

cấp cứu. Lý do phổ biến nhất là: con to trên sản phụ có hay không có sẹo mổ lấy thai. So với tỷ lệ sinh mổ của bệnh viện trong năm 2020 là 42,9% thì tỷ lệ sinh mổ trong nhóm con to cao hơn hẳn. Điều này cho thấy con to là một vấn đề đáng chú trọng trong chiến lược giảm tỷ lệ sinh mổ của bệnh viện.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh có Apgar 5 phút dưới 7 điểm và cần hồi sức sơ sinh trong nghiên cứu chúng tôi bằng nhau, đều là 16,4%, tương đối phù hợp với các báo cáo hiện nay. Theo báo cáo của tác giả Manel Mallouli thì các trường hợp thai to sẽ gia tăng nguy cơ trẻ cần hồi sức sơ sinh và nhập NICU hơn so với trẻ có cân nặng trung bình. Thai to thường đi kèm với các bất thường chuyển dạ, đa số các trường hợp cần hồi sức sơ sinh là các trường hợp mổ cấp cứu như bất xứng đầu chậu hay thai suy. Các trường hợp chẩn đoán thai to và mổ chủ động sẽ giảm thiểu các chấn thương cho thai như kẹt vai, gãy xương đòn, nên cũng giảm tỷ lệ Apgar xấu và cần hồi sức sơ sinh. Tuy nhiên với thiết kế nghiên cứu báo cáo loạt ca chỉ có thể hình thành giả thiết nhưng không thể kết luận mối liên quan nên có sức mạnh chứng cứ không cao, tuy nhiên đây là nghiên cứu dẫn đường về vấn đề con to tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sản phụ mắc ĐTDĐ thai kỳ có ở 72,2% số sản phụ và béo phì 58,2%. Trong đó sản phụ kiểm soát đường huyết không tốt chiếm tỷ lệ 87,6% và tăng cân quá mức 75,4%. Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là 4144,26 ± 203,8 gram, nặng nhất 4900 gram. Kết cục thai kỳ của

các sản phụ sinh con to: sinh mổ chiếm tỷ lệ 65,6%, băng huyết sau sinh 7,4%, trẻ sơ sinh có Apgar dưới 7 điểm 16,4%, trẻ cần hồi sức sơ sinh 16,4%. Các sản phụ có yếu tố như thừa cân béo phì trước mang thai, đái tháo đường thai kỳ và tăng cân quá mức trong thai kỳ nên được cảnh báo về nguy cơ sinh con to và được theo dõi thai kỳ như một thai kỳ nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lê Hương and Đỗ Quan Hà**, Tỷ lệ đái tháo đường thai nghén tại khoa khám theo yêu cầu Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2012 và một số yếu tố nguy cơ. Tạp chí Phụ sản, 2014. 12(2): p. 108-111.
2. **Mai Trọng Dũng and Lê Hoài Chương**, Phân tích tình hình đẻ thai to tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong năm 2012. Tạp chí Phụ sản, 2013. 11(2): p. 54-57.
3. **Trần Thị Hoàn, et al.**, Nghiên cứu tình hình trẻ sơ sinh thừa cân tại khoa phụ sản Bệnh viện Trung Ương Huế. Tạp chí Phụ sản, 2017. 15(3): p. 114 - 118.
4. **Said, A.S. and K.P. Manji**, Risk factors and outcomes of fetal macrosomia in a tertiary centre in Tanzania: a case-control study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2016. 16(1): p. 243.
5. **Mohammadbeigi, A., et al.**, Fetal macrosomia: risk factors, maternal, and perinatal outcome. Ann Med Health Sci Res, 2013. 3(4): p. 546-50.
6. **Nguyễn Ngọc Anh**, Các yếu tố nguy cơ sinh con to ≥ 4000 g tại bệnh viện Từ Dũ, ed. anh. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược Tp. HCM. 2020.
7. **He, X.-J., et al.**, Is gestational diabetes mellitus an independent risk factor for macrosomia: a meta-analysis? Archives of Gynecology and Obstetrics, 2015. 291(4): p. 729-735.
8. **Rossi, A.C., P. Mullin, and F. Prefumo**, Prevention, management, and outcomes of macrosomia: a systematic review of literature and meta-analysis. Obstet Gynecol Surv, 2013. 68(10): p. 702-9.

TẦN SUẤT VÀ ĐẶC ĐIỂM TẾ NGÃ Ở NGƯỜI CAO TUỔI CÓ THOÁI HÓA KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM

Cao Thanh Ngọc¹, Lê Thị Ngọc Duyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ tế ngã và đặc điểm tế ngã ở người cao tuổi có thoái hóa khớp gối (THKG) tại phòng khám Nội cơ xương khớp và phòng khám Lão

khoa, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 636 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 Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 06 năm 2022. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được chia thành hai nhóm có THKG và không THKG, được khảo sát đồng thời về nhân trắc học, bệnh mạn tính, thuốc đang dùng, tiền căn và đặc điểm tế ngã (tần suất, cơ chế, hoạt động lúc tế ngã và chấn thương trong lúc tế) trong 12 tháng qua. **Kết quả:** Bệnh nhân THKG có tỉ lệ tế ngã và tỉ lệ tế ngã tái phát cao hơn so với nhóm không THKG (23,3% so

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thanh Ngọc

Email: caothanhngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

với 16,7%, $p = 0,037$ và 14,2% so với 3,5%, $p < 0,001$, theo thứ tự tương ứng), trong khi đó tỉ lệ té ngã mới thì không có sự khác biệt giữa hai nhóm (9,1% so với 13,2%, $p = 0,102$). Bệnh nhân THKG chủ yếu té ngã do cơ chế mất thăng bằng (47,3% so với 18,9%, $p < 0,001$) và nguy cơ gãy xương do té ngã trong nhóm này cao hơn nhóm không THKG (25,7% so với 13,2%, $p = 0,016$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tuổi, tình trạng đa bệnh, hoạt động lúc té ngã ở những bệnh nhân có và không có THKG. **Kết luận:** Người cao tuổi THKG có tỉ lệ té ngã và té ngã tái phát cao hơn so với nhóm không THKG. Bệnh nhân THKG té ngã chủ yếu là do mất thăng bằng và tăng nguy cơ gãy xương khi té ngã. **Từ khóa:** té ngã, thoái hóa khớp gối, người cao tuổi.

SUMMARY

PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF FALLS IN THE ELDERLY WITH KNEE OSTEOARTHRITIS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Objective: The aim of this study was to determine the prevalence, frequency, mechanism, activities at the time of falls, and injuries sustained from falls in elderly patients with Knee Osteoarthritis (KOA) at University Medical Center, Ho Chi Minh City. **Method:** We conducted a cross-sectional study that involved 636 elderly patients (≥ 60 years) from January 2022 to June 2022 at the Rheumatology clinic and the Geriatrics clinic of University Medical Center HCMC. We included 318 patients with KOA and 318 patients without KOA. Demographic data, comorbidities, current medications, and characteristics of falls in the past 12 months were collected from both groups. **Results:** The prevalence of falls and recurrent falls was significantly higher in elderly patients with KOA than in the control group (23.3% vs. 16.7%, $p=0,037$ and 14.2% vs. 3.5%, $p<0,001$, respectively). Elderly patients with KOA were more likely to fall due to loss of balance compared to the group without KOA (47.3% vs. 18.9%, $p<0,001$). The risk of fracture due to falls was also higher in patients with KOA (25.7% vs. 13.2%, $p=0,016$). There was no significant difference in age, multi-morbidity status, and activities at the time of falls in patients with and without KOA. **Conclusion:** This study highlights that elderly patients with KOA have a higher prevalence of falls, particularly due to loss of balance, and are at an increased risk of fractures due to falls. These findings suggest the need for falls prevention strategies in this population, with a focus on reducing the risk of falls and fractures in patients with KOA.

Keywords: falling, knee osteoarthritis, elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Té ngã là nguyên nhân chính gây tử vong và giảm chức năng ở người cao tuổi. Cứ 3 người từ 65 tuổi trở lên thì có một người bị té ngã trong năm và khoảng 15% bị ngã từ hai lần trở lên⁽¹⁾. Mặc dù hầu hết các lần té ngã không gây chấn thương, nhưng cứ mỗi 5 lần ngã lại có 1 lần bị chấn thương nặng⁽²⁾. Té ngã cũng có thể dẫn

đến sợ ngã, từ đó hạn chế các hoạt động thể chất, mất khả năng sinh hoạt độc lập, sống phụ thuộc, tăng nguy cơ tử vong và chi phí chăm sóc sức khỏe⁽³⁾.

Té ngã là một bệnh lý đa yếu tố. Ngoài các yếu tố đã được chứng minh như thiếu cơ, thuốc, suy giảm nhận thức, bệnh tim mạch, đột quy, giảm thị lực và các yếu tố môi trường⁽⁴⁾, thoái hóa khớp gối (THKG) cũng là một yếu tố nguy cơ của té ngã⁽⁵⁾. Khớp gối thoái hóa sẽ mất khả năng đàn hồi của sụn, giảm sức mạnh cơ xương và độ đàn hồi của dây chằng. Điều này cản trở khả năng giữ thăng bằng, giảm vận động, tăng nguy cơ té ngã và khiến người cao tuổi dễ bị chấn thương hơn khi té. Các biểu hiện đau, cứng khớp và thuốc điều trị giảm đau có thể khiến người cao tuổi cảm thấy không vững vàng khi đi lại. Việc hiểu rõ đặc điểm của té ngã ở người cao tuổi có THKG giúp đề xuất các can thiệp hiệu quả để giảm nguy cơ té ngã. Cho đến nay, các nghiên cứu vẫn chưa cho thấy sự thống nhất trong việc chứng minh THKG làm tăng tần suất té ngã trên người cao tuổi. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu về tỉ lệ té ngã trên người cao tuổi có THKG cũng như khảo sát về các đặc điểm té ngã trên nhóm đối tượng này. Mục tiêu nghiên cứu: *Khảo sát tỉ lệ té ngã và đặc điểm té ngã ở bệnh nhân cao tuổi có THKG đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp và phòng khám Lão khoa, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM từ 01/2022 đến 06/2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn nhận vào:

* Nhóm THKG:

+ Bệnh nhân ≥ 60 tuổi.

+ Được chẩn đoán THKG theo tiêu chuẩn của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ 1986, có Xquang khớp gối thuộc giai đoạn 2, 3, 4 theo Kellgren-Lawrence.

+ Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

* Nhóm không THKG:

+ Bệnh nhân ≥ 60 tuổi.

+ Không có triệu chứng đau, không lạo xạo khớp khi cử động, không có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng, không sưng nề ở khớp gối 2 bên.

Tiêu chuẩn loại trừ:

* Nhóm THKG:

+ Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân không có khả năng trả lời các câu hỏi (sa sút trí tuệ).

+ Bệnh nhân không có khả năng đi lại, có

vấn đề về bàn chân (khuyết thiếu về cấu trúc hoặc bệnh lí bàn chân đái tháo đường), có bệnh lí như yếu nửa người hay parkinson.

+ Bệnh nhân bị THKG thứ phát (sau chấn thương, có bệnh lí khớp khác như viêm khớp dạng thấp), có phẫu thuật thay khớp gối.

* Nhóm không THKG:

+ Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân không có khả năng trả lời các câu hỏi (sa sút trí tuệ).

+ Bệnh nhân không có khả năng đi lại, có vấn đề về bàn chân (khuyết thiếu về cấu trúc hoặc bệnh lí bàn chân đái tháo đường), có bệnh lí như yếu nửa người hay parkinson.

Phương pháp nghiên cứu

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

Kỹ thuật chọn mẫu. Chọn mẫu liên tục.

Định nghĩa các biến số chính

+ Thoái hóa khớp gối: THKG là biến nhị giá "có - không", được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ 1986, cụ thể người bệnh có đau gối và gai xương trên Xquang kèm theo ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn: > 50 tuổi, cứng khớp buổi sáng < 30 phút và lạo xạo khớp gối.

+ Số bệnh mạn tính: là biến thứ tự bao gồm các giá trị 0, 1, ≥ 2. Trong đó người bệnh có ≥ 2 bệnh được định nghĩa là đa bệnh. Bệnh mạn tính được khảo sát gồm bệnh tim mạch, bệnh phổi

mạn, bệnh thận mạn, đái tháo đường, đột quỵ, loãng xương, ung thư.

+ Đa thuốc: là biến nhị giá với hai giá trị là có (≥ 5 thuốc) và không (< 5 thuốc).

+ Té ngã: là biến nhị giá với hai giá trị là có (té ngã ≥ 1 lần/12 tháng) và không (không té ngã)

+ Té ngã mới: là biến nhị giá với hai giá trị là có (té ngã 1 lần/12 tháng) và không (té ngã > 1 lần/12 tháng)

+ Té ngã tái phát: là biến nhị giá với hai giá trị là có (té ngã ≥ 2 lần/12 tháng) và không (té ngã < 2 lần/12 tháng)

+ Hậu quả té ngã: là biến danh định gồm các giá trị như không chấn thương, chấn thương nhẹ, chấn thương có gãy xương.

+ Cơ chế té ngã: là biến danh định gồm các giá trị như trượt, vấp, mất thăng bằng, yếu cơ, bước hụt.

+ Hoạt động đang thực hiện lúc té ngã: là biến danh định gồm các giá trị: đi bộ, lên/xuống cầu thang, với tay lấy đồ, di chuyển đến/từ giường/ghế.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được mã hóa bằng Epidata, xử lý và phân tích bằng STATA 14. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

Y đức. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức của Đại Học Y Dược TP. HCM với mã số: 2194 – ĐHYD và Hội đồng Y đức của bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM ngày 11/10/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 636 bệnh nhân đồng ý tham gia, trong đó 318 bệnh nhân THKG và 318 bệnh nhân không THKG với các kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (n = 636)

Đặc điểm	Tổng (n = 636)	Nhóm THKG (n = 318)	Nhóm không THKG (n = 318)	p
Tuổi (Năm)	70,6 ± 7,2	71 ± 7,5	70,1 ± 6,9	0,244
Nhóm tuổi				
60 – 69, n (%)	311 (48,9)	153 (48,1)	158 (49,7)	0,368
70 – 79, n (%)	241 (37,9)	117 (36,8)	124 (39)	
≥ 80, n (%)	84 (13,2)	48 (15,1)	36 (11,3)	
Giới				
Nam, n (%)	257 (40,4)	102 (32,1)	155 (48,7)	< 0,001
Nữ, n (%)	379 (59,6)	216 (67,9)	163 (51,3)	
BMI (Kg/m²)	22,6 ± 3,2	23,1 ± 3	22,1 ± 3,3	< 0,001
Nhóm BMI				
< 18,5, n (%)	57 (9)	18 (5,7)	39 (12,3)	0,001
18,5 - < 23, n (%)	306 (48,1)	150 (47,2)	156 (49,1)	
23 - < 25, sn (%)	153 (24,1)	74 (23,2)	79 (24,8)	
≥ 25, n (%)	120 (18,8)	76 (23,9)	44 (13,8)	
Số bệnh mạn tính				
0, n (%)	127 (20)	64 (20,1)	63 (19,8)	0,109
1, n (%)	237 (37,3)	108 (34)	129 (40,6)	

≥ 2, n (%)	272 (42,7)	146 (45,9)	126 (39,6)	
Số thuốc đang dùng				
0 – 4, n (%)	375 (59)	160 (50,3)	215 (67,6)	< 0,001
≥ 5, n (%)	261 (41)	158 (49,7)	103 (32,4)	
Loãng xương, n (%)	98 (15,4)	70 (22)	28 (8,8)	< 0,001

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 70,6 ± 7,2 tuổi. Trong đó tuổi nhỏ nhất là 60 tuổi, tuổi lớn nhất trong nhóm không THKG và nhóm THKG lần lượt là 92 và 97 tuổi, sự khác biệt về tuổi và nhóm tuổi là không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Nghiên cứu này cũng ghi nhận, trong cả hai nhóm, tỉ lệ nữ đều cao hơn nam. Đặc biệt là ở nhóm THKG, nữ có tỉ lệ cao hơn gấp đôi so với nam. BMI trung

bình của dân số nghiên cứu là 22,6 ± 3,2 kg/m². Nhóm THKG có BMI cao hơn nhóm không THKG và sự khác biệt về BMI giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Nhóm THKG cũng có tần suất đa bệnh cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê (p = 0,109). Bên cạnh đó, nhóm THKG cũng có tần suất đa thuốc cao hơn nhóm không THKG và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Bảng 2. Tần suất té ngã giữa nhóm có THKG và nhóm không THKG (n = 636)

Đặc điểm	Tổng (n = 636)	Nhóm THKG (n = 318)	Nhóm không THKG (n = 318)	p
Té ngã, n (%)	127 (20)	74 (23,3)	53 (16,7)	0,037
Té ngã mới, n (%)	71 (11,2)	29 (9,1)	42 (13,2)	0,102
Té ngã tái phát, n (%)	56 (8,8)	45 (14,2)	11 (3,5)	< 0,001

Nhận xét: Nhóm THKG có tỉ lệ té ngã cao hơn nhóm không THKG và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (p = 0,037). Trong đó, tỉ lệ té ngã tái phát trong nhóm THKG cao hơn và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Ngược lại, tỉ lệ té ngã mới trong nhóm không THKG lại cao hơn so với nhóm THKG, tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê (p = 0,102).

Bảng 3. Đặc điểm té ngã trên các bệnh nhân có tiền căn té ngã trong năm qua giữa nhóm có THKG và nhóm không THKG (n = 127)

Đặc điểm	Tổng (n=127)	Nhóm THKG (n=74)	Nhóm không THKG (n = 53)	p
Hậu quả té ngã				
Không chấn thương, n (%)	73 (57,5)	41 (55,4)	32 (60,4)	0,576
Chấn thương nhẹ, n (%)	28 (22)	14 (18,9)	14 (26,4)	1,000
Chấn thương có gãy xương, n (%)	26 (20,5)	19 (25,7)	7 (13,2)	0,016
Cơ chế té ngã				
Trượt, n (%)	24 (18,9)	10 (13,5)	14 (26,4)	0,405
Vấp, n (%)	43 (33,9)	23 (31,1)	20 (37,7)	0,636
Mất thăng bằng, n (%)	45 (35,4)	35 (47,2)	10 (18,9)	< 0,001
Yếu cơ, n (%)	10 (7,9)	3 (4,1)	7 (13,2)	0,202
Bước hụt, n (%)	5 (3,9)	3 (4,1)	2 (3,8)	0,653
Hoạt động lúc té ngã				
Đi bộ, n (%)	73 (57,5)	44 (59,5)	29 (54,7)	0,062
Lên/xuống cầu thang, n (%)	11 (8,7)	4 (5,4)	7 (13,2)	0,362
Với tay lấy đồ, n (%)	13 (10,2)	9 (12,1)	4 (7,6)	0,161
Di chuyển đến/từ giường/ghế, n (%)	30 (23,6)	17 (23)	13 (24,5)	0,454

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu này cho thấy nhóm bệnh nhân THKG có tần suất gãy xương do té ngã cao hơn nhóm chứng và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (p = 0,016). Có hơn 50% trường hợp té ngã xảy ra trong lúc đi bộ ở cả hai nhóm. Cơ chế gây té ngã chủ yếu trên nhóm bệnh nhân THKG là mất thăng bằng, trong khi đó, vấp lại là cơ chế té ngã chính ở nhóm chứng và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy những bệnh nhân THKG có tần suất té ngã trong một năm cao hơn so với nhóm không THKG, đặc biệt là tần suất té ngã tái phát cao hơn gấp 4 lần. Điều này cho thấy, THKG có thể là một yếu tố nguy cơ dẫn đến té ngã lặp lại ở người cao tuổi. Qua khảo sát, bệnh nhân THKG chủ yếu té ngã do cơ chế mất thăng bằng và có nguy cơ gãy xương trong lúc té cao hơn so với nhóm không THKG.

Té ngã và THKG đều là hai vấn đề thường gặp và để lại nhiều hậu quả nặng nề cho người cao tuổi. Cho đến nay, nhiều nghiên cứu được thực hiện để khảo sát mối liên quan giữa hai vấn đề này^{(6),(7),(8)}. Trong đó, nghiên cứu của N.M. van Schoor và cộng sự⁽⁷⁾ cho kết quả tương tự nghiên cứu này. Năm 2020, nhóm của van Schoor đã thực hiện nghiên cứu trên 2535 bệnh nhân có độ tuổi trung bình từ 65-85 tuổi và kết quả cho thấy người bệnh THKG có nguy cơ té ngã tái phát cao gấp 1,5 lần so với dân số chung. Tuy nhiên, tỉ lệ té ngã trên nhóm THKG trong nghiên cứu của van Schoor cao hơn so với nghiên cứu này (28,3% so với 23,3%). Điều này có thể được giải thích là do trong nghiên cứu của N.M. van Schoor và cộng sự, người bệnh có độ tuổi trung bình là 74,2 tuổi và BMI trung bình là 27,6 kg/m², cao hơn so với nghiên cứu này, đây là hai yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ té ngã. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Smith và cộng sự (2018)⁽⁸⁾. Một nghiên cứu khác của Doré và cộng sự (2015)⁽⁶⁾ cũng cho thấy tần suất té ngã trên nhóm THKG có triệu chứng lâm sàng là 34,3% cao hơn so với nhóm không có THKG là 24,2%, tuy nhiên nghiên cứu này không khảo sát về tỉ lệ té ngã tái phát.

Người cao tuổi có THKG thường phải chịu đựng các triệu chứng như đau, cứng khớp, biến dạng lệch trục. Bên cạnh đó, khớp gối bị thoái hóa còn ảnh hưởng đến các thành phần cạnh khớp gây teo cơ, dây chằng lỏng lẻo, ... Các triệu chứng này gây ảnh hưởng đến dáng đi và mất sự ổn định tư thế làm giảm khả năng vượt chướng ngại vật, khó chuyển trọng tâm và phục hồi thăng bằng kém, làm tăng nguy cơ té ngã. Nghiên cứu này cũng cho thấy người bệnh THKG thường té ngã do mất thăng bằng (47,3%) và do vấp (31%) trong lúc đi bộ hơn so với các cơ chế khác. Kết quả này phần nào phù hợp với nghiên cứu của Michael C Nevitt và cộng sự (2018)⁽⁹⁾, người bệnh có triệu chứng mất vững khớp gối thường có khả năng giữ thăng bằng kém, sợ té ngã, tăng 4,5 lần nguy cơ té ngã tái phát và tăng gấp 2 lần nguy cơ té ngã kèm chấn thương.

Năm 2006, Arden và cộng sự cũng đã mô tả những người bị đau khớp gối hoặc được bác sĩ lâm sàng chẩn đoán THKG qua Xquang có nguy cơ té ngã và nguy cơ gãy xương vùng hông cao hơn so với nhóm người cao tuổi khỏe mạnh. Nghiên cứu này cũng cho kết quả tương tự với nhóm THKG có tỉ lệ gãy xương do té ngã cao hơn nhóm không THKG. Điều này có thể được giải thích bởi nhóm THKG có tỉ lệ loãng xương cao hơn (22% so với 8,8%, $p < 0,001$) và với

khả năng giữ thăng bằng kém, người bệnh THKG thường dễ bị chấn thương hơn trong quá trình té ngã, điều này đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu⁽⁹⁾. Nghiên cứu một lần nữa khẳng định, THKG làm tăng tỉ lệ té ngã trên người cao tuổi, do đó trong quá trình quản lí THKG cần chú trọng đến phòng ngừa té ngã. Nghiên cứu này cũng giúp mở ra những hướng nghiên cứu mới với các can thiệp cải thiện khả năng thăng bằng có thể giúp giảm tỉ lệ té ngã trên người bệnh THKG cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tần suất té ngã và tần suất té ngã tái phát trên bệnh nhân THKG (23,3% và 14,2%) cao hơn so với nhóm không THKG (16,7% và 3,5%). Bệnh nhân THKG chủ yếu té ngã do cơ chế mất thăng bằng và có nguy cơ gãy xương sau té cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tromp AM, Smit JH, Deeg DJH, et al.** (1998), "Predictors for falls and fractures in the Longitudinal Aging Study Amsterdam". *Journal of bone mineral research*, 13 (12), pp.1932-1939.
2. **SR Lord C Sherrington, HB Menz** (2003), *Falls in Older People: Risk Factors and Strategies for Prevention*. BMJ Publishing Group Ltd.
3. **Gottschalk Sophie, König Hans-Helmut, Schwenk Michael, et al.** (2020), "Mediating factors on the association between fear of falling and health-related quality of life in community-dwelling German older people: a cross-sectional study". *BMC Geriatrics*, 20 (1), pp.401.
4. **Thibaud Marie, Bloch Frédéric, Tournoux-Facon Caroline, et al.** (2012), "Impact of physical activity and sedentary behaviour on fall risks in older people: a systematic review and meta-analysis of observational studies". *European Review of Aging Physical Activity*, 9 (1), pp.5-15.
5. **Tasci Bozbas Gulnur, Sendur Omer Faruk, Aydemir Ali Hakan** (2017), "Primary knee osteoarthritis increases the risk of falling". *Journal of back musculoskeletal rehabilitation*, 30 (4), pp.785-789.
6. **Doré A. L., Golightly Y. M., Mercer V. S., et al.** (2015), "Lower-extremity osteoarthritis and the risk of falls in a community-based longitudinal study of adults with and without osteoarthritis". *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 67 (5), pp.633-9.
7. **van Schoor N. M., Dennison E., Castell M. V., et al.** (2020), "Clinical osteoarthritis of the hip and knee and fall risk: The role of low physical functioning and pain medication". *Semin Arthritis Rheum.* 50 (3). pp.380-386.
8. **Smith T O, Hinson E, Pearson M, Mansfield M.** (2018). "Is there an increased risk of falls and fractures in people with early diagnosed hip and knee osteoarthritis? Data from the Osteoarthritis Initiative.". *Int J Rheum Dis.* 21(6). 1193-1201.
9. **Nevitt M C, Tolstikh I, Shakoov N, et al.** (2016). "Symptoms of knee instability as risk factors for recurrent falls". *Arthritis Care Res*, 68(8), 1089-1097.