

của tình trạng ứ dịch, thường gặp trên suy tim mất bù cấp, liên quan đến mức độ nặng của các triệu chứng lâm sàng và xuất hiện ở giai đoạn muộn của suy tim [5].

4.3. Giá trị tiên lượng của hạ natri máu.

Tỷ lệ tái nhập viện, biến cố gộp trên dân số nghiên cứu vẫn cao, tuy nhiên thấp hơn ở nhóm hạ natri máu. Nghiên cứu của Hamaguchi và cộng sự cũng ghi mỗi liên quan giữa hạ natri máu và kết cục bất lợi ngắn và dài hạn [5]. Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phan Nguyên Dương cũng ghi nhận hạ natri máu tại thời điểm xuất viện là yếu tố tiên lượng tử vong trong 60 ngày với HR = 4,74 (p = 0,006) [4]. Như vậy, natri máu thấp vẫn là dấu hiệu cảnh báo nguy cơ, nhưng riêng lẻ không đủ mạnh để tiên lượng các biến cố ngắn hạn. Nghiên cứu này còn một số hạn chế: (1) thời gian theo dõi ngắn; (2) không khảo sát nguyên nhân hạ natri; (3) không ghi nhận natri máu xuất viện, không đánh giá thuốc và các phương pháp điều trị, là yếu tố quyết định liên quan đến tiên lượng.

V. KẾT LUẬN

Hạ natri máu khá phổ biến (36,4%) bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm và giảm nhẹ nhập viện, chủ yếu mức độ nhẹ. Tỷ lệ các kết cục do mọi nguyên nhân trong 90 ngày sau khi nhập viện trên bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm và giảm nhẹ là tử vong 4%, tái nhập viện 39,2% và biến cố gộp 43,2%. Hạ natri máu ≤ 130 mmol/L là yếu tố tiên lượng biến cố ngắn hạn trong phân tích hồi quy logistic, trong khi tiền căn bệnh mạch vành là yếu tố dự báo mạnh hơn theo hồi quy Cox.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lippi G, Sanchis-Gomar F.** Global epidemiology and future trends of heart failure. AME Med J. 2020;5. Doi:10.21037/amj.2020.03.03.
2. **Chioncel O, Lainscak M, Harjola VP, et al.** Epidemiology and one-year outcomes in patients with chronic heart failure and preserved, mid-range and reduced ejection fraction: an analysis of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. Eur J Heart Fail. 2017;19(12):1574–85.
3. **Gheorghiade M, Abraham WT, O'Connor C M, et al.** Relationship between admission serum sodium concentration and clinical outcomes in patients hospitalized for heart failure: an analysis from the OPTIMIZE-HF registry. European heart journal. 2007;28(8):980-8.
4. **Nguyễn Phan Nguyên Dương, Trần Việt An, Bùi Thế Dũng.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng tử vong ngắn hạn của hạ natri máu ở bệnh nhân suy tim mạn phân suất tống máu giảm tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023(61):42-9
5. **Hamaguchi S, Kinugawa S, Ishimori N, et al.** Hyponatremia is an independent predictor of adverse clinical outcomes in hospitalized patients due to worsening heart failure. J Cardiol. 2014;63(3):182-8
6. **McDonagh T A, Metra M, Böhm M, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726.
7. **Spasovski G, Vanholder R, Bichet D, et al.** Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. Eur J Endocrinol. 2014;170(3):G1-47.
8. **Nguyễn Quỳnh Dao.** Khảo sát tình hình hạ natri máu và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân suy tim cấp lúc nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, ĐH Y Dược tp Hồ Chí Minh. 2023. p44-62.

TỈ LỆ SUY YẾU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI GÂY LÚN ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Thị Thùy Trang¹, Nguyễn Châu Tuấn²,
Đặng Ngọc Sơn², Trịnh Thị Bích Hà^{1,2}, Cao Thanh Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Tổng quan: Gãy lún đốt sống (GLĐS) là một trong những hậu quả nghiêm trọng của loãng xương thường gặp trên lâm sàng. Hậu quả GLĐS gây đau

mạn tính, suy giảm chức năng vận động và gia tăng tỉ lệ suy yếu ở người cao tuổi. Tại Việt Nam hiện nay, những dữ liệu về suy yếu trên bệnh nhân GLĐS, cũng như đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm gãy với tình trạng chức năng vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ suy yếu và phân tích các yếu tố liên quan đến suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 187 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán GLĐS do loãng xương tại phòng khám Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ 9/2024 đến 6/2025. Đối tượng nghiên cứu được đánh giá suy yếu bằng thang suy yếu lâm sàng CFS, ghi nhận đặc điểm trên X-

¹Trường Y – Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Châu Tuấn

Email: tuan.nc2@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

quang cột sống ngực – thắt lưng và các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tuổi trung vị của đối tượng nghiên cứu là 74 (68–80), tỉ lệ nữ/nam = 9/1. Tỉ lệ suy yếu (CFS ≥ 5) là 62%. Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố liên quan với suy yếu gồm: gãy từ 3 đốt sống trở lên (OR=3,61; KTC 95% 1,06–12,26; $p=0,04$), gãy đốt sống mức độ 3 (OR=4,58; KTC 95% 1,67–12,54; $p<0,001$), tuổi ≥ 80 (OR=17,57; KTC 95% 4,06–75,85; $p<0,001$), tiền căn té ngã (OR=3,97; KTC 95% 1,58–9,96; $p=0,003$) và tình trạng đa thuốc (OR=3,57; KTC 95% 1,31–9,69; $p=0,013$). **Kết luận:** Suy yếu có tỉ lệ cao ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương. Gãy đốt sống mức độ nặng, gãy nhiều đốt sống cùng với các yếu tố: đại lão (≥ 80), tiền sử té ngã, sử dụng đa thuốc là những yếu tố liên quan đến suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương. Bác sĩ lâm sàng cần chú trọng đánh giá và quản lý hội chứng suy yếu ở nhóm bệnh nhân này nhằm cải thiện kết cục.

Từ khóa: Gãy lún đốt sống, loãng xương người cao tuổi, suy yếu.

SUMMARY

PREVALENCE OF FRAILTY AND ITS DETERMINANTS IN ELDERLY PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES

Background: Vertebral compression fractures (VCFs) are among the most serious clinical consequences of osteoporosis. They are associated with chronic pain, reduced mobility and functional decline, and an increased prevalence of frailty in older adults. In Vietnam, however, contemporary data on frailty among patients with VCFs—as well as evaluations of the relationship between fracture characteristics and functional status—remain limited. Accordingly, this study was undertaken to determine the prevalence of frailty and to analyze factors associated with frailty among older patients with osteoporotic VCFs. **Methods:** This cross-sectional descriptive study enrolled 187 patients aged ≥ 60 years diagnosed with osteoporotic vertebral compression fractures (VCFs) at the musculoskeletal/rheumatology outpatient clinic of the University Medical Center Ho Chi Minh City, from September 2024 to June 2025. Frailty was assessed using the Clinical Frailty Scale (CFS), and thoracolumbar spine radiographic characteristics and related factors were recorded. **Results:** The median age was 74 years (IQR 68–80), with a female-to-male ratio of 9:1. The prevalence of frailty (CFS ≥ 5) was 62%. In multivariable analysis, factors associated with frailty included having fractures in ≥ 3 vertebrae (OR 3.61; 95% CI 1.06–12.26; $p=0.04$), Genant grade-3 (severe) vertebral fractures (OR 4.58; 95% CI 1.67–12.54; $p<0.001$), age ≥ 80 years (“oldest-old”) (OR 17.57; 95% CI 4.06–75.85; $p<0.001$), history of falls (OR 3.97; 95% CI 1.58–9.96; $p=0.003$), and polypharmacy (OR 3.57; 95% CI 1.31–9.69; $p=0.013$). **Conclusions:** Frailty is highly prevalent among older adults with osteoporotic VCFs. Severe vertebral fracture grade, multiple-level involvement, oldest-old age (≥ 80 years), a prior history of falls, and polypharmacy are independently associated with frailty in this population. Clinicians should prioritize

systematic evaluation and management of frailty in these patients to improve outcomes.

Keywords: Vertebral fractures, elderly osteoporosis, frailty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy lún đốt sống (GLĐS) là một trong những hậu quả thường gặp của loãng xương ở người cao tuổi, với tỉ lệ khoảng 20–25% ở người trên 65 tuổi và tăng đến 40% ở người trên 80 tuổi.¹ GLĐS không chỉ gây đau mạn tính, biến dạng cột sống, giảm khả năng vận động, tăng tỉ lệ tàn tật, giảm chất lượng cuộc sống mà còn làm tăng nguy cơ tử vong.²

Suy yếu là một hội chứng lão khoa thường gặp ở người cao tuổi với tỉ lệ hiện mắc dao động từ 4–17% ở người ≥ 65 tuổi và có xu hướng tăng dần theo tuổi.³ Người cao tuổi suy yếu có nguy cơ cao gặp các kết cục bất lợi.³ Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy có mối liên hệ mật thiết giữa hội chứng suy yếu và gãy xương do loãng xương.⁴

Tuy nhiên tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá suy yếu liên quan đến bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương vẫn còn rất hạn chế. Việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và chức năng ở nhóm đối tượng này có ý nghĩa quan trọng trong việc phát hiện sớm tình trạng suy yếu, bổ sung khoảng trống dữ liệu trong y văn, qua đó giúp triển khai các biện pháp can thiệp phù hợp nhằm hạn chế biến chứng và cải thiện tiên lượng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, theo dõi dọc.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2024 đến hết tháng 06/2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp, 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

$$N = \frac{Z^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}}{\left(1 - \frac{\alpha}{2}\right)}$$

Chọn $p = 0,56$, tỉ lệ suy yếu ở nhóm GLĐS theo nghiên cứu của tác giả Ong và cộng sự, với $\alpha = 0,05$, $d = 0,08$, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 163.⁵

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục
Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, được chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của WHO năm 1994 có T score $\leq -2,5$ SD, đồng thời được chẩn đoán GLĐS theo phương pháp bán định lượng của Genant trên phim X-quang cột sống ngực - thắt lưng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân GLĐS do nguyên nhân chấn thương mạnh hoặc đang có tình trạng bệnh lý cấp tính, bệnh nội khoa nặng.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân sẽ được thu thập thông tin nhân trắc học, hỏi bệnh sử, ghi nhận bệnh đồng mắc, tình trạng đa thuốc, tiền căn té ngã, phụ thuộc hoạt động chức năng cơ bản (ADL), phụ thuộc hoạt động chức năng sinh hoạt (IADL), đánh giá suy yếu, ghi nhận kết quả X quang cột sống ngực – thắt lưng. Trong đó:

Suy yếu: Được đánh giá dựa vào thang điểm suy yếu lâm sàng Canada (Clinical Frailty Scale - CFS). CFS gồm 9 mức độ: 1 - rất khỏe, 2 - khỏe, 3 - sức khỏe ổn định, 4 - dễ tổn thương, 5 - suy yếu nhẹ, 6 - suy yếu trung bình, 7 - suy yếu nặng, 8 - suy yếu rất nặng, 9 - bệnh giai đoạn cuối. Sau đó phân thành biến nhị giá để phân tích, điểm số ≥ 5 được coi là suy yếu. Bệnh nhân được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau lần thăm khám đầu tiên.

Gãy lún đốt sống và đặc điểm trên X quang: Được xác định là có khi giảm 20% chiều cao thân sống trước, giữa hoặc sau so với phần không bị ảnh hưởng. Nếu có GLĐS sẽ ghi nhận thêm số lượng, vị trí, kiểu gãy, độ nặng theo Genant của các đốt sống gãy.

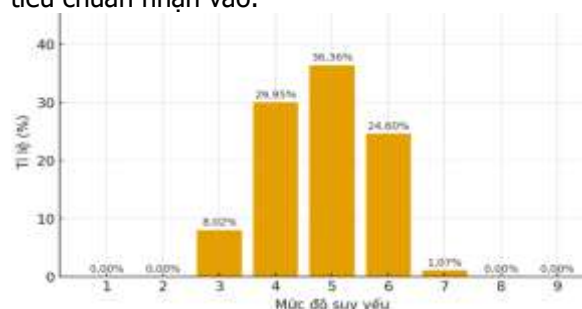
2.7. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 17.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị

(khoảng tứ phân vị) (phân phối không chuẩn). Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Kiểm định t để so sánh các biến định lượng phân phối bình thường. Hồi quy logistic để xác định mối liên quan giữa các đặc điểm GLĐS với suy yếu. Khác biệt có nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. 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 TP. Hồ Chí Minh, số 2048/HĐĐĐ ngày 20 tháng 08 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu nhận được 187 bệnh nhân ≥ 60 tuổi GLĐS thỏa tiêu chuẩn nhận vào.



Biểu đồ 1. Mức độ suy yếu theo thang điểm CFS

Về phân mức độ thang điểm CFS, nghiên cứu ghi nhận phần lớn bệnh nhân rơi vào nhóm tiền suy yếu – suy yếu trung bình (CFS 4–6). Trong đó CFS 5 (suy yếu nhẹ) chiếm tỉ lệ cao nhất (36,4%), tiếp theo là CFS 4 (30,0%) và CFS 6 (24,6%).

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (n=187)

Đặc điểm		Tổng (n=187)	Suy yếu		p
			Có (n=116)	Không (n=71)	
Tuổi*		74 (68 – 80)	76 (69 – 83)	68 (65 – 72)	<0,001 ^c
Nhóm tuổi	Từ 60 đến 69 tuổi	71 (38)	43 (37,1)	39 (54,9)	<0,001 ^a
	Từ 70 đến 79 tuổi	70 (37,4)	41 (35,3)	29 (40,8)	
	Từ 80 tuổi trở lên	46 (24,6)	32 (27,6)	3 (4,2)	
Giới tính	Nam	26 (14)	18 (15,5)	8 (11,3)	0,415 ^a
	Nữ	161 (86)	98 (84,5)	63 (88,7)	
Hút thuốc lá		15 (8)	8 (6,9)	7 (9,9)	0,469 ^a
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	4 (2,14)	2 (1,72)	2 (2,82)	0,635 ^b
	Có người chăm sóc	183 (97,86)	114 (98,28)	69 (97,18)	
BMI		22,73 $\pm$ 3,58	22,86 $\pm$ 3,67	22,51 $\pm$ 3,44	0,519 ^d
Phân nhóm BMI	Gầy	19 (10,2)	13 (11,2)	6 (8,5)	0,397 ^a
	Bình thường	88 (47,1)	52 (44,8)	36 (50,7)	
	Thừa cân	38 (20,3)	21 (18,1)	17 (23,9)	
	Béo phì	42 (22,5)	30 (25,9)	12 (17)	

^aKiểm định Chi bình phương; ^bKiểm định chính xác Fisher; ^cKiểm định Mann-Whitney;

^dKiểm định t không bắt cặp với phương sai bằng nhau; *Trung vị – Khoảng tứ phân vị

Tuổi trung vị trong nhóm suy yếu là 76 (69–83) cao hơn ở nhóm không suy yếu là 68 (65–72) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2. Đặc điểm lão khoa của dân số nghiên cứu (n = 187)

Đặc điểm mẫu NC	Tổng (N=187)	Suy yếu		p
		Có (n=116)	Không (n=71)	
Phụ thuộc ADL	56 (30)	56 (48,3)	0	<0,001 ^a
Phụ thuộc IADL	119 (63,6)	112 (96,6)	7 (9,9)	<0,001 ^a
Tiền căn té ngã	65 (34,8)	52 (44,8)	13 (18,3)	<0,001 ^a
Tăng huyết áp	122 (65,2)	85 (73,3)	37 (52,1)	0,003 ^a
Đái tháo đường	56 (30)	40 (34,5)	16 (22,5)	0,083 ^a
Bệnh thận mạn	24 (12,8)	22 (19,0)	2 (2,8)	0,001 ^a
Thoái hóa khớp gối	76 (40,6)	54 (46,6)	22 (31,0)	0,035 ^a
Thoái hóa cột sống	177 (94,7)	108 (93,1)	69 (97,2)	0,323 ^b
Suy dẫn tĩnh mạch chi dưới	63 (33,7)	40 (34,5)	23 (32,4)	0,769 ^a
Đa thuốc	148 (79,1)	101 (87,1)	47 (66,2)	0,001 ^a

^aKiểm định Chi bình phương ^bKiểm định chính xác Fisher

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu độc lập trong hoạt động chức năng ADL. Tỷ lệ bệnh nhân phụ thuộc IADL chiếm 63,6%. Nhóm suy yếu có tỷ lệ bệnh nhân phụ thuộc ADL, IADL cao hơn có ý nghĩa thống kê nhóm không suy yếu. Tăng huyết áp, bệnh thận mạn, thoái hóa khớp gối có tỷ lệ thấp hơn ở nhóm không suy yếu, các khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và X quang trên bệnh nhân cao tuổi gãy lún đốt sống (n=187)

Đặc điểm		Tổng (N=187)	Suy yếu		p
			Có (n=116)	Không (n=71)	
Mức độ đau (VAS)		4,52 ± 1,28	4,63 ± 1,28	4,35 ± 1,29	0,153 ^d
Thời gian đau	Cấp	21 (11,2)	14 (12,1)	7 (9,9)	0,819 ^a
	Bán cấp	26 (13,9)	15 (12,9)	11 (15,5)	
	Mạn	140 (74,9)	87 (75,0)	53 (74,6)	
Số lượng đốt sống gãy*		2 (1-3)	2 (1-3)	1 (1-2)	<0,001 ^c
Phân nhóm số đốt sống gãy	Một	99 (52,9)	50 (43,1)	49 (69)	0,001 ^a
	Hai	52 (27,8)	35 (30,2)	17 (23,9)	
	Từ ba trở lên	36 (19,3)	31 (26,7)	5 (7)	
Độ nặng đốt sống gãy	Độ 1	54 (29)	22 (19)	32 (45,1)	<0,001 ^a
	Độ 2	77 (41,2)	47 (40,5)	30 (42,3)	
	Độ 3	56 (30)	47 (40,5)	9 (12,7)	

^aKiểm định Chi bình phương; ^bKiểm định chính xác Fisher; ^cKiểm định Mann-Whitney;^dKiểm định t không bắt cặp với phương sai bằng nhau; *Trung vị - Khoảng tứ phân vị

Nhóm suy yếu có số lượng đốt sống gãy, độ nặng đốt sống gãy cao hơn có ý nghĩa thống kê nhóm không suy yếu ($p < 0,001$).

Bảng 4. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến xác định các yếu tố độc lập liên quan đến suy yếu

Đặc điểm		Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
		OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi	Từ 60 đến 69 tuổi	1	-	1	-
	Từ 70 đến 79 tuổi	1,72 (0,88 – 3,36)	0,110	1,65 (0,73 – 3,77)	0,23
	Từ 80 tuổi trở lên	17,47 (4,95 – 61,60)	<0,001	17,57 (4,06 – 75,85)	<0,001
Tiền căn té ngã		3,63 (1,79 – 7,33)	<0,001	3,97 (1,58 – 9,96)	0,003
Tăng huyết áp		2,52 (1,35 – 4,69)	0,004	1,45 (0,64 – 3,32)	0,376
Bệnh thận mạn		8,07 (1,84 – 35,49)	0,006	3,37 (0,58 – 19,57)	0,175
Thoái hóa khớp gối		1,94 (1,04 – 3,61)	0,037	1,85 (0,82 – 4,17)	0,139
Đa thuốc		3,44 (1,65 – 7,16)	0,001	3,57 (1,31 – 9,69)	0,013
Độ nặng đốt sống gãy	Độ 1	1	-	1	-
	Độ 2	2,28 (1,12 – 4,64)	0,023	2,4 (0,94 – 6,15)	0,069
	Độ 3	7,60 (3,10 – 18,61)	<0,001	4,58 (1,67 – 12,54)	<0,001
Số lượng đốt sống gãy	Một	1	-	1	-
	Hai	2,02 (1,00 – 4,07)	0,050	1,744 (0,71 – 4,26)	0,223
	Từ ba trở lên	6,08 (2,18 – 16,91)	0,001	3,61 (1,06 – 12,26)	0,040

Khi phân tích đơn biến cho thấy có mối liên quan giữa: nhóm tuổi, tiền căn té ngã, đa thuốc, bệnh đồng mắc tăng huyết áp, bệnh thận mạn, thoái hóa khớp gối, độ nặng đốt sống gầy và số lượng đốt sống gầy với tình trạng suy yếu và các biến này được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Phân tích đa biến, các yếu tố: tuổi trên 80, tiền căn té ngã, đa thuốc, độ nặng đốt sống gầy và số lượng đốt sống gầy là những yếu tố liên quan độc lập với tình trạng suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong 187 bệnh nhân GLĐS do loãng xương điều trị ngoại trú, có 116 (62%) bệnh nhân có tình trạng suy yếu theo thang điểm CFS, 56 (30%) bệnh nhân có tình trạng tiền suy yếu và 15 (8%) bệnh nhân không suy yếu.

4.1. Tỷ lệ suy yếu trên bệnh nhân cao tuổi gãy lún đốt sống do loãng xương. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm CFS để đánh giá suy yếu, CFS ≥ 5 được đánh giá là suy yếu, theo đó tỷ lệ suy yếu chúng tôi ghi nhận được là 62%.

Cùng nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi GLĐS và đánh giá suy yếu bằng thang điểm CFS, nhưng nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ suy yếu cao hơn của tác giả Ong và cộng sự tại Anh (2020).⁵ Cụ thể tác giả Ong báo cáo tỷ lệ suy yếu là 56%. Có thể lý giải do sự khác biệt về quần thể, nghiên cứu của chúng tôi đa phần là gãy mạn tính, thời gian bệnh nhân chịu gánh nặng bệnh dài hơn, đau mạn tính kéo dài làm nặng hơn tình trạng suy yếu. Thêm vào đó, về đặc điểm xã hội - y tế ở Việt Nam làm bệnh nhân khó khăn trong việc tiếp nhận phục hồi và chăm sóc tại trung tâm y tế, tăng phụ thuộc vào gia đình dẫn đến tỷ lệ suy yếu cao hơn. Hơn nữa, tỷ lệ suy yếu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ suy yếu trên dân số cao tuổi trong cộng đồng tại Việt Nam (11,2% - 21,7%).⁶ Từ đó gợi ý GLĐS có thể là yếu tố quan trọng làm gia tăng tình trạng suy yếu. Kết quả nghiên cứu này cho thấy suy yếu là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi gãy lún đốt sống do loãng xương. Do đó, cần đánh giá suy yếu cho mọi bệnh nhân cao tuổi sau biến cố GLĐS do loãng xương, nhằm can thiệp sớm và cải thiện tiên lượng bệnh.

4.2. Các yếu tố liên quan suy yếu trên bệnh nhân cao tuổi gãy lún đốt sống do loãng xương. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận ở bệnh nhân cao tuổi gãy lún đốt sống do loãng xương có mối liên quan giữa suy yếu và các yếu tố như tuổi ≥ 80 , tiền sử té ngã, tình trạng đa

thuốc, gãy đốt sống độ 3 và gãy từ 3 đốt sống trở lên. Trong đó, tuổi là yếu tố dự báo mạnh nhất cho tình trạng suy yếu (OR = 17). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy tiền sử té ngã làm tăng khả năng có suy yếu khoảng 4 lần (OR = 3,97; KTC 95%: 1,94–8,13). Tương tự tác giả Middleton và cộng sự, kết quả cho thấy té ngã làm tăng nguy cơ suy yếu khoảng 6 lần (OR = 5,94; KTC 95%: 5,52–6,40; $p < 0,001$).⁷ Kết quả này xác nhận mối liên hệ chặt chẽ giữa tiền sử té ngã và tình trạng suy yếu. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh: suy yếu làm giảm khả năng thăng bằng và sức cơ, gia tăng nguy cơ té ngã; đồng thời, té ngã cũng là yếu tố thúc đẩy suy yếu qua các hậu quả như gãy xương, sợ té và hạn chế vận động.⁷ Ngoài ra, nhóm suy yếu trong nghiên cứu chúng tôi còn có tỷ lệ đa thuốc rất cao (87,1% dùng ≥ 5 loại thuốc, so với 66,2% ở nhóm không suy yếu, $p = 0,001$). Đa thuốc vừa phản ánh tình trạng đa bệnh lý, vừa góp phần làm tăng nguy cơ suy yếu do tương tác thuốc và tác dụng phụ. Sau khi phân tích đa biến, kết quả cho thấy đa thuốc là một yếu tố độc lập làm tăng gấp 3,57 lần khả năng có suy yếu ($p = 0,013$).

Về đặc điểm gãy đốt sống, kết quả nghiên cứu này cho thấy những bệnh nhân gãy nhiều đốt sống và gãy đốt sống ở mức độ nặng có tỷ lệ suy yếu cao hơn. Cụ thể, gãy từ 3 đốt trở lên làm tăng khả năng suy yếu với OR = 3,6; KTC 95%: 1,06 – 12,26; $p = 0,04$. Kết quả này tương đồng với tác giả Kim và cộng sự, trong đó gãy từ ba đốt sống trở lên làm tăng khả năng có suy yếu (OR = 9,21; KTC 95%: 1,53–55,50; $p = 0,015$) ở bệnh nhân cao tuổi loãng xương.⁴ Tương tự, Sahiner và cộng sự cũng ghi nhận rằng bệnh nhân có từ hai đốt sống gãy trở lên có khả năng có suy yếu cao hơn (OR = 2,32; KTC 95%: 1,108–4,879; $p = 0,026$).⁸ Các kết quả này củng cố kết luận rằng gãy nhiều đốt sống có mối liên quan với suy yếu. Gãy đốt sống đa tầng thường gặp ở người loãng xương nặng, đồng nghĩa bệnh nhân đã mang nhiều yếu tố nguy cơ (tuổi cao, nhiều bệnh nền, mật độ xương rất thấp) – đây đều là những yếu tố góp phần vào hội chứng suy yếu. Bên cạnh đó, mức độ gãy lún càng nặng dẫn đến hậu quả đau mạn tính kéo dài, giảm khả năng vận động tăng nguy cơ suy yếu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng suy yếu tăng gấp 4,58 lần ở nhóm bệnh nhân có mức độ gãy đốt sống nặng (độ 3) so với nhóm mức độ gãy nhẹ (độ 1). Kết quả này tương đồng với tác giả Suzuki và cộng sự (2009), những bệnh nhân gãy đốt sống mức độ nặng có xu hướng giảm hoạt động thể chất kéo dài, gần

80% bệnh nhân vẫn còn đau mức trung bình – nặng và hạn chế sinh hoạt sau 1 năm theo dõi.⁹

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương là 62%. Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến tình trạng suy yếu bao gồm: gãy đốt sống mức độ nặng (độ 3), số lượng đốt sống gãy từ ba vị trí trở lên, tuổi ≥ 80 , tiền sử té ngã, tình trạng đa thuốc. Các kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc suy yếu ở nhóm bệnh nhân này để can thiệp sớm, nhằm cải thiện chức năng, giảm nguy cơ biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fink HA, Milavetz DL, Palermo L, et al. What proportion of incident radiographic vertebral deformities is clinically diagnosed and vice versa? Journal of bone and mineral research. 2005; 20(7):1216-1222.
2. Cui L, Chen L, Xia W, et al. Vertebral fracture in postmenopausal Chinese women: a population-based study. Osteoporosis International. 2017;28: 2583-2590.
3. Aydeniz A, Borman P, Cakir T, et al. Frailty prevalence and related factors in the older adult-

4. Kim H-J, Park S, Park S-H, et al. Prevalence of frailty in patients with osteoporotic vertebral compression fracture and its association with numbers of fractures. Yonsei Medical Journal. 2018;59(2):317.
5. Ong T, Sahota O, Gladman J. The Nottingham Spinal Health (NoSH) Study: a cohort study of patients hospitalised with vertebral fragility fractures. Osteoporosis International. 2020;31: 363-370.
6. Nguyen T, Nguyen T, Nguyen T. Frailty and multimorbidity among community-dwelling older people in Vietnam. Aging Med Healthc. 2022;13(1):11-6.
7. Middleton R, Poveda JL, Orfila Pernas F, et al. Mortality, falls, and fracture risk are positively associated with frailty: a SIDIAF cohort study of 890 000 patients. The Journals of Gerontology: Series A. 2022;77(1):148-154.
8. Şahiner Z, Güner M, Uysal ÖS. Frailty as a predictor of vertebral fractures in osteoporosis: A clinical perspective. Joint Diseases and Related Surgery. 2025;36(2):408.
9. Suzuki N, Ogikubo O, Hansson T. The prognosis for pain, disability, activities of daily living and quality of life after an acute osteoporotic vertebral body fracture: its relation to fracture level, type of fracture and grade of fracture deformation. European Spine Journal. 2009;18(1):77-88.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP BẰNG BỘ CÂU HỎI QOL-RA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thảo Nguyên¹, Đỗ Thị Huyền Trang¹, Phạm Hoài Thu^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng bộ câu hỏi QoL-RA và một số yếu tố liên quan của người bệnh viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 175 người bệnh viêm khớp dạng thấp chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 có thời gian điều trị > 6 tháng. **Kết quả:** Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh VKDT bằng bộ câu hỏi QoL-RA trung bình là $5,52 \pm 1,05$, ở mức trung bình. Thang điểm QoL-RA phản ánh người bệnh viêm khớp dạng thấp bị ảnh hưởng nặng nề về cả sức khỏe thể chất lẫn sức khỏe tinh thần, tuy nhiên sức khỏe tinh thần có xu hướng tốt hơn so với sức khỏe thể chất. Người bệnh có tuổi dưới 40, điểm đau theo thang VAS mức độ nhẹ, CRP bình thường, đạt lui bệnh theo thang điểm DAS28-CRP, sử dụng methylprednisolone có điểm chất lượng cuộc sống cao

hơn nhóm còn lại ($p < 0,05$). Chưa nhận thấy mối tương quan giữa giới tính, nghề nghiệp và thời gian mắc bệnh với chất lượng cuộc sống người bệnh viêm khớp dạng thấp. **Kết luận:** Người bệnh VKDT có điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm QoL-RA mức trung bình, ảnh hưởng cả về sức khỏe thể chất và tinh thần. Trong thực hành lâm sàng cần có chiến lược điều trị, tư vấn giúp người bệnh cải thiện triệu chứng đau và sớm đạt lui bệnh để nâng cao chất lượng cuộc sống. **Từ khóa:** Viêm khớp dạng thấp; chất lượng cuộc sống, bộ câu hỏi QoL-RA.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ASSESSED BY THE QoL-RA QUESTIONNAIRE AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the quality of life (QoL) using the QoL-RA questionnaire and identify related factors among patients with rheumatoid arthritis (RA) at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 175 RA patients according to the 2010 ACR/EULAR criteria, with treatment duration of more than 6 months. **Results:** The mean QoL-RA score was 5.52 ± 1.05 , indicating a moderate QoL. The questionnaire

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoài Thu

Email: phamhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025