

ngủ, từ đó cải thiện điều dưỡng sự hài lòng của bệnh nhân. Nghiên cứu của Meisong Chang, so sánh 2 nhóm được chăm sóc tâm lý sau phẫu thuật và nhóm chứng cho thấy, người bệnh được chăm sóc tâm lý giảm sự lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ. Ngoài ra, họ tăng cường khả năng hồi phục thị lực và chất lượng cuộc sống. Tỷ lệ được ghi nhận sự lo lắng sau phẫu thuật chiếm 86,2%. Người bệnh có thể lo lắng về tình trạng tại mắt như người bệnh có đau nhức, chói, cộm, chảy nước mắt hoặc toàn thân: lo âu, mất ngủ, các bệnh lý toàn thân chưa được kiểm soát. Cần thực hiện ghi nhận tình trạng lo lắng của người bệnh, qua đó có thể thăm hỏi, động viên người bệnh kịp thời ngay sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Zhiying Xu, đánh giá quá trình chăm sóc cho người bệnh sau phẫu thuật glacom giữa nhóm được chăm sóc điều dưỡng thông thường và được chăm sóc điều dưỡng hiệu quả cho thấy, người bệnh được chăm sóc tâm lý, trò chuyện thân mật và giải thích chu đáo về quá trình phẫu thuật sẽ ít xảy ra biến chứng hơn (4.0% vs 24.0%, $p < .05$), điểm lo âu, trầm cảm thấp hơn ($p < 0,05$). Chăm sóc điều dưỡng hiệu quả có thể làm giảm cảm xúc tiêu cực của người bệnh và nâng cao khả năng tuân thủ điều trị, có lợi cho việc giảm các biến chứng sau phẫu thuật, tăng cường thể chất, mức độ thoải mái và cải thiện chất lượng giấc ngủ, từ đó nâng cao sự hài lòng về điều dưỡng của bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Glacom là bệnh lý hay gặp, diễn biến phức tạp, để lại tổn hại lực nặng nề ngay cả khi được

điều trị. Chăm sóc điều dưỡng theo đánh giá chung còn chưa hoàn hảo. Tỷ lệ các qui trình điều dưỡng được ghi nhận chưa đầy đủ trong bệnh án chiếm tỷ lệ, Một số hướng dẫn chăm sóc còn khó hiểu, khó thực hiện. Các hướng dẫn được người bệnh cho là dễ hiểu, dễ làm theo là. Đây là cơ sở để cải thiện, nâng cao chất lượng công tác chăm sóc điều dưỡng hướng tới nâng cao chất lượng điều trị, sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Mắt Trung ương** (2020) - Quy trình kỹ thuật chuyên khoa mắt tập 3, ban hành theo quyết định 2041/QĐ-BVMTW, tr 337- 348; 461-465
2. **Lê Thị Bình** (2016), Điều dưỡng cơ bản 1 và 2, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
3. **Lê Thị Bình** (2017), Điều dưỡng các bệnh nội khoa 1, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
4. **Lê Thủy Dung** (2021). Đánh giá kết quả lâu dài của điều trị Glacom thứ phát sau phẫu thuật đục thể thủy tinh bẩm sinh ở trẻ em. Luận Văn Thạc Sĩ Y học Đại học Y Hà Nội, 45–60.
5. **Trần Tất Thắng and Trịnh Thị Hà** (2021). Kết quả điều trị phẫu thuật của Glacom góc đóng nguyên phát. Tạp chí Y học Việt Nam, 508 (Tháng 11-Số 1), 230–233.
6. **Phạm Thị Thu Thủy, Đỗ Tấn, and Nguyễn Công Hoàn** (2020). Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Glacom góc mở điều trị tại Khoa Glacom - Bệnh viện mắt Trung Ương trong 5 năm (2014 - 2018). Tạp chí Y học Việt Nam, 489 (Tháng 4-Số 1), 91–95.
7. **Hüppi R., Wagels B., and Todorova M.** (2022). Two-Year Outcome of Surgery in Glaucoma Patients. Klin Monbl Augenheilkd, 239(4), 435–442.
8. **Iwasaki K., Arimura S., Takamura Y. et al.** (2020). Clinical practice preferences for glaucoma surgery in Japan: a survey of Japan Glaucoma Society specialists. Jpn J Ophthalmol, 64(4), 385-391.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỦA BỆNH NHÂN DÀI MÒM TRÂM TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG TRONG 5 NĂM (2018-2023)

Vũ Văn Tài¹, Phạm Tuấn Cảnh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có bệnh lý dài mòm trâm và mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sau phẫu thuật của bệnh nhân dài

mòm trâm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 21 BN được chẩn đoán dài mòm trâm và PT cắt mòm trâm tại BV TMH TW từ T8/2018 - T8/2023. **Kết quả:** tỷ lệ nam/nữ là 1/2, tuổi trung bình của bệnh nhân là 45.9 ± 10.54. Đa số BN bị bệnh tương đối lâu, trung bình khoảng 24 tháng. 100% BN đều có biểu hiện nuốt vướng và chủ yếu 1 bên (61.90%), thăm khám lâm sàng sờ thấy đầu mòm trâm ở 26/29 MT chiếm 89.7%, 100% ấn đau qua hốc amidan. Trên hình ảnh CLVT, chiều dài mòm trâm trung bình 3.69 ± 0.99cm, góc α trung bình là 63.42° ± 3.47° và độ dài cạnh a trung bình là 1.69 ± 0.52cm. **Kết luận:** Dài mòm trâm là bệnh lý dễ bị bỏ sót, chẩn đoán dựa vào lâm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Tài

Email: vuvantai.97@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

sàng và phim chụp CLVT, điều trị phẫu thuật cắt mỏm
trâm mang lại hiệu quả tốt nhất.

Từ khóa: Dài mỏm trâm, hội chứng Eagle

SUMMARY

**STUDY THE RELATIONSHIP BETWEEN
CLINICAL, RADIOGRAPHY AND RESULTS
OF SURGERY OF ELONGATED STYLOID
PROCESS PATIENTS AT THE NATIONAL ENT
HOSPITAL FOR 5 YEARS (2018-2023)**

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with elongated styloid process and the relationship between clinical and paraclinical and post-operative outcomes of patients with elongated styloid process. **Material and methods:** Retrospective descriptive study combined with prospective study on 21 patients diagnosed with elongated styloid process and surgery to remove the styloid process at the National ENT Hospital from 8/2018 – 8/2023. **Results:** male/female ratio is 1/2, average age of patients is 45.9 ±10.54. The majority of patients had a relatively long illness, an average about 24 months. 100% of patients present with swallowing, mainly on one side (61.90%), on clinical examination, the tip of the styloid process was palpable in 26/29 SP - 89.7%, and 100% of patient press tonsil has high pain. On CT images, the average styloid length is 3.69 ± 0.99 cm, the average α angle is 63.42 ± 3.47 and the average length of a edge is 1.69 ± 0.52 cm. **Conclusion:** Elongated styloid process is a easily missing diagnosis. Diagnosis is based on clinical and CT scans. Surgical treatment to remove the styloid process had the best results.

Keywords: Elongated styloid, Eagle Syndrom

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dài mỏm trâm là hiện tượng bệnh lý do mỏm trâm dài ra quá mức bình thường gây nên các triệu chứng khó chịu tại vùng họng và tai cho bệnh nhân. Theo ước tính có khoảng 4% dân số có mỏm trâm dài và chỉ 4-10% trong số này có biểu hiện lâm sàng[1]. Chính vì tính không phổ biến của căn bệnh này nên có rất nhiều trường hợp bệnh nhân phải đi khám nhiều nơi, điều trị theo nhiều chuyên khoa khác nhau như: tai mũi họng, răng hàm mặt, thần kinh, đôi khi đã cắt amidan nhưng triệu chứng không được cải thiện.

Mỏm trâm là một mỏm xương hình trụ, thon chiều dài dao động từ 2-3cm, nằm ở mặt dưới nền sọ, dưới ống tai ngoài, hướng chĩa từ trên xuống dưới, ngoài vào trong, sau ra trước (theo hướng từ dưới ống tai ngoài đến amidan).[2] Chẩn đoán xác định hội chứng dài mỏm trâm dựa vào lâm sàng: BN có cảm giác nuốt đau, nuốt vướng, thăm khám sờ thấy đầu mỏm trâm trong hốc amidan hoặc ấn vào hốc amidan BN đau tăng và hình ảnh quá phát mỏm trâm trên phim chụp xquang Nadeau và phim CT vùng cổ.

Do tính không phổ biến của căn bệnh này

cũng như những triệu chứng không đặc hiệu của bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại BV TMH TW trong 5 năm từ 2018 – 2023 trên 21BN, tổng kết với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý dài mỏm trâm, mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sau phẫu thuật của bệnh nhân dài mỏm trâm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 21 BN được chẩn đoán dài mỏm trâm trên lâm sàng, có chụp CTscan dựng hình 3D mỏm trâm và được phẫu thuật cắt mỏm trâm tại BV Tai mũi họng TW trong 5 năm từ 2018- 2023, không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Số lượng BN vào viện qua từng năm

Bảng 3.1. Số lượng BN vào viện

Năm	n	%
2019	5	23.81
2020	10	47.62
2021	1	4.76
2022	4	19.05
2023	1	4.76

Nhìn chung, lượng BN vào viện điều trị dài mỏm trâm là tương đối ít, số lượng hằng năm dao động từ 1-10 BN/năm và có xu hướng giảm dần qua các năm gần đây.

3.2. Tuổi và giới. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 45.9 ±10.54, chủ yếu dao động từ 40-50 tuổi. BN trẻ tuổi nhất là 30 và lớn tuổi nhất là 66.

BN nữ chiếm ưu thế hơn với tỷ lệ nam/nữ = 1/2

3.3. Thời gian phát hiện bệnh

Bảng 3.2. Thời gian phát hiện bệnh

Thời gian	N	%
< 6 tháng	2	9.5
6-12 tháng	4	19.0
12- 24 tháng	8	38.1
>=24 tháng	7	33.3

Thời gian phát hiện bệnh là không hằng định, trong số 21 BN nghiên cứu, người phát hiện sớm nhất là sau 2 tháng và muộn nhất là 72 tháng. Trung bình thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phát hiện bệnh là 24 tháng.

3.4. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.3. Triệu chứng cơ năng

	n	%
Nuốt đau	12	57.14
Nuốt vướng	21	100

Bảng 3.4. Tính chất nuốt đau của bệnh

nhân dài mỏm trâm

Tính chất		N	%
Vị trí	1 bên	8	66.7
	2 bên	4	33.3
Mức độ	Nhẹ (vas 1-3)	10	83.33
	Vừa (vas 4-6)	2	16.67
	Nặng (vas 7-10)	0	0
Tần suất	Liên tục	9	75
	Từng đợt	3	25

Bảng 3.5. Tính chất nuốt vướng của bệnh nhân dài mỏm trâm

Tính chất		n	%
Vị trí	1 bên	13	61.9
	2 bên	8	38.1
Tần suất	Liên tục	18	85.7
	Từng đợt	3	14.3

100% BN trong nghiên cứu đều có cảm giác nuốt vướng với tính chất 1 bên họng chiếm 61.9% còn nuốt vướng 2 bên nhưng có 1 bên trội hơn là 38.1%.

3.5. Triệu chứng thực thể. Trong số 29 MT có triệu chứng lâm sàng, chúng tôi sờ được 26/29 MT qua hốc amidan, chiếm 89.66% và 100% trường hợp ấn qua hố amidan BN đau tăng.

Tỷ lệ bên bệnh của các BN trong nghiên cứu là tương đương nhau. Sự khác biệt về bên bệnh không có ý nghĩa thống kê

3.6. Cận lâm sàng. Tất cả BN đều được chụp phim Xquang Nadeau và kết quả 100% đều phát hiện dài mỏm trâm 1 hoặc 2 bên

Bảng 3.6. Hình thái mỏm trâm trên phim CLVT

Hình thái TCLS	Liên tục	Giả khớp	Nội đoạn	n
1 bên	10	1	2	13
2 bên	10	5	1	16
N	20	6	3	29

Bảng 3.7. Chiều dài mỏm trâm

	H<3cm	H≥3cm	n
1 bên	6	7	13
2 bên	2	14	16
n	8	21	29
	27.6%	72.4%	100

Bảng 3.8. Góc alpha đo được trên phim CLVT

	Góc hẹp <65°	Bình thường 65°<α<75°	N
TCLS 1 bên	10	3	13
TCLS 2 bên	14	2	16
n	24	5	29
	82.8%	17.2%	100%

Bảng 3.9. Độ dài cạnh a

n	X	Min	Max
29	1.69	1.02	3.11

3.7. Đối chiếu lâm sàng và chụp CLVT

Bảng 3.10. Liên quan chiều dài mỏm trâm và TCLS

	Nuốt đau		Sờ thấy MT	
	Có	Không	Có	Không
H<3cm	4	11	5	10
h≥3cm	12	15	21	6
n	16	26	26	16

Bảng 3.11. Liên quan góc alpha và TCLS

	Nuốt đau		Sờ thấy MT	
	Có	Không	Có	Không
Góc hẹp	12	13	19	6
Góc BT	4	13	7	10
n	16	26	26	16

Bảng 3.12. Liên quan giữa cạnh a và TCLS

	Nuốt đau		Sờ thấy MT	
	Có	Không	Có	Không
a<1.53	7	19	11	15
a≥1.53	9	7	15	1
n	16	26	26	16

3.8. Điều trị phẫu thuật. 100% BN được phẫu thuật cắt mỏm trâm theo đường trong miệng

Bảng 3.13. Phẫu thuật cắt mỏm trâm so với chẩn đoán

	QPMT 1 bên	QPMT 2 bên	n
Cắt MT 1 bên	8	6	14
Cắt MT 2 bên	0	5	5
n	8	11	19

3.9. Kết quả điều trị. Chúng tôi đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên mức độ cải thiện các triệu chứng nuốt đau, nuốt vướng, được chia làm 3 mức: Mức độ 1 – khỏi hoàn toàn, mức độ 2 – đỡ 1 phần, mức độ 3 – không cải thiện, thu được kết quả như sau:

Bảng 3.14. Triệu chứng nuốt đau sau PT 3 tháng

	Cắt MT 1 bên (14MT)		Cắt MT 2 bên (10MT)		n	%
	n	%	n	%		
Mức độ 1	3	42.9	2	33.3	5	38.5
Mức độ 2	4	57.1	4	66.7	8	61.5
Mức độ 3	0	0	0	0	0	0

Bảng 3.15. Triệu chứng nuốt vướng sau PT 3 tháng

	Cắt MT 1 bên (14MT)		Cắt MT 2 bên (10MT)		n	%
	n	%	n	%		
Mức độ 1	5	35.7	2	20	7	29.2
Mức độ 2	8	57.1	8	80	16	66.7
Mức độ 3	1	7.1	0	0	1	4.1

IV. BÀN LUẬN

4.1. Số lượng BN vào viện qua từng năm. Số lượng BN được chẩn đoán dài mỏm

trâm và phẫu thuật qua các năm gần đây có xu hướng giảm dần, đặc biệt sụt giảm trong năm 2021, 2022, 1 phần do ảnh hưởng của đại dịch Covid -19, 1 phần do phẫu thuật cắt móm trâm tương đối phức tạp và có nhiều nguy cơ rủi ro do liên quan về giải phẫu phức tạp của móm trâm với các động mạch, thần kinh xung quanh.

4.2. Tuổi và giới. Cơ chế dài móm trâm được cho là do canci hóa dây chằng trâm móng[3], điều này cần thời gian và tiến triển từ từ theo thời gian. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với giả thuyết này, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 45.9 ± 10.54 , chủ yếu dao động từ 40-50 tuổi. Bệnh gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới với tỉ lệ nam/nữ = 1/2. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Alper Ceylan được thực hiện trong 5 năm từ 2000-2005.[4]

4.3. Thời gian phát hiện bệnh. Thời gian từ lúc bệnh khởi phát đến khi chẩn đoán ra bệnh dao động khá lớn. Trong nghiên cứu, TH ngắn nhất chẩn đoán ra bệnh là 2 tháng và dài nhất lên đến 72 tháng, trung bình là 24 tháng. Thời gian này khá dài do bệnh không có triệu chứng đặc hiệu, BN thường đi khám và điều trị theo nhiều chuyên khoa: răng hàm mặt, thần kinh, ung bướu,... làm chậm trễ trong quá trình chẩn đoán bệnh.

4.4. Triệu chứng cơ năng. 2 triệu chứng chính khiến BN đi khám là nuốt đau và nuốt vướng 1 bên. Ngay cả những BN dài móm trâm 2 bên đau cả 2 bên nhưng luôn có 1 bên đau nhiều hơn bên kia một cách rõ rệt, khác với các trường hợp viêm amidan thông thường khác. Do đó triệu chứng nuốt đau, nuốt vướng một bên là một gợi ý có ý nghĩa để hướng đến chẩn đoán dài móm trâm.

4.5. Triệu chứng thực thể. 100% trường hợp BN trong nghiên cứu ấn qua hốc amidan đều thấy đau và có 26/29 MT - 89.66% BN sờ thấy đầu móm trâm qua hốc amidan, điều này không chỉ có ý nghĩa trong chẩn đoán mà còn có ý nghĩa trong quá trình phẫu thuật giúp xác định vị trí móm trâm, tạo thuận lợi trong quá trình bóc tách bọc lộ móm trâm.

4.6. Triệu chứng cận lâm sàng. Trước đây, phim chụp Xquang Nadeau có ý nghĩa quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị. Ngày nay, với sự phát triển của y học thực chứng, việc áp dụng phim chụp CTscan trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý dài móm trâm cho ta hình ảnh khách quan về móm trâm thông qua 3 chỉ số cơ bản: Chiều dài móm trâm h, góc chệch alpha và độ dài cạnh a, từ đó, việc chẩn đoán quá phát móm trâm dễ dàng, khách quan và thuyết phục hơn.

Chiều dài móm trâm: Chiều dài trung bình của móm trâm là 3.72 ± 0.97 cm, trường hợp ngắn nhất gây triệu chứng lâm sàng là 2.56 cm và dài nhất lên đến 6.54cm. Kết quả này cũng tương đương với 1 số kết quả nghiên cứu đã được công bố trên thế giới như nghiên cứu của Ilguy[5] chiều dài móm trâm (P) là 3.5 ± 1.5 cm và bên trái là 3.4 ± 1.3 cm

Đa số móm trâm có chiều dài >3cm gây TCLS (65.5%). Có 1 tỉ lệ không nhỏ MT có chiều dài h<3cm nhưng vẫn gây TCLS. Do đó việc đánh giá góc chệch α và độ dài cạnh a là hết sức cần thiết để lý giải cho các trường hợp này.

Góc alpha: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, góc alpha trung bình là $63.57^{\circ} \pm 3.46^{\circ}$, góc hẹp nhất ghi nhận được là 56.7° và góc lớn nhất là 71.4° . Đa số BN có góc alpha hẹp (24/29 MT, chiếm 82.8%)

Độ dài cạnh a: Trung bình a = 1.69 ± 0.50 cm, trường hợp độ dài cạnh a nhỏ nhất gây triệu chứng lâm sàng là 1.02cm và lớn nhất là 3.11cm.

4.7. Đới chiều lâm sàng và chụp CLVT. Tỷ lệ nuốt đau và sờ thấy móm trâm ở nhóm có chiều dài móm trâm ≥ 3 cm cao hơn hẳn so với nhóm chiều dài móm trâm <3cm, tương tự như vậy, tỷ lệ này ở nhóm góc α hẹp và cạnh a ≥ 1.53 cm cũng cao hơn so với nhóm góc α bình thường và cạnh a < 1.53cm

Có mối liên quan giữa chiều dài móm trâm h, góc chệch α và độ dài cạnh a với triệu chứng sờ thấy đầu móm trâm. Nghĩa là độ dài móm trâm h>3cm, góc chệch α hẹp < 65° , độ dài cạnh a ≥ 1.53 cm thì tỷ lệ sờ thấy đầu móm trâm khi thăm khám là cao hơn. Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê (kiểm định Chi - Square test, P<0.05)

4.8. Điều trị phẫu thuật. Toàn bộ BN đều được phẫu thuật theo đường trong miệng. Đa số BN (13/19 – 68.42%) được phẫu thuật phù hợp với chẩn đoán trước mổ. Trong đó 100% BN chẩn đoán dài MT 1 bên có phẫu thuật phù hợp với chẩn đoán. Có 6/11 BN – 54.55% BN được chẩn đoán dài móm trâm 2 bên nhưng khi phẫu thuật quyết định chỉ cắt 1 bên và đó cũng là bên BN có triệu chứng nặng hơn. Trong và sau mổ không ghi nhận trường hợp nào xảy ra tai biến, biến chứng.

4.9. Hiệu quả sau PT 3 tháng. Sau phẫu thuật 3 tháng, cả triệu chứng nuốt đau và nuốt vướng đều cải thiện 1 cách rõ rệt. Tỉ lệ các triệu chứng có đỡ 1 phần so với trước phẫu thuật (mức độ 2) là cao nhất (61.5% với triệu chứng nuốt đau và 66.7% với triệu chứng nuốt vướng). Nếu tính gộp chung mức độ 1 + mức độ 2 thành

nhóm có cải thiện sau phẫu thuật thì tỷ lệ cải thiện nuốt đau là 100% và nuốt vướng là 95.9%.

V. KẾT LUẬN

- Dài mồm trâm là bệnh lý dễ bị bỏ sót, triệu chứng nuốt đau, nuốt vướng một bên kéo dài là một gợi ý có ý nghĩa để hướng đến chẩn đoán.

- Phim CLVT đánh giá chi tiết mồm trâm thông qua 3 chỉ số cơ bản: Chiều dài mồm trâm h, góc chệch alpha và độ dài cạnh a

- Có mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng sờ thấy đầu mồm trâm qua hốc amidan với chiều dài h, góc chệch α và độ dài cạnh a, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$ (Chi – Square test).

- Hiện nay PT cắt mồm trâm là phương pháp điều trị duy nhất, cho kết quả tương đối tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roopashri, G., et al.,** Evaluation of elongated styloid process on digital panoramic radiographs. The journal of contemporary dental practice, 2012. 13: p. 618-22.
2. **EAGLE, W.W.,** ELONGATED STYLOID PROCESSES: Report of Two Cases. Archives of Otolaryngology, 1937. 25(5): p. 584-587.
3. **Camarda, A.J., C. Deschamps, and D. Forest, I.** Stylohyoid chain ossification: a discussion of etiology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1989. 67(5): p. 508-14.
4. **Ceylan A, K.A., Celenk F, Yilmaz O, Uslu S,** Surgical treatment of elongated styloid process: experience of 61 cases. Skull Base, 2008 Sep: p. 18(5):289-95.
5. **Ilgüy, M., et al.,** Incidence of the type and calcification patterns in patients with elongated styloid process. J Int Med Res, 2005. 33(1): p. 96-102.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LOÃNG XƯƠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRÊN 40 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI VIỆN DINH DƯỠNG NĂM 2022

Ngô Thị Thu Huyền¹, Nguyễn Cẩm Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương của người bệnh đến khám tại Viện Dinh dưỡng năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương của 117 người bệnh ≥ 40 tuổi đến khám tại Viện Dinh dưỡng. Tình trạng dinh dưỡng được đánh giá theo chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index – BMI), phân loại theo WHO, 1995. Đánh giá mật độ xương theo tiêu chuẩn của WHO, 1994. **Kết quả:** Tỷ lệ loãng xương ở nữ giới chiếm 35,8% cao gấp 3,5 lần so với nam giới chiếm 13,6%, có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ loãng xương tăng theo nhóm tuổi, nhóm tuổi trên 60 tuổi có tỉ lệ loãng xương cao nhất chiếm 76,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm đối tượng có chỉ số khối cơ thể (BMI) $< 18,5$ kg/m² có nguy cơ loãng xương cao gấp 2,8 lần so với những người còn lại. **Kết luận:** Tỷ lệ loãng xương có mối liên quan đến giới tính, nhóm tuổi, cân nặng và chỉ số BMI. Cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao kiến thức để phòng chống bệnh loãng xương của người trưởng thành.

Từ khóa: Tình trạng loãng xương, mật độ xương, Viện Dinh dưỡng

SUMMARY

¹Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thu Huyền

Email: ngothithuhuyen.ninvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024

Ngày duyệt bài: 2.2.2024

SOME FACTORS RELATED TO OSTEOPOROSIS STATUS OF PATIENTS OVER 40 YEARS OLD ATTENDING NATIONAL INSTITUTE OF NUTRITION IN 2022

Objective: To find out some factors related to osteoporosis of patients ≥ 40 years old visiting the Institute of Nutrition in 2022. **Method:** Cross-sectional study to find out some factors related to osteoporosis of 117 people. Patients ≥ 40 years old come for examination at the Institute of Nutrition. Nutritional status was assessed according to body mass index (Body Mass Index - BMI), classified according to WHO, 1995. Bone mass assessment according to WHO standards, 1994. **Results:** The rate of osteoporosis in women, 35.8%, is 3.5 times higher than in men, 13.6%, which is statistically significant. The rate of osteoporosis increases with age group, the age group over 60 years old has the highest rate of osteoporosis, accounting for 76.9%, the difference is statistically significant. People with a body mass index (BMI) < 18.5 kg/m² have a risk of osteoporosis 2.8 times higher than the rest. **Conclusion:** Osteoporosis rate is related to gender, age group, weight and BMI. It is necessary to strengthen health education and communication work to improve knowledge to prevent osteoporosis. **Keywords:** Osteoporosis status, Bone mineral density, National Institute of Nutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là hệ quả của sự rối loạn quá trình tạo xương và hủy xương của cơ thể dẫn đến hiện tượng mất chất khoáng trong xương, cấu trúc xương bị suy thoái, làm xương mỏng