

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ LOÃNG XƯƠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Cao Thanh Ngọc¹, Ngô Tuấn Anh³, Bùi Đăng Khoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa loãng xương với hội chứng chuyển hóa ở người cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả thực hiện trên 239 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp và phòng khám Lão khoa, bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 05 năm 2021. Các bệnh nhân được ghi các thông tin về nhân khẩu học, các triệu chứng lâm sàng, khám lâm sàng, các xét nghiệm bao gồm đường huyết đói, lipid máu và kết quả đo mật độ xương. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 239 bệnh nhân, trong 94 bệnh nhân loãng xương (39,3%) và 145 bệnh nhân không loãng xương (60,7%). Ngoài ra, nghiên cứu còn ghi nhận có 178 nữ (77,5%) và 61 nam (22,5%). Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ loãng xương ở nhóm có HCCH cao hơn so với nhóm không có HCCH (51,7% so với 39,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó nữ giới với HCCH có tỉ lệ loãng xương là 52,9% và cao hơn so với nhóm không có HCCH với tỉ lệ loãng xương là 36,8% ($p = 0,033$). Ở nam giới, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ loãng xương ở nhóm có và không có HCCH lần lượt là 18,8% và 20%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,914$. **Kết luận:** Tỉ lệ loãng xương ở người cao tuổi có HCCH là khá cao (51,7%). Trong đó nữ giới với HCCH có tỉ lệ loãng xương cao gấp 2,8 lần so với nữ giới không có HCCH (OR = 2,8; $p = 0,029$). Nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan này ở nam giới (OR = 0,87; $p = 0,894$).

Từ khóa: Loãng xương, hội chứng chuyển hóa

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN METABOLIC SYNDROME AND OSTEOPOROSIS IN THE ELDERLY

Objectives: To investigate the association osteoporosis and metabolic syndrome in the elderly. **Methods:** This cross-sectional, descriptive study was carried out on 239 elderly patients (≥ 60 years old) at Rheumatology and Geriatrics clinics of University Medical Center Ho Chi Minh City from November 2020 to May 2021. The patients were recorded demographic information, clinical symptoms, clinical examination, blood test results and measuring bone mineral density assessed by dual-energy X-ray absorptiometry.

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Bệnh viện đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thanh Ngọc

Email: caothanhngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023

Results: Among 239 elderly patients enrolled the study, we had 94 patients with osteoporosis (39.3%) and 145 patients without osteoporosis (60.7%). In addition, the study also recorded 178 women (77.5%) and 61 men (22.5%). The rate of osteoporosis in metabolic syndrome group was higher than that non-metabolic syndrome group (51.7% compare to 39.4%), and statistically significant different with $p < 0.05$. In which, the rate of osteoporosis in women with metabolic syndrome is higher than the group non-metabolic syndrome (52.9% versus 36.8%) and statistically significant different with $p=0.033$. Women patient with metabolic syndrome increased the odds ratio for osteoporosis by 2.8 times, which was statistically significant (OR = 2.8; $p = 0.029$). In men, our study recorded the rate of osteoporosis in the group metabolic syndrome and the group non-metabolic syndrome was 18.8% and 20%, respectively, the difference was not statistically significant with $p=0.914$. **Conclusion:** The prevalence of osteoporosis in the elderly with metabolic syndrome was 51.7%. Women patient with metabolic syndrome increased the odds ratio for osteoporosis by 2.8 times, which was statistically significant (OR = 2.8; $p = 0.029$). The study did not find this association in men (OR= 0.87; $p = 0.894$).

Keywords: Osteoporosis, metabolic syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (LX) là một bệnh lý của xương, được đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương kèm theo hư hại cấu trúc của xương, làm tăng khả năng gãy xương, đặc biệt là người cao tuổi. Hậu quả của loãng xương là gãy xương gây giảm hoạt động chức năng, giảm chất lượng cuộc sống, tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh. Để chẩn đoán loãng xương thường dựa vào đo mật độ khoáng của xương (BMD: bone mineral density) được đo bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA: dual energy x-ray absorptiometry). Tuy nhiên, nếu chỉ dựa vào mật độ xương để đánh giá nguy cơ gãy xương là chưa đủ vì một số người có thể bị gãy xương khi chưa bị loãng xương

Loãng xương được cho là có liên quan đến một số thành tố của hội chứng chuyển hóa bao gồm tăng huyết áp, tăng lipid máu, béo phì trung tâm và đề kháng insulin. Trong đó béo phì trung tâm và đề kháng insulin có liên quan quan tới sự mất xương và gãy xương do loãng xương⁽⁸⁾.

Một số nghiên cứu đã đánh giá mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa và gãy xương do loãng xương nhưng kết quả còn nhiều tranh

cài^(5,7). Kết quả của các nghiên cứu khảo sát mối liên quan giữa loãng xương, nguy cơ gãy xương với hội chứng chuyển hóa còn chưa thống nhất, có thể do sự khác biệt về chủng tộc và ảnh hưởng khác nhau của giới tính. Ngoài ra, chưa có nghiên cứu nào thực hiện riêng trên dân số người cao tuổi mặc dù đây là các vấn đề này khá thường gặp trên đối tượng này. Tại Việt Nam, dữ liệu về mối liên quan giữa loãng xương với HCCH còn hạn chế và nghiên cứu cũng không khảo sát riêng trên đối tượng người cao tuổi. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích trả lời câu hỏi "có hay không mối liên quan giữa loãng xương và hội chứng chuyển hóa ở người cao tuổi?" **Mục tiêu:** *Khảo sát mối liên quan giữa loãng xương với hội chứng chuyển hóa ở người cao tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên đến khám tại phòng khám Lão khoa và Nội cơ xương khớp và Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 11/2020 đến tháng 05/2021.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang dùng thuốc chứa hormon sinh dục, thuốc chứa glucocorticoid, bisphosphonate và đối tượng nghi ngờ LX thứ phát như cường giáp, cường cận giáp, hội chứng cushing, suy thượng thận mạn, các bệnh liên quan đến rối loạn hấp thu (cắt dạ dày, ruột) qua thăm khám lâm sàng, hỏi bệnh sử và tiền căn.

- Bệnh nhân bất động lâu ngày ≥ 2 tháng.

- Bệnh nhân có chống chỉ định đo mật độ xương: vừa chụp X-quang đường tiêu hóa có thuốc cản quang hoặc vừa thực hiện các phương pháp chẩn đoán – điều trị bằng y học hạt nhân.

- Bệnh nhân không đo được mật độ xương (MĐX) vùng cổ xương đùi có thay chỏm xương

đùi hoặc gãy cổ xương đùi 2 bên, gãy cổ xương đùi 1 bên kèm đã thay chỏm bên còn lại.

- Bệnh nhân không được đo mật độ xương đầy đủ tại cột sống thắt lưng L1 – L4.

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý cấp tính hay có vấn đề về sức khỏe tâm thần

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang.

Kỹ thuật chọn mẫu. Chọn mẫu liên tục.

Phương pháp thực hiện. Nghiên cứu viên sẽ thu thập các thông tin của người bệnh tham gia nghiên cứu theo mẫu có sẵn. Bệnh nhân sẽ được hỏi các thông tin về nhân khẩu học (tuổi, giới, trình độ học vấn, thói quen và bệnh đồng mắc), các yếu tố nguy cơ gãy xương, tiền căn gãy xương bản thân, tiền căn té ngã trong vòng 12 tháng, Khám lâm sàng sẽ ghi nhận dấu hiệu sinh tồn, cân nặng, chiều cao, vòng eo, đo huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương. Các xét nghiệm bao gồm đường huyết đói, lipid máu (HDL-C và triglycerite) sẽ được ghi nhận từ kết quả xét nghiệm đã có theo hồ sơ bệnh án. Ghi nhận kết quả đo MĐX bằng phương pháp DEXA tại Khoa Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được mã hóa bằng Epidata, xử lý và phân tích bằng STATA 14.

Y đức. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số 20304-ĐHYD ký ngày 19/10/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 239 bệnh nhân đồng ý tham gia, tại phòng khám Nội cơ xương khớp và phòng khám Lão khoa – Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 11/2020 đến tháng 05/2021, trong đó 94 BN LX (39,3%) và 145 BN không LX (60,7%). Ngoài ra, NC còn ghi nhận có 178 BN nữ (77,5%) và 61 BN nam (22,5%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

	Chung (n = 239)	Nữ (n = 178)	Nam (n = 61)	p
Tuổi*	73,6 ± 7,9	73,5 ± 7,9	73,9 ± 7,9	0,358 ^β
60 – 69 tuổi, n (%)	87 (36,4)	64 (36)	23 (37,7)	0,905 ^α
70 – 79 tuổi, n (%)	80 (33,5)	59 (33,2)	21 (34,4)	
≥ 80 tuổi, n (%)	72 (30,1)	55 (30,9)	17 (27,9)	
Cân nặng*	55,9 ± 9,4	55,9 ± 9,4	59 ± 8,6	0,002^β
Chiều cao**	155 (150-160)	154 (150-157)	163 (160-168)	0,001[∞]
BMI*	23,1 ± 3,8	23,2 ± 3,9	22,2 ± 2,7	0,074 ^β
Cân đối, n (%)	112 (46,9)	79 (44,3)	33 (54,1)	0,185 ^α
Thiếu cân, n (%)	25 (10,5)	22 (12,4)	3 (4,9)	
Thừa cân-béo phì, n (%)	102 (42,6)	77 (43,4)	25 (41)	
Số bệnh đồng mắc*	5 ± 2,2	5,20 ± 2,3	4,6 ± 2,1	0,062 ^α
Số thuốc đang dùng*	6,2 ± 1,9	6,2 ± 1,8	6,3 ± 2,1	0,787 ^α

Tăng huyết áp, n (%)	128 (53,6)	94 (52,8)	34 (55,7)	0.692 ^β
Đái tháo đường, n (%)	59 (24,7)	46 (25,8)	14 (22,9)	0,653 ^β
Bệnh thận mạn, n (%)	31 (12,9)	26 (14,6)	5 (8,2)	0.198 ^β

* Trung bình ± độ lệch chuẩn, ** Trung vị (khoảng tứ phân vị)

α: phép kiểm chi bình phương, β: phép kiểm T test, ∞: phép kiểm Mann – Whitney

Bảng 2. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ LX trong dân số nghiên cứu

	Chung (n = 239)	Nữ (n = 178)	Nam (n = 61)	p
Mãn kinh sớm, n (%)	32 (18)	32 (18)		
Số lần sinh con	n = 178	n = 178		
0, n (%)	11 (6,2)	11 (6,2)		
1 – 2, n (%)	45 (25,8)	45 (25,8)		
> 2, n (%)	122 (68,5)	122 (68,5)		
Hút thuốc lá, n (%)	41 (17,2)	6 (3,4)	35 (57,4)	<0,001
Uống rượu bia, n (%)	32 (13,4)	2 (1,1)	30 (49,2)	<0,001
Tập thể dục, n (%)	83 (34,7)	56 (31,5)	27 (44,3)	0,070
Té ngã, n (%)	52 (21,8)	44 (24,7)	10 (16,4)	0,180
Tiền sử gãy xương gia đình, n (%)	19 (7,9)	11 (6,2)	8 (13,1)	0,086
Tiền sử gãy xương bản thân, n (%)	35 (14,6)	28 (15,7)	7 (11,5)	0,417

p: phép kiểm chi bình phương

Bảng 3. Đặc điểm HCCH và các thành tố HCCH trong dân số nghiên cứu

	Chung(n = 239)	Nữ(n = 178)	Nam(n = 61)	p
Số thành tố HCCH				
0 – 1 n (%)	36 (15,1)	26 (14,6)	10 (16,4)	0,001 ^β
2, n (%)	86 (36)	51 (28,7)	35 (57,4)	
≥ 3, n (%)	117 (48,9)	101 (56,7)	16 (26,2)	
Vòng eo (cm)*	85,1 ± 10,3	85,7 ± 11,2	83,8 ± 7,1	0,228 ^α
Huyết áp tâm thu (mmHg)*	134,8 ± 17,2	134,7 ± 16,4	134,9 ± 19,4	0,461 ^α
Huyết áp tâm trương (mmHg)*	77,8 ± 10,6	77,4 ± 11,3	80,7 ± 10,4	0,043 ^α
Triglycerit (mg/dL)**	156 (124, 268)	155 (121, 238)	156 (145, 340)	0,086 [∞]
Đường huyết (mg/dL)*	108 (97, 126)	105 (97, 124)	115 (104, 128)	0,033 [∞]
HDL-C (mg/dL)*	48 ± 13,1	49 ± 14,6	45,1 ± 6	0,045 [∞]

* Trung bình ± độ lệch chuẩn, ** Trung vị (khoảng tứ phân vị)

α: phép kiểm chi T test, β: phép kiểm chi bình phương, ∞: phép kiểm Mann - Whitney

Bảng 4. Mối liên quan giữa HCCH và LX

	Dân số chung		Nữ (n = 178)		Nam (n = 61)	
	LX (n = 94)	Không LX (n = 145)	LX (n = 82)	Không LX (n = 96)	LX (n = 12)	Không LX (n = 49)
HCCH, n (%)	57 (60,6)	61 (42,1)	54 (65,8)	48 (50)	3 (25)	13 (26,5)
Không có HCCH, n (%)	37 (39,4)	84 (57,9)	28 (34,2)	48 (50)	9 (75)	36 (73,5)
P	p = 0,005		p = 0,033		p = 0,914	

p: phép kiểm chi bình phương

Bảng 5. Mối liên quan giữa các thành tố HCCH và LX

	Nữ (178)			Nam (61)		
	LX (n = 82)	Không LX (n = 96)	p	LX (n = 12)	Không LX (n = 49)	p
Vòng eo (cm)*	82,9 ± 11,1	87,6 ± 10,4	0,005 ^β	80,3 ± 9,2	83,8 ± 5,8	0,104 ^β
Huyết áp tâm thu (mmHg)*	136,3 ± 14,5	130,3 ± 17,9	0,225 ^β	129,3 ± 12,9	136,3 ± 20,5	0,266 ^β
Huyết áp tâm trương (mmHg)*	78,6 ± 11,6	76,4 ± 11	0,208 ^β	78,3 ± 7,2	81,3 ± 11	0,375 ^β
Triglycerit (mg/dL)**	149 (117, 121)	160 (123, 240)	0,343 [∞]	148 (108, 152)	140 (105, 191)	0,985 [∞]
Đường huyết đói (mg/dL)*	118,9 ± 40,5	121,1 ± 41,9	0,761 [∞]	118,3 ± 25,3	117,6 ± 24,7	0,928 [∞]
HDL-C (mg/dL)**	44,9 ± 11,3	53,3 ± 15,7	0,001 ^β	48,6 ± 8,6	48,9 ± 14,5	0,949 ^β

**Trung bình ± độ lệch chuẩn, ** Trung vị (khoảng tứ phân vị)*

α: kiểm định chi bình phương, β: kiểm định T test, ∞: kiểm định Mann-Whitney, LX: loãng xương

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong NC của chúng tôi là 73,6 tuổi và không có sự khác biệt giữa hai giới. Kết quả này tương tự với NC của tác giả Taulant Muka⁽⁶⁾. Tuổi trong NC của chúng tôi cao hơn so với NC của tác giả Kok Yong Chin và tác giả Hồ Thị Đoàn Trinh^(1,3). Sự khác biệt này là do chúng tôi chỉ NC trên NCT, so với các NC trước đây tập trung vào những đối tượng từ 40 – 50 tuổi. Ngoài ra, NC của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nhóm tuổi sơ lão, trung lão và đại lão tương đồng nhau.

NC ghi nhận tỉ lệ LX ở nhóm có HCCH cao hơn so với nhóm không có HCCH (51,7% so với 39,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên khi phân tích theo giới tính, NC chỉ ghi nhận sự khác biệt này ở nữ mà không có ở nam. Cụ thể, nữ giới với HCCH có tỉ lệ LX là 52,9% và cao hơn so với nhóm không có HCCH với tỉ lệ LX là 36,8% ($p = 0,033$). Trong khi đó, ở nam giới không khác biệt về tỉ lệ LX giữa hai nhóm. So sánh với NC của tác giả Da-Zhi Chen (2018) trên 938 nữ giới sau mãn kinh tại Trung Quốc cho thấy tỉ lệ LX ở phụ nữ có và không có HCCH lần lượt là 37,1% và 20,1% ($p = 0,002$), thấp hơn so với NC của chúng tôi⁽²⁾. Điều này có thể lý giải là do trong NC của Da-Zhi Chen, độ tuổi trung bình của dân số NC thấp hơn NC của chúng tôi (61,2 tuổi so với 73,6 tuổi). Trong khi LX là bệnh lý có liên quan đến tuổi và tỉ lệ mắc bệnh có xu hướng tăng dần theo tuổi. Bên cạnh đó, một trong những yếu tố nguy cơ của LX là yếu tố chủng tộc, điều này cũng có thể góp phần vào sự khác biệt giữa hai NC.

Ở nam giới, NC của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ LX ở nhóm có và không có HCCH lần lượt là 18,8% và 20%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,914$. Khi so sánh với các NC của tác giả Eckstein (2016), tỉ lệ LX ở nam giới trong NC của chúng tôi cao hơn so với NC trên ở cả nhóm có và không có HCCH⁽⁴⁾. Cụ thể, tác giả Eckstein ghi nhận tỉ lệ LX ở nhóm có và không có HCCH lần lượt là 8,4% và 9,8%. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về chủng tộc và dân số chọn mẫu. NC của tác giả Eckstein có độ tuổi trung bình là 68 tuổi, thấp hơn so với NC của chúng tôi là 73,6 tuổi. Ngoài ra, dân số NC của tác giả Eckstein là những người trong cộng đồng, khác với dân số đến khám tại phòng khám trong NC của chúng tôi. Điều này có thể

ảnh hưởng đến sự khác biệt về tỉ lệ LX giữa 2 NC⁽⁴⁾. NC của tác giả Heideri (2017) trên nam giới cao tuổi tại Iran ghi nhận tỉ lệ LX ở nhóm có HCCH thấp hơn so với nhóm không có HCCH (11,4% so với 25,8%, $p = 0,001$).

Tóm lại, các số liệu nêu trên cho thấy LX là tình trạng khá thường gặp trên dân số NCT có HCCH, đặc biệt là ở nữ giới. Điều này cho thấy LX và HCCH là hai bệnh lý đồng mắc rất thường gặp, do đó, cần thăm khám và đánh giá chi tiết hơn khi có sự hiện diện của cả hai bệnh đồng mắc, đặc biệt trên những BN cao tuổi.

NC của chúng tôi còn đánh giá mối liên quan giữa số lượng thành tố của HCCH với LX. Chúng tôi nhận thấy khi tăng số lượng thành tố HCCH thì nguy cơ LX cũng tăng lên, tuy nhiên mối liên quan này chỉ ghi nhận ở nữ giới. Cụ thể, khi phân tích đa biến hiệu chỉnh với các yếu tố khác, chúng tôi ghi nhận nhóm ≥ 3 thành tố HCCH có nguy cơ LX gấp 4,3 lần so với nhóm có 0-1 thành tố HCCH ($OR = 4,3$; $p = 0,03$). Tuy nhiên, chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa nhóm có 2 thành tố và nhóm có 0-1 thành tố HCCH về nguy cơ LX. Trong khi đó, khi phân tích đa biến ở nam giới, NC của chúng tôi không ghi nhận mối liên quan giữa số lượng thành tố HCCH với LX. NC của tác giả Song Seng Loke sau khi hiệu chỉnh với tuổi cũng ghi nhận nữ giới ≥ 3 thành tố HCCH tăng nguy cơ giảm MĐX lên 3,25 lần ($OR = 3,25$, $p = 0,001$)⁽⁶⁾. Trong khi đó, NC ghi nhận MĐX nam giới tăng khi tăng số lượng thành tố HCCH. NC của tác giả Taulant Muka cho thấy khi tăng số lượng thành tố HCCH sẽ làm tăng MĐX tại CXĐ ($\beta = 0,006$, $p = 0,012$). Tuy nhiên NC này không tìm thấy mối liên quan giữa số thành tố HCCH với MĐX tại CSTL ($\beta = -0,002$, $p = 0,53$)⁽⁶⁾.

Như vậy, các NC giữa HCCH và LX ở cả nam giới và nữ giới vẫn đang còn tranh cãi. Hầu hết liên quan đến cỡ mẫu các NC chưa đủ lớn, một số NC không hiệu chỉnh theo BMI và các yếu tố khác, đồng thời các NC khác nhau về chủng tộc và dân số chọn mẫu (trong đó hầu hết các NC có dân số trẻ hơn NC của chúng tôi). NC của chúng tôi ghi nhận mối liên quan thuận giữa HCCH và LX ở nữ nhưng không cho thấy mối liên quan ở nam. Điều này có thể giải thích do sự ảnh hưởng khác nhau của giới lên mối liên quan giữa HCCH và LX, trong đó nam giới có xu hướng bị HCCH và LX ít hơn nữ giới. Hơn nữa, cỡ mẫu nam trong NC của chúng tôi chưa đủ nhiều, điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả phân tích. Ngoài ra, HCCH là một nhóm các thành tố cấu thành và tương tác với nhau, do

đó cơ chế đằng sau tác động của HCCH lên MĐX rất phức tạp và vẫn chưa được NC chi tiết.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ LX ở NCT có HCCH là khá cao (51,7%), trong đó nữ giới với HCCH có tỉ lệ LX cao hơn nhiều so với nam giới với HCCH (52,9% so với 18,8%). Nữ giới với HCCH có tỉ lệ LX cao gấp 2,8 lần so với nữ giới không có HCCH (OR = 2,8; p = 0,029). Trong khi đó, nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan này ở nam giới (OR = 0,87; p = 0,894).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Thị Đoan Trinh** (2018), "Khảo sát mối liên quan giữa mật độ xương và hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân trên 50 tuổi tại khoa Điều trị đau-Vật lý trị liệu-Y học cổ truyền Bệnh Viện Trưng Vương". Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh, 22 (6), tr. 47-54.
2. **Chen D. Z., Xu Q. M., Wu X. X., et al.** (2018), "The Combined Effect of Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Metabolic Syndrome on Osteoporosis in Postmenopausal Females in Eastern China". Int J Endocrinol, 2018, pp. 2314769
3. **Chin K. Y., Chan C. Y., Subramaniam S., et al.** (2020), "Positive association between metabolic syndrome and bone mineral density among Malaysians". Int J Med Sci, 17 (16), pp. 2585-2593.
4. **Eckstein N, Buchmann N, Demuth I, Steinhagen-Thiessen E, Nikolov J, Spira D, et al.** Association between Metabolic Syndrome and Bone Mineral Density--Data from the Berlin Aging Study II (BASE-II). Gerontology. 2016;62(3):337-44
5. **El Maghraoui A, Rezaqi A, El Mrahi S, et al.** Osteoporosis, vertebral fractures and metabolic syndrome in postmenopausal women. BMC Endocr Disord 2014;14:93.
6. **Muka T., Trajanoska K., Kieft-de Jong J. C., et al.** (2015), "The Association between Metabolic Syndrome, Bone Mineral Density, Hip Bone Geometry and Fracture Risk: The Rotterdam Study". PLoS One, 10 (6), pp. e0129116.
7. **Qin L, Yang Z, Zhang WW, et al.** Metabolic syndrome and osteoporotic fracture: a population-based study in China. BMC Endocr Disord 2016;16:27
8. **Wongdee K, Charoenphandhu N.** Update on type 2 diabetes-related osteoporosis. World J Diabetes 2015;6:673-8

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Đỗ Nam Khánh¹, Nguyễn Thanh Hà², Chu Hải Đăng²,
Phạm Thị Mai Ngọc², Nguyễn Lê Vinh², Nguyễn Quang Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật lồng ngực tại khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 63 người bệnh được thu thập bằng cách chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Dựa vào chỉ số BMI: 34,9% người bệnh thiếu năng lượng trường diễn, trong đó độ I và II đều là 14,9% còn độ III là 6,3%; có 50,8% bình thường và 14,3% người bệnh thừa cân, béo phì. Dựa vào SGA: 63,5% người bệnh không suy dinh dưỡng, 19,1% là suy dinh dưỡng nhẹ/vừa còn người bệnh suy dinh dưỡng nặng chiếm 17,4%. Theo MUAC: 30,2% người bệnh suy dinh dưỡng, 69,8% bình thường. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân trước phẫu thuật lồng ngực bị thiếu năng lượng trường diễn và suy dinh dưỡng vẫn còn cao, do

đó cần có giải pháp nâng cao dinh dưỡng hỗ trợ bệnh nhân trước phẫu thuật lồng ngực tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện phổi trung ương

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF PREOPERATIVE THORACIC SURGICAL PATIENTS AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL 2021

Objective: The study aimed to assess the nutritional status of patients before thoracic surgery at the Department of Thoracic Surgery, National Lung Hospital in 2021. **Research Methods:** A cross-sectional descriptive study on 63 patients which collected by convenience sampling. **Results:** 32.5% of patients were malnourished according to SGA assessment and 34.9% of patients were chronically deficient in energy based on BMI. **Conclusion:** The proportion of patients with chronic energy deficiency and malnutrition before thoracic surgery is still high, so there is a need for solutions to improve nutrition to support patients before thoracic surgery at Central Lung Hospital.

Keywords: nutritional status, thoracic surgery, Central lung hospital

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Nam Khánh

Email: donamkhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023