

- giả kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi Hà Nội, *Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
4. **Abid Ullah Khan (2011)**, Diabetic patients: level of awareness about oral health knowledge, attitude and Pakistan, *Oral & Dental Journal* Vol 31, No. 2

5. **Nguyễn Xuân Thực (2011)**, Nghiên cứu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương và đánh giá hiệu quả can thiệp, *Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG LOÃNG XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}, Nguyễn Thị Thuý²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng loãng xương và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân VKDT điều trị nội trú tại Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tiến cứu kết hợp hồi cứu, gồm 150 bệnh nhân VKDT điều trị nội trú tại Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2011 đến tháng 3/2012. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 46% và giảm mật độ xương là 36,7%, trong đó, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 55 đến 59 tuổi. Có 5,3% trường hợp bị gãy xương, tập trung chủ yếu ở nhóm loãng xương và giảm MDX. Những bệnh nhân VKDT có trọng lượng cơ thể thấp (BMI <18,7), đã mãn kinh và có tiền sử dùng corticoid có tỷ lệ loãng xương cao hơn rõ rệt so với các bệnh nhân có cân nặng bình thường, chưa mãn kinh và không dùng corticoid ($p < 0,05$). Loãng xương và giảm MDX gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân VKDT có bệnh hoạt động mức độ mạnh. Ở nhóm bệnh nhân có bệnh không hoạt động và hoạt động nhẹ, loãng xương ít gặp (tỷ lệ 2,9%).

Từ khóa: viêm khớp dạng thấp, loãng xương, yếu tố liên quan.

SUMMARY

STUDY ON THE FREQUENCY OF AND RISK FACTORS FOR OSTEOPOROSIS IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Objective: To investigate the prevalence of osteoporosis in rheumatoid arthritis patients treating in Rheumatology Department, Bach Mai hospital and to analyze the risk factors in these patients.

Methods: cross sectional, prospective and retrospective cohort study, 150 patients with rheumatoid arthritis treated in Rheumatology department, Bach Mai hospital from May, 2011 to March, 2012. **Results and conclusions:** Among the patients with rheumatoid arthritis, 46% and 36.7% of patients were in the osteoporosis and osteopenia, mostly in the 55-69 years age group. Osteoporotic

fractures occurred in 5.3% of patients and were highest among patients with osteoporosis and osteopenia. These patients with low body mass index (<18.7), postmenopause and use of glucocorticoids had significantly higher frequency of osteoporosis compared with patients had normal body weight, normal menses and no use of glucocorticoids ($p < 0.05$). Osteoporosis and osteopenia were highest in patients with severe disease activity. Osteoporosis was less common in patients with low disease activity and inactivity (2.9%).

Key words: rheumatoid arthritis, osteoporosis, risk factors.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là tình trạng giảm mật độ xương (MDX), gây tổn hại đến vi cấu trúc của xương, làm cho xương trở nên giòn và dễ gãy. Gãy xương do loãng xương là nguyên nhân chính gây tàn tật, làm giảm chất lượng sống và có thể dẫn đến tử vong ở người cao tuổi. Kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy, các yếu tố nguy cơ có những ảnh hưởng khác nhau đến tình trạng loãng xương, trong đó có bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT), một bệnh hay gặp nhất trong nhóm bệnh khớp viêm mạn tính. Loãng xương là một trong những biểu hiện ngoài khớp thường gặp ở các bệnh nhân VKDT. Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân VKDT cao hơn so với người cùng độ tuổi, cùng giới không bị bệnh. VKDT. Các di chứng của bệnh, trong đó có loãng xương đã ảnh hưởng rất nhiều đến sức khỏe, khả năng lao động và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Có nhiều yếu tố gây ảnh hưởng đến MDX ở bệnh nhân VKDT: các cytokine gây viêm (interleukin-1, interleukin-6, TNF- α) làm giảm sự tái hấp thu xương, lớn tuổi, giảm vận động do sưng đau khớp, thời gian mắc bệnh kéo dài, dùng corticoid điều trị bệnh, thay đổi nội tiết do mãn kinh, tình trạng dinh dưỡng kém và giảm trọng lượng cơ thể do bệnh tiến triển [1]. So với những người khỏe mạnh, cùng tuổi cùng giới, bệnh nhân VKDT có nguy cơ bị gãy cổ xương đùi cao gấp hai lần và gãy xương đốt sống cao gấp bốn lần

¹Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai.

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thủy

Email: phuongthuybm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 4.01.2017

Ngày duyệt bài: 16.01.2017

[2]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu 1. Khảo sát tình trạng loãng xương và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân VKDT điều trị nội trú tại Khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 150 bệnh nhân VKDT điều trị nội trú tại Khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2011 đến tháng 3/2012.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: bệnh nhân được chẩn đoán xác định VKDT theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thấp khớp học Mỹ (ACR) - 1987.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tiến cứu kết hợp hồi cứu. Tất cả các bệnh nhân VKDT tham gia nghiên cứu đều được hỏi bệnh, khám khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán bệnh và đánh giá các yếu tố nguy cơ gây loãng xương.

Các đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, thời gian cứng khớp buổi sáng, số khớp sưng, số khớp đau (trong tổng số 28 khớp theo DAS 28), điểm mức độ hoạt động của bệnh theo DAS 28, mức độ đau theo thang điểm VAS, tiền sử (dùng thuốc, mãn kinh, hút thuốc lá, uống rượu, các bệnh lý kèm theo).

Đặc điểm cận lâm sàng: công thức máu, máu lắng, tìm yếu tố dạng thấp trong huyết thanh, protein C phản ứng (CRP), tìm kháng thể anti-CCP trong huyết thanh, đo mật độ xương của cổ xương đùi và cột sống thắt lưng từ L1-L4 bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép bằng máy DEXA được thực hiện tại khoa Ung bướu bệnh viện Bạch Mai. Đánh giá MDX theo 4 mức độ: bình thường, giảm MDX, loãng xương và loãng xương nặng dựa trên tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới (WHO).

Xử lý số liệu: số liệu thu thập được xử lý bằng chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	n	Tỷ lệ %	p
Nữ	119	79,3	<0,05
Nam	31	20,7	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tỷ lệ nữ/nam là 3,84/1, sự khác biệt giữa 2 giới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Các bệnh nhân có tuổi mắc bệnh trung bình là $58,4 \pm 11,5$ tuổi, trong đó, ít tuổi nhất là 17 tuổi và lớn tuổi nhất là 83 tuổi.

2. Tình trạng loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

2.1. Tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.2: Tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Mật độ xương	n	Tỷ lệ %	p
Bình thường	26	17,3	>0,05
Giảm	55	36,7	
Loãng xương	69	46	

Nhận xét: Trong 150 bệnh nhân nghiên cứu, loãng xương gặp ở 69 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 46%).

Bảng 3.3: Tỷ lệ gãy xương do loãng xương ở bệnh nhân VKDT

Mật độ xương	Gãy xẹp đốt sống		Gãy xương khác	
	n	%	n	%
Bình thường	0	0	0	0
Giảm	1	20	1	33,3
Loãng xương	4	80	2	66,7
Tổng	5	100	3	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 5,3% (8/150) trường hợp bị gãy xương, tập trung ở nhóm loãng xương và giảm MDX.

Bảng 3.4: Tỷ lệ phân bố loãng xương theo nhóm tuổi

Tuổi	MDX bình thường (n = 26)		Giảm MDX (n = 55)		Loãng xương (n = 69)	
	n	%	n	%	n	%
≤ 39	5	19,2	5	9,1	0	0
40 - 54	15	57,8	17	30,9	17	24,6
55 - 69	5	19,2	29	52,7	40	58
≥ 70	1	3,8	4	7,3	12	17,4

Nhận xét: Loãng xương và giảm MDX gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân 55- 69 tuổi. Không có bệnh nhân nào dưới 40 tuổi bị loãng xương.

2.2. Một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Bảng 3.5: Phân bố tỷ lệ loãng xương theo một số yếu tố liên quan

Các yếu tố liên quan	MDX bình thường		Giảm MDX		Loãng xương		P	
	n	%	n	%	n	%		
BMI	Gầy	13	50	27	49,1	37	53,6	<0,05
	Bình thường	8	30,8	17	30,9	22	31,9	
	Béo	5	19,2	11	20	10	14,5	
Mãn kinh	Chưa	12	45,5	11	19,1	3	3,6	<0,001
	Có	14	54,5	44	80,9	66	96,4	
Corticoid	Không	8	30,8	17	30,9	20	29	<0,05
	Có	18	69,2	38	69,1	49	71	

Nhận xét: Những bệnh nhân VKDT có trọng lượng cơ thể thấp (BMI <18,7), đã mãn kinh và có tiền sử dùng corticoid có tỷ lệ loãng xương cao hơn so với các bệnh nhân có cân nặng bình thường, chưa mãn kinh và không dùng corticoid.

Bảng 3.6: Mối liên quan giữa mức độ hoạt động bệnh theo DAS28 và loãng xương

Điểm DAS28	MDX bình thường		Giảm MDX		Loãng xương	
	n	%	n	%	n	%
Không hoạt động	1	3,8	0	0	2	2,9
Hoạt động nhẹ	1	3,8	0	0	2	2,9
Hoạt động trung bình	4	15,4	9	16,4	20	29
Hoạt động mạnh	20	76,9	46	83,6	45	65,2

Nhận xét: Loãng xương và giảm MDX gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân VKDT có bệnh hoạt động mức độ mạnh. Ở nhóm bệnh nhân có bệnh không hoạt động và hoạt động nhẹ, loãng xương ít gặp (2,9%).

IV. BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy, MDX ở bệnh nhân VKDT giảm so với những người khỏe mạnh cùng độ tuổi, cùng giới do tăng hoạt động của hủy cốt bào có liên quan đến sự gia tăng nồng độ các chất chuyển hóa xương gồm những yếu tố phân ảnh quá trình tạo xương và yếu tố phân ảnh sự hủy xương như: PICP (procollagen type I C-terminal propeptide), PINP (procollagen type I N-terminal propeptide), ICTP (procollagen type I C-terminal telopeptide). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 69/150 bệnh nhân VKDT bị loãng xương (chiếm tỷ lệ 46%) và 36,7% bệnh nhân bị giảm mật độ xương, trong đó tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 55 đến 69 tuổi. Theo nghiên cứu của Cortet, có sự gia tăng tốc độ chuyển hóa luân hoàn của xương, đặc biệt ở cổ xương đùi, dẫn đến tình trạng mất xương trong bệnh VKDT [3]. Nhiều yếu tố cũng ảnh hưởng đến mật độ xương ở bệnh nhân VKDT như các yếu tố gây viêm khớp, ít hoạt động do viêm khớp, thời gian mắc bệnh kéo dài, dùng corticoid điều trị bệnh, mãn kinh, dinh dưỡng kém và lớn tuổi. Haugerberg và cộng sự nghiên cứu trên 721 bệnh nhân nữ VKDT, từ 20- 70 tuổi, thấy MDX ở cột sống giảm dần khi tuổi càng cao [2]. Loãng xương nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ gây ra gãy xương, làm giảm chất lượng cuộc sống và có thể dẫn đến tử vong.

Bệnh nhân thường bị gãy xương ở vùng cổ xương đùi, lún xẹp đốt sống và 1/3 dưới của xương cẳng tay. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu bị loãng xương và giảm mật độ xương, có 8 trường hợp bị gãy xương, trong đó có 5 trường hợp bị lún xẹp đốt sống.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân có chỉ số BMI thấp có tỷ lệ loãng xương và giảm mật độ xương cao hơn so với nhóm có BMI trung bình và béo phì (tỷ lệ tương ứng là 53,6%, 31,9% và 14,5%). Trong nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Thủy cũng cho thấy, trọng lượng cơ thể thấp (<42kg) là một yếu tố nguy cơ gây lún đốt sống do loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh [4]. Phụ nữ sau mãn kinh, nồng độ estrogen trong máu giảm, dẫn đến giảm hoạt động của tế bào xương, giảm khung protein của xương và giảm lắng đọng calci, phosphate ở xương gây hiện tượng xương xốp, làm xương dễ bị gãy và biến dạng. Quá trình già hóa của cơ thể làm cho chức năng của tế bào xương giảm, sự hấp thu calci và tổng hợp vitamin D kém đi, ảnh hưởng nhiều đến cấu trúc của xương. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy tỷ lệ loãng xương ở nhóm bệnh nhân VKDT đã mãn kinh cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân chưa mãn kinh. Theo nhiều nghiên cứu, ở phụ nữ mãn kinh, sự mất xương tăng khoảng 1- 3% mỗi năm. Những phụ nữ trên 80 tuổi có thể bị mất từ

35% đến 50% khối lượng xương trong cuộc đời họ, trong khi nam giới chỉ mất từ 20% đến 35% khối lượng xương [5].

Bệnh VKDT tiến triển làm các khớp bị viêm, sưng đau nhiều và hạn chế vận động. Bệnh nhân thường ít vận động, kết hợp với tình trạng viêm sẽ làm tăng nguy cơ loãng xương của bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu với mức độ hoạt động bệnh mạnh (DAS28 \geq 5,1) có 65,2% bệnh nhân bị loãng xương, trong khi nhóm bệnh nhân với tình trạng bệnh ổn định và bệnh hoạt động nhẹ chỉ có 2,9% bệnh nhân bị loãng xương. Trong điều trị bệnh VKDT giai đoạn bệnh hoạt động mạnh, thuốc corticoid thường được các bác sĩ chuyên ngành khớp chỉ định để kiểm soát sự tiến triển của bệnh. Khi corticoid được dùng liều cao và kéo dài sẽ gây mất xương, làm tình trạng loãng xương của bệnh nhân VKDT ngày càng nặng hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loãng xương và giảm mật độ xương ở nhóm bệnh nhân có dùng corticoid cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân không dùng corticoid (71% so với 29%, 69,1% so với 30,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Đoàn Thị Tuyết về MDX ở bệnh nhân VKDT, thấy MDX của những bệnh nhân VKDT có sử dụng corticoid giảm hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không dùng corticoid và tỷ lệ loãng xương cũng tăng lên tương ứng [6].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 46% và giảm mật độ xương là 36,7%, trong đó, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ

55 đến 69 tuổi. Có 5,3% trường hợp bị gãy xương, tập trung chủ yếu ở nhóm loãng xương và giảm MDX.

- Những bệnh nhân VKDT có trọng lượng cơ thể thấp (BMI <18,7), đã mãn kinh và có tiền sử dùng corticoid có tỷ lệ loãng xương cao hơn rõ rệt so với các bệnh nhân có cân nặng bình thường, chưa mãn kinh và không dùng corticoid (p<0,05).

- Loãng xương và giảm MDX gặp nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân VKDT có bệnh hoạt động mức độ mạnh. Ở nhóm bệnh nhân có bệnh không hoạt động và hoạt động nhẹ, loãng xương ít gặp (tỷ lệ 2,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joffe I, Epstein F (1991), Osteoporosis associated with rheumatoid arthritis: pathogenesis and management, Semin rheumatoid arthritis, Vol 20(4): 256- 272.
2. Haugeberg G (2000), Bone mineral density annual frequency of osteoporosis in female patients with rheumatoid arthritis, Arthritis Rheumatology, Vol 43(3), pp 522-30
3. Cortet B (2000), Factors influencing bone loss in rheumatoid arthritis, Clinical Experimental Rheumatology, Vol 18(6): 683-90.
4. Vũ Thị Thanh Thủy (1996), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh, Luận văn thạc sĩ khoa học y được Trường đại học Y Hà Nội.
5. Fallon M (1990), Metabolic and other nontumorous disorders of bone Anderson pathology, the C.V Mosby Company, pp1929-2017.
6. Đoàn Thị Tuyết (2002), Đánh giá mật độ xương ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có sử dụng glucocorticoid bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép, Luận văn thạc sĩ y học Trường đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT U TỬY VÙNG CỔ

Trương Như Hiền¹, Vũ Văn Hòe

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả vi phẫu thuật u tủy sống vùng cổ. **Đối tượng và Phương pháp:** Phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả vi phẫu

¹Bệnh viện ĐK tỉnh Hòa Bình

²Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Trương Như Hiền

Email: hienhbhos@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2017

Ngày duyệt bài: 23.01.2017

58 bệnh nhân u tủy cổ từ 1.2011 đến 1.2014. **Kết quả:** Nghiên cứu 58 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1/1,3, độ tuổi thường gặp là 20-60 tuổi (82,7% Đặc điểm lâm sàng: đau cột sống cổ lan theo rễ thần kinh 98,3%; rối loạn cảm giác 89,7%, xuất hiện sớm các u ngoại tủy; rối loạn vận động các chi 89,6% thường biểu hiện nặng, liệt tứ chi chiếm 37,9%; rối loạn cơ tròn 19,0%; rối loạn dinh dưỡng 31,0%. Trẻ hình ảnh cộng hưởng từ 98,3% u có đường hoặc giả tín hiệu trên T1W, 82,9% tăng tín hiệu trên T2W. Si tiêm thuốc đối quang từ 89,7% ngừng thuốc, đỡ nhất 56,9%. Kết quả sau phẫu thuật tốt (McCormick 1,2) 84,5%; McCormick 3 là 6,9%; McCormick 4 là 5,1%; 2 BN (3,4%) tử vong do không hồi phục và c