

Không có liên quan giữa tổn thương viêm màng hoạt dịch trên siêu âm với yếu tố viêm trong xét nghiệm máu (bạch cầu, CRP). Chúng tôi kiến nghị nên đưa siêu âm như là một phương pháp sàng lọc ban đầu, áp dụng một cách thường qui vào trong chẩn đoán và điều trị thoái hóa khớp gối.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Văn Đệ** (2003), Bệnh học nội khoa, tập 2, Học viện Quân y, NXB Quân đội nhân dân, tr. 48 - 52.
2. **Nguyễn Huy Thông** (2022), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh khớp và nội tiết thường gặp, Học viện Quân y, Nhà xuất bản QĐND, tr.21 - 27.
3. **Nguyễn Thị Lê Linh** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và siêu âm khớp gối ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối ở BV Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, HVQY.
4. **Cần Thị Anh Tuyết** (2014), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh siêu âm khớp gối ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân y.
5. **D'agostino M. A., Conaghan P., Le Bars M., et al** (2005), "EULAR report on the use of ultrasonography in painful knee osteoarthritis. Part 1: prevalence of inflammation in

- osteoarthritis", Annals of the rheumatic diseases, Vol 64, pp.1703-1709.
6. **Tarhan S., and Unlu Z.** (2003), "Magnetic resonance imaging and ultrasonographic evaluation of the patients with knee osteoarthritis: a comparative study", Clinical rheumatology, Vol 22, pp.181-188.
  7. **Saarakkala S., Waris P., Waris V., et al,** (2012), "Diagnostic performance of knee ultrasonography for detecting degenerative changes of articular cartilage", Osteoarthritis and cartilage / OARS, Osteoarthritis Research Society, Vol 20, pp.376-381.
  8. **Abraham A. M., Goff I., Pearce M. S., et al** (2011), "Reliability and validity of ultrasound imaging of features of knee osteoarthritis in the community", BMC musculoskeletal disorders, Vol 12, pp.70.
  9. **Gaafar Ragab, Mohamed A. El-Ghobary, and Gohary R. M. E.** (2012), "The importance of using ultrasonography in knee osteoarthritis", Egyptian Journal of Internal Medicine, Vol 24, pp.93-96.
  10. **Iagnocco A., Meenagh G., Riente L., et al** (2010), "Ultrasound imaging for the rheumatologist XXIX. Sonographic assessment of the knee in patients with osteoarthritis", Clinical and experimental rheumatology, Vol 28, pp.643-646

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT BƠM CEMENT SINH HỌC TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh<sup>1</sup>, Võ Hồng Huệ<sup>1</sup>,  
Hồ Văn Bình<sup>1</sup>, Trần Hoàng Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang bệnh được phẫu thuật bơm cement sinh học tạo hình thân đốt sống tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán xẹp thân đốt sống qua khám lâm sàng và hình ảnh X-quang quy ước được phẫu thuật bơm cement sinh học điều trị xẹp thân đốt sống trong thời gian từ tháng 03/2022 đến tháng 03/2024. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Điều trị trước đó: 90,4% bệnh nhân điều trị giảm đau trước đó. Triệu chứng lâm sàng: 100% bệnh nhân có đau lưng (63,9% đau dữ dội), 80,7% có hạn chế vận động cột sống, 97,6% không có biến dạng cột sống. Điểm VAS trước mổ: 59% đau nặng, 39,8% đau vừa. Loãng

xương: 80,7% bị loãng xương với T-Score < -2,5SD. Số đốt sống xẹp: 96,4 xẹp 1 đốt sống. Vị trí xẹp thân đốt sống thường gặp nhất: L1 (31,3%), T12 (30,1%), L2 (13,2%). Phân loại xẹp thân đốt sống: 83,1% xẹp hình chêm. Mức độ xẹp thân đốt sống: 73,5% độ 1 và độ 2. **Từ khóa:** bơm cement sinh học, thân đốt sống, lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh nhân.

### SUMMARY

#### STUDY ON CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BIOLOGICAL CEMENT PUMP SURGERY VERBAL BODY CREATION AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Objective:** The study objectives: To study the clinical characteristics and X-ray images of patients undergoing biocement surgery to reconstruct the vertebral body at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** descriptive cross-sectional study design, retrospective combined with prospective study on 83 patients diagnosed with vertebral body collapse through clinical examination and conventional X-ray images who were treated by biological cement injection surgery. Vertebral body collapse during the

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Văn Bình

Email: hvbinh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024

period from March 2022 to March 2024. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: Previous treatment: 90.4% of patients had previous pain treatment. Clinical symptoms: 100% of patients have back pain (63.9% severe pain), 80.7% have limited spinal movement, 97.6% have no spinal deformity. Preoperative VAS score: 59% severe pain, 39.8% moderate pain. Osteoporosis: 80.7% had osteoporosis with T-Score < -2.5SD. Number of collapsed vertebrae: 96.4, 1 collapsed vertebra. The most common location of vertebral body collapse: L1 (31.3%), T12 (30.1%), L2 (13.2%). Classification of vertebral body collapse: 83.1% wedge-shaped collapse. Degree of vertebral body collapse: 73.5% grade 1 and grade 2. **Keywords:** biological cement pump, vertebral body, clinical, paraclinical, patient.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xẹp thân đốt sống là bệnh lý hay gặp và do nhiều nguyên nhân. Để chẩn đoán xẹp thân đốt sống, bệnh nhân cần được thăm khám sức khỏe định kỳ, theo dõi diễn tiến lâm sàng để đánh giá mức độ tiến triển của bệnh bằng các yếu tố tình trạng đau, mức độ biến dạng cột sống [8]. Chụp X-quang, cộng hưởng từ hạt nhân, đo các góc biến dạng và đánh giá mật độ xương là những phương pháp cần thiết rất có giá trị để giúp chẩn đoán và tiên lượng [4]. Một trong những phương pháp phẫu thuật điều trị xẹp thân đốt sống được ứng dụng phổ biến hiện nay là bơm xi măng xương qua da vào thân đốt sống bị xẹp [3],[4]. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ đã triển khai kỹ thuật bơm xi măng điều trị xẹp thân đốt sống đã lâu nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này cũng như những tai biến, biến chứng có thể xảy ra khi áp dụng. Do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang bệnh được phẫu thuật bơm cement sinh học tạo hình thân đốt sống 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 xẹp thân đốt sống ngực - thắt lưng do loãng xương, được điều trị bằng phẫu thuật bơm cement sinh học vào thân đốt sống để tạo hình thân đốt sống tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 03/2022 đến tháng 03/2024.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả những trường hợp được chẩn đoán xẹp thân đốt sống do loãng xương trong thời gian từ tháng 03/2022 đến tháng 03/2024: Tiêu chuẩn lựa chọn đau lưng, điểm đau tương ứng với vị trí đốt sống bị tổn thương.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Có tiền sử chấn thương cột sống đã phẫu thuật vào vùng cột

sống, có dị tật bẩm sinh vùng cột sống hoặc biến dạng gù vẹo xuất hiện trước độ tuổi dậy thì, bệnh nhân có hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

### **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 03 năm 2022 đến tháng 03 năm 2024.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

**Cỡ mẫu:** tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \left(\frac{1-\alpha}{2}\right) \cdot p \cdot (1-p)}{d^2}$$

*Trong đó:*

- n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu cần phải có.
- Z: để nghiên cứu có độ tin cậy 95% thì  $\alpha = 0,05$ , tương ứng với  $Z = 1,96$ .
- d: sai số tuyệt đối,  $d = 0,07$ .
- p: tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật điều trị thành công, chúng tôi chọn  $p = 0,88$  (theo Hà Thoại Kỳ và cộng sự (2023) với kết quả chung rất tốt và tốt đạt 88%) [6].

Thay vào công thức trên:  $n = [(1,96)^2 \times 0,88 \times 0,12] / (0,07)^2 \approx 82,79$  bệnh nhân. Do đó cỡ mẫu tối thiểu cần có là 83 bệnh nhân.

**Phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ

### **Nội dung nghiên cứu:**

**Đặc điểm về bệnh nhân:** giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, đại chỉ, chỉ số khối cơ thể, các bệnh lý khác kèm theo, các yếu tố nguy cơ gây loãng xương.

**Đặc điểm lâm sàng:** tiền sử điều trị xẹp đốt sống, triệu chứng đau, hạn chế vận động cột sống, biến dạng cột sống, mức độ đau trước phẫu thuật.

**Đặc điểm cận lâm sàng:** mức độ loãng xương, số đốt sống xẹp, phân loại xẹp đốt sống, vị trí đốt sống xẹp, đặc điểm đốt sống xẹp, mức độ xẹp đốt sống theo GENANT.

**Công cụ thu thập và xử lý số liệu:** Các chỉ số nghiên cứu được thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án theo các biểu mẫu thiết kế sẵn tại các thời điểm trước mổ, diễn biến trong và sau mổ, khám định kỳ hàng tháng.

**2.3. Ý đức:** Nghiên cứu được thực hiện khi đã có sự chấp thuận của Hội đồng khoa học trường Đại học Võ Trường Toàn và được ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Nghiên cứu được đảm bảo bí mật thông tin được cung cấp, bộ câu hỏi phỏng vấn không liên quan đến những vấn đề nhạy cảm như: tôn giáo, chính trị, văn hóa,...

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân**  
**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

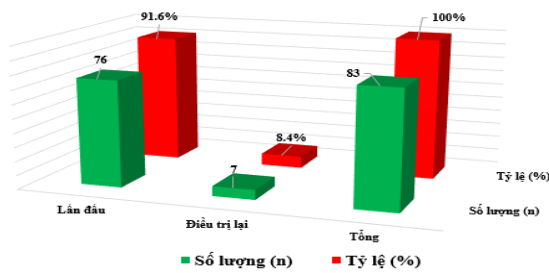
Nghề nghiệp		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	9	10,8
	Nữ	74	89,2
	Già	58	69,9
Nghề nghiệp	Nông dân	15	18,1
	Nội trợ	8	9,6
	Buôn bán	2	2,4
Phân loại BMI	Gầy	3	3,6
	Bình thường	42	50,6
	Thừa cân	24	28,9
	Béo phì	14	16,9
Tuổi	≤ 60 tuổi	6	7,2
	61 - 70 tuổi	32	38,6
	71 - 80 tuổi	32	38,6
	> 80 tuổi	13	15,6
	Trung bình (Nhỏ nhất - Lớn nhất)	71,5 ± 8,2 (51 - 95)	

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ giới 89,2%. Phần lớn bệnh nhân với 69,9% thuộc nhóm hưu trí không còn làm việc. Tiếp theo là nhóm nông dân chiếm 18,1%. Nội trợ chiếm 9,6%. Chỉ có 2,4% bệnh nhân làm nghề buôn bán. Nhóm tuổi 61 - 70 và 71 - 80 chiếm tỷ lệ lớn nhất, mỗi nhóm 38,6%. Tổng cộng 45,8% có vấn đề về thừa cân/béo phì.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng**

**3.2.1. Tiền sử điều trị xạ đốt sống**

Điều trị nội trú:



**Biểu đồ 3.1. Tiên sử điều trị nội trú Xđốt sống**

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân được điều trị nội trú xạ đốt sống lần đầu với 91,6%. chỉ có 8,4% bệnh nhân phải điều trị nội trú lại.

Phương pháp điều trị trước đó:

**Bảng 3.2. Phương pháp điều trị trước đó**

Phương pháp đã sử dụng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Thuốc giảm đau	Có	75	90,4
	Không	8	9,6
Vật lý trị liệu	Có	7	8,4
	Không	76	91,6
Không điều trị	8	9,6	
<b>Tổng</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân đã sử dụng thuốc giảm đau trước khi đến viện với tỷ lệ 90,4%, có 8,4% bệnh nhân đã tập vật lý trị liệu trước đó và 9,6% bệnh nhân không áp dụng bất kỳ biện pháp nào trước khi nhập viện.

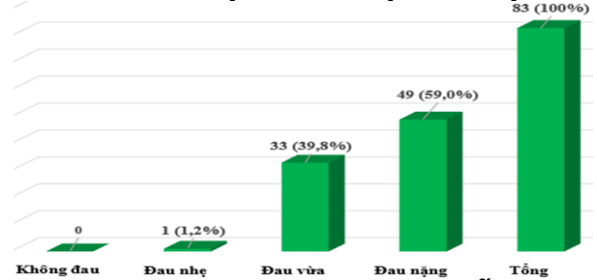
**3.2.2. Triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng đau	Đau âm ỉ	30	36,1
	Đau dữ dội	53	63,9
Hạn chế vận động cột sống	Có	67	80,7
	Không	16	19,3
Biến dạng cột sống	Vẹo cột sống	2	2,4
	Không biến dạng	81	97,6

**Nhận xét:** Tình trạng đau thắt lưng và đau lưng chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân (63,9%) có triệu chứng đau dữ dội, chỉ có 36,1% có tình trạng đau âm ỉ. Phần lớn bệnh nhân (80,7%) có tình trạng hạn chế vận động cột sống. Có 2 bệnh nhân (2,4%) có tình trạng vẹo cột sống, 97,6% bệnh nhân không ghi nhận tình trạng biến dạng cột sống.

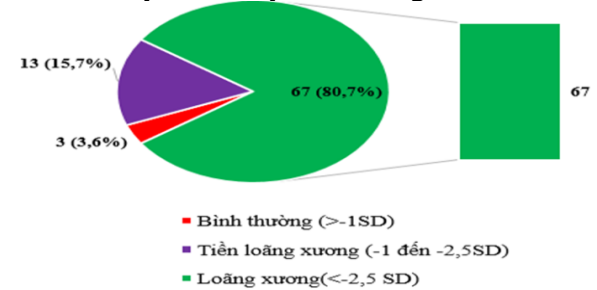
**3.2.3. Mức độ đau trước phẫu thuật**



**Biểu đồ 3.2. Mức độ đau trước phẫu thuật**

**Nhận xét:** Không có bệnh nhân nào ghi nhận mức độ không đau (0%), chỉ có 1,2% bệnh nhân ở mức đau nhẹ. Đa số bệnh nhân có mức độ đau từ vừa đến nặng với tỷ lệ lần lượt là 39,8% đau vừa và 59% đau nặng.

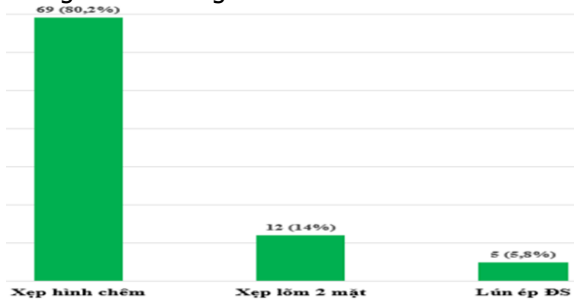
**3.3. Đặc điểm cận lâm sàng**



**Biểu đồ 3.3. Mức độ loãng xương**

**Nhận xét:** Phần lớn chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân (80,7%) bị loãng xương với T-Score < -2,5SD, số bệnh nhân ở giai đoạn tiền loãng xương với T-Score từ -1 đến -2,5SD là 15,7%

bệnh nhân. Chỉ có 3,6% bệnh nhân có mật độ xương bình thường với T-Score > -1SD.



**Biểu đồ 3.4. Phân loại xẹp đốt sống**

**Nhận xét:** Phân loại xẹp đốt sống chúng tôi ghi nhận chủ yếu phần lớn là xẹp hình chêm với 69 đốt sống (80,2%), ít gặp nhất là dạng lún ép đốt sống với 5 đốt sống (5,8%). Dạng đốt sống xẹp lõm 2 mặt có ở 12 đốt sống (14%).

**3.3.4. Vị trí đốt sống xẹp trên cộng hưởng từ**

**Bảng 3.4. Vị trí đốt sống xẹp**

Vị trí đốt sống xẹp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
T9	2	2,4
T10	3	3,6
T11	5	6,0
T12	25	30,1
L1	26	31,3
L2	11	13,2
L3	5	6,0
L4	6	7,2
L5	3	3,6
<b>Tổng</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong 83 bệnh nhân nghiên cứu có 3 bệnh nhân có xẹp 2 đốt sống do đó có tổng số 86 đốt sống xẹp. Vị trí đốt sống xẹp thường gặp nhất là L1 (31,3%), T12 (30,1%) và L2 (13,2%).

**3.3.5. Đặc điểm đốt sống xẹp**

**Bảng 3.5. Đặc điểm đốt sống xẹp thứ nhất**

Đặc điểm đốt sống xẹp thứ nhất	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Góc xẹp (độ)	14,69 ± 2,66	7	26
Góc Cobb (độ)	11,69 ± 3,69	4	27
Góc gù (độ)	8,53 ± 2,38	4	17
Tường trước	13,55 ± 2,52	7	23
Tường giữa	13,35 ± 2,34	6	22
Tường sau	20,42 ± 2,64	12	27

**Nhận xét:** đốt sống xẹp thứ 1 (n = 83), góc xẹp trung bình là 14,69 ± 2,66 độ, dao động từ 7 - 26 độ, góc Cobb trung bình 11,69 ± 3,69 độ, từ 4 - 27 độ và góc gù trung bình 8,53 ± 2,38 độ, từ 4-17 độ. Chiều cao đốt sống xẹp giảm nhiều nhất ở tường sau (20,42mm), kể đến tường trước (13,55mm) và tường giữa (13,35mm).

**Bảng 3.6. Đặc điểm đốt sống xẹp thứ hai**

Đặc điểm đốt sống xẹp thứ hai	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Góc xẹp (độ)	16 ± 1	15	17
Góc Cobb (độ)	9,67 ± 3,79	7	14
Góc gù (độ)	9 ± 3	6	12
Tường trước	13,33 ± 3,51	7	23
Tường giữa	13,33 ± 3,51	10	17
Tường sau	21 ± 2,65	18	23

**Nhận xét:** đốt sống xẹp thứ 2 (n = 3) có góc xẹp trung bình 16 ± 1 độ. Góc Cobb 9,67 ± 3,79 độ, góc gù 9 ± 3 độ. Chiều cao đốt sống xẹp tương tự ở 2 tường trước và giữa với 13,33mm và 21mm đối với tường sau.

**3.3.6. Mức độ xẹp đốt sống theo GENANT**

**Bảng 3.7. Mức độ xẹp đốt sống theo GENANT**

Mức độ xẹp đốt sống theo GENANT	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 1	28	32,6
Độ 2	36	41,9
Độ 3	22	25,5
<b>Tổng</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân có mức độ xẹp đốt sống từ độ 1 đến độ 2, chiếm 73,5%. Độ 1 (xẹp 20 - 25% chiều cao đốt sống): 32,6%. Độ 2 (xẹp 26 - 40% chiều cao đốt sống): 41,9%. Chỉ có 25,5% bệnh nhân ở mức độ 3 (xẹp > 40% chiều cao đốt sống).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng.** Nghiên cứu của chúng tôi có đa số bệnh nhân (63,9%) có triệu chứng đau lưng dữ dội, có 36,1% bệnh nhân đau lưng âm ỉ. Đau lưng tương ứng tại vị trí đốt sống bị xẹp là triệu chứng chủ yếu làm bệnh nhân nhập viện điều trị. Đỗ Mạnh Hùng [4] có 100% bệnh nhân có biểu hiện đau lưng, 83,6% đau dữ dội, không thể chịu được, chỉ 16,4% đau âm ỉ. Khi đốt sống xẹp các bề xương vỡ, kích thích vào các đầu tận cùng thần kinh trong xoang đốt sống ở 1/3 trước thân đốt sống gây đau cho bệnh nhân. Các bệnh nhân rối loạn vận động chủ yếu là do đau lưng. Kết quả chúng tôi có 80,7% bệnh nhân có hạn chế vận động. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác. Đỗ Mạnh Hùng [4] ghi nhận 65,8% bệnh nhân không ngồi được, 30,1% không đi lại được, 4,1% không đứng được. Do đau lưng và hạn chế vận động nên bệnh nhân thường phải tự dùng thuốc giảm đau hoặc điều trị nội khoa ở các cơ sở y tế. Chúng tôi ghi nhận 90,4% bệnh nhân có điều trị giảm đau từ trước, tỷ lệ này theo Đỗ

Mạnh Hùng [4] là 91,8%. Nghiên cứu của chúng tôi có 2,4% bệnh nhân vẹo cột sống. Nhiều trường hợp xẹp thân đốt sống tiến triển gây gù, vẹo cột sống. Theo y văn xẹp thân đốt sống do loãng xương gây đau lưng và biến dạng cột sống từ đó làm ảnh hưởng nhiều chất lượng cuộc sống, chức năng cơ thể, sức khỏe tâm thần và sức sống của bệnh nhân. Đỗ Mạnh Hùng [4] có 2 bệnh nhân bị gù cột sống, 15 bệnh nhân vẹo cột sống. Theo Phạm Mạnh Cường [1] có 88,2% bệnh nhân đau lưng, 70,6% bệnh nhân có hạn chế vận động. Những bệnh nhân bị gù cột sống thường rơi vào nhóm xẹp thân đốt sống nặng, loãng xương nặng.

**4.2. Đặc điểm cận lâm sàng.** Chúng tôi đánh giá mức độ đau trước bơm cement dựa vào thang điểm VAS. Điểm VAS trung bình nghiên cứu chúng tôi ghi nhận không có bệnh nhân không đau, có 1,2% bệnh nhân đau nhẹ, 39,8% đau trung bình, 59% đau nặng. Kết quả chúng tôi cũng gần tương đồng các nghiên cứu khác với điểm VAS rất cao ở bệnh nhân xẹp thân đốt sống được chỉ định bơm cement. nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng [4] có điểm VAS trung bình  $8,4 \pm 1,1$  (6 - 10), 23,3% bệnh nhân có điểm VAS 6 - 7, 57,5% bệnh nhân 8-9 điểm và 19,2% bệnh nhân 10 điểm. Trịnh Văn Cường [2] nghiên cứu 41 bệnh nhân được bơm cement có điểm VAS trung bình trước mổ là 8.02, 68,3% đạt điểm VAS 8 - 9, 26,8% đạt điểm VAS 6 -7. Jung-Hoon Lee có điểm VAS trung bình trước phẫu thuật là 7.96 (6,4 - 9,7) [5]. Tại các quốc gia phát triển, các bệnh nhân xẹp thân đốt sống không phù nề tủy xương vẫn được bơm cement mang tính chất dự phòng, nâng cao chất lượng cuộc sống. Tại Việt Nam, hiện nay chỉ bơm cement cho các bệnh nhân có phù nề tủy xương trên MRI, với đau lưng dai dẳng, nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp điều này với đa phần có 1 đốt sống bị xẹp với 96,4% chỉ có 3,6% trường hợp xẹp 2 đốt sống. Đỗ Mạnh Hùng có 87,7 % xẹp 1 đốt sống, 12,3% trường hợp xẹp 2 đốt sống [4]. Trần Trung Kiên có 57/84 trường hợp bơm 1 đốt sống, 8/84 trường hợp bơm 2 đốt sống và 3/84 trường hợp bơm 3 đốt sống [7]. Vị trí xẹp đốt sống chúng nghiên cứu của chúng tôi thường gặp nhất là L1 (31,3%), T12 (30,1%). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả các nghiên cứu khác và y văn với vị trí xẹp thân đốt sống do loãng xương thường xuất hiện ở vùng bản lề ngực - thắt lưng. Đây là vị trí cong nhất của cột sống, nơi chuyển tiếp giữa cột sống ngực cố định và cột sống thắt lưng di động và cũng là nơi cột sống vận động nhiều do vậy nguy cơ xẹp thân đốt sống tăng lên. Phân loại xẹp thân đốt sống

trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận phần lớn là xẹp hình chêm với 83,1%, xẹp lõm 2 mặt là 12% và lún ép đốt sống 4,8%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng các tác giả khác. Đỗ Mạnh Hùng [4] có 61% xẹp hình chêm, 26,8% lõm 2 mặt và 12,2% lún ép thân đốt sống. Đỗ Mạnh Hùng có điểm T-Scores trung bình là  $-3.9 \pm 0.9$  (-2.5 đến -6.5) [4]. Michael Stoffel [6] là  $-3.6 \pm 0.2$ . nghiên cứu của Trịnh Văn Cường có T-Scores trung bình của 41 bệnh nhân là -3.26, 85,4% bệnh nhân loãng xương nặng và 14,6% bệnh nhân thiếu xương [2]. Mật độ xương phản ánh mức độ loãng xương của bệnh nhân. Theo WHO, khi bệnh nhân có T-Scores  $< -2.5$  và có bất cứ gãy xương nào đều được xếp loại là loãng xương nặng. Ngày nay, việc sử dụng chỉ số T-Scores để chẩn đoán loãng xương là phổ biến. Tuy nhiên, T-Scores chỉ giúp ước chừng nguy cơ tương đối, chứ không phải nguy cơ tuyệt đối.

## V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng: 100% bệnh nhân có đau lưng (63,9% đau dữ dội), 80,7% có hạn chế vận động cột sống, 97,6% không có biến dạng cột sống. Điểm VAS trước mổ: 59% đau nặng, 39,8% đau vừa. Loãng xương: 80,7% bị loãng xương với T-Score  $< -2,5SD$ . Số đốt sống xẹp: 96,4 xẹp 1 đốt sống. Vị trí xẹp thân đốt sống thường gặp nhất: L1 (31,3%), T12 (30,1%), L2 (13,2%). Phân loại xẹp thân đốt sống: 83,1% xẹp hình chêm. Mức độ xẹp thân đốt sống: 73,5% độ 1 và độ 2.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Mạnh Cường** (2006), Nghiên cứu áp dụng và bước đầu đánh giá hiệu quả của phương pháp tạo hình đốt sống qua da trong điều trị một số tổn thương đốt sống vùng lưng và thắt lưng, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện.
2. **Trịnh Văn Cường, Nguyễn Quốc Bảo** (2017), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị xẹp đốt sống do loãng xương bằng bơm cement sinh học qua cuống", Y học thành phố Hồ Chí Minh, 21(6), tr. 213-217.
3. **Phạm Thị Hoa, Lê Văn Phước** (2008), CT cột sống, NXB Y Học, tr. 118-124.
4. **Đỗ Mạnh Hùng** (2018), Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Đỗ Mạnh Hùng và cộng sự** (2017), "Tỷ lệ xẹp đốt sống thứ phát sau tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương", Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, Số đặc biệt, tr. 290-294.
6. **Đỗ Mạnh Hùng Nguyễn Văn Thạch** (2016), "Kết quả điều trị tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương", Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, Số đặc biệt, tr. 42 - 49.

7. **Trần Trung Kiên** (2023), Nghiên cứu đặc điểm mật độ xương, X-quang, công hưởng tử của xạ thân đốt sống và kết quả bơm xi măng điều trị xạ thân đốt sống, Luận An tiến Sĩ Y học, Học viện quân Y, Bộ Quốc Phòng.
8. **Đoàn Anh Tuấn** (2022), "Kết quả bơm xi măng có bóng qua da điều trị xạ thân đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương tại bệnh viện đa khoa Đông Anh", Tạp chí Y học Việt Nam, số 514, tr. 6 - 10.

## ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM DLQI ĐỂ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SEO LỒI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phan Thị Kim Ngọc<sup>1</sup>, Văn Thế Trung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Ứng dụng thang điểm DLQI để đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh sẹo lồi. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 102 bệnh nhân sẹo lồi đến khám tại Bệnh viện Da liễu Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2022 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 26,5 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 1,5/1. Lý do chính khiến bệnh nhân đến khám là thâm mỷ (61,8%). 15,7% bệnh nhân có tiền căn gia đình bị sẹo lồi. 75,4% bệnh nhân chưa từng điều trị trước đây. Nọc là vị trí thường bị sẹo lồi nhất (46,1%). Diện tích sẹo dao động từ 0,5 cm<sup>2</sup> đến 400 cm<sup>2</sup>, với trung vị là 5 cm<sup>2</sup>. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng đau là 36,3%, ngứa là 77,5%. Có 5,9% bệnh nhân bị ảnh hưởng vận động do sẹo. Điểm VSS trung bình là 7,96 ± 2,65. Điểm DLQI dao động từ 0 đến 12 điểm, trung vị là 3 điểm. Hạng mục điểm bị ảnh hưởng nhiều nhất là triệu chứng - cảm giác. Điểm DLQI cao hơn ở nhóm bệnh nhân có sẹo khởi phát trước 50 tuổi, nhóm có đau hoặc ngứa và nhóm có nhiều sẹo. Có mối tương quan thuận, mức độ yếu giữa DLQI với diện tích sẹo; giữa DLQI với VSS. **Kết luận:** Quản lý sẹo lồi không chỉ đánh giá độ nặng của sẹo (sắc tố, chiều cao, chiều rộng, độ linh hoạt) mà còn cần nhận biết sự ảnh hưởng đến CLCS. Bộ câu hỏi DLQI cho phép bác sĩ lâm sàng khảo sát CLCS ở những bệnh nhân này. Phần lớn bệnh nhân sẹo lồi bị ảnh hưởng CLCS. CLCS liên quan đến tuổi khởi phát, độ nặng của sẹo, đau, ngứa, diện tích và số lượng sẹo. **Từ khóa:** chất lượng cuộc sống, CLCS, DLQI, sẹo lồi.

### SUMMARY

#### DLQI QUESTIONNAIRES APPLICATION TO EVALUATE THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH KELOID VISITING HO CHI MINH CITY HOSPITAL OF DERMATO-VENEREOLGY

**Objectives:** To Apply the DLQI questionnaires to evaluate the quality of life of patients with keloid scars. **Methods:** A case series study on 102 patients with keloid(s) examined at Ho Chi Minh City

Dermatology Hospital of Dermato-venerology from December 2022 to August 2023. **Results:** Median age was 26.5 years. The female/male ratio was 1.5/1. The main reason why patients come for examination is aesthetics (61.8%). 15.7% of patients had a family history of keloids. 75.4% of patients had never been treated before. Most keloids were located on the chest (46.1%). Scar area ranged from 0.5 cm<sup>2</sup> to 400 cm<sup>2</sup>, with a median of 5 cm<sup>2</sup>. 36.3% of the patients experienced pain, 77.5% experienced itching. 5.9% had mobility difficulties. The mean VSS score was 7.96 ± 2.65. DLQI scores ranged from 0 to 12, median is 3. Most affected subscales were "Symptoms and Feelings". A higher DLQI was seen in those with age of onset before age 50, pain, itching, and those with many scars. There is a weak positive correlation between DLQI and scar area; between DLQI and VSS. **Conclusions:** Management of keloid scars requires not only assessing the severity of the scar (pigmentation, height, width, flexibility) but also recognizing the impact on quality of life. The DLQI questionnaire enables physicians to measure the quality of life in these patients. Most patients with keloid scars have their quality of life affected. Quality of life is related to age of onset, scar severity, pain, itching, area, and number of scars.

**Keywords:** DLQI, keloid, quality of life.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Seo lồi là hậu quả của quá trình lành thương bất thường. Seo lồi có thể gây mất thẩm mỹ, đau và ngứa, đặc biệt trong giai đoạn sẹo hoạt động. Mặc dù là bệnh lành tính nhưng triệu chứng, sự tái phát cũng như tác động về mặt thẩm mỹ của bệnh có thể ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân.

CLCS là một trong những tiêu chí điều trị ngày càng được lưu tâm. Trên thế giới đã có các công trình nghiên cứu cho thấy CLCS của người bệnh sẹo lồi bị ảnh hưởng đáng kể. Hiện nay, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu khảo sát sự thay đổi này nên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "Ứng dụng thang điểm DLQI để đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sẹo lồi đến khám tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh".

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung

Email: trungvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 22.7.2024