

Chính những trường hợp không xác định này, việc ấn định nguy cơ ác tính tương đối sẽ có lợi cho việc chăm sóc bệnh nhân. Cùng với các đặc điểm lâm sàng như tuổi tác và tiền sử ung thư, hình thái và kích thước của khối cũng như các thông số Doppler... sẽ góp phần đưa ra những chẩn đoán chính xác về tình trạng bệnh lý của bệnh nhân. Như vậy, mô hình đa thông số để đánh giá nguy cơ phù hợp và chính xác hơn trong việc phân biệt khối u buồng trứng lành tính và ác tính.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Michael G Muto M.** Approach to the patient with an adnexal mass. Updates - <https://www.wuptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-an-adnexal-mass>. 2023.
2. **Moro F, Esposito R, Landolfo C, et al.** Ultrasound evaluation of ovarian masses and assessment of the extension of ovarian malignancy. *Br J Radiol.* 2021; 94(1125): 20201375.
3. **Timmerman D, Valentin L, Bourne T, et al.** Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000;16(5):500-505.
4. **Timmerman D, Testa AC, Bourne T, et al.** Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008;31(6):681-690.
5. **Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, et al.** O-RADS US risk stratification and management system: a consensus guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. *Radiology.* 2020;294(1):168-185.
6. **Su N, Yang Y, Liu Z, et al.** Validation of the diagnostic efficacy of O-RADS in adnexal masses. *Scientific Reports.* 2023;13(1):15667.
7. **Vara J, Manzour N, Chacon E, et al.** Ovarian Adnexal Reporting Data System (O-RADS) for Classifying Adnexal Masses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel).* 2022;14(13).
8. **Moro F, Baima Poma C, Zannoni GF, et al.** Imaging in gynecological disease (12): clinical and ultrasound features of invasive and non-invasive malignant serous ovarian tumors. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;50(6):788-799.
9. **Wang M, Liu K.** Advances in fertility preserving surgery for borderline ovarian tumors. *European Journal of Obstetrics Gynecology Reproductive Biology.* 2022;270:206-211.

## BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VIÊM ĐỘNG MẠCH TAKAYASU ĐANG ĐIỀU TRỊ XUẤT HIỆN LAO PHỔI VỚI HÌNH ẢNH HỌC KHÔNG ĐIỂN HÌNH

Nguyễn Ngọc Vân Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Thắng<sup>1</sup>, Phan Thái Hảo<sup>1</sup>, Trần Thái Thụ<sup>1</sup>, Trương Thu Phương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Lao là bệnh lý nhiễm khuẩn mạn tính do *Mycobacterium tuberculosis*, tỷ lệ người nhiễm lao chiếm khoảng 1/3 dân số toàn cầu và bệnh lao đứng thứ 13 trong nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thế giới<sup>5</sup>. Về viêm động mạch Takayasu được đánh giá là một bệnh lý hiếm gặp, đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính tại các mạch máu lớn<sup>2</sup>. Mối liên hệ giữa viêm động mạch Takayasu và lao đã được nhiều tác giả ghi nhận. Cụ thể, cả hai bệnh lý trên có mối liên hệ về vùng dịch tễ, sinh bệnh học và biểu hiện lâm sàng<sup>6,8</sup>. Để bàn luận thêm về mối liên hệ giữa viêm động mạch Takayasu và lao chúng tôi báo cáo một trường hợp lao phổi AFB (+) được phát hiện trong quá trình điều trị viêm động mạch Takayasu.

### SUMMARY

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Thắng  
Email: bsdinhtang@pnt.edu.vn  
Ngày nhận bài: 10.01.2024  
Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024  
Ngày duyệt bài: 14.3.2024

### CASE REPORT ON LUNG TUBERCULOSIS WITH ATYPICAL RADIOLOGICAL MANIFESTATIONS DEVELOPED DURING TREATMENT OF TAKAYASU ARTERITIS

Tuberculosis is a chronic infection caused by *Mycobacterium tuberculosis*, about one third of world's population is infected with tuberculosis bacteria and it's the 13<sup>th</sup> leading cause of death worldwide<sup>5</sup>. Takayasu arteritis is a rare disease, characterized by chronic, inflammatory vasculitis that primarily affects large arteries<sup>2</sup>. Association between Takayasu arteritis and tuberculosis has been suggested by several authors. Specifically, both of diseases are related in terms of epidemiological areas, pathogenesis and clinical manifestations<sup>6,8</sup>. To discuss more about the relationship between Takayasu arteritis and tuberculosis, we present a clinical case of lung tuberculosis detected during treatment of Takayasu arteritis. **Keywords:** Takayasu arteritis, tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, inflammation vasculitis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao là bệnh lý nhiễm trùng do vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis* lây truyền chủ yếu

qua đường hô hấp. Tỷ lệ nhiễm lao được ước tính chiếm khoảng 1/3 dân số trên toàn cầu mặc dù chỉ có một số ít chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao. Bệnh lao đứng thứ 13 trong nguyên nhân gây tử vong hàng đầu thế giới<sup>5</sup>.

Viêm động mạch Takayasu được phân loại là bệnh lý viêm động mạch lớn tạo mô hạt mạn tính ảnh hưởng chủ yếu trên động mạch chủ và các nhánh chính của nó<sup>3</sup>. Biến chứng do tổn thương mạch máu có thể để lại di chứng vĩnh viễn như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, nhồi máu mạch mạc treo, đau cách hồi<sup>3</sup>. Bệnh tương đối hiếm gặp, chủ yếu ở nữ giới, trẻ tuổi và tập trung ở quốc gia Châu Á, Turkey, Mexico và Nam Phi<sup>2</sup>. Hệ thống miễn dịch qua trung gian tế bào được xem là đóng vai trò chính trong sinh lý bệnh viêm mạch Takayasu. Đặc biệt là khi các tế bào miễn dịch thâm nhiễm vào mô động mạch sau đó gây viêm, dày thành động mạch thông qua việc tiết một lượng lớn các cytokines các yếu tố tăng trưởng<sup>2</sup>.

Từ lâu, nhiều tác giả đã ghi nhận mối liên hệ giữa hai bệnh lý viêm động mạch Takayasu và bệnh lao. Hai yếu tố liên quan nổi bật nhất là: vùng dịch tễ và sinh bệnh học liên quan đến tổn thương viêm tạo mô hạt<sup>6</sup>. Bên cạnh đó, hai bệnh lý trên còn có những nét tương đồng về biểu hiện lâm sàng<sup>8</sup>.

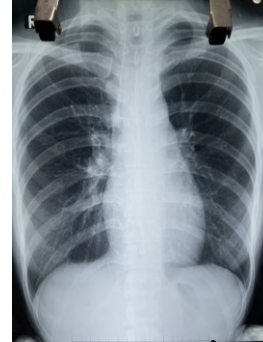
Chẩn đoán viêm mạch Takayasu được thực hiện dựa trên hai yếu tố bao gồm: lâm sàng và hình ảnh học (cộng hưởng từ mạch máu (MRA) hoặc chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CTA))<sup>3</sup>. Hầu hết các hình ảnh trên MRA, CTA cho thấy tổn thương gây hẹp hoặc tắc lòng động mạch hình nón, bờ rỗ, đôi khi có kèm dày thành mạch máu. Siêu âm Doppler màu tại động mạch cảnh chung và đoạn gần động mạch dưới đòn có thể thấy dày thành mạch máu, hẹp lòng mạch, đặc biệt khi bệnh nhân có triệu chứng giảm và mất mạch. Chẩn đoán viêm động mạch Takayasu có thể dựa vào tiêu chuẩn phân loại viêm động mạch của American College of Rheumatology/ Eular 2022 (tiêu chuẩn bao gồm 2 tiêu chuẩn bắt buộc và 10 tiêu chuẩn phụ)<sup>3</sup>. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ACR/EULAR có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 93,8% (95% CI 88,6% - 97,1%), 99,2% (95%CI 96,7% - 100%)<sup>3</sup>.

## II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 21 tuổi, cân nặng 36,6 kg chiều cao 155 cm. Địa chỉ: Phan Văn Hớn, Bà Điểm, Hóc Môn, Hồ Chí Minh. Nhập viện ngày 21/07/2022 với các triệu chứng đau cách hồi tay trái, khó thở tăng khi gắng sức, sụt cân, chán ăn.

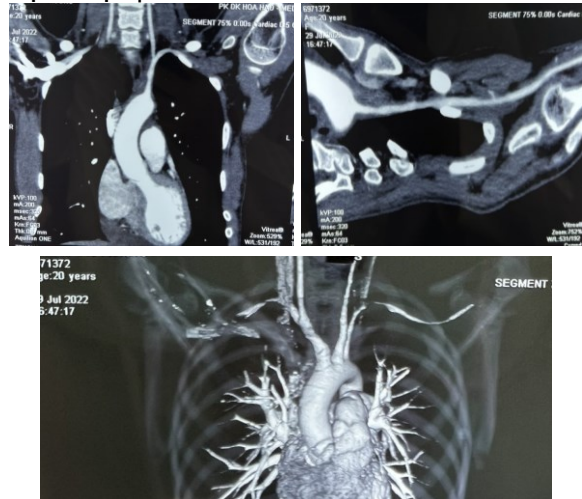
Lâm sàng ghi nhận: thể trạng suy mòn, mạch quay giảm hai bên, huyết áp tâm thu hai tay chênh lệch 22 mmHg; tay trái (96/64 mmHg), tay phải (118/75 mmHg), âm thổi động mạch cảnh chung trái, động mạch dưới đòn trái. Xquang ngực thẳng không ghi nhận bất thường.

Xét nghiệm máu 21/7/2022: tổng phân tích tế bào máu (WBC: 14,63 10<sup>3</sup>/uL, Neu 72,8%), hs CRP 206,7 mg/L. HIV test nhanh âm tính.



**Hình 2.1. Xquang ngực thẳng (21/7/2022) của người bệnh trước khi điều trị Takayasu**

Hình ảnh CT động mạch cho thấy có viêm hẹp động mạch thân cánh tay đầu phải, động mạch cảnh chung trái, động mạch dưới đòn trái và động mạch thận phải. Đường kính động mạch chủ lên 25mm, cung động mạch chủ 20mm và động mạch chủ xuống 17mm. Hình ảnh dày thành gây hẹp nhẹ động mạch thân cánh tay đầu phải và động mạch cảnh chung trái, hẹp 50% động mạch dưới đòn trái và hẹp 60% động mạch thận phải.



**Hình 2.2 Hình ảnh CT scan động mạch của người bệnh. Kết luận viêm hẹp động mạch thân cánh tay đầu Phải, động mạch cảnh chung Trái, động mạch dưới đòn Trái và động mạch thận Phải**

Động mạch chủ bụng đoạn trên thận 16 mm, dưới thận 12 mm và động mạch chậu chung hai bên 7 mm. Dày nhẹ thành động mạch chủ bụng. Hẹp 60% động mạch thận Phải.



**Hình 2.3.** Hình ảnh CT scan động mạch của người bệnh. Kết luận hẹp động mạch thận Phải.

Siêu âm doppler mạch máu ghi nhận: dày đồng tâm động mạch cảnh chung bên trái, hẹp 70%. Dày đều động mạch cảnh tay hai bên, hẹp 66% – 70%. Theo với viêm mạch Takayasu.

Ngày 30/07/2022 – 26/08/2022: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm động mạch Takayasu (Tiêu chuẩn phân loại theo ACR 2022: người bệnh thỏa 2 tiêu chuẩn bắt buộc (dưới 60 tuổi và có hình ảnh viêm động mạch lớn trên hình ảnh học) và 9 điểm tiêu chuẩn phụ (nữ (+1), đau cách hồi tay trái (+2), âm thổi động mạch cảnh chung trái và động mạch dưới đòn trái (+2), huyết áp tâm thu hai tay chênh > 20 mmhg (+1), số lượng mạch tổn thương ghi nhận là 3 trên hình ảnh học (+3)). Bệnh nhân được điều trị với Methylprednisolone 16 mg 2 viên uống sáng. Các triệu chứng lâm sàng sốt, khó thở, đau cách hồi giảm và người bệnh bắt đầu tăng cân trở lại (từ 36,6 kg lên 40,5 kg).

Ngày 27/08/2022 – 19/10/2022: người bệnh điều trị viêm động mạch Takayasu với Methylprednisolon 16 mg 1 viên uống sáng.

Ngày 20/10/2022: người bệnh than ho khạc đàm vàng đục, mệt mỏi, sốt ớn lạnh trở lại. Xquang ngực thẳng có đám mờ không đồng nhất dạng phế nang vị trí đáy phổi Trái.

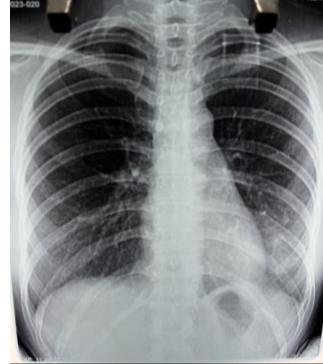


**Hình 2.4** Hình ảnh Xquang ngực thẳng (20/10/2022) của người bệnh sau khi điều trị viêm mạch Takayasu 2,5 tháng

Xét nghiệm tạt trùng đàm (20/10/2022): Staphylococcus sp (Coagulase -). Nhạy Amox/Clavulanic, Ofloxacin, Vancomycin. Xét nghiệm soi AFB đàm trực tiếp (20/10/2022): AFB 1+. Xpert MTB/RIF đàm (20/10/2022): có MTB không kháng RIF.

Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngày 20/10/2022: WBC 15,11  $10^3/uL$ , Neutro 89%. CRP 21,4 mg/dL.

Bệnh nhân bắt đầu điều trị lao và viêm phổi do Staphylococcus từ 28/10/2022: RHEZ (RHEZ - 3 viên) + Linezolid + Augmentin. Phác đồ điều trị sau đó là 6 tháng điều trị lao (2RHEZ/4RHE) và 3 tuần điều trị Staphy coagulase (-) (Linezolid + Augmentin). Lâm sàng bệnh nhân đáp ứng tốt. Ngày 11/09/2023 bệnh nhân tái khám điều trị viêm mạch Takayasu, lâm sàng ghi nhận không sốt, không ho khạc đàm, còn khó thở nhẹ khi gắng sức, hình ảnh Xquang ngực thẳng không phát hiện bất thường.



**Hình 2.5.** Hình ảnh Xquang ngực thẳng (11/09/2023) của bệnh nhân sau khi kết thúc điều trị lao

#### IV. BÀN LUẬN

Lao là bệnh lý nhiễm trùng do vi khuẩn Mycobacterium tuberculosis ảnh hưởng chủ yếu tại phổi, do đó lao phổi là thể lao thường gặp nhất. Tuy nhiên, về bản chất lao là một bệnh lý đa cơ quan với biểu hiện lâm sàng đa dạng. Lao là nguyên nhân quan trọng gây tử vong và tàn tật cao ở các quốc gia phát triển và đang phát triển, đặc biệt là ở nhóm người có cơ địa suy giảm miễn dịch<sup>5</sup>. Tuy nhiên, phần lớn các trường hợp nhiễm lao sẽ ở trạng lao tiềm ẩn, được định nghĩa là tình trạng đáp ứng miễn dịch kéo dài với tác nhân M.tuberculosis mà không có biểu hiện lâm sàng của lao hoạt động<sup>7</sup>. Lao tiềm ẩn có thể tái hoạt thành lao thứ phát sau đó một khoảng thời gian khi hệ miễn dịch của người nhiễm suy giảm<sup>7</sup>. Sinh bệnh học lao được xem là một ví dụ kinh điển về phản ứng quá mẫn muộn loại IV

qua trung gian tế bào. Cụ thể, M. tuberculosis kích thích các tế bào miễn dịch (lympho T CD4+, CD 8+), dẫn đến tăng cường hóa ứng động và hoạt hóa các đại thực bào mô<sup>7</sup>.

Viêm mạch Takayasu hay còn được biết đến là bệnh lý mất mạch, là một tình trạng viêm hệ thống gây tổn thương mạch máu trung bình, lớn và các nhánh của chúng. Viêm động mạch Takayasu là bệnh lý hiếm gặp với tỷ lệ khoảng 1 – 2 phần triệu, bệnh tập trung ở nữ giới (8,5:1), độ tuổi trung bình từ 10 – 40 tuổi<sup>3</sup>. Bệnh tập trung tại các quốc gia Châu Á, Turkey, Mexico và Nam Phi<sup>2</sup>. Sinh lý bệnh viêm mạch Takayasu chưa được hiểu rõ. Đặc trưng của bệnh là hiện tượng viêm động mạch tạo mô hạt ở các mạch máu lớn và trung bình, dẫn đến dày các mô sợi xuyên thành động mạch và do đó gây tắc nghẽn đa mạch máu<sup>3</sup>. Hệ thống miễn dịch qua trung gian tế bào được xem là đóng vai trò chính. Đặc biệt là hiện tượng thâm nhiễm tế bào (bao gồm đại thực bào, tế bào T CD4+, T CD8+, γδ, tế bào NK (natural killer) và bạch cầu đa nhân trung tính) vào mô động mạch<sup>2</sup>. Các tế bào này có thể gây viêm, dày thành động mạch thông qua việc tiết một lượng lớn các cytokines các yếu tố tăng trưởng<sup>2</sup>. Bên cạnh đó, ghi nhận heat sock proteins (HSPs) của bản thân người bệnh có thể đóng vai trò tạo điều kiện thuận lợi cho việc nhận biết và bám dính tế bào trong quá trình xâm nhập<sup>1</sup>.

Mối liên hệ giữa lao và viêm mạch Takayasu đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu. Hai yếu tố liên quan nổi bật nhất là: vùng dịch tễ và sinh bệnh học liên quan đến tổn thương viêm tạo mô hạt<sup>6</sup>. Các tác giả cũng ghi nhận tỷ lệ mắc lao trong những số người bệnh viêm động mạch Takayasu cao hơn so với tỷ lệ mắc lao trong dân số ở mọi quốc gia<sup>6</sup>. Ngoài ra, hai bệnh lý này còn có biểu hiện lâm sàng tương đồng nhau (sốt ớn lạnh, mệt mỏi, sụt cân)<sup>8</sup>. Trong ca lâm sàng được ghi nhận trên, bệnh nhân có triệu chứng sốt ớn lạnh, mệt mỏi, sụt cân tại thời điểm trước khi điều trị viêm mạch Takayasu sau đó các triệu chứng này giảm khi bệnh nhân được điều trị corticosteroid.

Cơ chế bệnh sinh giữa hai bệnh lý này chưa được hiểu rõ, tuy nhiên có một số giả thuyết liên quan như miễn dịch qua trung gian tế bào chống lại proteins mycobacterial, cụ thể là heat sock proteins (HSPs), đã được ghi nhận trên bệnh nhân viêm động mạch Takayasu<sup>1</sup>. Hiện tượng kích hoạt miễn dịch chéo qua lại giữa HSPs của người bệnh và mycobacterial HSPs có thể kích hoạt quá trình miễn dịch tự miễn<sup>1,4</sup>. Hiện tượng

này là do trình tự gen heat sock proteins tương đồng giữa con người và vi khuẩn lao được bảo tồn trong quá trình phát sinh loài. Vì vậy, người nhiễm lao có thể xuất hiện đáp ứng miễn dịch tấn công chống lại vi khuẩn lao và cả mô động mạch<sup>1,4</sup>. Nhiều nghiên cứu ủng hộ giả thuyết này và ghi nhận cả hai con đường miễn dịch thể dịch và tế bào chống lại kháng nguyên M.tuberculosis ở người bệnh viêm mạch Takayasu<sup>1,4</sup>. Ngoài ra, bệnh nhân viêm động mạch Takayasu được điều trị với corticosteroid và các thuốc ức chế miễn dịch cũng góp phần làm tăng nguy cơ chuyển từ lao tiềm ẩn thành lao hoạt động ở người bệnh<sup>6</sup>. Đặc biệt khi người bệnh sinh sống tại Việt Nam là quốc gia có gánh nặng bệnh lao và tỷ lệ người mắc lao tiềm ẩn cao<sup>5</sup>. Trong ca lâm sàng được báo cáo, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân bắt đầu xuất hiện các triệu chứng ho khạc đàm, mệt mỏi, sốt trở lại sau khi điều trị viêm mạch Takayasu được 2,5 tháng. Xét nghiệm bệnh nhân tại thời điểm này ghi nhận có tổn thương đám mờ không đồng thùy dưới phổi (T) trên Xquang, xét nghiệm đàm có nhiễm Staphylococcus và AFB (+). Bệnh nhân được điều trị lao phổi theo phác đồ A1 (2RHEZ/4RHE), viêm phổi Staphylococcus (Augmentin và Linezolid) bên cạnh điều trị Takayasu. Lâm sàng bệnh nhân cải thiện tốt, hình ảnh Xquang sau khi kết thúc điều trị lao không phát hiện bất thường. Qua ca lâm sàng trên, thấy được phần nào mối liên hệ giữa lao và viêm động mạch Takayasu. Người bệnh có thể nhiễm lao trước và HSPs của M. tuberculosis khởi động phản ứng miễn dịch gây viêm động mạch Takayasu, người bệnh sau đó đến khám chủ yếu vì các triệu chứng tim mạch có thể kèm theo những triệu chứng tương đồng giữa lao và Takayasu (sốt, mệt mỏi, sụt cân). Sau khi điều trị viêm động mạch Takayasu với các thuốc ức chế miễn dịch, bệnh nhân bắt đầu bùng phát bệnh lao với các biểu hiện lâm sàng mới như ho khạc đàm hoặc xuất hiện lại các triệu chứng trước đó thuyên giảm với điều trị Takayasu.

## V. KẾT LUẬN

Viêm động mạch Takayasu là một bệnh lý viêm động mạch lớn, trung bình tương đối hiếm gặp. Mối liên hệ giữa viêm động mạch Takayasu và lao đã được ghi nhận trong các nghiên cứu, trong đó vùng dịch tễ và sinh bệnh học là hai yếu tố nổi bật nhất. Theo đó, lao có thể đóng vai trò là kháng nguyên kích hoạt quá trình miễn dịch gây viêm động mạch Takayasu, ngược lại điều trị ức chế miễn dịch thúc đẩy người bệnh chuyển từ lao tiềm ẩn thành lao hoạt động.

Ngoài ra, do cả hai bệnh lý trên có những triệu chứng lâm sàng tương đồng nhau (sốt, sụt cân, mệt mỏi) dẫn đến dễ bỏ sót chẩn đoán, người bệnh nên được thực hiện xét nghiệm tầm soát lao tiềm ẩn trước khi điều trị thuốc ức chế miễn dịch và theo dõi sát trong quá trình điều trị. Bài báo này chỉ trình bày kinh nghiệm về 1 trường hợp lâm sàng về 1 bệnh lý hiếm gặp vì vậy cần phải có thêm những nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn để có thể hiểu thêm về mối liên hệ giữa lao và viêm động mạch Takayasu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aggarwal A, Chag M, Sinha N, et al.** Takayasu's arteritis: role of Mycobacterium tuberculosis and its 65 kDa heat shock protein. *Int J Cardiol.* Jul 5 1996;55(1):pp 49-55. doi:10.1016/0167-5273(96)02660-5
2. **Bhandari S, Butt SRR, Ishfaq A, et al.** Pathophysiology, Diagnosis, and Management of Takayasu Arteritis: A Review of Current Advances. *Cureus.* Jul 2023;15(7):pp e42667. doi:10.7759/cureus.42667
3. **Grayson PC, Ponte C, Suppiah R, et al.** 2022 American College of Rheumatology/EULAR classification criteria for Takayasu arteritis. 2022;81(12):pp 1654-1660. doi:10.1136/ard-2022-223482 %J Annals of the Rheumatic Diseases
4. **Kumar Chauhan S, Kumar Tripathy N, Sinha N, et al.** Cellular and humoral immune responses to mycobacterial heat shock protein-65 and its human homologue in Takayasu's arteritis. *Clin Exp Immunol.* Dec 2004;138(3):pp 547-553. doi:10.1111/j.1365-2249.2004.02644.x
5. **Organization WH.** Global Tuberculosis report 2022. 2022. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>
6. **Pedreira ALS, Santiago MB.** Association between Takayasu arteritis and latent or active Mycobacterium tuberculosis infection: a systematic review. *Clin Rheumatol.* Apr 2020; 39(4):pp 1019-1026. doi:10.1007/s10067-019-04818-5
7. **Rotimi Adigun RS.** Tuberculosis. StatPearls Publishing. 2023;pp, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441916/>
8. **Zhou J, Ji R, Zhu R, et al.** Clinical Features and Risk Factors for Active Tuberculosis in Takayasu Arteritis: A Single-Center Case-Control Study. *Front Immunol.* 2021;12:pp 749317. doi:10.3389/fimmu.2021.749317

## MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM VỀ MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN HÀ ĐÔNG

Trần Minh Huệ<sup>1</sup>, Ngô Quỳnh Hoa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm về mật độ xương và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân loãng xương tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 154 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh loãng xương bằng phương pháp đo mật độ xương hấp thụ tia X năng lượng kép tại Khoa Xét nghiệm và Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2023. **Kết quả và kết luận:** T-score cổ xương đùi giảm dần theo tuổi; T-score cột sống thắt lưng ở nhóm bệnh nhân gãy là thấp nhất; T-score cột sống thắt lưng và cổ xương đùi ở đối tượng có tiền sử gãy xương tự nhiên thấp hơn đối tượng không có tiền sử gãy xương tự nhiên; T-score cột sống thắt lưng và cổ xương đùi ở đối tượng có tiền sử cha mẹ gãy xương hông thấp hơn đối tượng không có tiền sử cha mẹ gãy xương hông; T-score cột sống thắt lưng và cổ xương đùi ở nhóm sử dụng glucocorticoid

kéo dài thấp hơn so với nhóm không sử dụng glucocorticoid kéo dài; T-score cổ xương đùi của nhóm sinh trên 3 con thấp hơn nhóm sinh ≤3 con; Thời gian mãn kinh càng lâu (>20 năm) T-score cổ xương đùi càng giảm; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). T-score cổ xương đùi và cột sống thắt lưng của nhóm hút thuốc thấp hơn nhóm không hút thuốc; T-score cổ xương đùi và cột sống thắt lưng của nhóm uống rượu thấp hơn nhóm không uống rượu; T-score trung bình cổ xương đùi và cột sống thắt lưng ở nhóm mãn kinh sớm thấp hơn nhóm không mãn kinh sớm; T-score trung bình giữa 2 giới chưa có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ).

**Từ khóa:** Loãng xương, mật độ xương, yếu tố nguy cơ.

### SUMMARY

#### DESCRIPTION OF BONE DENSITY CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS AT HA DONG HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

**Objectives:** Describing the characteristics of bone density and related factors in patients with osteoporosis at Ha Dong hospital of traditional medicine. **Subjects and methods:** The cross-sectional descriptive study was performed on 154

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS.Ngô Quỳnh Hoa

Email: ngoquynhhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024