

XÁC ĐỊNH CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LOÃNG XƯƠNG Ở NAM GIỚI

Nguyễn Thị Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến loãng xương ở nam giới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng trên 400 nam giới (200 bệnh và 200 chứng) từ 50 tuổi trở lên, độ tuổi trung bình (74.96±6.29), được phỏng vấn thông qua bộ câu hỏi, khám lâm sàng, đo chiều cao cân nặng, xét nghiệm máu; loại trừ những bệnh nhân có tiền sử dùng các thuốc và mắc các bệnh ảnh hưởng đến mật độ xương (MĐX). Giá trị MĐX được xác định bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép, tại vị trí đốt sống L1-L4, cổ xương đùi (CXĐ) và đầu trên xương đùi. **Kết quả:** Các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam giới được xác định: Chỉ số khối cơ thể (BMI) < 18,5 làm tăng nguy cơ loãng xương 4,08 lần (95%CI: 1,3-12,79); tiền sử gãy xương làm tăng nguy cơ loãng xương 3,77 lần. Lối sống tĩnh tại, hoạt động thể lực ở mức thấp và trung bình làm tăng nguy cơ loãng xương lên 22,78 lần (95%CI: 4,91-105,75), 6,0 lần (95% CI: 2,3-15,66) và 4,72 lần (95%CI: 1,87-11,87) tương ứng so với người có hoạt động thể lực ở mức cao. Khu vực sinh sống, trình độ học vấn, tình trạng hút thuốc lá, uống rượu không làm tăng nguy cơ loãng xương. **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam giới liên quan đến chỉ số nhân trắc và lối sống có thể can thiệp được.

Từ khóa: loãng xương, mật độ xương, nam giới

SUMMARY

RISK FACTORS OSTEOPOROSIS IN MEN

Objectives: To investigate the risk factors for osteoporosis in men. **Research subjects and methods:** Case-control study on 400 men (200 cases and 200 controls) aged 50 years or older, average age (74.96±6.29), interviewed through questionnaires, exploited smoking history, history of alcohol drink, determined the level of physical activity; clinically examined, blood tested. The study excludes patients with a history of medications and those with conditions that affect bone mass density (BMD). BMD value is determined by dual-energy X-ray adsorption measurement, at the L1-L4 vertebra, femoral neck and total hip. **Results:** The risk factors for osteoporosis in men are body mass index (BMI) <18.5 (OR = 4.08), history of fractures (OR = 3.77); no physical activity (OR= 22.78), Low physical activity (OR = 6.0) and medium physical activity (OR=4.72). Alcohol drink history, smoking history physical activity do not increase the risk of osteoporosis in men. **Conclusion:** Our results indicate that risk factors of osteoporosis in men are related to interventional

anthropometric index and lifestyle. **Keywords:** Osteoporosis, Bone Mineral Density; Men

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương và hậu quả của nó là gãy xương đã là vấn đề quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng gây tàn phế có thể gây nguy cơ tử vong, đồng thời ảnh hưởng nhiều đến nền kinh tế xã hội của các quốc gia trên thế giới. Trong vài chục năm gần đây nhiều nghiên cứu đã tìm hiểu cơ chế bệnh sinh của bệnh và đã đưa ra các biện pháp phòng và điều trị loãng xương. Tuy nhiên phần lớn các nghiên cứu tập trung trên đối tượng nữ giới mà chưa được quan tâm nghiên cứu thích đáng ở nam giới. Tỷ lệ loãng xương của nam giới thay đổi từ 8-16% tùy theo từng quốc gia, Hồng Kông (7%); ở Việt Nam tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương (2012) nghiên cứu tại miền Bắc Việt nam cho kết quả tỷ lệ loãng xương ở nam giới từ 50 tuổi trở lên dao động từ 7 - 12% tùy theo từng vị trí. Mặc dù loãng xương ở nam giới chiếm tỷ lệ thấp hơn nữ giới (1/3-1/4) nhưng tỷ lệ gãy xương do loãng xương và tỷ lệ tử vong sau gãy xương ở nam giới cao tương đương nữ giới. Loãng xương là một bệnh do tác động của nhiều yếu tố khác nhau trong đó phải kể đến các yếu tố chính như: tuổi, chiều cao cân nặng, gen, hóc môn, các bệnh lý và thuốc làm ảnh hưởng đến chu chuyển xương, chế độ vận động và dinh dưỡng. Các nghiên cứu trên đối tượng nam giới nhằm khai thác ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ lên bệnh loãng xương ở nam giới còn chưa nhiều. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố nguy cơ liên quan đến loãng xương ở nam giới.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

* **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Khám bệnh và khoa Cơ xương khớp bệnh viện Hữu Nghị.

* **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 3/2016 đến tháng 12/2021

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện trên 400 nam giới đến khám tại khoa Khám bệnh và điều trị nội trú tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện Hữu Nghị, trong đó 200 bệnh nhân là nam giới loãng xương và 200 nam giới có MĐX bình thường làm đối chứng, ghép cặp theo nhóm tuổi và loại trừ hoàn toàn những đối tượng thiếu xương với các tiêu chí lựa chọn

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa

Email: hoancs35@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024

như sau:

2.2.1. Nhóm bệnh

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Nam giới có độ tuổi từ 50 trở lên, kết quả đo mật độ xương bằng phương pháp DXA với chỉ số T ≤ -2,5 ở ít nhất 1 trong 3 vị trí CXĐ, ĐTXĐ, CSTL.

- Các đối tượng tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** - Nam giới có tiền sử mắc các bệnh mạn tính gây loãng xương thứ phát (như bệnh gan, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), bệnh tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus, vẩy nến,...) bệnh thận mạn tính, ung thư, các bệnh nội tiết và các rối loạn liên quan chuyển hóa Vitamin D, chuyển hóa xương như đái tháo đường, béo phì, hội chứng kém hấp thu, bệnh cường giáp trạng, hội chứng Cushing, bệnh Cushing được phát hiện qua hỏi tiền sử bệnh, khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng.

- Nam giới sử dụng các loại thuốc ảnh hưởng đến mật độ xương trong 6 tháng vừa qua như: corticoid, hormon thay thế, heparin; dựa vào hồ sơ bệnh án và khám lâm sàng, nếu có triệu chứng nghi ngờ thì loại khỏi nghiên cứu.

- Nam giới không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Nhóm chứng

Chọn bệnh nhân vào nhóm chứng như tiêu chuẩn chọn như nhóm bệnh song có MĐX bình thường với chỉ số T ≥ -1 ở cả 3 vị trí cột sống thắt lưng, cổ xương đùi và đầu trên xương đùi.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** bệnh chứng, ghép cặp theo nhóm tuổi

* **Quy trình nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng, phỏng vấn theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất; các dữ liệu thu thập: tuổi, nơi sống, trình độ học vấn, đo chiều cao, cân nặng, tính chỉ số BMI, tiền sử hút thuốc, uống rượu, gãy xương; các xét nghiệm công thức máu, máu lắng, chức năng gan, thận, nồng độ canxi.

- Đo MĐX bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA), thu thập kết quả chỉ số MĐX và Tscore ở các vị trí cột sống thắt lưng, cổ xương đùi và toàn bộ đầu trên xương đùi. Đối tượng nghiên cứu được có chỉ số Tscore ≤ -2,5 ở 1 trong 3 vị trí sẽ được chọn vào nhóm bệnh và lựa chọn vào nhóm chứng đối tượng có chỉ số Tscore ≥ ở cả 3 vị trí; loại đi những đối tượng được chẩn đoán giảm mật độ xương.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập trên phần mềm Redcap, xử lý bằng phần mềm Stata 14.2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

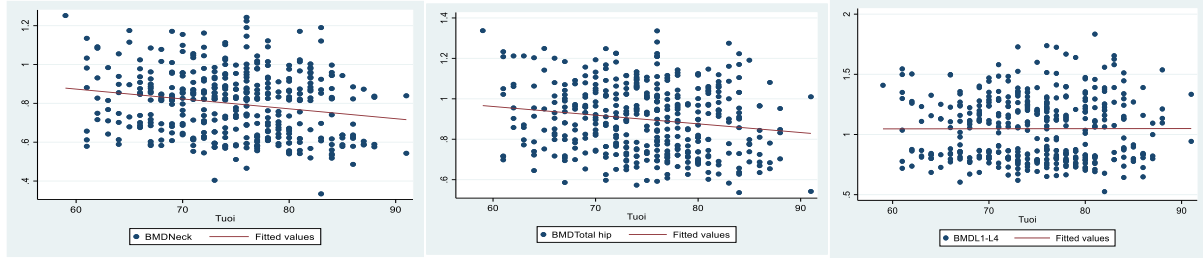
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm bệnh (n=200)	Nhóm chứng (n=200)	p
Tuổi, Trung bình (SD)		74,96 (6,73)	74,55 (6,31)	0,49
Chiều cao, TB (SD)		55,64 (8,13)	62,72 (7,92)	<0,001
Cân nặng, TB (SD)		159,02 (5,55)	161,7 (5,61)	<0,001
BMI (kg/m ²), TB (SD)		21,98 (2,85)	23,96 (2,52)	<0,001
MĐX CXĐ (g/cm ²), TB (SD)		0,66 (0,007)	0,93 (0,007)	<0,001
MĐX đầu trên XĐ (g/cm ²), TB (sd)		0,77 (0,1)	1,03 (0,11)	<0,001
MĐX CSTL(g/cm ²), TB (SD)		0,82 (0,12)	1,27 (0,16)	<0,001
Nơi sống	Thành thị, n (%)	189 (94,5%)	196 (98%)	0,11
	Nông thôn, n (%)	11 (5,5%)	4 (2%)	
Trình độ học vấn	≤ Cấp 3, n (%)	19 (9,5)	10 (5%)	0,2
	Đại học, n (%)	148 (74%)	152 (76%)	
	Sau đại học, n (%)	33 (16,5%)	38 (19%)	
Hút thuốc	Có, n (%)	99 (49,5%)	106 (53%)	0,48
	Không, n (%)	101 (50,5%)	94 (47%)	
Uống rượu	Có, n (%)	138 (69%)	134 (67%)	0,67
	Không, n (%)	62 (31%)	66 (33%)	
Tiền sử gãy xương	Có, n (%)	36 (18%)	11 (5,5%)	<0,001
	Không n (%)	164 (82%)	189 (94,55%)	
Mức độ hoạt động thể lực	Tĩnh tại, n (%)	14 (7%)	3 (1,5%)	<0,001
	Thấp, n (%)	65 (32,3%)	52 (26%)	
	Trung bình, n (%)	115 (57,5%)	117 (58,5%)	
	Cao, n (%)	6 (3%)	28 (14%)	

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình cao, sống chủ yếu ở thành phố, trình độ học vấn từ đại học trở lên chiếm tỷ lệ cao. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số chiều cao, cân nặng, BMI, tiền sử gãy xương, chỉ số mật độ xương của hai nhóm bệnh chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2. Môi liên quan giữa loãng xương với các yếu tố nguy cơ



A. Cổ xương đùi
($r = -0.1941$, $p = 0.0001$)

B. Đầu trên xương đùi
($r = -0.1644$, $p = 0.0010$)

C. Cột sống thắt lưng
($r = 0.0022$, $p = 0.9658$)

Biểu đồ 1. Môi liên quan giữa tuổi và mật độ xương

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch giữa tuổi và mật độ xương ở vị trí cổ xương đùi và đầu trên xương đùi ($p < 0,001$)

Bảng 2. Môi liên quan giữa loãng xương với chiều cao, cân nặng và chỉ số BMI

	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95%CI)	p	
Chiều cao (cm) (TB,SD)	159,02 (5,55)	161,70 (5,61)	0,91 (0,88-0,95)	<0,001	
Cân nặng (TB, SD)	55,64 (8,13)	62,72 (7,92)	0,89 (0,87-0,92)	<0,001	
Chỉ số BMI	Bình thường*	107	64	1	
	Gầy	24	4	3,62 (1,20- 10,92)	0,018
	Thừa cân	43	68	0,38 (0,23-0,62)	<0,001
	Béo phì	26	64	0,24 (0,14-0,42)	<0,001

Nhận xét: cân nặng và chiều cao càng cao sẽ làm giảm nguy cơ loãng xương; người có chỉ số BMI thấp <18,5 (thiếu cân) làm tăng nguy cơ loãng xương lên gấp 3,62 lần so với người có chỉ số BMI bình thường (95% CI: 1,20-10,92); tương tự như vậy người có chỉ số BMI ở mức thừa cân và béo phì làm giảm nguy cơ loãng xương hơn so với người bình thường ở mức có ý nghĩa thống kê..

Bảng 3. Môi liên quan giữa trình độ học vấn, khu vực sinh sống mức độ hoạt động thể lực, tiền sử hút thuốc, uống rượu và tiền sử gãy xương với loãng xương

		Loãng xương	Bình thường	OR (95% CI)	p
Trình độ học vấn	≤ Cấp 3 (n=29)	10	19	1	-
	Đại học (n=300)	152	148	0,50 (0,22- 1,13)	0,10
	Sau đại học (n=71)	38	33	0,45 (0,18-1,11)	0,08
Khu vực sinh sống	Nông thôn (n=15)	11	4	2,85 (0,89-9,11)	0,077
	Thành phố (n=385)	189	198	1	
Mức độ hoạt động thể lực	Tĩnh tại	14	3	22,78 (4,91 - 105,75)	<0,001
	Ít	65	52	6,0 (2,3 - 15,66)	<0,001
	Trung bình	115	117	4,72 (1,87 - 11,87)	0,001
	Cao *	6	28	1	
Tiền sử hút thuốc	Có	101	94	1,15 (0,77- 1,71)	0,483
	Không*	99	106	1	
Uống rượu	Có	62	66	0,91 (0,60-1,39)	0,667
	Không *	138	134	1	
Tiền sử gãy xương	Có	36	11	3,77 (1,86-7,65)	<0,001
	Không *	164	189	1	

Nhận xét: Hoạt động thể lực ở mức thấp làm tăng nguy cơ loãng xương so với hoạt động thể lực ở mức cao, tiền sử gãy xương làm tăng nguy cơ loãng xương; trình độ học vấn, khu vực sinh sống, tiền sử hút thuốc lá, uống rượu không

làm tăng nguy cơ loãng xương

Bảng 4. Môi liên quan giữa loãng xương với các yếu tố nguy cơ trong mô hình kiểm định hồi quy logistic đa biến

Các yếu tố nguy cơ		OR	95% CI	p
Chỉ số BMI	Thiếu cân > Bình thường	4,08	1,30 – 12,79	0,016
	Thừa cân > Bình thường	0,4	0,23 – 0,68	0,001
	Béo phì > Bình thường	0,22	0,12 – 0,41	<0,001
Hoạt động thể lực	Tinh tại > Cao	27,81	5,16 – 150,02	<0,001
	Ít > Cao	6,94	2,34 – 20,53	<0,001
	Trung bình > Cao	5,3	1,89 – 15,30	0,002
Tiền sử hút thuốc (Có>không)		1,02	0,64 – 1,63	0,94
Uống rượu (Có>không)		0,84	0,50 – 1,40	0,504
Tiền sử gãy xương (Có>không)		3,84	1,74 – 8,46	0,001

Nhận xét: Chỉ số BMI thấp, tiền sử hút thuốc lá, uống rượu bia và hoạt động thể lực ít làm tăng nguy cơ loãng xương ($p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 200 đối tượng nam giới loãng xương nguyên phát và 200 đối tượng có mật độ xương bình thường làm đối chứng đến khám và điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị cho thấy một số yếu tố nguy cơ loãng xương như sau

***Tuổi:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khá cao, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh là $74,96 \pm 6,73$, nhóm chứng là $74,55 \pm 6,31$, thấp tuổi nhất là 59, cao nhất là 91; nhóm tuổi 70 - 79 chiếm tỷ cao nhất (52%). Khi kiểm định ảnh hưởng của yếu tố tuổi lên MĐX chúng tôi thấy có mối tương quan ngược giữa tuổi và MĐX, tức là tuổi càng cao thì độ xương càng giảm, tương quan có ý nghĩa nhất ở vị trí cổ xương đùi ($r = -0,1941$; $p = 0,0001$). Điều này tương tự với nghiên cứu của tác giả William D Leslie¹ cho thấy có mối tương quan nghịch giữa sự gia tăng của tuổi với MĐX. Tác giả Phạm Văn Tú² nghiên cứu MĐX ở nam giới khỏe mạnh từ 50-94 tuổi bằng phương pháp DXA cũng cho thấy có sự giảm MĐX theo tuổi, tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Thị Bích cho thấy có sự sụt giảm MĐX theo tuổi ở cổ xương đùi và cột sống thắt lưng³. Tuổi là một yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được của loãng xương ở cả hai giới. Người ta thấy rằng nguyên nhân đầu tiên gây ra bệnh loãng xương do tuổi cao là sự suy giảm hoạt động của trục dưới đồi – tuyến yên – tuyến sinh dục ở nam giới, mặc dù sự sụt giảm hóc môn sinh dục không diễn ra mạnh mẽ

như ở nữ giới khi bước vào mãn kinh nhưng quá trình sụt giảm này diễn ra từ từ liên tục làm giảm dần lượng hóc môn nội tiết tố androgen trong máu cũng như những thay đổi về lượng testoterol khả dụng trong máu từ đó gây mất cân bằng giữa quá trình hủy xương và tạo xương làm giảm MĐX và hậu quả là loãng xương và gãy xương. Hơn nữa tuổi cao làm giảm tiết hóc môn GH, IGF từ đó gây giảm hoạt động của tế bào tạo xương và tế bào xương. Nguyên nhân nữa là ở người cao tuổi có giảm hấp thu calci tại ruột giảm tái hấp thu calci tại ống thận từ đó giảm calci máu, giảm calci máu kéo dài gây tăng tiết PTH gây tăng hủy xương.

***Chỉ số BMI:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan của chỉ số BMI với loãng xương cả trong mô hình kiểm định đơn biến và đa biến: Người có chỉ số BMI thấp ($< 18,5$) làm tăng nguy cơ loãng xương lên 4,08 lần (95%CI: 1,3-12,79; $p = 0,016$) so với người có cân nặng bình thường, ngược lại người thừa cân và béo phì có tác dụng bảo vệ đối với loãng xương với OR=0,4 (95%CI: 0,23-0,68; $p = 0,001$) và OR=0,22 (95%CI: 0,12-0,41; $p < 0,001$). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự các nghiên cứu công bố trước đó ở trong nước và thế giới, nghiên cứu của tác giả Salamat MR và cộng sự (2013) trên 230 nam giới từ 50 - 79 tuổi, cho thấy nam giới có chỉ số BMI ≤ 25 tăng nguy cơ loãng xương gấp 4,4 lần so với nhóm có chỉ số BMI ≥ 25 ⁶.

Trọng lượng cơ thể và chỉ số khối cơ thể là những yếu tố ảnh hưởng đến MĐX được khẳng định qua nhiều nghiên cứu. Một số nghiên cứu đã chứng minh mối liên hệ tích cực giữa trọng lượng cơ thể tăng và BMI với mật độ khoáng của xương hoặc thậm chí tác dụng bảo vệ chống lại bệnh loãng xương và gãy xương. Nghiên cứu của nhóm tác giả Maimoun, L và cộng sự trên 504 người béo phì (363 nữ, 141 nam) tuổi từ 18,1-81,9 với BMI trung bình $38,5 \pm 6,0$ kg/cm² cho kết quả MĐX cao hơn 5,6% và 15,2% ở bệnh nhân béo phì, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân béo phì có BMI cao trên 40 cho thấy có MĐX cao hơn ở những vị trí chịu lực so với nhóm có BMI thấp hơn⁷. Nghiên cứu của Wu (2022) cho thấy so với cân nặng bình thường, thiếu cân làm tăng nguy cơ loãng xương lên gấp 6,5 lần (95% CI = 4,624 đến 9,186) trong khi thừa cân và béo phì có tác dụng bảo vệ đối với loãng xương (OR, 0,176; 95% CI = 0,140 đến 0,221 và 0,057; 95% CI = 0,039 đến 0,083, tương ứng)⁸. Một số cơ chế giả định rằng tải trọng tăng lên các vị trí xương chịu lực sẽ kích thích tăng quá trình tạo xương, một

cơ chế khác là ở những người béo phì có sự tăng tổng hợp estrogen, tăng tiết insulin và tăng nồng độ leptin trong huyết tương những hormon này có vai trò trong việc kích hoạt quá trình tạo xương. Khi tiến hành kiểm định hồi quy tuyến tính đa biến cho kết quả chỉ số BMI có nguy cơ độc lập lên loãng xương.

***Tiền sử gãy xương:** Tiền sử gãy xương trong nghiên cứu của chúng tôi làm tăng nguy cơ loãng xương 3,77 lần (1,86-7,65). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Cao Thanh Ngọc⁹. Tiền sử gãy xương theo các nghiên cứu trên thế giới cho thấy là một nguy cơ độc lập với loãng xương; nghiên cứu của Radojka Bijelic và cộng sự cho thấy người có tiền sử gãy xương làm tăng 3,01 lần nguy cơ loãng xương so với người không bị gãy xương. Gãy xương vừa là nguyên nhân và là hậu quả nghiêm trọng của loãng xương, loãng xương làm giảm MĐX và tổn thương vi cấu trúc của xương làm giảm sức mạnh của xương do đó làm cho xương trở nên giòn và dễ gãy. Gãy xương làm cho người bệnh ít vận động đặc biệt trên đối tượng người cao tuổi đa bệnh lý từ đó làm cho tốc độ mất xương tăng lên, do vậy gãy xương vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của loãng xương.

***Hoạt động thể lực:** Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng nghiên cứu sẽ được phỏng vấn các hoạt động thể lực trong 1 tuần bao gồm: các hoạt động thể dục thể thao (chơi bóng bàn, bóng chuyền, cầu lông, chạy bộ, bơi lội...) các hoạt động trong lúc đi làm, hoạt động thường ngày (xem tivi, làm việc nhà, ...) tính thời gian hoạt động nhân với chỉ số Met của hoạt động đó sẽ ra được chỉ số mets-phút/tuần.

Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt về mức độ hoạt động thể lực ở 2 nhóm loãng xương và đối chứng. Nhóm bệnh có mức độ hoạt động thể lực thấp hơn so với nhóm chứng, trong đó tỷ lệ không có hoạt động thể lực (tĩnh tại) chiếm 7% ở nhóm bệnh và 1,5% ở nhóm chứng trong khi mức độ hoạt động thể lực ở mức cao ở nhóm bệnh (3%) và nhóm chứng (14%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Những người có lối sống tĩnh tại, hoạt động thể lực ở mức thấp và trung bình làm tăng nguy cơ loãng xương lên 22,78 lần (95%CI: 4,91-105,75), 6,0 lần (95% CI: 2,3-15,66) và 4,72 lần (95%CI: 1,87-11,87) tương ứng so với người có hoạt động thể lực ở mức cao. Khi tiến hành kiểm định hồi quy tuyến tính đa biến với các yếu tố nguy cơ khác ảnh hưởng đến mật độ xương (chỉ số BMI, hút thuốc, uống rượu, tiền sử gãy xương) cho kết quả tương tự. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác và y văn đều cho thấy hoạt động thể lực cao sẽ làm tăng MĐX so với ít hoạt động thể lực. Các nghiên cứu chỉ ra rằng MĐX cao hơn ở nhóm có hoạt động thể lực tích cực, nghiên cứu của tác giả Bocalini và cộng sự cho thấy sau 24 tuần tập thể dục làm cải thiện sức mạnh của cơ, tăng MĐX một cách có ý nghĩa thống kê¹¹. Sự vận động của các cơ kích thích sự tạo xương và tăng khối lượng xương, đồng thời vận động còn giúp tăng sức mạnh của cơ và giảm nguy cơ ngã. Ngược lại, sự giảm vận động dẫn tới mất xương nhanh và gãy xương do loãng xương. Người cao tuổi có xu hướng giảm hoạt động thể lực hơn so với người trẻ, giảm hoạt động thể lực gây giảm hoạt động của tế bào tạo xương và kích thích hoạt động của tế bào hủy xương thông qua giảm tiết OPG và tăng tiết RANKL¹². Tuy nhiên, vận động quá mức, lao động thể lực nặng nhọc, kéo dài và không cung cấp đủ dinh dưỡng, giảm cân, giảm lượng mỡ toàn cơ thể sẽ dẫn tới tăng nguy cơ loãng xương và gãy xương.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan rất mạnh giữa người ít vận động thể lực và người có lối sống tĩnh tại với loãng xương, kết quả này đã mang lại một ý nghĩa thực tiễn rất lớn trong quá trình điều trị cho bệnh nhân loãng xương, cần tư vấn bệnh nhân thực hiện các vận động hợp lý để giảm loãng xương tăng sức mạnh của cơ và giảm nguy cơ té ngã gây gãy xương. Đây là một kết quả không mới tuy nhiên cũng góp phần khẳng định thêm một lần nữa ảnh hưởng của các chỉ số này lên loãng xương ở nam giới cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam giới là tuổi cao, chỉ số BMI thấp, tiền sử gãy xương và hoạt động thể lực ở mức thấp và tĩnh tại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leslie WD, Seeman E, Morin SN, Lix LM, Majumdar SR.** The diagnostic threshold for osteoporosis impedes fracture prevention in women at high risk for fracture: A registry-based cohort study. *Bone*. Sep 2018;114:298-303.
2. **Phạm Văn Tú, Trần Ngọc Ân.** Nhận xét mật độ xương của nam giới từ 50 tuổi trở lên bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng ép. Công trình nghiên cứu khoa học bệnh viện Bạch Mai. 2022; tập 1:499-503.
3. **Hoàng Thị Bích, Trần Thị Tô Châu, Hoàng Thị Phương Nam.** Một số yếu tố liên quan đến mật độ xương ở người bệnh cao tuổi tại bệnh viện lão khoa trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 12/16 2021;507(1).
4. **Nguyễn Thị Mai Hương.** Nghiên cứu yếu tố nguy cơ loãng xương và dự báo gãy xương theo

- mô hình Frax ở nam giới từ 50 tuổi trở lên, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.
- Ensrud KE, Fullman RL, Barrett-Connor E, et al.** Voluntary weight reduction in older men increases hip bone loss: the osteoporotic fractures in men study. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. Apr 2005; 90(4):1998-2004.
 - Salamat MR, Salamat AH, Abedi I, Janghorbani M.** Relationship between Weight, Body Mass Index, and Bone Mineral Density in Men Referred for Dual-Energy X-Ray Absorptiometry Scan in Isfahan, Iran. Journal of osteoporosis. 2013;2013:205963-205963.
 - Maimoun L, Mura T, Leprieur E, Avignon A, Mariano-Goulart D, Sultan A.** Impact of obesity on bone mass throughout adult life: Influence of gender and severity of obesity. Bone. 2016/09/01/ 2016;90:23-30.
 - Wu CL, Nfor ON, Tantoh DM, Lu WY, Liaw YP.** Associations Between Body Mass Index, WNT16 rs2908004 and Osteoporosis: Findings from Taiwan Biobank. 2022;15:2751-2758.
 - Cao Thanh Ngọc, Phạm Hoàng Hải.** Tỷ lệ chẩn đoán loãng xương ở người cao tuổi gãy xương đốt sống mới chẩn đoán và các yếu tố liên quan. Tạp chí Y học Việt Nam. 05/26 2023;526(1B)
 - Nordström A, Karlsson C, Nyquist F, Olsson T, Nordström P, Karlsson M.** Bone loss and fracture risk after reduced physical activity. Journal of bone and mineral research: the official journal of the American Society for Bone and Mineral Research. Feb 2005;20(2):202-207.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐANG DÙNG THUỐC CHỐNG ĐÔNG MÁU ĐƯỜNG UỐNG VÀO CẤP CỨU VỚI BẤT KÌ CHẢY MÁU NÀO

Phan Thị Điệp¹, Hoàng Bùi Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục đích xác định các biến cố chảy máu bất kỳ ở bệnh nhân dùng thuốc chống đông máu đường uống, so sánh các đặc điểm bệnh nhân giữa hai nhóm bệnh nhân dùng DOAC và VKAs trên thực hành lâm sàng ở phòng cấp cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả các bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu, khai thác tiền sử có sử dụng thuốc chống đông máu đường uống vào khoa cấp cứu từ tháng 4 năm 2022 đến tháng 9 năm 2023, mô tả đặc điểm của nhóm bệnh nhân này, so sánh các đặc điểm giữa hai nhóm bệnh nhân dùng DOAC và VKAs. **Kết quả:** Nghiên cứu có 57 ca đang dùng VKAs và 29 ca dùng DOAC (gồm dabigatran, rivaroxaban, apixaban), tỷ lệ chảy máu tiêu hóa cao hơn ở nhóm bệnh nhân dùng DOAC, chảy máu nội sọ cao hơn ở bệnh nhân đang dùng VKAs ($p=0,89$ và $p=0,052$, lần lượt). Tỷ lệ chảy máu lớn ở nhóm bệnh nhân VKAs cao hơn ($p=0,04$). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân dùng DOAC cao hơn ($p<0,01$). INR ở nhóm bệnh nhân dùng VKAs cao hơn ($p<0,01$). **Kết luận:** không có sự khác biệt về chảy máu tiêu hóa ở hai nhóm, nhưng tỷ lệ chảy máu lớn, chảy máu nội sọ xu hướng cao hơn ở nhóm bệnh nhân dùng VKAs. Cần theo dõi chặt chẽ INR ở nhóm bệnh nhân dùng VKAs, không cần theo dõi ở nhóm DOAC. Việc sử dụng VKAs ở nhóm bệnh nhân tuổi cao ít các rủi ro về chảy máu hơn là DOAC. **Từ khóa:** chống đông, DOACs, VKAs, chảy máu

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORIES CHARACTERISTICS IN PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENT TAKING ORAL ANTICOAGULANT WITH ANY BLEEDING EVENTS

Objective: This study aimed to identify bleeding complications in patients who were taking oral anticoagulants and compare the characteristics between DOAC and VKAs groups in clinical practice. **Subjects and methods:** The study describes patients diagnosed with bleeding, in the past medical history taking oral anticoagulants who presented to our emergency department from April 2022 to August 2023 with any bleeding events. **Results:** Our study yielded 57 cases of patients taking a VKAs and 29 patients taking a DOAC (dabigatran, rivaroxaban, apixaban). The rate of gastrointestinal bleeding was higher in patients taking DOACs, and intracranial bleeding was higher in patient taking VKAs ($p=0,89$, $p=0,052$, respectively). The rate of major bleeding was higher in the VKAs group ($p=0,04$). The average age of DOAC group was higher ($p<0,01$). **Conclusion:** There was no significant differences between gastrointestinal bleeding in the warfarin and NOACs groups, but the rate of major bleeding and the rate of intracranial bleeding tended to be higher in VKAs group. Need for close monitoring of the intensity of anticoagulation effect using the international normalized ratio, group DOAC is not required. The use of warfarin by elderly patients is less risky than the use of NOACs in terms of bleeding complications.

Keywords: anticoagulants, bleeding events, DOAC, VKAs

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệu pháp chống đông máu là nền tảng của

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Điệp

Email: dieppt97@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 11.01.2024