

tay và 16mm ở cánh tay với kim 25G⁶. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nhóm kết hợp EMLA và lidocain cho hiệu quả giảm đau tốt hơn 2 nhóm còn lại. Katsushi cũng chỉ ra rằng việc kết hợp EMLA và mepivacaine 1% (thuốc tê cùng nhóm với lidocain) tê thẩm có thể tối ưu hoá sự thoải mái của sản phụ khi đâm kim Touhy⁵. Nhóm E/L ưu việt hơn ở mọi thời điểm nghiên cứu có thể do các thủ thuật gây tê tủy sống, tê tại chỗ và đặt catheter ngoài màng cứng được làm tuần tự, do vậy việc sản phụ phải chịu đau trong các thủ thuật trước đó có thể ảnh hưởng đến cảm giác đau của sản phụ khi đâm kim Touhy⁵.

Tỉ lệ sản phụ có nhu cầu dùng thêm thuốc tê ở nhóm II là 17,5% (7 sản phụ), trong khi đó nhóm I và III không có sản phụ nào cần dùng thêm thuốc tê. Cả 7 sản phụ này đều yêu cầu thêm thuốc tê trong thủ thuật ngoài màng cứng, cụ thể là trong giai đoạn kim Touhy đi qua dây chằng và tổ chức dưới da. Mức độ hài lòng của sản phụ cao nhất ở nhóm E/L, thấp nhất ở nhóm L ($p<0,05$). Kết quả này tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Sharma ¹, Elson ⁴. Không có sản phụ nào ở nhóm II và nhóm III xuất hiện tác dụng không mong muốn tại chỗ và toàn thân khi sử dụng kem Emla 5%, cho thấy mức độ an toàn cao của kem Emla khi sử dụng trên sản phụ được gây tê tủy sống và gây tê ngoài màng cứng. Kết quả trên cũng tương tự với kết quả của Katsushi ⁵, Elson ⁴, Sharma ¹. Mức độ đau tại các thời điểm ở nhóm I phần lớn là cao hơn nhóm II và nhóm III, dẫn đến ảnh hưởng đến tâm lý và làm sản phụ lo lắng hơn trong quá trình thực hiện thủ thuật. Điều này có thể làm sản phụ giật mình, hoặc cựa nhiều hơn, từ đó làm thao tác của bác sĩ gây mê trong quá

trình thực hiện thủ thuật kém thuận lợi hơn.

V. KẾT LUẬN

Kem EMLA 5% là đủ để giảm đau cho sản phụ gây tê tủy sống để mổ lấy thai mà không cần dùng thêm thuốc tê tại chỗ. Tuy nhiên, tác dụng của kem EMLA không đủ sâu để giảm đau trong quá trình đặt catheter ngoài màng cứng, nhất là tại thời điểm kim Touhy đi qua tổ chức dưới da và dây chằng, hiệu quả của EMLA tại giai đoạn này kém hơn lidocain tê tại chỗ. Kết hợp bôi kem EMLA 5% và lidocain cho hiệu quả giảm đau vượt trội so trên sản phụ ở tất cả các thời điểm đánh giá trong nghiên cứu. Kem EMLA 5% an toàn đối với sản phụ mổ để trải qua quá trình tê tủy sống và đặt catheter ngoài màng cứng, không chỉ giúp giảm cảm giác đau khi đâm kim mà còn cải thiện sự hài lòng của sản phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Nguyễn Ái Nương.** 2020. Kết quả giảm đau của Kem Lidocaine – Pirlocaine 5% trong thực hiện thủ thuật lấy máu tĩnh mạch ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Bệnh viện Nhi đồng 1.
2. **S K Sharma, N M Gajraj, J E Sidawi, K Lowe:** EMLA cream effectively reduces the pain of spinal needle insertion.
3. **Özyurt G, Başağa Moğol E, Kerimoğlu B.** EMLA cream application prior to spinal anaesthesia. *Medeni Med J.* 19(3):167-169.
4. **J A Elson, M J Paech:** EMLA cream prior to insertion of elective epidurals
5. **Katsushi Doi, Yoko Ueda, and Noritaka Imamachi:** Use of EMLA cream for skin anesthesia and epidural insertion in the patients with cesarean delivery: A prospective double-blind randomized clinical trial
6. **S J Ralston, A G Head-Rapson:** Use of EMLA cream for skin anaesthesia prior to epidural insertion in labour

TỶ LỆ VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ LOÃNG XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN NỮ MÃN KINH MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẨY NĂM 2024

Phan Hữu Hên¹, Cao Đình Hưng^{2,3}, Trương Quốc Dũng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loãng xương ở phụ nữ mãn kinh là vấn đề y tế cấp thiết do tỷ lệ gia tăng và gây ra hậu

quả nghiêm trọng, đặc biệt khi kết hợp với đái tháo đường típ 2 làm tăng nguy cơ loãng xương do tác động cộng hưởng của tuổi tác, mãn kinh và ảnh hưởng của bệnh lý nền. Mặc dù nhiều nghiên cứu quốc tế đã tìm ra các yếu tố nguy cơ nhưng tại Việt Nam dữ liệu vẫn còn hạn chế, chưa đủ để định hướng điều trị và phòng ngừa hiệu quả. Nghiên cứu này nhằm bổ sung thông tin quan trọng về tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nhóm bệnh nhân đặc thù này, từ đó hỗ trợ cải thiện chất lượng chăm sóc.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và yếu tố nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Hưng

Email: hungcd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

thực hiện trên tất cả bệnh nhân nữ mãn kinh được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 tại phòng khám Nội tiết bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu đã thu nhận 102 phụ nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2 và kết quả đáng chú ý cho thấy tỷ lệ loãng xương có sự khác biệt rõ rệt giữa các vị trí. Tại cột sống thắt lưng, 21,6% bệnh nhân mắc loãng xương, 41,2% thiếu xương và 37,3% có xương bình thường; trong khi tại cổ xương đùi, tỷ lệ loãng xương giảm xuống 12,7%, thiếu xương 47,1% và xương bình thường chiếm 40,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Đánh giá chung tại cả hai vị trí, tỷ lệ loãng xương đạt 26,5%, thiếu xương chiếm 50,0% và chỉ 23,5% bệnh nhân có xương bình thường. Nghiên cứu cũng phát hiện các yếu tố tăng nguy cơ loãng xương bao gồm tiền sử có sử dụng corticoid ($p < 0,001$) và nhẹ cân ($p = 0,047$), ngược lại yếu tố bảo vệ là có vận động thể lực ($p = 0,019$). Điểm đáng chú ý là nguy cơ loãng xương tăng cao ở phụ nữ mãn kinh trên 10 năm ($p = 0,003$), người mắc đái tháo đường từ 10 năm trở lên ($p = 0,001$) và kiểm soát đường huyết kém ($HbA1c \geq 7\%$, $p = 0,037$). Trong số các yếu tố nguy cơ, tiền sử sử dụng corticoid và thời gian mắc đái tháo đường kéo dài trên 10 năm là yếu tố độc lập làm gia tăng nguy cơ loãng xương ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy 26,5% phụ nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2 bị loãng xương. Những yếu tố nguy cơ nổi bật gồm tiền sử sử dụng corticoid, cân nặng thấp, mãn kinh từ 10 năm trở lên, mắc đái tháo đường từ 10 năm và kiểm soát đường huyết kém ($HbA1c \geq 7\%$). Ngược lại, vận động thể lực là yếu tố bảo vệ. Phân tích hồi quy logistic đa biến khẳng định tiền sử dùng corticoid và thời gian mắc đái tháo đường kéo dài từ 10 năm trở lên là các yếu tố nguy cơ độc lập, đóng vai trò quan trọng trong sự gia tăng loãng xương. **Từ khóa:** Loãng xương, Đái tháo đường típ 2, Nữ mãn kinh.

SUMMARY

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF OSTEOPOROSIS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH TYPE 2 DIABETES AT CHO RAY HOSPITAL IN 2024

Background: Osteoporosis in postmenopausal women is a critical healthcare issue due to its rising prevalence and severe consequences, particularly when combined with type 2 diabetes, which further elevates osteoporosis risk due to the combined effects of age, menopause, and underlying health conditions. Although numerous international studies have identified risk factors, data in Vietnam remain limited, lacking sufficient guidance for effective treatment and prevention. This study aims to bridge this gap by providing vital insights into the prevalence and risk factors of osteoporosis among this specific patient population, thereby supporting improved care quality. **Objective:** To determine the prevalence and risk factors of osteoporosis in postmenopausal women with type 2 diabetes. **Method:** A cross-sectional study was conducted involving all postmenopausal female patients diagnosed with type 2 diabetes at the Endocrinology Clinic of Cho Ray Hospital from January 2024 to June 2024. **Result:** The study included 102

postmenopausal women with type 2 diabetes, revealing significant differences in osteoporosis rates across various sites. At the lumbar spine, 21.6% of patients had osteoporosis, 41.2% had osteopenia, and 37.3% had normal bone density; whereas at the femoral neck, the osteoporosis rate decreased to 12.7%, with 47.1% showing osteopenia and 40.2% having normal bone density. This difference was statistically significant ($p < 0.001$). When combining both sites, the overall osteoporosis rate was 26.5%, with osteopenia in 50.0% of patients, and only 23.5% having normal bone density. The study identified several risk factors for osteoporosis, including a history of corticosteroid use ($p < 0.001$) and low body weight ($p = 0.047$), while physical activity was found to be a protective factor ($p = 0.019$). Notably, osteoporosis risk was significantly higher in women postmenopausal for over 10 years ($p = 0.003$), those with diabetes duration of 10 years or more ($p = 0.001$), and those with poor glycemic control ($HbA1c \geq 7\%$, $p = 0.037$). Among these risk factors, a history of corticosteroid use and a diabetes duration of over 10 years were found to be independent predictors of increased osteoporosis risk ($p < 0.05$). **Conclusion:** The study found that 26.5% of postmenopausal women with type 2 diabetes had osteoporosis. Significant risk factors include corticosteroid use history, low body weight, postmenopausal duration of 10 years or more, diabetes duration of 10 years or more, and poor glycemic control ($HbA1c \geq 7\%$), while physical activity serves as a protective factor. Multivariate logistic regression confirmed corticosteroid use history and diabetes duration of 10 years or more as independent risk factors, underscoring their critical role in osteoporosis risk elevation.

Keywords: Osteoporosis, Type 2 diabetes, Postmenopausal women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là bệnh hệ thống của xương đặc trưng bởi tình trạng giảm khối lượng xương và các cấu trúc vi mô của xương dẫn đến tăng độ giòn của xương và xương dễ gãy hơn¹. Từ lâu, loãng xương đã được chứng minh là vấn đề sức khoẻ nghiêm trọng của riêng nữ giới ở độ tuổi mãn kinh chủ yếu là do sự sụt giảm nồng độ hormone estrogen². Đái tháo đường là tình trạng rối loạn chuyển hoá mạn tính đặc trưng bởi sự tăng đường huyết kéo dài, xảy ra do cơ thể thiếu hoặc đề kháng insulin³. Đái tháo đường để lại hậu quả lên nhiều hệ cơ quan trong cơ thể như mắt, thần kinh, thận, tim mạch và cơ xương khớp, điển hình là gãy xương và loãng xương¹. Cho đến nay, đái tháo đường đã được chứng minh là yếu tố làm tăng nguy cơ loãng xương¹. Một tổng quan hệ thống công bố năm 2017 cho thấy có mối liên hệ giữa đái tháo đường, đặc biệt là đái tháo đường típ 2, và nguy cơ gãy xương chung³. Gãy xương do loãng xương sẽ để lại gánh nặng về y tế, kinh tế cũng như giảm

đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân³. Do đó, nhận định yếu tố nguy cơ loãng xương, tiên lượng nguy cơ gãy xương sẽ góp phần phòng bệnh và chữa bệnh cho bệnh nhân. Tại Việt Nam, đã có tác giả mô tả tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2 lên đến 45% tuy nhiên nghiên cứu được thực hiện trên cỡ mẫu tương đối nhỏ và chưa chỉ ra được các yếu tố nguy cơ loãng xương trên nhóm bệnh nhân này⁴. Do đó, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu: "Tỷ lệ và yếu tố nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2" với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2

2. Xác định các yếu tố nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang. Dân số chọn mẫu là bệnh nhân nữ mãn kinh được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 đến khám tại phòng khám Nội tiết bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024. Các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn về các thông tin hành chính, tiền căn thói quen và bệnh lý đồng mắc, đo nhân trắc. Ghi nhận kết quả xét nghiệm gần nhất dựa trên bệnh án điện tử hoặc kết quả xét nghiệm bệnh nhân đang có, bao gồm: HbA1c, Triglyceride, Cholesterol, HDL-c, LDL-c, mật độ xương được đo dưới 2 năm. Bệnh nhân sẽ được đo mật độ xương bằng phương pháp DXA tại khoa Chẩn đoán hình ảnh nếu chưa được đo trong vòng 2 năm. Mật độ xương sẽ được đo tại ít nhất hai vị trí của cột sống thắt lưng L1 – L4 và cổ xương đùi bằng máy Hologic Horizon W, Hoa Kỳ. Số liệu sẽ được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS. Nghiên cứu này được tiến hành sau khi được sự chấp thuận và thông qua của Hội đồng chuyên môn, Hội đồng Y đức bệnh viện Chợ Rẫy theo quyết định số 1740/GCN-HĐĐĐ ngày 22 tháng 03 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

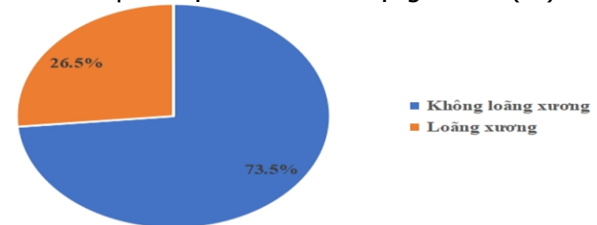
Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2. Khi đánh giá tại vị trí cột sống thắt lưng, tỷ lệ loãng xương là 21,6%, thiếu xương là 41,2% và bình thường là

37,3%. Khi đánh giá tại vị trí cổ xương đùi, tỷ lệ loãng xương là 12,7%, thiếu xương là 47,1% và bình thường là 40,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng loãng xương tại vị trí cột sống thắt lưng và cổ xương đùi của mẫu nghiên cứu ($p < 0,001$) (Bảng 1). Tỷ lệ loãng xương của mẫu nghiên cứu khi đánh giá chung 2 vị trí là 26,5% (Biểu đồ 1)

Bảng 1. Tình trạng loãng xương tại vị trí CSTL và CXĐ của mẫu nghiên cứu

	Vị trí cột sống thắt lưng	Vị trí cổ xương đùi	Chung	p
Bình thường	38(37,3)	41(40,2)	24(23,5)	< 0,001
Thiếu xương	42(41,2)	48(47,1)	51(50,0)	
Loãng xương	22(21,6)	13(12,7)	27(26,5)	

Kết quả được mô tả dưới dạng tần số (%)



Biểu đồ 1. Tỷ lệ loãng xương của mẫu nghiên cứu

Các yếu tố nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng vận động thể lực, tiền căn sử dụng corticoid và cân nặng giữa hai nhóm có và không có loãng xương ($p < 0,05$) (Bảng 2). Có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa tuổi mãn kinh, số năm mãn kinh và tình trạng loãng xương của mẫu nghiên cứu ($p < 0,05$) (Bảng 3). Có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa phân nhóm thời gian phát hiện ĐTĐ và phân nhóm HbA1c với tình trạng loãng xương của mẫu nghiên cứu ($p < 0,05$). Không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ triglyceride, cholesterone, HDL-c, LDL-c và tình trạng loãng xương của mẫu nghiên cứu ($p > 0,05$). Khi đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến, tiền căn sử dụng corticoid và phân nhóm thời gian phát hiện đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập của loãng xương (Bảng 6).

Bảng 2. Mối liên quan giữa kết quả sinh trắc học, thói quen, đặc điểm bệnh đái tháo đường của mẫu nghiên cứu với tình trạng loãng xương

Đặc điểm	Loãng xương		OR (KTC 95%)	p
	Không (n=75)	Có (n=27)		
Tuổi^a (năm)	66,2 ± 7,7	68,7 ± 9,3	1,038 (0,983 – 1,096)	0,176 ^c
Trình độ học vấn^b	Phổ thông		1,689	0,476 ^d

	ĐH - SDH	7 (63,6)	4 (36,4)	(0,453 – 6,301)	
Vận động thể lực^b	Không	42 (65,6)	22 (34,4)	0,289	0,019 ^e
	Có	33 (86,8)	5 (13,2)	(0,099 – 0,846)	
Tiền căn sử dụng Corticoid^b	Không	47 (88,7)	6 (11,3)	5,875	<0,001 ^e
	Có	28 (57,1)	21 (42,9)	(2,117 – 16,306)	
Cân nặng^a (kg)		57,7 ± 7,4	54,2 ± 8,8	0,944 (0,891 – 1,000)	0,047 ^c
BMI^a (kg/m²)		23,8 ± 3	22,9 ± 4	0,914 (0,794 – 1,052)	0,209 ^c
Phân nhóm số năm mãn kinh	<10 năm	18 (100,0)	0 (0,0)		0,003 ^d
	≥10 năm	57 (67,9)	27 (32,1)		
Tiền căn loãng xương của gia đình^b	Không	70 (73,7)	25 (26,3)	1,120	1 ^d
	Có	5 (71,4)	2 (28,6)	(0,204 – 6,144)	
Phân nhóm số năm phát hiện ĐTĐ^b	<10 năm	41 (89,1)	5 (10,9)	5,306	0,001 ^e
	≥10 năm	34 (60,7)	22 (39,3)	(1,816 – 15,503)	
Phân nhóm thuốc điều trị ĐTĐ^b	Thuốc viên	43 (68,3)	20 (31,7)		0,218 ^d
	Thuốc viên và insulin	29 (82,9)	6 (17,1)	0,445 (0,159 – 1,242)	
	Insulin	3 (75,0)	1 (25,0)	0,717 (0,070 – 7,326)	
Phân nhóm HbA1c^b	< 7%	17 (94,4)	1 (5,6)	7,621	0,037 ^d
	≥ 7%	58 (69,0)	26 (31,0)	(0,962 – 60,342)	
Bệnh lý TKNB^b	Không	32 (71,1)	13 (28,9)	0,801	0,623 ^e
	Có	43 (75,4)	14 (24,6)	(0,332 – 1,938)	

a: mô tả kết quả dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn; b: mô tả dưới dạng tần số (%)

c: kiểm định t; d: kiểm định Fisher; e: kiểm định Chi – bình phương

Bảng 3. Mối liên hệ giữa nồng độ triglyceride, cholesterone, HDL-c, LDL-c và tình trạng loãng xương của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Loãng xương		p ^a
	Không(n=75)	Có (n=27)	
Triglyceride (mg/dL)	165,0 [123,0-259,0]	141,0 [102,0-178,0]	0,079
Cholesterone (mg/dL)	168,0 [138,0- 221,0]	150,0 [126,0-198,0]	0,182
HDL-c (mg/dL)	45,0 [40,0-53,0]	48,0 [40,0-50,0]	0,258
LDL-c (mg/dL)	87,8 [65,6-127,5]	75,0 [63,0-102,0]	0,829

Kết quả được mô tả dưới dạng trung vị [khoảng tứ vị]; a: kiểm định Mann-Whitney

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic đa biến của một số biến số liên quan đến tình trạng loãng xương của mẫu nghiên cứu

Biến số	OR	KTC 95% OR	p
Cân nặng	0,956	0,897-1,019	0,17
Tiền căn sử dụng corticoid	4,683	1,607-13,646	0,005
Phân nhóm thời gian phát hiện ĐTĐ	4,266	1,378-13,204	0,012

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chẩn đoán loãng xương

ở cả hai vị trí đạt 26,5%, thấp hơn đáng kể so với nhiều nghiên cứu khác tại châu Á. Ví dụ, nghiên cứu của Balram Sharma ghi nhận tỷ lệ loãng xương chung là 49,5%, Xin Zhao là 41,0%^{5,6}. So với các nghiên cứu trong nước, kết quả này cũng thấp hơn, khi nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai của Lại Thuý Dương cho thấy tỷ lệ 44,0% và nghiên cứu của Nguyễn Hữu Dũng là 55,2%^{7,8}. Sự khác biệt này có thể bắt nguồn từ khoảng tham chiếu đo mật độ xương: trong khi nhiều nghiên cứu sử dụng khoảng tham chiếu NHANES III tiêu chuẩn, Bệnh viện Chợ Rẫy đã chọn áp dụng khoảng tham chiếu đặc trưng cho dân số Nhật Bản nhằm phản ánh chính xác hơn đặc điểm của khu vực châu Á.

Các yếu tố nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2. Khi xem xét mối liên hệ giữa đặc điểm sinh trắc học và thói quen của bệnh nhân với tình trạng loãng xương, chúng tôi phát hiện một số yếu tố có sự khác biệt rõ rệt về mặt thống kê. Cụ thể, vận động thể lực đóng vai trò bảo vệ, giúp giảm đáng kể nguy cơ loãng xương (p=0,019, OR 0,289, CI 95% 0,099 – 0,846). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước, như nghiên cứu của Dana Hyassat và Nguyễn Hữu Dũng lần lượt cho thấy vận động giảm nguy cơ loãng xương với OR 0,060 và OR 0,171^{8,9}.

Ngược lại, việc sử dụng corticoid làm tăng nguy cơ loãng xương lên gấp nhiều lần ($p < 0,001$, OR 5,875, CI 95% 2,117 – 16,306), đồng nhất với y văn quốc tế, khẳng định corticoid không chỉ tác động xấu đến mật độ xương ở dân số chung mà còn ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường⁹. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ loãng xương giữa các nhóm bệnh nhân mãn kinh từ 10 năm trở lên và dưới 10 năm, phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác như Hyassat và Nguyễn Hữu Dũng cho thấy nguy cơ loãng xương gia tăng cùng với số năm mãn kinh^{8,9}.

Trong các đặc điểm liên quan đến bệnh đái tháo đường, chúng tôi phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ loãng xương giữa các nhóm thời gian phát hiện đái tháo đường ($p = 0,001$) và mức độ kiểm soát đường huyết qua chỉ số HbA1c ($p = 0,037$). Cụ thể, tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường từ 10 năm trở lên là 39,3%, cao gấp gần bốn lần so với nhóm dưới 10 năm, chỉ 10,9%. Điều này cho thấy bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 10 năm trở lên có nguy cơ loãng xương cao gấp 5,306 lần (CI 95% 1,816 – 15,503). Ngoài ra, nhóm bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém ($\text{HbA1c} \geq 7\%$) có nguy cơ loãng xương cao gấp 7,621 lần so với nhóm kiểm soát tốt. Dù thời gian trung bình phát hiện đái tháo đường giữa các nhóm loãng xương và không loãng xương không khác biệt đáng kể nhưng khi phân tích theo từng nhóm thời gian mắc bệnh, chúng tôi thấy tỷ lệ loãng xương tăng dần theo mức thời gian bệnh: dưới 5 năm, từ 5–9 năm, và từ 10 năm trở lên. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Dana Hyassat và Nguyễn Hữu Dũng cho thấy bệnh nhân có thời gian mắc đái tháo đường từ 10 năm trở lên có tỷ lệ loãng xương cao vượt trội^{8,9}.

Chúng tôi đã thực hiện phân tích hồi quy logistic đa biến để tìm ra các yếu tố ảnh hưởng chính đến nguy cơ loãng xương. Mặc dù cân nặng ban đầu cho thấy có ảnh hưởng, mối liên hệ này trở nên không rõ ràng khi đưa vào mô hình đa biến. Ngược lại, tiền sử có sử dụng corticoid nổi bật với nguy cơ loãng xương cao gấp 4,683 lần ($p = 0,005$). Tương tự, bệnh nhân đã phát hiện đái tháo đường từ 10 năm trở lên có nguy cơ loãng xương tăng 4,266 lần ($p = 0,012$). Qua kết quả này, tiền sử sử dụng corticoid và thời gian mắc đái tháo đường từ 10 năm trở lên đã khẳng định vai trò là các yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến loãng xương.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ mãn kinh mắc đái tháo đường típ 2 đạt 26,5%. Các yếu tố như tiền sử sử dụng corticoid, cân nặng thấp, mãn kinh kéo dài trên 10 năm, mắc đái tháo đường từ 10 năm trở lên và chỉ số $\text{HbA1c} \geq 7\%$ đều làm tăng nguy cơ loãng xương. Trái lại, hoạt động thể lực được chứng minh là một yếu tố bảo vệ. Đáng chú ý, phân tích hồi quy logistic đa biến khẳng định rằng tiền sử có sử dụng corticoid và thời gian mắc đái tháo đường trên 10 năm là những yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến loãng xương ở nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Powers AC, Stafford JM, Rickels MR.** Diabetes Mellitus: Complications. In: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e. McGraw-Hill Education; 2018.
2. **Cheng CH, Chen LR, Chen KH.** Osteoporosis Due to Hormone Imbalance: An Overview of the Effects of Estrogen Deficiency and Glucocorticoid Overuse on Bone Turnover. International journal of molecular sciences. Jan 25 2022; 23(3):doi: 10.3390/ijms23031376
3. **ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al.** 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. Diabetes care. Jan 1 2023;46(Suppl 1):S19-s40. doi:10.2337/dc23-S002
4. **Trần Bùi Hoài Vọng, Trần Thừa Nguyên, Trần Quang Nhật, Trần Nhật Quang.** Khảo sát tỷ lệ loãng xương của phụ nữ tại Bệnh viện Trung ương Huế. Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology. 03/10 2022;(51):81-85. doi:10.47122/vjde.2022.51.11
5. **Sharma B, Singh H, Chodhary P, Saran S, Mathur SK.** Osteoporosis in Otherwise Healthy Patients with Type 2 Diabetes: A Prospective Gender Based Comparative Study. Indian journal of endocrinology and metabolism. Jul-Aug 2017; 21(4): 535-539. doi:10.4103/ijem. IJEM_108_17
6. **Zhao X, Sun J, Xin S, Zhang X.** Correlation between Blood Lipid Level and Osteoporosis in Older Adults with Type 2 Diabetes Mellitus—A Retrospective Study Based on Inpatients in Beijing, China. 2023;13(4):616.
7. **Lại Thùy Dương, Nguyễn Thị Thanh Mai.** Nghiên cứu thực trạng loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh đến khám tại khoa khám bệnh theo yêu cầu bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 09/18 2023;530(1):doi:10.51298/vmj.v530i1.6603
8. **Nguyễn Hữu Dũng, Trần Thị Ngọc Sương.** Nghiên cứu tình hình loãng xương trên phụ nữ mắc bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang. Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology. 03/04 2022;(47):99-105. doi:10.47122/vjde.2021.47.13
9. **Hyassat D, Alyan T, Jaddou H, Ajlouni KM.** Prevalence and Risk Factors of Osteoporosis Among Jordanian Postmenopausal Women Attending the National Center for Diabetes, Endocrinology and Genetics in Jordan. BioResearch open access. 2017;6(1):85-93. doi:10.1089/biores.2016.0045

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT ĐỐT NỘI SOI

Nguyễn Ngọc Trang¹, Nguyễn Văn Hóa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 171 bệnh nhân được chẩn đoán xác định tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được điều trị cắt đốt nội soi tại khoa Ngoại tiết niệu - Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 5/2022 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Triệu chứng cơ năng chiếm tỉ lệ cao nhất là đái khó (66,7%) và đái rì (21,1%). Đa số bệnh nhân không có tiền căn phẫu thuật (88,9%). 100% bệnh nhân có: phân loại ASA mức độ 2, điểm IPPS từ 20-35. 97,1% bệnh nhân có điểm chất lượng cuộc sống mức độ nặng. Xét nghiệm: sinh hoá trước mổ kết quả dao động không nhiều, đa số nằm trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân có hồng cầu niệu (68,42%), trụ niệu (69,01%) và albumin niệu (50,29%). 28% bệnh nhân được chỉ định cấy vi khuẩn nước tiểu. Chỉ số PSA mức thấp chiếm tỉ lệ 45,7%. Tuyến tiền liệt bệnh nhân trong nghiên cứu nằm trong khoảng từ 30-69 gram. Tỷ lệ bệnh nhân có sỏi tiết niệu, thận ứ nước, túi thừa bàng quang và sỏi bàng quang lần lượt là 9,36%, 8,19%, 1,17% và 8,8%. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, tăng sản tiền liệt tuyến, cắt đốt nội soi.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA TREATED BY ENDOSCOPIC SURGERY AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: The study has objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with benign prostatic hyperplasia treated by endoscopic ablation at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** Descriptive, retrospective and prospective study design on 171 patients diagnosed with benign prostatic hyperplasia treated with endoscopic ablation at the Department of Urology - Can Tho Central General Hospital, from May 2022 to March 2024. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: The most common functional symptoms were dysuria (66.7%) and urinary incontinence (21.1%). The majority of patients had no

history of surgery (88.9%). 100% of patients had: ASA classification level 2, IPPS score from 20-35. 97.1% of patients had a severe quality of life score. Tests: Preoperative biochemical results did not fluctuate much, most were within normal limits. Patients had hematuria (68.42%), urinary casts (69.01%) and albuminuria (50.29%). 28% of patients were indicated for urine culture. Low PSA index accounted for 45.7%. The prostate of patients in the study ranged from 30-69 grams. The proportion of patients with urinary stones, hydronephrosis, bladder diverticulum and bladder stones was 9.36%, 8.19%, 1.17% and 8.8% respectively.

Keywords: clinical, paraclinical, prostate hyperplasia, endoscopic resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt là một bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi. Tùy theo kích thước và mức biến chứng do tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt gây nên mà chỉ định các phương pháp điều trị khác nhau như: điều trị nội khoa; điều trị bằng các thủ thuật; điều trị ngoại khoa. Ngày nay, nhiều bệnh viện trên phạm vi cả nước đã áp dụng kỹ thuật cắt đốt nội soi tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt vào điều trị, có nhiều cơ sở y tế đã áp dụng được khoảng 20 năm như Bệnh viện Việt Đức, bên cạnh đó cũng còn nhiều cơ sở y tế chỉ mới áp dụng kỹ thuật điều trị này trong vài năm gần đây [1]. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được điều trị cắt đốt nội soi tại khoa Ngoại Tiết niệu - Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 5/2022 đến tháng 3/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Các bệnh nhân được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật. Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật xác định là tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa kèm theo như: tim mạch, hô hấp, đái đường, nhiễm khuẩn niệu,... đã được điều trị ổn định.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Trang

Email: 2533538290@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024