máu cao hơn nhóm có BMI bình thường (5).

Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có HbA1c > 7,0 cao hơn đáng kể so với nhóm có HbA1c < 7,0, kiểm soát đường huyết kém liên quan mật thiết đến tình trạng rối loạn lipid máu. nghiên cứu khác của Jones và cộng sự (2017) cũng nhấn mạnh rằng việc duy trì HbA1c dưới ngưỡng 7,0% không chỉ cải thiện kiểm soát đường huyết mà còn giúp giảm nguy cơ rối loạn lipid máu (7).Các chỉ số như TC, TG, đều có mối tương quan đồng biến với glucose máu lúc đói và HbA1c. Nghiên cứu của SC Thambial và cộng sự (2016) trên 214 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 đã tìm thấy mối tương quan đáng kể giữa glucose máu lúc đói và HbA1c với cholesterol toàn phần (TC), triglycerid (TG), tuy nhiên mối tương quan của HbA1c lớn hơn so với glucose máu lúc đói với các chỉ số lipid máu (8).

## V. KẾT LUẬN

Rối loạn lipid máu trên người bệnh ĐTĐ type 2 có liên quan đến BMI. Xét nghiệm HbAlc có thể được sử dụng như một dấu ấn sinh học trong dự đoán rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 vì vậy theo dõi xét nghiệm HbA1c và sử dụng một cách hợp lý có thể kiểm soát glucose một cách hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Stumvoll M., Goldstein B.J., van Haeften T.W.** Type 2 diabetes: Principles of pathogenesis and therapy. Lancet. 2005;365:1333–1346. doi: 10.1016/S0140-6736(05)61032-X.
2. **Phạm Hữu Tiến.** Nghiên cứu tỉ lệ và yếu tố liên quan tiền đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áptại bệnh việnquận bình thạnh năm 2022. tạp chí học việt namtập 515 -tháng 6-số2. 2022;
3. **Nguyễn Thu Thủy.** Nhận xét tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có tăng huyết áp tại khoa khám bệnh bệnh viện Bạch Mai. [Luận văn thạc sỹ y học]: Trường Đại Học Y Hà Nội; 2015.
4. **Nguyễn Thị Hồng Loan** (2019); "Đánh giá thực trạng kiểm soát glucose máu và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Tuệ Tĩnh". Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Thúy Hằng** (2010), "Nghiên cứu rối loạn lipid máu và tình hình kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện". Luận văn thạc sỹ y học.
6. **Nguyễn Văn Tuyển** (2017), Thực trạng kiểm soát đường huyết và các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Gang thép Thái Nguyên. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Jones et al.** (2017). Impact of Glycemic Control on Lipid Profiles in Type 2 Diabetes Patients. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 11(2), 105-110.
8. **Thambiah SC, Samsudin IN, George E, Zahari Sham SY, Lee HM, Muhamad MA, et al.** Relationship between dyslipidaemia and glycaemic status in patients with Type 2 diabetes mellitus. Malays J Pathol. 2016 Aug;38(2):123–30.


# ÁP DỤNG MÔ HÌNH FRAX ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ GÃY XƯƠNG DO LOÃNG XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM CƠ TỰ MIỄN

**Trần Thị Hồng[1], Nguyễn Thị Phương Thủy[1,2]**


## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát mật độ xương và nhận xét nguy cơ gãy xương do loãng xương ở bệnh nhân viêm cơ tự miễn bằng mô hình FRAX. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích. Nghiên cứu gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cơ tự miễn theo tiêu chuẩn Tanimoto và cộng sự 1995 tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2023 đến tháng 6/2024. **Kết quả và kết luận:** Mật độ xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi của nhóm bệnh nhân viêm cơ tự miễn trong nghiên cứu lần lượt là 0,729 ± 0,165 g/cm² và 0,62 ± 0,149 g/cm². Tỷ lệ loãng xương ở nhóm nghiên cứu là 47,6%, giảm mật độ xương là 40,5. Tuổi càng cao, cơ lực yếu, thời gian mắc bệnh viêm cơ tự miễn càng dài, nguy cơ loãng xương càng cao. Sử dụng corticoid kéo dài trong điều trị viêm cơ tự miễn là yếu tố nguy cơ gây loãng xương ở bệnh nhân viêm cơ tự miễn. Trong nhóm giảm mật độ xương theo DEXA ở đối tượng nghiên cứu có 21,4% (3/14 bệnh nhân) có nguy cơ gãy xương trong 10 năm tới cần điều trị loãng xương.


***Từ khóa:*** Mật độ xương, viêm cơ tự miễn, FRAX.


[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy
Email: phuongthuybm@yahoo.com


Ngày nhận bài: 19.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024
Ngày duyệt bài: 28.11.2024



## SUMMARY

### APPLYING THE FRAX TO ASESS THE FRACTURE RISK OF OSTEOPOROSISNIN PATIENTS WITH IDIOPATHIC INFLAMMATORY MYOPATHY

**Objective:** To investigate bone density in patients with autoimmune myositis and evaluate the risk of osteoporotic fractures using the FRAX model. **Study Method:** Cross-sectional descriptive analysis.

The study involved 42 patients diagnosed with autoimmune myositis according to the criteria of Tanimoto et al., 1995, at Bach Mai Hospital's Orthopedics and Joint Center from September 2023 to June 2024. **Results and Conclusion:** Bone density at the lumbar spine and femoral neck in the autoimmune myositis patient group was 0.729 ± 0.165 g/cm² and 0.62 ± 0.149 g/cm², respectively. Osteoporosis prevalence in the study group was 47.6%, with 40.5% having decreased bone density and 11.9% having normal bone density. Older age, weaker muscle strength, and longer duration of autoimmune myositis were associated with higher osteoporosis risk. Prolonged corticosteroid use in treating autoimmune myositis was identified as a risk factor for osteoporosis in these patients. Among the subset of study participants with decreased bone density by DEXA, 21.4% (3/14 patients) were at risk of fractures within the next 10 years and require osteoporosis treatment. ***Keywords:*** Bone density, autoimmune myositis, FRAX.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (LX) là một tình trạng bệnh lý của hệ thống xương được đặc trưng bởi sự giảm khối xương, gây tổn hại đến vi cấu trúc của tổ chức xương, giảm độ chắc của xương dẫn đến tăng nguy cơ gãy xương. Hiện nay ước tính tỉ lệ LX ở các nước trên thế giới vào khoảng 20-25% dân số, trong khi đó tỉ lệ LX ở phụ nữ và nam giới trên 50 tuổi tại Việt Nam tương ứng là 29% và 10 %[1]. Như vậy, LX cũng là một trong các bệnh lý không lây nhiễm quan trọng thường gặp trên lâm sàng, tăng nguy cơ gãy xương, gây tàn phế nặng nề, làm gia tăng nguy cơ tử vong, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và cũng gây gánh nặng lớn cho bệnh nhân, gia đình, hệ thống y tế và xã hội. Loãng xương chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như: Tuổi, giới tính, chế độ ăn uống sinh hoạt, tiền sử gia đình, một số thuốc, bệnh mạn tính,... đặc biệt là nhóm bệnh tự miễn trong đó có viêm cơ tự miễn.

Nhóm bệnh tự miễn có diễn biến quá trình viêm mạn tính kéo dài liên tục với sự hiện diện của các cytokine tiền viêm và các yếu tố gây viêm làm tăng quá trình mất xương và loãng xương. Trong viêm cơ tự miễn, việc gia tăng các cytokine tiền viêm như TNFα, IL-1, IL-6 làm tăng hoạt động của các hủy cốt bào và ức chế các tạo cốt bào dẫn đến tình trạng mất xương và loãng xương. Quá trình điều trị bệnh viêm cơ tự miễn kéo dài với thuốc glucocorticoid đường toàn thân cũng làm tăng nguy cơ loãng xương, từ đó hậu quả tất yếu là gãy xương do loãng xương nếu bệnh nhân không được phát hiện sớm LX và điều trị kịp thời. Trên lâm sàng, viêm cơ tự miễn gồm 2 thể bệnh hay gặp nhất gồm viêm da cơ và viêm đa cơ, được đặc trưng bởi tổn thương viêm chính ở cơ và da. Bệnh được điều trị chủ yếu bằng các thuốc ức chế miễn dịch và glucocorticoid đường toàn thân, trong đó glucocorticoid là thuốc điều trị nền tảng và cũng là nhóm thuốc được lựa chọn điều trị đầu tiên để kiểm soát quá trình viêm ở cơ và toàn thân. Nếu trên bệnh nhân viêm cơ tự miễn có sự kết hợp của mật độ xương thấp, loãng xương và yếu cơ, đặc biệt là yếu cơ 2 chi dưới thì nguy cơ biến chứng gãy xương do té ngã sẽ rất lớn.

Việc đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) để phát hiện sớm tình trạng loãng xương và các yếu tố nguy cơ gây gãy xương do loãng xương là một trong những phương pháp tốt nhất hiện nay, nhưng tốn kém và không dễ dàng thực hiện ở mọi cơ sở y tế. Hiện nay, với sự phát triển của mô hình đánh giá nguy cơ gãy xương do loãng xương FRAX (Fracture risk assessment tools) của Tổ chức y tế Thế giới (WHO), các bác sỹ lâm sàng có thể dễ dàng xác định được những người có nguy cơ cao bị gãy xương do LX. Vì vậy để có thể phát hiện và điều trị dự phòng sớm nguy cơ gãy xương do loãng xương ở những bệnh nhân viêm cơ tự miễn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát mật độ xương và nhận xét nguy cơ gãy xương do loãng xương ở bệnh nhân viêm cơ tự miễn bằng mô hình FRAX.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 42 bệnh nhân ≥ 40 tuổi được chẩn đoán viêm cơ tự miễn theo tiêu chuẩn Tanimoto và cộng sự 1995, điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2023 đến tháng 6/2024.

***- Tiêu chuẩn lựa chọn:*** Bệnh nhân trong độ tuổi: ≥ 40 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu, được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA và chưa điều trị loãng xương bao giờ.

***- Tiêu chuẩn loại trừ:*** Bệnh nhân suy giảm nhận thức không tiếp xúc được, không được đo mật độ xương, có bệnh lý liên quan đến chuyển hóa xương: Cường cận giáp tiên phát, cắt dạ dày ruột, ung thư di căn, đa u tủy xương, bệnh tổ chức liên kết hỗn hợp, bệnh nhân đã được điều trị loãng xương.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu gồm 42 bệnh nhân.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ. Tất cả các bệnh nhân viêm cơ tự miễn đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đều được đưa vào nghiên cứu.

- Tất cả bệnh nhân đều được khảo sát bằng bộ

câu hỏi và các nội dung nghiên cứu thống nhất:

+ Thông tin chung: Tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, tình trạng mãn kinh.

+ Thông tin về các đặc điểm lâm sàng: Thời gian mắc bệnh viêm cơ tự miễn, các dấu hiệu về da của bệnh viêm da cơ (ban đỏ tím sẫm ở vùng quanh hốc mắt, ban sẩn Gottron, calci hóa ở da và tổ chức dưới da, bàn tay của người thợ cơ khí, dấu hiệu tăng nhạy cảm với ánh nắng mặt trời, dấu hiệu của viêm cơ (mức độ yếu cơ gốc chi, cơ lực được đánh giá theo MMT8, khó nuốt, khó phát âm, yếu cơ ngọn chi ở giai đoạn muộn), dấu hiệu tổn thương nội tạng (tim mạch, hô hấp, tiêu hóa…), tình trạng hoạt động bệnh.

+ Thông tin về tiền sử bệnh tật: Chế độ ăn uống, sinh hoạt (hút thuốc lá, rượu bia, tập thể dục; tiền sử bệnh đồng mắc (viêm khớp dạng thấp, đái tháo đường, cường cận giáp, phẫu thuật cắt buồng trứng, bệnh lý ác tính…); tiền sử dùng thuốc ảnh hưởng đến mật độ xương như: Glucocorticoid, insulin, heparin, thuốc chống động kinh, tiền sử bản thân bị gãy xương do LX, tiền sử gia đình có cha mẹ bị gãy cổ xương đùi.

+ Các xét nghiệm cận lâm sàng: Chỉ số viêm (tốc độ máu lắng, CRP), công thức máu và sinh hóa máu cơ bản, Calci toàn phần, ALP máu, men cơ gồm CK, SGOT, SGPT, Xquang khớp, điện cơ, sinh thiết cơ, đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA.

**2.3. Xử lý số liệu.** Số liệu thu thập được xử xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê thường dùng trong y học, Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

***Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=42)***

| Đặc điểm | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| **Tuổi (năm)** | | |
| Trung bình ± Độ lệch chuẩn | 59,4 ± 10,5 | |
| **Nhóm tuổi** | | |
| ≤40 tuổi | 10 | 23,8 |
| >40-59 tuổi | 13 | 21 |
| ≥60 tuổi | 19 | 55,2 |
| **Giới tính** | | |
| Nam | 13 | 31 |
| Nữ | 29 | 69 |
| **Thời gian mắc bệnh** | | |
| Dưới 1 năm | 24 | 57,1 |
| 1-5 năm | 14 | 33,3 |
| >5 năm | 4 | 9,5 |
| Trung bình ± Độ lệch chuẩn | 17,2 ± 7,4 tháng | |

***Nhận xét:*** Tuổi trung bình của những bệnh nhân bị viêm cơ tự miễn tham gia nghiên cứu là 59,4 ± 10,5 tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 55,2%. Trong nghiên cứu hầu hết là nữ giới chiếm tỷ lệ 69%. Phần lớn nhóm bệnh nhân viêm cơ tự miễn tham gia nghiên cứu có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ 62% và thời gian mắc bệnh dưới 1 năm chiếm 57,1%.

### 3.2. Khảo sát mật độ xương ở bệnh nhân viêm cơ tự miễn

***Bảng 3.2 Khảo sát mật độ xương của đối tượng nghiên cứu (n=42)***

| Chỉ số \ Vị trí | Cột sống thắt lưng | Cổ xương đùi | Chung |
|---|---|---|---|
| BMD trung bình (g/cm²) | 0,729 ± 0,165 | 0,62 ± 0,149 | |
| BMD trung bình ở nữ (g/cm²) | 0,707 ± 0,147 | 0,622 ± 0,15 | p>0,05 |
| BMD trung bình ở nam (g/cm²) | 0,777 ± 0,197 | 0,615 ± 0,154 | p>0,05 |
| Loãng xương (%) | 45,2 | 31 | 47,6 |
| Giảm mật độ xương (%) | 40,5 | 45,2 | 40,5 |
| Bình thường (%) | 14,3 | 23,8 | 11,6 |

***Nhận xét:*** Mật độ xương trung bình ở nhóm bệnh nhân nữ thấp hơn so với nhóm bệnh nhân nam tại vị trí cột sống thắt lưng tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu bị loãng xương là 47,6% và giảm mật độ xương là 40,5%.

### 3.3. Mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng với mật độ xương ở bệnh nhân viêm cơ tự miễn

***Bảng 3.3. Liên quan của thời gian mắc bệnh và giới tính với MĐX và LX***

| Yếu tố \ T-Score | | T-score tại cột sống thắt lưng | | | T-score tạicổ xương đùi | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ≤ -2,5 | -2,5<L≤-1 | >-1 | ≤ -2,5 | -2,5<Đ≤-1 | >-1 |
| **Thời gian mắc bệnh** | >1 năm | 70,6% | 29,4% | 0% | 7,1% | 35,3% | 17,6% |
| | ≤1 năm | 28% | 48% | 24% | 20% | 52% | 28% |
| | p | p<0,05 | | | p>0,05 | | |
| **Giới tính** | Nam | 23,1% | 53,8% | 23,1% | 23,1% | 61,5% | 15,4% |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nữ | 55,2% | 34,5% | 10,3% | 34,5% | 37,9% | 27,6% |
| | p | p>0,05 | | | p>0,05 | | |

***Nhận xét:*** Nhóm bệnh nhân với thời gian mắc bệnh >1 năm có tỷ lệ loãng xương tại vị trí cột sống thắt lưng cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm (70,6% so với 28%). Bệnh nhân nữ có tỷ lệ loãng xương ở vị trí cột sống thắt lưng cao hơn nhóm bệnh nhân nam, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

***Bảng 3.4 Khảo sát mật độ xương trung bình theo nhóm tuổi***

| Tuổi / MĐX | CSTL (g/cm²) (X ± SD) | CXĐ (g/cm²) (X ± SD) |
|---|---|---|
| 40-49 (n=10) | 0,811±0,205 | 0,701±0,175 |
| 50-59 (n=13) | 0,72±0,135 | 0,619±0,125 |
| ≥ 60 (n=19) | 0,692±0,154 | 0,577±0,139 |
| p | >0,05 | < 0,05 |

***Nhận xét:*** Mật độ xương giảm dần cùng với sự gia tăng của tuổi ở cả 2 vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi, tuy nhiên chỉ có nhóm tuổi 40-49 và ≥ 60 ở vị trí cổ xương đùi sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

***Bảng 3.5. Liên quan của cơ lực, và men cơ trong huyết thanh với MĐX***

| Yếu tố / T-Score | | Cột sống thắt lưng | | | Cổ xương đùi | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ≤ -2,5 | -2,5<L≤-1 | >-1 | ≤ -2,5 | -2,5<Đ≤-1 | >-1 |
| Cơ lực | <5 | 61,9% | 28,6% | 9,5% | 47,6% | 28,5% | 23,8% |
| | >5 | 28,6% | 52,4% | 19% | 14,3% | 61,9% | 23,8% |
| | p | p>0,05 | | | p<0.05 | | |
| Nồng độ men CK trong huyết thanh | Tăng | 41,9% | 38,7% | 19,4% | 32,3% | 41,9% | 25,8% |
| | Không tăng | 54,5% | 45,5% | 0% | 27,3% | 54,5% | 18,2% |
| | p | p>0,05 | | | p>0,05 | | |

***Nhận xét:*** Nhóm bệnh nhân có điểm cơ lực <5 khi được đánh giá theo MMT8 có tỷ lệ loãng xương cao hơn so với nhóm có điểm cơ lực >5, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê tại vị trí cổ xương đùi. Không thấy có sự liên quan giữa nồng độ men CK trong huyết thanh và mật độ xương.

***Bảng 3.6. Liên quan giữa liều lượng và thời gian sử dụng Glucocorticoid hàng ngày với mật độ xương***

| Yếu tố / T-Score | | Cột sống thắt lưng | | | Cổ xương đùi | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ≤ -2,5 | -2,5<L≤-1 | >-1 | ≤ -2,5 | -2,5<Đ≤-1 | >-1 |
| Sử dụng Glucocorticoid | >10mg/ngày | 70,6% | 29,4% | 0% | 41,2% | 52,9% | 5,9% |
| | ≤10mg/ngày | 23,1% | 38,5% | 38,5% | 15,4% | 30,8% | 53,8% |
| | p | p<0,05 | | | p<0,05 | | |
| Thời gian sử dụng Glucocorticoid | >3 tháng | 56% | 36% | 8% | 36% | 44% | 20% |
| | ≤3 tháng | 20% | 20% | 60% | 0% | 40% | 60% |
| | p | p<0,05 | | | p>0,05 | | |

***Nhận xét:*** Nhóm bệnh nhân dùng Glucocorticoid với liều lượng >10mg/ngày và thời gian kéo dài trên 3 tháng có tỷ lệ LX và giảm mật độ xương tại vị trí cột sống thắt lưng cao hơn so với nhóm bệnh nhân dùng thuốc dưới 3 tháng và liều lượng thấp <10mg/ngày (p<0,05).

### 3.4. Áp dụng mô hình FRAX đánh giá nguy cơ gãy xương do LX ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

***Bảng 3.7. Xác suất nguy cơ gãy cổ xương đùivà xương ở những vị trí khác theo FRAX của nhóm bệnh nhân nghiên cứu***

| | Nguy cơ gãy cổ xương đùi | | Nguy cơ gãy xương khác | |
|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % |
| MĐX bình thường | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Giảm MĐX | 3 | 21,4% | 0 | 0% |
| Loãng xương | 11 | 78,6% | 3 | 100% |
| **Tổng** | **14** | **100%** | **3** | **100%** |

***Nhận xét:*** Ở nhóm giảm mật độ xương, khi đánh giá theo FRAX có 3 bệnh nhân cần phải điều trị loãng xương do nguy cơ gãy cổ xương đùi >3%.

## IV. BÀN LUẬN

Viêm cơ tự miễn thuộc nhóm bệnh tổ chức liên kết và ít gặp. Bệnh đặc trưng trên lâm sàng bởi tình trạng yếu cơ vùng gốc chi đối xứng 2 bên và tiến triển nặng dần theo thời gian dẫn đến teo cơ và xơ hóa cơ. Nhiều bệnh nhân bị hạn chế vận động ở mức độ nặng do yếu cơ và teo cơ, làm giảm sút chất lượng cuộc sống của người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 42 bệnh nhân cho thấy, viêm cơ tự miễn gặp nhiều hơn ở nữ giới chiếm tỷ lệ 69%, tuổi

trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 59,4 tuổi, trong đó, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 79 tuổi. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Yang SH và cộng sự về viêm cơ tự miễn năm 2019 cũng thấy nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam giới với tỷ lệ nữ/nam là 2/1[2]. Nghiên cứu trên 52 bệnh nhân viêm cơ tự miễn ≥ 40 tuổi ở Hunggary có độ tuổi trung bình là 57,46 tuổi[3]. Nhóm bệnh nhân viêm cơ tự miễn tham gia nghiên cứu có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm chiếm tỷ lệ 57,1%, với thời gian mắc bệnh trung bình là 17,2 ± 7,4 tháng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng 19,9 ± 21,6 tháng trong nghiên cứu về mật độ xương ở bệnh nhân viêm cơ tự miễn[4].

Khi khảo sát mật độ xương của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu bằng DEXA, chúng tô thấy nhóm bệnh nhân có tỷ lệ loãng xương là 47,6% và giảm mật độ xương là 40,5%, trong đó tỷ lệ loãng xương tại vị trí cột sống thắt lưng cao hơn so với vị trí cổ xương đùi (45,2% so với 31%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của nhiều tác giả[2,5,4]. Theo P.M.Jehle (2003) trong nghiên cứu về vai trò của glucocorticoid với loãng xương cho thấy sự mất xương thường được phát hiện sớm tại vị trí cột sống thắt lưng hơn vị trí cổ xương đùi[5]. Việc dùng Glucocorticoid kéo dài gây mất xương bè nhiều hơn so với xương vỏ do đó sẽ làm tăng nguy cơ loãng xương và gãy xương tại vị trí cột sống thắt lưng cao hơn so với cổ xương đùi.

Trong nghiên cứu, mật độ xương của những bệnh nhân viêm cơ tự miễn có tương quan với thời gian mắc bệnh kéo dài trên 1 năm, mức độ giảm cơ lực, trương lực cơ, thời gian sử dụng corticoid trên 3 tháng (với p<0,05). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Thắng và Iris Yan Ki Tang[4,6].

Các bệnh nhân bị loãng xương có nguy cơ gãy xương cao hơn so với những bệnh nhân có giảm mật độ xương và không bị loãng xương. Tuy nhiên, kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy, biến chứng gãy xương vẫn có thể xảy ra ở nhóm có giảm mật độ xương. Do vậy, việc đánh giá nguy cơ gãy xương trong 10 năm theo FRAX sẽ giúp phát hiện sớm các bệnh nhân cần phải điều trị loãng xương ở nhóm giảm mật độ xương để giảm nguy cơ gãy xương cho bệnh nhân. Trong 42 bệnh nhân nghiên cứu, khi đánh giá theo FRAX có 38,1% bệnh nhân có nguy cơ gãy cổ xương đùi cần điều trị dự phòng loãng xương. Trong nhóm bệnh nhân giảm mật độ xương, 3/14 bệnh nhân có nguy cơ gãy cổ xương đùi >3% cần phải điều trị loãng xương. Do đó, việc áp dụng mô hình FRAX để đánh giá nguy cơ gãy xương do loãng xương sẽ giúp chỉ định điều trị sớm cho bệnh nhân khi chưa có các biểu hiện lâm sàng của loãng xương và dự phòng biến chứng gãy xương do loãng xương. Hơn nữa, việc áp dụng FRAX có thể thực hiện tại những tuyến y tế cơ sở không có điều kiện để khảo sát mật độ xương bằng DEXA, để dự phòng chống gãy xương và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Mật độ xương tại vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi của nhóm bệnh nhân viêm cơ tự miễn trong nghiên cứu lần lượt là 0,729 ± 0,165 g/cm² và 0,62 ± 0,149 g/cm². Tỷ lệ loãng xương ở nhóm nghiên cứu là 47,6% và giảm mật độ xương là 40,5%. Tuổi càng cao, cơ lực giảm nhiều, thời gian mắc bệnh viêm cơ tự miễn kéo dài sẽ làm tăng nguy cơ loãng xương. Sử dụng Glucocorticoid liều cao kéo dài trong điều trị viêm cơ tự miễn là yếu tố nguy cơ gây loãng xương ở bệnh nhân viêm cơ tự miễn. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có giảm mật độ xương 21,4% (3/14 bệnh nhân) có nguy cơ gãy xương trong 10 năm tới cần phải điều trị loãng xương.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Ho-Pham LT, T Nguyen UD, Pham HN, Nguyen ND, Nguyen TV.** Reference Ranges for Bone Mineral Density and Prevalence of Osteoporosis in Vietnamese Men and Women. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12:182. doi: 10.1186/1471-2474-12-182.
2. **Yang SH, Chang C, Lian ZX,** Polymyostitis and dermtomyositis – challenges in diagnosis and management. J Transl Autoimmun.2019 Oct 8;2:100018.doi: 10.1016/j.jtauto.2019.100018.
3. **Vincze A, Bodoki L, Szabó K, Nagy-Vincze M, Szalmás O, Varga J, Dankó K, Gaál J, Griger Z.** The risk of fracture and prevalence of osteoporosis is elevated in patients with idiopathic inflammatory myopathies: cross-sectional study from a single Hungarian center. BMC Musculoskelet Disord. 2020 Jul 2;21(1):426. doi: 10.1186/s12891-020-03448-2. PMID: 32616032; PMCID: PMC7333418..
5. **P.M. Jehle** (2003), Steroid-induced osteoporosis: How can it be avoided?, Nephrology Dialysis Transplantation, 18(5), page 861-864.
4. **Nguyễn Mạnh Thắng,** Khảo sát mật độ xương ở bệnh nhân viêm cơ tự miễn, luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội, 2015.
6. **Tang IYK, Luk L, Wong V, Pang S, Lao V, So H.** Reduced bone mineral density in patients with idiopathic inflammatory myopathies: a case-control study. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2023 Jul 16;15:1759720X231181968. doi:10.1177/1759720X231181968. PMID: 37484925; PMCID: PMC10356997.

# KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM SARCÔM TỬ CUNG TRÊN SIÊU ÂM

**Nguyễn Xuân Lan[1], Huỳnh Quang Huy[2]**


## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm hình ảnh siêu âm ở những trường hợp được chẩn đoán sarcôm tử cung và xác định độ nhạy của siêu âm trong chẩn đoán sarcôm tử cung. **Đối tượng và phương pháp:** 78 đối tượng có kết quả siêu âm 2D và Doppler màu tại bệnh viện Từ Dũ, có lưu trữ hình ảnh trên hệ thống, đã được phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán sarcôm tử cung tại viện từ 01/01/2020 tới 31/12/2023. Các đối tượng sẽ được phân thành các nhóm tuổi, ghi nhận tiền căn nội khoa, sản khoa và các đặc điểm siêu âm của khối u tử cung: số lượng, vị trí, phân loại u theo Figo, kích thước, độ hồi âm của mô đặc, tổn thương chứa nang, bóng lưng, vôi hóa, đường bờ, dấu hiệu hiệu "Cooked appearance", tín hiệu màu, tổn thương điển hình nhân xơ, nội mạc tử cung, dịch túi cùng, dịch ổ bụng, hạch vùng. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các đối tượng là 52,2 ± 11,6 tuổi, nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất là 51-60 tuổi. Phần lớn bệnh nhân đã từng quan hệ tình dục (93,6%), đã từng mang thai (89,7%). Tỉ lệ bệnh nhân chưa mãn kinh và mãn kinh (53,8% và 46,2%). Tiền căn có và không có u xơ (46,2% và 53,8%), không có tiền căn lạc nội mạc trong cơ tử cung (94,9%), không có tiền căn bệnh lý nội mạc tử cung (91%), không có tiền căn u buồng trứng (96,2%). Tất cả bệnh nhân phát hiện bệnh đều có lý do, không phải do khám định kỳ, khoảng 2/3 bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết âm đạo, 2/5 bệnh nhân tái khám vì có u xơ tử cung, đau vùng chậu (16.7%). Quan sát còn cơ tử cung bình thường (87,2%), có một nhân xơ (84,6%), hồi âm khối u không đồng nhất (76,9%), không có bóng lưng (65,4%), không có vôi hóa (93,6%), đường bờ u đều và không đều (51,3% và 48,7%) là tương đương nhau, không có "cooked appearance" (91,0%), tổn thương không điển hình nhân xơ (89,7%), không có dịch túi cùng và không có dịch ổ bụng (96,2%), không có hạch vùng (97,4%), 2/3 bệnh nhân không còn quan sát thấy được nội mạc bình thường. Vị trí phổ biến nhất của khối u sarcôm là lòng tử cung (43,6%), ít gặp nhất là toàn bộ tử cung (7,7%) và cạnh tử cung (7,7%). Kích thước trung bình của khối u là 84,3 ± 32,5 mm. Đặc điểm tín hiệu màu trên siêu âm doppler thay đổi. Có 56,4% trường hợp nghi ngờ ác tính trên siêu âm thường quy và có 88,5% trường hợp không có dấu hiệu điển hình của u lành tính. Trong khi đó, đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ ghi nhận có 87,5 % chẩn đoán ác tính hay nghi ngờ ác tính. Loại sarcôm phổ biến nhất là leiomyosarcoma với 50%. **Kết luận:** Siêu âm thường quy có độ nhạy là 56,4% và giá trị tiên đoán dương là 100% trong chẩn đoán sarcôm tử cung. Cả siêu âm hội chẩn và MRI đều có độ nhạy cao (88,5% và 87,5%) và giá trị tiên đoán dương của cả hai là 100%. ***Từ khóa:*** Sarcôm tử cung, đường bờ tổn thương, bóng lưng, cooked appearance, tổn thương điển hình nhân xơ.



[1]*Bệnh viện Từ Dũ*
[2]*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy
Email: drhuycdhabachmai@gmail.com


Ngày nhận bài: 20.9.2024
Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024
Ngày duyệt bài: 28.11.2024



## SUMMARY

### SONOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF UTERINE SARCOMA

**Objective:** To describe the ultrasound characteristics of uterine sarcomas and assess the sensitivity of ultrasound in uterine sarcoma diagnosis. **Matherials and Methods**: 78 patients with 2D and color Doppler ultrasound results done at Tu Du Hospital, of which images were stored on the system, were confirmed as uterine sarcomas after surgery from January 1, 2020 to December 31, 2023. The subjects were divided into groups including age at the time of diagnosis, general medical history and obstetric history in specific, and ultrasound characteristics of uterine tumors: quantity, location, FIGO tumor classification, size, the echogenicity of solid tissue, internal cystic change, dorsal shadow, calcification, border, "Cooked appearance" sign, color score, typical fibroid lesions, endometrium thickness, cul-de-sac fluid, abdominal fluid, regional lymph nodes. **Results:** The average age of the subjects was 52.2 ± 11.6 years old and the highest proportion was 51-60 years old. Most of the patients had ever had sex (93.6%) and had ever been pregnant (89.7%). The proportion of premenopausal and postmenopausal patients was 53.8% and 46.2% respectively. Medial history was noted including history of fibroids and no fibroids (46.2% and 53.8% respectively), no history of endometriosis (94.9%), no history of endometrial pathology (91%) and no history of ovarian tumors (96.2%). None of the patients were diagnosed due to routine examination. Appoximately 2/3 of the patients had symptoms of vaginal bleeding. Pelvic pain was reported in 16.7% of the patients. 2/5 of the patients reexamined previous diagnosed uterine fibroids. Ultrasound features showed normal myometrium (87.2%), one fibroid (84.6%), heterogeneous tumor echogenicity (76.9%), no shadowing (65.4%), no calcification (93.6%), regular and irregular tumor margins with similar proportions (51.3% and 48.7% respectively), no "cooked appearance" (91.0%), atypical fibroid lesions (89.7%), no cul-de-sac fluid and no abdominal fluid (96.2%), no regional lymph nodes (97.4%). In 2/3 of the patients, normal endometrium could not be observed. The most common location of sarcoma tumors was in the uterine cavity (43.6%). The least common location was entire uterus (7.7%) and at one side of the uterine (7.7%). The average tumor size was 84.3 ± 32.5 mm. Vascularity characteristics on color Doppler ultrasound varied. There were 56.4% of cases suspected malignancy on routine ultrasound and 88.5% of cases without typical signs of benign tumors. Meanwhile, MRI recorded characteristics of