FUNCTIONAL STATUS AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES AT THE SPINE CLINIC, MILITARY CENTRAL HOSPITAL 108, 2025

Nguyen Ngoc Quyen[1]*, Vu Hong Van[1], Nguyen Thi Thu Thuy[1], Pham Viet Ha[2]

[1]Military Central Hospital 108 - 1B Tran Hung Dao, Hai Ba Trung ward, Hanoi, Vietnam
[2]Hai Phong International General Hospital - 124 Nguyen Duc Canh, Le Chan ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 04/05/2026
Reviced: 21/07/2026; Accepted: 22/08/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the functional status and activities of daily living in patients with osteoporotic vertebral compression fractures at the Spine Clinic, Military Central Hospital 108 in 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study enrolled 200 osteoporotic vertebral compression fractures patients (T-score ≤ -2.5) from January to August 2025. Basic activities of daily living were assessed using the Barthel Index and instrumental activities of daily living (IADL) using the Lawton IADL scale.

Results: Mean age was 69.97 ± 8.11 years; 92% were female. Mean Barthel Index score was 82.63 ± 16.95; 80.5% of patients had varying degrees of dependency, with moderate dependence being most common (53.5%). The most impaired activities were transferring (77.5%), stair climbing (66.5%), and walking on flat surfaces (52%). Mean Lawton IADL score was 5.85 ± 2.07; 66% had some degree of impairment in instrumental activities. The most affected activities were housekeeping (69%), transportation (68%), and laundry (67.5%).

Conclusion: Osteoporotic vertebral compression fractures patients experience significant impairment in both basic and instrumental activities of daily living, highlighting the need for systematic functional assessment in nursing and rehabilitation practice.

Keywords: Vertebral compression fracture, osteoporosis, Barthel Index, Lawton IADL, activities of daily living.

*Corresponding author
Email: bsquyenptcs108@gmail.com **Phone**: (+84) 989052288 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6328

THỰC TRẠNG VẬN ĐỘNG VÀ SINH HOẠT HÀNG NGÀY Ở NGƯỜI BỆNH XẸP ĐỐT SỐNG CÓ LOÃNG XƯƠNG TẠI PHÒNG KHÁM CỘT SỐNG, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2025

Nguyễn Ngọc Quyền[1]*, Vũ Hồng Vân[1], Nguyễn Thị Thu Thủy[1], Phạm Việt Hà[2]

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - 1B Trần Hưng Đạo, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng - 124 Nguyễn Đức Cảnh, phường Lê Chân, thành phố Hải Phòng, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 04/05/2026
Ngày chỉnh sửa: 21/07/2026; Ngày duyệt đăng: 22/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng vận động và sinh hoạt hàng ngày ở người bệnh xẹp đốt sống có loãng xương tại Phòng khám Cột sống, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 người bệnh xẹp đốt sống có loãng xương (T-score ≤ -2,5) tại Phòng khám Cột sống, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1-8 năm 2025. Hoạt động sinh hoạt cơ bản được đánh giá bằng Barthel Index và hoạt động sinh hoạt phức tạp được đánh giá bằng thang điểm Lawton IADL.

Kết quả: Tuổi trung bình 69,97 ± 8,11 tuổi; nữ chiếm 92%. Điểm Barthel Index trung bình 82,63 ± 16,95; 80,5% người bệnh có mức độ phụ thuộc khác nhau, trong đó phụ thuộc vừa chiếm 53,5%. Các hoạt động bị suy giảm nhiều nhất là dịch chuyển (77,5% phụ thuộc), lên xuống cầu thang (66,5%) và di chuyển trên mặt bằng (52%). Điểm Lawton IADL trung bình 5,85 ± 2,07; 66% người bệnh suy giảm hoạt động sinh hoạt phức tạp. Các hoạt động bị ảnh hưởng nhiều nhất là dọn dẹp nhà cửa (69%), đi lại và sử dụng phương tiện giao thông (68%), giặt giũ (67,5%).

Kết luận: Người bệnh xẹp đốt sống có loãng xương bị suy giảm đáng kể cả hoạt động sinh hoạt cơ bản và phức tạp, đòi hỏi đánh giá chức năng có hệ thống trong thực hành điều dưỡng và phục hồi chức năng.

Từ khóa: Xẹp đốt sống, loãng xương, Barthel Index, Lawton IADL, sinh hoạt hàng ngày.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là bệnh lý mạn tính phổ biến, đặc biệt ở người cao tuổi và phụ nữ sau mãn kinh, được xác định khi T-score ≤ -2,5 theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới. Hơn 200 triệu người trên toàn cầu mắc loãng xương, trong đó xẹp đốt sống là biến chứng thường gặp nhất và có ý nghĩa lâm sàng quan trọng [1]. Xẹp đốt sống do loãng xương không chỉ gây đau lưng kéo dài mà còn làm suy giảm chức năng vận động, hạn chế khả năng sinh hoạt hàng ngày và giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [2].

Mức độ độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày là thước đo quan trọng phản ánh tình trạng chức năng tổng thể của người bệnh, đặc biệt trong thực hành điều dưỡng và phục hồi chức năng. Barthel Index và thang điểm Lawton IADL (Instrumental Activities of Daily Living) là hai công cụ đánh giá chuẩn hóa được sử dụng rộng rãi trên thế giới, cho phép lượng hóa toàn diện mức độ độc lập trong hoạt động sinh hoạt cơ bản và phức tạp [3-4].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về xẹp đốt sống do loãng xương chủ yếu tập trung vào mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và hiệu quả điều trị can thiệp [5-6]; trong khi đánh giá chức năng vận động và sinh hoạt hàng ngày bằng công cụ chuẩn hóa vẫn còn hạn chế. Đặc biệt, chưa có nghiên cứu nào sử dụng đồng thời Barthel Index và Lawton IADL để đánh giá toàn diện cả hai nhóm hoạt động trong đối tượng này tại bối cảnh y tế Việt Nam. Trong bối cảnh dân số đang già hóa nhanh, đây là khoảng trống nghiên cứu có ý nghĩa thực tiễn quan trọng.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả thực trạng vận động và sinh hoạt hàng ngày ở người bệnh xẹp đốt sống có loãng xương tại Phòng khám Cột sống, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tuân thủ hướng dẫn báo cáo STROBE cho nghiên cứu quan sát.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Phòng khám Cột sống, Khoa Khám bệnh đa khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 1-8 năm 2025.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Tuổi từ 50 trở lên; (2) Được chẩn đoán xẹp đốt sống dựa trên lâm sàng và hình ảnh học (X quang và/hoặc MRI); (3) Được xác định loãng xương theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới với T-score ≤ -2,5 tại cột sống thắt lưng hoặc cổ xương đùi đo bằng DEXA; (4) Có khả năng hợp tác phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Xẹp đốt sống do nguyên nhân khác (chấn thương nặng, u, nhiễm trùng, bệnh lý ác tính); (2) Rối loạn nhận thức hoặc tâm thần ảnh hưởng đến khả

*Tác giả liên hệ
Email: bsquyenptcs108@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 989052288 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i8.6328

năng trả lời; (3) Bệnh cấp tính nặng ảnh hưởng đánh giá chức năng; (4) Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu thu nhận 200 người bệnh theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện liên tiếp.

2.5. Biến số và công cụ nghiên cứu

Thông tin nhân khẩu học, tiền sử bệnh lý và thói quen sinh hoạt được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp có cấu trúc. Đặc điểm lâm sàng (điểm đau VAS, mật độ xương T-score, vị trí và số lượng đốt sống xẹp) được khai thác từ hồ sơ bệnh án và kết quả cận lâm sàng.

Hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày được đánh giá bằng Barthel Index gồm 10 mục, tổng điểm 0-100; phân loại: 0-20 điểm (phụ thuộc hoàn toàn), 21-60 điểm (phụ thuộc nặng), 61-90 điểm (phụ thuộc vừa), 91-99 điểm (phụ thuộc nhẹ), 100 điểm (độc lập hoàn toàn) [3].

Hoạt động sinh hoạt hàng ngày phức tạp được đánh giá bằng thang điểm Lawton IADL gồm 8 mục, tổng điểm 0-8, điểm càng cao phản ánh mức độ độc lập càng lớn [4].

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn ($\bar{X}$ ± SD) nếu phân phối chuẩn; hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị - IQR) nếu phân phối lệch. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương Trường Đại học Thăng Long phê duyệt (số 25021302/QĐ-ĐHTL, ngày 11/02/2025) và được lãnh đạo Khoa Khám bệnh đa khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 chấp thuận cho lấy số liệu nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối; tham gia hoàn toàn tự nguyện với cam kết đồng thuận bằng văn bản.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 200)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$\bar{X}$ ± SD (tuổi)	69,97 ± 8,11	
	50-59 tuổi	18	9,0
	60-69 tuổi	88	44,0
	70-79 tuổi	71	35,5
	≥ 80 tuổi	23	11,5
Giới	Nam	16	8,0
	Nữ	184	92,0
BMI	Bình thường (18,5-24,9 kg/m^2)	145	72,5
	Thiếu cân (< 18,5 kg/m^2)	30	15,0
	Thừa cân/béo phì (≥ 25 kg/m^2)	25	12,5
Trình độ học vấn	Tiểu học	63	31,5
	Trung học cơ sở, trung học phổ thông	126	63,0
	≥ Trung cấp	11	5,5
Địa dư	Nông thôn	159	79,5
	Thành thị	41	20,5
Mức sống	Trung bình, thấp	193	96,5
	Cao	7	3,5
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	75	37,5
	Đái tháo đường	25	12,5
	Viêm khớp dạng thấp	6	3,0

Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 69,97 ± 8,11 tuổi, nhóm 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (44%). Nữ giới chiếm ưu thế rõ rệt với 92%. Đa số có BMI bình thường (72,5%), mức sống trung bình hoặc thấp (93,5%), trình độ học vấn trung học cơ sở, trung học phổ thông (63%), sống ở nông thôn (79,5%). Tăng huyết áp là bệnh lý kèm theo phổ biến nhất (37,5%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học (n = 200)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Mức độ đau (VAS)	Không đau, đau nhẹ (VAS 0-3 điểm)	6	3,0
	Đau vừa (VAS 4-6 điểm)	78	39,0
	Đau nhiều (VAS 7-10 điểm)	116	58,0
	$\bar{X}$ ± SD (điểm)	7,11 ± 2,04	
Số đốt sống xẹp	1 đốt sống	95	47,5
	2 đốt sống	64	32,0
	≥ 3 đốt sống	41	20,5
Vị trí xẹp	Cột sống ngực	41	20,5
	Cột sống thắt lưng	97	48,5
	Cả ngực và thắt lưng	62	31,0
T-score cổ xương đùi		-2,75 ± 0,88	
T-score cột sống thắt lưng		-3,24 ± 0,79	

Mức độ đau chủ yếu ở mức nhiều (58,0%), với điểm VAS trung bình 7,11 ± 2,04. Xẹp 1 đốt sống chiếm 47,5%; hơn một nửa số người bệnh (52,5%) có xẹp từ 2 đốt sống trở lên. Vị trí xẹp thường gặp nhất là cột sống thắt lưng (48,5%). T-score trung bình tại cột sống thắt lưng (-3,24 ± 0,79) thấp hơn tại cổ xương đùi (-2,75 ± 0,88).

3.3. Thực trạng sinh hoạt hàng ngày cơ bản theo Barthel Index

Bảng 3. Thực trạng vận động sinh hoạt hàng ngày cơ bản theo Barthel Index (n = 200)

Hoạt động	Độc lập	Phụ thuộc/cần hỗ trợ
Ăn uống	186 (93,0%)	14 (7,0%)
Tắm rửa	172 (86,0%)	28 (14,0%)
Vệ sinh đầu mặt	180 (90,0%)	20 (10,0%)
Mặc quần áo	148 (74,0%)	52 (26,0%)
Kiểm soát đại tiện	197 (98,5%)	3 (1,5%)
Kiểm soát tiểu tiện	198 (99,0%)	2 (1,0%)

Hoạt động	Độc lập	Phụ thuộc/cần hỗ trợ
Đi vệ sinh	162 (81,0%)	38 (19,0%)
Dịch chuyển (giường - ghế)	45 (22,5%)	155 (77,5%)
Di chuyển trên mặt bằng	96 (48,0%)	104 (52,0%)
Lên xuống cầu thang	67 (33,5%)	133 (66,5%)

Bảng 4. Phân loại mức độ phụ thuộc theo Barthel Index (n = 200)

Mức độ phụ thuộc	n	Tỷ lệ (%)
Phụ thuộc hoàn toàn (0-20 điểm)	2	1,0
Phụ thuộc nặng (21-60 điểm)	25	12,5
Phụ thuộc vừa (61-90 điểm)	107	53,5
Phụ thuộc nhẹ (91-99 điểm)	27	13,5
Độc lập hoàn toàn (100 điểm)	39	19,5

Điểm Barthel Index trung bình là 82,63 ± 16,95. Có 80,5% người bệnh ở các mức độ phụ thuộc khác nhau; nhóm phụ thuộc vừa (61-90 điểm) chiếm tỷ lệ cao nhất (53,5%), chỉ 19,5% bệnh nhân độc lập hoàn toàn. Các hoạt động bị ảnh hưởng nhiều nhất là dịch chuyển (77,5% phụ thuộc/cần hỗ trợ), lên xuống cầu thang (66,5%) và di chuyển trên mặt bằng (52%). Ngược lại, kiểm soát tiểu tiện (99%), kiểm soát đại tiện (98,5%) và ăn uống (93%) được bảo tồn tốt nhất (bảng 3 và bảng 4).

3.4. Thực trạng sinh hoạt hàng ngày phức tạp theo Lawton IADL

Bảng 5. Thực trạng sinh hoạt hàng ngày phức tạp theo Lawton IADL (n = 200)

Hoạt động	Độc lập	Phụ thuộc/ cần hỗ trợ
Sử dụng điện thoại	132 (66,0%)	68 (34,0%)
Mua sắm	77 (38,5%)	123 (61,5%)
Chuẩn bị bữa ăn	76 (38,0%)	124 (62,0%)
Dọn dẹp nhà cửa	62 (31,0%)	138 (69,0%)
Giặt giũ	65 (32,5%)	135 (67,5%)
Đi lại và sử dụng phương tiện giao thông	64 (32,0%)	136 (68,0%)
Quản lý thuốc	190 (95,0%)	10 (5,0%)
Quản lý tài chính	168 (84,0%)	32 (16,0%)

Bảng 6. Phân loại mức độ phụ thuộc theo Lawton IADL (n = 200)

Mức độ phụ thuộc (điểm IADL)	n	Tỷ lệ (%)
Độc lập hoàn toàn (8 điểm)	68	34,0
Suy giảm nhẹ (6-7 điểm)	56	28,0
Suy giảm vừa (4-5 điểm)	47	23,5
Suy giảm nặng (0-3 điểm)	29	14,5

Điểm Lawton IADL trung bình là 5,85 ± 2,07. Có 34% người bệnh đạt 8 điểm (độc lập hoàn toàn); 66% còn lại có các mức độ suy giảm khác nhau. Các hoạt động bị ảnh hưởng nhiều nhất là dọn dẹp nhà cửa (69%), đi lại và sử dụng phương tiện giao thông (68%), giặt giũ (67,5%), chuẩn bị bữa ăn (62%) và mua sắm (61,5%). Quản lý thuốc (95%), quản lý tài chính (84%) và sử dụng điện thoại (66%) được duy trì tốt nhất (bảng 5 và bảng 6).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy người bệnh xẹp đốt sống có loãng xương chủ yếu là phụ nữ cao tuổi (92% nữ, tuổi trung bình 69,97 tuổi), phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh. Cơ chế loãng xương sau mãn kinh do suy giảm estrogen làm tăng hủy xương và giảm mật độ khoáng xương, khiến thân đốt sống dễ bị lún xẹp dưới tác động của tải trọng sinh lý hàng ngày [2], [7]. Kết quả này tương đồng với ghi nhận của Jung S và cộng sự về ưu thế nữ giới trong nhóm người bệnh xẹp đốt sống do loãng xương [7].

Điểm Barthel Index trung bình 82,63 ± 16,95 với 80,5% người bệnh có mức độ phụ thuộc khác nhau phản ánh suy giảm chức năng đáng kể. Phân tích theo từng hoạt động thành phần cho thấy mô hình suy giảm đặc trưng: các hoạt động cần thay đổi tư thế, di chuyển và giữ thăng bằng bị ảnh hưởng nặng nhất, trong khi các hoạt động tại chỗ còn được bảo tồn. Đây là biểu hiện điển hình của cơ chế bệnh sinh xẹp đốt sống: đau và biến dạng cột sống hạn chế, đặc biệt các động tác cúi, xoay, chuyển tư thế và đi lại [2], [8]. Hoyt B.W và cộng sự cũng ghi nhận khoảng 70-90% người bệnh xẹp đốt sống gặp khó khăn trong các hoạt động đứng, ngồi và đi bộ [8], phù hợp với kết quả của nghiên cứu chúng tôi.

Ở nhóm hoạt động sinh hoạt phức tạp, điểm IADL trung bình 5,85 ± 2,07 và 66% người bệnh suy giảm cho thấy hậu quả chức năng của xẹp đốt sống không chỉ giới hạn ở hoạt động tự chăm sóc cơ bản mà lan rộng đến khả năng duy trì cuộc sống độc lập trong cộng đồng. Các hoạt động đòi hỏi đứng lâu, cúi, mang vác hoặc di chuyển ra ngoài nhà (dọn dẹp, giặt giũ, đi lại, nấu ăn, mua sắm) bị ảnh hưởng nhiều nhất. Kết quả này phù hợp với ghi nhận của Pinheiro M.B và cộng sự [9] và Al-Sari U.A và cộng sự [10] về mức độ suy giảm hoạt động thể lực và sinh hoạt phức tạp ở người cao tuổi có xẹp đốt sống do loãng xương.

So sánh hai công cụ đánh giá: tỷ lệ suy giảm theo Barthel Index (80,5%) cao hơn theo Lawton IADL (66%), có vẻ nghịch lý vì IADL thường suy giảm sớm hơn so với hoạt động sinh hoạt cơ bản hàng ngày. Tuy nhiên, kết quả này phản ánh đặc thù của đối tượng nghiên cứu tại cơ sở ngoại trú chuyên khoa: phần lớn người bệnh còn duy trì được hoạt động IADL đơn giản (quản lý thuốc, quản lý tài chính) nhưng đã gặp khó khăn rõ trong các hoạt động vận động nặng hơn của Barthel Index như dịch chuyển và di chuyển. Trong thực hành điều dưỡng và phục hồi chức năng, việc sử dụng đồng thời Barthel Index và Lawton IADL giúp nhân viên y tế không chỉ nhận diện mức độ phụ thuộc trong tự chăm sóc cơ bản mà còn phát hiện sớm các hạn chế trong sinh hoạt độc lập tại cộng đồng, từ đó xây dựng kế hoạch can thiệp cá thể hóa, phù hợp với nhu cầu thực tế của từng người bệnh.

Từ góc độ điều dưỡng, kết quả nghiên cứu nhấn mạnh nhu cầu sàng lọc chức năng có hệ thống ngay từ lần khám đầu tiên. Các can thiệp ưu tiên gồm: kiểm soát đau tích cực, hướng dẫn vận động an toàn và phòng ngừa té ngã cho nhóm hoạt động di chuyển bị suy giảm nhiều nhất; đánh giá và hỗ trợ thiết kế lại môi trường sống để duy trì hoạt động IADL; kết hợp gia đình trong kế hoạch chăm sóc

dài hạn. Phục hồi chức năng sớm đã được chứng minh cải thiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày ở người bệnh xẹp đốt sống điều trị bảo tồn [7].

Hạn chế: Thiết kế cắt ngang chỉ cho phép mô tả tình trạng tại một thời điểm, chưa xác định quan hệ nhân quả. Nghiên cứu thực hiện tại một cơ sở chuyên khoa nên tính đại diện cộng đồng còn hạn chế. Một số thông tin thu thập qua phỏng vấn có thể có sai số nhớ lại. Nghiên cứu chưa đánh giá một số khía cạnh bổ sung như trầm cảm, sợ ngã, mức độ hỗ trợ của gia đình và điều kiện môi trường sống - những yếu tố có thể ảnh hưởng thêm đến kết quả chức năng.

5. KẾT LUẬN

Người bệnh xẹp đốt sống có loãng xương bị suy giảm đáng kể cả hoạt động sinh hoạt cơ bản và hoạt động sinh hoạt phức tạp hằng ngày. Điểm Barthel Index trung bình là 82,63 ± 16,95; có 80,5% người bệnh phụ thuộc ở các mức độ khác nhau, trong đó các hoạt động bị ảnh hưởng nhiều nhất là dịch chuyển, lên xuống cầu thang và di chuyển trên mặt bằng. Điểm Lawton IADL trung bình là 5,85 ± 2,07; có 66% người bệnh suy giảm hoạt động sinh hoạt phức tạp, chủ yếu ở các hoạt động dọn dẹp nhà cửa, đi lại bằng phương tiện giao thông và giặt giũ. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tích hợp đánh giá chức năng bằng Barthel Index và Lawton IADL trong thực hành điều dưỡng và phục hồi chức năng cho người bệnh xẹp đốt sống có loãng xương.

Các tác giả tuyên bố không có mâu thuẫn lợi ích liên quan đến công trình này. Nghiên cứu không nhận tài trợ từ bất kỳ tổ chức tài chính trong khu vực công, thương mại hoặc phi lợi nhuận nào.

Chúng tôi giả trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc và tập thể cán bộ, nhân viên Khoa Khám bệnh đa khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình thu thập số liệu. Xin trân trọng cảm ơn toàn bộ người bệnh đã tự nguyện tham gia nghiên cứu.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO Technical Report Series, 1994, 843: 1-129.

[2] Silverman S.L. The clinical consequences of vertebral compression fracture. Bone, 1992, 13 (Suppl 2): S27-S31. doi: 10.1016/8756-3282(92)90193-Z

[3] Mahoney F.I, Barthel D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 1965, 14: 61-65.

[4] Lawton M.P, Brody E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 1969, 9 (3): 179-186. doi: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179

[5] Nguyễn Thế Điệp, Vũ Văn Tú. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh xẹp đốt sống do loãng xương. Tạp chí Y học Việt Nam, 2020, 495 (2): 68-72.

[6] Trần Quang Vinh, Đoàn Anh Tuấn, Nguyễn Thế Điệp. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ xẹp đốt sống do loãng xương. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2022, 155 (7): 96-103.

[7] Jung S, Park H, Koo H. Postmenopausal osteoporosis and vertebral compression fractures: clinical outcomes and functional limitations. Spine Journal, 2019, 19 (5): 842-850. doi: 10.1016/j.spinee.2018.11.003

[8] Hoyt B.W, Pavey G.J, Doberstein S.T, Barfield W.R. Factors affecting activities of daily living in patients with vertebral compression fractures. Spine, 2018, 43 (14): E826-E831. doi: 10.1097/BRS.0000000000002500

[9] Pinheiro M.B, Oliveira J, Bauman A, Fairhall N, Kwok W, Sherrington C. Evidence on physical activity and osteoporosis prevention for people aged 65+ years: a systematic review. British Journal of Sports Medicine, 2020, 54 (14): 871-878. doi: 10.1136/bjsports-2018-100319

[10] Al-Sari U.A, Tobias J, Clark E. Health-related quality of life in older people with osteoporotic vertebral fractures: a systematic review and meta-analysis. Osteoporosis International, 2016, 27 (10): 2891-2900. doi: 10.1007/s00198-016-3538-x