

so với 59,81%, $OR=2,09$, $p=0,004$). Điều này có thể liên quan đến sự khác biệt về điều kiện địa lý và tiếp cận dịch vụ y tế. Trình độ học vấn cũng liên quan đến tỷ lệ đạt chuẩn của trẻ, với xu hướng tăng theo trình độ học vấn với OR khuynh hướng 1,37 ($p = 0,014$), cho thấy khi trình độ học vấn tăng lên một bậc, tỷ lệ trẻ đạt chuẩn có xu hướng tăng 1,37 lần. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao trình độ học vấn về chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng. Tuy nhiên, nhóm tuổi của người chăm sóc lại không cho thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ đạt chuẩn ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Phạm Hồng Loan [5] nhấn mạnh vai trò của cả cha và mẹ trong việc chăm sóc trẻ (62,5%), đặc biệt là vai trò trung tâm của mẹ (85,4%). Các nghiên cứu ngoài nước cũng cho thấy sự hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng [3], cũng như đào tạo và hỗ trợ cho người chăm sóc [7] là rất quan trọng để thực hành PPK hiệu quả.

Đặc điểm thai kỳ và tình trạng chăm sóc trẻ

Bệnh lý trong thai kỳ có tác động tiêu cực đến sự phát triển của trẻ. Trẻ có mẹ mắc bệnh lý trong thai kỳ có tỷ lệ đạt chuẩn thấp hơn so với trẻ có mẹ không mắc bệnh lý (50,88% so với 65,56%, $OR=0,54$, $p=0,03$). Số tuần mang thai cũng là một yếu tố quan trọng, với trẻ sinh cực non có tỷ lệ đạt chuẩn thấp nhất (26,83%) với OR khuynh hướng cho số tuần mang thai là 1,89 ($p < 0,001$), cho thấy khi số tuần mang thai tăng lên một bậc, tỷ lệ trẻ đạt chuẩn có xu hướng tăng 1,89 lần. Thời gian chăm sóc Kangaroo hàng ngày và tái khám định kỳ cũng có ảnh hưởng tích cực đến tỷ lệ đạt chuẩn của trẻ (OR lần lượt là 1,69 và 1,82, $p < 0,05$). Phương pháp sinh và nguyên nhân sinh không cho thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ đạt chuẩn với giá trị p đều $> 0,05$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Ly [6] cũng cho thấy PPK giúp cải thiện cho trẻ. Các nghiên cứu của Cond-Agudlo A, Linnér A chỉ ra rằng tiếp xúc da kề da ngay lập tức có lợi cho sự ổn định tim phổi ở trẻ sinh non giúp giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ nhẹ cân [2], [4].

4.2.3. Phân tích hồi quy logistic giữa mắc biến chứng và các yếu tố liên quan. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy những người ở thành thị làm tăng khả năng trẻ đạt chuẩn lên 2,13 lần ($OR_{HC} = 2,13$, KTC 95%: 1,13-3,97, $p = 0,004$). Trình độ học vấn, số tuần mang thai có tính khuynh hướng và có tác động tích cực, với OR hiệu chỉnh lần lượt là $OR_{HC} = 1,42$ (KTC 95%: 1,02-2,98, $p = 0,014$). Ngoài ra, thời gian chăm sóc Kangaroo hàng ngày đầy đủ có $OR_{HC} = 1,57$ (KTC 95%: 1,03-2,86, $p = 0,01$) và có tái

khám định kỳ có $OR_{HC} = 1,73$ (KTC 95%: 1,23-3,23, $p = 0,004$). Điều này cho thấy các yếu tố này đều góp phần làm tăng khả năng trẻ đạt chuẩn sau khi đã hiệu chỉnh các yếu tố khác. Ngược lại, bệnh lý trong thai kỳ làm giảm khả năng đạt chuẩn của trẻ, với $OR_{HC}=0,57$ (KTC 95%: 0,25-0,96, $p = 0,03$), trẻ có mẹ bị bệnh lý trong thai kỳ có khả năng đạt chuẩn thấp hơn 0,57 lần so với trẻ có mẹ không bị bệnh lý.

V. KẾT LUẬN

Kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng cho thấy 63,57% trẻ đạt phát triển về cân nặng, chiều cao và vòng đầu. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy địa chỉ nơi cư trú thành thị có tỷ lệ trẻ đạt chuẩn (75,76%) cao hơn so với nông thôn (59,81%) với OR hiệu chỉnh 2,13, trình độ học vấn cao, số tuần mang thai lớn hơn có tính khuynh hướng với OR hiệu chỉnh lần lượt là 1,42; 1,65; thời gian chăm sóc Kangaroo, tái khám định kỳ đầy đủ là tăng tỷ lệ trẻ đạt chuẩn với OR hiệu chỉnh lần lượt là 1,57; 1,73. Ngược lại có bệnh lý thai kỳ làm giảm khả năng sự phát triển của trẻ với $OR_{HC}=0,57$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdulghani, et al** (2018), "Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review", PLoS one, 13(10), e0205696
2. **Conde-Agudelo A** (2016), "Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants", 8, CD002771.
3. **Dawar R, et al** (2019), "Factors Impacting Practice of Home Kangaroo Mother Care with Low Birth Weight Infants Following Hospital Discharge", J Trop Pediatr; 65(6): 561-568.
4. **Linnér A, et al** (2022), "Immediate skin-to-skin contact may have beneficial effects on the cardiorespiratory stabilisation in very preterm infants", Acta Paediatr; 111(8):1507-1514.
5. **Phạm Hồng Loan, và CS** (2020), "Đánh giá kết quả và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng bằng phương pháp Kangaroo tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Châu Đốc", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (30), tr. 207-215.
6. **Nguyễn Thị Phương Ly, và CS** (2024), "Kết quả chăm sóc trẻ đẻ non bằng phương pháp Kangaroo tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023", Tạp chí Y học Việt Nam, 534(1), tr. 299-304.
7. **Mathias CT,** (2021), "Facilitating factors and barriers to kangaroo mother care utilisation in low- and middle-income countries: A scoping review", Afr J Prim Health Care, 13(1):e1-e15.
8. **Hoàng Thị Bích Ngọc** (2009), "Đánh giá kết quả chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ non tháng - nhẹ cân bằng phương pháp Kangaroo tại Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Y học lâm sàng, 602(8), tr. 10-15.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ VÀ MỨC ĐỘ NẶNG THOÁI HOÁ KHỚP GỐI TRÊN BỆNH NHÂN NỮ CAO TUỔI

Vũ Thị Khánh Linh¹, Cao Thanh Ngọc¹,
Huỳnh Khôi Nguyên¹, Nguyễn Đức Công^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một yếu tố nguy cơ tiềm năng liên quan đến mức độ nặng của thoái hoá khớp gối (THKG), tuy nhiên, tại Việt Nam hiện còn thiếu các nghiên cứu chuyên biệt trên nhóm bệnh nhân nữ cao tuổi. **Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ HCCH và mối liên quan giữa HCCH cùng các thành phần của nó với mức độ nặng của thoái hoá khớp gối trên X-quang ở bệnh nhân nữ ≥ 60 tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện từ tháng 9/2024 đến tháng 1/2025 tại phòng khám Lão khoa Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Nghiên cứu gồm 267 bệnh nhân nữ ≥ 60 tuổi được chẩn đoán THKG theo tiêu chuẩn ACR 1986. HCCH được xác định theo tiêu chuẩn JIS 2009. Mức độ THKG được phân loại theo thang Kellgren–Lawrence. **Kết quả:** Tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân nữ cao tuổi thoái hoá khớp gối là 66,3%. Ở nhóm THKG giai đoạn X-quang muộn, tỉ lệ HCCH, tăng vòng eo, tăng triglyceride lần lượt là 76,9%, 86,2% và 66,2%; cao hơn có ý nghĩa so với nhóm giai đoạn X-quang sớm (56,2%, 73,0% và 51,8%). Trong phân tích đa biến đã hiệu chỉnh theo tuổi và BMI, HCCH (OR = 2,27; KTC 95%: 1,29–4,00; $p = 0,004$) và tăng triglyceride (OR = 1,72; KTC 95%: 1,04–2,85; $p = 0,035$) vẫn là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến THKG giai đoạn nặng. **Kết luận:** Tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân nữ cao tuổi mắc THKG là cao. HCCH, đặc biệt là tăng triglyceride, có liên quan chặt chẽ đến mức độ nặng của tổn thương khớp gối trên X-quang.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa, thoái hoá khớp gối, người cao tuổi, nữ giới, Kellgren–Lawrence.

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN METABOLIC SYNDROME AND THE SEVERITY OF KNEE OSTEOARTHRITIS IN ELDERLY FEMALE PATIENTS

Background: Metabolic syndrome (MetS) is a potential risk factor associated with increased severity of knee osteoarthritis (KOA); however, there is a paucity of research specifically targeting older female populations in Vietnam. **Objective:** To investigate the prevalence of MetS and examine the association between MetS components and radiographic severity of KOA in women aged ≥ 60 years. **Subjects and**

Methods: This was a cross-sectional descriptive study conducted from September 2024 to January 2025 at the Geriatrics Outpatient Clinic, University Medical Center Ho Chi Minh City. A total of 267 women aged ≥ 60 years diagnosed with KOA based on ACR 1986 criteria were included. MetS was defined according to the 2009 Joint Interim Statement criteria. Radiographic severity of KOA was assessed using the Kellgren–Lawrence (KL) grading system. **Results:** The prevalence of MetS among female patients with knee osteoarthritis was 66,3%. In patients with advanced KL stages, the prevalence of MetS, increased waist circumference, and elevated triglyceride levels was 76,9%, 86,2%, and 66,2%, respectively; all significantly higher than those observed in patients with early KL stages (56,2%, 73,0%, and 51,8%, respectively). In multivariate analysis adjusted for age and BMI, MetS (OR = 2,27; 95% CI: 1,29–4,00; $p = 0,004$) and elevated triglycerides (OR = 1,72; 95% CI: 1,04–2,85; $p = 0,035$) remained independently associated with severe KOA. **Conclusion:** The prevalence of MetS is high among older women with KOA. MetS, particularly elevated triglyceride levels, is independently associated with greater radiographic severity of KOA.

Keywords: Metabolic syndrome, knee osteoarthritis, elderly, women, Kellgren–Lawrence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉ lệ hiện mắc THKG ở gia tăng theo tuổi và trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật ở người cao tuổi (NCT)⁵. Những tổn thương từ THKG biểu hiện bằng các đặc điểm chính là đau, cứng khớp và suy giảm hoạt động chức năng, đặc biệt là ở NCT³. Phân độ THKG Kellgren–Lawrence dựa trên tổn thương trên X-quang thường qui, phân làm 4 giai đoạn từ nhẹ tới nặng tương ứng từ 1 đến 4. Theo “Tiêu chuẩn JIS 2009” dựa trên đồng thuận chung của các Hiệp hội, HCCH là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi tăng vòng eo, tăng triglyceride máu, giảm lipoprotein mật độ cao, tăng huyết áp và tăng đường huyết, HCCH được chẩn đoán khi có ≥ 3 trong 5 tiêu chí này. Theo kết quả từ các nghiên cứu trong và ngoài nước, tỉ lệ HCCH cũng như THKG tăng dần theo tuổi và cao hơn ở giới nữ so với nam. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy hội chứng chuyển hóa có liên quan đến sự gia tăng tỉ lệ mới mắc và sự tiến triển của THKG^{3,8}. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu riêng trên đối tượng người cao tuổi và nữ giới, vì vậy nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với mục tiêu khảo sát tỉ lệ hội chứng

¹Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất, Bộ Y tế

³Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Công

Email: cong1608@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

chuyển hoá và mối liên quan giữa HCCH cùng các thành phần của nó với mức độ nặng của thoái hóa khớp gối trên X-quang ở bệnh nhân nữ cao tuổi thoái hóa khớp gối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.2. Thời gian thực hiện: Từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 01 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nữ ≥ 60 tuổi được chẩn đoán thoái hóa khớp gối đến khám tại phòng khám Lão khoa Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

2.4. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ:

$$N \geq Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: $p = 0,5$; $d = 0,06$; $z = 1,96$. p là tỉ lệ mắc HCCH trong nhóm nữ cao tuổi THKG, tính ra cỡ mẫu tối thiểu là 267 người bệnh.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục

2.6. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Tiêu chuẩn nhận vào: bệnh nhân nữ ≥ 60 tuổi, được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn ACR 1986, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh có: (1) tiền sử chấn thương khớp gối, đã phẫu thuật thay khớp gối, đoạn chi dưới; (2) tiền sử bệnh lý viêm khớp khác (viêm khớp vảy nến, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp nhiễm trùng, lao khớp, gút); (3) mắc các bệnh

tâm thần hoặc không có khả năng trả lời câu hỏi.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân sẽ được thu thập các thông tin (tuổi, nơi cư trú, trình độ học vấn, mức độ đau, mức độ cứng khớp gối và giới hạn các hoạt động chức năng). Khám lâm sàng ghi nhận dấu hiệu sinh tồn, cân nặng, chiều cao, vòng eo, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương. Thu thập kết quả xét nghiệm máu thỏa tiêu chuẩn nhịn ăn ít nhất 8 giờ trước lấy máu (glucose, cholestrol toàn phần, triglyceride, LDL-c, HDL-c). Mức độ nặng của thoái hóa khớp gối được xác định bởi bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm.

2.8. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và lưu trữ bằng phần mềm Excel 2016 và xử lý phân tích bằng phần mềm Stata 14. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh các tỉ lệ bằng kiểm định chi bình phương (hiệu chỉnh Fisher). Kiểm định t để so sánh các biến định lượng phân phối bình thường. Phân tích hồi quy logistic đa biến nhằm xác định yếu tố nguy cơ độc lập. Khác biệt có nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 2052/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 23 tháng 08 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận được 267 bệnh nhân nữ ≥ 60 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

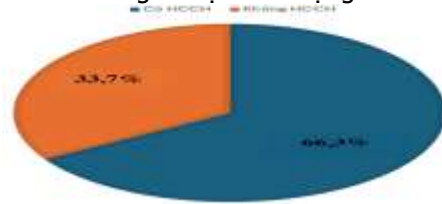
Các yếu tố		Tổng (n=267)	Có HCCH (n=177)	Không có HCCH (n=90)	p
Đặc điểm nhân khẩu học và nhân trắc học					
Tuổi trung bình (tuổi)		70,3 $\pm$ 7,1	71,3 $\pm$ 6,8	68,5 $\pm$ 7,3	0,003
Nơi cư trú	Thành thị	77 (28,8)	43 (24,3)	34 (37,8)	0,021
	Nông thôn	190 (71,2)	134 (75,7)	56 (62,2)	
Trình độ học vấn	$\leq$ Cấp 1	116 (43,5)	76 (42,9)	40 (44,4)	0,395
	Cấp 2	93 (34,8)	66 (37,3)	27 (30,0)	
	$\geq$ Cấp 3	58 (21,7)	35 (19,8)	23 (25,6)	
Tình trạng hôn nhân	Còn vợ/chồng	160 (59,9)	100 (56,5)	60 (66,7)	0,109
	Độc thân/goá/ly dị	107 (40,1)	77 (43,5)	30 (33,3)	
Tình trạng gia đình	Sống chung	251 (94,0)	167 (94,4)	84 (93,3)	0,741
	Sống một mình	16 (6,0)	10 (5,6)	6 (6,7)	
Chiều cao (cm)		153,0 $\pm$ 4,5	152,9 $\pm$ 4,6	153,0 $\pm$ 4,4	0,871
Cân nặng (kg)		56,5 $\pm$ 8,5	58,0 $\pm$ 8,4	53,6 $\pm$ 8,1	<0,001
BMI (kg/m ²)		24,1 $\pm$ 3,3	24,8 $\pm$ 3,3	22,9 $\pm$ 3,1	<0,001
Phân loại BMI	Nhẹ cân	9 (3,4)	4 (2,3)	5 (5,6)	<0,001
	Bình thường	89 (33,3)	45 (25,4)	44 (48,9)	
	Thừa cân	70 (26,2)	53 (29,9)	17 (18,9)	
	Béo phì	99 (37,1)	75 (42,4)	24 (26,7)	
Vòng eo (cm)		86,7 $\pm$ 8,0	88,3 $\pm$ 7,6	83,6 $\pm$ 7,8	<0,001

Đặc điểm lâm sàng				
Suy yếu	122 (42,0)	84 (47,5)	28 (31,1)	0,011
Điểm đau theo VAS	3,3±1,5	3,4±1,4	3,0±1,5	0,021
Điểm đau theo WOMAC	6,2±3,6	6,5±3,6	5,6±3,4	0,043
Điểm cứng khớp theo WOMAC	2,0±1,3	2,0±1,4	2,0±1,3	0,875
Điểm giới hạn vận động theo WOMAC	29,6±10,7	30,4±11,1	28,2±9,8	0,12
Tổng điểm WOMAC	37,9±13,6	38,9±14,1	35,8±12,2	0,081

* BMI: Body Mass Index, VAS: Visual Analog Scale, HDL-c: High Density Lipoprotein cholesterol, LDL-c: Low Density Lipoprotein cholesterol, HCCH: Hội chứng chuyển hoá, HATT: huyết áp tâm thu, HATTtr: huyết áp tâm trương.

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $70,3 \pm 7,1$ tuổi, đa phần cư trú tại nông thôn và sống cùng gia đình, trình độ học vấn chủ yếu dưới cấp 3. Chiều cao khá tương đồng giữa 2 nhóm, trong khi cân nặng ở nhóm có HCCH cao hơn nhóm không có HCCH ($58,0 \pm 8,4$ so với $53,6 \pm 8,1$; $p < 0,001$), BMI ở nhóm có HCCH cũng cao hơn có ý nghĩa. Theo phân loại BMI, nhẹ cân chỉ chiếm tỉ lệ thấp và béo phì chiếm tỉ lệ cao nhất. Tình trạng suy yếu cũng phổ biến (42%) và đặc biệt cao hơn ở nhóm có HCCH ($p=0,011$). Điểm đau trung bình theo thang

điểm VAS là $3,3 \pm 1,5$ điểm, theo WOMAC $29,6 \pm 10,7$ điểm và đều cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có HCCH. Tuy nhiên điểm giới hạn vận động, điểm cứng khớp và tổng điểm WOMAC thì không có sự khác biệt giữa hai nhóm.



Biểu đồ 1. Tỉ lệ hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nữ cao tuổi thoái hóa khớp gối

Nhìn chung, tỉ lệ hội chứng chuyển hoá ở nhóm bệnh nhân nữ cao tuổi thoái hoá khớp gối tương đối cao, chiếm 66,3% dân số nghiên cứu.

Bảng 2. So sánh đặc điểm hội chứng chuyển hoá ở bệnh nhân nữ cao tuổi thoái hoá khớp gối

Đặc điểm	Cả nhóm (n=267)	Giai đoạn X-quang sớm* (n=137)	Giai đoạn X-quang muộn* (n=130)	p
n (%)				
Hội chứng chuyển hoá	177 (66,3)	77 (56,2)	100 (76,9)	<0,001
Tăng huyết áp	194 (72,7)	97 (70,8)	97 (74,62)	0,97
Tăng vòng eo	212 (79,4)	100 (73,0)	112 (86,2)	0,008
Tăng đường huyết	134 (50,2)	66 (48,2)	68 (52,3)	0,500
Giảm HDL	130 (48,7)	63 (46,0)	67 (51,5)	0,364
Tăng Triglyceride	157 (58,8)	71 (51,8)	86 (66,2)	0,017

* Phân độ THKG Kellgren-Lawrence dựa trên tổn thương trên X-quang khớp gối với giai đoạn X-quang sớm tương ứng với KL 1 và 2, giai đoạn X-quang muộn tương ứng với KL 3 và 4.

Bệnh nhân thoái hoá khớp gối ở giai đoạn X-quang muộn có tỉ lệ HCCH cao hơn so với nhóm giai đoạn X-quang sớm (76,9% so với 56,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Nhóm giai đoạn X-quang muộn có tỉ lệ tăng huyết áp, tăng vòng eo, tăng đường huyết, giảm HDL và tăng Triglyceride đều cao hơn nhóm giai đoạn X-quang sớm, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê ở thành phần tăng vòng eo (86,2% so với 73,0%, $p=0,008$) và tăng Triglyceride (66,2% so với 51,8%, $p=0,017$).

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến hội chứng chuyển hoá và các thành phần với kết cục là giai đoạn X-quang muộn

Yếu tố	Đơn biến		Đa biến**	
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Hội chứng chuyển hoá	2,60 (1,53-4,41)	<0,001	2,27 (1,29-4,00)	0,004
Tăng huyết áp	1,21 (0,71-2,08)	0,485	-	-
Tăng vòng eo	2,30 (1,23-4,30)	0,009	1,56 (0,71-3,45)	0,271
Tăng đường huyết	1,18 (0,73-1,91)	0,500	-	-
Giảm HDL	1,25 (0,77-2,02)	0,364	-	-
Tăng Triglyceride	1,82 (1,11-2,98)	0,018	1,72 (1,04-2,85)	0,035
Số thành phần HCCH	1,31 (1,07-1,60)	0,008	1,21 (0,97-1,50)	0,086

* KTC: khoảng tin cậy

** Đa biến: hiệu chỉnh theo tuổi, BMI

Ở bệnh nhân nữ cao tuổi thoái hóa khớp gối mắc HCCH, nguy cơ tiến triển đến giai đoạn X-quang muộn tăng đáng kể (OR = 2,60; KTC 95%: 1,53-4,41; $p < 0,01$). Tăng vòng eo và tăng triglyceride làm tăng nguy cơ giai đoạn X-quang muộn với OR lần lượt là 2,30 và 1,32. Ngoài ra, số lượng thành phần HCCH cũng liên quan đến nguy cơ này, với mỗi thành phần làm tăng nguy cơ lên 1,31 lần (OR = 1,31; KTC 95%: 1,07-1,60; $p = 0,008$). Sau khi phân tích đa biến, hiệu chỉnh với tuổi và BMI, HCCH và tăng triglyceride vẫn giữ được mối liên quan có ý nghĩa với tiến triển đến giai đoạn X-quang muộn, với OR = 2,27 (KTC 95%: 1,29-4,00; $p = 0,004$) cho HCCH và OR = 1,72 cho thành phần tăng triglyceride.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 09/2024 đến tháng 01/2025, chúng tôi thu thập được 267 bệnh nhân nữ ≥ 60 tuổi có thoái hóa khớp gối đến khám tại phòng khám Lão khoa, với tuổi trung bình là $70,3 \pm 7,1$. Tuổi trung bình ở nhóm có HCCH cao hơn đáng kể so với nhóm không HCCH ($71,3 \pm 6,8$ so với $68,5 \pm 7,3$; $p = 0,003$), cho thấy tuổi cao có thể là yếu tố nguy cơ liên quan đến HCCH. Nơi cư trú cũng có sự khác biệt đáng kể ($p = 0,021$), với tỉ lệ sống ở nông thôn cao hơn trong nhóm có HCCH. Các chỉ số nhân trắc học như cân nặng, BMI và vòng eo đều cao hơn rõ rệt ở nhóm có HCCH ($p < 0,001$). Đặc biệt, chỉ số BMI trung bình ở nhóm có HCCH cao hơn nhóm không HCCH ($24,8 \pm 3,3$ so với $22,9 \pm 3,1$), tỉ lệ béo phì và thừa cân cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê. Đây là những yếu tố đặc trưng của HCCH, phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân và tình trạng gia đình không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Về đặc điểm lâm sàng, suy yếu ghi nhận được có tỉ lệ cao hơn ở nhóm có HCCH (47,5% so với 31,1%; $p = 0,011$), cho thấy mối liên quan giữa HCCH và sự suy giảm chức năng ở NCT. Điểm đau theo thang VAS và WOMAC đều cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có HCCH ($p = 0,021$ và $p = 0,043$ tương ứng), phản ánh mức độ đau tăng ở nhóm bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa. Tuy nhiên, các yếu tố khác như điểm cứng khớp, điểm giới hạn vận động và tổng điểm WOMAC không có sự khác biệt rõ ràng ($p > 0,05$). Huyết áp tâm thu (HATT) ở nhóm có HCCH cao hơn rõ rệt ($140,0 \pm 21,4$ mmHg so với $132,7 \pm 17,3$ mmHg; $p = 0,006$), trong khi HATT trung bình gần như không có sự khác biệt. Về mặt cận lâm

sàng, đường huyết và các thành phần lipid máu cho thấy nhiều điểm khác biệt đáng kể. Đường huyết ở nhóm có HCCH cao hơn rõ rệt ($6,8 \pm 1,9$ mmol/L so với $5,4 \pm 0,8$ mmol/L; $p < 0,001$), HDL-c thấp hơn và Triglyceride cao hơn ở nhóm có HCCH ($p < 0,001$), đây đều là các tiêu chí then chốt trong chẩn đoán HCCH. Ngược lại, cholesterol toàn phần và LDL-c không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ($p > 0,05$) vì chúng không phải là yếu tố đặc trưng trong phân nhóm bệnh nhân HCCH.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân nữ cao tuổi bị thoái hóa khớp gối là 66,3%, cao hơn so với tỉ lệ 53,7% được báo cáo trong nghiên cứu của Maura Fernandes Franco⁴. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng đối tượng nghiên cứu của Franco là dân số người cao tuổi nói chung, không phân biệt giới tính, trong khi nghiên cứu của chúng tôi tập trung hoàn toàn vào nữ giới – nhóm đối tượng vốn được ghi nhận có nguy cơ mắc HCCH cao hơn nam giới trong nhiều nghiên cứu trước đây. Do đó, sự khác biệt này là hợp lý và phản ánh đúng xu hướng dịch tễ học của HCCH theo giới tính. Khi so sánh với nghiên cứu của Marko Nemet⁶, tỉ lệ HCCH ở nữ giới bị THKG lên đến 80%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, cần thận trọng khi diễn giải kết quả này bởi cỡ mẫu nghiên cứu của Nemet chỉ bao gồm 25 bệnh nhân nữ mắc THKG, do đó có thể chưa đủ đại diện để đưa ra kết luận mang tính khái quát cao. Sự khác biệt về cỡ mẫu, độ tuổi, đặc điểm dân số và tiêu chuẩn chẩn đoán có thể là yếu tố ảnh hưởng đến sự chênh lệch về tỉ lệ HCCH giữa các nghiên cứu.

Tỉ lệ HCCH, tăng vòng eo và tăng triglyceride cao hơn ở nhóm THKG giai đoạn muộn so với giai đoạn sớm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của tác giả Sara F. Samaan và cộng sự⁷. Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Mai¹ và Trương Thiện Ân², ngoài HCCH và tăng vòng eo, còn cho thấy mối liên quan giữa tăng huyết áp và tăng đường huyết với hai nhóm giai đoạn X-quang. Tuy nhiên, các thành phần tăng huyết áp và tăng đường huyết không có sự khác biệt rõ ràng giữa các giai đoạn THKG trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể do các yếu tố này phổ biến ở người cao tuổi và không đặc hiệu cho mức độ nặng của THKG. Kết quả cho thấy HCCH là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với tiến triển cấu trúc của thoái hóa khớp gối, ngay cả sau khi điều chỉnh cho tuổi và BMI – hai yếu tố nguy cơ truyền thống đã được ghi nhận. Điều này củng cố giả thuyết rằng HCCH, thông qua cơ chế viêm hệ