

chính phương pháp chỉnh kính tác giả Nguyễn Thanh Vân còn kết hợp đồng thời bịt mắt hoặc gia phạp mắt tốt hơn [2], cỡ mẫu của chúng tôi lớn hơn, còn nghiên cứu của chúng tôi kết quả cao hơn của Nguyễn Bích Hường(2018) [1] bởi vì nghiên cứu này tác giả đã chọn mức độ viễn thị nặng cao hơn mức độ viễn thị trong nghiên cứu của chúng tôi. Thị giác lập thể có kính hay không kính sau 1 tháng, 3 tháng đều có sự cải thiện so với thời điểm trước điều trị, kết quả này có nghĩa thống kê với ($p < 0.05$). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của Nguyễn Bích Hường (2018) [1]. Khi so sánh kết quả thị giác lập thể trong nghiên cứu của chúng tôi với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bích Hường, có thể thấy mức độ thị giác lập thể trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này do mức độ nhược thị và viễn thị trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bích Hường cao hơn chúng tôi. Theo tác giả Marjean, mức độ thị giác lập thể liên quan đến mức độ viễn thị, cụ thể mức độ thị giác lập thể của nhóm trẻ có mức độ viễn thị càng cao sẽ càng kém [9].

V. KẾT LUẬN

Điều trị nhược thị do viễn thị ở trẻ em bằng phương pháp chỉnh kính mang lại kết quả tốt:

- Sau 3 tháng điều trị số mắt tăng 1 dòng là 80 mắt (39,4%), tăng 2 dòng là 53 mắt (26,1%), tăng 3 dòng trở lên 35 mắt (17,3%) và 168 mắt chiếm(82,8 %) đều tăng thị lực không có trường hợp nào biến chứng và giảm thị lực sau đeo kính.

- Mức độ thị giác lập thể sau điều trị 1 tháng và 3 tháng có kính đều cải thiện tốt so với thời điểm trước điều trị ($p < 0.001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bích Hường (2018), Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều chỉnh quang học viễn thị cao ở trẻ em, luận văn thạc sĩ, trường đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Thanh Vân (2003), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nhược thị do viễn thị ở trẻ em. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Hương V.T.và Hiền N.T.T. (2023). Nhận xét đặc điểm tật khúc xạ ở trẻ em tại bệnh viện mắt trung ương giai đoạn 2021-2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 523(1)
4. Bộ Y tế (2015), "Nhược thị", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ y tế.
5. Zagui R.M.B. (2018). Amblyopia: Types, diagnosis, treatment, and new perspectives. American Academy of Ophthalmology, 102, 1492-1496.
6. Birch E.E, và Kelly K.R. (2023). Amblyopia and the whole child. Progress in Retinal and Eye Research, 93, 101168.
7. Emmanuel B.U.I., Burns J.G., và Thomson B. (2023). Amblyopia: A review of unmet needs, current treatment options, and emerging therapies. Survey of Ophthalmology, 68(3), 507-525.
8. Ramaswamy S., O'Leary K., Han M. và cộng sự. (2019). Comparison Between the Best Stereopsis Test and the Stereo Fly Test. Optometry & Visual Performance, 7(3).
9. Marjean Taylor Kulp, Gui-shuang Ying, Jiayan Huang, Bruce D. Moore, et al (2014), Associations between Hyperopia and other Vision and Refractive Error Characteristics. Optometry and vision science, 91,4: 383-389.
10. American Optometric Association (1997). Care of the patient with hyperopia, St.Louis.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ LOÃNG XƯƠNG Ở NAM GIỚI CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA LÃO, BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN

Phan Vũ Nguyên¹, Võ Thị Diệu Hà², Hoàng Khánh Hằng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ loãng xương và các yếu tố liên quan đến loãng xương ở nam giới cao tuổi đang điều trị tại Khoa Lão, Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 304

người bệnh là nam giới từ 72 tuổi trở lên có chỉ định đo mật độ xương lần đầu tại Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên. Bệnh nhân được phân nhóm sau khi đo mật độ xương và phỏng vấn trực tiếp mặt đối mặt bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 79,73 ± 6,74 tuổi, tỷ lệ loãng xương của đối tượng nghiên cứu là 30,59%, loãng xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi lần lượt là 23,36% và 19,08%. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, hút thuốc lá và đại tháo đường type 2 với loãng xương. **Kết luận:** Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân nam giới khá cao, các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam giới liên quan đến chỉ số nhân trắc và lối sống, có thể đề ra kế hoạch can thiệp để cải thiện nguy cơ loãng xương cho bệnh nhân. **Từ khóa:** loãng xương, mật độ xương, người cao tuổi

¹Trường Đại học Tây Nguyên

²Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên

³Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Vũ Nguyên

Email: pvnguyen@ttn.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

SUMMARY**EVALUATION OF OSTEOPOROSIS RISK IN ELDERLY MEN TREATED AT THE GERIATRICS DEPARTMENT, TAY NGUYEN REGIONAL GENERAL HOSPITAL**

Objective: To determine the prevalence of osteoporosis and its associated factors in elderly men receiving treatment at the Geriatrics Department of Tay Nguyen Regional General Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 304 male patients aged 72 and older who were undergoing their first bone mineral density (BMD) screening at Tay Nguyen Regional General Hospital. The patients were divided into groups based on BMD results, and structured face-to-face interviews were conducted using a pre-prepared questionnaire. **Results:** The average age of the study participants was 79.73 ± 6.74 years. The prevalence of osteoporosis among the participants was 30.59%, with osteoporosis in the lumbar spine and femoral neck at 23.36% and 19.08%. The study identified associations between osteoporosis and factors such as age, height, weight, BMI, smoking, and type II diabetes mellitus. **Conclusion:** The prevalence of osteoporosis in elderly male patients is relatively high. Osteoporosis risk factors are associated with anthropometric indicators and lifestyle factors, suggesting that intervention plans may help mitigate the osteoporosis risk in this population. **Keywords:** osteoporosis, bone mineral density, elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh lý toàn thể của khung xương, đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương, tổn thương vi cấu trúc xương và tăng nguy cơ gãy xương. Loãng xương diễn biến thầm lặng nhưng gây ra hậu quả nặng nề, gây ảnh hưởng trực tiếp tới chất lượng cuộc sống và gia tăng tỷ lệ tử vong cho người bệnh. Với tuổi thọ trung bình của người dân ngày càng cao, tỷ lệ mắc loãng xương cũng gia tăng đáng kể, ước tính ảnh hưởng đến 200 triệu người trên toàn cầu, trong đó có hơn 75 triệu người ở Châu Âu, Mỹ và Nhật Bản.^{1,2} Chi phí cho dự phòng và điều trị loãng xương rất lớn, gây gánh nặng khoảng 30,7 tỷ EUR ở Châu Âu và từ 13,7 đến 20,3 tỷ USD ở Mỹ mỗi năm.³ Loãng xương không còn chỉ là bệnh của phụ nữ sau mãn kinh, khoảng 20% nam giới toàn cầu có nguy cơ mắc bệnh này.⁴

Mặc dù tỷ lệ loãng xương ở nam giới thấp hơn so với nữ giới nhưng tỷ lệ gãy xương, tỷ lệ tử vong và giảm chất lượng cuộc sống sau gãy xương ở nam giới nặng nề hơn so với nữ giới. Tỷ lệ gãy xương do loãng xương xảy ra ở nam giới chiếm từ 20 – 25%, tỷ lệ tử vong trong 12 tháng đầu sau gãy xương hông ở nam cao hơn so với nữ.⁵ Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến loãng xương và gãy xương ở nam giới, bao gồm tuổi

tác, chiều cao, cân nặng, hormone, chế độ sinh hoạt, luyện tập, thói quen sử dụng rượu, hút thuốc lá, tiền sử gia đình và tiền sử té ngã.^{2,5} Việc nhận định các yếu tố nguy cơ và tiên lượng nguy cơ gãy xương là rất quan trọng, đóng vai trò quyết định trong dự phòng và điều trị loãng xương. Tại Việt Nam, có nhiều nghiên cứu về loãng xương ở nữ giới, nhưng nghiên cứu về loãng xương ở nam giới vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ loãng xương ở nam giới điều trị tại Khoa Lão Bệnh viện Đa khoa Vùng Tây Nguyên.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ loãng xương ở nhóm đối tượng này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân điều trị tại Khoa Lão, Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên từ tháng 01/2023 đến 10/2023, có chỉ định đo mật độ xương.

Tiêu chuẩn chọn vào. Bệnh nhân nam từ 72 tuổi trở lên, là người Việt Nam, có khả năng giao tiếp bằng tiếng Việt; được chỉ định đo mật độ xương và chưa từng điều trị loãng xương tại Khoa Lão, Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên trong thời gian thu thập số liệu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân bị thất lạc hoặc không cung cấp đầy đủ các thông tin nhân khẩu, lâm sàng, cận lâm sàng; hoặc bệnh nhân mất trí nhớ, trí nhớ kém; không thể nghe nói đọc viết để trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang.

Phương pháp thu thập dữ liệu. Phòng vấn qua bảng câu hỏi soạn sẵn sau khi đã nhận được chấp thuận tham gia nghiên cứu và thu thập thông tin trong hồ sơ bệnh án bao gồm thông tin nhân khẩu, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

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

Với $p = 0,14$ dựa trên tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân nam từ 60 tuổi trở lên, từ đó tính ra cỡ mẫu tối thiểu đưa vào nghiên cứu là 289 bệnh nhân.

Biến số

- Mật độ xương (MDX): T-score ở cổ xương đùi (CXĐ) và cột sống thắt lưng (CSTL).

- Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương dựa vào MDX theo WHO^{2,4,5}:

- + Bình thường: MĐX ≥ 1
- + Khối lượng xương thấp: MĐX từ -1 đến -2,5
- + Loãng xương: MĐX $\leq -2,5$
- + Loãng xương nặng: MĐX $\leq -2,5$ và có ≥ 1 lần gãy xương

Các bước tiến hành nghiên cứu. Lập danh sách bệnh nhân và lấy cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu viên lập danh sách bệnh nhân nhập viện điều trị tại Khoa Lão, Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên thỏa mãn điều kiện nghiên cứu, không thuộc tiêu chí loại trừ. Sau đó, nghiên cứu viên tiếp xúc bệnh nhân, mời bệnh nhân tham gia nghiên cứu và lấy cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Đo mật độ xương. Sau khi nhận được bản đồng thuận tham gia nghiên cứu, bệnh nhân được chỉ định đo MĐX bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) tại vị trí CSTL và CXĐ, sau đó tiến hành phân nhóm loãng xương/không loãng xương.

Phòng vấn bệnh nhân. Sau khi phân nhóm MĐX, nghiên cứu viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân, khảo sát theo thứ tự bằng các bộ câu hỏi soạn sẵn.

2.3. Phương pháp quản lý và xử lý số liệu. Số liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2016 và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Phân tích thống kê mô tả, tính tần số, tỷ lệ cho biến định tính và tính trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng. Thống kê phân tích: so sánh tỷ lệ quan sát dùng phép kiểm Chi-square hoặc Fisher's Exact Test; so sánh các giá trị trung bình dùng phép kiểm T-test. Chỉ số $p < 0,05$ là mức có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung bình \pm SD	GTNN – GTLN
	79,73 \pm 6,74	72-104
Nhóm tuổi		
72 – 79	165	54,3
≥ 80	139	45,7
Chiều cao		

Bảng 3. Đặc điểm mật độ xương tính theo chỉ số T-score của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	T-score CSTL (X \pm SD)	T-score CXĐ (X \pm SD)	p
Loãng xương	-3,246 \pm 0,665	-2,967 \pm 0,378	<0,01
Không loãng xương	-0,594 \pm 1,572	-0,984 \pm 1,083	<0,01
Tổng	-1,207 \pm 1,801	-1,347 \pm 1,257	<0,01

Nhóm có loãng xương có T-score trung bình tại CSTL là -3,246 \pm 0,665 và tại CXĐ là -2,967 \pm

BMI (kg/m²)	20,39 \pm 6,74	12,86-33,20
< 18,5	101	33,2
18,5 – 23	133	43,8
> 23	70	23
Dân tộc		
Kinh	246	80,9
Thiểu số	58	19,1
Tiền sử gãy xương		
Không	229	75,3
Có	75	24,7
Tiền sử cha mẹ gãy xương		
Không	284	93,4
Có	20	6,7
Uống rượu bia		
Không	223	73,4
Có	81	22,6
Hút thuốc lá		
Không	117	38,5
Có	187	61,5
Bệnh lý mạn tính		
Tăng huyết áp	179	58,9
Đái tháo đường type II	59	19,4
Bệnh thận mạn	46	15,1
Bệnh phổi mạn tính	55	18,1
Sử dụng corticoid		
Không	249	81,9
Có	55	18,1

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 79,73 \pm 6,74, với 54,3% ở độ tuổi 72-79 và 45,7% từ 80 tuổi trở lên. Đa số đối tượng có chỉ số BMI trong khoảng 18,5 – 23 kg/m² (43,8%) và phần lớn thuộc dân tộc Kinh (80,9%). Có 75,3% bệnh nhân không có tiền sử gãy xương và 93,4% không có tiền sử gãy xương ở cha mẹ. Tỷ lệ hút thuốc lá cao (61,5%) và tỷ lệ bệnh lý mạn tính như tăng huyết áp và đái tháo đường type 2 lần lượt là 58,9% và 19,4%.

Đặc điểm mật độ xương tính theo chỉ số T-score

Bảng 2. Tỷ lệ loãng xương của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Loãng xương	93	30,59
Loãng xương tại CSTL	71	23,36
Loãng xương tại CXĐ	58	19,08

Tỷ lệ loãng xương chung là 30,59%, với 23,36% loãng xương tại CSTL và 19,08% loãng xương tại CXĐ.

0,378. Trong khi đó, nhóm không loãng xương có T-score trung bình cao hơn, lần lượt là $-0,594 \pm 1,572$ ở CSTL và $-0,984 \pm 1,083$ ở CXĐ. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Mối liên quan giữa đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng với loãng xương

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm chung với loãng xương

Đặc điểm		Loãng xương, n (%)	Không loãng xương, n (%)	p	OR	95% CI
Nhóm tuổi	72 – 79	39 (23,64)	126 (76,36)	<0,05	2,05	1,251 – 3,368
	≥ 80	85 (61,15)	54 (38,85)			
Chiều cao	≥ 160 cm	73 (29,32)	176 (70,68)	<0,05	1,38	0,746 – 2,544
	< 160 cm	20 (36,36)	35 (63,64)			
Cân nặng	< 60 kg	68 (32,69)	140 (67,31)	<0,05	1,38	0,804 – 2,367
	≥ 60 kg	25 (26,04)	71 (73,96)			
BMI	< 18,5	34 (33,66)	67 (66,34)	<0,05	1,24	0,742 – 2,067
	≥ 18,5	59 (29,06)	144 (70,94)			

Tỷ lệ loãng xương cao hơn ở nhóm tuổi ≥ 80 so với nhóm 72-79 tuổi và cao hơn ở những người có chiều cao dưới 160 cm, cân nặng dưới 60 kg, BMI dưới 18,5. Các đặc điểm này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tình trạng loãng xương.

Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với loãng xương

Đặc điểm		Loãng xương, n(%)	Không loãng xương, n(%)	p
Tiền sử gãy xương	Không	68 (29,69)	161(70,31)	>0,05
	Có	25 (33,33)	50 (66,67)	
Tiền sử cha mẹ bị gãy xương	Không	86 (30,28)	198 (69,72)	>0,05
	Có	7 (35,00)	13 (65,00)	
Uống rượu bia	Không	69 (30,94)	154 (69,06)	>0,05
	Có	24 (29,63)	57 (70,37)	
Hút thuốc lá	Không	28 (23,93)	89 (76,09)	<0,05
	Có	65 (34,76)	122 (65,24)	
Tăng huyết áp	Không	45 (36,00)	80 (64,00)	>0,05
	Có	48 (26,82)	131 (73,18)	
Đái tháo đường type 2	Không	82 (33,47)	163 (66,53)	<0,05
	Có	11 (18,64)	48 (81,36)	
Bệnh thận mạn	Không	80 (31,01)	178 (68,99)	>0,05
	Có	13 (28,26)	33 (71,74)	
Sử dụng corticoid	Không	73 (29,32)	176 (70,68)	>0,05
	Có	20 (36,36)	35 (63,64)	

Tỷ lệ loãng xương cao hơn ở nhóm có hút thuốc lá (34,76%) so với nhóm không hút thuốc (23,93%). Ngoài ra, tỷ lệ loãng xương thấp hơn ở nhóm có đái tháo đường type 2 (18,64%) so với nhóm không có bệnh này. Các yếu tố còn lại như tiền sử gãy xương, tiền sử cha mẹ bị gãy xương, uống rượu bia, tăng huyết áp, bệnh thận mạn và sử dụng corticoid không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tình trạng loãng xương.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng.

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $79,73 \pm 6,74$ tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 72-79 chiếm 54,28% và nhóm từ 80 tuổi trở lên chiếm 45,72%, thấp nhất là 72 tuổi và cao nhất là 104 tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Mai Hằng (2012) tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.⁶ Điều này cho thấy đặc điểm tuổi tác của đối tượng nghiên cứu là khá tương

đồng với các nghiên cứu trước, giúp tăng cường tính so sánh của nghiên cứu.

Chiều cao trung bình của đối tượng là $162,64 \pm 5,48$ cm, tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương⁷ (2012) ($163,1 \pm 5,7$ cm) và cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa⁸ (2024) ($159,02 \pm 5,55$ cm). Kết quả này chỉ ra rằng các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có chiều cao trung bình nằm trong khoảng tương tự với những nghiên cứu trước đây ở Việt Nam, cho thấy sự nhất quán về đặc điểm chiều cao ở nam giới cao tuổi trong nước.

Cân nặng trung bình của đối tượng là $54,01 \pm 9,33$ kg, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương⁷ (2012) ($60,7 \pm 8,7$ kg) và Nguyễn Thị Hoa⁸ (2024) ($55,64 \pm 8,13$ kg). Sự chênh lệch này có thể do các yếu tố địa lý hoặc đặc thù về chế độ dinh dưỡng và lối sống

của đối tượng nghiên cứu ở các vùng khác nhau. Cân nặng thấp hơn có thể là yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ loãng xương ở nhóm bệnh nhân này, bởi cân nặng thấp thường đi kèm với khối lượng xương ít hơn.

BMI trung bình của các đối tượng là $20,39 \pm 3,24$ kg/m², thấp hơn so với kết quả từ Nguyễn Thị Mai Hương⁷ (2012) và Đặng Hồng Hoa⁹ (2008), lần lượt là $22,8 \pm 2,8$ kg/m² và $22,4 \pm 2,7$ kg/m². BMI thấp có thể là một yếu tố nguy cơ cho loãng xương và điều này được chứng minh qua các nghiên cứu khi hầu hết đều cho kết quả BMI thấp thường đi kèm với nguy cơ gãy xương cao hơn. Vì vậy, việc duy trì BMI hợp lý có thể giúp làm giảm nguy cơ loãng xương ở nam giới cao tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi gồm có 304 đối tượng nam giới từ 72 tuổi trở lên. Trong đó 164 đối tượng có MĐX (CXĐ và/hoặc CSTL) T-score $\leq -2,5$ (nhóm loãng xương), 140 đối tượng có MĐX (CXĐ và CSTL) T-score $> -2,5$ (nhóm không loãng xương). Kết quả này cho thấy loãng xương là một vấn đề sức khỏe quan trọng ở nam giới cao tuổi, đặc biệt là tại Việt Nam, nơi mà các nghiên cứu trước đây chủ yếu tập trung vào nữ giới.^{1,4,5} Việc thiếu nghiên cứu ở nam giới có thể khiến tỷ lệ loãng xương và nguy cơ gãy xương ở nhóm này chưa được đánh giá đúng mức, do đó nhấn mạnh sự cần thiết phải có các nghiên cứu sâu hơn ở đối tượng này.

Đặc điểm mật độ xương tính theo chỉ số T-score. Kết quả đo MĐX trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại CSTL, T-score trung bình là $-1,208 \pm 1,801$, trong khi tại CXĐ là $-1,347 \pm 1,257$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), với MĐX tại CSTL thường thấp hơn CXĐ. Kết quả này tương tự với nghiên cứu trên 1163 nam giới tại 7 trung tâm lớn ở Châu Âu, nơi cũng ghi nhận rằng MĐX tại CSTL thấp hơn CXĐ.¹⁰ Điều này cho thấy sự khác biệt về MĐX giữa các vị trí trên cơ thể, có thể liên quan đến sự phân bố và cấu trúc xương khác nhau ở các vị trí. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương (2012) về yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam giới từ 50 tuổi trở lên cũng chỉ ra rằng MĐX tại CSTL thấp hơn so với CXĐ.⁷ So sánh với các nghiên cứu khác, xu hướng loãng xương cao hơn ở CSTL cũng đã được ghi nhận, cho thấy đây là vấn đề chung và không chỉ giới hạn ở một nhóm dân số, CSTL là vị trí dễ bị loãng xương hơn ở nam giới. Thực tế này càng khẳng định rằng CSTL là vị trí có nguy cơ cao về loãng xương. Do đó, các biện pháp phòng ngừa loãng xương cần chú trọng vào việc tăng cường MĐX ở CSTL để giảm thiểu nguy cơ gãy xương ở

vị trí này.

Mối liên quan giữa đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng với loãng xương

Liên quan giữa tuổi và loãng xương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ loãng xương của các đối tượng nghiên cứu tương quan thuận với tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ loãng xương càng tăng. Tỷ lệ loãng xương của nhóm đối tượng nghiên cứu 72-79 tuổi chiếm 23,64%, tăng lên tới 61,15% ở nhóm đối tượng nghiên cứu ≥ 80 tuổi ($p < 0,05$). Trong mẫu nghiên cứu, người có tuổi ≥ 80 có nguy cơ loãng xương cao gấp 2,052 lần người có tuổi từ 72-79, KTC 95% là 1,251 – 3,368. Các nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương⁷ (2012), Đặng Hồng Hoa⁹ (2008) cũng chỉ ra rằng tuổi cao là yếu tố làm giảm MĐX ở cả CSTL và CXĐ. Đối với người cao tuổi, đặc biệt từ tuổi 60 trở lên ở nam giới đã có nhiều thay đổi về sinh lý, khả năng hoạt động của các tuyến nội tiết, trong đó có các tuyến sinh dục đã bị suy giảm, nguy cơ loãng xương và gãy xương do loãng xương có xu hướng tăng lên. Tuổi càng cao, MĐX càng giảm mạnh, từ đó làm tăng nguy cơ loãng xương và gãy xương. Loãng xương tuổi già xuất hiện ở cả nam và nữ thường trên 70 tuổi, đây là hậu quả của sự mất xương từ từ trong nhiều năm. Biểu hiện gãy xương hay gặp là gãy CXĐ và gãy lún đốt sống do tổn thương xuất hiện đồng đều cả trên xương đặc cũng như xương xốp. Ở người cao tuổi có sự mất cân bằng giữa tạo xương và hủy xương. Chức năng của tạo cốt bào bị suy giảm là một nguyên nhân dẫn tới tình trạng mất xương ở người cao tuổi. Một nguyên nhân thứ hai dẫn tới sự mất xương ở người già là sự suy giảm hấp thu canxi ở ruột và sự giảm tái hấp thu canxi ở ống thận. Điều này khẳng định rằng, tuổi là yếu tố nguy cơ độc lập và không thể thay đổi đối với loãng xương, nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp phòng ngừa loãng xương cho người cao tuổi, đặc biệt là nam giới trên 70 tuổi.

Liên quan giữa thể chất (chiều cao, cân nặng, BMI) và loãng xương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những nam giới có chiều cao, cân nặng và BMI thấp có nguy cơ loãng xương cao hơn. Nam giới chiều cao dưới 160 cm có nguy cơ bị loãng xương gấp 1,378 lần so với nam giới trên 160 cm có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% (OR=1,378; 95%CI =0,746 – 2,367). Cân nặng trung bình của nhóm loãng xương thấp hơn nhóm không loãng xương nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên mối liên quan giữa MĐX ở cả vị trí CSTL và CXĐ với cân nặng là tương quan đồng biến ($p < 0,05$). Nam giới có cân nặng dưới 60kg có nguy cơ bị

loãng xương hơn người bình thường 1,38 lần có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% (OR=1,38; 95% CI=0,804 – 2,367). Cân nặng là yếu tố ảnh hưởng nhiều đến khối lượng xương đỉnh. Nếu như ở phụ nữ cả khối mỡ và khối nạc đều ảnh hưởng đến MĐX thì ở nam giới khối nạc có vai trò quan trọng hơn. Trong mọi trường hợp những người nặng cân sẽ có bộ xương nặng hơn và có chu chuyển xương ít nhạy cảm với parathyroid hormone, vì vậy khối lượng xương được duy trì.

Nam giới có BMI < 18,5 kg/m² có nguy cơ loãng xương gấp 1,239 lần người bình thường có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% (OR=1,239; 95%CI=0,742 – 2,067). Một số nghiên cứu đã chứng minh mối liên hệ tích cực giữa trọng lượng cơ thể tăng và BMI với MĐX hoặc thậm chí tác dụng bảo vệ chống lại bệnh loãng xương và gãy xương. Những người nhẹ cân hoặc có BMI thấp có khả năng mất xương cao hơn do khối lượng xương đỉnh không đạt được mức tối ưu khi còn trẻ. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Hương⁷ (2012) và Nguyễn Thị Hoa⁸ (2024) cũng cho kết quả tương tự.

Liên quan giữa lối sống (hút thuốc lá, uống rượu) và loãng xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hút thuốc lá được ghi nhận là một yếu tố nguy cơ cho loãng xương. Tỷ lệ người hút thuốc lá ở nhóm loãng xương cao hơn nhóm không loãng xương có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và những người hút thuốc lá có nguy cơ bị loãng xương cao gấp 1,694 lần so với người không hút thuốc lá (OR=1,694; 95%CI=1,006 – 2,850). Ảnh hưởng của thuốc lá đến MĐX có thể do thuốc lá làm giảm tạo xương do gây độc trực tiếp lên các tế bào tạo xương. Khói thuốc còn làm cho cơ thể giảm hấp thu canxi, làm tăng nồng độ cortisol và hormon giáp trạng trong máu, đồng thời làm giảm hoạt động của canxitonin do đó làm tăng nguy cơ loãng xương.^{4,5}

Đối với rượu, mặc dù kết quả của chúng tôi không cho thấy sự khác biệt lớn giữa nhóm uống rượu và không uống, nhưng một số nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng lạm dụng rượu là yếu tố nguy cơ gây loãng xương.^{6,7,9} Điều này có thể là do ảnh hưởng của rượu đến khả năng hấp thu canxi và sự suy giảm chức năng tạo cốt bào khi sử dụng rượu quá mức.

Liên quan giữa yếu tố lâm sàng và loãng xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có mối liên quan giữa đái tháo đường type 2 với loãng xương có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), người mắc đái tháo đường có nguy cơ loãng xương bằng 0,456 lần người không mắc đái tháo

đường, khoảng tin cậy 95% là 0,225 – 0,924. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới. Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại cho thấy kết quả tiêu cực của đái tháo đường type II, nguy cơ gãy xương tăng lên ở một số vị trí. Những lần gãy xương và té ngã này có thể do suy giảm thị lực (do bệnh võng mạc tiểu đường và đục thủy tinh thể), dáng đi mất cân bằng (do bệnh lý thần kinh ngoại biên) và thừa cân, tất cả đều là những đặc điểm lâm sàng thường gặp ở bệnh đái tháo đường type 2. Bệnh lý thần kinh ngoại biên ở bệnh đái tháo đường type 2 cũng có thể dẫn đến phá hủy xương cục bộ xung quanh các khớp chịu trọng lượng (đặc biệt là ở mắt cá chân và bàn chân), được gọi là bệnh thoái hóa khớp Charcot, có thể gây đau, gãy xương và biến dạng khớp.

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 304 bệnh nhân nam được đo MĐX, tỷ lệ loãng xương là 30,59%, trong đó loãng xương tại CSTL chiếm 23,36% và loãng xương tại CXĐ chiếm 19,08%. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ loãng xương có xu hướng tăng theo độ tuổi, nam giới có chiều cao dưới 160 cm, cân nặng dưới 60 kg và BMI dưới 18,5 kg/m² có nguy cơ loãng xương cao hơn so với những người có các chỉ số này ở mức cao hơn. Ngoài ra, thói quen hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ loãng xương ở nam giới, trong khi những người mắc đái tháo đường type II lại có nguy cơ loãng xương thấp hơn. Kết quả này giúp củng cố bằng chứng về tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ loãng xương trong nhóm nam giới cao tuổi, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của việc tầm soát và can thiệp sớm để giảm thiểu nguy cơ loãng xương trong nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ström O, Borgström F, Kanis JA, et al.** Osteoporosis: burden, health care provision and opportunities in the EU: A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). Arch Osteoporos. 2011;6(1-2):59-155. doi:10.1007/s11657-011-0060-1
2. **Vilaca T, Eastell R, Schini M.** Osteoporosis in men. The Lancet Diabetes & Endocrinology. 2022; 10(4): 273-283. doi:10.1016/S2213-8587(22)00012-2
3. **Burge R, Dawson-Hughes B, Solomon DH, Wong JB, King A, Tosteson A.** Incidence and Economic Burden of Osteoporosis-Related Fractures in the United States, 2005–2025. Journal of Bone and Mineral Research. 2007;22(3):465-475. doi:10.1359/jbmr.061113
4. **Szulc P, Kaufman JM, Orwoll ES.** Osteoporosis in Men. Journal of Osteoporosis. 2012;2012:1-5.

- doi:10.1155/2012/675984
5. **Ebeling PR. Osteoporosis in Men. N Engl J Med.** 2008;358(14): 1474-1482. doi:10.1056/NEJMcp0707217
 6. **Trần Thị Mai Thắng.** Khảo Sát Tình Trạng Loãng Xương và Một Số Yếu Tố Nguy Cơ ở Người Cao Tuổi Tại Bệnh Viện Lão Khoa Trung Ương. Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội, p. tr57-61; 2012.
 7. **Nguyễn Thị Mai Hương.** Nghiên cứu yếu tố nguy cơ loãng xương và dự báo gãy xương theo mô hình Frax ở nam giới từ 50 tuổi trở lên. Luận án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2012.
 8. **Nguyễn Thị Hoa.** Xác định các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam giới. VMJ. 2024;535(1). doi:10.51298/vmj.v535i1.8566
 9. **Đặng Hồng Hoa, Đoàn Văn Đệ, Hoàng Đức Kiệt.** Nghiên cứu mật độ xương vùng cổ xương đùi của người bình thường bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, Hà Nội. Published online 2008.
 10. **Kaptoge S, Da Silva JA, Brixen K, et al.** Geographical variation in DXA bone mineral density in young European men and women. Results from the Network in Europe on male osteoporosis (NEMO) study. Bone. 2008;43(2): 332-339. doi:10.1016/j.bone.2008.04.001

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỎNG KẾT GIÁC MẠC

Đoàn Kim Thành¹, Phan Hồng Phúc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng và các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh nhân bỏng kết giác mạc được điều trị tại Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 43 trường hợp bỏng mắt, trong đó ghi nhận 61 mắt bị tổn thương được khám điều trị tại khoa Giác mạc và khoa Cấp cứu Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2024 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 43,19 ± 14,23 tuổi, tỉ số nam:nữ là 4,38:1. Nghề nghiệp liên quan lao động chân tay chiếm tỉ lệ 81,40%. Tai nạn lao động chiếm 67,44%, tai nạn sinh hoạt chiếm 32,56%. 90,70% trường hợp có xử trí ban đầu, trong đó có 66,67% trường hợp xử trí phù hợp. 71,79% trường hợp tự sơ cứu bằng nước sạch có sẵn tại chỗ. 100% trường hợp không mang kính bảo hộ. Tác nhân kiềm: a-xít là 3:1. Trong nhóm bỏng do kiềm, việc sơ cứu phù hợp ban đầu giúp làm giảm độ pH ($p < 0,05$). Các trường hợp vào viện sớm trước 24 giờ có thị lực ban đầu tốt hơn ($p < 0,05$). 65,57% có tổn thương biểu mô kết mạc, trong đó 87,50% có tổn thương ≤ 50% diện tích kết mạc cùng đồ và kết mạc nhãn cầu. 44,26% mắt có phù kết mạc. 48,18% có tổn thương vùng rìa, trong đó có 93,34% khiếm dưỡng từ 6 cung giờ trở xuống. 95,08% có tổn thương biểu mô giác mạc, trong đó có 59,01% tổn thương dưới 1/2 tổng diện tích giác mạc. 44,26% có phù đục nhu mô giác mạc. Vị trí tổn thương chủ yếu ở phía dưới đối với tổn thương kết mạc – vùng rìa, vị trí tổn thương chủ yếu ở trung tâm và phía dưới đối với tổn thương giác mạc. 4,92% trường hợp ghi nhận tăng nhãn áp, 9,84%

trường hợp ghi nhận có bỏng da mi. Bảng phân độ Roper-Hall có khuynh hướng tiên lượng nhẹ hơn so với bảng phân độ Dua ($p < 0,05$). Các yếu tố có mối liên hệ với mức độ nặng của bỏng theo phân độ Roper-Hall là thời gian vào viện, thị lực lúc vào, tổn thương biểu mô giác mạc, tổn thương biểu mô kết mạc, bỏng da mi. Các yếu tố có mối liên hệ với mức độ nặng của bỏng theo phân độ Dua là thời gian vào viện, thị lực lúc vào, tổn thương biểu mô giác mạc, phù kết mạc, bỏng da mi. **Kết luận:** Bỏng kết giác mạc thường gặp ở nam, độ tuổi lao động, tác nhân thường gặp là kiềm, đa số trường hợp có tự sơ cứu tại chỗ, việc sơ cứu phù hợp ban đầu giúp làm giảm độ pH. Các yếu tố có ảnh hưởng đánh giá mức độ nặng của bỏng là thời gian vào viện, thị lực lúc vào, tổn thương biểu mô giác mạc, tổn thương biểu mô kết mạc, bỏng da mi, phù kết mạc. **Từ khóa:** bỏng mắt, các yếu tố ảnh hưởng tiên lượng.

Viết tắt: biểu mô (BM), giác mạc (GM), kết mạc (KM), Roper-Hall (RH)

SUMMARY

A STUDY ON THE CLINICAL MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH CORNEO-CONJUNCTIVAL BURNS

Purpose: To investigate the clinical characteristics and factors affecting the severity of corneal burn patients treated at Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 43 cases of eye burns, of which 61 damaged eyes were examined and treated at the Cornea Department and the Emergency Department of Ho Chi Minh City Eye Hospital from January 2024 to August 2024. **Results:** The average patient age was 43.19 ± 14.23 years, with a male-to-female ratio of 4.38:1. Manual labor occupations accounted for 81.40%. Work-related accidents made up 67.44%, while domestic accidents accounted for 32.56%. Of the cases, 90.70% had initial management, with 66.67% receiving appropriate first aid. Self-rinsing with available tap water was reported in 71.79% of cases. None of the patients wore protective eyewear.

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hồng Phúc

Email: phanhongphuc310@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025