

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 Thảo⁵, 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 AB⁸ với tỷ lệ đạt mục tiêu về hoạt động trị liệu là 71%. Sự khác nhau có thể là do nghiên cứu của Sorsdahl AB⁷ 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 Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

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,

¹Bệnh 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

có 7 bệnh nhân bí tiểu chiếm 14,7%, 60 bệnh nhân dùng thuốc giảm đau không đáp ứng chiếm 88,2%. Điểm VAS của bệnh nhân trước mổ trung bình là $7,8 \pm 1,3$. Điểm ODI của bệnh nhân trung bình là $70,4 \pm 6,2\%$. 21 bệnh nhân được chấm điểm TLIC với điểm trung bình là $6,2 \pm 1,2$. Điểm Tscore của bệnh nhân trung bình là $-3,6 \pm 0,8$. Trên Xquang: góc xẹp thân đốt sống trung bình là $26,9^\circ \pm 4,2^\circ$, góc gù vùng là $27,8^\circ \pm 3,3^\circ$. Trên CLVT: có 44 đốt sống tổn thương tương sau chiếm 50,6% và có 29 đốt sống hẹp ống sống trên 30% chiếm 65,9%. Trên MRI: có 23 bệnh nhân đứt hoàn toàn phức hợp dây chằng phía sau PLC. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng có loãng xương là đau cột sống, có thể có biểu hiện tổn thương thần kinh chủ yếu ở mức độ trung bình. Trên Xquang các bệnh nhân có biểu hiện gù cột sống với góc gù vùng và góc xẹp thân đốt sống tăng. Trên MRI có thể thấy biểu hiện tổn thương phần mềm nhất là phức hợp dây chằng phía sau PLC.

Từ khóa: Chấn thương cột sống ngực – thắt lưng, loãng xương

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND IMAGING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH THORACOLUMBAR SPINAL INJURIES TREATED WITH FIXATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with thoracolumbar spinal injuries who underwent surgical spinal fixation at Viet Duc University Hospital. **Methods:** This retrospective descriptive study included 68 patients with thoracolumbar spinal injuries who underwent spinal fixation surgery in the Spine Surgery Department of Viet Duc Hospital from January 2021 to January 2024. **Results:** Among the 68 patients in our study, the female-to-male ratio was 2.4:1, and the average age was 65.2 ± 7.2 years. The main cause of injury was domestic accidents, accounting for 44.1%, and the time of injury was often over 3 months, accounting for 55.9%. There were 42 patients who were examined after the injury, and 21 patients were advised for immediate surgery, making up 50%. Twenty patients used a corset, accounting for 47.6%. Osteoporosis was detected in 39 patients before the injury, but only 24 patients received treatment for osteoporosis, accounting for 61.5%. Nineteen patients used corticosteroids, accounting for 14.7%. Among the 68 study patients, all (100%) experienced thoracolumbar spinal pain, and 33 patients had neurological injuries, accounting for 48.5%, mainly at mild and moderate levels. Seven patients had urinary retention, accounting for 14.7%, and 60 patients used analgesics without relief, accounting for 88.2%. The average preoperative VAS score was 7.8 ± 1.3 . The average ODI score was $70.4 \pm 6.2\%$. Twenty-one patients were assessed with the TLIC score, with an average score of 6.2 ± 1.2 . The average T-score of the patients was -3.6 ± 0.8 . On X-rays, the average vertebral body compression angle was $26.9^\circ \pm 4.2^\circ$, and the regional kyphosis angle was $27.8^\circ \pm 3.3^\circ$. On CT scans, 44 vertebrae had posterior wall damage, accounting for 50.6%, and 29

vertebrae had spinal canal stenosis over 30%, accounting for 65.9%. On MRI, 23 patients had a complete rupture of the posterior ligamentous complex (PLC). **Conclusion:** The prominent clinical symptom of patients with thoracolumbar spinal injuries is spinal pain, which may be accompanied by neurological damage, mainly at a moderate level. On X-rays, patients showed spinal kyphosis with increased regional kyphosis and vertebral body compression angles. MRI can show soft tissue damage, particularly in the posterior ligamentous complex (PLC).

Keywords: Thoracolumbar spinal injury, osteoporosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay cùng với sự gia tăng tuổi thọ của con người là các gánh nặng bệnh tật do thời gian mang lại như: tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường và loãng xương. Bệnh loãng xương là một bệnh diễn biến âm thầm nhưng ngày càng lan rộng và trở thành gánh nặng với kinh tế và y tế cộng đồng. Loãng xương làm cho khung xương và cột sống ngày càng dễ bị ăn mòn dẫn đến dễ gãy ngay cả khi chấn thương rất nhẹ hoặc thậm chí không chấn thương. Chấn thương cột sống ở bệnh nhân loãng xương có thể gây mất cân bằng về cơ sinh học với các biến dạng gù vẹo cột sống, gây tổn thương thần kinh do hẹp ống sống dẫn đến chèn ép rễ thần kinh và tuỷ sống, làm tăng nguy cơ tử vong cho bệnh nhân. Nguy cơ tử vong đối với bệnh nhân nữ xẹp thân đốt sống sau chấn thương có thể tăng lên 8,51 lần.

Cận lâm sàng đánh giá đối với bệnh nhân chấn thương cột sống ngực – thắt lưng chủ yếu là: Xquang, CLVT và MRI.

Trên Xquang chủ yếu phát hiện đốt tổn thương, góc xẹp thân đốt sống và góc gù vùng.

Trên CLVT đánh giá các tổn thương xương và tình trạng hẹp ống sống do mảnh xương chèn ép vào ống sống.

Trên MRI đánh giá tốt các tổn thương phần mềm, đặc biệt là tổn thương phức hợp dây chằng phía sau PLC chính là một trong các nguyên nhân gây gù cột sống và mất vững cột sống. Ngoài ra MRI có thể đánh giá tổn thương tuỷ sống của bệnh nhân qua hình ảnh phù tuỷ xương trên xung T2 hoặc STIR.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân t được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 6/2021 tới hết tháng 6/2022.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân chẩn đoán trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng, được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật cột

sống bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2021 tới tháng 6/2022, có hồ sơ đầy đủ, thông tin rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác hoặc bị mất liên lạc, không theo dõi được sau điều trị, hồ sơ không đầy đủ, thất lạc.

Các tham số nghiên cứu: Các thông tin chung thu thập như tuổi, giới. Về lâm sàng triệu chứng đau lưng, đau chân theo thang điểm VAS, dấu hiệu cách hồi thần kinh. Triệu chứng thực thể gồm dấu hiệu bậc thang, rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, teo cơ, ODI... Trên xquang đánh giá mức độ trượt, nguyên nhân, vị trí. Trên cộng hưởng từ đánh giá mức độ thoái hóa đĩa, mức độ chèn ép thần kinh, và hẹp lỗ liên hợp

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi và giới

- **Tuổi:** Tuổi trung bình : 65,2 ± 7,2

- **Giới:** Tỷ lệ nữ/nam: 2,4/1

3.2. Đặc điểm chấn thương cột sống ngực-thắt lưng

Bảng 1. Đặc điểm chấn thương cột sống ngực-thắt lưng

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn lao động	6	8,8
	Tai nạn sinh hoạt	40	58,8
	Tai nạn giao thông	22	32,4
Thời gian chấn thương trước phẫu thuật	Dưới 3 tháng	30	44,1
	Từ 3 tháng trở lên	38	55,9
Khám và điều trị sau chấn thương	Khám và điều trị sau chấn thương (n=68)	42	61,8
	Được tư vấn và phẫu thuật ngay sau chấn thương (n=42)	21	50
	Bó bột Corset cột sống (n=42)	20	47,6
	Đeo đai cố định cột sống (n=42)	1	2,4

Nhận xét: Trong số 68 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, có 40 bệnh nhân chấn thương do tai nạn sinh hoạt chiếm tỉ lệ cao nhất (58,8%). Hầu hết các bệnh nhân có thời gian sau chấn thương đến khi được phẫu thuật trên 3 tháng chiếm 38/68 bệnh nhân (55,9%). Có 42/68 bệnh nhân đi khám và điều trị sau chấn thương chiếm tỉ lệ 61,8%.

3.3. Tiền sử bệnh nhân

Bảng 2. Tiền sử bệnh của bệnh nhân

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Tình trạng loãng xương trước chấn thương (n=68)	Có	39	57,4
	Không	29	42,6
Điều trị loãng xương trước đó (n=39)	Thường xuyên	24	61,5
	Không thường xuyên	9	23,1
	Không điều trị	6	15,4
Tiền sử dùng thuốc (n=68)	Corticosteroid	19	27,9
Tiền sử bệnh khác (n=68)	Có	21	30,9
	Không	47	69,1
Tiền sử gãy xương (n=68)	Gãy xương đốt sống (n=34)	12	17,6
	Gãy xương khác (n=34)	5	7,4

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh mới phát hiện loãng xương tại thời điểm chấn thương cột sống rất cao (42,4%).

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có 21 bệnh nhân có các bệnh lí khác kèm theo chiếm 30,9%, chủ yếu là các bệnh lí thường gặp của người cao tuổi (đái tháo đường typ II, tăng huyết áp), đặc biệt có 1 bệnh nhân bị cường cận giáp.

Trong 68 bệnh nhân của nghiên cứu có 19 bệnh nhân có tiền sử dùng corticoid chiếm 27,9%, 12 bệnh nhân có tiền sử lún xẹp đốt sống do loãng xương chiếm 17,6%, 5 bệnh nhân gãy đầu dưới xương quay chiếm 7,4%.

3.4. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng		Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Đau cột sống ngực – thắt lưng		68	100
Tổn thương TK	Frankel A	0	0
	Frankel B	2	2,9
	Frankel C	11	16,2
	Frankel D	20	29,4
	Frankel E	35	51,5
Rối loạn cơ tròn	Bí tiểu	7	14,7
	Tiểu không tự chủ	0	0
Đáp ứng dùng giảm đau	Có đỡ	8	11,8
	Không đỡ	60	88,2

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân có biểu hiện đau cột sống ngực-thắt lưng. Các bệnh nhân có biểu hiện tổn thương thần kinh chủ yếu ở mức độ trung bình và nhẹ.

3.5. Tình trạng đau của bệnh nhân tính theo thang điểm VAS

Bảng 4. Phân bố mức độ đau của bệnh

nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Mức độ đau VAS	Không đau (0 điểm)	0	0
	Đau nhẹ (1 - 2 điểm)	0	0
	Đau vừa (3 - 4 điểm)	0	0
	Đau nặng (5 - 6 điểm)	8	11,8
	Đau dữ dội (7 - 8 điểm)	42	61,8
	Đau khủng khiếp (9 - 10 điểm)	18	26,4
Tổng		68	100
Mean ± SD		7,8 ± 1,3	
Min - Max		6-10	

Nhận xét: Điểm VAS trung bình trước mổ của bệnh nhân là 7,8 ± 1,3 điểm trong khoảng từ 6-10 điểm. Đa số các bệnh nhân có điểm VAS từ 7-8 điểm (42/68 bệnh nhân).

3.6. ODI bệnh nhân trước mổ**Bảng 5. Phân bố ODI của bệnh nhân trước mổ**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Phân độ ODI	Mất chức năng ít (0-20%)	0	0
	Mất chức năng vừa (21-40%)	0	0
	Mất chức năng nhiều (41-60%)	15	22,0
	Mất chức năng rất nhiều (61-80%)	48	70,6
	Mất hoàn toàn chức năng (>80%)	5	7,4
Tổng		34	100
Mean ± SD		70,4±6,2%	
Min - Max		54-82	

Nhận xét: Chỉ số giảm chức năng cột sống trước khi phẫu thuật của bệnh nhân trung bình là 70,4 ± 6,2%. Trong đó bệnh nhân có điểm ODI nhỏ nhất là 54% và cao nhất là 82%. Chủ yếu các bệnh nhân bị mất chức năng cột sống ở mức độ rất nhiều chiếm 70,6%.

3.7. Thang điểm TLIC (Thoracolumbar injury classification and severity score).

Trong số 21 bệnh nhân được tính điểm TLIC với giá trị trung bình 6,2 ± 1,2

3.8. Mức độ loãng xương của bệnh nhân**Bảng 6. Điểm T-score của đối tượng nghiên cứu**

Điểm T - score	
Mean ± SD	-3,6 ± 0,8
Min - Max	(-4,8) - (-2,7)

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu được đo mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi và cột sống thắt lưng với điểm T-score Total trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là -3,6 ± 0,8, trong khoảng từ -4,8 đến -2,7.

3.9. Tình trạng gù cột sống trước mổ**Bảng 7. Bảng đặc điểm của đốt tổn thương trên Xquang**

	Mean±SD	Min-max
Góc xẹp thân đốt sống	26,9°±4,2°	18,1°-34,8°
Góc gù vùng	27,8°±3,3°	19,2°-36,7°

Nhận xét: Trung bình góc xẹp thân đốt sống là 26,9° ± 4,2°, góc gù vùng trước mổ là 27,8° ± 3,3°.

3.10. Đặc điểm tổn thương trên CLVT trước phẫu thuật**Bảng 8. Bảng đặc điểm của đốt tổn thương trên CLVT**

Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ%
Tổn thương tường sau và có mảnh xương chèn ống sống	44	50,6
Hẹp ống sống trên 30% đường kính	29	65,9

Nhận xét: Trên CLVT: có 44 đốt sống tổn thương tường sau chiếm 50,6% và có 29 đốt sống hẹp ống sống trên 30% chiếm 65,9%

3.11. Đặc điểm tổn thương trên CHT trước phẫu thuật**Bảng 3.11. Bảng đặc điểm tổn thương trên CHT của các bệnh nhân**

Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tổn thương phức hợp dây chằng phía sau	Đứt hoàn toàn	23	33,8
	Phù nề	12	17,7
Phù tủy	Còn nguyên	33	48,5
	Phù tủy	33	48,5
Hẹp ống sống	29	42,6	

Nhận xét: Trong số 68 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 23 bệnh nhân đứt hoàn toàn phức hợp dây chằng PLC chiếm 33,8%. Trong số các bệnh nhân có tổn thương dây chằng phía sau có tới 4 trường hợp không được chụp CHT ở tuyến dưới và bỏ sót tổn thương. Có 33 trường hợp bệnh nhân phù tủy phát hiện trên CHT chiếm 48,5% và 29 trường hợp có hẹp ống sống trên CHT chiếm 42,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 68 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 65,2 ± 7,2 tuổi. Theo Keiya Yamana¹ và cộng sự nghiên cứu 34 bệnh nhân LX bị vỡ lún đốt sống do chấn thương cột sống độ tuổi trung bình là 77 (khoảng từ 67 - 89). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp bệnh nhân nữ 45 tuổi có tiền sử cường cận giáp cách 3 năm điều trị không thường xuyên, chỉ số T-score là -3,8. Như vậy chúng ta phải cảnh giác với các trường hợp bệnh nhân trẻ tuổi hoặc tuổi không quá cao có tiền sử gãy xương nhiều vị trí, đặc biệt là cổ xương đùi, đầu dưới xương quay và đốt sống. Các trường hợp này cần phát hiện LX thứ phát và điều trị theo nguyên nhân gây bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ

nữ/nam là 2,4/1.0. Theo Nguyễn Thái Hoà² và cộng sự nghiên cứu trên 94 bệnh nhân gãy xương đốt sống có LX đa số là nữ giới với tỉ lệ chiếm 77,6%, nguy cơ gãy xương do LX ở nữ cũng cao gấp 2,74 lần nam giới và có mối tương quan giữa tần suất gãy xương đốt sống với giới (OR = 2,74; 1,03-7,34 ; p< 0,05). Trên thế giới, cứ 3 phụ nữ thì có 1 người có nguy cơ gãy xương do LX, cứ 5 đàn ông thì có 1 người có nguy cơ gãy xương do LX³. Nguyên nhân LX ở nữ giới chủ yếu là do thiếu hụt estrogen, ngoài ra có sự giảm tiết PTH, tăng thải Canxi qua nước tiểu. LX thường gặp ở phụ nữ 50-60 tuổi đã mãn kinh hoặc cắt bỏ buồng trứng khoảng 5-15 năm. Ở nam giới thường do LX ở người cao tuổi và có nguy cơ chấn thương cột sống kèm theo.

Trong số các bệnh nhân nghiên cứu có 19 bệnh nhân dùng corticoid kéo dài để điều trị đau cột sống thắt lưng mãn tính chiếm 27,9%. Theo Nguyễn Thái Hoà¹ và cộng sự, có mối tương quan giữa tình trạng gãy xương đốt sống với tiền sử sử dụng corticoid, tỉ lệ gãy xương đốt sống ở các bệnh nhân dùng corticoid cao gấp 8,05 lần (OR = 8,05; 3,05-21,2; p<0,05). Theo Van Staa⁴ đã báo cáo có mối tương quan chặt chẽ giữa việc sử dụng corticoid, giảm mật độ xương và nguy cơ gãy đốt sống. Một nghiên cứu của LeBlanc đối với các bệnh nhân phải điều trị corticoid thường xuyên cũng đã chỉ ra tỷ lệ vỡ đốt sống do LX ở bệnh nhân sau khi bắt đầu dùng corticoid trong vòng 3 năm đầu là 4,4 trên 100 người. Nguy cơ cao nhất trong năm đầu tiên điều trị corticoid và vẫn tăng trong 3 năm đầu tiên bắt đầu điều trị⁵. Jame S.H đã chỉ ra rằng corticoid như một yếu tố nguy cơ gây LX và vỡ lún thân đốt sống mới. Cơ chế có thể do việc sử dụng corticoid gây hạn chế hình thành xương, giảm lắng đọng canxi bên trong thân đốt hoặc do sự giảm lượng tế bào tạo xương⁶.

Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, có 21 bệnh nhân chấn thương mới chúng tôi đánh giá thang điểm TLIC để quyết định phẫu thuật cho bệnh nhân. Điểm TLIC trung bình của bệnh nhân là 6,2 ± 1,2. Trong nghiên cứu của Dongwoo Yu⁷ và cộng sự trên 34 bệnh nhân nữ cao tuổi không có tổn thương thần kinh, có 11 bệnh nhân được mổ cố định cột sống, điểm TLIC trung bình của nhóm là 4,34 ± 0,48. Việc chỉ định điều trị phẫu thuật cố định cột sống cho bệnh nhân chấn thương cột sống ngực - thắt lưng có loãng xương hiện nay vẫn còn đang tranh cãi. Jin Peng Du⁸ và cộng sự đã chỉ ra rằng việc sử dụng thang điểm TLIC để chỉ định phẫu thuật cho các bệnh chấn thương cột sống ngực - thắt lưng là chưa hoàn toàn chính xác vì thang điểm này có

độ tin cậy cao khi dùng cho các bệnh nhân có cơ chế chấn thương năng lượng cao còn ở các bệnh nhân loãng xương thông thường chấn thương với năng lượng không cao. Do đó có một số phân loại đã được ra đời như phân loại chấn thương cột sống ngực thắt lưng có loãng xương của hiệp hội chấn thương chỉnh hình Đức (OF), tuy nhiên các phân loại này chưa được áp dụng rộng rãi cũng như chưa có nhiều nghiên cứu chứng minh về tính hiệu quả và độ tin cậy trên lâm sàng. Chính vì vậy nhiều tác giả vẫn ủng hộ và dùng thang điểm TLIC để chỉ định phẫu thuật cho các bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng có loãng xương.

Thông qua đo T-score của các bệnh nhân trước mổ, chúng tôi thu được điểm T-score trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là -3,6 ± 0,8. Theo Vikas Tandon và cộng sự, ở các bệnh nhân loãng xương được cố định cột sống bằng vít tăng cường xi măng sinh học có Tscore từ -3,2 đến -4,3⁹. Khi T-score < -2,5 kèm theo vỡ xương đốt sống được chẩn đoán là loãng xương nặng. Loãng xương nặng là yếu tố nguy cơ vỡ thân đốt sống sau chấn thương và xẹp thân đốt sống cao hơn, mức độ nặng hơn. Mật độ xương cũng là một trong các yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến lực giữ vít hay nói cách khác là ảnh hưởng đến sự vững chắc của vít. Weiser¹⁰ và cộng sự đã nghiên cứu và đưa ra mối liên quan mật thiết giữa mật độ xương và độ vững chắc của vít (r² = 0,839). Khi mật độ xương ≤ 90 – 100 mcg/cm³ dự báo trước khả năng lỏng vít và nhổ vít. Do đó ở các bệnh nhân có mật độ xương rất thấp cần lưu ý đến biến chứng này.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương cột sống ngực thắt lưng thường gặp ở người cao tuổi và gặp ở nữ nhiều hơn nam giới. Đối với các trường hợp trẻ tuổi thường do nguyên nhân thứ phát do đó cần tìm nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân. Triệu chứng nổi bật của chấn thương cột sống ngực thắt lưng có loãng xương là đau lưng và có tổn thương thần kinh các mức độ khác nhau. Cộng hưởng từ giúp đánh giá hiệu quả tổn thương dây chằng phía sau, tránh bỏ sót tổn thương có thể dẫn đến gù cột sống sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Keiya Yamana, et al, "Clinical application of a pedicle nail system with polymethylmethacrylate for osteoporotic vertebral fracture", Eur Spine J (2010), 19:1643-1650
2. Nguyễn Thái Hoà, khảo sát tỉ lệ gãy xương đốt sống và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân

- loãng xương cao tuổi. 2019, Tạp chí y dược học Cần Thơ - số 22-23-24-25/2019
3. **Pinar Kuru, et al** (2014), "Fracture history in osteoporosis: Risk factor and its effect on quality of life" <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318399/>
 4. **LeBlanc C.M, Ma J, Talijsaard M, Roth J, Scuccimart R, Miettunen P.** "Incident vertebral fractures and risk factors in the first three years following glucocorticoid initiation among pediatric patients with rheumatic disorders". J Bone Miner Res. 2015;30:1667-1675
 5. **James S.Harop, et al,** "Primary and secondary osteoporosis incidence of subsequent vertebral compression fractures after kyphoplasty". 2004, Spine J 29, 2120-2125

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH LƠ - XÊ - MI CẤP

Trần Thị Hà An¹, Nguyễn Thảo Vân², Vũ Thị Lan¹,
Phạm Liên Hương¹, Phạm Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trầm cảm xuất hiện khá phổ biến và thường gây ra hậu quả nghiêm trọng lên cả thể chất và tâm thần của người bệnh lơ - xê - mi cấp. Chất lượng cuộc sống của người bệnh và gánh nặng kinh tế liên quan với lơ-xê-mi cấp trở nên nặng nề hơn. Việc đánh giá thực trạng trầm cảm sẽ góp phần xây dựng bức tranh lâm sàng trầm cảm, từ đó có các chiến lược phòng và chữa bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống của nhóm người bệnh này. **Mục tiêu:** Đánh giá tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở người bệnh lơ - xê - mi cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 82 người bệnh lơ - xê - mi cấp tại Trung tâm huyết học và Truyền máu - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2021 đến tháng 8/2022, sử dụng thang đánh giá trầm cảm Beck để xác định trầm cảm. **Kết quả:** tỷ lệ trầm cảm là 50%, trong đó mức độ nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 23,2% 17,1% và 9,7%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng có bệnh cơ thể khác kèm theo, phương pháp điều trị hóa chất và điểm thang PS ≥ 2 với trầm cảm. **Kết luận:** Cần có biện pháp sàng lọc trầm cảm để can thiệp sớm và phù hợp cho người bệnh lơ - xê - mi cấp có nguy cơ kích động cao. **Từ khóa:** trầm cảm, lơ - xê - mi cấp, yếu tố liên quan.

SUMMARY

DEPRESSION IN PATIENTS WITH ACUTE LEUKEMIA

Background: Depression is common and often causes serious consequences on both the physical and mental health of patients with acute leukemia. The quality of life of patients and the economic burden associated with acute leukemia become more severe. Assessing the current state of depression will contribute to building a clinical picture of depression, thereby having strategies for prevention and treatment, improving the quality of life of these

patients. **Objectives:** To evaluate the rate and some factors related to depressive disorders in patients with acute leukemia. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 82 acute leukemia patients at the Center for Hematology and Blood Transfusion - Bach Mai Hospital from August 2021 to August 2022, using the Beck depression assessment scale to determine depression. **Results:** The rate of depression was 50%, of which mild, moderate and severe levels were 23.2% 17.1% and 9.7%, respectively. There was a statistically significant association between the presence of other comorbidities, chemotherapy treatment methods and PS score ≥ 2 with depression. **Conclusion:** Depression screening measures are needed for early and appropriate intervention for acute leukemia patients at high risk of agitation. **Keywords:** depression, acute leukemia, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơ-xê-mi cấp (AL) là bệnh lý đặc trưng bởi sự tăng sinh, tích lũy các tế bào non ác tính của hệ tạo máu trong tủy xương và máu ngoại vi. Những tế bào này sẽ dần dần lấn át, ức chế quá trình sinh sản và biệt hóa tế bào máu bình thường của tủy xương. Lơ-xê-mi cấp là nhóm bệnh thường gặp nhất trong các bệnh ác tính của cơ quan tạo máu, đứng thứ 13 trong số các bệnh ung thư trên toàn thế giới. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Bạch Quốc Khánh và cộng sự năm 2012, lơ-xê-mi cấp chiếm tỉ lệ 41,5% trong các bệnh máu. Bệnh gặp ở nhiều lứa tuổi và cả hai giới.

Trầm cảm là một căn bệnh thường gặp làm hạn chế nghiêm trọng chức năng tâm lý xã hội và suy giảm chất lượng cuộc sống. Năm 2008, WHO xếp hạng trầm cảm là nguyên nhân thứ ba gây ra gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới và dự đoán rằng căn bệnh này sẽ xếp hạng thứ nhất vào năm 2030. Chẩn đoán bệnh lý ác tính cùng phương pháp điều trị gây các tác dụng phụ là những yếu tố làm tăng nguy cơ trầm cảm ở người bệnh lơ-xê-mi cấp. Một số nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ trầm cảm cao, như Zhou và cộng

¹Bệnh Viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

Email: antranthiha@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2024

Ngày duyệt bài: 10.10.2024