

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ MẬT ĐỘ XƯƠNG ĐẦU TRÊN XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH ĐO BẰNG MÁY UNIGAMMA PLUS TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

PHẠM HỒNG HUỆ, NGUYỄN THỊ NGỌC và CỘNG SỰ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1994 Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra định nghĩa "Loãng xương là là một bệnh lý xương hệ thống đặc trưng bởi khối lượng xương thấp và thoái hoá vi cấu trúc của mô xương, làm tăng độ giòn của xương và hậu quả là tăng nguy cơ gãy xương."

Nguy cơ gãy xương do loãng xương tỷ lệ với sự giảm sức bền cơ học của xương mà quyết định chủ yếu là mật độ xương. Vì vậy đo mật độ xương cho phép đánh giá nguy cơ gãy xương do loãng xương.

Trong vài thập kỷ gần đây, hàng loạt phương pháp đo mật độ xương ra đời cho phép đo lường chính xác mật độ xương ở nhiều vị trí của bộ xương. Hiện nay phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép được WHO coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán loãng xương. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép vì tính chính xác, liều lượng tia X thấp cũng như giá hợp lý.

Mục tiêu nghiên cứu của đề tài:

- Nhận xét mật độ xương tại cổ xương đùi ở người trưởng thành đo bằng máy UNIGAMMA PLUS.
- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mật độ xương của các đối tượng nghiên cứu.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

408 bệnh nhân đến kiểm tra mật độ xương tại bệnh viện Hữu Nghị, thời gian từ 2/2006 đến 4/2009.

2. Đối tượng loại trừ.

Những bệnh nhân mắc các bệnh liên quan đến chuyển hóa xương như bệnh nội tiết, bệnh khớp mãn tính, bệnh gan thận mãn tính, bệnh nhân bất động dài ngày, bệnh nhân sử dụng một số thuốc kéo dài như corticoid, thuốc chống đông...

3. Phương pháp nghiên cứu.

Phương pháp cắt ngang mô tả

- Bệnh nhân được hỏi tiền sử, đo chiều cao, cân nặng.

- Đo mật độ xương: Sử dụng máy UNIGAMMA PLUS đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép. Kết quả được so sánh với mật độ xương của người trẻ tuổi (T-score) theo cách đánh giá của WHO.

Bình thường: T-score \geq (-1); Giảm mật độ xương: (-1) > T-score > (-2,5); Loãng xương: T-score \leq (-2,5). Phân tích kết quả theo chương trình thống kê Y học EPI-INFO 6.04.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Đặc điểm	Nam (271)	Nữ (137)
Tuổi (năm)	46,8 \pm 11,2	50,6 \pm 12,8
Chiều cao (cm)	161,3 \pm 1,4	15,2 \pm 5,4
Cân nặng (Kg)	56,7 \pm 8,1	51,5 \pm 4,8
BMI	21,5 \pm 3,8	22,1 \pm 1,6

Bảng 2. Mật độ xương đầu trên xương đùi theo giới:

Giới	N	Đầu trên XĐ phải			Đầu trên XĐ trái		
		Cổ XĐ	Ward	Cổ XĐ	Ward	Cổ XĐ	MCL
Nam	271	0,86 \pm 0,14	0,73 \pm 0,19	0,71 \pm 0,10	0,84 \pm 0,12	0,57 \pm 0,15	0,58 \pm 0,10
Nữ	137	0,71 \pm 0,11	0,68 \pm 0,12	0,56 \pm 0,06	0,69 \pm 0,11	0,57 \pm 0,08	0,55 \pm 0,07
P		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

MĐX nhóm nam cao hơn nhóm nữ. MĐX cao nhất tại cổ xương đùi, thấp nhất tại mấu chuyển lớn. Sự khác biệt của MĐX tại các điểm đo giữa nhóm nữ và nhóm nam không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phân bố mật độ xương đầu trên xương đùi (g/cm) theo BMI:

BMI	N	Đầu trên XĐ phải			Đầu trên XĐ trái		
		Cổ XĐ	Ward	Cổ XĐ	Ward	Cổ XĐ	Ward
<18,5	27	0,65 \pm 0,14	0,61 \pm 0,21	0,54 \pm 0,13	0,65 \pm 0,17	0,59 \pm 0,03	0,53 \pm 0,18
18,5-25	340	0,71 \pm 0,05	0,63 \pm 0,19	0,59 \pm 0,12	0,68 \pm 0,06	0,61 \pm 0,10	0,57 \pm 0,01
>25	41	0,79 \pm 0,01	0,57 \pm 0,13	0,54 \pm 0,17	0,78 \pm 0,17	0,65 \pm 0,09	0,62 \pm 0,10

BMI càng cao, mật độ càng lớn

Bảng 4. Mật độ xương đầu trên xương đùi theo nhóm tuổi:

Tuổi	N	Đầu trên XĐ phải			Đầu trên XĐ trái		
		Cổ XĐ	Ward	Cổ XĐ	Ward	Cổ XĐ	Ward
20-29	19	0,98 \pm 0,13	0,92 \pm 0,03	0,87 \pm 0,14	0,93 \pm 0,04	0,91 \pm 0,15	0,87 \pm 0,09
30-39	27	0,95 \pm 0,06	0,86 \pm 0,04	0,77 \pm 0,15	0,86 \pm 0,12	0,83 \pm 0,08	0,77 \pm 0,16
40-49	57	0,89 \pm 0,18	0,78 \pm 0,09	0,65 \pm 0,18	0,78 \pm 0,15	0,70 \pm 0,11	0,65 \pm 0,17
50-59	91	0,82 \pm 0,17	0,72 \pm 0,05	0,60 \pm 0,10	0,71 \pm 0,12	0,64 \pm 0,15	0,60 \pm 0,13
60-69	182	0,72 \pm 0,19	0,66 \pm 0,04	0,54 \pm 0,12	0,62 \pm 0,18	0,58 \pm 0,11	0,54 \pm 0,19
70-79	21	0,61 \pm 0,21	0,59 \pm 0,09	0,48 \pm 0,8	0,54 \pm 0,14	0,52 \pm 0,11	0,48 \pm 0,12
80-89	11	0,51 \pm 0,11	0,48 \pm 0,12	0,42 \pm 0,01	0,49 \pm 0,15	0,47 \pm 0,17	0,42 \pm 0,21
P		<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01

Bảng 4. Mật độ xương đầu trên xương đùi của nhóm nữ:

Nhóm nữ	N	Đầu trên XD phải			Đầu trên XD trái		
		Cổ XD	Ward	MCL	Cổ XD	Ward	MCL
Chưa MK	52	0,86+ 0,19	0,72+ 0,14	0,69+ 0,18	0,75+ 0,12	0,74+ 0,14	0,72+ 0,11
MK	85	0,72+ 0,17	0,61+ 0,13	0,57+ 0,17	0,64+ 0,13	0,65+ 0,11	0,61+ 0,17
P		< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05

MĐX ở nhóm nữ mãn kinh giảm rõ rệt so với nhóm chưa mãn kinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Chỉ số T-score:

Tuổi	Bình thường		Giảm MĐX		Loãng xương	
	n	%	n	%	n	%
20-29	16	84	3	16	0	0
03-39	25	92	2	8	0	0
40-49	9	63	48	7	0	0
50-59	26	29	63	69	2	2
60-69	10	6	160	88	12	6
70-79	0	0	18	86	3	14
80-89	0	0	9	64	2	18
Tổng	86	21	303	74	19	5

Tỷ lệ loãng xương tập trung nhiều ở nhóm > 50 tuổi.

KẾT LUẬN

Qua 408 người được đo mật độ xương tại đầu trên xương đùi bằng máy UNIGAMMA PLUS tại bệnh viện Hữu Nghị từ 2/2006 đến 2/2009 chúng tôi có một số nhận xét sau:

1. Đặc điểm của mật độ xương đầu trên xương đùi đo tại 3 điểm là:

- Cao nhất tại cổ xương đùi, thấp nhất tại mẫu chuyển lớn.

- Tỷ lệ loãng xương tại đầu trên xương đùi là 5%.

2. Một số yếu tố liên quan đến mật độ xương đầu trên xương đùi:

- Mật độ xương đạt giá trị cao nhất từ 20 đến 29 tuổi, sau đó giảm dần

- Những người có chỉ số BMI thấp thì MĐX thấp
- ở những người mãn kinh có MĐX thấp hơn có ý nghĩa so với người chưa mãn kinh.

Trên đây chỉ là những nhận xét bước đầu. Cần có những nghiên cứu dài hơn để có những nhận xét đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân – Bệnh thấp khớp TXB y học
2. Hoàng Đức Kiệt “ Chụp cắt lớp vi tính toàn thân”- 1990
3. Vũ Thị Thanh Thủy “Bước đầu đánh giá mật độ xương bằng máy PIXI”
4. Phạm Văn Tú “Nhận xét mật độ xương của nam giới bình thường từ 50 tuổi trở lên bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép”-2002.
5. Nguyễn Văn Tuấn “Loãng xương – nguyên nhân, chuẩn đoán và điều trị phòng ngừa”, (2007).
6. Brailon P.Delmas PD “Methodes devaluation des osteoporoses” Sandoz Jouve. Paris 1992.
7. Hubsch.P, Kocanda H, Yoissefzadeshs, Schneider B, Kainberger F, Seidl G, Kurtaran A, Gruber S, (1992). “Comparison of dual energy X rayabsorptiometry of the proximal femur with morphologic data”. Acta Radiol sep.33(5), PP 477-481.
8. Bolanowski, M. Katesry I Klinki Endokrymologii; Diabeto – logii AM we Wroclawin. “Boue densitometry: onterpretation of a sinfle measurement”, (2000).