

PAIN LEVEL AND ITS SOME RELATED FACTORS IN THE ELDERLY WITH LUMBAR SPINE PAIN AND KNEE OSTEOARTHRITIS: A CROSS-SECTIONAL STUDY AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Nguyen The Diep*, Nguyen Van Tien, Nguyen Trong Duynh

Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam

Received: 28/08/2025

Revised: 27/09/2025; Accepted: 20/10/2025

ABSTRACT

Background: Chronic lumbar spine pain (CLBP) and knee osteoarthritis (OA) are common musculoskeletal disorders in the elderly, often co-existing and leading to severe pain and disability. In Vietnam, evidence on pain severity and related factors in this patient group remains limited.

Objective: To describe pain level and find associated factors in elderly patients with coexisting CLBP and OA.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 88 patients aged ≥ 60 years diagnosed with both CLBP and OA at Thai Binh General Hospital. Pain was assessed using the Visual Analogue Scale (VAS), while demographic, anthropometric, and clinical data were collected. Multivariate logistic regression was applied to identify factors independently associated with severe pain ($VAS \geq 7$).

Results: The mean age of participants was 69.5 ± 5.2 years; women accounted for 78.4%. The rate of severe pain in the study group was 75.0%. Most patients had advanced knee osteoarthritis (Kellgren–Lawrence grade 3–4, 75.3%). Multivariate analysis revealed that age > 70 years was the strongest independent predictor of severe pain (AOR=9.0; 95% CI: 2.4–33.6). Other factors such as female gender, farming history, and abnormal body mass index (BMI) showed significance in univariate analysis but lost their predictive value after adjustment.

Conclusion: Severe pain is a common and serious condition among elderly Vietnamese patients with concurrent CLBP and OA, with older age being the primary risk factor. These findings highlight the importance of early screening and multimodal management strategies, especially for those aged ≥ 70 , to improve pain control and enhance quality of life.

Keywords: Elderly, lumbar spine pain, knee osteoarthritis, pain level, related factors.

*Corresponding author

Email: diepnguyentheyb@gmail.com Phone: (+84) 973767333 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3717>

MỨC ĐỘ ĐAU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐỒNG MẮC ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG VÀ THOÁI HÓA KHỚP GỐI: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Nguyễn Thế Điệp*, Nguyễn Văn Tiến, Nguyễn Trọng Duy nh

Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 Lý Bôn, P. Trần Lãm, Tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

Ngày nhận: 28/08/2025

Ngày sửa: 27/09/2025; Ngày đăng: 20/10/2025

ABSTRACT

Đặt vấn đề: Đau cột sống thắt lưng mạn tính (CLBP) và thoái hóa khớp gối (OA) là hai bệnh cơ xương khớp phổ biến ở người cao tuổi, thường đồng mắc và tạo gánh nặng đau đớn, tàn tật. Tuy nhiên, tại Việt Nam, bằng chứng về mức độ đau và các yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân này còn hạn chế.

Mục tiêu: Mô tả mức độ đau và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi có đồng thời CLBP và OA. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 88 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán đồng thời CLBP và OA tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình. Mức độ đau được đánh giá bằng Thang điểm cường độ đau dạng nhìn (Visual Analogue Scale - VAS); các đặc điểm nhân khẩu, lâm sàng và nhân trắc được thu thập. Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến đau dữ dội (VAS ≥ 7).

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng là $69,5 \pm 5,2$; nữ giới chiếm 78,4%. Tỷ lệ đau dữ dội ở nhóm nghiên cứu là 75,0%; Phần lớn ở giai đoạn thoái hóa khớp gối nặng (Kellgren-Lawrence độ 3–4, chiếm 75,3%). Phân tích đa biến cho thấy tuổi > 70 là yếu tố dự báo độc lập mạnh mẽ nhất cho đau dữ dội (AOR=9,0; KTC 95%: 2,4–33,6). Một số yếu tố như nghề nghiệp nông dân, giới tính nữ và BMI bất thường có liên quan trong phân tích đơn biến nhưng không còn ý nghĩa khi hiệu chỉnh đa biến.

Kết luận: Đau dữ dội là tình trạng phổ biến và nghiêm trọng ở người cao tuổi đồng mắc CLBP và OA, trong đó tuổi cao là yếu tố nguy cơ chính. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc sớm và quản lý nhóm bệnh nhân này, đặc biệt ở những người ≥ 70 tuổi, nhằm cải thiện kiểm soát đau và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Người cao tuổi, đau cột sống thắt lưng, thoái hóa khớp gối, mức độ đau, yếu tố liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bối cảnh già hóa dân số nhanh chóng tại Việt Nam đang làm gia tăng gánh nặng của các bệnh lý mạn tính, trong đó đau cột sống thắt lưng (CLBP) và thoái hóa khớp gối (OA) là những thách thức hàng đầu. Hai bệnh lý này không chỉ có tỷ lệ hiện mắc cao ở người cao tuổi (NCT) mà còn thường xuyên đồng mắc, với hơn 50% bệnh nhân thoái hóa khớp gối có kèm theo đau thắt lưng. Sự kết hợp này tạo ra một vòng xoắn bệnh lý, làm khuếch đại mức độ đau và đẩy nhanh quá trình suy giảm chức năng so với việc chỉ mắc một trong hai bệnh. Cơ chế sinh học cho thấy sự liên kết rõ ràng: các vấn đề ở khớp gối làm thay đổi dáng

đi và gây quá tải cột sống, và ngược lại [1, 2].

Về mặt dịch tễ học, cả CLBP và OA đều có tỷ lệ hiện mắc cao trong dân số cao tuổi và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật trên toàn thế giới. Một tổng quan hệ thống cho thấy tỷ lệ hiện mắc CLBP trong 12 tháng ở NCT là 36,1% [3]. Tương tự, thoái hóa khớp gối cũng là một vấn đề sức khỏe phổ biến, với tỷ lệ hiện mắc được báo cáo lên tới 61% ở những người từ 60 tuổi trở lên [4]. Dữ liệu từ Nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (Global Burden of Disease) dự báo số ca thoái hóa khớp gối sẽ tăng 74,9% vào năm 2050, cho thấy một gánh nặng ngày

*Tác giả liên hệ

Email: diepnguyentheyb@gmail.com Điện thoại: (+84) 973767333 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD19.3717>

càng leo thang trong tương lai [5]. Các bệnh này không chỉ tồn tại riêng rẽ mà thường đồng mắc: trên 50% bệnh nhân có triệu chứng OA gối cũng đồng thời có đau thắt lưng. Sự kết hợp này làm nặng thêm mức độ đau và suy giảm chức năng, tạo thành vòng xoắn bệnh lý khó kiểm soát [6]. Do đó, việc xem xét bệnh nhân có cả CLBP và thoái hóa khớp gối như một kiểu hình lâm sàng riêng biệt, với quỹ đạo suy giảm chức năng và khuếch đại cơn đau đặc thù, là vô cùng cần thiết.

Một số yếu tố nguy cơ thường gặp gồm tuổi cao, giới nữ, nghề nghiệp lao động thể chất nặng nhọc, BMI bất thường và bệnh đồng mắc. Tuy nhiên, dữ liệu tại Việt Nam về mối liên hệ giữa mức độ đau với các yếu tố này trong nhóm bệnh nhân đồng mắc CLBP và OA còn hạn chế. Khoảng trống nghiên cứu tại Việt Nam, đặc biệt ở bối cảnh nông nghiệp của Thái Bình – nơi NCT có tiền sử lao động nặng nhọc phổ biến – đặt ra nhu cầu cấp thiết phải khảo sát vấn đề này. Mặc dù các yếu tố nguy cơ chung đã được xác định trên thế giới, các nghiên cứu tại Việt Nam về gánh nặng hiệp đồng của hai bệnh lý này trên một quần thể đặc thù như nông dân cao tuổi vẫn còn rất hạn chế. Do đó, nghiên cứu được tiến hành nhằm Mô tả đặc điểm nhân khẩu học, lối sống, đặc điểm lâm sàng và mức độ đau theo thang điểm VAS ở NCT và xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng đau ở mức độ dữ dội ($VAS \geq 7$) ở nhóm đối tượng nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm

Nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám ngoại trú của Bệnh viện Đa khoa Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 8 năm 2025 đến tháng 12 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh cao tuổi đến khám điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Thái Bình thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chí sau được đưa vào nghiên cứu: (1) tuổi từ 60 trở lên; (2) có chẩn đoán lâm sàng xác định đồng thời cả đau cột sống thắt lưng mạn tính (đau kéo dài trên 12 tuần) và thoái hóa khớp gối (dựa trên tiêu chuẩn lâm sàng và X-quang); (3) đồng ý tham gia nghiên cứu và ký vào phiếu chấp thuận.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân bị loại khỏi nghiên cứu nếu có một trong các tình trạng sau:

đau thắt lưng do các nguyên nhân đặc hiệu (ung thư, nhiễm trùng, gãy xương); các bệnh viêm khớp hệ thống (viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp); suy giảm nhận thức nặng không thể trả lời phỏng vấn một cách đáng tin cậy; hoặc các bệnh lý khác có thể gây nhầm lẫn trong việc đánh giá cơn đau cơ xương khớp.

- Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ:

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

n: Cỡ mẫu nghiên cứu; Z: Hệ số tin cậy tính theo α , chọn $\alpha=0,05$ với khoảng tin cậy 95%, ($Z(1-\alpha/2)=1,96$); d: Khoảng sai lệch mong muốn, chọn $d = 0,1$; p: Tỷ lệ người cao tuổi bị suy yếu, thiếu cơ trong các nghiên cứu trước đây. Qua tham khảo và tính toán, chọn $p = 0,648$ là tỷ lệ NCT bị suy yếu trong nghiên cứu của Ngô Hoàng Long và cộng sự (2023) [7]. Thay vào công thức tính được $n = 88$ NCT.

- Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu nhận tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đến khám tại phòng khám trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Công cụ thu thập: Dữ liệu được thu thập thông qua một bộ câu hỏi có cấu trúc, được thiết kế sẵn và thực hiện bởi các điều tra viên đã được tập huấn kỹ lưỡng.

- Các biến số nghiên cứu:

- Biến số phụ thuộc: Mức độ đau cột sống thắt lưng được lượng giá bằng Thang điểm cường độ đau dạng nhìn (Visual Analogue Scale - VAS) với thang điểm từ 0 (không đau) đến 10 (đau không thể chịu nổi). Để phục vụ cho phân tích hồi quy, mức độ đau được phân loại thành 3 nhóm: Không đau/Đau nhẹ ($VAS 0-3$), Đau vừa phải ($VAS 4-6$), và Đau dữ dội ($VAS 7-10$).

- Biến số độc lập:

+ Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi (phân nhóm: 60-65, 66-70, >70), Giới tính (Nam, Nữ), Hoàn cảnh sống (Sống một mình, Sống cùng người thân), Nghề nghiệp chính trước khi nghỉ hưu (Nông dân, Nghề khác).

+ Đặc điểm nhân trắc và lối sống: Chiều cao và cân nặng được đo trực tiếp để tính Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI), sau đó phân loại theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) dành cho người châu Á: Thiếu cân ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$), Bình thường ($18,5 \leq BMI < 23,0 \text{ kg/m}^2$), Thừa cân/Béo phì

(BMI $\geq$ 23,0 kg/m²). Tiền sử hút thuốc lá và sử dụng rượu bia cũng được ghi nhận.

+ Đặc điểm lâm sàng: Thời gian mắc bệnh, số loại thuốc đang sử dụng để điều trị các bệnh lý cơ xương khớp, và sự hiện diện của các bệnh đồng mắc phổ biến (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn).

+ Mức độ thoái hóa khớp gối: Được đánh giá dựa trên phim X-quang khớp gối tư thế đứng chịu lực và phân độ theo thang điểm Kellgren-Lawrence (K-L) từ 1 đến 4.

2.5. Phân tích thống kê

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0.

- Thống kê mô tả: Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (SD).

- Thống kê suy luận: Phép kiểm Chi-bình phương (Chi-square test) hoặc Fisher's exact test được sử dụng để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm. Phép kiểm t (t-test) được dùng để so sánh giá trị trung bình. Để xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng “Đau dữ dội” (VAS $\geq$ 7), mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến được xây dựng. Tỷ suất chênh (Odds Ratio - OR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI) của chúng được tính toán. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Việc lựa chọn phân loại biến kết cục thành “Đau dữ dội” và “Không đau dữ dội” cho phân tích hồi quy là một quyết định phương pháp luận quan trọng. Cách tiếp cận này có ý nghĩa lâm sàng hơn so với việc phân tích VAS như một biến liên tục, vì nó giúp xác định trực tiếp các yếu tố nguy cơ khiến bệnh nhân rơi vào nhóm có mức độ đau nghiêm trọng, cần can thiệp tích cực nhất.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Thái Bình phê duyệt theo Quyết định số 208/HĐĐĐ-YDTB ngày 20/08/2025, trước khi bắt đầu tuyển chọn người tham gia. Mọi đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ về mục đích, quy trình và các quyền lợi, sau đó tự nguyện ký vào phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được mã hóa và bảo mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu đã thu thập dữ liệu từ 88 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, với tuổi trung bình là 69,5 $\pm$ 5,2 năm. Đặc điểm nhân khẩu học, nhân trắc và lối sống của đối

tượng nghiên cứu được trình bày chi tiết trong Bảng 1. Nữ giới chiếm tỷ lệ áp đảo với 78,4%. Phần lớn đối tượng nghiên cứu (68,2%) thuộc nhóm tuổi trên 65. Về hoàn cảnh sống, đa số bệnh nhân (87,5%) sống cùng người thân, 70,5% đối tượng nghiên cứu là nông dân. Về tình trạng dinh dưỡng, chỉ số BMI trung bình là 22,1 $\pm$ 2,7 kg/m², tỷ lệ hút thuốc lá và uống rượu bia ở nữ giới rất thấp, nhưng ở nam giới lại khá cao, lần lượt là 31,6% và 68,4%.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học, nhân trắc và lối sống của đối tượng nghiên cứu (n=88)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)		
60-65	28	31,8
66-70	30	34,1
> 70	30	34,1
Giới tính		
Nam	19	21,6
Nữ	69	78,4
Hoàn cảnh sống		
Sống một mình	11	12,5
Sống cùng người thân	77	87,5
Nghề nghiệp		
Nông dân	62	70,5
Nghề khác	26	29,5
Chỉ số khối cơ thể (BMI)		
Thiếu cân (<18.5 kg/m ²)	21	23,9
Bình thường (18.5-22.9 kg/m ²)	41	46,6
Thừa cân/Béo phì ($\geq$ 23.0 kg/m ²)	26	29,5
Hút thuốc lá		
Có	7	8
Không	81	92
Uống rượu bia		
Có	16	18,2
Không	72	81,8

3.2. Đặc điểm lâm sàng và mức độ đau

Về mức độ thoái hóa khớp gối, phần lớn bệnh nhân (75,3%) được chẩn đoán ở giai đoạn nặng (Kellgren-Lawrence độ 3 và 4). Tương ứng với mức độ tổn thương thực thể, mức độ đau mà bệnh nhân phải chịu đựng cũng rất cao. Có đến 75,0% báo cáo mức độ đau dữ dội (VAS $\geq$ 7). Điểm VAS trung bình

của toàn bộ mẫu nghiên cứu là $7,8 \pm 1,5$. Về điều trị, đa số bệnh nhân (58,0%) đang sử dụng từ 2 loại thuốc trở xuống để kiểm soát triệu chứng.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=88)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ thoái hóa khớp gối (K-L)		
Độ 1	8	9,1
Độ 2	14	15,9
Độ 3	57	64,8
Độ 4	9	10,2
Mức độ đau cột sống (VAS)		
Không đau/Đau nhẹ (0-3)	8	9,1
Đau vừa phải (4-6)	14	15,9
Đau dữ dội (7-10)	66	75
Số loại thuốc sử dụng		
≤ 2 loại	51	58
≥ 3 loại	37	42

3.3. Phân tích các yếu tố liên quan đến mức độ đau dữ dội

Trong phân tích đơn biến, các yếu tố cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ bị đau dữ dội bao gồm nhóm tuổi trên 70 (OR = 9,2; KTC 95%: 2,7-31,5; $p < 0,05$) và nghề nghiệp nông dân (OR = 3,1; KTC 95%: 1,1-9,1; $p < 0,05$). Phân tích hồi quy đa biến, tuổi là yếu tố duy nhất còn giữ được ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy, so với nhóm tuổi 60-65, những người trên 70 tuổi có nguy cơ bị đau dữ dội cao hơn gấp 9,0 lần (AOR = 9,0; KTC 95%: 2,4-33,6; $p < 0,05$).

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan đến tình trạng đau dữ dội (VAS ≥ 7)

Yếu tố liên quan	OR thô (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
Nhóm tuổi (năm)				
60-65 (Đối chứng)	1		1	
66-70	2,7 (0,8-9,0)	>0,05	2,4 (0,7-8,4)	>0,05
> 70	9,2 (2,7-31,5)	<0,05	9,0 (2,4-33,6)	<0,05

Yếu tố liên quan	OR thô (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
Giới tính				
Nam (Đối chứng)	1		-	-
Nữ	1,0 (0,3-3,5)	>0,05		
Hoàn cảnh sống				
Sống cùng người thân (Đối chứng)	1		1	
Sống một mình	1,9 (0,5-6,7)	>0,05	0,4 (0,1-1,9)	>0,05
Nghề nghiệp				
Nghề khác (Đối chứng)	1		1	
Nông dân	3,1 (1,1-9,1)	<0,05	0,4 (0,1-1,2)	>0,05
Mức độ thoái hóa khớp gối				
Độ 1-2 (Đối chứng)	1		-	-
Độ 3-4	1,3 (0,5-3,5)	>0,05		

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 88 bệnh nhân cao tuổi đồng mắc CLBP và thoái hóa khớp gối đã cho thấy một gánh nặng đau đớn nghiêm trọng, với 75% đối tượng trải qua mức độ đau dữ dội (VAS ≥ 7). Phân tích hồi quy đa biến đã xác định tuổi trên 70 là yếu tố dự báo độc lập và mạnh mẽ nhất cho tình trạng này (AOR = 9,0).

Tỷ lệ đau dữ dội 75,0% là một phát hiện đáng báo động, cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu chỉ tập trung vào một bệnh lý riêng lẻ, qua đó củng cố giả thuyết về tác động cộng hưởng tiêu cực khi hai bệnh đồng mắc. Khi cả cột sống và khớp gối – hai hệ thống chịu tải chính của cơ thể – cùng bị tổn thương, chúng tạo ra một vòng luẩn quẩn: đau gối làm thay đổi dáng đi gây quá tải cột sống, trong khi đau lưng hạn chế vận động làm yếu cơ hỗ trợ khớp gối, khiến cả hai tình trạng ngày càng trầm trọng hơn [4].

Tuổi tác là yếu tố dự báo mạnh mẽ nhất, với người trên 70 tuổi có nguy cơ đau dữ dội cao gấp 9 lần nhóm 60-65 tuổi. Điều này phù hợp với y văn, phản ánh sự tích lũy tổn thương cơ học qua nhiều năm, sự suy giảm khả năng tái tạo sụn, những thay đổi

trong xử lý tín hiệu đau của hệ thần kinh và sự phát triển của tình trạng thiếu cơ và suy yếu [1]. Cơ chế đằng sau mối liên quan này rất phức tạp, bao gồm sự tích lũy tổn thương cơ học qua hàng thập kỷ, sự suy giảm khả năng tái tạo của sụn khớp, những thay đổi liên quan đến tuổi trong quá trình xử lý tín hiệu đau của hệ thần kinh trung ương (hiện tượng nhạy cảm hóa trung ương), và đặc biệt là sự phát triển của tình trạng thiếu cơ và suy yếu, làm giảm khả năng bù trừ và chống đỡ của toàn bộ hệ cơ xương khớp [8].

Một phát hiện mang đặc trưng bối cảnh Việt Nam là vai trò của nghề nghiệp. Mặc dù nghề nông dân mất ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh theo tuổi, mối liên quan mạnh mẽ trong phân tích đơn biến ($OR=3,1$) cho thấy hàng chục năm lao động nặng nhọc là yếu tố khởi phát và thúc đẩy quá trình thoái hóa, dẫn đến tình trạng đau dữ dội ở tuổi già. Tương tự, tỷ lệ nữ giới chiếm đa số (78,4%) cũng phù hợp với các dữ liệu dịch tễ học lớn.

Đặc biệt, nghiên cứu này phát hiện một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân bị thiếu cân (23,9%). Trái ngược với quan điểm thông thường xem béo phì là yếu tố nguy cơ, BMI thấp trong bối cảnh này có thể là một "cờ đỏ", báo hiệu tình trạng suy mòn, thiếu cơ và suy dinh dưỡng do hậu quả của quá trình đau mạn tính và hạn chế vận động. Điều này cảnh báo các nhà lâm sàng cần đánh giá tình trạng dinh dưỡng một cách cẩn trọng ở nhóm bệnh nhân này [1, 2, 9, 10]. Do đó, phát hiện này là một lời cảnh báo cho các nhà lâm sàng: cần phải đánh giá tình trạng dinh dưỡng một cách cẩn trọng ở bệnh nhân cao tuổi bị đau cơ xương khớp mạn tính và xem BMI thấp như một "cờ đỏ" tiềm ẩn của tình trạng suy yếu.

Khi so sánh với các nghiên cứu khác tại Việt Nam, kết quả của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng về đặc điểm nhân khẩu học như tuổi và giới. Tuy nhiên, mức độ nặng của thoái hóa khớp gối trong mẫu của chúng tôi (75,3% ở độ 3-4) cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu khác, điều này có thể do đặc thù của việc tuyển chọn bệnh nhân tại một bệnh viện tuyến tỉnh, nơi thường tiếp nhận các ca bệnh phức tạp hơn [4, 10].

Về hàm ý thực tiễn, kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của một chiến lược quản lý toàn diện, thay vì chỉ tập trung vào từng khớp riêng lẻ. Cần ưu tiên sàng lọc mức độ đau, đặc biệt ở nhóm trên 70 tuổi và người có tiền sử lao động chân tay, đồng thời kết hợp điều trị thuốc với phục hồi chức năng và can thiệp dinh dưỡng để cải thiện sức mạnh cơ bắp và ngăn ngừa suy yếu.

Nghiên cứu có một số hạn chế, bao gồm thiết kế cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân quả, phương pháp chọn mẫu thuận tiện và cỡ mẫu nhỏ có thể hạn chế tính khái quát hóa. Các nghiên cứu

trong tương lai cần có cỡ mẫu lớn hơn và đo lường các yếu tố như tình trạng suy yếu và các yếu tố tâm lý để có cái nhìn toàn diện hơn.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đau dữ dội ($VAS \geq 7$) là tình trạng phổ biến ở NCT đồng mắc thoái hóa khớp gối và đau cột sống thắt lưng mạn tính, chiếm tới 75% số bệnh nhân. Tuổi trên 70 là yếu tố dự báo độc lập và mạnh mẽ nhất cho tình trạng đau dữ dội, trong khi giới tính, nghề nghiệp và BMI chỉ có vai trò trong phân tích đơn biến. Kết quả này khẳng định gánh nặng đau nặng nề ở nhóm bệnh nhân đặc thù, đồng thời chỉ ra nhu cầu sàng lọc sớm ở người ≥ 70 tuổi. Về thực hành, cần triển khai quản lý đa mô thức bao gồm kiểm soát đau, phục hồi chức năng vận động và can thiệp dinh dưỡng để ngăn ngừa suy yếu và cải thiện chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ho-Pham, L. T., & Nguyen, T. V. (2014). Prevalence of radiographic osteoarthritis of the knee and its relationship to self-reported pain in a Vietnamese population. *PLoS One*, 9(4), e94563. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094563>
- [2] Suri, P., Morgenroth, D. C., Kwok, C. K., Bean, J. F., Kalichman, L., & Hunter, D. J. (2010). Low back pain and other musculoskeletal pain comorbidities in individuals with symptomatic osteoarthritis of the knee: Data from the Osteoarthritis Initiative. *Arthritis Care & Research*, 62(12), 1715–1723. <https://doi.org/10.1002/acr.20324>
- [3] Nguyễn, Đ. M., & Nguyễn, V. Q. (2018). Đánh giá tình trạng đau thắt lưng do thoái hóa cột sống trên bệnh nhân điều trị tại Khoa Lão khoa, Bệnh viện Châm cứu Trung ương. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, 13(4), 87–90.
- [4] Wong, A. Y. L., Karppinen, J., & Samartzis, D. (2017). Low back pain in older adults: Risk factors, management options and future directions. *Scoliosis and Spinal Disorders*, 12(14). <https://doi.org/10.1186/s13013-017-0121-3>
- [5] Kherad, M., Rosengren, B. E., Hasserijs, R., et al. (2017). Risk factors for low back pain and sciatica in elderly men: The MrOS Sweden study. *Age and Ageing*, 46(1), 64–71. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw154>
- [6] Đỗ, T. T., Vương, T. H., & Trần, T. B. (2021). Chất lượng cuộc sống của người bệnh đau lưng do thoái hóa cột sống và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh năm 2020. *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*, 1(34), 4–9.

- [7] Ngô, H. L., Huỳnh, T. H., Nguyễn, T. H., & cộng sự. (2023). Nghiên cứu tỷ lệ suy yếu và một số yếu tố liên quan ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 67, 56–63.
- [8] GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators. (2023). Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatology*, 5(9), e508–e522. [https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(23\)00175-1](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00175-1)
- [9] Jimenez-Carcamo, G., Ceron-Hernandez, J., Gonzalez-Castro, T., et al. (2024). Low back pain and musculoskeletal disorders in agricultural workers in the Andean Region of Ecuador: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 885. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060885>
- [10] Le, T. V., Penta, M., Tran, T. B. H., Tran, L. B., Nguyen, M. S., & Schepens, B. (2025). Cross-cultural adaptation and validation of the Vietnamese version of the Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) in patients with knee osteoarthritis. *Asia-Pacific Journal of Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation and Technology*, 40, 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.asmart.2024.11.003>.