

TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI GÃY XƯƠNG ĐỐT SỐNG

Cao Thanh Ngọc^{1,2}, Phạm Ngọc Thuỳ Trang¹, Phạm Hoàng Hải³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình điều trị loãng xương ở bệnh nhân cao tuổi gãy xương đốt sống (GXĐS) 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 270 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) tại 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 05 năm 2023. Bệnh nhân được chẩn đoán GXĐS dựa vào phương pháp Genant bán định lượng trên X-quang cột sống ngực, thắt lưng và được thu thập các thông tin về nhân khẩu, bệnh sử, thăm khám lâm sàng. Khảo sát tình hình điều trị loãng xương thông qua toa thuốc do bệnh nhân cung cấp hoặc thông tin trên hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh nhân. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân được điều trị loãng xương trước khi GXĐS là 16,67% (45/270 bệnh nhân) và sau khi GXĐS là 78,22% (176/225 bệnh nhân). Tỉ lệ được điều trị LX ở nam giới thấp hơn so với giới nữ với tỉ lệ lần lượt là 6,56% so với 19,62% trước khi GXĐS; 59,65% so với 84,52% sau khi GXĐS. Phân tích hồi quy logistic đa biến ghi nhận giới tính nữ (OR = 3,98, p = 0,007), thoái hoá cột sống (OR = 2,83, p = 0,019), vị trí gãy T11 – L5 (OR = 4,80, p = 0,005) là các yếu tố độc lập làm tăng khả năng được điều trị LX sau khi GXĐS. Ngược lại, đái tháo đường (OR = 0,37, p = 0,028), bệnh thận mạn (OR = 0,28, p = 0,031), chỉ số T-score > -2,5 (OR = 0,23, p = 0,001) là các yếu tố làm giảm khả năng được điều trị LX sau khi GXĐS. **Kết luận:** Tỉ lệ bệnh nhân cao tuổi được điều trị loãng xương trước khi GXĐS xảy ra còn thấp và tỉ lệ này tăng lên đáng kể sau khi bệnh nhân được xác lập chẩn đoán GXĐS. Giới tính nữ, thoái hoá cột sống, vị trí gãy T11 – L5 là các yếu tố độc lập làm tăng khả năng bệnh nhân được điều trị LX sau khi GXĐS. Ngược lại, đái tháo đường, bệnh thận mạn, chỉ số T-score > -2,5 là các yếu tố làm giảm khả năng được điều trị LX sau khi GXĐS của bệnh nhân. **Từ khóa:** Gãy xương đốt sống, loãng xương, người cao tuổi

SUMMARY

TREATMENT RATE OF OSTEOPOROSIS AND RELATED FACTORS IN ELDERLY PATIENTS WITH VERTEBRAL FRACTURES

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Hải

Email: phamhoanghaimd@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

Objective: This study aimed to investigate the treatment rate of osteoporosis in elderly patients with vertebral fractures and related factors at the University Medical Center, Ho Chi Minh City. **Methods:** This cross-sectional study involved 270 elderly patients (≥ 60 years old), at the Rheumatology, Neurosurgery, and Geriatrics outpatient Clinics of the University Medical Center, Ho Chi Minh City from August 2022 to May 2023. The Genant semiquantitative technique was used to diagnose vertebral fractures based on X-rays of thoracic/lumbar spine. Data including demographic information, medical history and clinical examination findings were obtained. The treatment rate of osteoporosis was determined based on the patients' medical records and their prescriptions. **Results:** The treatment rate of osteoporosis prior to vertebral fractures was 16,67% (45/270 patients). However, this rate increased significantly to 78,22% after vertebral fractures in the remaining patients (176/225 patients). The proportion of male elderly patients who were treated with osteoporosis before and after vertebral fractures was lower than that of female elderly patients (6,56% vs 19,62% before vertebral fractures; 59,65% vs 84,52% after vertebral fractures). Multivariate logistic regression analysis revealed that female sex (OR = 3,98, p = 0,007), spondylosis (OR = 2,83, p = 0,019), vertebral fractures in T11 – L5 (OR = 4,80, p = 0,005) were positively associated with the outcome of osteoporosis treatment after vertebral fractures. Conversely, diabetes (OR = 0,37, p = 0,028), chronic kidney disease (OR = 0,28, p = 0,031) and T-score > -2,5 (OR = 0,23, p = 0,001) were negatively associated with the outcome of osteoporosis treatment after vertebral fractures. **Conclusion:** The proportion of elderly patients treated with osteoporosis prior to vertebral fractures remained low but the treatment rate significantly increased after the diagnosis of vertebral fractures. Elderly patients with female sex, spondylosis and vertebral fractures in T11 –L5 were more likely to be treated with osteoporosis after vertebral fractures. On the contrary, diabetes, chronic kidney disease and T-score > -2,5 were inversely related to the likelihood of receiving osteoporosis treatment after vertebral fractures. **Keywords:** Vertebral fractures, osteoporosis, the elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (LX) là bệnh lý đặc trưng bởi giảm khối lượng xương và tổn hại cấu trúc xương dẫn đến suy giảm sức mạnh xương và gia tăng nguy cơ gãy xương. LX thường xảy ra âm thầm và tiến triển không có triệu chứng cho đến khi gãy xương xảy ra. Trong các dạng gãy xương do LX ở người cao tuổi, gãy xương đốt sống (GXĐS)

là dạng gãy xương thường gặp nhất. GXĐS gây đau lưng, làm biến dạng, hạn chế di động cột sống dẫn đến suy giảm chức năng hô hấp, ảnh hưởng đến hoạt động chức năng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cao tuổi. Nhiều nghiên cứu ước tính có đến 1/5 trường hợp GXĐS cần phải nhập viện và có một tỉ lệ không hề nhỏ bệnh nhân cần được hỗ trợ chăm sóc y tế lâu dài.¹ Vì vậy, việc phòng ngừa GXĐS ở người cao tuổi là rất quan trọng, trong đó việc tầm soát những đối tượng nguy cơ cao để chẩn đoán và điều trị LX kịp thời trước khi GXĐS xảy ra chính là biện pháp hiệu quả nhất. Tại Việt Nam, đến thời điểm hiện tại, vẫn còn thiếu dữ liệu khảo sát về tình hình điều trị loãng xương ở bệnh nhân GXĐS. Do đó, nghiên cứu này sẽ góp phần tối ưu hóa quản lý loãng xương bao gồm phát hiện sớm, từ đó can thiệp kịp thời và dự phòng biến cố GXĐS.

Mục tiêu: Khảo sát tình hình điều trị loãng xương và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi GXĐS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 270 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) tại phòng khám Nội cơ xương khớp, Ngoại thần kinh và phòng khám Lão khoa, bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn nhận vào:

- Bệnh nhân ≥ 60 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán GXĐS theo phương pháp bán định lượng của Genant trên Xquang cột sống ngực và thắt lưng

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu (n = 270)

| Đặc điểm | Chung (n=270) | Điều trị LX trước khi GXĐS | | P | |
|---------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------|--------------------|---------------------|
| | | Có (n=45) | Không (n=225) | | |
| Nhân khẩu học | | | | | |
| Giới tính | Nữ, n (%) | 209 (77,41) | 41 (91,11) | 168 (74,67) | 0,018 ^b |
| | Nam, n (%) | 61 (22,59) | 4 (8,89) | 57 (25,33) | |
| Nhóm tuổi | Tuổi* | 74 (68 – 80) | 76 (70 – 81) | 74 (68 – 80) | 0,382 ^c |
| | 60 – 69 tuổi, n (%) | 86 (31,85) | 11 (24,44) | 75 (33,33) | 0,481 ^a |
| | 70 – 79 tuổi, n (%) | 104 (38,52) | 20 (44,44) | 84 (37,73) | |
| | ≥ 80 tuổi, n (%) | 80 (29,63) | 14 (31,11) | 66 (29,33) | |
| Tuổi mãn kinh (nữ)* | 48 (45 – 50) | 49 (44 – 50) | 48 (45 – 50) | 0,732 ^c | |
| Số năm hậu mãn kinh (nữ)* | 27 (19 – 33) | 28 (22 – 32) | 26 (19 – 33) | 0,392 ^c | |
| Chỉ số BMI (kg/m ²) | 22,96 \pm 3,81 | 22,87 \pm 3,80 | 23,04 \pm 3,90 | 0,393 ^d | |
| Nơi cư trú | Nông thôn, n (%) | 135 (50,00) | 21 (46,67) | 114 (50,67) | 0,624 ^a |
| | Thành thị, n (%) | 135 (50,00) | 24 (53,33) | 111 (49,33) | |
| Trình độ học vấn | \leq Cấp 1, n (%) | 159 (58,89) | 16 (35,56) | 143 (63,56) | <0,001 ^a |
| | Cấp 2, n (%) | 39 (14,44) | 14 (31,11) | 58 (25,78) | |

- Bệnh nhân đang có tình trạng bệnh lý cấp tính, bệnh nội khoa nặng
 - Bệnh nhân bất động lâu ngày
 - Bệnh nhân GXĐS nặng lượng cao (tế ngã từ độ cao lớn hơn chiều cao của đối tượng, tai nạn giao thông,...)
 - Bệnh nhân có vấn đề sức khỏe về tâm thần, suy giảm nhận thức

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Kỹ thuật chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện

Phương pháp thực hiện. Nghiên cứu viên sẽ tiến hành thu thập các thông tin bao gồm nhân khẩu xã hội, bệnh sử, tiền sử bệnh lý và các đặc điểm của hội chứng lão hoá. Nghiên cứu viên cũng ghi nhận kết quả X-quang cột sống ngực và thắt lưng tư thế thẳng - nghiêng và kết quả đo mật độ xương. Điều trị loãng xương được định nghĩa có khi bệnh nhân được điều trị bằng nhóm thuốc bisphosphonate. Thông tin được xác nhận bằng toa thuốc do bệnh nhân cung cấp hoặc thông tin trên hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh nhân.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm STATA 14.0

2.3. Ý 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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận được 270 bệnh nhân GXĐS ≥ 60 tuổi (61 bệnh nhân nam, 209 bệnh nhân nữ).

| | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|
| | ≥ Cấp 3, n (%) | 45 (16,67) | 15 (33,33) | 24 (10,67) | |
| Hội chứng lão hoá, bệnh đồng mắc | | | | | |
| | Phụ thuộc ADL, n (%) | 37 (13,70) | 4 (8,89) | 33 (14,67) | 0,475 ^b |
| | Phụ thuộc IADL, n (%) | 106 (39,26) | 10 (22,22) | 96 (42,67) | 0,010 ^a |
| | Số bệnh đồng mắc* | 3 (2 – 4) | 2 (1 – 4) | 3 (2 – 4) | 0,490 ^c |
| | Tình trạng đa bệnh, n (%) | 215 (79,63) | 33 (73,33) | 182 (80,89) | 0,251 ^a |
| | Tăng huyết áp, n (%) | 173 (64,07) | 28 (62,22) | 145 (64,44) | 0,777 ^a |
| | Đái tháo đường, n (%) | 80 (29,63) | 12 (26,67) | 68 (30,22) | 0,633 ^a |
| | Viêm khớp dạng thấp, n (%) | 30 (11,11) | 4 (8,89) | 26 (11,56) | 0,796 ^b |
| | Thoái hóa cột sống, n (%) | 193 (71,48) | 36 (80,00) | 157 (69,78) | 0,166 ^a |
| | Bệnh thận mạn, n (%) | 26 (9,63) | 5 (11,11) | 21 (9,33) | 0,712 ^a |
| Yếu tố nguy cơ của loãng xương | | | | | |
| | Mãn kinh sớm (nữ), n (%) | n = 209 45 (21,53) | n = 41 11 (26,83) | n = 168 34 (20,24) | 0,357 ^a |
| | Không vận động thể lực, n (%) | 255 (94,44) | 43 (95,56) | 212 (94,22) | 1,000 ^b |
| | Hút thuốc lá, n (%) | 26 (9,63) | 2 (4,44) | 24 (10,67) | 0,272 ^b |
| | Uống rượu bia, n (%) | 21 (7,78) | 3 (6,67) | 18 (8,00) | 1,000 ^b |
| | Dùng corticoid kéo dài, n (%) | 108 (40,00) | 19 (42,22) | 89 (39,56) | 0,739 ^a |
| | Tiền sử GXNDS, n (%) | 44 (16,30) | 17 (37,78) | 27 (12,00) | <0,001 ^a |
| | Tiền sử té ngã, n (%) | 57 (21,11) | 9 (20,00) | 48 (21,33) | 0,841 ^a |

^aKiểm định Chi bình phương,

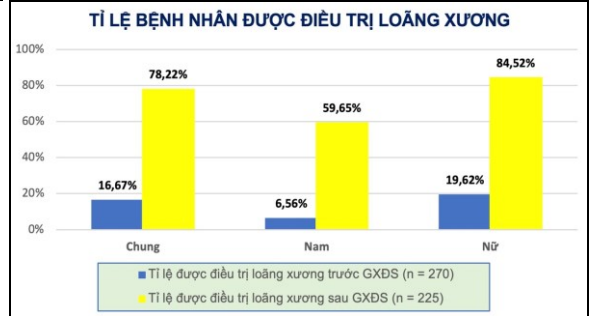
^bKiểm định chính xác Fisher

^cKiểm định Mann-Whitney,

^dKiểm định t không bắt cặp với phương sai bằng nhau

*Trung vị – Khoảng tứ phân vị, GXNDS: gãy xương ngoài đốt sống

Sơ đồ 1: Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị loãng xương trước và sau khi GXDS



Bảng 2: Mối liên quan giữa kết cục điều trị LX sau khi GXDS với các đặc điểm nhân khẩu học

| Đặc điểm | Chung (n = 225) | Điều trị LX sau khi GXDS | | P | |
|---------------|---------------------------|--------------------------|--------------|------------|---------------------|
| | | Có (n=176) | Không (n=49) | | |
| Giới tính | Nữ, n (%) | 176 (78,22) | 142 (80,68) | 26 (53,06) | <0,001 ^a |
| | Nam, n (%) | 49 (21,78) | 34 (19,32) | 23 (46,94) | |
| Nhóm tuổi | 60 – 69 tuổi, n (%) | 75 (33,33) | 60 (34,09) | 15 (30,61) | 0,120 ^a |
| | 70 – 79 tuổi, n (%) | 84 (37,33) | 70 (39,77) | 14 (28,57) | |
| | ≥ 80 tuổi, n (%) | 66 (29,33) | 46 (26,14) | 20 (40,82) | |
| Phân nhóm BMI | Cân đối, n (%) | 94 (41,78) | 76 (43,18) | 18 (36,73) | 0,054 ^a |
| | Thiếu cân, n (%) | 27 (12,00) | 23 (13,07) | 4 (8,16) | |
| | Thừa cân – béo phì, n (%) | 104 (46,22) | 77 (43,75) | 27 (55,10) | |

^aKiểm định Chi bình phương

Bảng 3: Mối liên quan giữa kết cục điều trị LX sau khi GXDS với các đặc điểm hội chứng lão khoa, bệnh đồng mắc

| Đặc điểm | Chung (n = 225) | Điều trị LX sau khi GXDS | | P |
|---------------------------|-----------------|--------------------------|--------------|--------------------|
| | | Có (n=176) | Không (n=49) | |
| Phụ thuộc ADL, n (%) | 33 (14,67) | 27 (15,34) | 6 (12,24) | 0,588 ^a |
| Phụ thuộc IADL, n (%) | 96 (42,67) | 78 (44,32) | 18 (36,73) | 0,342 ^a |
| Tình trạng đa bệnh, n (%) | 182 (80,89) | 140 (79,55) | 42 (85,71) | 0,331 ^a |
| Tăng huyết áp, n (%) | 145 (64,44) | 112 (63,64) | 33 (67,35) | 0,631 ^a |
| Đái tháo đường, n (%) | 68 (30,22) | 47 (26,70) | 21 (42,86) | 0,029 ^a |

| | | | | |
|----------------------------------|-------------|-------------|------------|--------------------|
| Thoái hóa cột sống, n (%) | 157 (69,78) | 133 (75,57) | 24 (48,98) | 0,001 ^a |
| Bệnh thận mạn, n (%) | 21 (9,33) | 11 (6,25) | 10 (20,41) | 0,003 ^a |

^aKiểm định Chi bình phương, ^bKiểm định chính xác Fisher

Bảng 4: Môi liên quan giữa kết cục điều trị LX sau khi GXĐS với mật độ xương

| Đặc điểm | Chung | Điều trị LX sau khi GXĐS | | p |
|------------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|---------------------|
| | | Có | Không | |
| MĐX CXĐ (g/cm²) | 0,51 ± 0,10 | 0,50 ± 0,09 | 0,55 ± 0,12 | 0,006 ^d |
| MĐX TBXĐ (g/cm²) | 0,63 ± 0,14 | 0,62 ± 0,13 | 0,69 ± 0,17 | 0,004 ^c |
| MĐX CSTL (g/cm²) | 0,70 ± 0,14 | 0,68 ± 0,14 | 0,78 ± 0,14 | <0,001 ^c |
| Chỉ số T-score | T > -2,5 | 65 (29,41) | 40 (22,73) | <0,001 ^a |
| | T ≤ -2,5 | 156 (70,59) | 136 (77,27) | |

^aKiểm định Chi bình phương; ^cKiểm định t không bắt cặp với phương sai bằng nhau

^dKiểm định t không bắt cặp với phương sai không bằng nhau

Khi thực hiện phân tích hồi quy logistic đa biến khảo sát môi liên quan giữa các yếu tố với kết cục là điều trị LX sau khi 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, chọn biến: giới tính, nhóm tuổi, tình trạng đa bệnh, đái tháo đường, thoái hóa cột sống, bệnh thận mạn, tiền sử dùng glucocorticoid kéo dài, tiền sử GXNDS, mức độ đau lưng theo VAS, vị trí GXĐS, và chỉ số T-score, kết quả trình bày trong bảng 5.

Bảng 5: Phân tích hồi quy logistic đa biến môi liên quan giữa kết cục điều trị LX sau khi GXĐS với các yếu tố

| Đặc điểm | Điều trị LX sau khi GXĐS | | |
|---|--------------------------|--------------------|--------------|
| | OR | Khoảng tin cậy 95% | p |
| Nữ giới | 3,98 | 1,51 – 10,52 | 0,007 |
| Nhóm tuổi | 60 – 69 tuổi | 1 | - |
| | 70 – 79 tuổi | 1,20 | 0,43 – 3,36 |
| | ≥ 80 tuổi | 0,51 | 0,17 – 1,51 |
| Tình trạng đa bệnh | 0,83 | 0,25 – 2,78 | 0,768 |
| Đái tháo đường | 0,37 | 0,15 – 0,90 | 0,028 |
| Thoái hóa cột sống | 2,83 | 1,19 – 6,74 | 0,019 |
| Bệnh thận mạn | 0,28 | 0,09 – 0,89 | 0,031 |
| Dùng corticoid kéo dài | 0,62 | 0,25 – 1,57 | 0,318 |
| Tiền sử gây xương ngoài đốt sống | 0,50 | 0,24 – 1,80 | 0,290 |
| Mức độ đau lưng (VAS) | 1,29 | 1,02 – 1,62 | 0,323 |
| Vị trí đốt sống gãy | T4 – T10 | 1 | - |
| | T11 – L5 | 4,80 | 1,60 – 14,43 |
| | T4 – L5 | 3,33 | 0,84 – 13,15 |
| Chỉ số T-score | T-score ≤ -2,5 | 1 | - |
| | T-score > -2,5 | 0,23 | 0,09 – 0,56 |

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Nghiên cứu thu nhận được 270 bệnh nhân GXĐS từ 60 tuổi trở lên, bao gồm 209 bệnh nhân nữ và 61 bệnh nhân nam, với độ tuổi trung vị là 74, nhóm trung lão chiếm tỉ lệ cao nhất và giới nữ chiếm 77,41%. Các đặc điểm này tương đồng với các nghiên cứu khảo sát về GXĐS khác trong và ngoài nước.^{2,3} Nghiên cứu cũng ghi nhận có 79,63% bệnh nhân có đa bệnh (mắc từ hai bệnh trở lên), với số bệnh đồng mắc trung vị là 3 (2 – 4). Ngoài tăng huyết áp, đái tháo đường, các bệnh lý cơ xương khớp khác như thoái hóa cột

sống, thoái hóa khớp gối cũng là các bệnh đồng mắc thường gặp của bệnh nhân GXĐS. Đánh giá toàn diện bệnh nhân cao tuổi, bao gồm tình trạng đa bệnh và các hoạt động chức năng là cần thiết, góp phần vào việc phân tích toàn diện hơn các đặc điểm của dân số nghiên cứu và mối liên quan đến kết cục lâm sàng chung.

Tỉ lệ bệnh nhân được điều trị loãng xương trước khi 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, từ đó tất cả đều có chỉ định điều trị loãng

xương.⁴ Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân được điều trị LX trước khi GXĐS là 16,67%. Khi so sánh tỉ lệ điều trị LX trước khi GXĐS giữa hai giới, tỉ lệ này ở nam giới thấp hơn đáng kể so với nữ giới (6,56% so với 19,62%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy điều trị LX ở nam giới vẫn chưa được quan tâm đúng mức vì nhiều quan niệm cho rằng LX là bệnh của phụ nữ cao tuổi, mặc dù đã có nhiều nghiên cứu khảo sát LX ở nam giới > 50 tuổi, ghi nhận tỉ lệ LX ở nam giới càng tiến gần tới nữ giới khi tuổi càng cao. Hơn nữa, nhiều phân tích cũng chỉ ra rằng tỉ lệ tử vong do các biến cố gãy xương ở nam giới trong nhiều nghiên cứu thậm chí cao hơn so với nữ giới.⁵

Tỉ lệ bệnh nhân được điều trị loãng xương sau khi GXĐS. Mặc dù tất cả bệnh nhân đều có chỉ định điều trị LX, tỉ lệ thật sự được điều trị LX sau khi GXĐS trong nghiên cứu chỉ là 78,22%, với tỉ lệ ở nữ là 84,52% và ở nam là 59,65%. Nghiên cứu của Jessica Weaver ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân được điều trị LX tăng từ 16,6% trước khi GXĐS lên 21,4% sau khi GXĐS.⁶ Tỉ lệ điều trị thấp hơn so với nghiên cứu chúng tôi là do nghiên cứu này có ít bệnh nhân được chẩn đoán LX sau khi GXĐS hơn dẫn đến sẽ có ít bệnh nhân được điều trị LX hơn và nghiên cứu cũng thực hiện trên đối tượng từ 50 – 60 tuổi, nhóm tuổi ít được quan tâm đến vấn đề tầm soát, điều trị LX. Tỉ lệ điều trị LX sau khi GXĐS ở nữ cao hơn nam giới trong nghiên cứu của Jessica Weaver, từ đó một lần nữa nhấn mạnh tầm quan trọng của vấn đề cải thiện điều trị LX ở nam giới.⁶ Nghiên cứu khác của Tove T. Borgen (2019) ghi nhận có 60,7% bệnh nhân GXĐS được khởi động điều trị LX sau khi gãy xương, gần tương đương với tỉ lệ ở nghiên cứu chúng tôi.⁷ Kết quả này có thể do sự tương đồng giữa hai nghiên cứu về các đặc điểm nhân khẩu học cũng như thiết kế nghiên cứu. Qua những phân tích trên, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nhiều dấu hiệu tích cực trong việc cải thiện tình hình điều trị LX sau khi GXĐS so với các nghiên cứu thực hiện trước đây. Tuy nhiên, vai trò quan trọng của bác sĩ lâm sàng là cần nhận diện được những đối tượng có nguy cơ gãy xương cao để tầm soát và điều trị phòng ngừa trước khi gãy xương xảy ra, nhất là những đối tượng có hiện diện nhiều yếu tố nguy cơ của LX như trong nghiên cứu này.

Phân tích hồi quy logistic đa biến khảo sát các yếu tố liên quan đến điều trị loãng xương sau khi GXĐS. Nghiên cứu ghi nhận

giới tính nữ sẽ làm tăng khả năng được điều trị LX sau khi GXĐS lên 3,98 lần ($p = 0,007$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Jessica Weaver khi ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân nữ có điều trị LX sau khi GXĐS cao hơn ba lần so với nam giới.⁶ Khi khảo sát bệnh đồng mắc, nghiên cứu ghi nhận thoái hoá cột sống giúp tăng khả năng bệnh nhân được điều trị LX lên 2,83 lần ($p = 0,019$), ngược lại đồng mắc đái tháo đường giảm 63% ($OR = 0,37, p = 0,028$) và đồng mắc bệnh thận mạn giảm 72% ($OR = 0,28, p = 0,031$) khả năng bệnh nhân được điều trị LX. Bệnh nhân GXĐS có đái tháo đường chưa được chú trọng điều trị LX mặc dù đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ của LX đã được xác định rõ trong y văn. Tình trạng tăng đường huyết và đề kháng insulin trong đái tháo đường sẽ làm tăng đáp ứng viêm, tăng hoạt động hủy cốt bào, rối loạn chuyển hoá và giảm hấp thụ canxi, giảm mật độ xương, từ đó gia tăng nguy cơ dẫn đến LX, GXĐS.⁸ Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sofia Bougioukli, khi tác giả ghi nhận đái tháo đường làm giảm khả năng bệnh nhân được nhận điều trị LX với $OR = 0,27$ ($p = 0,016$).³ Điều này có thể do ở những bệnh nhân đái tháo đường, do tình trạng đa bệnh, đa thuốc và gánh nặng về chi phí điều trị, vấn đề quản lý điều trị LX chưa được quan tâm đúng mức. Bệnh nhân bệnh thận mạn cũng ít được điều trị LX sau khi GXĐS trong khi bệnh thận mạn là YTNC của rối loạn chuyển hoá khoáng xương, từ đó tăng nguy cơ LX và GXĐS. Tỉ lệ thấp bệnh nhân bệnh thận mạn được điều trị LX có thể giải thích là do nhóm bisphosphonate (nhóm thuốc duy nhất điều trị LX hiện tại ở Việt Nam) có chống chỉ định đối với bệnh nhân có độ thanh thải creatinin < 35 ml/phút (alendronate, zoledronic acid) hoặc < 30 ml/phút (ibandronate). Điều này cho thấy nhu cầu cần có thêm nhiều lựa chọn hơn trong điều trị LX, đặc biệt ở các đối tượng có đồng mắc bệnh thận mạn nhằm phòng ngừa biến chứng gãy xương, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm tỉ lệ tử vong. Khi so sánh với GXĐS tại vị trí cột sống ngực T4 – T10, bệnh nhân GXĐS tại T11 – L5 sẽ gia tăng khả năng được điều trị LX lên 4,80 lần ($p = 0,005$). GXĐS tại vùng cột sống ngực thường ghi nhận có MĐX thấp hơn so với bệnh nhân gãy đốt sống thắt lưng, do đó ở những bệnh nhân GXĐS tại cột sống ngực, việc điều trị LX lại càng phải đặc biệt chú trọng. Cuối cùng, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận những bệnh nhân có chỉ số T-score > -2,5 sẽ giảm 77% khả năng được điều trị LX sau khi

GXĐS (OR = 0,23, p = 0,001). Điều này có thể giải thích là do một số bác sĩ lâm sàng chỉ khởi động điều trị LX ở bệnh nhân có chỉ số T-score $\leq -2,5$ do chỉ ở nhóm bệnh nhân này mới được thanh toán bảo hiểm y tế khi điều trị với bisphosphonate.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân cao tuổi được điều trị loãng xương trước khi GXĐS còn thấp và tỉ lệ này tăng lên đáng kể sau khi bệnh nhân được xác lập chẩn đoán GXĐS. Giới tính nữ, thoái hoá cột sống, vị trí gãy T11 – L5 là các yếu tố độc lập làm tăng khả năng bệnh nhân được điều trị LX sau khi GXĐS. Ngược lại, đái tháo đường, bệnh thận mạn, chỉ số T-score $> -2,5$ là các yếu tố làm giảm khả năng được điều trị LX sau khi GXĐS của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sánchez-Riera L, Wilson N.** Fragility Fractures & Their Impact on Older People. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* Apr 2017; 31(2):169-191. doi:10.1016/j.berh.2017.10.001
2. **Hoàng Văn Dũng, Phan Lê Kim Chi, Phan Thị Thu Hằng.** 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. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;502:126-131.
3. **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. doi:10.1007/s00774-018-0923-2
4. **LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, et al.** The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int.* Oct 2022; 33(10): 2049-2102. doi:10.1007/s00198-021-05900-y
5. **Fuggle NR, Curtis EM, Ward KA, Harvey NC, Dennison EM, Cooper C.** Fracture prediction, imaging and screening in osteoporosis. *Nat Rev Endocrinol.* Sep 2019; 15(9):535-547. doi:10.1038/s41574-019-0220-8
6. **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. doi:10.18553/jmcp.2017.23.7.735
7. **Borgen TT, Bjørnerem Å, Solberg LB, et al.** High prevalence of vertebral fractures and low trabecular bone score in patients with fragility fractures: A cross-sectional sub-study of NoFRACT. *Bone.* May 2019; 122:14-21. doi: 10.1016/j.bone.2019.02.008
8. **Rehling T, Björkman AD, Andersen MB, Ekholm O, Molsted S.** Diabetes Is Associated with Musculoskeletal Pain, Osteoarthritis, Osteoporosis, and Rheumatoid Arthritis. *J Diabetes Res.* 2019; 2019:6324348. doi:10.1155/2019/6324348

HIỆU QUẢ GIÁO DỤC SỨC KHỎE VỀ DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH VIÊM TỤY CẤP

Trần Thụy Khánh Linh¹, Cao Mạnh Hùng², Lora Claywell³, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh⁴, Mai Thị Ngọc Kiều⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chương trình giáo dục sức khỏe về dinh dưỡng đối với kiến thức và hành vi tuân thủ chế độ ăn uống của người bệnh viêm tụy cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bán thực nghiệm (Quasi-Experimental Study), một nhóm gồm 44 người bệnh (NB) viêm tụy cấp (VTC) điều trị tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Nhân dân Gia Định trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến

tháng 09 năm 2021, được can thiệp giáo dục sức khỏe (GDSK) về chế độ dinh dưỡng và tham gia khảo sát trước can thiệp và sau khi xuất viện một tháng. **Kết quả:** NB VTC nhập viện có độ tuổi trung bình là 46,39±14,36. Nam giới chiếm 75%. Điểm trung bình kiến thức trước GDSK là 10,7±2,5 và sau GDSK là 14,3±2,4 điểm. Điểm trung bình hành vi tuân thủ của người bệnh trước GDSK là 14,2±4,4 điểm và sau GDSK là 22,7±3,1 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. **Kết luận:** Chương trình GDSK về dinh dưỡng cho NB VTC đã cải thiện đáng kể kiến thức về dinh dưỡng và hành vi tuân thủ chế độ ăn uống của NB VTC. **Từ khóa:** Kiến thức, hành vi, dinh dưỡng, viêm tụy cấp, giáo dục sức khỏe

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION ON NUTRITION FOR PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Objectives: Evaluate the effectiveness of nutritional health education programs for patients with

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh

³Loretto Heights School of Nursing, REGIS University

⁴Bệnh viện Nhân dân Gia Định

⁵Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Mạnh Hùng

Email: manhhungcr2018@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024