

bệnh bùng phát đã tác động đáng kể đến hầu hết các mặt kinh tế xã hội. Kết quả của chúng tôi cho thấy rằng các can thiệp ở cấp cộng đồng có thể là một giải pháp tiềm năng để giảm áp lực từ bên ngoài lên môi trường làm việc cho NVYT. Vì họ là lực lượng lao động chính trong đợt bùng phát dịch, NVYT tuyến đầu có thể nhận được các ưu đãi lớn hơn về thù lao, miễn phí, chi phí sinh hoạt, cũng như các hỗ trợ khác cho con cái của họ. Tình hình thực tế tại Việt Nam cho thấy, việc lây truyền bệnh viện trong bệnh viện là một trong những nguyên nhân gây ra đợt bùng phát. Làm việc theo ca đã được chứng minh là có liên quan đến các khía cạnh sức khỏe khác nhau của NVYT, bao gồm cả kết quả sức khỏe thể chất và tinh thần. Điều này cho thấy rằng các nhà hoạch định chính sách phải xem xét cẩn thận và xây dựng lịch chuyển ca phù hợp, cũng như điều chuyển NVYT tiếp cận từ các bệnh viện khác đến hỗ trợ các bệnh viện được chỉ định COVID-19 nếu cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tình trạng chất lượng cuộc sống của NVYT tham gia trực tiếp điều trị bệnh nhân COVID-19 ở mức trung bình và không có sự khác biệt nhiều so với các NVYT tham gia phòng/chống dịch bệnh ở các cấp độ khác nhau. Cần có thêm các nghiên cứu tập trung sâu hơn về tác động lâu dài của việc tham gia điều trị đối với tình trạng sức khỏe tâm thần, cũng như nhu cầu cấp thiết của các biện pháp can thiệp đa cấp

để giải quyết các vấn đề sức khỏe liên quan đến COVID-19 ở nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Novel coronavirus (2109-nCov), Wuhan, China", www.cdc.gov, updated 16 January 2020.
2. **Trang tin về dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp COVID-19 của Bộ Y tế**, www.ncov.moh.gov.vn, truy cập ngày 10/01/2021.
3. **Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19)**, WHO updated 11 March 2020.
4. **Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A.** Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. International journal of environmental research and public health. 2020;17(9)
5. **Estoque RC, Togawa T, Ooba M, Gomi K, Nakamura S, Hijioka Y, et al.** A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a "QOL-Climate" assessment framework. Ambio. 2019;48(6):619-638.
6. **Cutter SL.** Rating places: A geographer's view on quality of life. Assn of Amer Geographers; 1985
7. **Covid-19: "Striking" Rates of Anxiety, Depression in Healthcare Workers** – Megan Brooks.
8. **Yassen Al-Hussein, Ahmed Moshirf Al-Mteiwy** (2007), "Point prevalence of Depression, Anxiety and Stress among nurses and paramedical staff in teaching hospital in Mosul", Al-Taquani Journal, 23(5), 116-127.
9. **Tran TV, Nguyen HC, Pham LV, Nguyen MH, Nguyen HC, Ha TH, et al.** Impacts and interactions of COVID-19 response involvement, health-related behaviours, health literacy on anxiety, depression and health-related quality of life among healthcare workers: a cross-sectional study. BMJ open. 2020;10(12):e041394

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ SAU MÃN KINH ĐẾN KHÁM TẠI KHOA KHÁM BỆNH THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lại Thùy Dương¹, Nguyễn Thị Thanh Mai¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loãng xương được coi là một vấn đề sức khỏe phổ biến ở người cao tuổi, đặc biệt là phụ nữ sau thời kỳ mãn kinh. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ loãng xương và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ sau mãn kinh đến khám tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô

tả cắt ngang được thực hiện trên 191 phụ nữ sau mãn kinh khám bệnh tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Bạch Mai. Chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của Tổ chức Y tế Thế giới bằng phương pháp phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA: Dual Energy X ray Absorptiometry) trên máy đo mật độ xương của hãng HOLOGIC - Mỹ. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tỷ lệ loãng xương ở cột sống thắt lưng: 43,5%, tỷ lệ loãng xương ở cổ xương đùi: 35,1%, tỷ lệ loãng xương chung là: 43,98%. Loãng xương tương quan thuận mức độ chặt với tuổi ($p < 0,001$), số tuổi hết kinh ($p < 0,05$), số năm hết kinh ($p < 0,001$), chiều cao ($p < 0,001$), cân nặng ($p < 0,001$), BMI ($p < 0,01$), đồng thời liên quan đáng kể

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thùy Dương

Email: thuyduongbsbvm@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.8.2023

với lượng bổ sung canxi và vitamin D ($p < 0,05$), sử dụng sữa ($p < 0,05$), tiếp xúc ánh sáng mặt trời, vận động thể lực ($p < 0,05$). **Kết luận:** Loãng xương tương quan thuận mức độ chặt với tuổi, số tuổi hết kinh, số năm hết kinh, BMI, đồng thời liên quan đáng kể đến chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, tập luyện.

Từ khóa: Loãng xương, mãn kinh

SUMMARY

RESEARCH ON CURRENT STATUS OF POST-MENOPAUSAL OSTEOPOROSIS AT ON-DEMAND CONSULTATION DEPARTMENT OF BACH MAI HOSPITAL

Background: Osteoporosis is considered a common health problem in elderly, especially post-menopausal women. **Objectives:** To survey on the prevalence of osteoporosis and related factors in post-menopausal female patients at On-demand Consultation Department of Bach Mai Hospital. **Methods:** This was a cross-sectional descriptive study including 191 post-menopausal women. Diagnosis of osteoporosis was based on the World Health Organization definition of osteoporosis with bone mass density (BMD) measured by American Hologic's Horizon DEXA system. Data was processed with "SPSS 20.0". **Results:** Osteoporosis was recorded in 43.5% lumbar spines, 35.1% femoral necks and the overall rate of osteoporosis was 43,89%. Osteoporosis was strongly correlated with age ($p < 0.001$), menopause age ($p < 0.05$), years from menopause ($p < 0.001$), height ($p < 0.001$), weight ($p < 0.001$), BMI ($p < 0.01$). Osteoporosis was also significantly associated with calcium and vitamin D supplementation ($p < 0.05$), milk use ($p < 0.05$), sunlight exposure and physical activity ($p < 0.05$). **Conclusion:** Osteoporosis was strongly related with age, menopause age, years from menopause, BMI, and significantly related to diet, lifestyle, and exercise.

Keywords: Osteoporosis, menopause.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một rối loạn xương được đặc trưng bởi sự giảm mật độ khoáng của xương và sự thoái hóa của mô xương, dẫn đến xương dễ gãy. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), loãng xương được mô tả là "căn bệnh thầm lặng của thế kỷ", gây ra những tác động lớn về kinh tế và xã hội. Có nhiều tài liệu chứng minh rằng bệnh loãng xương chủ yếu ảnh hưởng đến người lớn tuổi, với tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở phụ nữ. Đặc biệt, phụ nữ sau mãn kinh có nguy cơ mắc bệnh loãng xương cao hơn những phụ nữ khác, với một nửa số phụ nữ sau mãn kinh bị loãng xương [1].

Sự phát triển của bệnh loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh được cho là do nhiều yếu tố nguy cơ, như thay đổi sinh lý và nội tiết tố, bao gồm cả việc giảm dần nồng độ estrogen ảnh hưởng đến sự hấp thụ canxi. Giảm hấp thụ canxi có thể dẫn đến mất dần khối lượng xương (loãng xương) và cuối cùng là loãng xương với khả

năng gãy xương cao hơn [2].

Nhiều nghiên cứu dịch tễ học quốc tế đã phân tích và giải thích rộng rãi các yếu tố nguy cơ loãng xương tiềm tàng, bao gồm thông tin xã hội, tiền sử bệnh, uống rượu, thói quen hút thuốc, tiền sử gãy xương của mẹ và cha sau 50 tuổi, lượng canxi tiêu thụ, các hoạt động thể chất trong quá khứ. Tuy nhiên, kết luận thu được từ những nghiên cứu này, dựa trên các nhóm dân tộc khác nhau, đang gây tranh cãi.

Tại Việt Nam, cũng đã có một số nghiên cứu về vấn đề loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh. Tuy nhiên, số liệu chưa nhiều, chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát tỷ lệ loãng xương và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ sau mãn kinh đến khám tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 191 phụ nữ đã mãn kinh nguyên phát (có thời gian mất kinh tự nhiên trên 12 tháng) đến khám tại Khoa khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 4/2021 đến tháng 4/2022. Chẩn đoán loãng xương dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương theo Tổ chức Y tế Thế giới, mật độ xương được đo bằng phương pháp DEXA trên máy đo mật độ xương của hãng HOLOGIC - Mỹ. Các đối tượng tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, có trí tuệ minh mẫn có khả năng trả lời được các câu hỏi trong bộ câu hỏi phỏng vấn

Loại khỏi nghiên cứu các bệnh nhân sử dụng lâu dài các thuốc ảnh hưởng đến mật độ xương như corticoid, suy giáp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Chọn mẫu và cỡ mẫu: theo công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu cắt ngang:

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

$\alpha = 0,05$ thì $Z(1 - \alpha/2) = 1,96$

$p = 0,25$ $d = 0,07$

$n = 147$

- Nghiên cứu của chúng tôi lấy được 191 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, các bệnh nhân được khám lâm sàng, chỉ số nhân trắc, xét nghiệm máu;

- Đo mật độ khoáng xương bằng máy đo mật độ xương của hãng HOLOGIC - Mỹ, theo phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA: Dual energy X ray absorptiometry) tại vùng cổ xương đùi, tam giác Ward, mẫu chuyển lớn và các đốt sống thắt lưng từ L1 đến L4. Mật độ xương (BMD- Bone Mineral Density) tính bằng g/cm².

- Khảo sát bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn về tiền sử bệnh tật, gãy xương, tuổi mãn kinh, sử dụng can xi, uống sữa, hoạt động thể lực, tiếp xúc ánh sáng mặt trời, sử dụng corticoid...Sau đó khảo sát tỷ lệ loãng xương và đánh giá mối liên quan giữa mật độ xương và các yếu tố nguy cơ nêu trên.

2.3. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 191 bệnh nhân nữ mãn kinh nguyên phát, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 3.1: Điểm chung nhóm nghiên cứu

Tiêu chí	X ± SD	Min - max
Tuổi (năm)	61,65 ± 7,31	46,0 - 88,0
Chiều cao (cm)	153,98 ± 5,72	143,0 - 170,0
Cân nặng (kg)	53,25 ± 6,95	35,0 - 72,0
	22,45 ± 2,72	15,71 - 32,84

Bảng 3.3: Phân bố tỷ lệ loãng xương theo T-score

Phân loại theo T-score (N=191)	T-score cột sống thắt lưng n (%)	T-score cổ xương đùi n (%)	Mật độ xương chung n (%)
Bình thường (T-score ≥ -1)	33 (17,3%)	47 (24,6%)	31 (16,23%)
Giảm mật độ khoáng xương (-2,5<T-score<-1)	75 (39,3%)	77 (40,3%)	76 (39,79%)
Loãng xương (T-score ≤ -2,5)	83 (43,5%)	67 (35,2%)	84 (43,98%)

Nhận xét: Có 43,98 % phụ nữ sau mãn kinh bị loãng xương, 16,23% mật độ khoáng xương bình thường.

Bảng 3.4: So sánh mật độ xương giữa nhóm BMI bình thường và thừa cân béo phì

Phân nhóm BMI	Bình thường	Thừa cân- béo phì	p
T- score cột sống thắt lưng	-2,36 ± 1,15	-1,79 ± 1,26	p < 0,05
T- score cổ xương đùi	-1,48 ± 1,23	- 1,14 ± 1,25	p > 0,05

Nhận xét: Tại vị trí cột sống thắt lưng, T- score ở nhóm BMI bình thường thấp hơn nhóm thừa cân - béo phì có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tại vị trí cổ xương đùi, T- score ở nhóm bình thường thấp hơn nhóm thừa cân, béo phì, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.5: Mối tương quan giữa mật độ xương với một số yếu tố

Tiêu chí	T-score cột sống thắt lưng		T- score cổ xương đùi	
	r	p	r	p
T- score cổ xương đùi	0,604	<0,001		
Tuổi	-0,212	<0,01	-0,193	<0,01
Chiều cao (cm)	0,230	<0,01	0,233	<0,01
Cân nặng (kg)	0,447	<0,001	0,362	<0,001
BMI	0,343	<0,001	0,249	<0,001
Số tuổi hết kinh	0,121	<0,05	0,031	>0,05
Số năm hết kinh	-0,257	<0,001	-0,183	<0,01
Số con	-0,009	>0,05	0,052	>0,05
	t	p	t	p
Uống Canxi	14,832	<0,01	13,568	<0,01
Uống sữa (2ly/ ngày)	12,658	<0,01	11,535	<0,01
Tiếp xúc ánh sáng mặt trời	10,256	<0,01	10,389	<0,01
Tập thể dục	12,159	<0,01	11,879	<0,01

Nhận xét: Mật độ xương vùng cột sống thắt lưng tương quan thuận mức độ chặt với mật độ xương vùng cổ xương đùi. Mật độ xương vùng

BMI (kg/m ²)	BMI < 18,5	21 (10,99%)
	18,5 ≤ BMI < 23	101 (52,87%)
	BMI ≥ 23	69 (36,14%)
Số tuổi hết kinh	48,59 ± 5,58	46 - 57
Số năm hết kinh	12,96 ± 8,71	0 - 43

Nhận xét: Tuổi trung bình 61,65 ± 7,31 năm. BMI trung bình 22,45 ± 2,72 kg/m², trong đó có 52,87% BMI bình thường.

Bảng 3.2: Kết quả mật độ khoáng xương cột sống thắt lưng và cổ xương đùi

	Min-max	X ± SD	p>0,05
BMD cột sống thắt lưng (g/cm ²)	0,44-1,21	0,76±0,14	
BMD cổ xương đùi (g/cm ²)	0,26-1,01	0,69±0,13	

Nhận xét: Không khác biệt về mật độ khoáng xương giữa vùng cổ xương đùi và cột sống thắt lưng (p> 0,05)

cột sống thắt lưng và cổ xương đùi tương quan thuận chặt với chiều cao, cân nặng, BMI và tương quan nghịch với tuổi, số năm hết kinh.

Mật độ xương cột sống và cổ xương đùi ở nhóm có uống Calci, sữa, tiếp xúc ánh sáng mặt trời, tập thể dục cao hơn nhóm không uống calci, sữa, không tập thể dục và không tiếp xúc ánh sáng mặt trời.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung (tuổi, BMI).

Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng bậc nhất đối với loãng xương. Nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng, tỷ lệ loãng xương tăng theo tuổi. Theo Bảng 3.1: 191 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $61,65 \pm 7,31$, thấp nhất là 46 tuổi, cao nhất là 88 tuổi. Kết quả của chúng tôi tương tự nhiều kết quả của các tác giả trong, ngoài nước khi nghiên cứu về loãng xương của Vũ Thị Thanh Hoa (2018) [3].

Cùng với tuổi, chỉ số khối cơ thể BMI cũng ảnh hưởng khá lớn tới mật độ xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi BMI trung bình là $22,45 \pm 2,7$, dao động từ 14,71 – 32,84, kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Văn Dũng (2017) BMI trung bình: $23,2 \pm 2,9$ [4].

4.2. Đặc điểm mật độ khoáng xương và tỷ lệ loãng xương. Đo mật độ khoáng xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DXA- Dual Xray Absorbition) cho biết mật độ chất khoáng trong mô xương trên đơn vị diện tích (g/cm^2); mật độ khoáng xương phản ánh sức mạnh của xương, khoảng 80% sức bền của xương. Theo WHO, tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán loãng xương khi có ít nhất tại một trong 2 vị trí đo có T-score $\leq -2,5$, bằng phương pháp DEXA [5].

Theo bảng 3.2: kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở 191 bệnh nhân nữ đã mãn kinh, mật độ khoáng xương cột sống thắt lưng trung bình $0,76 \pm 0,14 \text{ g}/\text{cm}^2$, trong đó mật độ khoáng xương thấp nhất: $0,44 \text{ g}/\text{cm}^2$, cao nhất $1,21 \text{ g}/\text{cm}^2$. Mật độ khoáng xương cổ xương đùi trung bình $0,69 \pm 0,13 \text{ g}/\text{cm}^2$, trong đó mật độ khoáng xương thấp nhất: $0,26 \text{ g}/\text{cm}^2$, cao nhất $1,01 \text{ g}/\text{cm}^2$. Mật độ khoáng xương vùng cổ xương đùi và cột sống không có sự khác biệt. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Hoàng Văn Dũng (2017) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 43,98% bệnh nhân nữ mãn kinh bị loãng xương và 16,23% mật độ khoáng xương bình thường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu cắt ngang được thực hiện năm 2022 được thực hiện trên 884 phụ nữ sau mãn kinh ở Jordan tuổi ≥ 50 : tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ sau

mãn kinh là 19,8% [6]. Kết quả nghiên cứu mật độ khoáng xương cổ xương đùi của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đặng Hồng Hoa 2007 khi nghiên cứu 504 phụ nữ cũng tại Hà Nội, tuổi từ 20 đến 84, mật độ khoáng xương trung bình vùng cổ xương đùi $0,76 \pm 0,15 \text{ g}/\text{cm}^2$, tỷ lệ loãng xương cổ xương đùi là 23,1%. Tuy nhiên, có sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu này, có thể là do sự khác biệt trong tiêu chí lựa chọn bệnh nhân, cỡ mẫu, thiết kế nghiên cứu hoặc cơ chế chẩn đoán được sử dụng. Ngoài ra, các yếu tố liên quan đến bệnh nhân, chẳng hạn như nền tảng di truyền và các yếu tố dinh dưỡng và hoạt động thể chất, có thể góp phần vào sự khác biệt về tỷ lệ loãng xương.

4.3. Liên quan giữa mật độ xương và một số yếu tố. Tình trạng loãng xương là hậu quả của nhiều yếu tố tác động qua lại như tuổi, giới tính, tình trạng mãn kinh, chế độ dinh dưỡng hút thuốc lá, nghiện rượu, vận động thể dục thể thao, béo phì, sử dụng thuốc... Chúng tôi đã tiến hành khảo sát mật độ khoáng xương tại cột sống và vùng cổ xương đùi ở 191 đối tượng nữ đã mãn kinh. Kết quả được trình bày trong bảng 3.4 cho thấy mật độ xương vùng cột sống thắt lưng ở nhóm thừa cân, béo phì (T-socre: $-1,79 \pm 1,26$) cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm bình thường (T-socre: $-2,36 \pm 1,15$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Lưu Ngọc Giang (2019) nghiên cứu tình hình loãng xương trên 207 phụ nữ trên 45 tuổi ở Huế năm 2019 cho kết quả: ở nhóm phụ nữ thiếu cân, tỷ lệ loãng xương 26,4%, cao hơn nhóm thừa cân béo phì với mức ý nghĩa $p < 0,001$ [7]. Như vậy, giảm trọng lượng cơ thể dẫn đến sự mất xương, điều này làm chúng ta nghĩ béo phì bảo vệ chống loãng xương? Tuy nhiên, các cytokine gây viêm tiết ra bởi các mô mỡ làm tái hấp thu xương và làm giảm mật độ xương. BMI tăng trên $26,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ không dẫn đến tác động thuận lợi lên xương mà nó dẫn đến các biểu hiện tiêu cực trong cơ thể dẫn đến khởi đầu nhiều bệnh.

Mật độ khoáng xương vùng cột sống tương quan thuận mức độ chặt với mật độ khoáng xương vùng cổ xương đùi với hệ số tương quan $r = 0,604$ và $p < 0,001$ (Bảng 3.5). Điều này hoàn toàn hợp lý vì đây là 2 vị trí đại diện để chẩn đoán loãng xương khi có ít nhất 1 trong 2 vị trí được kết luận loãng xương.

- Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.5) chỉ số T-score có mối liên quan chặt chẽ với tuổi của phụ nữ mãn kinh ($p < 0,001$). Nhiều nghiên cứu đã nhận định tuổi càng lớn phụ nữ mãn kinh càng có nhiều nguy cơ mắc

bệnh thiếu xương và loãng xương, theo Vijayakumar R. Và cộng sự (2016), khả năng điều chỉnh cấu trúc thích nghi cơ năng của cơ cấu tế bào xương hoạt động mạnh ở thời kỳ tăng trưởng nhưng yếu đi ở tuổi trưởng thành, vì vậy, khi tuổi càng lớn sẽ làm giảm đi khả năng tân tạo xương, tăng quá trình tiêu hủy xương, từ đó làm mật độ xương suy giảm, dễ dẫn đến gãy xương [2].

- BMI: Trong nghiên cứu này trên các nữ bệnh nhân đã mãn kinh, chúng tôi thấy có mối tương quan chặt giữa chỉ số T-score và BMI ($p < 0,001$). Vũ Thị Thanh Thủy, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Đặng Hồng Hoa khi nghiên cứu về mật độ khoáng xương của phụ nữ cũng tìm thấy mối liên quan với BMI ở người có BMI thấp thì có tỉ lệ loãng xương cao hơn. Nghiên cứu hồi cứu lớn tại Áo công bố năm 2011 cho thấy: trên người khỏe mạnh có sự tương quan chặt chẽ giữa mật độ khoáng xương và BMI tại các vị trí đo cột sống thắt lưng và cổ xương đùi.

- Các thói quen uống sữa, uống Calci, tiếp xúc ánh sáng mặt trời, thói quen hoạt động thể lực có mối liên quan với mật độ xương của phụ nữ mãn kinh: mật độ xương cột sống và cổ xương đùi ở nhóm có uống Calci, sữa, tiếp xúc ánh sáng mặt trời, tập thể dục cao hơn nhóm không uống không uống calci, sữa, không tập thể dục và không tiếp xúc ánh sáng mặt trời có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Hiệp hội các bác sĩ nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ và trường cao đẳng nội tiết Hoa Kỳ AACE/ACE (American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology) khuyến cáo: tập thể dục có trọng lượng thường xuyên (ví dụ đi bộ các bài tập tư thể) nên được duy trì suốt đời. Nghiên cứu trên phụ nữ mãn kinh chỉ ra rằng việc tập luyện mang đến sự thay đổi tuy không nhiều nhưng rất đáng kể trong mật độ xương. Qua tổng hợp phân tích trên 16 thử nghiệm có đối chứng trên 699 đối tượng, cho thấy có sự cải thiện 2% về mật độ xương cột sống thắt lưng giữa nhóm có luyện tập và nhóm không. Đối với người già, những bài tập này giúp làm chậm mất xương do hủy cốt bào, cải thiện sự cân bằng và sức mạnh cơ bắp và cuối cùng giúp giảm nguy cơ té ngã. Trong nghiên cứu của Hyassat D. và cộng sự nghiên cứu trên 1079 phụ nữ trên 45 tuổi mãn kinh, cũng chỉ ra có đến 55,3% phụ nữ mãn kinh không uống sữa bị loãng xương, nhưng chỉ có 2,2% phụ nữ uống sữa từ 2 ly trở lên trong một ngày bị loãng xương. Uống sữa có liên quan đến mật độ xương, những người không có thói quen uống sữa, mật độ xương thấp [8]. Sữa là nguồn

thực phẩm có chứa canxi cao, nguồn vitamin D giúp hấp thu canxi tốt nhất. Chế độ dinh dưỡng với canxi cao làm cho khối lượng xương đỉnh đạt được lúc trưởng thành cao hơn, giúp tái tạo xương tốt hơn khi về già, giảm nguy cơ loãng xương. 70% canxi hàng ngày trong khẩu phần ăn của người Châu Âu đến từ sữa. Hiện nay, người Việt Nam trưởng thành thường không có thói quen sử dụng sữa, đây cũng là một trong những yếu tố quan trọng dẫn đến tình trạng suy giảm mật độ xương khi về già. Trong nghiên cứu của Saadeh R. (2022) [6], mối liên quan giữa tỷ lệ loãng xương và các yếu tố dinh dưỡng cũng được đánh giá. Những phụ nữ cho biết đã sử dụng chất bổ sung canxi trước đây hoặc chưa bao giờ có nguy cơ mắc bệnh loãng xương cao hơn những người đang sử dụng. Canxi là một yếu tố quan trọng trong việc duy trì sức khỏe của xương và mức canxi thấp hơn được cho là góp phần làm tăng nguy cơ loãng xương. NIH khuyến cáo liều bổ sung canxi hàng ngày là 1500 mg cho phụ nữ sau mãn kinh. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả một nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng mật độ khoáng xương tăng đáng kể đã được báo cáo ở những phụ nữ sau mãn kinh khỏe mạnh, những người thường xuyên sử dụng chất bổ sung canxi [8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh đến khám tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Bạch Mai là 43,98%. Loãng xương liên quan chặt đến tuổi, số tuổi hết kinh, số năm hết kinh, BMI, đồng thời liên quan đáng kể đến chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, tập luyện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sözen T., Özışık L., Başaran N.Ç.** An Overview and Management of Osteoporosis. *Eur. J. Rheumatol.* 2017;4:46–56. doi: 10.5152/eurjrheum.2016.048. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. **Vijayakumar R., Büsselberg D.** Osteoporosis: An under-Recognized Public Health Problem. *J. Local Glob. Health Sci.* 2016;2016:2. doi: 10.5339/jlghs.2016.2. [CrossRef] [Google Scholar]
3. **Vũ Thị Thanh Hoa** (2018), Nghiên cứu mật độ xương và các marker chu chuyển xương ở bệnh nhân cao tuổi gãy cổ xương đùi. Học viện Quân Y. Luận án tiến sĩ Y học.
4. **Hoàng Văn Dũng** (2017), "Nghiên cứu mật độ xương, các yếu tố nguy cơ loãng xương, sự thay đổi một số dấu ấn chu chuyển xương ở phụ nữ sau mãn kinh được bổ sung sữa đậu nành có tăng cường vitamin D và Canxi tại cộng đồng", Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
5. **Kanis J.A.** Assessment of Fracture Risk and Its Application to Screening for Postmenopausal

Osteoporosis: Synopsis of a WHO Report. WHO Study Group. Osteoporos. Int. 1994;4:368–381. doi: 10.1007/BF01622200. [PubMed]

- [CrossRef] [Google Scholar]
6. **Saadeh R. et al.** Osteoporosis among Postmenopausal Women in Jordan: A National Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jul; 19(14): 8803.
 7. **Lưu Ngọc Giang** (2019), "Nghiên cứu mật độ xương, kháng insulin và các yếu tố nguy cơ loãng

xương ở phụ nữ trên 45 tuổi thừa cân, béo phì", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.

8. **Hyassat D., Alyan T., Jaddou H., Ajlouni K.M.** Prevalence and Risk Factors of Osteoporosis among Jordanian Postmenopausal Women Attending the National Center for Diabetes, Endocrinology and Genetics in Jordan. Biores. Open Access. 2017;6:85–93. doi: 10.1089/biores.2016.0045. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

ĐÁNH GIÁ VÁCH NGẪN XOANG BướM VÀ Ý NGHĨA LÂM SÀNG TRÊN CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY Ở BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT NỘI SOI XOANG

Hoàng Đình Âu¹, Mã Mai Hiền²

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá vách ngăn của xoang bướm và mối liên quan giữa số lượng và vị trí của vách ngăn và động mạch cảnh trong chụp cắt lớp vi tính đa dây (MSCT) xoang ở bệnh nhân trước phẫu thuật nội soi (PTNS) xoang tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang phân tích các xoang cạnh mũi trên 149 bệnh nhân (75 nữ, 74 nam) trước PTNS xoang, được chụp MSCT xoang không tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch nhằm đánh giá vách ngăn của xoang bướm và mối liên quan giữa số lượng và vị trí của vách ngăn và động mạch cảnh trong. Quy trình chụp MSCT từ xoang trán đến hết xoang bướm với các lớp mỏng 0.625mm, tái tạo theo mặt phẳng coronal vuông góc với khẩu cái cứng và axial song song với khẩu cái cứng. Vách ngăn xoang bướm được chia làm 3 nhóm: nhóm I, không có vách ngăn, nhóm II có 01 vách ngăn và nhóm III có > 1 vách ngăn. Riêng nhóm II lại được chia thành các nhóm nhỏ, nhóm IIa có 01 vách ngăn nằm ở vị trí trung tâm, nhóm IIb có 01 vách ngăn nằm ở vị trí lệch phải so với mào gà và nhóm IIc có 01 vách ngăn nằm ở vị trí lệch trái so với mào gà. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 46.6±15, tuổi thấp nhất là 8, cao nhất là 77. Trong số 149 bệnh nhân, có 1 BN (chiếm 0.7%) xoang bướm không có vách ngăn (nhóm I). Có 52/149 BN (chiếm 34.9%) xoang bướm có 01 vách ngăn ở chính giữa (nhóm IIa), có 30 BN (chiếm 20.1%) xoang bướm có 01 vách ngăn lệch phải so với mào gà (nhóm IIb), có 41 BN (chiếm 27.5%) xoang bướm có 01 vách ngăn lệch trái so với mào gà (nhóm IIc) và 25 BN (chiếm 16.8%) xoang bướm có >01 vách ngăn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi hoặc giới tính đối

với mỗi loại vách ngăn xoang bướm. **Kết luận** Vách ngăn xoang bướm cần phải được đánh giá đầy đủ trên MSCT các xoang cạnh mũi trước khi phẫu thuật để tránh các biến chứng tiềm ẩn do các thay đổi về mặt giải phẫu trong PTNS xoang.

Từ khóa: xoang cạnh mũi sau, chụp cắt lớp vi tính đa dây, vách ngăn xoang bướm.

SUMMARY

EVALUATION OF SPHENOID SEPTUM AND CLINICAL SIGNIFICANCE ON MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE PRE-ENDOSCOPIC SINUS SURGERY PATIENTS

Purposes: Evaluation of the septum of the sphenoid sinus and the relationship between the number and position of the septum and the internal carotid artery on multi-slice computed tomography (MSCT) of the sinuses in pre-endoscopic sinus surgery patients at Hanoi Medical University Hospital. **Material and methods:** A retrospective descriptive cross-sectional study of paranasal sinuses analysis in 149 patients (75 women, 74 men) before endoscopic sinus surgery, who underwent MSCT without intravenous contrast to assess the septum of the sphenoid sinus and its relationship. MSCT imaging procedure from frontal sinus to the end of sphenoid sinus with 0.625mm thickness, reconstructed in coronal plane perpendicular to hard palate and axial parallel to hard palate. Sphenoid sinus septum was divided into 3 groups: group I, without septum, group II with 01 septum and group III with > 1 septum. Particularly, group II was divided into 3 small groups, group IIa had 01 septum located in the center, group IIb had 01 septum located at the right deviation from the crest and group IIc had 01 septum located at the left deviation from the crest. **Results:** The mean age of the group of patients was 46.6±15, the lowest age was 8, the highest was 77. Among 149 patients, 1 patient (accounting for 0.7%) had no septal sinus (group I). There were 52/149 patients (accounting for 34.9%) sphenoid sinus had 01 central septum (group IIa), 30 patients (accounting for 20.1%) sphenoid

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023