



Nghiên cứu tình trạng loãng xương ở phụ nữ bị đau thắt lưng mạn tính và liên quan với một số yếu tố nguy cơ

Lê Thị Hải Yến*, Vũ Thị Bích Hạnh**, Nguyễn Thanh Thủy***

TÓM TẮT

Đau thắt lưng mạn tính ở phụ nữ khá thường gặp, việc xác định vai trò của loãng xương (LX) ở các đối tượng này sẽ giúp điều trị hiệu quả. Mục đích: tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, X - quang, mật độ xương (MDX) và đánh giá mối liên quan giữa tuổi, tình trạng sinh đẻ, mãn kinh, gãy xương, gù... với tình trạng loãng xương ở phụ nữ bị đau thắt lưng mạn tính. Đối tượng: 165 phụ nữ bị đau thắt lưng mạn tính trên 18 tuổi. Phương pháp: mô tả lâm sàng, X - quang cột sống, đo mật độ xương bằng máy dùng tia X năng lượng kép của hãng Hologic. Phân tích liên quan tuổi, tình trạng sinh con, mãn kinh... và mật độ xương. Kết quả: đau thắt lưng ảnh hưởng tới sinh hoạt và cuộc sống 60,6%; tiền sử gãy xương 11,5%. Phim X - quang: lún 1 đốt sống 58,3%; biến dạng hình chêm 86%; mật độ xương ở thắt lưng giảm chiếm 34,6%. Yếu tố ảnh hưởng: tuổi càng cao thì MDX càng giảm với hệ số tương quan $r=0,38$. BN sau mãn kinh, đẻ trên 4 con, tiền sử gãy xương, cột sống bị gù đều có mật độ xương thấp hơn ($p<0,05$). Kết luận: trên 1/3 số BN bị đau thắt lưng mạn tính bị loãng xương với những triệu chứng về lâm sàng, X - quang, mật độ xương. Tuổi cao, số lần sinh, mãn kinh, gù... là những yếu tố chỉ điểm loãng xương ở phụ nữ bị đau thắt lưng mạn tính.

Từ khoá: phụ nữ, đau thắt lưng, loãng xương, risks factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một vấn đề đang được thế giới cũng như Việt Nam rất quan tâm vì quy mô lớn và hệ quả nghiêm trọng của nó gây ra cho cộng đồng. “Loãng xương là một hội chứng suy giảm sức mạnh của xương làm gia tăng nguy cơ gãy xương. Sức mạnh của xương gồm: mật độ khoáng của xương và chất lượng xương” - Viện Y tế Hoa Kỳ (2001). Ở Việt Nam, Vũ Đình Chính và cộng sự nghiên cứu thấy khoảng 20% phụ nữ trên 60 tuổi có triệu chứng loãng xương [3].

Hậu quả nghiêm trọng nhất của loãng xương là gãy xương. Loãng xương biểu hiện từ từ, ít triệu

chúng, khi bệnh nhân phát hiện ra bệnh thường đã có lún xẹp đốt sống mà biểu hiện hay gặp trên lâm sàng nhất là đau cột sống thắt lưng mạn tính.

Ở Việt Nam, những năm gần đây đã có một số nghiên cứu về loãng xương ở nhóm đối tượng phụ nữ sau mãn kinh, loãng xương do sử dụng corticoit kéo dài nhưng chưa có công trình nào đi sâu nghiên cứu về loãng xương ở nhóm đối tượng bị đau cột sống thắt lưng mạn tính. Việc phát hiện sớm, hướng dẫn tập nhằm dự phòng loãng xương là rất quan trọng. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích:

1. Tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, X - quang, đánh giá mật độ xương và xác định tỉ lệ

* Viện Da liễu Trung ương

** Đại học Y Hà Nội

*** Bệnh viện Bạch Mai



loãng xương ở nhóm đối tượng bệnh nhân nữ bị đau cột sống thắt lưng mạn tính.

2. Bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm tuổi, sinh đẻ, tình trạng kinh nguyệt, tiền sử gãy xương, đặc điểm đau cột sống thắt lưng với tình trạng loãng xương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

Những phụ nữ trên 18 tuổi bị đau thắt lưng mạn tính đến khám và điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp, khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2007 đến tháng 4/2008; với triệu chứng lâm sàng đau CSTL mạn tính với tính chất gợi ý LX như: đau khu trú vùng cột sống thắt lưng, không sưng nóng đỏ đau, đau không kèm theo rối loạn cảm giác, có thể trong tiền sử có nhiều đợt đau CSTL đột ngột sau những gắng sức nhẹ, hoặc tiền sử có gãy xương không do chấn thương mạnh... Chấp nhận đối tượng đau thắt lưng do thoái hóa cột sống.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Các trường hợp gù vẹo cột sống bẩm sinh, bệnh lý viêm đặc hiệu: viêm cột sống dính khớp, lao, ung thư nguyên phát hoặc thứ phát; các trường hợp đau cột sống do thoát vị đĩa đệm; chấn thương cột sống...

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang. Công thức tính cỡ mẫu [22] $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times q}{(\epsilon \times p)^2}$

Trong đó: n: Số cá thể trong mẫu nghiên cứu; p: Tỷ lệ ước đoán loãng xương trong quần thể; q: Số bù đến 1 của p; $Z_{1-\alpha/2}$: Trị số tới hạn của phân bố chuẩn, ứng với ý nghĩa α . Nghiên cứu này lấy $\alpha = 0.05$; $\epsilon.p$: Độ chính xác tương đối (ϵ : Hệ số chính xác của tỉ lệ, ở đây lấy $\epsilon = 0,153$). Do tỷ lệ chưa rõ nên ở đây lấy $p = q = 0,5$. Áp dụng công thức trên, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 164 bệnh nhân. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu được 165 bệnh nhân.

Tiến hành nghiên cứu

- Khám lâm sàng: phiếu hỏi gồm: tuổi, mãn kinh (khi hết kinh nguyệt ít nhất 1 năm); dinh dưỡng; số con và tuổi mang con cuối cùng; tiền sử gãy xương và những cơn đau thắt lưng khởi phát đột ngột; vị trí đau, hướng lan, khởi phát và tiến

triển của đau, các dấu hiệu kèm theo. Triệu chứng thực thể của hội chứng đau cột sống thắt lưng, ngực, cổ,... Đo tầm vận động của khớp: theo hương pháp "Zero". Đo độ giãn thắt lưng; nghiệm pháp tay đất; động tác duỗi - nghiêng... Đo chiều cao; cân nặng; chỉ số khối cơ thể BMI = cân nặng (kg)/chiều cao²(m) ; BMI < 18,7- Gầy; 18,7 ≤ BMI < 23,7-Trung bình; BMI ≥ 23,7 -Béo

- Mức độ hạn chế vận động: dựa vào phương pháp "Zero": không hạn chế - 4 điểm; hạn chế ít - 3 điểm; hạn chế vừa - 2 điểm; rất hạn chế - 1 điểm; hạn chế tối đa - 0 điểm.

- Mức độ đau tại chỗ: đánh giá theo VAS (Visual Analogue Scale). Trên thang nhìn (một đoạn thẳng dài 100mm trên bì a cứng), bệnh nhân sẽ chọn khách quan điểm phù hợp nhất với mức độ đau của mình. Các mức nhận định như sau: 0mm - không đau - 4 điểm; 01-30mm - đau nhẹ - 3 điểm; 31- 60mm - đau vừa - 2 điểm; 61- 80 mm - rất đau - 1 điểm; 81- 100mm - đau không chịu nổi - 0 điểm.

- Ảnh hưởng của đau với chức năng sinh hoạt: đánh giá theo chỉ số Oswestry Disability. Có 10 câu hỏi về tình trạng hạn chế trong sinh hoạt và hoạt động hàng ngày của người bệnh. Mỗi câu hỏi có 5 mức độ trả lời (0, 1, 2, 3, 4), bệnh nhân chọn một mức trả lời phù hợp nhất với tình trạng của mình. Cách tính: mức 0% - không ảnh hưởng - 4 điểm; 02-20% - ảnh hưởng ít - 3 điểm; 22-40% - ảnh hưởng vừa - 2 điểm; 42-70% - rất ảnh hưởng - 1 điểm; 72-80% - ảnh hưởng tối đa - 0 điểm.

- Dùng test OSTA (Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians index) - Dụng cụ sàng lọc bệnh nhân loãng xương châu Á để đánh giá những đối tượng mãn kinh dựa vào cân nặng để ước tính nguy cơ loãng xương.

- Chụp X - quang cột sống thắt lưng thẳng, nghiêng: phát hiện dấu hiệu loãng xương sớm và muộn trên X - quang.

- Đo mật độ xương: bệnh nhân được đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) trên máy Explorer của hãng Hologic. Thực hiện đo tại 2 vị trí: cột sống thắt lưng và cổ xương đùi. Thời gian phát tia: 5 giây. Liều tia 2 mrem; sai số 1-2%. Mật độ xương được tính bằng g/cm². MĐX của người đó sẽ so sánh với MĐX của người trưởng thành cùng độ tuổi, quy định bởi chỉ số T-score.



- Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của WHO: bình thường - T-score ≥ -1 ; Giảm mật độ xương $-2,5 < \text{T-score} < -1$; Loãng xương - T-score $\leq -2,5$; Loãng xương nghiêm trọng - Loãng xương + tiền sử gãy xương gần đây. Số liệu được xử lý thống kê bằng chương trình SPSS 16.0. Tính giá trị phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, kiểm định χ^2 , Test T- student, giá trị T, p, chỉ số tương quan r.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi của 165 đối tượng nghiên cứu phân bố như sau: dưới 35 tuổi 10,3%; 36-45 tuổi: 14,5%;

46-59 tuổi: 41,2%; 60 - 69 tuổi: 20%; trên 70 tuổi: 13,9%. Như vậy, nhóm tuổi 46-59 chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm tỉ lệ 41,2%, bệnh nhân trên 46 tuổi chiếm 75,1% số bệnh nhân nghiên cứu.

Cân nặng trung bình là $49,5 \pm 7,14\text{kg}$. Chiều cao trung bình $152,33 \pm 6,4\text{cm}$. Tuổi mãn kinh trung bình $48,13 \pm 6,48$ tuổi. Số lần đẻ trung bình là $4,38 \pm 1,69$ lần. BMI trung bình $18,31 \pm 2,21$.

2. Đặc điểm lâm sàng, X - quang và kết quả đo mật độ xương

Mức độ đau: BN tự đánh giá theo thang nhìn (VAS); mức độ đau họ cảm nhận thấy như sau: đau nhẹ: 30,2%; đau vừa: 64,3%; rất đau: 15,5%; không có trường hợp nào đau không chịu nổi.

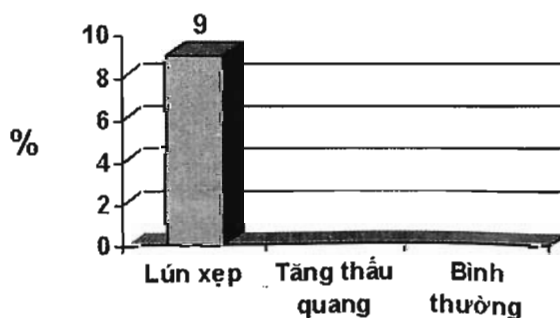
Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng liên quan đến triệu chứng đau

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	%
Tiền sử gãy xương	19	11,5
Tiền sử có cơn đau khởi phát đột ngột	57	34,5
Vị trí đau kèm theo	60	36,4
Gù	24	14,5
Giảm chiều cao	40	24,2
Tầm vận động khớp bị hạn chế	50	30,3
Ảnh hưởng tới sinh hoạt	100	60,6

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân đau CSTL gây ảnh hưởng tới sinh hoạt và cuộc sống chiếm tỉ lệ tương đối cao (60,6%). Ngoài vị trí cột sống bị đau, tỉ lệ bệnh nhân có vị trí đau khác kèm theo khá cao chiếm (36,4%). Số bệnh nhân có tiền sử gãy xương là 11,5%. Đối với người trẻ nguyên nhân loãng xương thường là thứ phát sau các bệnh lý hoặc sử dụng Corticoid. Nguyên nhân loãng xương nhóm tuổi cao thường do loãng xương nguyên phát.

Hình ảnh tổn thương trên phim chụp X - quang cột sống

Trong biểu đồ 1 dưới đây, 15 bệnh nhân có hình ảnh lún xẹp đốt sống, chiếm tỷ lệ 9%, tăng thâu quang 36,4%. Số đốt sống bị lún nhiều nhất là 5, ít nhất là 1. Số bị lún 1 đốt sống chiếm tỷ lệ 58,3%. Đốt sống bị biến dạng hình chêm chiếm tỉ lệ cao nhất - 86%. Còn lại là hình ảnh lõm 2 mặt hoặc xẹp. Tỷ lệ biến dạng cột sống tăng rõ rệt ở độ tuổi 60-69 tuổi (24,2% BN) so với độ tuổi 45-59 tuổi (14,71% BN).



Biểu đồ 1. Hình ảnh X - quang



Kết quả đo mật độ xương theo nhóm tuổi và vị trí đo

Giá trị trung bình về mật độ xương ở cột sống thắt lưng là $-2,226 \pm 1,656$; ở cổ xương đùi: $-1,739 \pm 1,180$ với sự khác biệt ($p < 0,01$).

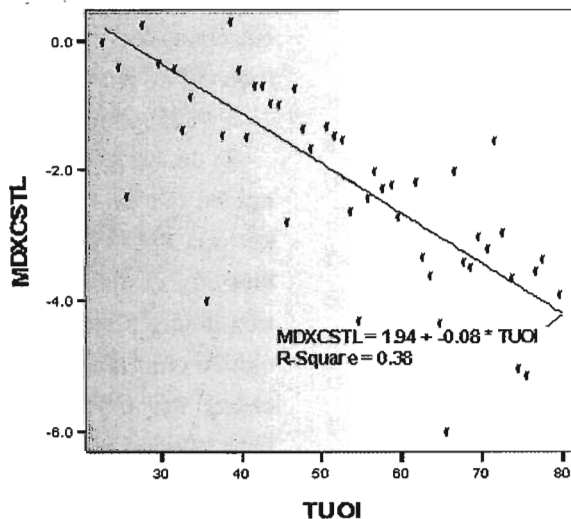
Bảng 2. Mật độ xương theo độ tuổi

Nhóm tuổi \ Vị trí	<35t	36 - 45t	46 - 59t	60 - 69t	>70t
CSTL	0,732±0,432	0,342 ± 0,216	-1,865 ±1,273	-2,502±1,203	-2,750±1,205
Tỷ lệ % BN	11,76%	20,83%	29,41%	60,60%	69,56%
CXD	0,812±3,102	0,543±0,275	-1,025±1,030	-1,902±0,89	-2,03±1,302
Tỷ lệ % BN	0%	4,16%	17,64%	48,49%	52,17%

Nhận xét: gần 30% phụ nữ sau 45 tuổi bị loãng xương ở cột sống, tỷ lệ này tăng tới 60% ở độ tuổi trên 60 tuổi (tăng gấp đôi) và mật độ xương cũng giảm rõ rệt (bảng 2).

3. Mối liên quan giữa loãng xương và một số yếu tố nguy cơ

Liên quan giữa tuổi và loãng xương



Biểu đồ 2. Mối tương quan giữa loãng xương với tuổi

MĐX ở CSTL tương quan với tuổi: tuổi càng cao thì MĐX càng giảm. MĐX thấp nhất ở lứa tuổi 70-80. Chỉ số tương quan giữa lứa tuổi và MĐX CSTL ($r=0,38$). Kết quả cũng tương tự ở cổ xương đùi, nhưng với chỉ số r cao hơn ($r=0,41$).

Mãn kinh: tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân đã mãn kinh cao hơn rất nhiều so với người chưa mãn kinh với MĐX ở cả CSTL và cổ xương đùi ($p < 0,05$); thấy rõ nhất ở vị trí CSTL.

Loãng xương và số lần sinh đẻ: của bệnh nhân bệnh nhân đẻ trên 4 con thì tỷ lệ loãng xương ở CSTL và cổ xương đùi cao hơn so với nhóm bệnh nhân đẻ dưới 4 con ($p < 0,01$).

Tiền sử gãy xương và gù cột sống: bệnh nhân có tiền sử gãy xương thì tỷ lệ loãng xương cao hơn bệnh nhân chưa có tiền sử gãy xương, cả xương CSTL và cổ xương đùi, $p < 0,05$. Tất cả bệnh nhân bị gù đều loãng xương. MĐX ở người bị gù giảm một cách rõ rệt so với người không bị gù ($p < 0,05$).



IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và X quang

Đặc điểm chiều cao, cân nặng, chỉ số khối cơ thể (BMI)

Chiều cao trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $152,33 \pm 6,45$ cm, đa số có chiều cao nhỏ hơn 150cm. Nguyễn Văn Long và cộng sự (1989) [4] qua điều tra 536 nữ có tuổi 18 trở lên ở xã Chu Phan, Mê Linh (Hà Nội) thấy chiều cao trung bình là 148 ± 5 cm. Các tác giả nhận thấy xu hướng giảm dần chiều cao của những người già. Dequeker thấy có sự giảm chiều cao liên quan đến tuổi: khoảng 1,3 cm trong mỗi 10 năm ở những phụ nữ trên 50 tuổi [8].

Cân nặng trung bình của các nhóm đối tượng là $49,5 \pm 7,14$ kg từ 32 đến 76kg. Số người có cân nặng từ 32 - 45 kg chiếm 26,2%. Cân nặng trung bình của nhóm đối tượng chúng tôi cao hơn số liệu của tác giả Nguyễn Văn Long và cộng sự (1989) $42 \pm 4,5$ kg. Chỉ số khối cơ thể (BMI) của những phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp: số phụ nữ gầy chiếm 32,3 %, béo chiếm 2,1 %. Tỷ lệ này theo Nguyễn Văn Long là 40,2% [4]. Có sự khác nhau về thể lực này giữa hai nghiên cứu có lẽ do thời điểm tiến hành khác nhau. Từ 1989 đến nay, mức sống trung bình của dân đã được cải thiện hơn và điều đó có thể làm cho thể lực của họ tốt hơn.

- Lâm sàng đau thắt lưng

Mức độ đau: bệnh nhân chủ yếu là mức độ đau vừa, điều này phù hợp với đặc điểm của đau thắt lưng mạn tính là hay tái phát và đau không rầm rộ [2]. Các vị trí đau kèm theo: xuất hiện với tỷ lệ cũng tương đối cao 36,4%. Mức độ ảnh hưởng tới chức năng sinh hoạt: số liệu ở bảng này cũng chứng tỏ rằng cho thấy số bệnh nhân bị đau thắt lưng ảnh hưởng tới sinh hoạt là tương đối cao 60,6%.

- Đặc điểm XQ

Biểu đồ 1 cho thấy hình ảnh X quang có tăng thấu quang là 36,4%, 9% trường hợp có biến dạng

rõ, phù hợp với nghiên cứu của Baron.R [7]. Sở dĩ như vậy vì hình ảnh phát hiện trên X quang thường xuất hiện ở giai đoạn muộn, khi có dấu hiệu trên X quang thì đã mất 30% khối lượng xương. Số lượng đốt sống bị lún xẹp chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 1 đốt, theo Liu T.K thì 69,8 % bệnh nhân bị lún 1 đốt[11].

- Mật độ xương ở cột sống thắt lưng và cổ xương đùi

+ Mật độ xương

Theo bảng 3.2, MĐX ở CSTL trung bình là $-2.226 \pm 1,656$, ở cổ xương đùi là $-1,739 \pm 1,180$. Như vậy MĐX là rất thấp. So sánh với kết quả của Đoàn Thị Tuyết [5] trên bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính, MĐX cẳng tay là $0,334 \pm 0,077$ và MĐX gót là $0,295 \pm 0,09$ thì thấy kết quả MĐX trên nhóm đối tượng chúng tôi nghiên cứu thấp hơn rất nhiều. Sự khác này có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm đối tượng đã có triệu chứng gợi ý loãng xương.

+ Tỷ lệ loãng xương

Tỷ lệ loãng xương ở CSTL ở nhóm đối tượng nghiên cứu là 43,6 %, cao hơn rất nhiều so với kết quả của Vũ Đình Chính (19,1%). Sự khác biệt này có thể do Vũ Đình Chính nghiên cứu trên những phụ nữ sau mãn kinh, còn chúng tôi nghiên cứu trên nhóm đối tượng phụ nữ có triệu chứng đau CSTL có gợi ý loãng xương. Mật khác phương pháp đánh giá của Vũ Đình Chính là phương pháp chụp XQ cột sống nên nhiều trường hợp loãng xương giai đoạn sớm không phát hiện được [3].

+ Mật độ xương ở CSTL và ở cổ xương đùi

Bảng 2 cho thấy MĐX ở cổ xương đùi cao hơn MĐX ở CSTL ($p = 0.01$), điều này được nhiều tác giả giải thích là xương xốp thường mất xương sớm hơn so với xương bè. Dunne và cộng sự thấy[9] loãng xương do tuổi thường xuất hiện ở vị trí đầu tiên là CSTL và nó dự báo loãng xương ở cổ xương đùi và nguy cơ gãy xương. Tuy vậy, nên đo ở cả 2 vị trí để cho kết quả chính xác nhất.



2. Liên quan giữa loãng xương và một số yếu tố nguy cơ

- Tuổi, giới và loãng xương

Biểu đồ 2 cho thấy tuổi càng cao tỷ lệ loãng xương càng lớn, cao nhất là nhóm 70 - 80 tuổi. Vignon và Meunier [13] thấy sự thay đổi khối xương toàn phần của xương chậu trên 127 người từ 23,5% ở độ tuổi 15 đến 20 tuổi; giảm dần đến năm 55 tuổi chỉ còn 18,5% sau đó giảm nhanh tuổi 65 còn khoảng 15%. Điều đó được giải thích rằng sau 70 tuổi thì phụ nữ bị loãng xương chủ yếu ảnh hưởng bởi tuổi hơn là do mãn kinh; ở độ tuổi này quá trình hủy xương mạnh hơn rất nhiều quá trình sinh xương. 165 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu có độ tuổi trung bình $40,57 \pm 20,73$ thay đổi từ 35 đến 80 tuổi. Trong đó nhóm tuổi từ 46 trở lên chiếm tỷ lệ rất cao (75,1%). Giới: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân nữ bị đau thắt lưng mạn tính bởi vì loãng xương không chỉ gặp nhiều ở nữ giới cao gấp 2 đến 3 lần nam giới, mà nữ giới còn là đối tượng có nguy cơ loãng xương và gãy xương [1].

- Mãn kinh và loãng xương

Trong nghiên cứu có 110 (66,67%) bệnh nhân đã mãn kinh, và tỷ lệ bệnh nhân loãng xương ở nhóm mãn kinh cao hơn hẳn nhóm chưa mãn kinh. Meunier và Vignon [13] nghiên cứu hơn 200.000 người phụ nữ, cho thấy tình trạng mãn kinh có ảnh hưởng rõ rệt tới tỷ lệ loãng xương do giảm oestrogen. Cắt buồng trứng trước 40 tuổi cũng là nguy cơ loãng xương (Nordin) [12]. Trong nghiên cứu có 2 bệnh nhân đã cắt bỏ buồng trứng trước 45 tuổi và đều có MĐX rất thấp.

- Ảnh hưởng của số lần sinh tới loãng xương

Trong 165 phụ nữ có 3 phụ nữ chưa có con, số còn lại ít nhất 1 con, nhiều nhất 9, trung bình $4,38 \pm 1,69$ con. Theo Nordin, quá trình mang thai và cho con bú có thể làm hao tổn canxi, góp phần làm tăng tỉ lệ loãng xương [12]. Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi phụ nữ đều không quan tâm đến việc bổ sung canxi khi sinh con do điều kiện kinh tế còn thấp.

- Tiền sử gãy xương và loãng xương

Theo nghiên cứu, tỷ lệ loãng xương ở 30 BN có tiền sử gãy xương cao hơn rất nhiều nhóm không có tiền sử gãy xương ($p < 0,05$). Kanis J.A [10] cho rằng tiền sử gãy xương là yếu tố nguy cơ mạnh đối với loãng xương và gãy xương sau này. Do vậy, khi bệnh nhân có tiền sử gãy xương không do sang chấn mạnh, cần nghĩ đến nguyên nhân loãng xương và cần khám, theo dõi, dự phòng khả năng xuất hiện lún đốt sống hay một loại gãy xương khác.

- Gù

Chiếm tỷ lệ 14,5% số bệnh nghiên cứu; tỷ lệ loãng xương ở nhóm bệnh nhân gù cao hơn hẳn nhóm không bị gù. Gù ở tuổi già có nhiều nguyên nhân, chẳng hạn giảm trương lực thần kinh cơ, hẹp đĩa đệm... đặc biệt ở phụ nữ chiều cao của thân đốt sống giảm dần gây tình trạng gù cột sống - hậu quả của xẹp lún các đốt sống. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Aaron J.E và cộng sự khi tìm hiểu mối liên quan giữa biểu hiện gù và xẹp gãy các thân đốt sống trên XQ[6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 165 phụ nữ đau cột sống thắt lưng mạn tính thấy:

1. Về lâm sàng, XQ và tình trạng LX: Mức độ đau mức độ đau trung bình chiếm 64,3 %. Đau thắt lưng đơn thuần: chiếm 92%. Gù: chiếm 14,5%

- XQ cột sống: Bình thường 54,6%, tăng thẩu quang 36,4% và 9% là lún xẹp đốt sống. Lún xẹp 1 đốt chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Lún xẹp hình chêm hay gặp nhất.

- Tình trạng loãng xương: MĐX trung bình ở CSTL $-2,226 \pm 1,656$, ở cổ xương đùi $-1,739 \pm 1,180$ g/cm². Tỷ lệ LX ở CSTL chiếm tới 42,6%, ở cổ xương đùi 29,1%. MĐX ở CSTL và ở cổ xương đùi tương quan tuyến tính tỷ lệ thuận với nhau.

2. Các yếu tố có liên quan tới LX: gồm tuổi ngày càng cao, phụ nữ sau mãn kinh, số con ≥ 4 con; có tiền sử gãy xương hoặc bị gù cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân (1998), *Bệnh thấp khớp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 21-34.*
2. Vũ Quang Bích (2001), *Phòng và chữa các chứng bệnh đau lưng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 22-30.*
3. Vũ Đình Chính, Trần Ngọc Ân, Trần Đức Thọ (1997), “*Nghiên cứu loãng xương và một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh thuộc huyện Cẩm Bình - tỉnh Hải Hưng*”, *Luận án tiến sĩ y khoa học Y dược, Trường đại học Y Hà Nội.*
4. Nguyễn Văn Long, Phạm Khuê, Đoàn Yên, Trần Đức Thọ và cộng sự (1993). *Tình hình chiều cao, cân nặng, và cơ lực của người có tuổi qua điều tra ở xã Chu Phan, Mê Linh, Hà Nội, Tạp chí Một số vấn đề lí luận và thực tiễn về lão khoa cơ bản, Số 4, tr 55 - 67.*
5. Đoàn Thị Ánh Tuyết, Trần Ngọc Ân, Vũ Thị Thanh Thủy (2002), “*Đánh giá mật độ xương ở bệnh nhân nữ viêm khớp dạng thấp có sử dụng glucocorticoids kéo dài bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép*”, *Luận văn thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.*
6. Aaron J.E, Makin N.B, Sagreiya K (1987). *The microanatomy of trabecular bone loss in normal aging men and women. Clin Orthop and related Res, pp 260 - 271.*
7. Baron. R (1990). *Anatomy and ultrastructure of bone, The metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. 1st edition, California, pp 3 -7.*
8. Dequeker. J (1980), *Measurement of bone mass and bone remodelling “in vivo”, Acta Rheumatologica, Vol. 4. Fase.1, pp 40 - 42.*
9. Dunne C.A, Morga (1990). *The effect of regular intramuscular corticoids therapy on bone mineral density in rheumatoid patients, Scandinavian Journal Rheumatology 24, pp 48 - 49.*
10. Kanis J.A, Mc closkey E.V (1992), *Epidemiology of vertebral osteoporosis, Bone 13, pp 1 - 10.*
11. Liu T.K (1988), *Prevalence of post-menopausal women with compression fracture in Taiwan, Bang koc NI. 27, pp 22-45.*
12. Nordin BEC (1987), *Osteoporosis, France- Lancet I, pp 833-835.*
13. Vignon G, Meunier P, Pansu D, Bernard J (1970), *Enquette clinique anatonique sur lé tionpathogenie de lostéoporose senile, Revue du Rhum 37, pp 615 – 627.*

SUMMARY

Osteoporosis and it's risk factors in women with chronic low back pain. Aim: 1) To describe clinical, X-ray, bone density characteristics and 2) To determine the relation between age, number of childs, menopause, bone fracture, spine column deformation... with osteoporosis in women affected low back pain. **Subjects:** 165 women with low back pain aged above 18 years. **Method:** Description of clinical, X ray characteristics and bone density measurement by Explorer of Hologic company. **Results:** low back pain affecting daily activities and life quality of 60,6%; bone fracture 11,5%. X-ray images: compression fracture of 1 vertebra 58,3%; wedged deformation 86%; decreased bone density at lumbar spinal column 34,6%. Risk factors: as higher is age as lower bone density with relation coefficient $r= 0.38$. Postmenopausal women, who had more than 4 children, bone fracture antecedence, scoliosis deformations... all have lower bone mass ($p<0.05$). **Conclusion:** More than 1/3 of patients with chronic low back pain have got clinical, X-ray and bone density evidences of osteoporosis. Age, number of birth, menopause, and scoliosis... are markers of osteoporosis in women with low back pain.

Key words: women, chronic low back pain, osteoporosis, risks factors.