

KHẢO SÁT TỶ LỆ LOÃNG XƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TRÊN BỆNH NHÂN \geq 50 TUỔI TẠI BVĐKKV CÁI NƯỚC- CÀ MAU, NĂM 2008

**BÙI ĐỨC VĂN
NGUYỄN VĂN TÍN, BÙI VĂN DỬ**

TÓM TẮT

Chúng tôi thu thập được từ 260 bệnh nhân tuổi trung bình $69,55 \pm 9,7$ gồm: Nam 40,76%; Nữ 59,24%. Tỷ lệ LX chung 21,53%: Nam 14,15%, Nữ 26,62% ($p < 0,05$). Tỷ lệ LX tăng lũy tiến theo tuổi ($p < 0,05$). Trong nhóm gãy xương sống (GXS) tỷ lệ LX 53,5% ($p > 0,05$). Tần suất LX trên các yếu tố nguy cơ (YTNC): GXS, hút thuốc lá (HTL), hay té ngã (HTN), mãn kinh sớm (MKS) nhiều hơn nhóm không phơi nhiễm có ý nghĩa ($p < 0,05$). Không ghi nhận sự khác biệt trên các YTNC: uống rượu, không tập thể dục và không uống sữa.

Với mô hình hồi quy đa biến cho thấy có sự tương quan giữa tuổi và cân nặng đến mật độ xương ($r = 0,63$, $p < 0,05$). Tuổi cao, mật độ xương thấp, nhẹ cân đều có liên quan đến suất độ GXS qua mô hình hồi quy logistic.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự gia tăng tuổi thọ là tín hiệu vui cho tình trạng sức khỏe con người. Nhưng hệ lụy là kéo theo sự gia

tăng các bệnh lý về chuyển hóa và thoái hóa, trong đó có loãng xương.

Hậu quả cuối cùng của LX là gãy xương. Gãy xương thường gặp trên 60% ở phụ nữ sau mãn kinh và đàn ông trên 60 tuổi, khi bị gãy xương thì gia tăng nguy cơ gãy xương lần hai và kế tiếp, gia tăng nguy cơ tử vong và nhiễm trùng thứ phát.

Đứng trên phương diện kinh tế thì LX là một gánh nặng kinh tế quốc gia. Theo tính toán của các nhà kinh tế học. Tại Mỹ chi phí liên quan đến gãy xương và LX hàng năm lên đến 14 tỷ Mỹ kim, ở Úc 6 tỷ USD cao hơn chi phí cho bệnh tim mạch, ung thư và hen.

Mục tiêu:

Xác định tỷ lệ loãng xương (LX) và sự tương quan các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân \geq 50 tuổi.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân \geq 50 tuổi được chọn ngẫu nhiên nhập viện tại khoa Nội tim mạch lão học Bệnh viện ĐKKV

Cái Nước, huyện Cái Nước, tỉnh Cà Mau từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2009.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu cắt ngang Cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}{e^2}$$

Thay các giá trị vào công thức ta được cỡ mẫu tối thiểu là: 255 người (e=5%, p = 20%).

- Đo mật độ xương : Máy ALOKA, model : AOS-100.NW do Nhật sản xuất 2008. Chuẩn đoán LX theo đề nghị của WHO.

- X quang cột sống thắt lưng: Máy SHIMADU cao tần do Nhật sản xuất.

Đánh giá theo phương pháp bán định lượng do Genant khởi xướng.

- Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê R 7.2.1

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 260 bệnh nhân tuổi trung bình 69,55±9,7. Tuổi lớn nhất 97, tuổi nhỏ nhất 50; gồm 106 nam chiếm 40,76%, 154 nữ chiếm 59,24%. Chúng tôi ghi nhận các kết quả sau:

Bảng 1. Tỷ lệ LX:

Giới tính	N	LX (n/%)	X-squared p-value
Nam	106	15/14,15	4.9034, 0.02680
Nữ	154	41/26,62	
Chung	260	56/21,53	

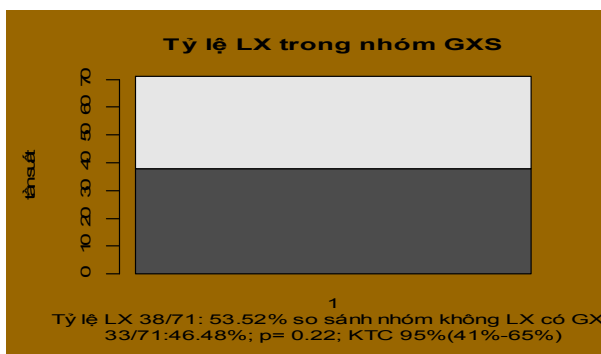
Nhận xét: Tỷ lệ LX trong nghiên cứu: 21.53%. Nam: 15/106 chiếm 14,15%, Nữ: 41/154 chiếm 26,62%, Nữ nhiều hơn nam có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Tỷ lệ LX theo nhóm tuổi:

Nhóm tuổi	n	Loãng xương	Tỷ lệ%	X-squared p-value
50-59	38	3	7.89	34.1942 1.803e-07
60-69	97	9	9.27	
70-79	90	26	28.88	
# 80	35	18	51.42	
Tổng số	260	56	100	

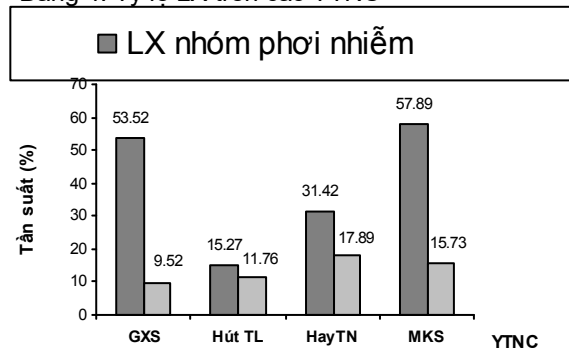
Nhận xét: Tỷ lệ LX tăng dần theo nhóm tuổi tăng

Bảng 3. Tỷ lệ LX trong nhóm GXS:

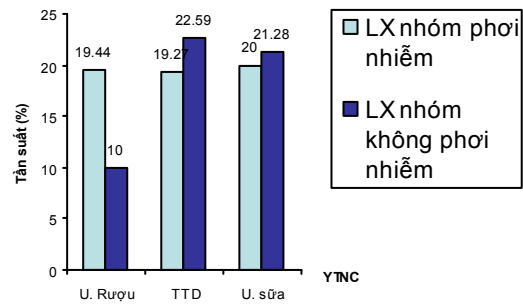


Nhận xét: không có sự khác biệt về tỷ lệ LX trong nhóm GXS

Bảng 4. Tỷ lệ LX trên các YTNC

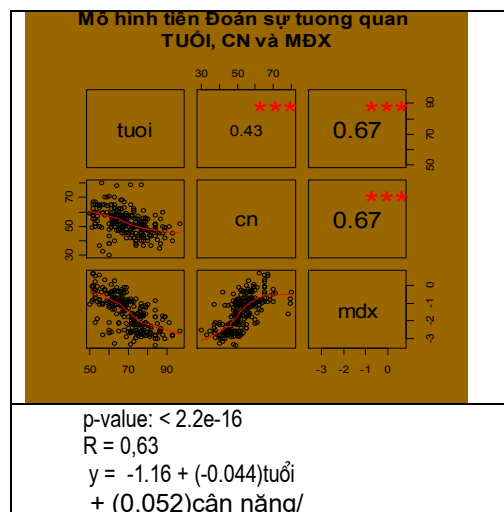


Nhận xét: GXS, hút thuốc lá, hay té ngã, mãn kinh sớm là các YTNC có tỷ lệ LX cao hơn nhóm không phổi nhiễm có ý nghĩa thống kê.



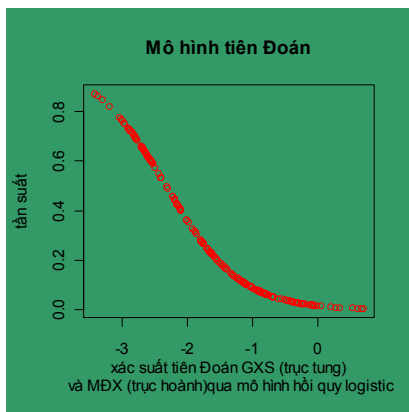
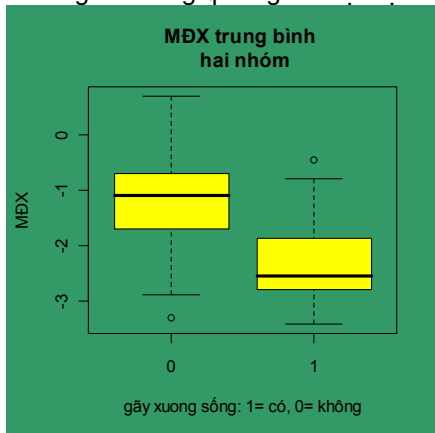
Nhận xét: không có sự khác biệt về tỷ lệ LX trên các YTNC: uống rượu, không tập thể dục, không uống sữa.

Bảng 5. Tương quan giữa tuổi, cân nặng và mật độ xương.



Nhận xét: Có sự tương quan giữa tuổi, cân nặng và mật độ xương. Giữa cân nặng và tuổi cũng có sự tương quan có ý nghĩa.

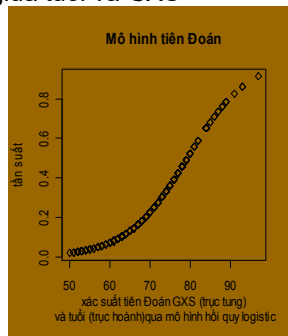
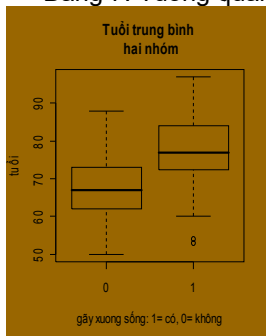
Bảng 6. Tương quan giữa mật độ xương và GXS:



0 1
-1.19 -2.28
 $t = 11.06,$
 $p\text{-value} < 2.2e-16.$

Nhận xét: Trong nhóm GXS có mật độ xương trung bình thấp hơn nhóm không GXS. Mật độ xương càng giảm nguy cơ GXS càng tăng.

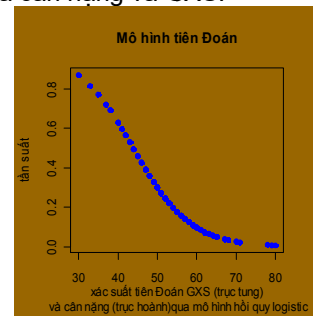
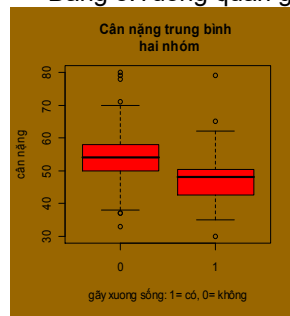
Bảng 7. Tương quan giữa tuổi và GXS



0 1
66.86 76.84:
 $t = -7.998,$
 $p\text{-value} = 9.933e-13$

Nhận xét: Nhóm GXS có tuổi trung bình cao hơn nhóm còn lại. Nguy cơ GXS tăng lũy tiến theo tuổi tác.

Bảng 8. Tương quan giữa cân nặng và GXS:



0 1
54.58 47.57
 $t = 6.63$
 $p\text{-value} = 9.087e-10$

Nhận xét: Cân nặng trung bình nhóm GXS thấp hơn. Cân nặng càng giảm nguy cơ GXS càng cao.

BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên 260 bệnh nhân chúng tôi nhận thấy các vấn đề sau:

1. Tỷ lệ LX.

Tỷ lệ LX chung trong nghiên cứu chúng tôi 21,53%, tần suất lưu hành ở nữ 26,62% nhiều hơn nam 14,25% có ý nghĩa thống kê (bảng 1). Một nghiên cứu dịch tễ ở Việt Nam cho thấy 20% phụ nữ trên 60 tuổi có triệu chứng LX. Nghiên cứu Hồ Phạm Thục Lan, Nguyễn Văn Tuấn ở thành phố Hồ Chí Minh: Tỷ lệ LX là 17,1%. Do đối tượng nghiên cứu khác nhau nên không thể so sánh nhưng qua các số liệu trên cho thấy tần suất lưu hành của LX trong cộng đồng khá cao. Tỷ lệ mắc gia tăng theo nhóm tuổi cao nhất từ 80 tuổi trở lên chiếm 51,42% (bảng 2). Ghi nhận này phù hợp với đa số nghiên cứu dịch tễ trước đây và sinh lý bệnh. LX lâu nay được cho là căn bệnh của nữ giới nhưng hiện nay cũng gặp rất nhiều ở nam giới. Một nghiên cứu đàn ông người da trắng cho thấy khoảng 6-10% đàn ông trên 50 tuổi có triệu chứng LX và 33-47% có triệu chứng giảm xương. Tuy nhiên tỷ lệ này còn cao hơn ở người Châu Á chiếm 12,6%. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tình trạng LX và giảm xương lần lượt là 14,25% và 47,05% (bảng 1).

2. Tỷ lệ LX trong nhóm GXS.

GXS là dạng phổ biến nhất của gãy xương do LX. Tỷ lệ GXS không nhất quán từ các nghiên cứu vì có sự khác nhau về phương pháp chẩn định, kỹ thuật chụp X quang và trình độ người kết luận. Tuy nhiên dù phương pháp nào đi nữa thì có đến 20-25% phụ nữ da trắng mãn kinh có gãy ít nhất 1 xương sống độ 2. Nghiên cứu tại Hồng Kông tỷ lệ GXS lưu hành 30%. Theo Hồ Phạm Thục Lan, Nguyễn Văn Tuấn tỷ lệ gãy xương đốt sống chung 23% (KTC 95% 18-19%). Tỷ lệ GXS trong nghiên cứu chúng tôi 71 trường hợp chiếm 27,30%.

Các nghiên cứu dịch tễ gần đây cho thấy chỉ có 50% trường hợp gãy xương có LX. Như vậy dựa vào mật độ xương để chẩn đoán LX truyền thống thì cho thấy: mật độ xương thấp không giải thích được các

trường hợp gãy xương. Ngược lại mật độ xương cao không mang lại hiệu quả an toàn bảo vệ xương. Vì vậy mật độ xương mặc dù là yếu tố tốt nhất của tiên đoán gãy xương nhưng bộc lộ khuyết điểm là chưa bao quát hết vấn đề nên mật độ xương bị phê phán là chưa toàn diện. Xuất phát từ luận điểm này chúng tôi tiến hành phân tích mật độ xương trong nhóm GXS cho thấy trong 71 trường hợp GXS chỉ có 53,2% trường hợp LX ($p=0,652$; bảng 3.3). Như vậy kết quả này nhất quán với luận điểm trên.

3. Tỷ lệ LX trên các YTNC.

Khi phân tích tỷ lệ LX trên bệnh nhân có hay không phơi nhiễm với các YTNC thường gặp, thì cho thấy tỷ lệ LX trên các YTNC: GXS, HTL, HTN, MKS lần lượt là 53,52%; 15,27%; 31,42%; 57,89% nhiều hơn nhóm không phơi nhiễm có ý nghĩa thống kê (bảng 3.4). Kết quả này phù hợp với đa số các nghiên cứu. Tỷ lệ LX trên các YTNC uống rượu, tập thể dục, uống sữa không khác gì so với nhóm còn lại.

4. Sự tương quan các YTNC.

4.1. Tương quan giữa tuổi cân nặng và mật độ xương

Chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy có sự tương quan chặt chẽ giữa tuổi, cân nặng và mật độ xương, ($r = 0,67$; $p < 0,001$). Ngoài ra còn cho thấy tuổi và cân nặng tương quan có ý nghĩa ($r = 0,43$; bảng 3.5).

4.2. Liên quan giữa tuổi, cân nặng mật độ xương và GXS

Qua phân tích t.test cho thấy tuổi, cân nặng, MDX nhóm không GXS đều khác hơn nhóm GXS có ý nghĩa thống kê. Để kiểm chứng chúng tôi tiến hành phân tích theo mô hình hồi quy logistic cho thấy tuổi càng cao, cân nặng càng thấp, mật độ xương càng giảm đều là những nguy cơ GXS.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ LX chung chiếm: 21,53%. Tỷ lệ LX ở phụ nữ 26,62% nhiều hơn nam giới 14,15% có ý nghĩa thống kê.

2 Tỷ lệ LX tăng lũy tiến theo nhóm tuổi.

3. Tỷ lệ LX trong nhóm GXS: Chiếm 53,2% so với nhóm Không LX có GXS không khác biệt về ý nghĩa thống kê.

4. Tỷ lệ LX trên các YTNC: GXS, hút thuốc lá, hay té ngã, mãn kinh sớm nhiều hơn nhóm không phơi nhiễm có ý nghĩa thống kê.

5. Sự tương quan các YTNC.

5.1. Có sự tương quan giữa tuổi, cân nặng và mật độ xương.

5.2. Có sự tương quan giữa tuổi, cân nặng, mật độ xương và GXS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Đình Nguyên (2007), "Nguyên nhân và yếu tố nguy cơ", Loãng xương: Nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị, phòng ngừa, NXB Y học, trang 13-78

2. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Đình Nguyên (2007), "Chẩn đoán và xét nghiệm", Loãng xương: Nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị, phòng ngừa, NXB Y học, trang 79-119.

3. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Đình Nguyên (2007), "Điều trị và phòng ngừa", Loãng xương: Nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị, phòng ngừa, NXB Y học, trang 144-201.

4. Annie Kung (2008), "Loãng xương: Các yếu tố nguy cơ gây xương do loãng xương", Tầm nhìn Châu Á về loãng xương, Kỷ yếu hội nghị, Hội Y học thành phố Hồ Chí Minh, trang 20-21.

5. Ego Seeman (2008), "Những tiến bộ mới trong loãng xương", Tầm nhìn Châu Á về loãng xương, Kỷ yếu hội nghị, Hội Y học thành phố Hồ Chí Minh, trang 6-7.

6. Edith Lau (2008), "Dịch tễ học loãng xương Châu Á", Tầm nhìn Châu Á về loãng xương, Kỷ yếu hội nghị, Hội Y học thành phố Hồ Chí Minh, trang 3-4.

7. Leonard Koh (2008), "Loãng xương: Nhận diện người có nguy cơ cao", Tầm nhìn Châu Á về loãng xương, Kỷ yếu hội nghị, Hội Y học thành phố Hồ Chí Minh, trang 18-19.