

TÌNH HÌNH MẬT ĐỘ XƯƠNG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÃ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ CỔ TỬ CUNG ỔN ĐỊNH TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Đức Mạnh và Trịnh Thị Lụa[✉]

Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm khảo sát tình hình mật độ xương và một số yếu tố liên quan ở người bệnh Ung thư cổ tử cung đã điều trị ổn định tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 người bệnh Ung thư cổ tử cung sử dụng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi để đánh giá mật độ xương. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ loãng xương nặng 12,5%, loãng xương 61,2%, thiếu xương 21,3%. T-score trung bình giảm theo tuổi, tuổi càng cao thì T-score càng thấp ($p < 0,05$). Người bệnh mắc ung thư cổ tử cung > 5 năm có T-score thấp hơn so với nhóm mắc ≤ 5 năm ($p < 0,05$). Thời điểm mãn kinh trước hay sau điều trị ung thư không ảnh hưởng đến T-score ($p > 0,05$). Tóm lại, tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ mắc ung thư cổ tử cung cao với 73,7%, chỉ số T-score trung bình giảm tỉ lệ nghịch với tuổi, thời gian mắc bệnh và không liên quan với thời điểm mãn kinh trước hay sau điều trị ung thư.

Từ khóa: Loãng xương, DEXA, T-score, ung thư cổ tử cung.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (osteoporosis) là một bệnh lý mạn tính của hệ xương, đặc trưng bởi sự giảm mật độ khoáng và vi cấu trúc xương, làm tăng nguy cơ gãy xương. Bệnh thường tiến triển âm thầm và chỉ được phát hiện khi xảy ra gãy xương. Các yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi cao, mãn kinh, lối sống ít vận động, chế độ ăn thiếu canxi và vitamin D, di truyền, cùng sự mất cân bằng giữa quá trình tạo xương và hủy xương.¹ Phương pháp đo mật độ xương bằng hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) hiện được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán loãng xương, với ngưỡng chẩn đoán theo WHO là T-score $\leq -2,5$ tại cột sống thắt lưng hoặc cổ xương đùi.² Tỷ lệ loãng xương trên toàn cầu đang gia tăng nhanh chóng, với ước tính khoảng 200 triệu người mắc năm 2016 và số ca gãy xương đùi dự báo

sẽ tăng gấp đôi vào năm 2050, đặc biệt ở nữ giới sau mãn kinh.³⁻⁵ Tại Việt Nam, tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ trên 50 tuổi ước tính khoảng 29%, mức độ tương đương với các nước trong khu vực châu Á và phương Tây.⁶⁻⁸

Ở người bệnh ung thư, đặc biệt là ung thư cổ tử cung, loãng xương là bệnh đồng mắc ngày càng được chú ý. Tác động của các phương pháp điều trị như xạ trị vùng chậu, hóa trị hay suy giảm nội tiết tố có thể làm tổn thương hệ xương, làm giảm mật độ xương và tăng nguy cơ gãy xương. Một nghiên cứu bệnh chứng tại Hàn Quốc (2009) ghi nhận BMD xương đùi ở người bệnh ung thư cổ tử cung thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng ($p = 0,006$).⁹ Tại Việt Nam, dữ liệu nghiên cứu về tình trạng loãng xương ở nhóm người bệnh này còn hạn chế, trong khi nhu cầu chăm sóc toàn diện và cá thể hóa ngày càng tăng, đặc biệt trong các cơ sở kết hợp Y học hiện đại và Y học cổ truyền.

Xuất phát từ thực tiễn điều trị và chăm sóc người bệnh tại Khoa Kiểm soát và Điều trị Ung

Tác giả liên hệ: Trịnh Thị Lụa

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: trinhthilua@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 13/08/2025

Ngày được chấp nhận: 03/09/2025

bướu - Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, nơi thường xuyên tiếp nhận người bệnh ung thư cổ tử cung đã điều trị ổn định tại các cơ sở chuyên khoa có các biến chứng của quá trình điều trị hóa, xạ trị và phẫu thuật trước đó, tại khoa người bệnh được điều trị các biến chứng, chăm sóc giảm nhẹ hoặc hỗ trợ nâng cao thể trạng. Đây là nhóm đối tượng có nguy cơ loãng xương cao. Với mong muốn xây dựng cơ sở khoa học cho việc dự phòng, điều trị toàn diện và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh trong mô hình kết hợp Y học hiện đại với Y học cổ truyền, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát tình hình mật độ xương và các yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư cổ tử cung ổn định tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán xác định ung thư cổ tử cung bằng mô bệnh học, có đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA.
- Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không có khả năng trả lời phỏng vấn, rối loạn tâm thần, rối loạn trí nhớ.
- Người bệnh mắc các bệnh cấp tính như suy tim, nhiễm khuẩn, người bệnh HIV.
- Người bệnh có bệnh lý xương bẩm sinh, cường giáp, cường cận giáp, bệnh gan hoặc thận mạn giai đoạn cuối.
- Người bệnh đang điều trị bằng corticosteroid kéo dài.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Kiểm soát và Điều trị Ung bướu, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: 80 người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu thuận tiện, tất cả các người bệnh đến khám và điều trị tại Khoa Kiểm soát và Điều trị ung bướu - Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

Nội dung và chỉ số nghiên cứu:

- Phương pháp, công cụ thu thập thông tin:
 - + Bộ câu hỏi phỏng vấn.
 - + Máy đo mật độ xương (DEXXUM3, hãng Osteosys - Hàn Quốc) sử dụng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA).
- Chỉ số nghiên cứu:
 - + Chỉ số T-score tại cột sống thắt lưng (CSTL) và cổ xương đùi (CXĐ).
 - + Tuổi, thời gian mắc bệnh, thời gian mãn kinh, phương pháp điều trị ung thư (phẫu thuật, hóa trị, xạ trị).

Quy trình nghiên cứu:

- Bước 1: Tuyển chọn người bệnh ung thư cổ tử cung điều trị nội trú tại Khoa Kiểm soát và Điều trị Ung bướu, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương từ 07/2024 đến 07/2025 theo tiêu chuẩn lựa chọn.

- Bước 2: Phỏng vấn thu thập thông tin theo bộ câu hỏi.

- Bước 3: Xử lý và phân tích số liệu.

Phương pháp xử lý số liệu

- Xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.
- Tính các giá trị: tỉ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình ($\bar{X}$), độ lệch chuẩn (SD).

- Sử dụng các thuật toán:

+ So sánh các tỉ lệ dùng test χ^2

+ So sánh các giá trị trung bình dùng t - test Student, Fisher's exact test.

- Mức ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đề cương Thạc sĩ Định hướng Nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý của Hội đồng Khoa học Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương trước khi tiến hành.

- Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng mà không nhằm mục đích nào khác.

- Người bệnh được giải thích rõ về mục tiêu, quy trình nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật theo quy định.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, phương pháp điều trị và thời gian mắc bệnh

Đặc điểm	Nhóm	Số lượng (n = 80)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 - 40	2	2,5
	40 - 49	4	5,0
	50 - 59	12	15,0
	60 - 69	34	42,5
	≥ 70	28	35,0
	Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	64,11 $\pm$ 9,76 (Min: 33; Max: 84)	
Phương pháp điều trị	Xạ trị đơn độc	7	8,7
	Phẫu thuật đơn độc	4	5,0
	Xạ trị và hóa trị	25	31,3
	Xạ trị và phẫu thuật	28	35,0
	Cả 3 phương pháp	15	18,8
	Không điều trị	1	1,2
Thời gian mắc	≤ 5 năm	15	18,7
	> 5 năm	65	81,3
	Thời gian mắc trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	8,48 $\pm$ 4,25	

Trong số 80 người bệnh ung thư cổ tử cung tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm đa số (77,5%), tuổi trung bình là 64,11 $\pm$ 9,76. Về phương pháp điều trị triệt căn, phần lớn người

bệnh được phối hợp nhiều phương pháp, trong đó xạ trị kết hợp phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất (35,0%), tiếp đến là xạ trị kết hợp hóa trị (31,3%). Chỉ có 1 người bệnh (1,2%) không điều trị triệt

căn. Thời gian mắc bệnh trung bình là 8,48 ± 4,25 năm, với 81,3% có thời gian mắc > 5 năm.

2. Tình hình loãng xương của người bệnh

tham gia nghiên cứu

Tình trạng loãng xương theo phân loại

T-score

Bảng 2. Phân bố người bệnh theo phân loại T-score và T-score trung bình

Phân loại	Số lượng (n = 80)	Tỷ lệ (%)
Xương bình thường	4	5,0
Thiếu xương	17	21,3
Loãng xương	49	61,2
Loãng xương nặng	10	12,5
T-score CSTL ($\bar{X} \pm SD$)	T-score CXĐ ($\bar{X} \pm SD$)	
-2,38 ± 1,26	-2,45 ± 1,10	

Tỷ lệ loãng xương cao, có tới hơn 70% người bệnh mắc loãng xương. T-score trung bình ở CXĐ có xu hướng thấp hơn CSTL.

Mối liên quan giữa nhóm tuổi với T-score và tình trạng loãng xương

Bảng 3. Mối liên quan giữa nhóm tuổi với T-score và tình trạng loãng xương

Biến số		Nhóm tuổi			Tổng	p
		18 - 49 (n = 6)	50 - 59 (n = 12)	≥ 60 (n = 62)		
Tình trạng loãng xương	Không (n, %)	4 66,7	4 33,3	13 21,0	21	0,044
	Có (n, %)	2 33,3	8 66,7	49 79,0	59	
	CSTL ($\bar{X} \pm SD$)	-1,10 ± 0,81	-2,26 ± 0,83	-2,52 ± 1,30	80	
	CXĐ ($\bar{X} \pm SD$)	-1,42 ± 1,26	-2,14 ± 1,18	-2,62 ± 1,02	80	

Tỷ lệ loãng xương gia tăng theo tuổi, sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). T-score trung bình giảm dần theo nhóm tuổi ở cả CSTL và CXĐ, sự khác biệt giữa

các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Mối liên quan giữa thời gian mắc ung thư cổ tử cung và T-score

Bảng 4. Mối liên quan giữa thời gian mắc ung thư cổ tử cung và T-score

Vị trí đo T-score	Thời gian mắc ung thư cổ tử cung	Chỉ số T-score ($\bar{X} \pm SD$)	p
Cột sống thắt lưng	≤ 5 năm (n = 15)	-1,65 $\pm$ 1,36	0,012
	> 5 năm (n = 65)	-2,55 $\pm$ 1,19	
Cổ xương đùi	≤ 5 năm (n = 15)	-1,77 $\pm$ 1,37	0,008
	> 5 năm (n = 65)	-2,61 $\pm$ 0,98	

Người bệnh mắc ung thư cổ tử cung ≤ 5 năm có T-score trung bình cao hơn nhóm mắc > 5 năm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả CSTL và CXĐ với $p < 0,05$.

Mối liên quan giữa thời điểm mãn kinh trước hay sau điều trị ung thư cổ tử cung (UTCTC) và T-score

Bảng 5. Mối liên quan giữa thời điểm mãn kinh trước hay sau điều trị và T-score

Vị trí đo T-score	Thời điểm mãn kinh	Chỉ số T-score ($\bar{X} \pm SD$)	p
Cột sống thắt lưng	Trước điều trị UTCTC (n = 53)	-2,44 $\pm$ 1,34	0,432
	Sau điều trị UTCTC (n = 26)	-2,20 $\pm$ 1,09	
Cổ xương đùi	Trước điều trị UTCTC (n = 53)	-2,55 $\pm$ 0,98	0,213
	Sau điều trị UTCTC (n = 26)	-2,22 $\pm$ 1,33	

Trong số 79 người bệnh tiếp nhận các phương pháp điều trị triệt căn của YHHĐ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về T-score ở cả CSTL và CXĐ giữa nhóm mãn kinh trước và sau điều trị UTCTC ($p > 0,05$). Tuy nhiên, nhóm mãn kinh trước điều trị có xu hướng T-score thấp hơn.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ mắc ung thư cổ tử cung là 73,7 % (12,5% loãng xương nặng và 61,2% loãng xương), cao hơn đáng kể so với nhóm phụ nữ cùng độ tuổi trong dân số chung.

Các yếu tố liên quan đến loãng xương bao gồm tuổi cao, thời gian mắc bệnh. Tuy nhiên, chỉ số T -score trung bình ở nhóm mắc ung thư khi chưa mãn kinh và mắc sau mãn kinh không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Cụ thể, tỷ lệ loãng xương trong nghiên cứu của chúng tôi cao gấp gần 5 lần nghiên cứu của Trần Bùi Hoài Vọng và cộng sự (2021) khi khảo sát tỷ lệ loãng xương của phụ nữ tại Bệnh viện Trung ương Huế (73,7% so với 15%).¹⁰ Tỷ lệ này của chúng tôi cũng cao hơn so với ước tính nói chung trên toàn thế giới (13,5%).¹¹ Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Hyo Geun Choi và cộng sự (2021) tại Hàn Quốc

về mối liên quan giữa ung thư cổ tử cung và loãng xương, nghiên cứu này chỉ ra phụ nữ có tiền sử ung thư cổ tử cung có tỷ lệ mắc bệnh loãng xương cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng (17,2% so với 9,3%, $p < 0,001$), ngay cả khi phân tích theo nhóm tuổi, cả phụ nữ trẻ (dưới 51 tuổi) và lớn tuổi (từ 52 tuổi trở lên) mắc ung thư cổ tử cung đều có nguy cơ loãng xương cao hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).¹² Về cơ chế, loãng xương ở người bệnh ung thư cổ tử cung có thể liên quan đến suy giảm estrogen do cắt bỏ buồng trứng, tác dụng phụ của xạ trị vùng chậu gây tổn thương buồng trứng, hoặc tác động gián tiếp từ hóa trị gây rối loạn chuyển hóa xương. Ngoài ra, các yếu tố như dinh dưỡng kém, giảm vận động, và tác động tâm lý sau chẩn đoán ung thư cũng góp phần thúc đẩy mất xương.

Kết quả cũng cho thấy T-score trung bình ở cổ xương đùi có xu hướng thấp hơn cột sống thắt lưng ($-2,45 \pm 1,10$ so với $-2,38 \pm 1,26$), kết quả tương đồng với nghiên cứu của Seung H. Lee và cộng sự (2009) khi quan sát sự giảm mật độ xương ở người bệnh ung thư cổ tử cung.⁹ Điều này có thể do xạ trị vùng tiểu khung gần với vị trí cổ xương đùi vì vậy mật độ xương tại cổ xương đùi bị ảnh hưởng bởi tia xạ nhiều hơn vùng cột sống thắt lưng.

Chỉ số T-score trung bình tại cả cột sống thắt lưng và cổ xương đùi trong nghiên cứu của chúng tôi giảm dần theo tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi ghi nhận mức giảm mạnh nhất. Kết quả này phù hợp với cơ chế sinh lý, khi mật độ xương thường đạt đỉnh ở giai đoạn đầu tuổi trưởng thành, sau đó giảm dần theo tuổi, đặc biệt từ sau tuổi mãn kinh. Tuy nhiên, mức giảm mật độ xương của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu dân số chung. Theo dữ liệu trong nghiên cứu của Rondanelli và cộng sự (2022) tại Ý cho thấy T-score trung bình của phụ nữ ở cột sống thắt lưng lần lượt là -0,63

ở nhóm ≤ 45 tuổi; -1,00 ở nhóm 45 - 55 tuổi; -1,70 ở nhóm 55 - 65 tuổi; -1,97 ở nhóm 65 - 75 tuổi và -2,13 ở nhóm 75 - 85 tuổi, trong khi tại cổ xương đùi là -0,91; -1,31; -1,71; -1,96 và -2,25 tương ứng. So sánh cho thấy ở mọi nhóm tuổi, T-score trung bình của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn. Nhóm tuổi từ 50 - 59 trong nghiên cứu của chúng tôi có T-score dưới -2,00 ở cả hai vị trí, trong khi dữ liệu của nghiên cứu trên chỉ khoảng -1,00 đến -1,70 ở cột sống thắt lưng và -1,31 đến -1,70 ở cổ xương đùi.¹³ Điều này cho thấy ngoài yếu tố lão hóa, người bệnh ung thư cổ tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi còn chịu tác động cộng hưởng từ điều trị (phẫu thuật, xạ trị, hóa trị), dẫn tới mức giảm mật độ xương nhanh và sâu hơn so với quần thể chung.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng mốc 5 năm để đánh giá mức độ giảm mật độ xương ở người bệnh mắc ung thư cổ tử cung, đây là mốc sống còn (5 - year relative survival) thường được sử dụng trong các nghiên cứu về ung thư nói chung và ung thư cổ tử cung nói riêng.¹⁴ Phân tích cho thấy chỉ số T-score trung bình tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi ở nhóm người bệnh mắc ung thư cổ tử cung trên 5 năm cao hơn so với nhóm mắc từ 5 năm trở xuống ($p < 0,05$). Điều này cho thấy thời gian mắc ung thư cổ tử cung trên 5 năm làm tăng mức độ giảm mật độ xương. Mặt khác, có thể do người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian sống còn cao hơn nhiều so với thống kê của SEER nên có mức độ giảm mật độ xương nặng hơn.

Kết quả phân tích cho thấy T-score trung bình tại cả hai vị trí đo ở nhóm người bệnh mãn kinh trước điều trị ung thư cổ tử cung thấp hơn so với nhóm mãn kinh sau điều trị, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này gợi ý rằng thời điểm mãn kinh trước hay sau điều trị không phải là yếu tố quyết định đến mức độ giảm mật độ xương trong nhóm nghiên cứu. Trên thực tế, chỉ cần trải qua quá trình điều

trị ung thư cổ tử cung, người bệnh đã có nguy cơ loãng xương cao do ảnh hưởng của các phương pháp điều trị. Xu hướng T-score thấp hơn ở nhóm mãn kinh trước điều trị có thể liên quan đến thời gian sau mãn kinh dài hơn, dẫn đến mất xương tích lũy nhiều hơn, phù hợp với cơ chế suy giảm estrogen gây tăng hủy xương và giảm tạo xương. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước, như của Choi và cộng sự (2021), cũng cho thấy phụ nữ mắc ung thư cổ tử cung, dù ở bất kỳ độ tuổi hay tình trạng nội tiết nào, đều có tỷ lệ loãng xương cao hơn so với nhóm chứng. Điều này củng cố nhận định rằng tác động của bệnh và quá trình điều trị (xạ trị, hóa trị, phẫu thuật cắt buồng trứng,...) có thể đóng vai trò then chốt trong giảm mật độ xương.¹²

Tổng hợp các kết quả trên cho thấy loãng xương là một biến chứng thường gặp ở người bệnh ung thư cổ tử cung, đặc biệt ở nhóm tuổi cao, thời gian mắc bệnh kéo dài và đã trải qua điều trị. Các yếu tố như xạ trị, hóa trị, phẫu thuật cắt buồng trứng và tác động trực tiếp của tế bào ung thư đều góp phần thúc đẩy quá trình mất xương, bất kể tình trạng nội tiết hay thời điểm mãn kinh. Điều này nhấn mạnh rằng, trong thực hành lâm sàng, mọi người bệnh ung thư cổ tử cung đều cần được xem xét nguy cơ loãng xương và triển khai các biện pháp sàng lọc, dự phòng cũng như điều trị sớm nhằm hạn chế biến chứng và cải thiện chất lượng sống.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế là cỡ mẫu chưa lớn, phạm vi nghiên cứu hẹp, thời gian nghiên cứu ngắn và thiết kế mô tả cắt ngang, do đó chưa đánh giá được mối quan hệ nhân quả. Ngoài ra, các yếu tố về chế độ ăn và bổ sung canxi - vitamin D, mức độ hoạt động thể lực của người bệnh chưa được phân tích sâu. Đây cũng là một tiền đề để thực hiện các nghiên cứu theo dõi dọc và đa trung tâm nhằm đánh giá mối liên quan nhân quả giữa các yếu tố nguy cơ và loãng xương, cũng như hiệu quả của các biện pháp can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 người bệnh ung thư cổ tử cung cho thấy: loãng xương là tình trạng phổ biến ở người bệnh ung thư cổ tử cung điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, với tỷ lệ loãng xương nặng là 12,5%, loãng xương 61,2%, thiếu xương 21,3%. Chỉ số T-score giảm theo tuổi, đặc biệt ở nhóm ≥ 60 tuổi và nhóm có thời gian mắc bệnh > 5 năm, với $p < 0,05$; thời điểm mãn kinh trước hay sau điều trị không ảnh hưởng đáng kể đến chỉ số T-score với $p > 0,05$.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Các kết quả này khẳng định sự cần thiết của việc sàng lọc định kỳ, dự phòng và điều trị loãng xương sớm cho người bệnh ung thư cổ tử cung, nhằm giảm biến chứng và cải thiện chất lượng sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cosman F, de Beur SJ, LeBoff M, et al. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporosis international*. 2014; 25: 2359-2381.
2. Sangondimath G, Sen RK, T. FR. DEXA and Imaging in Osteoporosis. *Indian J Orthop*. 2023; 57(Suppl 1): 82-93. doi:10.1007/s43465-023-01059-2.
3. Sözen T, Özişik L, Başaran NÇ. An overview and management of osteoporosis. *European journal of rheumatology*. 2017; 4(1): 46.
4. Gullberg B, Johnell O, Kanis J. World-wide projections for hip fracture. *Osteoporosis international*. 1997; 7: 407-413.
5. Shen Y, Huang X, Wu J, et al. The global burden of osteoporosis, low bone mass, and its related fracture in 204 countries and territories, 1990-2019. *Frontiers in Endocrinology*. 2022; 13:882241.
6. Ho-Pham LT, Nguyen TV. The Vietnam

osteoporosis study: rationale and design. *Osteoporosis and Sarcopenia*. 2017; 3(2): 90-97.

7. Ho-Pham LT, Mai LD, Pham HN, et al. Reference ranges for vertebral heights and prevalence of asymptomatic (undiagnosed) vertebral fracture in Vietnamese men and women. *Archives of osteoporosis*. 2012; 7: 257-266.

8. Ho-Pham LT, T Nguyen UD, Pham HN, et al. Reference ranges for bone mineral density and prevalence of osteoporosis in Vietnamese men and women. *BMC musculoskeletal disorders*. 2011; 12: 1-7.

9. Lee SH, Ku CH, Lee KB, et al. Decreased bone mineral density of femur in patients with cervical cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2009; 35(2): 335-338.

10. Trần Bùi Hoài Vọng, Trần Thừa Nguyên, Trần Quang Nhật, và cs. Khảo sát tỷ lệ loãng xương của phụ nữ tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí *Nội tiết và Đái tháo đường*. 2022; 51: 81-85.

11. Boschitsch EP, Durchschlag E, Dimai HP. Age-related prevalence of osteoporosis and fragility fractures: real-world data from an Austrian Menopause and Osteoporosis Clinic. *Climacteric*. 2017; 20(2): 157-163. doi:10.1080/13697137. 2017.1282452

12. Choi HG, Lee JW, Min CY, et al. Analyses of the association between cervical cancer and osteoporosis/osteoporotic fracture: a cross-sectional study using KoGES HEXA data. *International Journal of Clinical Oncology*. 2021; 26: 1752-1758.

13. Rondanelli M, Gasparri C, Perdoni F, et al. Bone mineral density reference values in 18- to 95-year-old population in lombardy region, Italy. *American journal of men's health*. 2022; 16(5): 15579883221119363.

14. Cancer of the Cervix Uteri - Cancer Stat Facts. SEER. Accessed August 12, 2025. <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/cervix.html>.

Summary

BONE MINERAL DENSITY IN PATIENTS WITH STABLE CERVICAL CANCER AT THE NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

This study aimed to evaluate bone mineral density (BMD) and associated factors in patients with stable cervical cancer at the National Hospital of Traditional Medicine. A cross-sectional descriptive study was conducted on 80 cervical cancer patients. Dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) was performed at the lumbar spine and femoral neck to assess BMD. The results showed that the prevalence of severe osteoporosis was 12.5%, osteoporosis 61.2%, and osteopenia 21.3%. The mean T-score decreased progressively with increasing age ($p < 0.05$). Patients with a disease duration of more than 5 years had significantly lower T-scores compared with those with ≤ 5 years ($p < 0.05$). Menopausal timing, whether before or after cancer treatment, did not significantly affect T-scores ($p > 0.05$). In conclusion, the prevalence of osteoporosis among women with cervical cancer was high (73.7%). The mean T-score was inversely associated with age and disease duration but was not related to menopausal timing before or after cancer treatment.

Keywords: Osteoporosis, DEXA, T-score, cervical cancer.