

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhiễm HPV típ nguy cơ cao trên phụ nữ có tổn thương loạn sản biểu mô vảy cổ tử cung độ cao được khảo sát là 93,4%, trong đó, 56,6% phụ nữ nhiễm ít nhất 1 trong 2 loại HPV 16 và 18. HPV 16 là típ thường gặp nhất với 47,2%. HPV típ 18 được tìm thấy nhiều hơn trong tổn thương CIN 2, HPV típ 16 có xu hướng xuất hiện nhiều hơn trong tổn thương CIN 3. Độ tuổi, tình trạng nhiễm HPV típ 16, 18 có liên quan tới mức độ tổn thương biểu mô vảy (CIN 2, CIN 3).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2024).** Cervical cancer.
2. **Ojha PS, Maste MM, Tubachi S, et al (2022).** Human papillomavirus and cervical cancer: an insight highlighting pathogenesis and targeting strategies. *Virusdisease*. 2022 Jun;33(2):132-154.
3. **Clifford G, Franceschi S, Diaz M, et al (2006).** Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine*. 2006;24 Suppl 3:S3/26-S3/34. doi:10.1016/j.vaccine.2006.05.026.
4. **Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al (2007).** Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007. 370 (9590):890-907.
5. **Karube A, Saito F, Waqa M, et al (2021).** Progression of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 lesions among Japanese women harboring different genotype categories of high-risk human papillomaviruses. *J Rural Med*. 2021;16(2):91-97. doi:10.2185/jrm.2020-038.
6. **Lê Quang Vinh, Đàm Thị Quỳnh Liên, Lưu Thị Hồng và CS (2017).** Tình hình nhiễm HPV nguy cơ cao ở những phụ nữ có tổn thương tân sản nội biểu mô và ung thư cổ tử cung. *Tạp chí Phụ sản* 15(02), 125-29.
7. **Xiao M, Xu O, Li H, et al (2016).** Prevalence of Human Papillomavirus Genotypes Among Women With High-Grade Cervical Lesions in Beijing, China. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(3):e2555. doi:10.1097/MD.0000000000002555.
8. **Kamolratanakul S, Pitisuttithum P (2021).** Human Papillomavirus Vaccine Efficacy and Effectiveness against Cancer. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(12):1413. Published 2021 Nov 30. doi:10.3390/vaccines9121413.
9. **National Cancer Institute (2020).** ACS's Updated Cervical Cancer Screening Guidelines Explained.

ĐẶC ĐIỂM CÁC RỐI LOẠN NHU ĐỘNG THỰC QUẢN Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN THEO PHÂN LOẠI CHICAGO 4.0

Đào Việt Hằng^{1,2,3}, Lưu Thị Minh Huế¹, Nguyễn Duy Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả phân bố các rối loạn nhu động (RLND) theo phân loại Chicago 4.0 trên đo HRM ở bệnh nhân có biểu hiện đường tiêu hóa trên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng dữ liệu hồi cứu trên các bệnh nhân đến khám tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long – Viện nghiên cứu, đào tạo Tiêu hóa, Gan mật từ tháng 09/2020 đến 02/2023 có biểu hiện đường tiêu hóa trên được chỉ định đo HRM. Các RLND được chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn Chicago 4.0. **Kết quả:** 2219 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn, 4,1% có chẩn đoán GERD dựa trên kết quả nội soi và đo pH trở kháng thực quản 24 giờ. Ở các bệnh nhân có biểu hiện đường tiêu hóa trên, 42,2% có RLND thực quản trên đo HRM, trong đó IEM là RLND phổ biến nhất (36,1%), co thắt tâm vị gặp tỉ lệ thấp (2,3%). Tỉ lệ IEM có xu hướng cao hơn ở nhóm GERD so với nhóm có triệu chứng đường tiêu hóa trên (46,2% với 36,1%). Tỉ lệ co thắt tâm vị và tắc nghẽn

vùng nối dạ dày-thực quản chiếm 3,8% và 3,5% ở nhóm nuốt nghẹn và nhóm có triệu chứng GERD điển hình. **Kết luận:** RLND gặp khá phổ biến ở các bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa trên, trong đó IEM là RLND thường gặp nhất.

Từ khóa: rối loạn nhu động, đo áp lực và nhu động thực quản, Chicago 4.0

SUMMARY

THE PREVALENCE OF ESOPHAGEAL MOTILITY DISORDERS BASED ON CHICAGO 4.0 CLASSIFICATION IN PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL SYMPTOMS

Objective: Describe the distribution of motility disorders (MDs) according to the Chicago 4.0 classification on high resolution manometry (HRM) in patients with upper gastrointestinal (UGI) symptoms. **Subjects and methods:** Our study used retrospective data on patients who had UGI symptoms and underwent HRM at Hoang Long Clinic - Institute of Gastroenterology and Hepatology between September 2020 and February 2023. MDs are diagnosed based on the Chicago 4.0 criteria. **Results:** 2219 patients met the criteria, 4.1% had a diagnosis of GERD based on endoscopy results and 24-hour esophageal impedance pH measurement. Among patients presented with UGI symptoms, 42.2% had MDs, of which IEM was the most common (36.1%), achalasia had a low prevalence (2.3%). The

¹Viện nghiên cứu và đào tạo Tiêu hóa, Gan mật

²Bộ môn Nội tổng hợp, trường Đại học Y Hà Nội

³Trung tâm Nội soi, bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 20.9.2024

prevalence of IEM tended to be higher in the GERD group than in the group with upper gastrointestinal symptoms (46.2% vs 36.1%). The prevalence of achalasia and esophagogastric junction outflow obstruction were 3.8% and 3.5% in patients with dysphagia and those with typical symptoms of GERD.

Conclusion: Motility disorders are common in patients with upper gastrointestinal symptoms, of which IEM is the most common disorder.

Keyword: motility disorders, high resolution manometry, Chicago 4.0

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhu động thực quản (RLNĐ) là một trong rối loạn thường gặp của đường tiêu hóa, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản (GERD) [1]. Các rối loạn này có thể là một trong những cơ chế gây khởi phát và/hoặc làm nặng hơn GERD hoặc cũng có thể là nguyên nhân chính của triệu chứng lâm sàng.

Việc tìm hiểu các RLNĐ thực quản có thể giúp bác sĩ lâm sàng quản lý và điều trị bệnh một cách tối ưu, tiết kiệm thời gian, chi phí và giảm thiểu việc lạm dụng các thuốc ức chế bơm proton trên lâm sàng. Đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao (High Resolution Manometry – HRM) là một kỹ thuật cho phép đánh giá chính xác nhu động thực quản và hoạt động các cơ thắt so với các phương pháp truyền thống như đo baryt thực quản, nội soi dạ dày-thực quản. Theo hướng dẫn của Trường môn Tiêu hóa Mỹ (ACG) năm 2022, HRM nên được áp dụng trong tiếp cận nhóm bệnh nhân GERD kháng trị và nhóm bệnh nhân đang cân nhắc chỉ định điều trị can thiệp nội soi/phẫu thuật trào ngược [2]. Phương pháp hiện nay đã bắt đầu được ứng dụng ngày càng nhiều tại Việt Nam. Các công bố trước đây tại Việt Nam chủ yếu áp dụng phân loại Chicago 3.0 trong phân loại các RLNĐ. Đầu năm 2021, phân loại Chicago 4.0 ra đời với nhiều thay đổi trong quy trình kỹ thuật và tiêu chuẩn chẩn đoán. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành với mục tiêu: *Mô tả phân bố các RLNĐ theo phân loại Chicago 4.0 trên đo HRM ở bệnh nhân có biểu hiện đường tiêu hóa trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng dữ liệu hồi cứu từ đề tài cấp nhà nước của Bộ Khoa học công nghệ “Nghiên cứu đánh giá rối loạn vận động và bài tiết một số bệnh lý dạ dày, thực quản” (mã số ĐTDLCN 04/20). Dữ liệu thu thập trên các bệnh nhân đến khám tại Phòng khám Đa khoa Hoàng Long – Viện nghiên cứu, đào tạo Tiêu hóa, Gan mật từ tháng 09/2020 đến 02/2023 có biểu hiện đường tiêu hóa trên được chỉ định đo HRM. Nghiên cứu loại bỏ các

dữ liệu thiếu kết quả nội soi dạ dày-thực quản trong vòng 1 tháng gần đây.

Đo áp lực và nhu động thực quản – HRM. Hệ thống đo HRM sử dụng trong nghiên cứu của nhà sản xuất Laborie (Hà Lan) với catheter 22 kênh bơm nước. Catheter được qua đường mũi vào đến thực quản và dạ dày. Bản ghi thực hiện các giai đoạn chính: 30 giây nghỉ ngơi, 30 giây nhịp nền, 10 nhịp nuốt đơn và 2 nhịp nuốt nhanh liên tục. Bản đo được phân tích trên phần mềm MMS, kết quả được phân tích dựa theo các tiêu chuẩn chẩn đoán RLNĐ trong phân loại Chicago 4.0 [3].

RLNĐ	Tiêu chuẩn
Nhu động thực quản không hiệu quả - IEM	IRP bình thường, có >70% nhịp nuốt không hiệu quả và/hoặc ≥50% nhịp nuốt thất bại
Mất nhu động hoàn toàn – MĐTQ	IRP bình thường, 100% nhịp nuốt thất bại
Cơ bóp đoạn xa thực quản - DES	IRP bình thường, ≥20% nhịp nuốt đến sớm
Cơ thắt tâm vị - CTTV	IRP tăng cao (≥19mmHg)*, không có nhu động thực quản bình thường.
Tắc nghẽn vùng nối dạ dày-thực quản - EGJOO	IRP tăng cao (≥19mmHg) và không có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán CTTV
Bình thường	Không thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán các RLNĐ trên

*ngưỡng giá trị theo khuyến cáo của nhà sản xuất Laborie với catheter kênh bơm nước. IRP: áp lực tích hợp khi nghỉ trong 4 giây của cơ thắt thực quản dưới.

Thu thập và xử lý số liệu. Nghiên cứu thu thập các thông tin nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng chính, kết quả nội soi dạ dày – thực quản, kết quả đo HRM và kết quả đo pH-trở kháng thực quản 24 giờ. Các bệnh nhân được xác định là GERD khi có chẩn đoán GERD trên đo pH-trở kháng thực quản 24 giờ theo đồng thuận Lyon và/hoặc có tổn thương Barrett thực quản đoạn dài và/hoặc viêm thực quản trào ngược (VTQTN) trên nội soi độ B-D theo phân loại Los Angeles. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS version 22.0. Các kiểm định với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2219 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn với tuổi trung bình là $47,9 \pm 13,4$, 62,6% là nữ giới. Tỷ lệ thừa cân/béo phì là 30,3%. Dựa theo kết quả nội soi ($n = 2219$) và đo pH trở

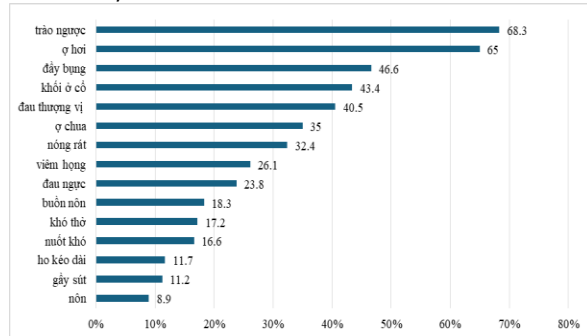
kháng thực quản 24 giờ (n = 112), 91 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán xác định GERD (4,1%).

Bảng 1: Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu (n = 2219)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, TB ± ĐLC	47,9 ± 13,4
Giới (nữ), %	1389 (62,6)
BMI ^a (kg/m ²),	21,7 ± 2,8
Phân loại BMI ^a , n(%)	
Thiếu cân	239 (10,8)
Bình thường	1300 (58,9)
Thừa cân/béo phì	670 (30,3)
Kết quả nội soi, n(%)	
Barrett thực quản	107 (4,8)
Đoạn ngắn	106 (4,78)
Đoạn dài	1 (0,02)
Viêm thực quản trào ngược	1163 (52,4)
Độ A	2089 (49,1)
Độ B	50 (2,3)
Độ C-D	11 (0,5)
Không phân loại	13 (0,6)
Co thắt tâm vị	109 (4,9)
Thoát vị hoành	56 (2,5)
Helicobacter pylori*	516 (24,1)

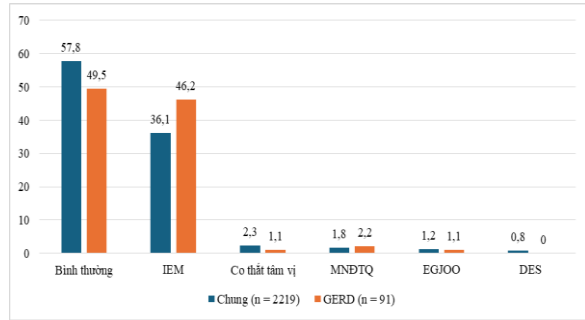
*thiếu dữ liệu trên 75 bệnh nhân. ^athiếu dữ liệu trên 10 bệnh nhân

Bệnh nhân đi khám chủ yếu với triệu chứng chính là trào ngược (68,3%) và ợ hơi (65%). Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng trào ngược điển hình (bao gồm trào ngược và/hoặc nóng rát) chiếm 74,9%.



Hình 1: Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

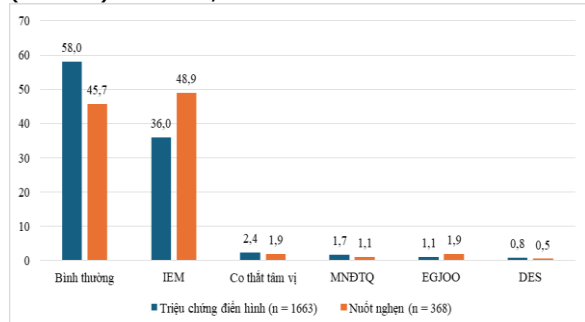
Ở các bệnh nhân có biểu hiện đường tiêu hóa chung, 42,2% có RLNĐ thực quản trên đo HRM, trong đó IEM là RLNĐ gặp chủ yếu ở nhóm có triệu chứng đường tiêu hóa chung, cũng như nhóm có chẩn đoán GERD dựa trên nội soi và đo pH-trở kháng thực quản 24 giờ (Hình 2). Tỷ lệ IEM có xu hướng cao hơn ở nhóm có chẩn đoán GERD so với nhóm có triệu chứng đường tiêu hóa chung (46,2% với 36,1%). Sự khác biệt về phân bố RLNĐ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p = 0,55).



Hình 2: Phân bố RLNĐ ở nhóm chung và nhóm có chẩn đoán GERD

(IEM: nhu động thực quản không hiệu quả, MNĐTQ: mất nhu động thực quản, EGJOO: tắc nghẽn vùng nối dạ dày-thực quản, DES: co thắt đoạn xa thực quản)

Hình 3 mô tả phân bố các RLNĐ theo một số nhóm triệu chứng (nhóm có triệu chứng GERD điển hình, nhóm có nuốt nghẹn và nhóm có đau ngực). Ở nhóm có triệu chứng trào ngược điển hình, 42% bệnh nhân có RLNĐ, trong đó IEM chiếm 36%. Ở nhóm nuốt nghẹn, IEM là RLNĐ gặp phổ biến, tỷ lệ co thắt tâm vị và tắc nghẽn đầu ra đầu nối vùng ra dạ dày-thực quản (EGJOO) chiếm 3,8%.



Hình 3: Phân bố RLNĐ theo các nhóm triệu chứng lâm sàng

(IEM: nhu động thực quản không hiệu quả, MNĐTQ: mất nhu động thực quản, EGJOO: tắc nghẽn vùng nối dạ dày-thực quản, DES: co thắt đoạn xa thực quản)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu dữ liệu trên 2219 bệnh nhân có biểu hiện đường tiêu hóa trên có chỉ định đo HRM cho thấy có 4,1% bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán GERD trên đo pH-trở kháng thực quản và nội soi dạ dày-thực quản, 42,2% bệnh nhân có RLNĐ thực quản trong đó IEM là rối loạn phổ biến nhất (36,1%). Nghiên cứu của Low EXS và cộng sự (2024) tại một trung tâm y tế lớn tại Đài Loan báo cáo 40% bệnh nhân có RLNĐ, trong đó IEM là rối loạn gặp phổ biến (gần 20%) [4]. Tỷ lệ IEM này thấp hơn nghiên

cứ của chúng tôi do đối tượng đo HRM trong nghiên cứu chủ yếu là nhóm GERD kháng trị (63,7%) và nhóm có nuốt khó (36,3%), theo đó tỉ lệ các rối loạn tắc nghẽn và rối loạn nhu động thực quản nặng gặp với tỉ lệ cao hơn (co thắt tâm vị chiếm 17,6%, tắc nghẽn đầu ra vùng nối dạ dày-thực quản 6,9%, mất nhu động thực quản 10,8%) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù tỉ lệ IEM cao hơn ở nhóm có chẩn đoán GERD so với nhóm có triệu chứng đường tiêu hóa trên chung, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Phân loại Chicago 4.0 áp dụng tiêu chuẩn chặt hơn trong chẩn đoán IEM. Sự thay đổi này từ các nghiên cứu cho thấy IEM với tỉ lệ nhịp nuốt không hiệu quả >70% hoặc $\geq 50\%$ nhịp nuốt thất bại có mối liên quan với thời gian niêm mạc thực quản tiếp xúc acid bất thường và trở kháng nền về đêm [3].

Co thắt tâm vị đặc trưng với sự bất thường giãn vùng nối dạ dày-thực quản cũng mất nhu động thực quản bình thường dẫn đến tình trạng tắc nghẽn, ứ đọng dịch và và thực ăn tại thực quản gây biểu hiện lâm sàng, điển hình là triệu chứng nuốt nghẹn khó chịu tăng dần cùng các biến chứng khác. Trước đây, rối loạn chủ yếu được chẩn đoán qua nội soi và chụp Xquang thực quản có cản quang, tuy nhiên hai phương pháp đều có độ nhạy không cao trong phát hiện bệnh [5, 6]. Hiện nay, HRM được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và phân loại co thắt tâm vị. Các tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn này ở phân loại Chicago 4.0 không có nhiều thay đổi so với phiên bản 3.0, tuy nhiên ngoài thực hiện nhịp nuốt ở tư thế nằm thông thường bệnh nhân được tiến hành đo thêm các nhịp nuốt ở tư thế đứng, từ đó gia tăng giá trị của HRM trong chẩn đoán co thắt tâm vị so với phân loại Chicago 3.0 [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân có biểu hiện nuốt nghẹn không cao (16,6%), do đó tỉ lệ ghi nhận co thắt tâm vị thấp (2,3%), tuy nhiên tỉ lệ này cao hơn tỉ lệ hiện mắc chung trong cộng đồng [7]. Các RLNĐ thực quản nặng khác như co thắt đoạn xa thực quản (DES) và tắc nghẽn vùng nối dạ dày-thực quản (EGJOO) là các rối loạn gặp với tỉ lệ thấp, tuy nhiên cách tiếp cận điều trị và quản lí thường khác nhóm RLNĐ nhẹ và GERD thông thường [8, 9]. Do đó, việc phát hiện các RLNĐ này, đặc biệt ở các bệnh nhân có biểu hiện đường tiêu hóa/biểu hiện GERD không đáp ứng với điều trị tối ưu thông thường có thể giúp bác sĩ đưa ra phương pháp điều trị phù hợp.

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu

tiên trên số lượng bệnh nhân lớn có chỉ định đo HRM, áp dụng một số thay đổi của phân loại Chicago 4.0 trong chẩn đoán các RLNĐ thực quản. Tuy nhiên nghiên cứu có hạn chế là thu thập số liệu hồi cứu, quy trình đo HRM của bệnh nhân chưa cập nhật kết hợp với các thăm dò chức năng khác như chụp Xquang thực quản có baryt theo thời gian (TBE) và đo chức năng hình ảnh thực quản (FLIP). Do đó các nghiên cứu trong tương lai có thể áp dụng tiêu chuẩn Chicago 4 từ quy trình đến tiêu chuẩn chẩn đoán cùng việc kết hợp với các thăm dò chức năng thực quản khác cho các dữ liệu chính xác hơn về tỉ lệ các rối loạn nhu động thực quản.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn nhu động thực quản gặp với tỉ lệ khá cao ở các bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu hóa chung và nhóm bệnh nhân GERD. IEM là rối loạn nhu động thực quản phổ biến nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lin, S., H. Li, and X. Fang**, Esophageal Motor Dysfunctions in Gastroesophageal Reflux Disease and Therapeutic Perspectives. *J Neurogastroenterol Motil*, 2019. **25**(4): p. 499-507.
2. **Katz, P.O., et al.**, ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*, 2022. **117**(1): p. 27-56.
3. **Yadlapati, R., et al.**, Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0(©). *Neurogastroenterol Motil*, 2021. **33**(1): p. e14058.
4. **Low, E.X.S., et al.**, A Comparison between Chicago Classification Versions 3.0 and 4.0 and Their Impact on Manometric Diagnoses in Esophageal High-Resolution Manometry Cases. *Diagnostics (Basel)*, 2024. **14**(3).
5. **Pandolfino, J.E. and A.J. Gawron**, **Achalasia: a systematic review.** *Jama*, 2015. **313**(18): p. 1841-52.
6. **Oude Nijhuis, R.A.B., et al.**, European guidelines on achalasia: United European Gastroenterology and European Society of Neurogastroenterology and Motility recommendations. *United European Gastroenterol J*, 2020. **8**(1): p. 13-33.
7. **Khoudari, G., et al.**, 463 The Prevalence and Epidemiology of Achalasia in the USA: A Population-Based Study. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*, 2019. **114**.
8. **Gorti, H., et al.**, Distal esophageal spasm: Update on diagnosis and management in the era of high-resolution manometry. *World J Clin Cases*, 2020. **8**(6): p. 1026-1032.
9. **Beveridge, C. and K. Lynch**, Diagnosis and Management of Esophagogastric Junction Outflow Obstruction. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*, 2020. **16**(3): p. 131-138.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ XEP ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG DO LOÃNG XƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP BƠM XI MẮNG SINH HỌC QUA DA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Xuân Khái¹, Phạm Văn Việt¹,
Dương Công Tuấn¹, Bùi Quang Biểu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị xẹp đốt sống (XĐS) thắt lưng do loãng xương bằng phương pháp bơm xi măng sinh học qua da tại bệnh viện quân y 103. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, nghiên cứu tiền cứu trên 51 bệnh nhân (BN) xẹp đốt sống thắt lưng do loãng xương (LX) được điều trị bằng phương pháp bơm xi măng (BXM) sinh học qua da tại Bệnh viện quân y 103 từ tháng 03/2023 đến 04/2024. **Kết quả:** Hầu hết BN được BXM theo phương pháp không bóng (86,36%), sử dụng đường chọc Trocar hai bên (89,39%) và không có tai biến trong quá trình can thiệp (84,85%). Sau can thiệp điểm VAS có xu hướng giảm dần theo thời gian, điểm VAS trung bình trước can thiệp là 7,12; sau can thiệp 1 ngày giảm xuống 2,58; sau 01 tháng và 3 tháng là 1,81 và 1,86 điểm. Sau can thiệp 1 ngày, góc xẹp thân đốt cải thiện từ $13,58 \pm 5,23$ xuống $11,24 \pm 4,75$ độ, chiều cao tường trước và tường giữa cải thiện từ $17,93 \pm 4,56$ và $16,89 \pm 4,12$ lên lần lượt là $19,12 \pm 4,27$ và $17,52 \pm 3,91$ mm. Chất lượng cuộc sống của BN sau điều trị tăng dần theo thời gian tại các thời điểm sau bơm xi măng 1 tháng và 3 tháng với đa số BN có chất lượng cuộc sống khá (52,94%) và tốt (41,18%) tại thời điểm sau can thiệp 3 tháng. **Kết luận:** Hầu hết BN được BXM theo phương pháp không bóng (86,36%), sử dụng đường chọc Trocar hai bên (89,39%) và không có tai biến trong quá trình can thiệp (84,85%). Sau can thiệp điểm VAS có xu hướng giảm dần và chất lượng cuộc sống của BN tăng dần theo thời gian. Sau can thiệp 1 ngày, góc xẹp thân đốt, chiều cao tường trước và tường giữa cải thiện đáng kể. **Từ khóa:** Xẹp đốt sống, Loãng xương, Bơm xi măng.

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY EFFICACY OF TREATMENT OF LUMBAR VERTEBRAE COMPRESSION FRACTURE DUE TO OSTEOPOROSIS USING VERTEBROPLASTY AT MILITARY HOSPITAL 103

Object: To evaluate early efficacy of treatment of lumbar compression fracture due to osteoporosis using percutaneous vertebroplasty at military hospital 103. **Subjects and research methods:** Cross-

sectional, prospective descriptive study on 51 patients with lumbar vertebrae compression fracture due to osteoporosis treated with percutaneous vertebroplasty at 103 military hospital from March 2023 to April 2024. **Results:** Most patients were treated using vertebroplasty method (86.36%), using bilateral Trocar punctures (89.39%) and had no complications during the intervention (84.85%). After intervention, VAS scores tended to decrease over time, the average VAS score before intervention was 7.12, after 1 day of intervention, it decreased to 2.58, after 1 month and 3 months, it is 1.81 and 1.86 points. After 1 day of intervention, the angle of vertebral body collapse improved from 13.58 ± 5.23 to 11.24 ± 4.75 degrees, the height of the anterior wall and middle wall improved from 17.93 ± 4.56 and 16.89 ± 4.12 to 19.12 ± 4.27 and 17.52 ± 3.91 mm. The quality of life of patients after treatment gradually increased over time at 1 month and 3 months after cement injection, with the majority of patients having good (52.94%) and excellent (41.18%) at 3 months after intervention. **Conclusion:** Most patients were treated using vertebroplasty method (86.36%), using bilateral Trocar punctures (89.39%) and had no complications during the intervention (84.85%). After intervention, VAS scores tend to decrease and the patient's quality of life gradually increases over time. After 1 day of intervention, the angle of vertebral body collapse, the height of the anterior wall and the middle wall improved significantly. **Keywords:** Vertebral compression fracture, Osteoporosis, Vertebroplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

XĐS là một trong những biến chứng của LX, tỉ lệ thuận với LX và có xu hướng ngày càng gia tăng do dân số già hóa, trở thành gánh nặng cho y tế. XĐS gây đau lưng dai dẳng, hạn chế vận động ở các mức độ khác nhau. Mặc dù XĐS do LX không gây tử vong nhưng thường gây nên những thương tật nặng nề và ảnh hưởng trầm trọng đến chất lượng cuộc sống cũng như kinh tế của người bệnh.

BXM sinh học qua da là phương pháp can thiệp ít xâm lấn, mang lại hiệu quả giảm đau nhanh, giúp BN vận động sớm, không sử dụng dụng cụ cố định và không gây mê trong quá trình can thiệp nên khắc phục được các nhược điểm so với mổ mở. Tuy nhiên trong quá trình can thiệp có thể gặp phải một số tai biến, biến chứng cũng như hạn chế phục hồi cấu trúc giải phẫu đốt sống và cần phải theo dõi, đánh giá hiệu quả lâu dài. Tại Khoa Xquang can thiệp,

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Việt

Email: viet.vmmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 19.9.2024