

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 Huệ¹, Ngô Quỳnh Hoa¹

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

¹Trường 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

patients diagnosed with osteoporosis with using dual-energy X-ray absorptiometry conducted at Department of Laboratory and Diagnostic Imaging at Ha Dong Hospital of Traditional Medicine from December, 2022 to October, 2023. **Results and conclusion:** The femur T-score gradually decreases with age; lumbar spine T-score was the lowest at the thin group; lumbar spine T-score in subjects with a history of natural fractures was lower than those without natural fractures; lumbar spine T-score in subjects with a history of parental hip fracture was lower than those without a history of parental hip fracture; lumbar spine T-score of the group using long-term glucocorticoid was lower than those not using; The femur T-score of the group giving birth to more than 3 children is lower than those ≤ 3 children; The longer the menopause (>20 years) was, the lower the T-score got; The difference is statistically significant ($p < 0.05$). The femur and lumbar spine T-score of the smoking group was lower than that of the non-smoking group; The femur and lumbar spine T-score of the alcohol drinking group were lower than the non-drinking group; The average T-score of the femoral neck and lumbar spine in the early menopause group was lower than the non-early menopause group; The average T-score between the two sexes has no difference; ($p > 0.05$).

Keywords: Osteoporosis, bone density, risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (LX) là tình trạng rối loạn chuyển hoá của xương dẫn đến tổn thương độ chắc của xương làm tăng nguy cơ gãy xương. Độ chắc của xương bao gồm sự toàn vẹn cả về khối lượng và chất lượng của xương. Các khái niệm về LX ban đầu chỉ nêu LX liên quan tới tình trạng mãn kinh ở phụ nữ, sau đó nguyên nhân gây LX sinh lý và bệnh lý, các yếu tố nguy cơ đã được nghiên cứu. Trên toàn thế giới, số lượng bệnh nhân bị gãy xương đùi do LX là hơn 200 triệu người. Tại Việt Nam, theo một số nghiên cứu, có khoảng 29% phụ nữ từ 50 tuổi trở lên bị LX và khoảng 28% trong số đó bị gãy xương đột sống.⁷ Những bệnh nhân LX có nguy cơ gãy xương và dẫn tới tử vong cao hơn. Hiện nay, việc đo mật độ xương (MĐX) vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán LX. Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra các tiêu chí bao gồm chỉ số T-score và chỉ số Z-score để đánh giá tình trạng xương. Điểm T-score là chỉ số lệch của bệnh nhân so với chỉ số chuẩn của người trẻ (WHO định nghĩa LX khi điểm $T \leq -2,5$) và điểm Z-score là chỉ số chênh lệch MĐX của người được đo với MĐX của một người cùng tuổi, trọng lượng, giới tính, màu da... ở tình trạng chuẩn.⁸ Bệnh viện Y học cổ truyền (YHCT) Hà Đông là bệnh viện hạng II, một trong 2 bệnh viện đầu ngành về YHCT của thành phố Hà Nội và là tuyến khám chữa bệnh bằng YHCT cao nhất của Thủ đô. Để nâng cao hiệu quả điều trị thì việc chẩn đoán LX sẽ giúp bệnh viện dự trù

được nhân lực, vật tư và thuốc sử dụng. Bên cạnh đó việc khảo sát các yếu tố nguy cơ sẽ giúp bệnh nhân phòng tránh gãy xương trong tương lai. Tuy nhiên, tại Bệnh viện YHCT Hà Đông cho tới hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm về MĐX và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân LX tại Bệnh viện YHCT Hà Đông.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán xác định LX theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO chỉ số T - Score $\leq -2,5$.

- Có hoặc không có các bệnh lý kèm theo.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Các bệnh nhân không có khả năng trả lời phỏng vấn

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện YHCT Hà Đông.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện thu thập tất cả các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu được tiến hành. Chúng tôi đã thu thập được 154 đối tượng đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn cho nghiên cứu.

2.3.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, chỉ số BMI, số lần sinh, thời gian mãn kinh, chỉ số T- Score ở cột sống thắt lưng (CSTL) và cổ xương đùi (CXĐ).

- Thông tin về tiền sử: Tiền sử gãy xương, sử dụng rượu bia, hút thuốc, tiền sử sử dụng glucocorticoid (GC).

2.3.4. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng chương trình SPSS 20.0. Các giá trị trung bình và tỉ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn được sử dụng để mô tả các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Sử dụng kiểm định T test Student, Fisher's exact test, tỉ suất chênh OR để đánh giá các yếu tố nguy cơ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng đề cương Thạc sỹ trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng khoa học của bệnh viện YHCT Hà Đông. Các bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2023 đã thu nhận được 154 đối tượng đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm về chỉ số T-score và một số yếu tố nguy cơ chung

Yếu tố nguy cơ		Chỉ số	T-score CSTL (X̄±SD)	p	Tscore CXĐ (X̄±SD)	p
Tuổi	50- 59 tuổi (1) (n= 18)		-3,06±0,64	p ₁₋₂ >0,05; p ₁₋₃ >0,05; p ₁₋₄ >0,05; p ₂₋₃ >0,05; p ₂₋₄ >0,05; p ₃₋₄ >0,05.	-1,83±0,61	p ₁₋₂ >0,05; p ₁₋₃ <0,05; p ₁₋₄ <0,05; p ₂₋₃ <0,05; p ₂₋₄ <0,05; p ₃₋₄ <0,05
	60-69 tuổi (2) (n= 54)		-2,93±0,84		-2,10±0,59	
	70- 79 tuổi (3) (n= 58)		-2,84±0,76		-2,54±0,63	
	≥ 80 tuổi (4) (n= 24)		-3,02±1,04		-2,88±0,90	
BMI	Gầy (1) (n=38)		-3,29±0,92	p ₁₋₂ <0,05; p ₁₋₃ <0,05; p ₁₋₄ <0,05; p ₂₋₃ >0,05; p ₂₋₄ >0,05; p ₃₋₄ >0,05.	-2,66±0,78	p ₁₋₂ <0,05; p ₁₋₃ <0,05; p ₁₋₄ >0,05; p ₂₋₃ >0,05; p ₂₋₄ >0,05; p ₃₋₄ >0,05
	Bình thường (2) (n=80)		-2,88±0,66		-2,23±0,63	
	Thừa cân (3) (n=26)		-2,72±0,78		-2,28±0,85	
	Béo phì (4) (n=10)		-2,43±1,22		-2,43±0,79	
Giới	Nam (n=13)		-2,74±0,65	>0,05	-2,35±0,72	>0,05
	Nữ (n=141)		-2,94±0,83		-2,39±0,74	
Tiền sử gãy xương tự nhiên	Có gãy xương (n=8)		-4,38±1,04	<0,05	-3,35±0,79	<0,05
	Không có gãy xương (n=146)		-2,85±0,73		-2,30±0,70	
Tiền sử cha mẹ gãy xương hông	Có gãy xương (n=7)		-4,11±1,09	<0,05	-3,24±0,75	<0,05
	Không có gãy xương (n=147)		-2,83±0,72		-2,29±0,69	
Sử dụng GC kéo dài	Có (n=33)		-3,55±0,87	<0,05	-2,57±0,67	<0,05
	Không (n=121)		-2,76±0,72		-2,30±0,74	

Nhận xét:

- T-score CXĐ giảm dần theo độ tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p< 0,05.
- T-score CSTL ở nhóm bệnh nhân gầy là thấp nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p< 0,05.
- T-score trung bình giữa 2 giới chưa có sự khác biệt, với p>0,05.
- T-score trung bình tại CSTL và CXĐ ở đối tượng có tiền sử gãy xương tự nhiên thấp hơn đối tượng không có tiền sử gãy xương tự nhiên,

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p< 0,05.

- T-score trung bình tại CSTL và CXĐ ở đối tượng có tiền sử cha mẹ gãy xương hông thấp hơn đối tượng không có tiền sử cha mẹ gãy xương hông, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p< 0,05.
- T-score trung bình tại CSTL và CXĐ ở nhóm sử dụng GC kéo dài thấp hơn so với nhóm không sử dụng GC kéo dài, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Bảng 2. Đặc điểm về chỉ số T-score và một số yếu tố nguy cơ ở nữ giới

Yếu tố nguy cơ		Chỉ số	T-score CSTL (X̄±SD)	p	Tscore CXĐ (X̄±SD)	p
Số lần sinh	Sinh ≤ 3 con (n=111)		-2,25±0,70	>0,05	-2,88±0,79	<0,05
	Sinh > 3 con (n=30)		-2,74±0,76		-3,71±0,98	
Tuổi mãn kinh	<45 tuổi (n=8)		-3,31±0,64	>0,05	-2,42±0,65	>0,05
	≥ 45 tuổi (n=133)		-2,92±0,84		-2,35±0,75	
Thời gian mãn kinh	Dưới 5 năm (1) (n=8)		-3,27±0,52	p ₁₋₂ >0,05; p ₁₋₃ >0,05; p ₁₋₄ >0,05; p ₁₋₅ >0,05;	-1,73±0,46	p ₁₋₂ >0,05; p ₁₋₃ >0,05; p ₁₋₄ <0,05; p ₁₋₅ <0,05;
	Từ 6-10 năm (2) (n=15)		-2,89±0,65		-1,87±0,63	
	Từ 11- 15 năm (3) (n=29)		-2,90±0,96		-2,04±0,60	
	Từ 16-20 năm (4) (n=26)		-3,02±0,58		-2,27±0,52	

	Trên 20 năm (5) (n=64)	-2,90±0,94	p ₂₋₃ >0,05; p ₂₋₄ >0,05; p ₂₋₅ >0,05; p ₃₋₄ >0,05; p ₃₋₅ >0,05; p ₄₋₅ >0,05.	-2,73±0,74	p ₂₋₃ >0,05; p ₂₋₄ >0,05; p ₂₋₅ <0,05; p ₃₋₄ >0,05; p ₃₋₅ <0,05; p ₄₋₅ <0,05.
--	------------------------	------------	--	------------	--

Nhận xét:

- T-score trung bình tại CXĐ của nhóm sinh trên 3 con thấp hơn nhóm sinh ≤3 con, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

- T-score trung bình tại CSTL và CXĐ của nhóm mãn kinh trước 45 tuổi thấp hơn nhóm mãn kinh ≥ 45 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

- Thời gian mãn kinh càng lâu (>20 năm) thì T-score trung bình CXĐ càng giảm. Sự khác biệt giữa thời gian mãn kinh trên 20 năm so với các khoảng thời gian còn lại có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Bảng 3. Đặc điểm về chỉ số T-score và một số yếu tố nguy cơ ở nam giới

Yếu tố nguy cơ	Chỉ số	T-score CSTL (X±SD)	p	Tscore CXĐ (X±SD)	p
Uống rượu bia	Có (n=8)	-2,77±0,48	>0,05	-2,51±0,77	>0,05
	Không (n=5)	-2,70±0,92		-2,20±0,67	
Hút thuốc	Có (n=7)	-3,00±0,31	>0,05	-2,60±0,42	>0,05
	Không (n=6)	-2,52±0,80		-2,15±0,96	

Nhận xét: - T-score trung bình tại CXĐ và CSTL của nhóm uống rượu thấp hơn nhóm không uống rượu, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

- T-score trung bình tại CXĐ và CSTL của nhóm hút thuốc thấp hơn nhóm không hút thuốc, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

LX do tuổi già là nguyên nhân LX nguyên phát gặp ở cả nam và nữ, là hậu quả của sự mất xương từ từ trong nhiều năm. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi ≥ 80 tuổi có chỉ số T-score CXĐ trung bình thấp nhất (-2,88 ± 0,90SD), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05. Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra tuổi là một yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng tới MĐX, tỉ lệ mắc LX tăng dần theo tuổi và tuổi càng cao thì MĐX càng giảm. Theo Võ Thị Thanh Hiền (2020) cho thấy tuổi tăng lên thì MĐX sẽ giảm đi cả ở CSTL và CXĐ.⁴ Nguyên nhân là do ở người

già có sự mất cân bằng giữa hai quá trình tạo xương và hủy xương do chức năng của tạo cốt bào bị suy giảm, quá trình hủy xương diễn ra nhanh hơn quá trình tạo xương, ngoài ra còn có sự giảm hấp thu canxi ở ruột và sự giảm tái hấp thu canxi ở ống thận.³

Về đặc điểm giữa T-score và giới, nghiên cứu của chúng tôi có 13 bệnh nhân nam và 141 bệnh nhân nữ, kết quả bảng 3.1 cho thấy T-score trung bình CXĐ và CSTL của nhóm bệnh nhân nữ lần lượt là -2,39±0,74 SD và -2,94±0,83 SD thấp hơn so với nam giới (-2,35±0,72 SD và -2,74±0,65 SD). Có sự chênh lệch lớn giữa tỉ lệ nam giới và nữ giới mắc LX và MĐX của nữ giới thấp hơn nam giới vì tốc độ mất xương ở nữ nhanh hơn so với nam. Khối lượng xương đỉnh nữ giới thấp hơn nên nguồn dự trữ xương lúc về già thấp hơn. Sau mãn kinh nữ giới còn bị suy giảm chức năng buồng trứng dẫn đến thiếu hormone estrogen, hormone này có vai trò quan trọng trong việc duy trì khối lượng xương, cùng với sự mất xương do tuổi già đã làm tỉ lệ nữ giới bị LX cao hơn nam giới.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân LX ở nhóm thể trạng gầy có chỉ số T-score trung bình tại CSTL và CXĐ thấp nhất, p<0,05. Theo De Laet C và cộng sự cho thấy BMI ≥ 25 là yếu tố bảo vệ đối với MĐX, còn ở những người gầy BMI < 18,5 làm tăng nguy cơ LX, người có BMI < 20 có liên quan tới mất xương nhiều và tăng nguy cơ gãy xương gấp 1 - 2 lần so với người có BMI ≥ 25.⁶ Những người có tầm vóc thấp bé, nhẹ cân, có khối lượng xương thấp hơn. Đây là một yếu tố góp phần làm gia tăng sự mất xương, dẫn đến MĐX giảm nhiều hơn, nguy cơ mắc LX cao hơn.⁸

Trong nghiên cứu này, 8 bệnh nhân có tiền sử gãy xương tự nhiên và 6 bệnh nhân có tiền sử cha mẹ gãy xương hông, T-score tại CSTL và CXĐ của 2 nhóm đối tượng này thấp hơn so với nhóm không có tiền sử gãy xương tự nhiên và tiền sử cha mẹ gãy xương hông, p<0,05. Tiền sử gãy xương hông của cha mẹ có liên quan đến nguy cơ gãy xương hông tăng gấp đôi ở phụ nữ, bất kể MĐX.⁸ Trong nghiên cứu có 33 bệnh nhân có tiền sử sử dụng GC trên 3 tháng. T-score tại CSTL và CXĐ của nhóm này thấp hơn nhóm không sử dụng GC kéo dài, p<0,05. Võ Thị

Thanh Hiền (2020) cho thấy những người sử dụng GC kéo dài có nguy cơ bị LX cao gấp 1,88 lần so với người bình thường.⁴ Nguyên nhân được cho là do GC gây ảnh hưởng lên xương xốp nhiều hơn xương vỏ, vì thế sự mất xương xảy ra nhanh và thường gây gãy xương do loãng xương ở thân đốt sống, xương sườn và các đầu xương dài.⁴

Mãn kinh sớm là một trong những yếu tố nguy cơ dẫn đến MĐX, LX ở phụ nữ. Số liệu bảng 3.2 cho thấy phụ nữ mãn kinh sớm trước 45 tuổi có chỉ số T – score trung bình ở CXĐ và CSTL ($-2,42 \pm 0,65SD$ và $-3,31 \pm 0,64SD$) thấp hơn nhóm phụ nữ không có mãn kinh sớm ($-2,35 \pm 0,75SD$ và $-2,92 \pm 0,84SD$), $p > 0,05$. Mãn kinh là một hiện tượng sinh lý thường diễn ra ở độ tuổi 45 - 50. Sau mãn kinh, có sự giảm sút đột ngột hormone estrogen, làm MĐX bị suy giảm nhanh chóng. Quá trình mất xương xảy ra nhanh trong vòng 5 – 15 năm sau mãn kinh, ở phụ nữ có mãn kinh sớm thì quá trình này kéo dài vì thế MĐX sẽ giảm nhanh hơn người không có mãn kinh sớm. Sau giai đoạn mất xương nhanh do giảm lượng estrogen, nữ giới tiếp tục bước vào giai đoạn mất xương do tuổi già.¹ Trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa LX và tình trạng mãn kinh sớm, có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn. Kết quả bảng 3.2 cũng cho thấy thời gian mãn kinh càng lâu thì MĐX càng giảm và nhóm mãn kinh trên 20 năm có T-score tại CXĐ và CSTL thấp nhất, chỉ số T - score giảm dần theo số lần sinh con, phụ nữ sinh càng nhiều con thì MĐX càng giảm, mức độ giảm nhiều nhất ở nhóm phụ nữ sinh từ 3 con trở lên, ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Cao Thanh Ngọc (2020) cho thấy mãn kinh sớm làm tăng nguy cơ mắc LX cao gấp 3 lần, nhóm bệnh nhân có số lần sinh 3 con trở lên nguy cơ LX tại vùng CSTL cao gấp 2,38 lần, nhóm có thời gian mãn kinh kéo dài nguy cơ LX chung gấp 261 lần so với nhóm có thời gian mãn kinh 5-10 năm, ($p < 0,05$).¹ Quá trình mang thai là một yếu tố kích thích làm thay đổi hoạt động nội tiết tố nữ, do vậy làm ảnh hưởng đến chu chuyển xương. Nhu cầu canxi của phụ nữ mang thai và cho con bú cao hơn bình thường cho nên nếu không cung cấp đủ canxi trong giai đoạn này thì canxi sẽ được huy động từ xương vào máu gây hiện tượng mất chất khoáng, làm giảm mật độ khoáng của xương. Phụ nữ mang thai nhiều lần tình trạng này càng tăng lên dẫn đến MĐX ngày càng giảm nhiều hơn so với phụ nữ sinh ít con.¹

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hút thuốc lá và uống rượu bia chỉ gặp ở nam giới, nguyên nhân có thể do đó là những thói quen thường gặp

ở nam giới ít gặp ở nữ giới, vì vậy chúng tôi khảo sát các đặc điểm này trên đối tượng là nam giới. T-score trung bình CXĐ và CSTL của nhóm có thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia thấp hơn nhóm không có thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia, ($p > 0,05$). Việc tiếp xúc với cadmium từ khói thuốc lá đóng vai trò quan trọng trong bệnh LX do hút thuốc. Thói quen lạm dụng rượu cũng là một yếu tố nguy cơ của LX do chúng làm giảm hấp thu calci và các chất khoáng ở ruột đồng thời do các chất độc sinh ra khi chuyển hóa làm ngăn cản hoạt động của tạo cốt bào. Có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng cả hút thuốc lá và uống quá nhiều rượu đều có liên quan đến việc tăng tỷ lệ mất xương và gãy xương.⁷ Tuy nhiên chúng tôi chưa thấy có ý nghĩa thống kê có thể do mẫu nghiên cứu chỉ có bệnh nhân nam, cỡ mẫu nhỏ, chưa đủ đại diện cho quần thể.

V. KẾT LUẬN

Sau khi thu thập và xử lý số liệu từ 154 bệnh nhân, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Tuổi cao, BMI thấp, sử dụng GC kéo dài, tiền sử gãy xương tự nhiên và tiền sử cha mẹ gãy xương hông, số lần sinh con nhiều (≥ 3 lần), thời gian mãn kinh dài (≥ 20 năm) thì T-score càng thấp, ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Thanh Ngọc.** Tỷ lệ loãng xương và các yếu tố liên quan loãng xương ở phụ nữ cao tuổi tại phòng khám lão khoa - bệnh viện Đại học y dược Tp. Hồ Chí Minh năm 2020 – 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 165-172.
2. **Nguyễn Đình Nguyên.** Vai trò của các yếu tố nguy cơ trong tiên đoán gãy xương. Kỳ yếu các báo cáo hội nghị khoa học loãng xương, gãy xương và vitamin D, Cần Thơ. 2010: 35-40.
3. **Nguyễn Thị Mai Hương.** Nghiên cứu yếu tố nguy cơ loãng xương và dự báo gãy xương theo mô hình Frax ở nam giới từ 50 tuổi trở lên. Luận án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội. 2012.
4. **Võ Thị Thanh Hiền.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới loãng xương ở phụ nữ đến khám tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020; (503): 252-259.
5. **Alswat KA.** Gender Disparities in Osteoporosis. J Clin Med Res. 2017 May;9(5):382-387. doi: 10.14740/jocmr2970w. Epub 2017 Apr 1. PMID: 28392857; PMCID: PMC5380170.
6. **De Laet C, Kanis JA, Oden A, et al.** Body mass index as a predictor of fracture risk: a meta-analysis. Osteoporos Int. 2005; 16(11): 1330-1338.
7. **Ho-Pham LT, Nguyen TV.** The Vietnam Osteoporosis Study: Rationale and design. Osteoporos Sarcopenia. 2017; 3(2): 90-97.
8. **NE. Lane.** Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. Am J Obstet Gynecol. 2006; 194(2 Suppl):S3-11.