

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC ĐỘ LOÃNG XƯƠNG VÀ THỂ LÂM SÀNG Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG NGUYÊN PHÁT

Phạm Thu Trang¹, Trần Minh Huệ¹, Vũ Minh Phụng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa mức độ loãng xương theo chỉ số T-score và thể lâm sàng y học cổ truyền trên bệnh nhân loãng xương nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2023 trên 154 người bệnh được chẩn đoán loãng xương bằng đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA 2 vị trí tại cổ xương đùi và cột sống thắt lưng. **Kết quả:** Thể Can Thận âm hư chiếm tỉ lệ cao nhất với 31,82%. Phân tích đơn biến cho thấy thể Thận dương hư có nguy cơ giảm mật độ xương nặng tại cột sống thắt lưng ($T\text{-score} \leq -3,0$) cao hơn 6,552 lần (95%CI: 1,922 – 22,331, $p < 0,05$) và tại cổ xương đùi cao hơn 4,500 lần (95%CI: 1,411 – 14,348; $p < 0,05$) so với nhóm không thuộc thể bệnh này. Các thể lâm sàng y học cổ truyền khác chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tình trạng suy giảm chức năng tạng Thận thể Thận dương hư có liên quan đến mức độ loãng xương nguyên phát. Tuy nhiên, cỡ mẫu của nhóm Thận dương hư trong nghiên cứu còn nhỏ, có thể ảnh hưởng đến độ tin cậy và khả năng khái quát của kết quả. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế chặt chẽ hơn là cần thiết để xác nhận mối liên quan này.

Từ khóa: Loãng xương, T-score, Y học cổ truyền.

Chữ viết tắt:

YHCT: Y học cổ truyền

DEXA: Dual Energy X-ray Absorptionmetry – Hấp thụ tia X năng lượng kép

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN OSTEOPOROSIS SEVERITY AND TRADITIONAL MEDICINE SYNDROMES IN PRIMARY OSTEOPOROSIS PATIENTS

Objective: To investigate the relationship between the T-score and traditional medicine clinical patterns in patients with primary osteoporosis. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from December 2022 to October 2023 on 154 patients diagnosed with osteoporosis by dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) at two sites: the femoral neck and lumbar spine. **Results:** The Kidney–Liver Yin deficiency pattern accounted for the highest proportion, at 31.82%. Univariate analysis showed that patients with the Kidney Yang deficiency pattern had a significantly higher risk of severe bone mineral density reduction at the lumbar spine ($T\text{-score} \leq -3.0$), with an odds ratio (OR) of 6.552 (95% CI: 1.922–22.331; $p < 0.05$), and at the femoral neck, with an OR of 4.500 (95% CI: 1.411–

1. Đại học Phenikaa

Tác giả liên hệ: Vũ Minh Phụng

Email: phung.vuminh@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.11.2025

Ngày phản biện: 29.11.2025

Ngày đăng bài: 30/12/2025



14.348; $p < 0.05$), compared with those not classified as this pattern. No statistically significant associations were observed for the other traditional medicine clinical patterns ($p > 0.05$). **Conclusion:** There is a significant association between impaired Kidney function manifested as the Kidney-Yang deficiency pattern and the severity of primary osteoporosis. However, the sample size of patients with the Kidney-Yang deficiency pattern in this study was relatively small, which may affect the reliability and generalizability of the findings. Further studies with larger sample sizes and more rigorous study designs are warranted to confirm this association.

Keywords: Osteoporosis, T-score, Traditional Medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh lý rối loạn chuyển hóa của mô xương, đặc trưng bởi sự giảm khối lượng và suy yếu cấu trúc vi mô của xương, dẫn đến tăng nguy cơ gãy xương.¹ Trong đó, loãng xương nguyên phát là dạng phổ biến nhất, phát triển do lão hóa hoặc mất khoáng xương liên quan đến mãn kinh. Trong loãng xương nguyên phát, mật độ khoáng xương giảm theo tuổi tác. Loãng xương nguyên phát có thể được chia thành loãng xương sau mãn kinh và loãng xương tuổi già.² Trên Thế giới có hơn 200 triệu người mắc bệnh loãng xương và tỉ lệ mắc bệnh tăng theo tuổi tác. Trong đó có hơn 70% người trên 80 tuổi bị ảnh hưởng. Bệnh phổ biến ở nữ giới hơn nam giới.³ Nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam trên 1421 nữ giới và 652 nam giới từ 50 tuổi trở lên cho thấy tỉ lệ loãng xương ở nữ giới

là 27% và nam giới là 13%.⁴ Loãng xương không chỉ gây đau mạn tính, biến dạng cột sống, giảm khả năng vận động mà còn làm tăng tỷ lệ tử vong và giảm chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), loãng xương được xác định khi chỉ số T-score $\leq -2,5$ đo bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA).⁵ Chỉ số T-score không chỉ phản ánh mức độ mất xương mà còn có giá trị dự báo nguy cơ gãy xương, đánh giá tiến triển bệnh và hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân có cùng mức T-score nhưng biểu hiện triệu chứng lâm sàng khác nhau, cho thấy có thể tồn tại sự khác biệt về cơ địa và thể bệnh.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), loãng xương thuộc phạm vi chứng “Cốt tủy”, “Cốt nuy” hay “Yêu thống”, có liên quan mật thiết đến chức năng của tạng Thận, Tỳ và Can.⁶ Bệnh sinh chủ yếu do Thận tinh bất túc, Thận âm dương lưỡng hư, hoặc Can thận âm hư, dẫn đến tinh huyết suy giảm, cân cốt mất nuôi dưỡng. Ngoài ra, Tỳ khí hư và khí huyết ứ trệ cũng được xem là các thể bệnh thường gặp, góp phần làm suy yếu cấu trúc xương và gây đau nhức kéo dài.^{6,7} Việc phân loại đúng thể bệnh theo YHCT có ý nghĩa quan trọng trong biện chứng luận trị, giúp lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp và nâng cao hiệu quả phục hồi cho người bệnh.

Trong bối cảnh đó, việc khảo sát mối liên quan giữa mức độ loãng xương thông qua chỉ số T-score và thể lâm sàng theo YHCT có ý nghĩa quan trọng trong việc hiểu rõ hơn bản chất bệnh lý theo quan điểm YHCT và y học hiện đại kết hợp, hướng tới cá thể hóa điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu “**Khảo sát**

mối liên quan giữa mức độ loãng xương và thể lâm sàng Y học cổ truyền ở bệnh nhân loãng xương nguyên phát”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh từ 50 – 90 tuổi được chẩn đoán xác định loãng xương nguyên phát theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO với kết quả đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA 2 vị trí có chỉ số T – Score $\leq - 2,5$.

- Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu. Có khả năng hợp tác trong phỏng vấn, thăm khám và được chẩn đoán thể bệnh theo y học cổ truyền.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không có khả năng trả lời phỏng vấn, rối loạn tâm thần, rối loạn trí nhớ.

- Người bệnh mắc bệnh loãng xương thứ phát do cường cận giáp, cường giáp, hội chứng cushing, hội chứng kém hấp thu, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, đã hoặc đang dùng glucocorticoid $\geq 5\text{mg}$ trong thời gian ≥ 3 tháng, bất động sau phẫu thuật, đang dùng thuốc chống đông kinh, thuốc chống đông, thuốc điều trị đái tháo đường.

- Phụ nữ bị cắt bỏ tử cung, buồng trứng sớm.

- Người bệnh mắc các bệnh cấp tính hoặc ác tính như suy tim, suy gan, suy thận, ung thư, HIV.

- Người bệnh đã được đặt dụng cụ kết hợp xương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỉ lệ trong quần thể

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị phân bố chuẩn, với mức ý nghĩa thống kê 5%

+ Theo Lê Hoàng Văn Hải (2017), tỉ lệ bệnh nhân loãng xương được chẩn đoán là 42,3%, do đó chọn $p = 0,423$; $d = 8\%$ là sai số chấp nhận. Thay vào công thức trên, ta có $n \approx 147$. Vậy tối thiểu cỡ mẫu cần làm là 147 người bệnh. Trên thực tế nghiên cứu sẽ lấy dư thêm 5% là 154 người bệnh do có thể có người bệnh bỏ cuộc trong quá trình nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 12/2022 – 10/2023

- Địa điểm: Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông

Quy trình nghiên cứu

+ Bước 1: Tiến hành lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu.

+ Bước 2: Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu để điều tra, thu thập thông tin theo bộ câu hỏi phỏng vấn.

+ Bước 3: Phân tích kết quả.

+ Bước 4: Bàn luận và kết luận.

Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới

- Thể lâm sàng y học cổ truyền: Thận tinh bất túc, Thận dương hư, Thận âm hư, Can thận âm hư, Tỳ khí hư, khí trệ huyết ứ.

- Mật độ xương đo tại hai vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi biểu diễn bằng chỉ số T-score.

**Bảng 2.1. Các thể lâm sàng bệnh loãng xương theo y học cổ truyền**

Thể lâm sàng	Chứng trạng
Thận tinh bất túc	Người gầy yếu, tóc bạc, tóc rụng, đau mỏi vùng lưng, răng lung lay, ù tai, nghe kém, hay quên, tiểu đêm. Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi ít hoặc không rêu. Mạch vi nhược.
Thận dương hư	Tóc bạc, tóc rụng, thất lưng lạnh đau, sợ lạnh, ù tai, nghe kém, răng lung lay, đại tiện lỏng nát, ngủ canh tá, tiểu đêm, chân tay lạnh. Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng. Mạch trầm tế.
Thận âm hư	Người gầy khô, gò má đỏ, tóc bạc, tóc rụng, đau mỏi lưng gối, răng lung lay, ù tai nghe kém, mất ngủ, ngũ tâm phiền nhiệt, đạo hãn, cốt chùng, miệng họng khô khát, hay quên, tiểu vàng ít, tiểu đêm, táo bón. Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít hoặc không rêu. Mạch trầm, tế, sác
Can thận âm hư	Gò má đỏ, tóc bạc, tóc rụng, đau mỏi vùng lưng và tứ chi, chóng mặt, ù tai nghe kém, mắt mờ, miệng họng khô khát, ngũ tâm phiền nhiệt, cốt chùng, đạo hãn, răng lung lay, đau tức mạn sườn, tính chí uất ức, dễ cáu giận, tiểu đêm, tiểu vàng ít, táo bón. Chất lưỡi đỏ, rêu ít hoặc không rêu. Mạch trầm tế sác.
Tỳ khí hư	Sắc mặt kém nhuận, người béo bệu, tiếng nói nhỏ, hụt hơi, ngại nói, tứ chi mỏi tê, chân tay mệt không có sức, hoa mắt chóng mặt, miệng nhạt, ăn kém, bụng đầy chướng, đại tiện lỏng nát. Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch hoãn nhược.
Khí trệ huyết ứ	Người gầy, sắc mặt xanh tím, đau vùng lưng cự án (đau chói, đau cố định). Chất lưỡi tím hoặc có điểm ứ huyết, rêu lưỡi trắng. Mạch sáp

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Tính các giá trị tỉ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình, độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Sử dụng các thuật toán: So sánh các giá trị trung bình dùng ANOVA test. Sau khi kiểm định ANOVA cho kết quả khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, thực hiện phân tích hậu kiểm bằng Tukey HSD để xác định cặp nhóm khác biệt.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông. Tất cả người bệnh đều được giải thích đầy đủ mục đích, nội dung nghiên cứu và tự nguyện ký cam kết tham gia. Thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của người bệnh loãng xương nguyên phát

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n=154)

Tuổi	Nam		Nữ	
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
50 – 59 tuổi	3	23,08	15	10,64
60 – 69 tuổi	5	38,46	49	34,75
70 – 79 tuổi	4	30,77	54	38,30
80 – 90 tuổi	1	7,69	23	16,31
Tổng	13	100	141	100
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	68,38 ± 9,38		70,91 ± 8,57	
Tuổi trung bình chung ($\bar{X} \pm SD$)	70,70 ± 8,64			

Nhận xét: Tỉ lệ nữ/nam là 10,85/1. Nhóm tuổi 60–69 tuổi và 70–79 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả hai giới. Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 70,70 $\pm$ 8,64 tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thể lâm sàng y học cổ truyền (n = 154)

Thể lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thận tinh bất túc	27	17,53
Thận dương hư	12	7,79
Thận âm hư	30	19,48
Can thận âm hư	49	31,82
Tỳ khí hư	25	16,23
Khí trệ huyết ứ	11	7,15
Tổng	154	100

Nhận xét: Thể Can Thận âm hư chiếm tỉ lệ cao nhất với 31,82%, thể Thận âm hư có tỉ lệ là 19,48% và thể Thận tinh bất túc là 17,53%.

3.2. Mối liên quan giữa mức độ loãng xương và thể lâm sàng y học cổ truyền

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa chỉ số T-score tại cột sống thắt lưng và thể lâm sàng y học cổ truyền (n = 154)

Mật độ xương		T-score cột sống thắt lưng		OR (95%CI)	p
Thể bệnh		> - 3,0 (n,%)	≤ - 3,0(n,%)		
Thận tinh bất túc	Có	22 (14,2)	5 (3,2)	0,842 (0,292 – 2,430)	> 0,05
	Không	100 (64,9)	27 (17,7)		
Thận dương hư	Có	5 (3,2)	7 (4,5)	6,552 (1,922 – 22,331)	< 0,05
	Không	117 (76,0)	25 (16,3)		
Thận âm hư	Có	24 (15,6)	6 (3,9)	0,942 (0,349 – 2,545)	> 0,05
	Không	98 (63,6)	26 (16,9)		
Can thận âm hư	Có	35 (22,7)	14 (9,1)	1,048 (0,494 – 2,226)	> 0,05
	Không	87 (56,5)	18 (11,7)		
Tỳ khí hư	Có	19 (12,3)	6 (3,9)	1,251 (0,454 – 3,447)	> 0,05
	Không	103 (66,9)	26 (16,9)		
Khí trệ huyết ứ	Có	6 (3,9)	5 (3,2)	3,580 (1,017 – 12,603)	> 0,05
	Không	116 (75,3)	27 (17,6)		



Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy thể Thận dương hư có mối liên quan có ý nghĩa thống kê có với tình trạng loãng xương nặng tại cột sống thắt lưng (T-score $\leq -3,0$), với OR = 6,552 (95% CI: 1,922–22,331; $p < 0,05$). Các thể lâm sàng y học cổ truyền khác chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa chỉ số T-score tại cổ xương đùi và thể lâm sàng y học cổ truyền (n = 154)

Thể bệnh \ Mật độ xương		T-score cột sống thắt lưng		OR (95%CI)	p
		> - 3,0 (n,%)	≤ - 3,0(n,%)		
Thận tinh bất túc	Có	25 (16,2)	2 (1,3)	0,343 (0,076 – 1,550)	> 0,05
	Không	103 (66,9)	24 (15,6)		
Thận dương hư	Có	8 (5,2)	6 (3,9%)	4,500 (1,411 – 14,348)	< 0,05
	Không	120 (77,9)	20 (13,0)		
Thận âm hư	Có	24 (15,6)	6 (3,9)	1,300 (0,471 – 3,586)	> 0,05
	Không	104 (67,5)	20 (13,0)		
Can thận âm hư	Có	40 (26,0)	9 (5,8)	1,165 (0,478 – 2,837)	> 0,05
	Không	88 (57,1)	17 (11,0)		
Tỳ khí hư	Có	23 (14,9)	2 (1,3)	0,380 (0,084 – 1,725)	> 0,05
	Không	105 (68,2)	24 (15,6)		
Khí trệ huyết ứ	Có	8 (5,2)	3 (1,9)	1,957 (0,483 – 7,933)	> 0,05
	Không	120 (77,9)	23 (15,0)		

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy thể Thận dương hư có mối liên quan có ý nghĩa thống kê có với tình trạng loãng xương nặng tại cổ xương đùi (T-score $\leq -3,0$), với OR = 4,500 (95%CI: 1,411 – 14,348; $p < 0,05$). Các thể lâm sàng y học cổ truyền khác chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của người bệnh loãng xương nguyên phát

- **Đặc điểm về tuổi và giới:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh chủ yếu là nữ giới với tỉ lệ nữ/nam là 10,85/1. Với độ tuổi trung bình là $70,91 \pm 8,57$ tuổi, là nhóm tuổi sau mãn kinh. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của loãng xương đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ loãng xương cao hơn nam giới do sự thiếu hụt estrogen làm tăng hoạt động của tế bào hủy xương và giảm tạo xương dẫn tới giảm mật độ khoáng xương.⁸

- **Đặc điểm phân bố thể bệnh suy giảm chức năng tạng Thận:** Trong các thể bệnh được khảo sát, thể Can Thận âm hư chiếm tỉ lệ cao nhất (31,82%), tiếp đến là thể Thận âm hư (19,48%), và thể Thận tinh bất túc chiếm tỉ lệ 17,53%. Điều này phản ánh đúng quan điểm Thận là nguồn gốc của tinh, tinh sinh tủy, tủy dưỡng cốt, khi Thận hư thì tủy kém sinh, xương trở nên giòn, yếu, gây ra chứng “Cốt nuy”. Đồng thời, Can tàng huyết,

chủ cân, có quan hệ tương sinh với thận theo nguyên lý “Thận thủy sinh Can mộc”. Khi thận âm hư mất tư dưỡng cho Can âm, hoặc Thận tinh suy tổn, đều dẫn đến giảm khả năng nuôi dưỡng cân cốt, biểu hiện lâm sàng là đau mỏi, yếu sức, vận động khó khăn, các biểu hiện thường gặp ở người bệnh loãng xương.^{6,7} Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Oanh (2012), người bệnh nữ chiếm tỉ lệ cao hơn nam và thể Can Thận âm hư chiếm tỉ lệ cao nhất (63,49%).⁹

4.2. Môi liên quan giữa mức độ loãng xương và thể lâm sàng y học cổ truyền

Để bảo đảm phản ánh đúng mức độ giảm mật độ xương trên lâm sàng, nghiên cứu lựa chọn phân chia T-score thành hai mức $\leq -3,0$ và $> -3,0$. Ngưỡng này có ý nghĩa thực hành cao do liên quan mật thiết đến nguy cơ gãy xương và được sử dụng phổ biến trong các nghiên cứu dịch tễ học nhằm nhận diện nhóm bệnh nhân có mức độ tổn thương xương nghiêm trọng. Việc phân chia này giúp làm rõ sự khác biệt về mức độ giảm mật độ xương giữa các thể bệnh theo YHCT, đồng thời tăng độ nhạy trong đánh giá môi liên quan giữa thể bệnh và mức độ loãng xương.¹⁰ Theo kết quả nghiên cứu tại bảng 3.3 và 3.4 cho thấy giá trị T-score trung bình tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi của các thể bệnh loãng xương theo YHCT có sự khác biệt rõ rệt. Trong đó, người bệnh loãng xương nguyên phát thuộc thể Thận dương hư có nguy cơ giảm mật độ xương nặng tại cột sống thắt lưng (T-score $\leq -3,0$) cao hơn 6,552 lần (95% CI: 1,922 – 22,331, $p < 0,05$) và tại cổ xương đùi cao hơn 4,500 lần (95% CI: 1,864 – 29,284, $p < 0,05$) so với nhóm

không thuộc thể bệnh này. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Phương Anh (2021), khi tác giả cũng ghi nhận thể Thận dương hư có mật độ xương giảm mạnh nhất trong các thể YHCT của loãng xương, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi.¹¹ Theo lý luận YHCT, Thận dương hư, mệnh môn hỏa suy, tinh sinh tủy đình trệ, tủy bất dưỡng cốt, dẫn đến cốt tủy rỗng, xương yếu, biểu hiện bằng T-score giảm rõ rệt. Dương khí vốn có vai trò ôn dưỡng, vận hóa nên nếu suy yếu sẽ làm khí hóa thất thường, cơ thể không hấp thu và chuyển hóa được tinh vi của thủy cốc, sinh hàn, mỏi gối, đại tiện lỏng, toàn thân suy nhược. Do đó mức độ giảm T-score ở nhóm Thận dương hư không chỉ phản ánh tình trạng mất xương mà còn biểu thị rối loạn toàn thân về chuyển hóa khí huyết, âm dương. Tuy nhiên, cỡ mẫu của nhóm Thận dương hư còn nhỏ ($n = 12$), có thể ảnh hưởng đến độ tin cậy và khả năng khái quát của kết quả. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế chặt chẽ hơn là cần thiết để xác nhận môi liên quan này.

Trong khi đó các thể còn lại như Thận âm hư, Can thận âm hư, Tỳ khí hư, Thận tinh bất túc và Khí trệ huyết ứ chưa ghi nhận môi liên quan có ý nghĩa thống kê về mức độ giảm mật độ xương giữa nhóm T-score $\leq -3,0$ và T-score $> -3,0$ với $p > 0,05$. Những thể lâm sàng này biểu hiện suy giảm cấu trúc xương ở mức độ nhẹ đến vừa. Thể khí trệ huyết ứ ảnh hưởng chủ yếu thiên về rối loạn vi tuần hoàn, ảnh hưởng gián tiếp đến quá trình tái cấu trúc xương nhưng không phải yếu tố chính gây giảm mật độ xương. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu tổng quan gần đây về pháp “bổ thận, hoạt huyết” trong điều trị loãng xương, cho thấy cải thiện



mật độ xương ở nhóm Thận hư rõ hơn so với nhóm khí huyết hư hoặc khí trệ huyết ứ.¹²

Như vậy, mối liên hệ giữa chỉ số T-score và thể lâm sàng YHCT không chỉ có ý nghĩa trong giải thích cơ chế bệnh sinh, mà còn có giá trị thực tiễn trong định hướng điều trị. Ở bệnh nhân loãng xương có T-score rất thấp ($\leq -3,0$), việc nhận diện sớm hội chứng Thận dương hư có thể giúp lựa chọn pháp điều trị ôn dương, bổ thận, hoạt huyết, thư cân, kết hợp với phương pháp điều trị của y học hiện đại như sử dụng các nhóm thuốc bisphosphonate, vitamin D, canxi nhằm phục hồi đồng thời chức năng chuyển hóa và cấu trúc xương.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 154 bệnh nhân tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông cho thấy người bệnh loãng xương nguyên phát thuộc thể Thận dương hư có nguy cơ giảm mật độ xương nặng tại cột sống thắt lưng (T-score $\leq -3,0$) cao hơn 6,552 lần (95%CI: 1,922 – 22,331, $p < 0,05$) và tại cổ xương đùi cao hơn 4,500 lần (95%CI: 1,411 – 14,348; $p < 0,05$) so với nhóm không thuộc thể bệnh này. Điều này gợi ý rằng tình trạng suy giảm chức năng tạng Thận, đặc biệt là Thận dương, có thể liên quan đến mức độ loãng xương nguyên phát. Tuy nhiên, cỡ mẫu của nhóm Thận dương hư còn nhỏ, có thể ảnh hưởng đến độ tin cậy và khả năng khái quát của kết quả. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế chặt chẽ hơn là cần thiết để xác nhận mối liên quan này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Föger-Samwald U, Dovjak P, Azizi-Semrad U, Kersch-Schindl K, Pietschmann P. Osteoporosis: Pathophysiology and therapeutic options. *EXCLI J*. 2020;19:1017. doi:10.17179/excli2020-2591

2. Amarnath SS, Kumar V, Das SL. Classification of Osteoporosis. *Indian J Orthop*. 2023;57(Suppl 1):49-54. doi:10.1007/s43465-023-01058-3

3. Porter JL, Varacallo MA. *Osteoporosis*. StatPearls Publishing; 2023. Accessed November 13, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441901/>

4. Hoang DK, Doan MC, Mai LD, Ho-Le TP, Ho-Pham LT. Burden of osteoporosis in Vietnam: An analysis of population risk. *PLoS ONE*. 2021;16(6):e0252592. doi:10.1371/journal.pone.0252592

5. Bộ Y Tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*. Nhà xuất bản Y học; 2016.

6. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội. *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2017.

7. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội. *Lý luận y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2015.

8. Charde SH, Joshi A, Raut J. A Comprehensive Review on Postmenopausal Osteoporosis in Women. *Cureus*. 15(11):e48582. doi:10.7759/cureus.48582

9. Nguyễn Thị Kiều Oanh. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và bước đầu đánh giá tác dụng của bài thuốc “Lục vị Quy Thược” trên bệnh nhân loãng xương/thiếu xương thể Can Thận âm hư*. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2012.

10. Wang H, Tao L, Liu D, Yan X, Li H, Song C. Timing optimization of teriparatide dosing for postmenopausal osteoporosis: a randomized controlled trial. *J Orthop Surg*. 2025;20(1):669. doi:10.1186/s13018-025-06083-6

11. Nguyễn Phương Anh. *Khảo sát thể bệnh y học cổ truyền và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân loãng xương nguyên phát tại bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên*. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2021.

12. Luo J, Jiang P, Xu L. The Impact of Traditional Chinese Medicine Kidney-Tonifying Methods on Osteoporosis or Bone Loss in HR+ Breast Cancer Patients Following Endocrine Therapy. *J Clin Densitom Off J Int Soc Clin Densitom*. 2025;28(1):101558. doi:10.1016/j.jocd.2024.101558