

Ngân H. K.; Quang P. M. N.; Tuyết D. T.; Hoài M. T.; Loan P. T. C.; Thuận L. T.; Ảnh B. T. Biểu hiện lâm sàng tại ruột và ngoài ruột của bệnh nhân viêm ruột mạn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy* 2023. <https://doi.org/10.52389/ydls.v18i3.1816>.

5. Carter, M. J.; Lobo, A. J.; Travis, S. P. L.; IBD Section, British Society of Gastroenterology.

Guidelines for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Adults. *Gut* 2004, 53 Suppl 5 (Suppl 5), V1-16. <https://doi.org/10.1136/gut.2004.043372>.

6. Freeman, H. J. Application of the Montreal Classification for Crohn's Disease to a Single Clinician Database of 1015 Patients. *Can J Gastroenterol* 2007, 21 (6), 363-366.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP KỸ THUẬT VẬN ĐỘNG TINH VÀ VẬN ĐỘNG CƯƠNG BỨC (P-CIMT) CHO TRẺ BẠI NÃO THỂ CO CỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÀ NỘI

Dương Kiều Trang<sup>1</sup>, Phan Thị Kiều Loan<sup>1,2</sup>,  
Trịnh Bảo Trâm<sup>1</sup>, Phạm Văn Minh<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả can thiệp kỹ năng vận động tinh bàn tay và vận động cương bức (P-CIMT) cho trẻ bại não thể co cứng tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị, không có nhóm chứng trên 30 trẻ bại não thể co cứng được can thiệp các kỹ năng vận động tinh và kỹ thuật vận động cương bức bên liệt (P-CIMT). **Kết quả:** Nghiệm pháp hộp và khối (BBT) tăng trung bình 1,03 khối sau 4 tuần và tăng trung bình 3,8 khối sau 8 tuần. Điểm nhật ký hoạt động vận động nhi khoa (PMAL) về mức độ thường xuyên sử dụng tay bên liệt và mức độ hoàn thành tốt sau 4 tuần đều tăng 0,14 điểm, sau 8 tuần tăng lần lượt là 0,44 và 0,51. Kết quả đạt mục tiêu (GAS) sau 4 tuần mức (0,1,2) là 13,3% và sau 8 tuần là 56,6%. Sự khác biệt các kết quả trên có ý nghĩa thống kê  $p < 0,01$ . **Kết luận:** 2 phương pháp can thiệp các kỹ năng vận động tinh và kỹ thuật vận động cương bức (P-CIMT) giúp trẻ bại não thể co cứng cải thiện tốt chức năng bàn tay.

**Từ khóa:** Bại não thể co cứng, vận động tinh bàn tay, vận động cương bức bên liệt, P-CIMT

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF THE RESULTS OF FINE MOTOR INTERVENTION AND CONSTRAINT – INDUCED MOVEMENT THERAPY (P-CIMT) FOR CHILDREN WITH SPASTIC CEREBRAL PALSY AT HANOI REHABILITATION HOSPITAL

**Objective:** Evaluation of the results of intervention on fine motor skills and constraint – induced movement therapy (P-CIMT) for children with

spastic cerebral palsy at Hanoi Rehabilitation Hospital. **Subjects and methods:** Prospective, clinical trial, comparison before and after treatment, no control group on 30 children with spastic cerebral palsy who were treated with fine motor skills and constraint – induced movement therapy (P-CIMT). **Results:** The box and block test (BBT) increased by an average of 1.03 blocks after 4 weeks and by an average of 3.8 blocks after 8 weeks. Pediatric Motor Activity Log (PMAL) "How often scale" and the "How well scale" after 4 weeks both increased by 0.14 points, after 8 weeks increased by 0.44 and 0.51 points, respectively. The goal achievement (GAS) results after 4 weeks at level (0,1,2) were 13.3% and after 8 weeks was 56.6%. The difference in the above results was statistically significant  $p < 0.01$ . **Conclusion:** The two methods of intervention for fine motor skills and constraint – induced movement therapy (P-CIMT) helped children with spastic cerebral palsy to improve hand function well.

**Keywords:** Spastic cerebral palsy, fine motor skills, constraint – induced movement therapy, P-CIMT

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não là khuyết tật vận động phổ biến nhất trong thời thơ ấu, không chỉ tỷ lệ khuyết tật ở trẻ em đang gia tăng và bại não là một trong những bệnh mạn tính tổn kém nhất, mà tuổi thọ cũng đang được cải thiện, điều này làm tăng gánh nặng của bại não<sup>1</sup>. Các nghiên cứu dựa trên dân số từ khắp nơi trên thế giới báo cáo ước tính tỷ lệ bại não khoảng 2 - 2,5/1.000 trẻ sơ sinh sống<sup>2</sup>. Bại não có xu hướng tăng dần do ngày càng nhiều trẻ sinh non, thấp cân và ngạt nặng lúc sinh được cứu sống. Theo Rosenbaum và cộng sự, 2007, bại não là một thuật ngữ chung mô tả "một nhóm các rối loạn vĩnh viễn về phát triển vận động và tư thế gây ra các giới hạn về hoạt động do những rối loạn không tiến triển xảy ra trong não bào thai hoặc ở não trẻ nhỏ đang phát triển. Các rối loạn vận động của bại não

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Minh

Email: pvminhrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 9.10.2024

thường kèm theo những rối loạn về cảm giác, nhận cảm nhận thức giao tiếp và hành vi, động kinh và các vấn đề cơ xương thứ phát<sup>3</sup>.

Trẻ bại não có nhu cầu phục hồi chức năng trên nhiều lĩnh vực, đặc biệt suy giảm chức năng chi trên là một trong những vấn đề phổ biến nhất ở trẻ em bị bại não một bên, ảnh hưởng tiêu cực đến sự phát triển vận động của trẻ và cản trở tham gia vào học tập và thực hiện các sinh hoạt hàng ngày. Hoạt động trị liệu có vai trò quan trọng việc thúc đẩy sức khỏe và sự thoải mái thông qua hoạt động. Kỹ thuật vận động cưỡng bức bên liệt (P-CIMT) là một chiến lược tăng cường sử dụng chức năng của chi trên bị yếu hơn giúp trẻ dần độc lập hoặc giảm dần sự trợ giúp trong sinh hoạt hàng ngày. Tại Việt Nam có rất ít nghiên cứu về hiệu quả can thiệp vận động cưỡng bức bên liệt trên trẻ bại não (P-CIMT) và chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả giữa can thiệp kỹ năng vận động tinh cơ bản và kỹ thuật Vận động cưỡng bức (P-CIMT). Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *"Đánh giá kết quả can thiệp kỹ thuật vận động tinh và vận động cưỡng bức (P-CIMT) cho trẻ bại não thể co cứng tại Bệnh viện Phục hồi Chức năng Hà Nội"*.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các trẻ bại não thể co cứng được điều trị tại Khoa Nhi - Bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội trong thời gian từ tháng 9/2023 đến tháng 7/2024.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Trẻ được chẩn đoán là bại não thể co cứng liệt nửa người hoặc liệt hai bên có một bên yếu hơn
- Trẻ bại não được xác định mức MACS, Mini MACS mức II, III, IV
- Trẻ bại não được xác định mức GMFCS mức độ I, II, III, IV
- Trẻ bại não được xác định Ashworth bậc 1, 1+, 2
- Hiểu được mệnh lệnh đơn giản
- Gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Trẻ chậm phát triển trí tuệ hoặc động kinh mức độ nặng
- Bệnh nhân có liệt vận động do các nguyên nhân khác như: Bệnh thần kinh cơ, bệnh thoái hóa thần kinh, bệnh do xương khớp, tủy sống...
- Bệnh nhân tự bỏ hoặc không có điều kiện tham gia đầy đủ hoặc không tuân thủ quy định điều trị trong quá trình nghiên cứu.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, so sánh trước can thiệp 4

tuần, 8 tuần sau can thiệp.

### **Phương pháp thực hiện:**

- Trong 4 tuần đầu tiên: Tiến hành huấn luyện các kỹ năng vận động tinh bàn tay 30 phút/ngày x 5 ngày/tuần và đánh giá sau 4 tuần can thiệp.

- Trong 4 tuần tiếp theo: Trẻ được hạn chế tay khỏe bằng tất hoặc băng chun, kỹ thuật viên thực hiện vận động cưỡng bức bên liệt theo chu trình MR3: Tổng thời gian phục hồi chức năng là 30 giờ, 30 phút/ngày x 5 ngày/tuần với kỹ thuật viên, và hướng dẫn phụ huynh tập luyện cho trẻ 1h/ngày x 7 ngày/ tuần. Phân tích và đánh giá sau 4 tuần can thiệp.

**Chọn mẫu và cỡ mẫu:** 30 trẻ bại não đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Các phương pháp đánh giá được sử dụng trong nghiên cứu:

- Đánh giá kết quả điểm số PMAL (Pediatric Motor Activity Log) ở trẻ bại não: điểm mức độ thường xuyên sử dụng tay bên liệt và mức độ hoàn thành tốt.

- Đánh giá kết quả BBT (Box and Block Test): trung bình số khối có thể di chuyển trong 1 phút.

- Đánh giá tỉ lệ đạt mục tiêu GAS (Goal Attainment Scale)

**Thu thập và xử lý số liệu:** Kết quả điều trị được ghi chép vào bệnh án nghiên cứu và các phiếu đánh giá ở thời điểm trước và sau điều trị. Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán sử dụng bao gồm: tính tỉ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn (SD), so sánh giá trị trung bình, T-test, Wilcoxon.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Phân loại chức năng vận động thô, vận động tinh.** 30 trẻ bại não thể co cứng, từ 14 đến 96 tháng tuổi, tuổi trung bình 43 tháng đã đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn để đưa vào nghiên cứu và được theo dõi phục hồi chức năng trong 8 tuần.

**Bảng 1. Phân bố trẻ bại não theo mức độ GMFCS**

Mức độ	I	II	III	IV	Tổng
Số lượng (n)	5	6	13	6	30
%	16,7	20,0	43,3	20,0	100

**Nhận xét:** Phân bố trẻ bại não theo GMFCS trẻ có mức độ III chiếm tỉ lệ cao nhất 43,3%, mức độ II chiếm 20%, mức độ IV chiếm 20% và thấp nhất là mức độ I chiếm 16,7%.

**Bảng 2. Phân bố trẻ bại não theo MACS và Mini – MACS**

Mức độ	II	III	IV	Tổng
Số lượng (n)	5	16	9	30
%	16,7	53,3	30	100

**Bảng 3. Kết quả cải thiện nghiệm pháp hộp và khối sau 4 tuần và 8 tuần phục hồi chức năng**

Số khối gỗ TB (TB±ĐLC)	Trước PHCN (1)	Sau 4 tuần (2)	Sau 8 tuần (3)	Mức cải thiện sau PHCN			
				(2)-(1)	p	(3)-(1)	p
Trung bình số khối gỗ di chuyển được trong 1 phút (n=30)	4,1±2,99	5,13±3,56	7,9±4,64	1,03±0,85	<0,01	3,8±1,92	<0,01

**Nhận xét:** sau 4 tuần can thiệp các kỹ năng vận động tinh bàn tay, số khối di chuyển được trong 1 phút của trẻ tăng trung bình 1,03 khối và tăng lên trung bình 3,8 khối sau 4 tuần tiếp theo can thiệp kỹ thuật vận động cường bức (P-CIMT). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 4. Kết quả điểm PMAL sau 4 tuần và 8 tuần phục hồi chức năng**

Kỹ năng đánh giá (TB±ĐLC)	Trước PHCN (1)	Sau PHCN 4 tuần (2)	Sau PHCN 8 tuần (3)	Mức cải thiện sau PHCN			
				(2)-(1)	p	(3)-(1)	p
Mức độ thường xuyên (n=30)	1,81 ±0,61	1,95±0,66	2,25±0,74	0,14±0,12	<0,01	0,44±0,21	<0,01
Mức độ tốt (n=30)	1,93±0,69	2,07±0,71	2,43±0,75	0,14±0,14	<0,01	0,51±0,24	<0,01

**Nhận xét:** Sự cải thiện điểm PMAL về mức độ thường xuyên sử dụng tay bên liệt và mức độ hoàn thành tốt sau 4 tuần đều tăng 0,14 điểm, sau 8 tuần điểm số lần lượt là 0,44 và 0,51. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 5. Kết quả đạt mục tiêu GAS**

Điểm GAS	(-2)	(-1)	(0)	(1)	(2)	Tổng
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sau PHCN 4 tuần	12(40%)	14(46,7%)	4(13,3%)	0(0%)	0(0%)	30(100%)
Sau PHCN 8 tuần	0(0%)	13(43,3%)	13(43,3%)	4(13,3%)	0(0%)	30(100%)

**Nhận xét:** sau 4 tuần tỷ lệ đạt mục tiêu GAS mức (0,1,2) là 13,3% và sau 8 tuần tỷ lệ đạt mục tiêu GAS mức (0,1,2) là 56,6%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Phân loại chức năng vận động thô, vận động tinh.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có trẻ bại não GMFCS mức độ III chiếm tỉ lệ cao nhất 43,3%, mức độ II chiếm 20%, mức độ IV chiếm 20% và thấp nhất là mức độ I chiếm 16,7%. Nghiên cứu có kết quả tương tự với nghiên cứu của Hoàng Thị Liên<sup>4</sup> (2020), trẻ bại não GMFCS mức độ III chiếm cao nhất 36,7%, mức II chiếm 26,67%, mức I chiếm 23,33% và thấp nhất là mức IV chiếm 13,33%. Tuy nhiên nghiên cứu này có sự khác biệt với nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Thảo<sup>5</sup> (2023), trẻ bại não mức độ I chiếm tỉ lệ cao nhất 43,3%, tiếp theo mức độ II chiếm 23,3%, mức độ III là 20% và thấp nhất là mức độ IV 13,3%. Sự khác nhau tùy vào mục đích nghiên cứu, lựa chọn đối tượng nghiên cứu, cỡ mẫu mà phân bố trẻ bại não theo GMFCS có sự khác biệt giữa các nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này sử dụng thang phân loại khả năng sử dụng tay MACS (cho trẻ >4 tuổi) hoặc Mini – MACS (cho trẻ <4 tuổi). Tỉ lệ trẻ ở mức độ III chiếm tỉ lệ cao nhất 53,3%,

**Nhận xét:** Phân bố trẻ bại não theo MACS và Mini – MACS: trẻ ở mức độ III chiếm tỉ lệ cao nhất 53,3%, mức độ IV chiếm 30% và thấp nhất là mức độ II với 16,7%.

#### 3.2. Kết quả cải thiện sau can thiệp

**4.2. Kết quả cải thiện sau can thiệp.** Kết quả nghiệm pháp hộp và khối trong nghiên cứu của chúng tôi sau 4 tuần số khối di chuyển được trong 1 phút của trẻ tăng trung bình 1,03 khối và sau 8 tuần tăng lên trung bình 3,8 khối. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Thảo<sup>5</sup> với 2,4 khối sau 4 tuần can thiệp. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi lớn hơn so với nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Thảo. Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn kết quả của Sung I-Y<sup>6</sup> với trung bình 2,33 khối sau 6 tuần can thiệp. Sự khác biệt này có thể do độ tuổi trung bình của trẻ bại não trong nghiên cứu của chúng tôi là 43 tháng lớn hơn độ tuổi trung bình của trẻ bại não trong nghiên cứu của Sung I-Y là 33,2 tháng.

Sự cải thiện điểm PMAL về mức độ thường xuyên sử dụng tay bên liệt và mức độ hoàn thành tốt sau 4 tuần đều tăng 0,14 điểm, sau 8 tuần điểm số cải thiện lần lượt là 0,44 và 0,51. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Edward Taub<sup>7</sup> sau 21 ngày can thiệp, 6 giờ/ngày, sự cải thiện điểm PMAL về mức độ thường xuyên sử dụng tay bên liệt và mức độ hoàn thành tốt tăng

lần lượt là 2 điểm và 1,8 điểm. Sự khác nhau có thể do nghiên cứu của Edward Taub ngoài trẻ bại não thể co cứng còn có trẻ bại não thể múa vờn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của của Đỗ Thị Phương Thảo<sup>5</sup>, sau 4 tuần can thiệp điểm số mức độ thường xuyên sử dụng tay bên liệt và mức độ hoàn thành tốt lần lượt là 0,69 và 0,60. Sự khác biệt có thể do sự khác nhau về việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi chọn trẻ bại não có mức độ nặng về khả năng hoạt động bằng tay theo MACS và Mini-MACS là mức III, IV chiếm tỉ lệ cao nhất, trong khi nghiên cứu của Đỗ Thị Phương Thảo mức độ II, III chiếm tỉ lệ chủ yếu.

Sau 4 tuần can thiệp kỹ năng vận động tinh kết quả đạt mục tiêu GAS mức (0,1,2) là 13,3%, sự cải thiện chức năng chi trên rõ rệt sau nối tiếp 4 tuần can thiệp kỹ thuật vận động cưỡng bức (P-CIMT) bên liệt đạt mục tiêu GAS mức (0, 1, 2) là 56,6%. Kết quả đạt mục tiêu GAS của chúng tôi thấp hơn kết quả của Sorsdahl AB<sup>8</sup> với tỷ lệ đạt mục tiêu về hoạt động trị liệu là 71%. Sự khác nhau có thể là do nghiên cứu của Sorsdahl AB<sup>7</sup> ngoài trẻ bại não thể co cứng còn có trẻ bại não thể múa vờn.

## V. KẾT LUẬN

Sau 4 tuần can thiệp kỹ năng vận động tinh bàn tay và nối tiếp 4 tuần can thiệp kỹ thuật vận động cưỡng bức (P-CIMT) bên liệt, khả năng vận động cánh cẳng bàn tay và cầm nắm cải thiện rõ rệt, tăng mức độ thường xuyên sử dụng tay bên liệt và tăng mức độ hoàn thành tốt các nhiệm vụ

hàng ngày thông qua tỷ lệ đạt mục tiêu GAS và sự cải thiện điểm của các thang đo PMAL, BBT.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gladstone M.** A review of the incidence and prevalence, types and aetiology of childhood cerebral palsy in resource-poor settings. *Ann Trop Paediatr.* 2010;30(3):181-196.
2. **Odding E, Roebroek ME, Stam HJ.** The epidemiology of cerebral palsy: Incidence, impairments and risk factors. *Disabil Rehabil.* 2006; 28(4):183-191.
3. **A report: the definition and classification of cerebral palsy** April 2006. *Dev Med Child Neurol.* 2007;49:8-14.
4. **Hoàng Thị Liên.** Đánh giá hiệu quả chương trình P – CIMT cho trẻ bại não thể co cứng tại bệnh viện Phục hồi chức năng Hà Nội. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
5. **Đỗ Thị Phương Thảo.** Đánh giá kết quả can thiệp vận động cưỡng bức bên liệt và trị liệu phối hợp hai tay trên trẻ bại não thể co cứng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023. Số 1/2023
6. **Sung, I.-Y.; Ryu, J.-S.; Pyun, S.-B.; Yoo, S.-D.; Song, W.-H.; Park, M.-J.** Efficacy of Forced-Use Therapy in Hemiplegic Cerebral Palsy. *Arch Phys Med Rehabil* 2005, 86 (11), 2195 -2198.
7. **Taub, E.; Ramey, S. L.; Deluca, S.; Echols, K.** Efficacy of Constraint-Induced Movement Therapy for Children with Cerebral Palsy with Asymmetric Motor Impairment. *Pediatrics* 2004, 113 (2), 305-312.
8. **Sorsdahl, A. B., Moe-Nilssen, R., Kaale, H. K., Rieber, J., & Strand, L. I.** (2010), Change in basic motor abilities, quality of movement and everyday activities following intensive, goaldirected, activity-focused physiotherapy in a group setting for children with cerebral palsy. *BMC Pediatrics*, 10, 26

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC – THẮT LƯNG CÓ LOÃNG XƯƠNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG Ở BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Vũ Văn Cường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương cột sống ngực - thắt lưng có loãng xương được điều trị phẫu thuật cố định cột sống ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu với 68 bệnh nhân chấn thương cột sống ngực-thắt lưng có loãng xương được phẫu thuật cố định cột sống ở khoa

Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2021 – tháng 1/2024. Kết quả: có 68 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ nữ/nam là 2,4/1, tuổi trung bình là 65,2 ± 7,2. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn sinh hoạt chiếm 58,8%, thời gian chấn thương thường trên 3 tháng chiếm 55,9%, có 42 bệnh nhân được khám sau chấn thương và 21 bệnh nhân được tư vấn phẫu thuật ngay chiếm 50%, 20 bệnh nhân được bột corset chiếm 47,6%. Có 39 bệnh nhân phát hiện tình trạng loãng xương trước chấn thương và chỉ có 24 bệnh nhân điều trị loãng xương chiếm 61,5%, có 19 bệnh nhân sử dụng corticoid chiếm 27,9%. Trong số 68 bệnh nhân nghiên cứu, tất cả 100% bệnh nhân đau cột sống ngực – thắt lưng, có 33 bệnh nhân tổn thương thần kinh chiếm 48,5% chủ yếu mức độ nhẹ và trung bình,

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 11.10.2024