

huyết khớp từ 4 đến 6 lần. Tuổi lúc nhập viện và số lần nhập viện vì xuất huyết khớp có mối tương quan thuận với điểm Pettersson.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thị Hồng Đào** (2011) Khảo sát kháng đông lưu hành trên bệnh nhân hemophilia tại bệnh viện Nhi Đồng 1, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Luận văn thạc sĩ Y học - Huyết học và Truyền Máu,
2. **Trần Thị Phương Túy, Nguyễn Văn Tránh, Nguyễn Văn Bông** (2009) "Tìm hiểu đặc điểm cơ xương khớp ở bệnh nhân hemophilia điều trị tại trung tâm Huyết học truyền máu". Y học Việt Nam, 3 (2), pp. 108-114.
3. **Trương Vũ Trung, Nguyễn Xuân Hùng, Bạch Quốc Khánh** (2018) "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương khớp trên phim x-quang thường quy và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân hemophilia tại Viện Huyết học - Truyền máu trung ương năm 2016 - 2017". Y học Việt Nam, pp. 466:947- 953.
4. **Chang C. Y., T. Y. Li, S. N. Cheng, et al.** (2017) "Prevalence and severity by age and other clinical correlates of haemophilic arthropathy of the elbow, knee and ankle among Taiwanese patients with haemophilia". Haemophilia, 23 (2), pp. 284-291.
5. **Chang C. Y., T. Y. Li, S. N. Cheng, et al.** (2019) "Obesity and overweight in patients with hemophilia: Prevalence by age, clinical correlates, and impact on joint bleeding". J Chin Med Assoc, 82 (4), pp. 289-294.
6. **Gupta S., K. Garg, J. Singh** (2015) "Assessment of Musculoskeletal Function and its Correlation with Radiological Joint Score in Children with Hemophilia A". Indian J Pediatr, 82 (12), pp. 1101-6.
7. **Pettersson H, Ahlberg A, Nilsson IM.** A radiologic classification of hemophilic arthropathy. Clinical orthopaedics and related research. Jun 1980;(149):153-9.
8. **World Federation of Hemophilia.** Report on the Annual Global Survey 2019. 2019.

## TỈ LỆ CHẨN ĐOÁN LOÃNG XƯƠNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI GÂY XƯƠNG ĐỐT SỐNG MỚI CHẨN ĐOÁN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Cao Thanh Ngọc<sup>1</sup>, Phạm Hoàng Hải<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tình hình chẩn đoán loãng xương ở bệnh nhân cao tuổi gãy xương đốt sống (GXĐS) mới chẩn đoán và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 227 bệnh nhân cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) tại khoa Nội cơ xương khớp, khoa Ngoại thần kinh, phòng khám Nội cơ xương khớp, phòng khám Ngoại thần kinh và phòng khám Lão khoa, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 08 năm 2022 đến tháng 03 năm 2023. Bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương đốt sống dựa vào phương pháp Genant bán định lượng trên X-quang cột sống ngực, thắt lưng tư thế thẳng - nghiêng và được thu thập các thông tin về nhân khẩu, bệnh sử, thăm khám lâm sàng. Khảo sát tình hình chẩn đoán loãng xương thông qua hồ sơ bệnh án, toa thuốc và hỏi bệnh sử bệnh nhân. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán loãng xương trước GXĐS là 14,10% (32/227 bệnh nhân) và sau khi GXĐS là 79,49% (155/195 bệnh nhân). Tỉ lệ người cao tuổi được chẩn đoán loãng xương ở nam giới thấp khi so với nữ giới với tỉ lệ lần lượt là 4,76% và 16,22% trước khi GXĐS; 70% và 87,74% sau khi GXĐS. Phân tích hồi quy logistic đa biến ghi nhận trình độ học vấn

cấp 3 trở lên và tiền căn gãy xương ngoài đốt sống liên quan đến tăng khả năng được chẩn đoán loãng xương trước khi GXĐS ở người cao tuổi với chỉ số chênh lệch là OR = 6,05,  $p < 0,001$  và OR = 5,07,  $p = 0,002$ . **Kết luận:** Tỉ lệ bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán loãng xương trước khi GXĐS còn thấp. Hơn nữa, vẫn còn tồn tại một số bệnh nhân không được xác lập chẩn đoán loãng xương sau khi GXĐS. Trình độ học vấn cấp 3 trở lên và tiền căn gãy xương ngoài đốt sống có liên quan đến tăng khả năng bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương trước GXĐS.

**Từ khóa:** Gãy xương đốt sống, loãng xương, người cao tuổi

### SUMMARY

#### DIAGNOSTIC RATE OF OSTEOPOROSIS IN ELDERLY PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED VERTEBRAL FRACTURES AND RELATED FACTORS

**Objective:** This study aimed to investigate the diagnostic rate of osteoporosis in elderly patients with newly diagnosed vertebral fractures and related factors at the University Medical Center, Ho Chi Minh City. **Methods:** This cross-sectional study involved 227 elderly patients ( $\geq 60$  years old), including 195 females and 42 males at the Rheumatology and Neurosurgery Departments, the Rheumatology, Neurosurgery, and Geriatrics outpatient Clinics of the University Medical Center, Ho Chi Minh City from August 2022 to March 2023. The Genant semiquantitative technique was used to diagnose vertebral fractures based on X-rays of thoracic/lumbar spine in the anteroposterior (AP)/posteroanterior (PA)

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thanh Ngọc

Email: caothanhngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

and lateral positions. Data including demographic information, medical history and clinical examination findings were obtained. The diagnostic rate of osteoporosis was determined based on the patients medical records, prescriptions, and medical history. **Results:** The diagnostic rate of osteoporosis prior to vertebral fractures was 14,10% (32/227 patients). However, this rate increased significantly to 79,49% after vertebral fractures in the remaining patients (155/195 patients). The proportion of male elderly patients who were diagnosed with osteoporosis before and after vertebral fractures was lower than that of female elderly patients (4,76% vs. 16,22% before vertebral fractures; 70,00% vs. 87,74% after vertebral fractures). Multivariate logistic regression analysis revealed that educational attainment of high school or above (OR = 6,05, p < 0,001) and a history of fragility fractures (OR = 5,07, p = 0,002) were positively associated with the outcome of osteoporosis diagnosis before vertebral fractures. **Conclusion:** The proportion of elderly patients diagnosed with osteoporosis prior to vertebral fractures remained low. Furthermore, there were still patients who remain undiagnosed for osteoporosis even after vertebral fractures. Elderly patients with a high school education or above and a history of fragility fractures were more likely to be diagnosed with osteoporosis before vertebral fractures. **Keywords:** Vertebral fractures, osteoporosis, the elderly.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Loãng xương là bệnh lý rối loạn chuyển hóa thường gặp ở người cao tuổi, làm tăng nguy cơ gãy xương, diễn tiến âm thầm không có triệu chứng cho đến khi gãy xương lần đầu xảy ra. GXĐS là dạng gãy xương thường gặp nhất ở người cao tuổi loãng xương. GXĐS có thể gây triệu chứng đau lưng cấp hoặc mạn tính, làm biến dạng, hạn chế cử động cột sống dẫn đến suy giảm hoạt động chức năng sinh hoạt, chức năng hô hấp và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi<sup>1</sup>. Vì vậy, việc phòng ngừa GXĐS ở người cao tuổi là rất quan trọng, trong đó chẩn đoán sớm và điều trị tối ưu loãng xương trước khi GXĐS giữ vai trò hàng đầu. Tại Việt Nam, đến thời điểm hiện tại, vẫn còn thiếu dữ liệu khảo sát về tình hình chẩn đoán loãng xương ở bệnh nhân GXĐS, đặc biệt ở dân số người cao tuổi.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu (n = 227)**

| Đặc điểm             | Chung (n= 227) | Chẩn đoán loãng xương trước GXĐS |               | p                  |                    |
|----------------------|----------------|----------------------------------|---------------|--------------------|--------------------|
|                      |                | Có (n=32)                        | Không (n=195) |                    |                    |
| <b>Nhân khẩu học</b> |                |                                  |               |                    |                    |
| <b>Tuổi</b>          | 74,40 ± 8,33   | 75,06±8,20                       | 74,29±8,38    | 0,687 <sup>c</sup> |                    |
| <b>Nhóm tuổi</b>     | 60 – 69, n (%) | 71 (31,28)                       | 8 (25,00)     | 63 (32,31)         | 0,703 <sup>a</sup> |
|                      | 70 – 79, n (%) | 89 (39,21)                       | 14 (43,75)    | 75 (38,46)         |                    |
|                      | ≥ 80, n (%)    | 67 (29,52)                       | 10 (31,25)    | 57 (29,23)         |                    |

Việc khảo sát tình hình chẩn đoán loãng xương ở người cao tuổi GXĐS là cần thiết và góp phần cung cấp các thông tin liên quan để tối ưu hóa quản lý loãng xương ở người cao tuổi bao gồm phát hiện sớm loãng xương, can thiệp kịp thời và dự phòng biến cố GXĐS. **Mục tiêu:** Khảo sát tình hình chẩn đoán loãng xương ở bệnh nhân cao tuổi GXĐS mới chẩn đoán và các yếu tố liên quan.

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

**Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 227 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) tại khoa Nội cơ xương khớp và khoa Ngoại thần kinh, phòng khám Nội cơ xương khớp, phòng khám Ngoại thần kinh và phòng khám Lão khoa, bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Loại trừ các đối tượng sau đây:

- Bệnh nhân GXĐS do nguyên nhân chấn thương mạnh (té ngã từ độ cao lớn hơn chiều cao của bệnh nhân, tai nạn giao thông...).
- Bệnh nhân mắc các bệnh lý cấp tính, bệnh nội khoa nặng.
- Bệnh nhân có các vấn đề về sức khỏe tâm thần.

**Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

**Kỹ thuật chọn mẫu.** Chọn mẫu liên tục.

**Phương pháp thực hiện.** Bệnh nhân được giải thích và mời tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu viên sẽ tiến hành thu thập các thông tin bao gồm nhân khẩu xã hội, bệnh học, lối sống, tiền sử đã được chẩn đoán, điều trị loãng xương. Nghiên cứu viên cũng ghi nhận kết quả các xét nghiệm bao gồm X-quang cột sống ngực và thắt lưng tư thế thẳng - nghiêng.

**Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được mã hóa bằng Epidata, xử lý và phân tích bằng STATA 14.0.

**Y đức.** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số 638/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 01/08/2022.

|   |                           |              |            |             |                     |
|---|---------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------|
| <b>Giới tính</b>                        | Nam, n (%)                | 42 (18,50)   | 2 (6,25)   | 40 (20,51)  | 0,082 <sup>b</sup>  |
|   | Nữ, n (%)                 | 185 (81,50)  | 30 (93,75) | 155 (79,49) |                     |
| <b>BMI</b>                              |                           | 23,17 ± 3,84 | 23,95±4,14 | 23,04±3,78  | 0,893 <sup>c</sup>  |
| <b>Phân nhóm BMI</b>                    | Cân đối, n (%)            | 87 (38,33)   | 15 (46,88) | 72 (36,92)  | 0,594 <sup>b</sup>  |
|   | Thiếu cân, n (%)          | 28 (12,33)   | 03 (9,38)  | 25 (12,82)  |                     |
|   | Thừa cân – béo phì, n (%) | 112 (49,34)  | 14 (43,75) | 98 (50,26)  |                     |
| <b>Nơi cư trú</b>                       | Nông thôn, n (%)          | 112 (49,34)  | 16 (50,00) | 96 (49,23)  | 0,936 <sup>a</sup>  |
|   | Thành thị, n (%)          | 115 (50,66)  | 16 (50,00) | 99 (50,77)  |                     |
| <b>Trình độ học vấn</b>                 | ≤ Cấp 1, n (%)            | 120 (52,86)  | 10 (31,25) | 110 (56,41) | <0,001 <sup>a</sup> |
|   | Cấp 2, n (%)              | 62 (27,31)   | 7 (21,88)  | 55 (28,21)  |                     |
|   | ≥ Cấp 3, n (%)            | 45 (19,82)   | 15 (46,88) | 30 (15,38)  |                     |
| <b>Thu nhập</b>                         | Thiếu thốn, n (%)         | 24 (10,57)   | 4 (12,50)  | 20 (10,26)  | 0,739 <sup>b</sup>  |
|   | Đủ sống, n (%)            | 166 (73,13)  | 22 (68,75) | 144 (73,85) |                     |
|   | Có dư, n (%)              | 37 (16,30)   | 6 (18,75)  | 31 (15,90)  |                     |
| <b>Yếu tố nguy cơ loãng xương</b>       |                           |              |            |             |                     |
| Không hoạt động thể lực, n (%)          |                           | 212 (93,39)  | 30 (93,75) | 182 (93,33) | 1,000 <sup>b</sup>  |
| Hút thuốc lá, n (%)                     |                           | 21 (9,25)    | 2 (6,25)   | 19 (9,74)   | 0,746 <sup>b</sup>  |
| Uống rượu bia, n (%)                    |                           | 20 (8,81)    | 3 (9,38)   | 17 (8,72)   | 1,000 <sup>b</sup>  |
| Dùng corticoid kéo dài, n (%)           |                           | 94 (41,41)   | 12 (37,50) | 82 (42,05)  | 0,628 <sup>a</sup>  |
| Tiền sử gãy xương ngoài đốt sống, n (%) |                           | 36 (15,86)   | 12 (37,5)  | 24 (12,31)  | <0,001 <sup>a</sup> |
| Tiền sử té ngã, n (%)                   |                           | 55 (24,23)   | 8 (25,00)  | 47 (24,10)  | 0,913 <sup>a</sup>  |

<sup>a</sup>Kiểm định Chi bình phương; <sup>b</sup>Kiểm định chính xác Fisher  
<sup>c</sup>Kiểm định t không bắt cặp với phương sai bằng nhau

**Bảng 2: Đặc điểm bệnh đi kèm**

| Đặc điểm                     | Chung (n=227) | Chẩn đoán loãng xương trước GXĐS |               | p                  |
|------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|--------------------|
|                              |               | Có (n=32)                        | Không (n=195) |                    |
| Đa bệnh                      | 186 (81,94)   | 26 (81,25)                       | 160 (82,05)   | 0,913 <sup>a</sup> |
| Tăng huyết áp                | 147 (64,76)   | 22 (68,75)                       | 125 (64,10)   | 0,610 <sup>a</sup> |
| Đái tháo đường               | 70 (30,84)    | 9 (28,12)                        | 61 (31,28)    | 0,720 <sup>a</sup> |
| Viêm khớp dạng thấp          | 28 (12,33)    | 3 (9,38)                         | 25 (12,82)    | 0,583 <sup>b</sup> |
| Thoái hóa cột sống           | 161 (70,93)   | 25 (78,12)                       | 136 (69,74)   | 0,333 <sup>b</sup> |
| Thoái hóa khớp gối           | 51 (22,47)    | 11 (34,38)                       | 40 (20)       | 0,082 <sup>a</sup> |
| Bệnh thận mạn                | 23 (10,13)    | 4 (12,50)                        | 19 (9,74)     | 0,632 <sup>b</sup> |
| Dẫn tĩnh mạch chi dưới       | 33 (14,54)    | 8 (25,00)                        | 25 (12,82)    | 0,070 <sup>a</sup> |
| Hội chứng vành mạn           | 47 (20,70)    | 4 (12,50)                        | 43 (22,05)    | 0,250 <sup>b</sup> |
| Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính | 11 (4,85)     | 2 (6,25)                         | 9 (4,62)      | 0,657 <sup>b</sup> |

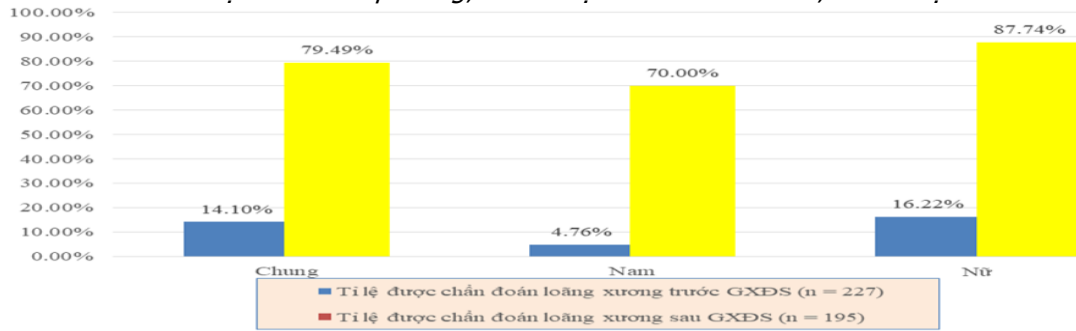
<sup>a</sup>Kiểm định Chi bình phương; <sup>b</sup>Kiểm định chính xác Fisher

**Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của GXĐS**

| Đặc điểm                       | Chung (n= 227)         | Chẩn đoán loãng xương trước GXĐS |               | p                  |                    |
|--------------------------------|------------------------|----------------------------------|---------------|--------------------|--------------------|
|                                |                        | Có (n=32)                        | Không (n=195) |                    |                    |
| Giảm chiều cao, n (%)          | 148 (65,20)            | 22 (68,75)                       | 126 (64,62)   | 0,649 <sup>a</sup> |                    |
| Cảm nhận biến dạng lưng, n (%) | 127 (55,95)            | 17 (53,12)                       | 110 (56,41)   | 0,729 <sup>a</sup> |                    |
| Mức độ đau (VAS) *             | 5 (4 – 7)              | 5 (4 – 7)                        | 5 (4 – 6)     | 0,924 <sup>e</sup> |                    |
| <b>Phân độ GXĐS</b>            | Độ 1, n (%)            | 17 (7,49)                        | 3 (9,38)      | 14 (7,18)          | 0,813 <sup>b</sup> |
|                                | Độ 2, n (%)            | 52 (22,91)                       | 8 (25,00)     | 44 (22,56)         |                    |
|                                | Độ 3, n (%)            | 158 (69,60)                      | 21 (65,62)    | 137 (70,26)        |                    |
| <b>Số lượng đốt sống gãy</b>   | 1 đốt sống, n (%)      | 107 (41,14)                      | 16 (50,00)    | 91 (46,67)         | 0,726 <sup>a</sup> |
|                                | ≥ 2 đốt sống, n (%)    | 120 (52,86)                      | 16 (50,00)    | 104 (53,33)        |                    |
| <b>Kiểu GXĐS</b>               | Nhiều dạng gãy, n (%)  | 53 (23,35)                       | 5 (15,62)     | 48 (24,62)         | 0,519 <sup>b</sup> |
|                                | Gãy chêm, n (%)        | 49 (21,59)                       | 7 (21,88)     | 42 (21,54)         |                    |
|                                | Gãy lún, n (%)         | 95 (41,85)                       | 17 (53,12)    | 78 (40,00)         |                    |
|                                | Gãy lõm hai mặt, n (%) | 30 (13,22)                       | 3 (9,38)      | 27 (13,85)         |                    |
| <b>Vị trí đốt</b>              | T4 – T10, n (%)        | 36 (15,86)                       | 5 (15,62)     | 31 (15,90)         | 0,658 <sup>a</sup> |

|                 |                 |             |            |             |
|-----------------|-----------------|-------------|------------|-------------|
| <b>sống gãy</b> | T11 – L5, n (%) | 141 (62,11) | 18 (56,25) | 123 (63,08) |
|                 | T4 – L5, n (%)  | 50 (22,03)  | 9 (28,12)  | 41 (21,03)  |

<sup>a</sup>Kiểm định Chi bình phương; <sup>b</sup>Kiểm định chính xác Fisher; <sup>c</sup>Kiểm định Mann-Whitney



\*Trung vị - Khoảng tứ phân vị

**Biểu đồ 1: Tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán loãng xương trước và sau khi gãy xương đột sống**

Phân tích hồi quy logistic đa biến khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố với kết cục là chẩn đoán loãng xương trước GXĐS, các biến có  $p < 0,2$  khi phân tích đơn biến và các biến có ảnh hưởng, gây nhiễu ghi nhận trong các nghiên cứu tương tự sẽ được đưa vào phân tích hồi quy đa biến. Cụ thể với kết cục chẩn đoán loãng xương trước GXĐS, chọn biến: giới tính, nhóm tuổi, phân nhóm BMI, trình độ học vấn, thoái hoá khớp gối, dẫn tĩnh mạch chi dưới, tiền căn gãy xương ngoài đột sống và biến gãy xương đột sống kiểu gãy lún (Bảng 4).

**Bảng 4: Phân tích hồi quy logistic đa biến khảo sát tỉ lệ chẩn đoán loãng xương trước GXĐS với các yếu tố liên quan**

| Đặc điểm                          | Chẩn đoán loãng xương trước GXĐS |             |             |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------|-------------|
|                                   | OR                               | KTC 95%     | p           |
| <b>Nam giới</b>                   | 0,28                             | 0,06 – 1,36 | 0,115       |
| Nhóm tuổi                         | 60 – 69                          | 1           | -           |
|                                   | 70 – 79                          | 1,95        | 0,65 – 5,81 |
|                                   | ≥ 80                             | 2,86        | 0,88 – 9,29 |
| Nhóm BMI                          | Cân đối                          | 1           | -           |
|                                   | Nhẹ cân                          | 0,45        | 0,12 – 1,67 |
|                                   | Thừa cân-Béo phì                 | 0,59        | 0,21– 1,60  |
| Trình độ học vấn                  | ≤ Cấp 1                          | 1           | -           |
|                                   | Cấp 2                            | 1,09        | 0,35 – 3,36 |
|                                   | ≥ Cấp 3                          | 6,05        | 2,22–16,50  |
| Thoái hoá khớp gối                | 1,69                             | 0,61 – 4,68 | 0,316       |
| Dẫn tĩnh mạch chi dưới            | 1,65                             | 0,53–5,08   | 0,385       |
| Tiền căn gãy xương ngoài đột sống | 5,07                             | 1,77–14,49  | 0,002       |
| Kiểu gãy lún đột sống             | 1,81                             | 0,76–4,33   | 0,182       |

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm dân số nghiên cứu.** Nghiên cứu

của chúng tôi thu thập được 227 bệnh nhân cao tuổi với độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là  $74,40 \pm 8,33$ , bao gồm 42 nam và 185 nữ. Trong đó, giới nữ chiếm 81,50%, tỉ lệ này tương đồng với dân số các nghiên cứu khảo sát về GXĐS trong và ngoài nước<sup>2,3</sup>. Tỷ lệ bệnh nhân đa bệnh (mắc từ hai bệnh trở lên) chiếm 81,94%, là một nét đặc trưng cơ bản của dân số người cao tuổi.

**Ti lệ chẩn đoán loãng xương trước và sau GXĐS.** Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có GXĐS do chấn thương nhẹ nên đã thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương theo những hướng dẫn quốc tế mới nhất<sup>4,5</sup>. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương trước khi GXĐS là 14,10% (32/227 bệnh nhân), tỉ lệ này ở nhóm bệnh nhân nam còn thấp hơn với 4,76% (2/42 bệnh nhân). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Macías-Hernández thực hiện tại Mexico (2021) với tỉ lệ ghi nhận là 11,80% (9/76 bệnh nhân)<sup>6</sup> và nghiên cứu của tác giả Weaver (2017) thực hiện tại Hoa Kỳ cũng đưa ra tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương trước GXĐS là 18,00%<sup>7</sup>. Bên cạnh đó, nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Dũng (2021) cũng ghi nhận chỉ 12,90% bệnh nhân (8/62 bệnh nhân) đã được tầm soát chẩn đoán loãng xương bằng đo mật độ xương trước khi GXĐS<sup>2</sup>. Qua các kết quả trên cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương trước khi GXĐS do chấn thương nhẹ còn thấp và cần có những biện pháp tích cực để cải thiện hiện trạng tầm soát, chẩn đoán loãng xương để can thiệp kịp thời và dự phòng biến cố gãy xương xảy ra ở người cao tuổi trong nước cũng như quốc tế.

Dân số thuộc nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân cao tuổi GXĐS do chấn thương nhẹ, vì vậy theo những tiêu chuẩn chẩn đoán mới nhất của các hiệp hội quốc tế, sau biến cố gãy GXĐS này tất cả bệnh nhân đều thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương<sup>4,5</sup>. Trên thực tế, nghiên cứu này ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương sau khi ghi nhận có GXĐS là 79,49% (155/195 bệnh nhân), cao hơn đáng kể khi so với trước khi GXĐS. Nghiên cứu hồi cứu của tác giả Weaver (2017) cho thấy tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương trước GXĐS là 21,5% và chỉ tăng lên đến 42,1% sau khi GXĐS<sup>7</sup>. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của tác giả Weaver thực hiện thu thập dữ liệu từ hồ sơ điện tử trong khoảng thời gian từ 2018 – 2013, thời điểm mà tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương chỉ dựa hoàn toàn vào mật độ xương, khảo sát trên đối tượng bệnh nhân > 50 tuổi, trẻ hơn nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu này cũng không loại trừ những trường hợp GXĐS do chấn thương mạnh.

Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương ở nam giới thấp hơn đáng kể so với nữ giới cụ thể là 4,76% (2/42 bệnh nhân) so với 16,22% (30/185 bệnh nhân) tại thời điểm trước GXĐS và 70% (28/40 bệnh nhân) so với 87,74% (155/195 bệnh nhân) tại thời điểm sau GXĐS. Qua đó cho thấy, vấn đề tầm soát và chẩn đoán loãng xương ở nam giới vẫn chưa được quan tâm đúng mức vì nhiều quan niệm cho rằng loãng xương là bệnh của phụ nữ cao tuổi, mặc dù đã có nhiều nghiên cứu khảo sát loãng xương ở nam giới > 50 tuổi và chỉ ra tỷ lệ tử vong do biến cố gãy xương ở nam giới trong nhiều khảo sát thậm chí còn cao hơn so với giới nữ<sup>8</sup>.

**Phân tích hồi quy logistic đa biến khảo sát các yếu tố liên quan đến khả năng được chẩn đoán loãng xương trước khi GXĐS ở bệnh nhân cao tuổi.** Kết quả khi phân tích hồi quy logistic đa biến, nghiên cứu ghi nhận các yếu tố như trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên (OR = 6,05, p < 0,001) và tiền căn gãy xương ngoài đốt sống (OR = 5,07, p = 0,002) là các yếu tố giúp gia tăng khả năng bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương trước khi GXĐS. Trình độ học vấn cao liên quan đến việc bệnh nhân có kiến thức về loãng xương nhiều hơn, từ đó gia tăng khả năng nhận thức và tiếp cận y tế để được tầm soát, chẩn đoán sớm loãng xương trước khi các biến cố gãy xương xảy ra. Ngoài ra, tiền căn gãy xương ngoài đốt sống cũng là một yếu tố giúp cho bệnh nhân được bác sĩ lâm sàng chỉ

định tầm soát đo mật độ xương và thiết lập chẩn đoán loãng xương trước khi có GXĐS. Một nghiên cứu của tác giả Bougioukli (2018) có khảo sát tương tự các yếu tố độc lập ảnh hưởng đến khả năng bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị loãng xương, xác định các đối tượng có khả năng nhất được chẩn đoán và điều trị loãng xương trước khi nhập viện vì GXĐS là bệnh nhân có tiền căn gãy xương do chấn thương nhẹ (OR = 2,32, p = 0,012), giới nữ (OR = 4,28, p = 0,026), nhóm tuổi 66 – 75 (OR = 4,60, p = 0,008 so với nhóm tuổi > 86), tiền căn gia đình có GXĐS (OR = 2,71, p = 0,009)<sup>3</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân cao tuổi được chẩn đoán loãng xương trước khi GXĐS còn thấp. Hơn nữa, vẫn còn tồn tại một số bệnh nhân không được xác lập chẩn đoán loãng xương sau khi GXĐS. Trình độ học vấn cấp 3 trở lên và tiền căn gãy xương ngoài đốt sống có liên quan đến tăng khả năng bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương trước GXĐS.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alexandru D, So W.** Evaluation and management of vertebral compression fractures. Perm J. Fall 2012; 16(4):46-51.
- Hoàng Văn Dũng, Phan Lê Kim Chi, Phan Thị Thu Hằng, Trần Thị Trang.** Đánh giá mật độ xương ở những bệnh nhân có gãy xương đốt sống điều trị tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng. Y học Việt Nam. Jul 2021; 502:126-131.
- Bougioukli S, Kollia P, Koromila T, et al.** Failure in diagnosis and under-treatment of osteoporosis in elderly patients with fragility fractures. J Bone Miner Metab. Mar 2019; 37(2): 327-335.
- Camacho PM, Petak SM, Binkley N, et al.** American Association Of Clinical Endocrinologists/ American College Of Endocrinology Clinical Practice Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Postmenopausal Osteoporosis-2020 Update. Endocr Pract. May 2020; 26(1):1-46.
- LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, et al.** The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. Osteoporos Int. Apr 28 2022.
- Macías-Hernández SI, Degollado-Rodríguez MM, Maldonado-Sánchez H, et al.** The yawning gap between osteoporosis diagnosis and treatment after a fragility fracture in Mexico. Arch Osteoporos. Apr 4 2021; 16(1):59.
- Weaver J, Sajjan S, Lewiecki EM, Harris ST.** Diagnosis and Treatment of Osteoporosis Before and After Fracture: A Side-by-Side Analysis of Commercially Insured and Medicare Advantage Osteoporosis Patients. J Manag Care Spec Pharm. Jul 2017; 23(7):735-744.
- Wang L, Yu W, Yin X, et al.** Prevalence of Osteoporosis and Fracture in China: The China Osteoporosis Prevalence Study. JAMA Netw Open. Aug 2 2021; 4(8):e2121106.