

THỰC TRẠNG LOÃNG XƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở NAM GIỚI TRÊN 50 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2025

Nguyễn Tuấn Anh^{1,✉}, Nguyễn Trần Trung¹

Trần Nam Chung², Nguyễn Thị Tươi¹

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng loãng xương và phân tích một số yếu tố nguy cơ liên quan đến loãng xương ở nam giới từ 50 tuổi trở lên được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA tại Bệnh viện E. Nghiên cứu được thực hiện dưới dạng mô tả cắt ngang, với cỡ mẫu thuận tiện gồm 200 bệnh nhân nam ≥ 50 tuổi đến khám và được đo mật độ khoáng xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi bằng DEXA trong thời gian từ 01/2025 đến 10/2025. Các yếu tố nguy cơ được khảo sát bao gồm: tuổi, BMI, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, hút thuốc lá, uống rượu, tiền sử gãy xương, tập thể dục và sử dụng corticoid kéo dài. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0. Tỷ lệ loãng xương trong nhóm nghiên cứu là 18,5%, giảm mật độ xương chiếm 52,5%. Loãng xương gặp nhiều ở nhóm tuổi ≥ 70 . Nhóm bệnh nhân có BMI thấp, hút thuốc lá, có tiền sử gãy xương, không tập thể dục thường xuyên và sử dụng corticoid kéo dài có nguy cơ loãng xương cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Loãng xương ở nam giới trên 50 tuổi khá phổ biến và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố nguy cơ có thể can thiệp được. Cần tăng cường tầm soát, tư vấn thay đổi lối sống và dự phòng loãng xương cho nhóm đối tượng này.

Từ khóa: Loãng xương, nam giới, mật độ xương, DEXA, yếu tố nguy cơ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở nam giới, loãng xương thường ít được quan tâm hơn so với nữ giới, trong khi đó quá trình mất xương diễn ra âm thầm và khó được phát hiện sớm. Sau 50 tuổi nam giới bắt đầu suy giảm dần nồng độ testosterone và các hormon liên quan đến chuyển hóa xương. Các yếu tố nguy cơ như tuổi cao, hút thuốc lá, uống rượu, ít vận động, bệnh lý mạn tính và sử dụng thuốc corticoid kéo dài góp phần làm tăng nguy cơ loãng xương. Đáng chú ý, gãy xương do loãng xương ở nam giới thường có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn so với nữ giới, đặc biệt là gãy cổ xương đùi.¹ Theo các nghiên cứu trong và ngoài nước, tỷ lệ loãng xương ở nam giới

trên 50 tuổi từ 6 – 20% và có xu hướng gia tăng cùng với tuổi thọ dân số.²⁻⁶ Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã đề cập đến loãng xương ở nam giới, tuy nhiên chủ yếu tập trung ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý mạn tính hoặc người cao tuổi, các dữ liệu về loãng xương ở nam giới còn hạn chế. Việc thiếu thông tin về đặc điểm lâm sàng, mật độ xương và các yếu tố nguy cơ ở nhóm đối tượng này gây khó khăn cho công tác sàng lọc, chẩn đoán sớm và dự phòng biến chứng. Bệnh viện E là bệnh viện với số lượng lớn bệnh nhân cơ xương khớp, trong đó có nhiều nam giới lớn tuổi được đo mật độ xương bằng DEXA. Việc đánh giá thực trạng loãng xương và các yếu tố nguy cơ ở nhóm đối tượng này có ý nghĩa quan trọng nhằm xây dựng chiến lược tầm soát và dự phòng gãy xương.^{7,8} Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Thực trạng loãng xương và các yếu tố nguy cơ ở nam giới trên 50 tuổi tại Bệnh viện E năm 2025” với hai mục tiêu:

Tác giả liên hệ: Nguyễn Tuấn Anh

Bệnh viện E

Email: dr.nta10@gmail.com

Ngày nhận: 14/12/2025

Ngày được chấp nhận: 26/01/2026

1. Mô tả thực trạng loãng xương ở nam giới trên 50 tuổi được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA tại Bệnh viện E năm 2025; 2. Khảo sát một số yếu tố nguy cơ liên quan đến loãng xương ở nam giới trên 50 tuổi tại Bệnh viện E.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Chúng tôi lựa chọn gồm 200 bệnh nhân nam từ 50 tuổi trở lên đến khám ngoại trú, điều trị nội trú tại Bệnh viện E và được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA. Số liệu được thu thập trước khi bắt đầu trị các thuốc có thể ảnh hưởng đến mật độ xương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Nam giới mắc các bệnh gây loãng xương thứ phát như ung thư, bệnh thận mạn tính, các bệnh lý tự miễn như (viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vẩy nến...), bệnh Paget. Đang điều trị các thuốc ảnh hưởng mạnh đến mật độ xương ngoài corticoid (các thuốc chống động kinh kéo dài, hóa trị...). Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang; chọn mẫu thuận tiện theo thời gian.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện E, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 10/2025

Phương pháp thu thập số liệu: Các biến số chính bao gồm: tuổi, BMI, nghề nghiệp, khu vực sinh sống, tiền sử gãy xương, hút thuốc lá (đối tượng được coi là có hút thuốc lá khi hút trên 10 điếu/ngày trong thời gian 10 năm trở lên). Uống rượu (đối tượng được coi là có uống bia rượu khi uống từ 4 lần/tuần, mỗi lần 2 cốc bia 600ml hoặc trên 100ml rượu, thời gian từ 5 năm trở lên). Tập thể dục (đối tượng được coi là tập luyện vừa phải khi thường xuyên tham gia luyện tập với chế độ trên 3 lần/tuần, mỗi lần

trên 60 phút, luyện tập trên 5 năm). Sử dụng corticoid (glucocorticoid kéo dài liên tục trong 3 tháng với liều prednisolone trên 5 mg/ngày). Và tình trạng mật độ xương (bình thường, giảm mật độ xương, loãng xương) phân loại theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 1994 dựa trên chỉ số T-score. Thông tin chung và yếu tố nguy cơ được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp và hồ sơ bệnh án theo mẫu phiếu điều tra thống nhất. Mật độ xương được đo bằng máy DEXA (Máy Hologic explorer của Mỹ sản xuất, sử dụng phần mềm Apex Software) đo mật độ xương tại hai vị trí cột sống thắt lưng (L1 – L4) và cổ xương đùi.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 23.0. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ. Phân tích thống kê mô tả: tính tỷ lệ % (với các biến định tính) và tính số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất với các biến định lượng. Phân tích các yếu tố liên quan bằng phép so sánh thống kê. Kiểm định các mối liên quan được sử dụng là kiểm định Chi bình phương cho định tính, t-test/ANOVA/Mann-Whitney cho định lượng, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ được áp dụng để phiên giải và nhận định kết quả nghiên cứu.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hoàn toàn không tác động xấu đến bệnh nhân. Bệnh nhân được giải thích rõ, sẵn sàng trả lời các thông tin liên quan. Các thông tin các nhân được đảm bảo giữ bí mật. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của Bệnh viện theo quyết định số 1179/QĐ – BVE.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi bệnh nhân dao động từ 50 đến 92 tuổi, tuổi trung bình $70,8 \pm 10,85$. Nhóm tuổi ≥ 70

chiếm tỷ lệ cao nhất (54%), tiếp đến là nhóm 60 – 69 tuổi (25%) và nhóm 50 – 59 tuổi (21%). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy mỗi khi tuổi tăng thêm 1 đơn vị, nguy cơ loãng xương ở nam giới tăng khoảng 16%. Tuổi là yếu tố nguy

cơ độc lập của loãng xương (OR = 1,16; p = 0,032). Về nghề nghiệp, nhóm lao động tự do có tỷ lệ loãng xương cao nhất (9,5%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 1. Mối liên quan giữa kết quả đo mật độ xương với tuổi và nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Kết quả MĐX			OR (95%CI)	p	
	MĐX bình thường n (%)	MĐX giảm n (%)	Loãng xương n (%)			
Tuổi	50 – 60 tuổi	21 (10,5)	18 (9)	3 (1,5)	1,16	0,032
	60 -70 tuổi	18 (9)	26 (13)	6 (3)		
	> 70 tuổi	19 (9,5)	61 (30,5)	28 (14)		
Nghề nghiệp	Viên chức	34 (17)	57 (28,5)	15 (7,5)	0,87	0,054
	Tự do	20 (10)	41 (20,5)	19 (9,5)		
	Cựu chiến binh	4 (2)	7 (3,5)	3 (1,5)		

Bảng 2. Thực trạng loãng xương ở nam giới trên 50 tuổi được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA tại Bệnh viện E năm 2025

Tình trạng	Số lượng	Tỷ lệ
Mật độ xương bình thường	58	29,0%
Mật độ xương giảm	105	52,5%
Loãng xương	37	18,5%

Trong số 200 bệnh nhân nam được đo mật độ xương, có 58 trường hợp (29,0%) có mật độ xương bình thường, 105 trường hợp (52,5%) giảm mật độ xương và 37 trường hợp (18,5%) loãng xương. Như vậy, cứ khoảng 5 nam giới ≥ 50 tuổi thì có 1 người bị loãng xương và hơn một nửa có giảm mật độ xương. Kết quả này cho thấy phần lớn nam giới trong nghiên cứu đã có tình trạng mất xương ở mức độ nhất định, dù chưa tất cả đạt ngưỡng loãng xương theo WHO (T-score $\leq -2,5$). Tỷ lệ loãng xương 18,5% nằm trong khoảng được ghi nhận ở các quần thể nam châu Á cao tuổi.

Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm BMI bình thường hoặc thừa cân, tỷ lệ bệnh nhân gầy (BMI < 18,5) thấp hơn nhưng có liên quan nhiều đến tỉ lệ loãng xương. So với nhóm BMI bình thường, nguy cơ loãng xương của nhóm gầy tăng 10.69 lần (95%CI: 3,00 – 38,12; p < 0,001). Kết quả nghiên cứu cho thấy BMI thấp là một yếu tố nguy cơ quan trọng của loãng xương ở nam giới lớn tuổi. Mối liên quan này phù hợp với sinh lý bệnh học, do người gầy thường có khối cơ và khối mỡ thấp, làm giảm lực cơ học kích thích tạo xương và giảm chuyển hóa androgen thành estrogen – hormon

có vai trò bảo vệ xương. Ngoài ra, tình trạng dinh dưỡng kém và suy giảm testosterone ở

nhóm này cũng góp phần làm tăng nguy cơ loãng xương (Bảng 3).

Bảng 3. Mối liên quan giữa kết quả đo mật độ xương với BMI của đối tượng nghiên cứu

BMI	MĐX bình thường n (%)	MĐX Giảm n (%)	Loãng xương n (%)	OR (95% CI)	p
Gầy (< 18,5)	1 (8,3)	3 (25 %)	8 (66,7)	10,69 (3,0 - 38,12)	< 0,001
Bình thường (18,5 – 24,9)	48 (29,1)	91 (55,2)	26 (15,8)		
Thừa cân (> 25)	9 (39,1)	11 (47,8)	3 (13)		

Bảng 4. Mối liên quan giữa mật độ xương với yếu tố nguy cơ uống rượu, hút thuốc lá trong nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	MĐX bình thường n (%)	MĐX giảm n (%)	Loãng xương n (%)	OR (95% CI)	p	
Uống rượu	Có	10 (19,6)	31 (60,8)	10 (19,6)	0,1 (0,49 - 2,47)	0,221
	Không	48 (32,2)	74 (49,7)	27 (18,1)		
Hút thuốc lá	Có	7 (12,73)	31 (56,36)	17 (30,97)	2,80 (1,33 - 5,87)	0,0012
	Không	51 (35,17)	74 (51,03)	20 (13,97)		

Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê đối với loãng xương ($p = 0,0012$). Người hút thuốc có nguy cơ loãng xương cao hơn 2.8 lần so với người không hút (OR = 2,80; 95% CI: 1,33 – 5,87). Về cơ chế, khói thuốc lá chứa nhiều chất độc như nicotine, cadmium... làm giảm hoạt động của tế bào tạo xương, tăng hoạt động tế bào hủy xương, suy giảm hấp thu canxi và vitamin D, đồng thời làm suy giảm chức năng nội tiết và giảm tưới máu xương. Điều này giải thích tại sao trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ loãng xương tập trung nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có hút thuốc lá. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa uống rượu và nguy cơ loãng xương với $p > 0,05$.

Trong nghiên cứu người có tiền sử gãy

xương có nguy cơ loãng xương cao gấp ~7,16 lần so với người chưa từng gãy xương với $p < 0,001$. Tỷ lệ loãng xương ở nhóm sử dụng corticoid là 50%, cao hơn đáng kể so với nhóm không dùng (15,38%). Với OR = 5,51 (CI 95%: 2,07 – 14,65), chứng minh corticoid là yếu tố nguy cơ mạnh làm tăng khả năng loãng xương. Nhóm không tập có tỷ lệ loãng xương 22,7%, cao hơn đáng kể so với nhóm có tập thể dục thường xuyên (8,47%) ~ 3,17 lần, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu cho thấy tập thể dục thường xuyên có liên quan chặt chẽ với tình trạng mật độ xương. Nhóm có thói quen tập thể dục có tỷ lệ loãng xương thấp hơn rõ rệt so với nhóm không tập (Bảng 5).

Bảng 5. Mối liên quan giữa mật độ xương với yếu tố nguy cơ tiền sử gãy xương, sử dụng corticoid, và việc tập thể dục thường xuyên

Yếu tố nguy cơ		MĐX bình thường n (%)	MĐX giảm n (%)	Loãng xương n (%)	OR (95% CI)	p
Tiền sử gãy xương	Có	0 (0)	7 (43,75)	9 (56,25)	7,16 (2,47 - 20,81)	< 0,001
	Không	58 (31,52)	98 (53,26)	28 (15,22)		
Sử dụng corticoid	Có	1 (5,56)	8 (44,44)	9 (50)	5,51 (2,07 - 14,65)	< 0,001
	Không	57 (31,32)	97 (53,30)	28 (15,38)		
Tập thể dục thường xuyên	Có	38 (64,41)	16 (27,12)	5 (8,47)	0,315 (0,116 - 0,855)	< 0,001
	Không	20 (14,18)	89 (63,12)	32 (22,7)		

IV. BÀN LUẬN

Loãng xương và các yếu tố nguy cơ ở nam giới trên 50 tuổi

Tỷ lệ loãng xương ở nam giới trên 50 tuổi trong nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ loãng xương ở nam giới trên 50 tuổi tại Bệnh viện E là 18,5%, cao hơn một số nghiên cứu trước đây ở cộng đồng nhưng tương đương hoặc thấp hơn so với các nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân có bệnh lý kèm theo. Tỷ lệ giảm mật độ xương chiếm hơn một nửa số trường hợp 52,5% cho thấy nguy cơ loãng xương trong tương lai là đáng kể nếu không được can thiệp. Nghiên cứu cho thấy hơn 2/3 nam giới ≥ 50 tuổi đã giảm mật độ xương hoặc loãng xương tỷ lệ tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa năm (2024) cho tỷ lệ loãng xương là 17,2%, giảm mật độ xương 51,6%.⁴ Nghiên cứu tổng quan của Rinonapoli G. (2021 - Ý) trên nhiều quốc gia cũng cho thấy tỷ lệ loãng xương từ 6 – 20%, giảm mật độ xương từ 50 - 60%.⁸

Nhóm yếu tố nguy cơ liên quan đến loãng xương ở nam giới trên 50 tuổi

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi trên tổng số 200 nam giới được điều tra về lâm sàng

với độ tuổi trung bình $70,8 \pm 10,85$, trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất trong nhóm nghiên cứu là 92 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 50 tuổi, đối tượng trên 70 tuổi chiếm chủ yếu với (54%). Điều này phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới loãng xương tuổi già xuất hiện ở cả nam và nữ, thường trên 70 tuổi với tỉ lệ nữ so với nam là 2/1. Đây là hậu quả của sự mất xương từ từ trong nhiều năm. Bệnh nhân nam giới trên 70 tuổi có nguy cơ loãng xương cao hơn các nhóm tuổi khác trong nghiên cứu với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoa năm (2024), Nghiên cứu tại Hàn Quốc của Yoo J.E. & Park H.S (2018) cũng cho thấy nguy cơ tăng gấp 2,5 lần ở nhóm ≥ 70 so với 50 – 59 tuổi.^{4,6}

BMI: Nghiên cứu khẳng định BMI thấp là yếu tố nguy cơ của loãng xương ở nam giới. So với nhóm BMI bình thường, nguy cơ loãng xương của nhóm gầy tăng 10,69 lần (95%CI: 3,00 – 38,12; $p < 0,001$). Những bệnh nhân gầy có khối lượng xương đỉnh thấp hơn và ít chịu tải cơ học lên xương, do đó dễ mất xương hơn. Ngoài ra, BMI thấp thường đi kèm với tình trạng dinh dưỡng kém, đặc biệt là thiếu protein, canxi và vitamin D các thành phần thiết yếu cho quá trình khoáng hóa xương. Ở nam giới lớn tuổi, BMI thấp cũng có thể phản ánh tình trạng suy

giảm nội tiết, nhất là giảm nồng độ testosterone, góp phần làm tăng tốc độ mất xương. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy cân nặng và khối cơ nạc có vai trò bảo vệ đối với mật độ xương.

Yếu tố nguy cơ liên quan đến uống rượu và hút thuốc lá: Hút thuốc lá và uống rượu là những yếu tố lối sống có thể làm giảm chất lượng xương thông qua ảnh hưởng lên tạo cốt bào, giảm hấp thu calci và thay đổi nội tiết.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ loãng xương ở nhóm bệnh nhân có hút thuốc lá là 30,9%, cao hơn rõ rệt so với nhóm không hút thuốc lá (13,8%). Phân tích hai biến cho thấy hút thuốc lá làm tăng nguy cơ loãng xương với OR = 2,80 (95%CI: 1,33 – 5,87; p = 0,0012), chứng tỏ hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê đối với loãng xương ở nam giới \geq 50 tuổi. Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ loãng xương thông qua việc ức chế tạo xương, tăng hủy xương, giảm hấp thu canxi và làm suy giảm testosterone ở nam giới lớn tuổi. Trong khi đó tỷ lệ loãng xương ở nhóm có uống rượu là (19,6%) tương đương với nhóm không uống rượu (18,1%) khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Tập thể dục thường xuyên: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tập thể dục có vai trò bảo vệ rõ rệt đối với mật độ xương ở nam giới \geq 50 tuổi. Ở nhóm có tập thể dục, tỷ lệ mật độ xương bình thường là 64,4% và tỷ lệ loãng xương chỉ 8,5%, trong khi ở nhóm không tập thể dục các tỷ lệ tương ứng là 14,2% và 22,7%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001, phân tích OR cho thấy tập thể dục làm giảm nguy cơ loãng xương khoảng 68,5% (OR = 0,315; 95% CI: 0,116 – 0,855). Điều này chứng tỏ hoạt động thể lực thường xuyên có vai trò bảo vệ xương ở nam giới trên 50 tuổi. Việc duy trì hoạt động thể lực, đặc biệt là các hình thức tập luyện chịu lực và tăng sức cơ, cần được coi là một trong những biện pháp quan trọng trong dự phòng và

quản lý loãng xương ở nhóm tuổi này.

Tiền sử gãy xương: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử gãy xương có liên quan chặt chẽ với tình trạng mật độ xương ở nam giới \geq 50 tuổi. Ở nhóm có tiền sử gãy xương, không có trường hợp nào có mật độ xương bình thường, trong khi tỷ lệ loãng xương lên tới 56,3%. Ngược lại, ở nhóm không có tiền sử gãy xương, chỉ 15,2% bệnh nhân bị loãng xương. Phân tích Chi-square cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê rất cao với p < 0,001. Tiền sử gãy xương làm tăng nguy cơ loãng xương với OR = 7,16. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa (2024) kết quả cho thấy tiền sử gãy xương là yếu tố nguy cơ mạnh OR đối với loãng xương: 3,2 (95%CI: 1,9 – 5,4).⁴ Phân tích gộp của Kanis và cộng sự cho thấy tiền sử gãy xương làm tăng nguy cơ gãy xương mới khoảng 2 đến 4 lần so với người chưa từng gãy xương.⁷ Kết quả của chúng tôi củng cố bằng chứng rằng tiền sử gãy xương không chỉ là hậu quả của loãng xương mà còn là dấu hiệu cảnh báo một nhóm bệnh nhân có nguy cơ rất cao cần được tầm soát và điều trị tích cực.

Sử dụng corticoid thường xuyên: Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng corticoid là một trong những yếu tố nguy cơ mạnh nhất của loãng xương. Ở nhóm có sử dụng corticoid, tỷ lệ loãng xương lên tới 50,0%, trong khi ở nhóm không sử dụng chỉ là 15,4%. Phân tích Chi-square cho thấy sự khác biệt về phân bố ba mức mật độ xương (bình thường, giảm mật độ xương, loãng xương) giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê rất cao với bệnh nhân có sử dụng corticoid nguy cơ loãng xương cao gấp 5,51 lần so với bệnh nhân không sử dụng (OR = 5,51; 95% CI: 2,07 – 14,65; p < 0,001). Kết quả này phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh học của loãng xương do corticoid, bao gồm: ức chế hoạt động của tạo cốt bào, tăng hủy xương, giảm hấp thu canxi ở ruột, tăng thải canxi qua thận và ức chế

sản xuất testosterone. Do đó, sử dụng corticoid kéo dài là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng gây loãng xương ở nam giới lớn tuổi.

V. KẾT LUẬN

Trên 200 bệnh nhân nam ≥ 50 tuổi được đo mật độ xương bằng DEXA tại Bệnh viện E năm 2025, chúng tôi rút ra một số kết luận: Tỷ lệ loãng xương là 18,5%, giảm mật độ xương chiếm 52,5%. Như vậy, 71% người bệnh trong nghiên cứu có bất thường về mật độ xương, cho thấy loãng xương là vấn đề sức khỏe quan trọng ở nhóm tuổi này nhất là ở nhóm > 70 tuổi. Các yếu tố nguy cơ liên quan gồm BMI thấp, hút thuốc lá, ít vận động và sử dụng corticoid kéo dài, trong khi tuổi cao và tiền sử gãy xương là những yếu tố không thay đổi được. Do đó, cần tăng cường tầm soát loãng xương định kỳ cho nam giới trên 50 tuổi, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao. Kết hợp với các biện pháp thay đổi lối sống như duy trì cân nặng hợp lý, bỏ thuốc lá, tập thể dục thường xuyên để cải thiện sức khỏe xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Minh. Đặc điểm loãng xương ở người cao tuổi. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*.

2018;22(Suppl 4):123-129.

2. Đinh Thị Việt. Khảo sát tình trạng loãng xương ở nam giới tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp Bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2016;20(6).

3. Lê Thị Ngọc Kiều. Đặc điểm loãng xương ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2024;(77):184-190.

4. Nguyễn Thị Hoa. Xác định các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;535(1).

5. Izumotani K, Hagiwara S, Izumotani T, et al. Risk factors for osteoporosis in men. *J Bone Miner Metab*. 2003;21(2):86-90.

6. Yoo JE, Park HS. Prevalence and associated risk factors for osteoporosis in Korean men. *Arch Osteoporos*. 2018;13(1):88.

7. Kanis JA, Johnell O, Oden A, et al. A meta-analysis of previous fracture and subsequent fracture risk. *Osteoporos Int*. 2004;15(3):175-82.

8. Vilaca T, Eastell R, Schini M. Osteoporosis in men. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022 Apr;10(4):273-283.doi: 10.1016/S2213-8587(22)00012-2. Epub 2022 Mar 2. PMID: 35247315.

Summary

PREVALENCE OF OSTEOPOROSIS IN ELDERLY MEN AND ASSOCIATED RISK FACTORS

This study aimed to describe the prevalence of osteoporosis and to analyze risk factors associated with osteoporosis in men aged 50 years and older who underwent bone mineral density (BMD) measurement using dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) at E Hospital in 2025. A cross-sectional descriptive study was conducted on a convenient sample of 200 male patients aged \geq 50 years who attended the Musculoskeletal Department and had BMD measured at the lumbar spine and femoral neck using DEXA between January and October 2025. Risk factors assessed included age, body mass index (BMI), occupation, living area, smoking, alcohol consumption, history of fractures, physical exercise and long-term corticosteroid use. Data were analyzed using SPSS 23.0. The prevalence of osteoporosis in the study population was 18.5%, while osteopenia accounted for 52.5%. Osteoporosis was more common in patients aged \geq 70 years old. Low BMI, smoking, previous fractures, lack of regular exercise and prolonged corticosteroid use were significantly associated with an increased risk of osteoporosis. Osteoporosis in men over 50 years of age is relatively common and is influenced by several modifiable risk factors. Screening, lifestyle modification and preventive strategies should be strengthened in this population.

Keywords: Osteoporosis, men, bone mineral density, DEXA, risk factors.