

TỈ LỆ LOÃNG XƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ TRÊN 50 TUỔI

Trần Thị Quỳnh Hương⁽¹⁾, Nguyễn Thị Lệ⁽²⁾, Vũ Đình Hùng⁽³⁾

⁽¹⁾Bệnh viện đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

⁽²⁾Bộ môn Sinh Lý Học, Đại học Y Dược TP.HCM.

⁽³⁾Học viện Quân Y TP.HCM

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Loãng xương là một bệnh gây tổn kém và là một vấn đề quan trọng của y tế cộng đồng. Đây là bệnh của hệ thống xương với đặc trưng giảm khối lượng xương, hư biến cấu trúc mô xương, làm giảm dần sức bền của xương và tăng nguy cơ gãy xương. Loãng xương thường xảy ra ở người cao tuổi, đặc biệt là phụ nữ trong giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh. Tuy nhiên loãng xương là bệnh có thể phòng ngừa được vì các yếu tố nguy cơ của bệnh có liên quan đến lối sống và chế độ dinh dưỡng, tức là những yếu tố mà mỗi cá nhân có thể tự mình kiểm soát.

Mục tiêu: (1) khảo sát tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi để có biện pháp giáo dục, hướng dẫn họ có ý thức kiểm tra phát hiện sớm bệnh loãng xương, đồng thời (2) tìm hiểu được mối liên quan giữa bệnh loãng xương ở phụ nữ trên 50 với một số yếu tố nguy cơ và (3) đánh giá kiến thức của họ về phòng chống loãng xương cũng là một trong những khâu quan trọng để tuyên truyền phòng bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiền cứu cắt ngang mô tả ở 1096 phụ nữ trên 50 tuổi được đo mật độ xương bằng phương pháp chụp cắt lớp vi tính định lượng cột sống thắt lưng tại bệnh viện Thống Nhất - Đồng Nai. Loãng xương được xác định theo tiêu chuẩn của WHO (1994). **Kết quả:** Tỷ lệ loãng xương chung của phụ nữ trên 50 tuổi trong nghiên cứu là 61,4%, tỷ lệ loãng xương tăng tỷ lệ thuận với tuổi. Các yếu tố nguy cơ: tuổi cao; mãn kinh; thiếu cân, thừa cân hoặc béo phì; nghề nghiệp buôn bán ngồi tại chỗ (ít vận động); phụ nữ sinh đẻ > 3 lần; uống cà phê > 3 lần trong ngày; bị các bệnh lý tiêu hóa mãn tính, đái tháo đường, viêm khớp dạng thấp; Sử dụng lâu dài Corticoid, là những yếu tố nguy cơ liên quan đến loãng xương. Tỷ lệ biết kiến thức về phòng bệnh loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi trong nghiên cứu rất thấp 7,9%.

Từ khóa: Loãng xương, mật độ xương, chụp cắt lớp vi tính định lượng, yếu tố nguy cơ.

Abstract

THE PREVALENCE AND RISKY FACTORS OF OSTEOPOROSIS IN OVER 50-YEAR-OLD WOMEN

Tran Thi Quynh Hung, Nguyen Thi Le, Vu Dinh Hung

Background: Osteoporosis is a serious and costly public health problem. This is a disease of bone system characterized by low bone mass density, damaged and changed bone tissue structure, gradual decrease of bone tolerance and increased bone fracture risk. Osteoporosis usually occurs in elderly people, especially women during the premenopausal and postmenopausal. But osteoporosis is a preventable disease because of the risky factors of diseases caused by lifestyle and diet, these factors can be controlled by each individuals. **Aims:** The aims of this research are (1) to estimate the osteoporosis rate in 50-year-old women to recommend educational measures and to help them detect early osteoporosis; (2) to find out currently the relations among osteoporosis and other risky factors, (3) to evaluate their knowledge in osteoporosis prevention.

It is one of important steps in propaganda prevention. **Methods:** Cross sectional study in 1096 over 50-year-old women was measured bone density by Quantitative Computed tomography the lumbar spine in Thong Nhat hospital - Dong Nai province. Osteoporosis is defined according to WHO standards (1994). **Results:** Overall rate of osteoporosis in the study is 61.4%, the rate of bone loss increases with age. Some factors: old age, menopause, underweight, overweight or obesity; less physical exercise; the women gave births more than 3 times ; drinking coffee > 3 times a day; other chronic digestive diseases, diabetes, rheumatoid arthritis, long time corticoid therapy. They are the risky factors relating to osteoporosis. The osteoporosis knowledge in over 50-year-old women in the research is very low (7.9%).

Key words: Osteoporosis, bone mineral density, Quantitative Computed Tomography (QCT), risky factor.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới hiện nay, loãng xương là một trong những bệnh phổ biến nhất ở những người lớn tuổi, đặc biệt là nữ giới, đây là vấn đề đang được quan tâm, vì qui mô và hệ quả nghiêm trọng của nó trong cộng đồng.

Hệ quả nghiêm trọng nhất của loãng xương là gãy xương, đây là một vấn đề y tế có tầm quan trọng đặc biệt. Những người bị gãy xương do loãng xương, thường chất lượng cuộc sống của họ suy giảm, do mất khả năng lao động hoặc giảm đáng kể năng suất lao động, đó là chưa kể đến thời gian, chi phí mà bệnh nhân phải nằm viện, gia đình chăm sóc... v.v.

Loãng xương không những gây ra gánh nặng cho bản thân bệnh nhân mà còn là gánh nặng cho y tế cộng đồng, ảnh hưởng đến sinh hoạt xã hội, tài chính quốc gia. Ở nước ta các chi phí về y tế cho việc điều trị loãng xương còn chưa được tính đến, trong khi ở Mỹ chi phí ước tính hàng năm cho hậu quả loãng xương từ 10 đến 20 tỷ đô la, ở Anh quốc chính phủ cũng chi hàng năm đến 2,7 tỷ Euro để giải quyết vấn nạn loãng xương, ở Úc chi phí trực tiếp và gián tiếp đối với loãng xương và gãy xương do loãng xương là 7,5 tỷ đô la mỗi năm [18].

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi được đo mật độ xương bằng phương pháp chụp cắt lớp vi tính định lượng (QCT) cột sống thắt lưng tại bệnh viện Thống Nhất – Đồng Nai.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ trên 50 tuổi, được đo mật độ xương bằng phương pháp QCT cột sống thắt lưng, tại bệnh viện Thống Nhất - Đồng Nai, từ tháng 12/2007 - 12/2009.

2.3. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Với $\alpha = 0,05$, $Z = 1,96$ giá trị tại độ tin cậy 95%, $P = 0,23$ [14], $d = 0,03$, cỡ mẫu tính được là 776 người. Phụ nữ đang điều trị loãng xương, hoặc không hợp tác, hoặc không cung cấp đủ các chỉ tiêu theo câu hỏi của bảng câu hỏi nghiên cứu đã thiết kế sẽ không được chọn vào nghiên cứu.

2.4. Phương pháp thực hiện:

Chẩn đoán loãng xương bằng đo mật độ xương dựa theo tiêu chuẩn của WHO (1994):

Chẩn đoán	Tiêu chuẩn
Bình thường	$T > -1,0$
Thiếu xương	$-2,5 < T < -1,1$

Chẩn đoán	Tiêu chuẩn
Loãng xương	$T < -2,5$
Loãng xương nặng	$T < -2,5$ và có > 1 lần gãy xương

2.5. Phương pháp đo mật độ xương:

Chụp cắt lớp vi tính định lượng

2.6. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được phân tích bằng chương trình thống kê ứng dụng, được xử lý dựa trên phần mềm SPSS 17.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ loãng xương

Bảng 3.1: Tỷ lệ loãng xương chung ở phụ nữ trên 50 tuổi

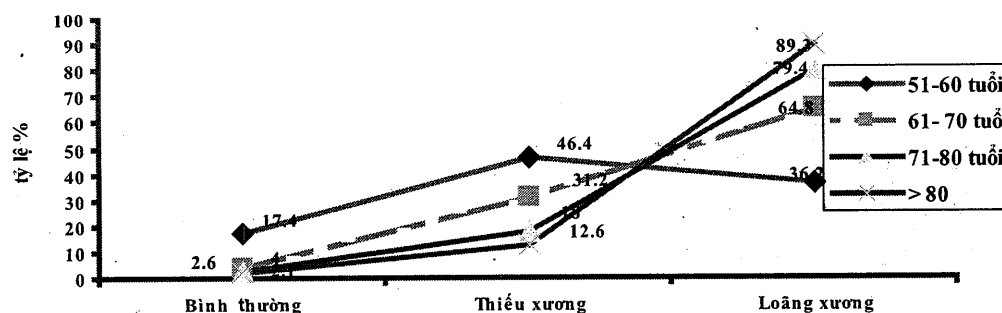
Mật độ xương	n	%
Bình thường	87	7,9
Thiếu xương	336	30,7
Loãng xương	673	61,4
Tổng số	1096	100

Bảng 3.2: Tỷ lệ loãng xương theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Mật độ xương			Tổng	P
		Bình thường	Thiếu xương	Loãng xương	
51-60	n	64	171	133	368
	%	17,4	46,4	36,2	100
61-70	n	13	101	210	324
	%	4,0	31,2	64,8	100
71-80	n	8	56	247	311
	%	2,6	18,0	79,4	100
>80	n	2	8	83	93
	%	2,1	8,6	89,3	100

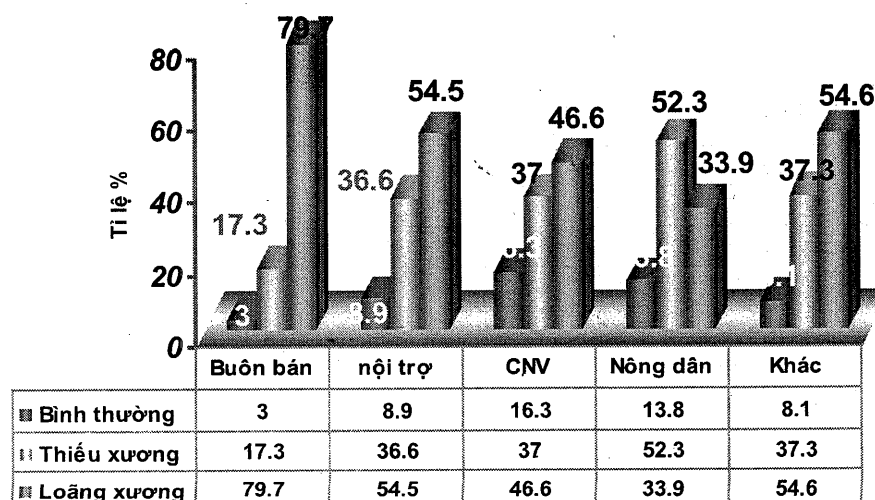
3.2. Liên quan giữa loãng xương với một số yếu tố nguy cơ

3.2.1 Tuổi



Biểu đồ 1. Liên quan giữa tỷ lệ loãng xương với tuổi.

3.2.2. Nghề nghiệp



Biểu đồ 2. Liên quan giữa tỷ lệ loãng xương với nghề nghiệp.

3.2.3. Tình trạng kinh nguyệt

Bảng 3.3: Liên quan giữa loãng xương với tình trạng kinh nguyệt

Tình trạng kinh nguyệt		Mật độ xương			Tổng	p
		Bình thường	Thiếu xương	Loãng xương		
Mãn kinh	n	75	312	653	1040	< 0,005
	%	7,2	30	62,8	100	
Chưa mãn kinh	n	12	24	20	56	
	%	21,4	42,9	35,7	100	
Tổng	n	87	336	673	1096	
	%	7,9	30,7	61,4	100	

3.2.4. Số lần sinh con

Bảng 3.4: Liên quan giữa tỷ lệ xương với số lần sinh con

Số lần sinh con		Mật độ xương			Tổng	P
		Bình thường	Thiếu xương	Loãng xương		
≤ 3	n	78	247	222	547	< 0.005
	%	14,3	45,2	40,5	100	
> 3	n	9	89	451	549	
	%	1,6	16,2	82,2	100	
Tổng	n	87	336	673	1096	
	%	7,9	30,7	61,4	100	

3.2.5. Các thói quen

Bảng 3.5. Liên quan giữa loãng xương với thói quen uống cà phê, uống sữa và tập luyện thể thao

Thói quen			Mật độ xương			Tổng	P
			Bình thường	Thiếu xương	Loãng xương		
Uống cà phê	Có	n	6	18	75	99	< 0,01
		%	6,0	18,2	75,8	100	
	Không	n	81	318	598	997	
		%	8,2	31,8	60,0	100	
	Tổng		87	336	673	1096	
Uống sữa	Có	n	47	50	36	133	< 0,001
		%	35,3	37,6	27,1	100	
	Không	n	40	286	637	963	
		%	4,2	29,7	66,1	100	
	Tổng		87	336	673	1096	
Tập thể dục thể thao	Có	n	55	79	40	174	< 0,001
		%	31,6	45,4	23,0	100	
	Không	n	32	257	633	922	
		%	3,5	27,9	68,6	100	
	Tổng		87	336	673	1096	

3.2.6. BMI

Bảng 3.6: Liên quan giữa loãng xương với BMI

BMI		Mật độ xương			Tổng	P
		Bình thường	Thiếu xương	Loãng xương		
Gầy	n	6	16	128	150	< 0,001
	%	4,0	10,6	85,4	100	
Bình thường	n	62	269	323	654	
	%	9,5	41,2	49,3	100	
Thừa cân	n	8	21	91	120	
	%	6,7	17,5	75,8	100	
Béo phì độ I	n	6	25	102	133	
	%	4,5	18,8	76,7	100	
Béo phì độ II	n	5	5	29	39	
	%	12,8	12,8	74,4	100	
Tổng		n	87	336	673	1096

3.2.7. Một số bệnh lý

Bảng 3.7: Liên quan giữa loãng xương với một số bệnh lý

Bệnh lý kết hợp		Mật độ xương						Tổng	P
		Bình thường		Thiếu xương		Loãng xương			
		n	%	n	%	n	%		
Đái tháo đường	có	7	9,2	10	13,1	59	77,7	76	< 0,05
	không	80	7,8	326	32	814	60,2	1020	
Bệnh tiêu hóa mãn tính	có	3	8,8	4	11,8	27	79,4	34	< 0,05
	không	84	7,9	322	31,3	664	60,8	1062	
Viêm khớp dạng thấp	có	5	12,5	5	12,5	30	75,0	40	< 0,05
	không	82	7,7	331	31,4	643	60,9	1056	

3.2.8. Sử dụng thuốc Corticoid

Bảng 8. Liên quan giữa loãng xương với sử dụng thuốc corticoid

Thuốc Corticoid		Mật độ xương			Tổng	P
		Bình thường	Thiếu xương	Loãng xương		
Có	n	5	13	60	78	< 0,05
	%	6,4	16,6	77,0	100	
Không	n	82	323	613	1018	
	%	8,1	31,7	60,2	100	
Tổng		87	336	673	1096	

3.3. Kiến thức của phụ nữ trên 50 tuổi dự phòng loãng xương

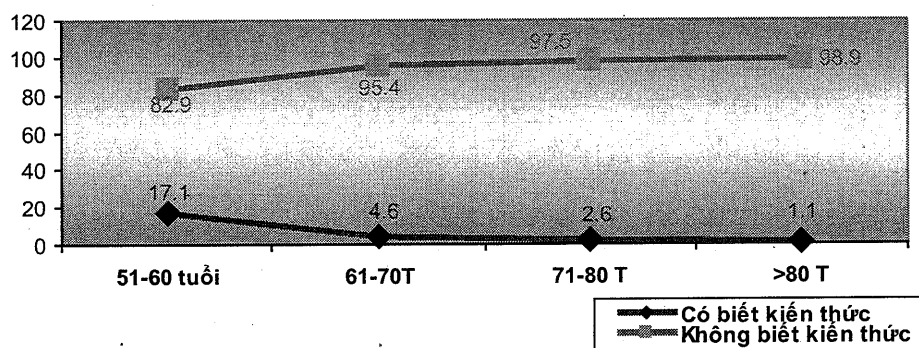
3.3.1. Tỷ lệ biết kiến thức về phòng LX



Biểu đồ 4. Tỷ lệ biết kiến thức về phòng LX.

Nhận xét: Tỷ lệ phụ nữ > 50 tuổi biết kiến thức về loãng xương rất thấp, chiếm tỷ lệ 7.9%.

3.3.2. Tỷ lệ biết kiến thức về phòng LX theo nhóm tuổi



Biểu đồ 5. Tỷ lệ biết kiến thức phòng loãng xương theo nhóm tuổi.

Nhận xét: Nhóm tuổi càng cao kiến thức phòng bệnh càng thấp, $p < 0,001$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ loãng xương

Tỷ lệ loãng xương chung ở phụ nữ trên 50 tuổi trong nghiên cứu là 61,4 %. Tỷ lệ loãng xương tăng tỷ lệ thuận với nhóm tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ bị loãng xương càng tăng. Theo AACE (American Association of Clinical Endocrinologists) có 51% phụ nữ bị loãng xương ở độ tuổi > 50 [23], theo Nguyễn Thị Ngọc Phượng và cộng sự [11] phụ nữ sau mãn kinh có tỷ lệ loãng xương (62,6%).

4.2. Liên quan giữa loãng xương với một số yếu tố nguy cơ

Tuổi

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ loãng xương tăng dần theo nhóm tuổi: nhóm tuổi 51-60: tỷ lệ loãng xương là 36,2%; 61-70 (64,8%); 71-80 (79,4%); nhóm tuổi > 80

tỷ lệ loãng xương là 89,3%. Như vậy tuổi càng cao thì nguy cơ bị loãng xương càng cao ($p < 0,001$). Kết quả này cũng phù hợp với y văn và tương đương với nhiều nghiên cứu khác. Theo Nguyễn Thị Lực, tỷ lệ loãng xương tăng dần theo tuổi: ở tuổi sinh đẻ là 5%, tiền mãn kinh là 32%, mãn kinh là 63% [9].

Nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu, cho thấy nhóm phụ nữ trên 50 tuổi làm nghề buôn bán tỷ lệ loãng xương là 79,7%, trong khi đó đối tượng nông dân tỷ lệ loãng xương là 33,9%, ($p < 0,001$). Trong nghiên cứu, những phụ nữ này chủ yếu bán hàng ở chợ, thời gian họ ngồi một chỗ để bán hàng khá nhiều, có lẽ điều này liên quan đến lối sống ít vận động thể lực đã được báo cáo là liên quan đến sự

phát triển của loãng xương [18], [20]. Trong khi đó ở nhóm nông dân, loãng xương chiếm tỷ lệ thấp hơn, đây là đối tượng lao động ngoài trời, hoạt động chân tay nhiều, tăng cung cấp dinh dưỡng cho xương nhất là lượng vitamin D.

Tình trạng kinh nguyệt

Kết quả cho thấy nhóm phụ nữ trên 50 tuổi đã mãn kinh tỷ lệ loãng xương là 62,8%, nhóm chưa mãn kinh tỷ lệ này là 35,7%, ($p < 0,005$). Loãng xương là hậu quả lâu dài và nghiêm trọng nhất của mãn kinh, thiếu oestrogen xương trở nên xốp và giòn rất dễ gãy, sau mãn kinh tốc độ mất xương của phụ nữ lên tới 2- 4% khối lượng xương mỗi năm, hậu quả cuối cùng là làm gia tăng tỷ lệ gãy xương [17].

Số lần sinh con

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm sinh phụ nữ trên 50 tuổi sinh con ≤ 3 lần tỷ lệ loãng xương là 40,5%, nhóm sinh > 3 lần là 82,2%, ($p < 0,005$). Như vậy, sinh càng nhiều lần thì nguy cơ bị loãng xương càng cao. Có lẽ do lúc mang thai người mẹ phải cung cấp dinh dưỡng cho bào thai, cơ thể phải huy động protid và calci cho thai nhi nhiều lần trong cuộc đời. Một yếu tố quan trọng nữa là thời điểm sinh con thường ở lứa tuổi từ 20 đến 30, là thời điểm mà khối lượng đỉnh của xương tập trung cao nhất, là giai đoạn quyết định mật độ xương sau này, hơn nữa do một số tập quán không tốt của phụ nữ sau sinh là phải kiêng khem ăn uống, rất ít vận động, mặc nhiều áo ấm và tránh ra nắng trong tháng đầu sau sinh, do đó làm thiếu cung cấp vitamin D, làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu hụt calci [1].

Một số thói quen

Thói quen uống cà phê

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm phụ nữ trên 50 tuổi có uống cà phê > 03 lần / ngày tỷ lệ loãng xương là 75,8%, nhóm phụ nữ không uống cà phê hoặc uống ít hơn tỷ lệ này là 60%, ($p < 0,01$). Như vậy uống cà phê > 3 lần / ngày có thể nguy cơ bị loãng xương. Theo Mai Thị Công

Danh và cộng sự, một trong các yếu tố nguy cơ kết hợp một cách có ý nghĩa với loãng xương là uống cà phê ít nhất một lần mỗi ngày [3], theo Trần Trung Hòa yếu tố uống cà phê có liên quan đến nguy cơ loãng xương [5]. Sự kiện này được giải thích là caffeine làm mất calcium từ xương, và loại ra khỏi cơ thể qua nước tiểu, xương bị loãng, giòn dễ gãy.

Thói quen uống sữa

Kết quả cho thấy nhóm phụ nữ trên 50 tuổi có thói quen uống sữa $> 500\text{ml}$ / ngày tỷ lệ loãng xương là 27,1%, nhóm không uống sữa hoặc uống ít tỷ lệ loãng xương là 66,1% ($p < 0,001$). Như vậy, những người uống sữa $> 2\text{ly}$ ($\approx 500\text{ml/ngày}$) sẽ ít nguy cơ bị loãng xương. Theo Trần Trung Hòa những người không có thói quen uống sữa mật độ xương thấp hơn những người có thói quen uống sữa ($p < 0,05$) [5].

Thói quen tập thể dục, thể thao

Kết quả cho thấy nhóm phụ nữ trên 50 tuổi có thói quen tập thể dục > 60 phút/ ngày tỷ lệ loãng xương là 23%, trong khi đó nhóm không tập thể dục tỷ lệ này là 68,6%, như vậy có tập thể dục thì nguy cơ bị loãng xương thấp hơn không tập thể dục ($p < 0,001$). Theo Mai Thị Công Danh và cộng sự: trong các yếu tố về lối sống thì tập thể dục làm giảm nguy cơ loãng xương [3]. Hoạt động thể lực làm tăng mật độ xương ở giai đoạn thanh thiếu niên và giảm tốc độ mất xương ở các giai đoạn sau [13],[15], [21].

BMI

Kết quả cho thấy tỷ lệ loãng xương ở nhóm phụ nữ trên 50 tuổi có BMI bình thường là 49,3%, trong khi đó tỷ lệ loãng xương ở nhóm thiếu cân là 85,4% và ở nhóm thừa cân, béo phì độ I, béo phì độ II lần lượt là 75,8%; 76,7%; 77,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$). Như vậy, nhóm phụ nữ trên 50 tuổi có BMI thấp (gầy) hay BMI cao (thừa cân, béo phì), đều có nguy cơ bị loãng xương cao hơn nhóm có BMI bình thường.

Theo Trần Trung Hòa; người thừa cân béo phì hay thiếu cân đều có nguy cơ loãng xương [5], theo Nguyễn Thị Kim Hưng suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ gãy xương ở người già 4,8 lần, và mập phì cũng là yếu tố nguy cơ loãng xương [6]. Theo Lan – Joan Zhao và cộng sự thì sự gia tăng khối mỡ là điều bất lợi cho khối lượng xương [22].

Các bệnh kết hợp

Bệnh đái tháo đường:

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm phụ nữ trên 50 tuổi có bệnh đái tháo đường tỷ lệ loãng xương là 77,7%; nhóm phụ nữ không có bệnh tỷ lệ này là 60,2% ($p < 0,05$). Theo Nguyen T V (2008) đái tháo đường là một trong những nguyên nhân gây loãng xương [23], theo tác giả Joel S Finkelstein quá trình tạo xương giảm ở bệnh nhân đái tháo đường [19].

Bệnh lý đường tiêu hóa mạn tính (viêm dạ dày mạn, viêm đại tràng mạn).

Kết quả cho thấy ở nhóm phụ nữ trên 50 tuổi có bệnh lý tiêu hóa mạn tính tỷ lệ loãng xương là 79,4%, nhóm phụ nữ không có bệnh là 60,8% ($p < 0,05$). Theo Lê Anh Thư bệnh mạn tính đường tiêu hóa làm hạn chế hấp thu calci, vitamin D, protid gây nguy cơ loãng xương [16].

Viêm khớp dạng thấp:

Kết quả cho thấy ở nhóm phụ nữ trên 50 tuổi có viêm khớp dạng thấp tỷ lệ loãng xương là 75%; nhóm phụ nữ không có bệnh tỷ lệ này là 60,9% ($p < 0,05$). Theo Ted R Mikuls và cộng sự, viêm khớp dạng thấp là yếu tố nguy cơ của loãng xương và thiếu xương [25]. Ngoài ra ở người bị viêm khớp dạng thấp có thể có một số yếu tố phối hợp như: tuổi cao, điều trị bằng corticoid, ít vận động do đau, thoái hóa khớp, làm tăng thêm khả năng bị loãng xương.

Sử dụng thuốc Corticoid:

Kết quả cho thấy nhóm có sử dụng thuốc corticoid tỷ lệ loãng xương là 77%, trong khi đó ở nhóm không sử dụng thuốc

tỷ lệ loãng xương là 60,2%, khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Kiến thức của phụ nữ trên 50 tuổi về phòng bệnh loãng xương

Tỷ lệ chung của phụ nữ trên 50 tuổi biết kiến thức về phòng loãng xương

Kết quả cho thấy phụ nữ trên 50 tuổi trong nhóm nghiên cứu biết kiến thức về loãng xương chiếm tỷ lệ 7,9%.

Tỷ lệ biết kiến thức về phòng loãng xương theo nhóm tuổi

Biểu đồ (3.6) cho thấy: nhóm tuổi 51 đến 60 tỷ lệ biết kiến thức về loãng xương là 17,1%; ở các nhóm tuổi: 61-70; 71-80; > 80, có kiến thức về loãng xương lần lượt là: 4,6%; 2,6%; 1,1%, như vậy nhóm tuổi càng cao thì kiến thức phòng bệnh càng thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$).

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi: là 61,4%, tỉ lệ thuận với tuổi.

2. Liên quan giữa loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi trong nghiên cứu với một số yếu tố nguy cơ:

Tuổi cao ($p < 0,001$), tuổi mãn kinh ($p < 0,001$), thiếu cân, thừa cân hoặc béo phì, ít vận động đều là yếu tố nguy cơ liên quan đến loãng xương. Phụ nữ sinh đẻ > 3 lần có thể nguy cơ bị loãng xương cao. Các bệnh lý tiêu hóa mạn tính, đái tháo đường, viêm khớp dạng thấp, uống cà phê > 3 lần/ ngày là yếu tố nguy cơ liên quan đến loãng xương. Việc uống sữa, tập thể dục đều đặn hàng ngày ít nguy cơ bị loãng xương.

3. Kiến thức của phụ nữ trên 50 tuổi về phòng bệnh loãng xương: chiếm tỉ lệ 7,9%. tuổi càng cao thì tỷ lệ biết kiến thức về phòng bệnh loãng xương càng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoài Châu (2002), “*Khảo sát mật độ xương và tìm hiểu những yếu tố liên quan đến bệnh loãng xương của phụ nữ ở thành phố Hồ Chí Minh và một số tỉnh Miền Tây*”, báo cáo tại Hội Nghị khoa học Sinh lý học lần thứ 4, Tp.Hồ Chí Minh.
2. Trần Thị Tô Châu, Phạm Thị Minh Đức, Vũ Thị Thanh Thủy (2003), “*Nghiên cứu một số biểu hiện lâm sàng về xương khớp và đo mật độ xương gót bằng siêu âm trên phụ nữ mãn kinh Hà Nội*”, báo cáo Hội Nghị khoa học chuyên đề loãng xương và bệnh cột sống, Tp.Hồ Chí Minh, tr. 35-40.
3. Mai Thị Công Danh, Phạm Việt Thanh, Lê Văn Điền, Nguyễn Thị Ngọc Phượng (2008), “*Nghiên cứu bệnh-chứng về các yếu tố nguy cơ của loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh*”, báo cáo khoa học chuyên đề Tầm nhìn Châu Á về loãng xương, Tp.Hồ Chí Minh, tr. 63-64.
4. Huỳnh Thị Như Hằng, Trần Thị Thanh Hương, Lê Anh Thư (2003), “*Loãng xương do glucocorticoid*”, báo cáo khoa học chuyên đề loãng xương và bệnh cột sống, Tp.Hồ Chí Minh, tr. 57- 61.
5. Trần Trung Hòa (2008), “*Nghiên cứu tình hình loãng xương và một số yếu tố liên quan ở người trên 45 tuổi tại quận Gò Vấp, TP. Hồ Chí Minh*”. Luận án CK II, Trường Đại học Y Dược - Huế.
6. Nguyễn Thị Kim Hưng (2003), “*Canxi và dinh dưỡng phòng ngừa loãng xương*”, báo cáo khoa học chuyên đề loãng xương, Tp.Hồ Chí Minh, tr.21-24.
7. Nguyễn Thị Thanh Hương, Nguyễn Văn Tuấn (2003), “*Nghiên cứu mật độ xương phụ nữ trên 50 tuổi ở huyện Sóc Sơn, Hà Nội*”, báo cáo khoa học chuyên đề loãng xương và bệnh cột sống, Tp.Hồ Chí Minh.
8. Bệnh học nội khoa (2002), *Học viện quân y*, NXB Quân đội nhân dân.
9. Nguyễn Thy Khuê (2002), “*Bài giảng bệnh loãng xương*”, NXB Y học.
10. Nguyễn Thị Lực, Hữu Thị Chung (2003), “*Đánh giá mật độ xương ở phụ nữ mãn kinh tại bệnh viện E - Hà Nội bằng phương pháp siêu âm*” báo cáo khoa học chuyên đề loãng xương, Tp.Hồ Chí Minh, tr 25-28.
11. Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Mai Thị Công Danh (2001), “*Xác định mối tương quan giữa tình trạng loãng xương với tuổi và BMI của nữ đến đo mật độ xương tại bệnh viện Từ Dũ*”, Tạp chí Y học, tr. 125-126.
12. Đỗ Trung Quân (2005), “*Bệnh nội tiết chuyển hóa thường gặp*”, NXB Y học, tr. 481-496.
13. Nguyễn Văn Quang (2003), “*Gãy xương ở phụ nữ mãn kinh*”, báo cáo khoa học chuyên đề loãng xương và bệnh cột sống, Tp.Hồ Chí Minh, tr. 83.
14. Nguyễn Thị Kim Thủy, Đào Thu Giang (2007) “*Tìm hiểu tình trạng loãng xương ở bệnh nhân nữ suy thận mạn tính bằng phương pháp DEXA*”.
15. Vũ Thị Thanh thủy, Trần Ngọc Ân, Trần Đức Thọ, Vũ Đình Chính (1996), “*Bước đầu đánh giá tình trạng thể chất và những yếu tố liên quan đến sinh đẻ*”, báo khoa học chuyên đề loãng xương, Tp.Hồ Chí Minh, tr. 15-17.
16. Lê Anh Thư (2003), “*Loãng xương và tuổi mãn kinh ở phụ nữ*”, báo cáo khoa học chuyên đề Loãng xương, Tp.Hồ Chí Minh, tr. 29-34.
17. Lê Anh Thư (2006), “*Loãng Xương*”, *Bệnh học- Một số bệnh lý cơ xương khớp thường gặp*, NXB Y học.
18. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Đình Nguyên (2007), “*Loãng xương, chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa*”, NXB Y học. 21.
19. Joel S. Finkelstein (1998), *Osteoporosis, Cecil Textbook of Medicin*.
20. Kung Annie (2008), “*Risk factor of*

- osteoporosis fractures*", Second strong bone Asia conference Asian insights into osteoporosis, Ho Chi Minh city, pp. 20.
21. Koh Leonard (2008), "*Osteoporosis: Identification of high risk individuals*", Second strong bone Asia conference Asian insights into osteoporosis, Ho Chi Minh city, pp. 18-19.
 22. Lan- Juan Zhao, Yong- Jun Liu, Peng- Yoan iu, James Hamilton, Robert R. Recker and Hong- Wen Deng (2007), "*Relationship of obesity with ostoporosis*" pp 68 -71.
 23. Nguyen T.V. (2008), "*Identification of high risk individuals of fracture*", Second strong bone Asia conference Asian insights into osteoporosis, Ho Chi Minh city, pp. 12-17.
 24. Roberto Hernandez - Rauda * and Sandra Martinez-Garcia, "*Osteoporosisrelated life habits and knowledge about osteoporosis among women in El Salvador: A cross-sectional study*", pp.36 -38.
 25. Ted R. Mikuls, Kenneth G. Saag, Jeffrey Curtis, S. Louis Bridges Jr, Graciela S. Alarcon, Andrew O. Westfall, Sam S. Lim, Edwin A. Smith, Beth L. Jonas, Larry W. Moreland (2005), "*Prevalence of Osteoporosis and Osteopenia among African Americans with Early Rheumatoid Arthritis: The Impact of Ethnic- Specific Normative Data*", Journal Of The National Medical Association, Vol. 97, No.8.

DỊ SẢN RUỘT VÀ NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* Ở BỆNH NHÂN VIÊM DẠ DÀY MẠN

*Đào Thị Vân Khánh, Phạm Trung Hiếu,
Đặng Công Thuận, Trần Văn Huy.
Trường Đại học Y Dược Huế*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Dị sản ruột là một tổn thương tiền ung thư; Hp cũng là một nguyên nhân quan trọng của ung thư dạ dày. Nghiên cứu nhằm khảo sát tỷ lệ nhiễm Hp, tổn thương dị sản ruột và mối liên quan giữa hai yếu tố này ở bệnh nhân viêm dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 75 bệnh nhân viêm dạ dày mạn, chẩn đoán bằng lâm sàng, nội soi và mô bệnh học ở BV ĐH YD Huế. Dị sản ruột chẩn đoán bằng nhuộm HE. Hp được chẩn đoán bằng xét nghiệm CLO-Test. **Kết quả:** tỷ lệ nhiễm Hp chung là 66.67%. Tỷ lệ nhiễm Hp cao nhất trong nhóm có tổn thương hang vị. Dị sản ruột chiếm 29.33%, trong đó chủ yếu là dị sản ruột hoàn toàn. Dị sản ruột có tỷ lệ cao nhất trong nhóm viêm dạ dày teo (75%). Có mối liên quan giữa dị sản ruột và nhiễm Hp. **Kết luận:** tỷ lệ nhiễm Hp và dị sản ruột là khá cao ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. Tỷ lệ dị sản ruột cao hơn trong nhóm viêm dạ dày mạn có nhiễm Hp.

Abstract

INTESTINAL METAPLASIA AND *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS

*Dao Thi Van Khanh, Pham Trung Hieu,
Dang Cong Thuan, Tran Van Huy.*

Background: Intestinal metaplasia is a precancerous lesion. *Helicobacter pylori* is identified as an important cause of gastric cancer. This study is aimed at assessing the intestinal metaplasia and *Helicobacter pylori* infection and their relation in patients with chronic gastritis. **Patients and methods:** Study includes 75 patients with chronic gastritis diagnosed by clinical, endoscopic and histopathological criteria. Intestinal metaplasia is diagnosed by HE stain. Hp infection is tested by CLO-test from Viet A Ltd. **Results:** Hp infection rate in this study is 66.67% and is highest in patients with antral gastritis. Intestinal metaplasia is found in 29.33% of patients with chronic gastritis with the predominance of complete intestinal metaplasia. The rate of intestinal metaplasia is the highest in the group with chronic atrophic gastritis. There is a significant relationship between intestinal metaplasia and Hp infection. **Conclusion:** Hp and intestinal metaplasia are found at significant rates in chronic gastritis. The rate of intestinal metaplasia is clearly higher in the group with Hp-positive chronic gastritis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị sản ruột được xem là một tổn thương tiền ung thư dạ dày. Tỷ lệ teo và dị sản ruột nói chung ở một nước phản ánh tỷ lệ mắc mới ung thư dạ dày, phù hợp với giả thuyết cho rằng viêm mạn tính do *Helicobacter pylori* là yếu tố quan

trọng trong bệnh sinh ung thư dạ dày. Tỷ lệ ung thư dạ dày ở Việt Nam và Thừa Thiên Huế ngày càng tăng cao, tiên lượng nặng. Việc nghiên cứu các yếu tố bệnh nguyên và thương tổn tiền ung thư như *Helicobacter pylori* và dị sản ruột ở các bệnh nhân viêm dạ dày mạn tỏ ra có ý nghĩa