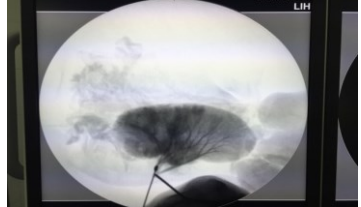


Fogarty catheter lấy mảnh tắc



Chụp cản quang ĐM thận ghép

**Hình 6. Tắc cấp ĐM thận ghép và xử trí (Nguồn Bv 108)**

## V. KẾT LUẬN

- Trong ghép thận, kỹ thuật khâu nối mạch máu phụ thuộc mạch máu vùng chậu của người nhận và mạch máu của thận ghép.
- Kết quả sớm sau mổ: 96,2% tốt. Tỷ lệ biến

chứng sớm liên quan đến ghép mạch là: 3,8%

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Tuấn và Đoàn Quốc Hưng (2018), Kết quả sớm kỹ thuật khâu nối machjmaus trong ghép thận tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 10-2016 đến 11-2017, Tạp chí Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam. 21 – 5, tr.43-47.
2. Lê Anh Tuấn, Nguyễn Trường Giang và Hoàng Mạnh An (2016), Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu mạch máu của ghép thận, kỹ thuật và kết quả khâu nối mạch máu trong ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103, Y học TP Hồ Chí Minh. 20-4, tr.121-132.
3. Trịnh Xuân Đán (1999), Nghiên cứu giải phẫu hệ thống đài bể thận, mạch máu thần kinh của người Việt Nam, Luận án tiến sỹ, Học viện Quân y.
4. Barry D. Kahan and Claudio Ponticelli (2000). Surgical principles of the operation. In: Principles and Practice of Renal Transplantation, Martin Dunitz editor, 191-216.
5. David A et al (2003), "Renal transplantation", Operative urology, tr. 121- 132
6. Goldfarb D.A., Flechner S.M. and Modlin C.S. (2003). Renal transplantation. In: Operative urology at the Cleveland clinic, Humana Press Totowa, New Jersey, 121-132.

## TỈ LỆ GÃY XƯƠNG ĐỐT SỐNG Ở PHỤ NỮ CAO TUỔI BỊ LOÃNG XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thanh Huân<sup>1</sup>, Trương Trí Khoa<sup>1</sup>,  
Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ gãy xương đốt sống (GXĐS) và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ cao tuổi bị loãng xương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 279 phụ nữ ≥60 tuổi bị loãng xương, từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023. Đối tượng nghiên cứu được ghi nhận triệu chứng lâm sàng, kết quả X quang cột sống ngực – thắt lưng, mật độ xương cùng các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tỉ lệ GXĐS là 36,6% (102/279) và hơn 50% có triệu chứng lâm sàng. Tuổi, tình trạng hôn nhân, hoạt động thể lực, tăng huyết áp, đái tháo đường, thoái hóa khớp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy yếu, té ngã, T-score tại cổ xương đùi, toàn bộ xương đùi, cột sống thắt lưng liên quan đến GXĐS có ý nghĩa thống kê. Sau khi thực hiện hồi quy đa biến, hoạt động thể lực (OR: 0,44; KTC 95%: 0,20 – 0,94; p = 0,038), thoái hóa khớp (OR: 0,24; KTC

95%: 0,12 – 0,48; p <0,001), suy yếu (OR: 7,41; KTC 95%: 3,45 – 16,73; p <0,001), té ngã (OR: 3,86; KTC 95%: 1,68 – 9,32; p = 0,002), T-score ở cổ xương đùi (OR: 0,63; KTC 95%: 0,41 – 0,92; p = 0,002) còn liên quan với GXĐS có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỉ lệ gãy xương đốt sống trên phụ nữ cao tuổi tương đối cao, phản ánh gánh nặng bệnh tật ở đối tượng này. Hoạt động thể lực, thoái hóa khớp, T-score càng cao ở cổ xương đùi giảm xác suất, trong khi suy yếu và té ngã tăng xác suất mắc GXĐS. **Từ khóa:** gãy xương đốt sống, loãng xương, phụ nữ, cao tuổi

### SUMMARY

#### PREVALENCE OF VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURE AND RELATED FACTORS IN ELDERLY WOMEN WITH OSTEOPOROSIS

**Objectives:** To investigate the prevalence of vertebral compression fracture and related factors in older women with osteoporosis. **Methods:** This cross-sectional study was conducted on 279 older women with osteoporosis at the Rheumatology and Neurosurgery department, and Rheumatology clinic, University Medical Center, from August 2022 to May 2023. Clinical symptoms, thoracic-lumbar spine radiologic results, bone mineral density and related factors were collected. **Results:** 102/279 (36,6%)

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: cardiohuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biên khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

older women have at least one vertebral fracture and more than 50% of participants present as symptomatic. Age, marital status, physical activity, hypertension, diabetes mellitus, osteoarthritis, ischemic heart disease, frailty, falls, and T-score at femoral neck, total hip and lumbar spine are associated with vertebral compression fracture. When using multivariate logistic regression, only physical activity (OR: 0,44; 95% CI: 0,20 – 0,94;  $p = 0,038$ ), osteoarthritis (OR: 0,24; 95% CI: 0,12 – 0,48;  $p < 0,001$ ), frailty (OR: 7,41; 95% CI: 3,45 – 16,73;  $p < 0,001$ ); falls (OR: 3,86; 95% CI: 1,68 – 9,32;  $p = 0,002$ ), T-score at femoral neck (OR: 0,63; 95% CI: 0,41 – 0,92;  $p = 0,002$ ) are associated with vertebral fracture. **Conclusion:** The prevalence of vertebral compression fracture is quite high among elderly women with osteoporosis, highlighting a disease burden in this population. Physical activity, osteoarthritis, higher T-score at femoral neck are protective factors while frailty and falls are risk factors of vertebral fracture. **Keywords:** vertebral compression fracture, osteoporosis, women, elderly

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đốt sống (GXĐS) do loãng xương là vấn đề thường gặp trên lâm sàng và để lại nhiều hậu quả nặng nề như đau mạn tính, suy giảm hoạt động chức năng, giảm chất lượng cuộc sống và tăng tử vong<sup>1,2</sup>. Dù có nhiều hậu quả nhưng không phải luôn chẩn đoán được GXĐS trên lâm sàng do khoảng hai phần ba bệnh nhân không có triệu chứng và chỉ tình cờ tìm thấy khi thực hiện hình ảnh học thường quy<sup>3</sup>. Các nghiên cứu trên thế giới đã khảo sát tỉ lệ GXĐS trên phụ nữ sau mãn kinh nhưng chưa tập trung vào đối tượng phụ nữ cao tuổi có loãng xương. Đây là nhóm bệnh nhân nhiều bệnh nền, dễ suy giảm chức năng, suy giảm chất lượng cuộc sống. **Mục tiêu:**

- Khảo sát sự khác biệt về tỉ lệ GXĐS ở phụ nữ cao tuổi bị loãng xương.

- Khảo sát mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với GXĐS ở phụ nữ cao tuổi bị loãng xương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang mô tả

**2.2. Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 8/2022 đến hết tháng 5/2023

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:** phụ nữ  $\geq 60$  tuổi điều trị tại khoa Nội cơ xương khớp, khoa Ngoại thần kinh và đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

**2.4. Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được ước lượng theo công thức sau:

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

Để ước lượng tỉ lệ  $p$ , chúng tôi lựa chọn  $p = 0,5$  để có  $p(1-p)$  có giá trị lớn nhất do chưa có nghiên cứu tương đồng tại Việt Nam. Với  $\alpha = 0,05$ ,  $d = 0,06$ , cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu sẽ là 267.

**2.5. Kỹ thuật chọn mẫu:** chọn mẫu liên tục

**2.6. Tiêu chuẩn nhận vào:** phụ nữ  $\geq 60$  tuổi được chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1994 có T score  $\leq -2,5SD$ .

**2.7. Tiêu chuẩn loại trừ:** nghi ngờ GXĐS không do chấn thương nhẹ hoặc loãng xương thứ phát.

**2.8. Phương pháp thu thập số liệu:** Bệnh nhân được thu thập thông tin bằng phiếu thu thập số liệu đã được chuẩn bị trước, đo chiều cao và cân nặng hiện tại, ghi nhận lại kết quả mật độ xương đo bằng phương pháp đo độ hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA, dual-energy X-ray absorptiometry), X quang cột sống ngực – thắt lưng.

**2.9. Định nghĩa biến số**

**GXĐS:** là biến nhị giá, gồm 2 giá trị: có, không; được xác định là có khi giảm 20% chiều cao thân sống trước, giữa hoặc sau so với thân sống bình thường theo phương pháp bán định lượng của Genant<sup>4</sup>.

**Các yếu tố liên quan:** tình trạng hôn nhân, tiền căn GXĐS, tiền căn dùng bisphosphonate, hoạt động thể lực, phụ thuộc hoạt động chức năng cơ bản (ADL, activities of daily living), phụ thuộc hoạt động chức năng sinh hoạt (IADL, instrumental activities of daily living), suy yếu theo thang điểm Suy yếu Lâm sàng (CFS, Clinical Frailty Scale), té ngã.

**Các biến số khác:** tuổi, trình độ học vấn, chiều cao, cân nặng, BMI, bệnh đồng mắc (dựa theo hệ thống hồ sơ bệnh nhân điện tử), đau lưng, T-score đo bằng phương pháp DEXA tại ba vị trí (cổ xương đùi, toàn bộ xương đùi, cột sống thắt lưng).

**2.10. Xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm R. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số ( $n$ ) và tỉ lệ (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn (phân phối bình thường) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) (phân phối không bình thường). Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Kiểm định  $t$  để so sánh các biến định lượng phân phối bình thường, kiểm định Wilcoxon so sánh biến định lượng phân phối không bình thường. Hồi quy logistic để xác định mối liên quan giữa các yếu tố với GXĐS. Khác biệt có nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.11. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số 639/HĐĐĐ ngày 01 tháng 08 năm 2022.

≥60 tuổi bị loãng xương. Tỷ lệ GXĐS là 36,6%. Nhóm GXĐS cao tuổi hơn, thường gặp góa/độc thân, tiền căn GXĐS, tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, đột quỵ, đái tháo đường so với nhóm không GXĐS. Ngược lại, nhóm không GXĐS có tỷ lệ hoạt động thể lực, thoái hóa khớp, T-score cả ba vị trí cao hơn nhóm không GXĐS.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu này thu nhận được 279 phụ nữ

**Bảng 6. Đặc điểm của phụ nữ cao tuổi bị loãng xương (N = 279)**

Đặc điểm	Chung (N = 279)	GXĐS		P
		Có (n = 102)	Không (n = 177)	
<b>Tuổi (năm)<sup>a</sup></b>	72,0 ± 7,3	75,0 ± 7,3	70,4 ± 6,7	<0,001 <sup>†</sup>
<b>Nhóm tuổi, n (%)</b>				<0,001 <sup>†</sup>
60 – 69	114 (40,9)	26 (25,5)	88 (49,7)	
70- 79	115(41,2)	49 (48,0)	66 (37,3)	
≥80	50 (17,9)	27 (26,5)	23 (13,0)	
<b>Trình độ học vấn</b>				0,676 <sup>*</sup>
Mù chữ	60 (21,5)	24 (23,5)	36 (20,3)	
Cấp 1	160 (57,3)	61 (59,8)	99 (55,9)	
Cấp 2	15 (5,4)	3 (2,9)	12 (6,8)	
Cấp 3	28 (10,0)	10 (9,8)	18 (10,2)	
Dạy nghề	2 (0,7)	0 (0)	2 (1,1)	
Đại học	14 (5,0)	4 (3,9)	10 (5,7)	
<b>Tình trạng hôn nhân</b>				<0,001 <sup>†</sup>
Góa/sống độc thân	138 (49,5)	69 (67,6)	69 (39,0)	
Đủ vợ chồng	141 (50,5)	33 (32,4)	108 (61,0)	
Tiền căn GXĐS	15 (5,4)	15 (14,7)	0 (0)	<0,001 <sup>†</sup>
Dùng bisphosphonate	77 (27,6)	27 (26,5)	50 (28,2)	0,856 <sup>†</sup>
Hoạt động thể lực	95 (34,1)	17 (16,7)	78 (44,1)	<0,001 <sup>†</sup>
Chiều cao (cm) <sup>a</sup>	152 ± 4,9	152 ± 5,2	152 ± 4,7	0,232 <sup>‡</sup>
Cân nặng (kg) <sup>a</sup>	52,4 ± 8,8	52,1 ± 9,8	52,5 ± 8,1	0,694 <sup>‡</sup>
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) <sup>a</sup>	22,6 ± 3,5	22,6 ± 3,8	22,6 ± 3,3	0,939 <sup>‡</sup>
<b>T-score<sup>a</sup></b>				
Cổ xương đùi	-2,50 ± 0,85	-2,75 ± 0,96	-2,36 ± 0,75	<0,001 <sup>†</sup>
Toàn bộ xương đùi	-2,21 ± 0,93	-2,44 ± 0,87	-1,94 ± 0,91	0,001 <sup>†</sup>
Cột sống thắt lưng	-2,89 ± 0,86	-3,07 ± 0,95	-2,78 ± 0,78	0,009 <sup>†</sup>
<b>Bệnh đồng mắc, n (%)</b>				
Tăng huyết áp	114 (40,9)	56 (54,9)	58 (32,8)	<0,001 <sup>†</sup>
Đái tháo đường	52 (18,6)	26 (25,5)	26 (14,7)	0,038 <sup>†</sup>
Thoái hóa khớp	142 (50,9)	38 (37,3)	104 (58,5)	0,001 <sup>†</sup>
Gút	3 (1,1)	0 (0)	3 (1,7)	0,302 <sup>*</sup>
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	47 (16,8)	24 (23,5)	23 (13,0)	0,036 <sup>†</sup>
Tai biến mạch máu não	11 (3,9)	6 (5,9)	5 (2,8)	0,218 <sup>*</sup>
Rối loạn lipid máu	81 (29,0)	36 (35,3)	45 (25,4)	0,107 <sup>†</sup>
Bệnh thận mạn	20 (7,2)	8 (7,8)	12 (6,8)	0,928 <sup>†</sup>

<sup>†</sup>Kiểm định chi bình phương, <sup>\*</sup>kiểm định Fisher, <sup>‡</sup>kiểm định t, <sup>\*</sup>kiểm định Wilcoxon, <sup>a</sup>trung bình ± độ lệch chuẩn, <sup>b</sup>trung vị (khoảng tứ phân vị).

**Bảng 2. Đặc điểm lão khoa của phụ nữ cao tuổi bị loãng xương (N = 279)**

Đặc điểm	Chung (N = 279)	GXĐS		P
		Có (n = 102)	Không (n = 177)	
<b>Phụ thuộc ADL, n (%)</b>	49 (17,6)	33 (32,4)	16 (9,0)	<0,001 <sup>†</sup>
<b>Phụ thuộc IADL, n (%)</b>	101 (36,2)	66 (64,7)	35 (19,8)	<0,001 <sup>†</sup>
<b>Suy yếu theo CFS, n (%)</b>				<0,001 <sup>†</sup>
Không suy yếu	132 (47,3)	22 (21,6)	110 (62,1)	

Tiền suy yếu	43 (15,4)	12 (11,8)	31 (17,5)	
Suy yếu	104 (37,3)	68 (66,7)	36 (20,3)	
Té ngã, n (%)	51 (18,3)	36 (35,3)	15 (8,5)	<0,001 <sup>†</sup>
Đa bệnh, n (%)	119 (42,7)	51 (50,0)	68 (38,4)	0,079 <sup>†</sup>

<sup>†</sup>Kiểm định chi bình phương

**Bảng 3. Một số đặc điểm GXĐS ở phụ nữ cao tuổi bị loãng xương (N = 279)**

	Chung (N=279)	GXĐS		p
		Có (n=102)	Không (n=177)	
<b>Đau lưng, n (%)</b>				
Có	94 (33,7)	74 (72,5)	20 (11,3)	<0,001 <sup>†</sup>
Không	184 (65,9)	28 (27,5)	157 (88,7)	
<b>Gù lưng, n (%)</b>				
Có	74 (26,5)	69 (67,6)	5 (2,8)	<0,001 <sup>†</sup>
Không	205 (73,5)	33 (32,4)	172 (97,2)	
<b>Mức độ nặng trên X quang, n (%)</b>				
Nhẹ	-	4 (3,6)	-	
Vừa	-	15 (13,6)	-	
Nặng	-	91 (82,7)	-	

<sup>†</sup>Kiểm định chi bình phương

Nhóm GXĐS bị đau lưng và gù lưng nhiều

**Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với GXĐS trên phụ nữ cao tuổi bị loãng xương qua phân tích hồi quy logistic (N = 279)**

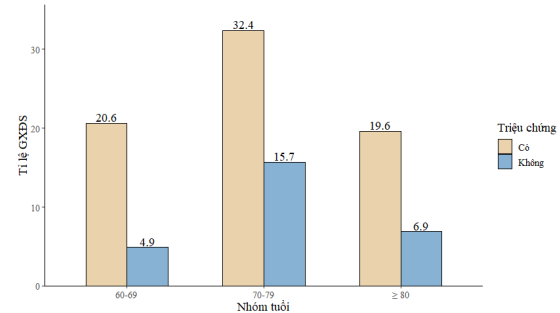
	Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
<b>Tuổi</b>	1,10 (1,06 – 1,14)	<0,001	1,02 (0,96 – 1,08)	0,521
<b>Tình trạng hôn nhân đủ vợ chồng</b>	0,31 (0,18 – 0,51)	<0,001	0,54 (0,25 – 1,16)	0,117
<b>Hoạt động thể lực</b>	0,25 (0,14 – 0,45)	<0,001	0,44 (0,20 – 0,94)	0,038
<b>BMI</b>	0,99 (0,93 – 1,07)	0,939	-	-
<b>Tăng huyết áp</b>	2,50 (1,52 – 4,14)	<0,001	1,10 (0,54 – 2,23)	0,782
<b>Đái tháo đường</b>	1,98 (1,08 – 3,67)	0,027	1,45 (0,65 – 3,25)	0,359
<b>Thoái hóa khớp</b>	0,42 (0,25 – 0,68)	<0,001	0,24 (0,12 – 0,48)	<0,001
<b>Bệnh tim thiếu máu cục bộ</b>	2,06 (1,09 – 3,90)	0,025	0,82 (0,33 – 2,00)	0,669
<b>Suy yếu</b>				
Không	1		1	
Tiền suy yếu	1,94 (0,84 – 4,30)	0,109	1,55 (0,59 – 3,96)	0,363
Suy yếu	9,44 (5,21 – 17,71)	<0,001	7,41 (3,45 – 16,73)	<0,001
Té ngã	5,89 (3,08 – 11,77)	<0,001	3,86 (1,68 – 9,32)	0,002
<b>T-score</b>				
Cổ xương đùi	0,53 (0,37 – 0,73)	<0,001	0,63 (0,41 – 0,92)	0,002
Toàn bộ xương đùi	0,52 (0,37 – 0,70)	<0,001	-	-
Cột sống thắt lưng	0,65 (0,47 – 0,88)	0,007	0,70 (0,48 – 1,00)	0,055

Mô hình hồi quy logistic đơn biến xác nhận những yếu tố có p <0,2 được đưa tiếp vào mô hình đa biến. Các yếu tố liên quan GXĐS sau hồi quy đa biến là T-score cổ xương đùi, té ngã, suy yếu, thoái hóa khớp và hoạt động thể lực.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu này thu thập được 279 phụ nữ ≥60 tuổi có loãng xương, trong đó có 102 đối

hơn. Trong nhóm GXĐS, đối tượng chủ yếu là gãy nặng.



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ GXĐS phân theo nhóm tuổi và triệu chứng đau lưng ở phụ nữ cao tuổi bị loãng xương (n = 102)**

Nhóm tuổi 70-79 có tỷ lệ GXĐS cao nhất và ở cả ba nhóm tuổi, tỷ lệ GXĐS có triệu chứng (đau lưng) nhiều hơn không triệu chứng.

tương bị GXĐS (36,6%). Các yếu tố liên quan GXĐS sau hồi quy đa biến là T-score cổ xương đùi, té ngã, suy yếu, thoái hóa khớp và hoạt động thể lực.

**4.1. Tỷ lệ GXĐS ở phụ nữ cao tuổi bị loãng xương.** Tỷ lệ GXĐS trong nghiên cứu này tương đối cao hơn nghiên cứu của Xia và cộng sự có cùng phương pháp chẩn đoán (14,7%) do

dân số nghiên cứu của Xia trẻ tuổi hơn và loại trừ trường hợp suy giảm hoạt động chức năng<sup>1</sup>. Bastos và cộng sự khảo sát GXĐS bằng X quang có tỉ lệ GXĐS là 20,8%<sup>2</sup>. Sự khác biệt này đến từ phương pháp chẩn đoán GXĐS khác nhau cũng như loại trừ đối tượng phụ thuộc hoạt động chức năng sinh hoạt; nghiên cứu chúng tôi có khoảng 30% bệnh nhân phụ thuộc hoạt động chức năng và 40% suy yếu.

Hơn nữa, suy giảm hoạt động chức năng của người cao tuổi liên quan đến suy yếu, dẫn đến tăng nguy cơ GXĐS<sup>5</sup>. Điều này có thể giải thích cho tỉ lệ GXĐS của nghiên cứu này cao hơn các nghiên cứu khác trên thế giới.

Khi phân tích theo nhóm tuổi, tỉ lệ GXĐS cao hơn ở nhóm tuổi 70 – 79 so với 60 – 69 nhưng thấp đi ở nhóm  $\geq 80$ . Kết quả này tương đồng một phần với y văn trước đây, ghi nhận tỉ lệ GXĐS có xu hướng tăng theo tuổi<sup>1</sup>. Trong nhóm  $\geq 80$  tuổi, tỉ lệ GXĐS tương đồng với nghiên cứu của Bastos và cộng sự thực hiện trên đối tượng cùng độ tuổi<sup>2</sup>. Tuy nhiên, sự khác biệt của tỉ lệ GXĐS ở nhóm  $\geq 80$  tuổi so với hai nhóm còn lại trong nghiên cứu này có thể do số đối tượng thuộc nhóm  $\geq 80$  tuổi này ít hơn so với hai nhóm tuổi còn lại.

Ngoài ra, MĐX là yếu tố bảo vệ khỏi gãy xương do chấn thương nhẹ. Tỉ lệ loãng xương thấp hơn trong nghiên cứu của Xia và cộng sự (32,9%), Bastos và cộng sự (35,5%) giải thích cho tỉ lệ GXĐS cao trong nghiên cứu này<sup>1,2</sup>.

GXĐS thường thầm lặng với khoảng một phần ba trường hợp có triệu chứng lâm sàng<sup>3</sup>. Bệnh nhân có mức độ gãy trên X quang nặng hơn thường gặp triệu chứng lâm sàng hơn<sup>3</sup>. Nghiên cứu này có khoảng 70% bệnh nhân GXĐS có triệu chứng đau lưng. Kết quả này trái ngược với nghiên cứu trước đây, có thể do nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ gãy nặng trên X quang cao và MĐX thấp hơn<sup>3</sup>.

**4.2. Môi liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với GXĐS ở phụ nữ cao tuổi bị loãng xương.** Qua mô hình logistic đa biến, chỉ còn lại hoạt động thể lực (OR: 0,44; KTC 95%: 0,20 – 0,94;  $p = 0,038$ ), thoái hóa khớp (OR: 0,24; KTC 95%: 0,12 – 0,48;  $p < 0,001$ ), suy yếu, (OR: 7,41; KTC 95%: 3,45 – 16,73;  $p < 0,001$ ); té ngã (OR: 3,86; KTC 95%: 1,68 – 9,32;  $p = 0,002$ ), T-score ở cổ xương đùi (OR: 0,63; KTC 95%: 0,41 – 0,92;  $p = 0,002$ ) liên quan với GXĐS có ý nghĩa thống kê.

Hoạt động thể lực có thể có lợi cho xương. Kết quả nghiên cứu này khác biệt với nghiên cứu LaMonte và cộng sự cho thấy GXĐS không liên

quan hoạt động thể lực khi phân tích đa biến<sup>6</sup>. Sự khác biệt có thể giải thích do tuổi, đối tượng và định nghĩa hoạt động thể lực khác nhau giữa các nghiên cứu. Các nghiên cứu tương lai cần tách biệt hoạt động thể lực theo nghề nghiệp, và vận động thể thao để làm sáng tỏ thêm mối liên quan này.

Mối liên quan giữa thoái hóa khớp và GXĐS còn chưa rõ ràng và nhìn chung cần thêm các nghiên cứu theo dõi dọc để đánh giá. Kết quả mối liên quan ngược của thoái hóa khớp trong nghiên cứu này khác biệt với y văn thế giới báo cáo thoái hóa khớp tăng nguy cơ GXĐS, có thể do khác biệt về dân số, thiết kế nghiên cứu<sup>7</sup>. Mối liên quan này chỉ quan sát thấy ở phụ nữ có mật độ xương ở mức thiếu xương trong khi nghiên cứu này thu thập đối tượng ở mức loãng xương<sup>7</sup>.

Suy yếu là hội chứng lão hóa, tăng nguy cơ GXĐS ở phụ nữ cao tuổi loãng xương. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu khác trên thế giới của Middleton, tuy nhiên, do khác biệt về công cụ đánh giá suy yếu nên phần nào giải thích cho nguy cơ cao hơn so với nghiên cứu của Middleton<sup>5</sup>.

Té ngã liên quan đến GXĐS qua mối quan hệ hai chiều, có thể giải thích bằng việc thay đổi cấu trúc cột sống. Gù cột sống tăng nguy cơ té ngã, do đó có thể tăng nguy cơ GXĐS ở người cao tuổi<sup>8</sup>. Nhóm bệnh nhân GXĐS có tỉ lệ gù lưng cao hơn nhóm không GXĐS nên có thể làm tăng tỉ lệ gặp té ngã. Tuy nhiên đây chỉ là nghiên cứu cắt ngang nên cần thực hiện thêm nghiên cứu theo dõi dọc đánh giá tác động của té ngã lên GXĐS.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ GXĐS ở phụ nữ cao tuổi bị loãng xương tương đối cao so với thế giới và phần lớn trường hợp GXĐS có triệu chứng đau lưng, phản ánh gánh nặng bệnh tật trên đối tượng này. Hoạt động thể lực, thoái hóa khớp, T-score càng cao ở cổ xương đùi tăng xác suất GXĐS, trong khi suy yếu và té ngã giảm GXĐS. Nghiên cứu trong tương lai có thể theo dõi dọc để làm rõ thêm mối liên quan giữa các yếu tố trên với GXĐS cũng như xác định tỉ lệ mắc của GXĐS ở nhóm đối tượng này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xia W, Liu Q, Lv J, et al. Prevalent vertebral fractures among urban-dwelling Chinese postmenopausal women: a population-based, randomized-sampling, cross-sectional study. Arch Osteoporos. 2022;17(1):120.
2. Bastos LA, Tavares DRB, Okazaki JEF, et al. High Prevalence of Vertebral Fracture in a Very Elderly Community-Dwelling: "Longevous Project".

- J Clin Densitom. 2020;23(3):497-502.
3. **Fink HA, Milavetz DL, Palermo L, et al.** What proportion of incident radiographic vertebral deformities is clinically diagnosed and vice versa? *J Bone Miner Res.* 2005;20(7):1216-1222.
  4. **Genant HK, Wu CY, van Kuijk C, Nevitt MC.** Vertebral fracture assessment using a semiquantitative technique. *J Bone Miner Res.* 1993;8(9):1137-1148.
  5. **Middleton R, Poveda JL, Orfila Pernas F, et al.** Mortality, Falls, and Fracture Risk Are Positively Associated With Frailty: A SIDIAPI Cohort Study of 890 000 Patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2022;77(1):148-154.
  6. **LaMonte MJ, Wactawski-Wende J, Larson JC, et al.** Association of Physical Activity and Fracture Risk Among Postmenopausal Women. *JAMA Netw Open.* 2019;2(10):e1914084.
  7. **Chan MY, Center JR, Eisman JA, Nguyen TV.** Bone mineral density and association of osteoarthritis with fracture risk. *Osteoarthritis Cartilage.* 2014;22(9):1251-1258.
  8. **van der Jagt-Willems HC, de Groot MH, van Campen JP, Lamoth CJ, Lems WF.** Associations between vertebral fractures, increased thoracic kyphosis, a flexed posture and falls in older adults: a prospective cohort study. *BMC Geriatr.* 2015;15:34.

## KIẾN THỨC VỀ PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2022

Phan Đình Đệ<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Lan Anh<sup>2</sup>, Bùi Vũ Bình<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của sinh viên trường Đại học Y Hà Nội năm 2022 và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ sinh viên Điều dưỡng trường Đại học Y Hà Nội có điểm kiến thức đạt về phòng ngừa NKVM là 71,8%. Các yếu tố liên quan đến kiến thức đạt về phòng ngừa NKVM qua phân tích đơn biến là: Cử nhân điều dưỡng tiên tiến (OR=0,32; 95%CI (0,12 - 0,88)); Đã được đào tạo về phòng ngừa NKVM (OR=3,46; 95%CI: (1,37-8,73)); Đã được nhận tài liệu về phòng ngừa NKVM trước đây (OR=3,74; 95%CI: 1,61 - 8,66); Đã từng gặp ca NKVM trước đây (OR=2,86; 95%CI: (1,47-5,55)); Tham gia vào quá trình thay băng (OR=2,39; 95%CI: (1,14-5,03)). **Từ khóa:** Kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, sinh viên, Đại học Y Hà Nội.

### SUMMARY

#### KNOWLEDGE ABOUT PREVENTING SURGICAL SITE INFECTION OF STUDENTS IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN 2022

**Objectives:** To describe knowledge about preventing surgical site infections of students at Hanoi Medical University in 2022 and some related factors. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** The percentage of nursing students at Hanoi Medical University with a passing knowledge score on preventing surgical site infections is 71.8%. Factors related to knowledge about preventing surgical site infections through univariate analysis are: Bachelor of

advanced nursing (OR=0.32; 95%CI (0.12 - 0.88)); Have received training on preventing surgical site infections (OR=3.46; 95%CI: (1.37-8.73)); Have previously received documents on preventing surgical site infections (OR=3, 74; 95%CI: 1.61 - 8.66); Have seen a previous case of surgical site infections (OR=2.86; 95%CI: (1.47-5.55)); Participate in the dressing change process (OR=2.39; 95%CI: (1.14-5.03)). **Keywords:** Knowledge of preventing surgical site infections, students, Hanoi Medical University

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một biến chứng phổ biến của hoạt động phẫu thuật, chiếm đến 5% tổng số ca phẫu thuật ở các nước phát triển và cao hơn đáng kể ở các nước đang phát triển. NKVM để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh, gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe, gây ra các tổn thất tài chính lớn cho người bệnh (NB) và bệnh viện, tạo gánh nặng cho hệ thống y tế. NKVM góp phần do kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị[1]. Công tác kiểm soát nhiễm khuẩn phòng NKVM vô cùng quan trọng và cấp thiết, thực hiện kiểm soát NKVM tốt sẽ làm giảm rõ rệt tỷ lệ NKVM của toàn bệnh viện. Trong đó sinh viên đóng một vai trò quan trọng khi là nhóm đối tượng tham gia vào hầu hết quá trình chăm sóc với một người bệnh phẫu thuật, nếu không có đủ kiến thức về phòng ngừa NKVM sẽ ảnh hưởng rất lớn đến người bệnh[2]. Sinh viên năm cuối hệ chính quy trường Đại học Y Hà Nội trải qua quá trình đào tạo 6 năm học đối với hệ bác sĩ, 4 năm học đối với hệ cử nhân chung và 4,5 năm đối với hệ cử nhân điều dưỡng chương trình tiên tiến, những đối tượng này đã được trang bị đầy đủ kiến thức, kỹ năng và sẵn sàng

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Đệ

Email: phandehmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024