thị Thúy Diệu

Email: thuydiutb1997@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024