

- Wound J. 2022;20(6):1874-1881. doi:10.1111/ijwj.14046
- Tạ Thị Hà Phương** (2017). Nhận Xét Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Kết Quả Phẫu Thuật u Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Y Hà Nội.
 - Phạm Văn Hoàn, Nguyễn Văn Hiếu, Nguyễn Xuân Hậu** (2021). Đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến giáp không đặt dẫn lưu tại Bệnh viện K. Tạp chí y học Việt Nam, 508(1), 186-189.
 - Kim SM, Chun KW, Chang HJ, et al.** Reducing neck incision length during thyroid surgery does not improve satisfaction in patients. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015;272(9):2433-2438. doi:10.1007/s00405-014-3150-z
 - Bùi Ngọc Huệ, Ngô Thị Bích Thanh, Đỗ Xuân Hải** (2022). Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tuyến giáp Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí y học Việt Nam, 520(2), 102-104.
 - Nguyễn Việt Thanh, Phạm Minh Bắc, Nguyễn Thủy Chung và cộng sự** (2020). Đánh giá kết quả áp dụng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh. Hội nghị khoa học điều dưỡng 2020, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, ngày 26/11/2020, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, 130-135.
 - Bùi Phi Lát, Nguyễn Thị Tuyền** (2020). Kết quả chăm sóc sau phẫu thuật cắt tuyến giáp và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2020. Tạp chí y học cộng đồng, 60(7), 168-173.

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM LANSS TRONG ĐÁNH GIÁ ĐAU DO NGUYÊN NHÂN THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG NGUYÊN PHÁT CÓ GÃY XƯƠNG ĐỐT SỐNG

Bùi Hải Bình¹, Ngô Thị Thục Nhiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mức độ đau ở bệnh nhân loãng xương nguyên phát có gãy xương đốt sống bằng thang điểm LANSS. Phân tích mối liên quan giữa mức độ đau với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** nghiên cứu trên 80 bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương nguyên phát theo tiêu chuẩn WHO 1994 có đau cột sống với thang điểm đau VAS ≥ 3 điểm, có gãy ít nhất 1 thân đốt sống trên MRI đang điều trị tại trung tâm Cơ Xương Khớp và khoa Khám bệnh, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2022 tháng đến tháng 12 năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân gãy ≥ 2 đốt sống (58,8%). 83,8% bệnh nhân có gãy đốt sống thắt lưng, 61,3% gãy đốt sống ngực. MRI cột sống: 87,5% bệnh nhân có gãy mới thân đốt sống. Tỷ lệ đau cột sống do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân loãng xương nguyên phát có gãy xương đốt sống theo thang điểm LANSS là 37,5%. Nguy cơ đau do nguyên nhân thần kinh ở nhóm có tuổi > 70 cao gấp 3,62 lần nhóm tuổi ≤ 70 , nhóm có điểm VAS ≥ 7 điểm có nguy cơ đau thần kinh cao gấp 3,62 lần so với nhóm có điểm VAS < 7 điểm. Nguy cơ đau do nguyên nhân thần kinh ở nhóm có gãy ≥ 2 đốt sống cao gấp 4,7 lần so với nhóm gãy 1 đốt sống. MRI cột sống: nhóm có gãy lõi thành sau đốt sống có nguy cơ đau thần kinh gấp 5,75 lần nhóm không gãy lõi thành sau đốt sống;

nhóm hẹp ống sống có nguy cơ đau thần kinh gấp 6,71 lần nhóm không hẹp ống sống. **Kết luận:** Nguy cơ đau cột sống do nguyên nhân thần kinh tăng lên ở nhóm tuổi > 70 ; nhóm có điểm VAS cao > 7 điểm, gãy ≥ 2 đốt sống, gãy thân đốt sống trên MRI có gãy lõi thành sau đốt sống và/ hoặc hẹp ống sống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Loãng xương nguyên phát, gãy đốt sống, đau do nguyên nhân thần kinh, LANSS.

SUMMARY

APPLICATION OF THE LANSS PAIN SCALE IN ASSESSING NEUROPATHIC PAIN IN PATIENTS WITH PRIMARY OSTEOPOROSIS WITH VERTEBRAL FRACTURES

Objective: To assess pain levels in patients with primary osteoporosis and vertebral fractures using the LANSS Pain Scale (The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs). Analyze the correlation between the study population's pain levels and clinical and paraclinical factors. **Study population:** The research was conducted on 80 patients diagnosed with primary osteoporosis according to the WHO 1994 criteria, experiencing spine pain with a VAS pain score ≥ 3 points, and having at least one vertebral fracture confirmed by MRI. The study was conducted at the Center for Rheumatology and Outpatient Clinic, Bach Mai Hospital, from August 2022 to December 2023.

Research Methodology: Cross-sectional descriptive study. **Results:** Most patients had fractures of ≥ 2 vertebrae (58.8%). 83.8% of patients had lumbar vertebral fractures, and 61.3% had thoracic vertebral fractures. Spinal MRI revealed that 87.5% of patients had new vertebrae fractures. The prevalence of neuropathic pain in patients with primary osteoporosis with vertebral fractures according to the LANSS Pain

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2024

Ngày duyệt bài: 9.10.2024

Scale was 37.5%. The risk of neuropathic pain in the age group >70 was 3.62 times higher than the age group ≤70, and those with a VAS score ≥ 7 had a 3.62 times higher risk than those with a VAS score < 7. The risk of neuropathic pain in the group with a fracture of ≥ 2 vertebrae was 4.7 times higher than in the group with a fracture of 1 vertebra. Regarding spinal MRI, the group with posterior vertebral wall protrusion had a 5.75 times higher risk of neuropathic pain than the group without, and the group with spinal canal stenosis had a 6.71 times higher risk than the group without. **Conclusion:** The risk of spine pain due to neuropathic causes increases in the age group >70, those with a VAS score >7, compression of ≥ 2 vertebrae, MRI showing posterior vertebral wall protrusion, and spinal canal stenosis. These differences are statistically significant with p < 0.05.

Keywords: Primary osteoporosis, vertebral fractures, pain due to neurological causes, LANSS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (osteoporosis) là một rối loạn chuyển hóa của bộ xương làm tổn thương sức mạnh của xương đưa đến tăng nguy cơ gãy xương. Theo nghiên cứu của Hồ Phạm Thục Lan tại Việt Nam năm 2011 khoảng 29% phụ nữ > 50 tuổi có loãng xương, trong đó 28% trường hợp loãng xương có gãy đốt sống.¹ Gãy đốt sống là biến chứng thường gặp nhất của loãng xương, làm tăng tỷ lệ tàn tật và tử vong, giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh và trở thành gánh nặng cho cộng đồng. Đây cũng là một trong số các nguyên nhân gây đau cột sống thắt lưng thường gặp trên lâm sàng. Đau cột sống trong loãng xương gãy đốt sống có đặc tính cả đau do thụ thể và đau do thần kinh trong đó thành phần đau thần kinh thường khó đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường, chính vì thế việc chẩn đoán và điều trị đau thần kinh luôn là một thách thức lớn. Năm 2005 tác giả Bennett đã lần đầu tiên cho ra đời thang điểm LANSS (The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng đau thần kinh với tính ứng dụng cao, đơn giản và độ nhạy, độ đặc hiệu cao. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào ứng dụng LANSS đánh giá đau thần kinh trên đối tượng bệnh nhân (BN) loãng xương có gãy đốt sống, chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu nhận xét mức độ đau ở BN loãng xương nguyên phát có gãy đốt sống bằng thang điểm LANSS, phân tích mối liên quan giữa mức độ đau với yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: 80 BN đủ tiêu

chuẩn chẩn đoán loãng xương nguyên phát theo tiêu chuẩn chẩn đoán Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 1994 có đau cột sống với VAS ≥ 3 điểm và gãy ít nhất 1 thân đốt sống trên MRI đến khám tại khoa Khám bệnh hoặc điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp loãng xương thứ phát như: bệnh lý nội tiết, tiêu hóa, xương, sử dụng thuốc, bệnh hệ thống...

- BN đau cột sống do các nguyên nhân khác ngoài loãng xương (thoái hóa, thoát vị đĩa đệm, Zona thần kinh...).

- BN có kèm thoát vị đĩa đệm trên MRI.

- BN không chấp nhận tham gia nghiên cứu.

- BN không có khả năng trả lời câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu: mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất:

- Hỏi bệnh khai thác các thông tin về tiền sử, thời gian chẩn đoán bệnh.

- Đánh giá triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

- Đánh giá đau cột sống theo thang điểm LANSS gồm 5 câu hỏi và 2 đánh giá qua thăm khám lâm sàng².

- Phân tích mối liên quan giữa đau cột sống theo thang điểm LANSS với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng.

2.3. Nhận định kết quả. Đau cột sống do nguyên nhân thần kinh: LANSS ≥ 12.

Đau cột sống không do nguyên nhân thần kinh: LANSS <12.

2.4. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=80)

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi trung bình (năm) (X ± SD)		73,8 ± 8,29
Phân loại tuổi : ≤ 60 tuổi		2 (2,5%)
61-70 tuổi		26 (32,5%)
> 70 tuổi		52 (65%)
Giới	Nam	6 (7,5%)
	Nữ	74 (92,5%)
VAS trung bình (điểm) (X ± SD)		5,95 ± 1,05
Phân loại VAS: Đau ít VAS = 3		2 (2,5%)
Đau vừa 4 ≤ VAS ≤ 6		50 (62,5%)
Đau nhiều VAS ≥ 7		28 (35%)

Thời gian đau trung bình (tháng)	
Đau cấp tính (< 3 tháng)	51 (63,8%)
Đau mạn tính (≥ 3 tháng)	29 (36,3%)

Nhận xét: Đa số thuộc nhóm tuổi > 70 (65%); 92,5% là nữ; 62,5% đến viện với mức độ đau vừa ($4 \leq VAS \leq 6$); 63,8% BN đau cấp tính.

Bảng 3.2. Đặc điểm MRI của đối tượng nghiên cứu (N = 80)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy đốt sống	Gãy 1 đốt sống	33	41,3%
	Gãy ≥ 2 đốt sống	47	58,8%
	Số đốt sống gãy	2,4±1,77	
Vị trí gãy đốt sống	Cột sống ngực	49	61,3%
	Cột sống thắt lưng	67	83,8%
MRI cột sống	Gãy mới thân đốt sống	70	87,5%
	Đè đẩy tường sau đốt sống	14	17,5%
	Hẹp ống sống do gãy đốt sống	12	15%

Nhận xét: Đa số BN gãy ≥ 2 đốt sống (58,8%); số đốt sống gãy trung bình là $2,4 \pm 1,77$. 83,8% BN có gãy đốt sống thắt lưng, 61,3% gãy đốt sống ngực, 87,5% có gãy mới thân đốt sống.

3.2. Đánh giá đau cột sống do nguyên nhân thần kinh theo LANSS

Bảng 3.3. Tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh theo thang điểm LANSS (N=80)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau do nguyên nhân thần kinh (điểm LANSS ≥ 12)	30	37,5
Đau không do nguyên nhân thần kinh (điểm LANSS < 12)	50	62,5

Nhận xét: Tỷ lệ đau cột sống do nguyên nhân thần kinh ở BN loãng xương nguyên phát có gãy xương đốt sống theo thang điểm LANSS là 37,5%.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đau thần kinh theo LANSS và một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Đau không do nguyên nhân thần kinh theo LANSS	Đau do nguyên nhân thần kinh theo LANSS	P	OR (CI 95%)
Tuổi	Tuổi ≤70	21(80,8%)	5(19,2%)	0,026	3,62 [1,19 – 11,01]
	Tuổi >70	29(53,7%)	25(46,3%)		
Phân loại VAS	VAS <7 điểm	38(73,1%)	14(26,9%)	0,015	3,62 [1,37 – 9,52]
	VAS ≥7 điểm	11(36,7%)	19(63,3%)		
Thời gian đau cột sống	Đau cấp tính/bán cấp (< 3 tháng)	30(58,8%)	21(41,2%)	0,473	
	Đau mạn tính (≥ 3 tháng)	20(69%)	9(31%)		
Số lượng đốt sống gãy	Gãy 1 đốt sống	27(81,8%)	6(18,2%)	0,004	4,7 [1,64 – 13,46]
	Gãy ≥ 2 đốt sống	23(48,9%)	24(51,1%)		
MRI cột sống ngực	Có gãy đốt sống ngực	26(53,1%)	23(46,9%)	0,035	3,03 [1,1 – 8,34]
	Không gãy đốt sống ngực	24(77,4%)	7(22,6%)		
MRI cột sống thắt lưng	Có gãy đốt sống thắt lưng	42(62,7%)	25(37,3%)	1	
	Không gãy đốt sống thắt lưng	8(61,5%)	5(38,5%)		
Đặc điểm MRI cột sống	Gãy mới đốt sống	42(60%)	28(40%)	0,306	
	Gãy cũ đốt sống	8(80%)	2(20%)		
	Đẩy lõi thành sau đốt sống	4(28,6%)	10(71,4%)	0,006	5,75 [1,61 – 20,53]
	Không đẩy lõi thành sau đốt sống	46(69,7%)	20(30,3%)		
	Hẹp ống sống	3(25%)	9(75%)	0,007	6,71 [1,65 – 27,34]
Không hẹp ống sống	47(69,1%)	21(30,9%)			

Nhận xét: Nguy cơ đau do nguyên nhân thần kinh ở nhóm có tuổi > 70 cao gấp 3,62 lần nhóm tuổi ≤ 70, nhóm có điểm VAS ≥ 7 điểm có nguy cơ đau thần kinh cao gấp 3,62 lần so với nhóm có điểm VAS <7 điểm, nhóm có gãy ≥ 2 đốt sống cao gấp 4,7 lần so với nhóm gãy 1 đốt sống, nhóm có gãy đốt sống ngực cao gấp 3,03 lần so với nhóm không gãy đốt sống ngực, nhóm có đẩy lõi thành sau đốt sống cao gấp 5,75 lần nhóm không đẩy lõi thành sau đốt sống, nhóm

hẹp ống sống cao gấp 6,71 lần nhóm không hẹp ống sống.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $73,8 \pm 8,29$, đa số BN là nữ (92,5%). Kết quả này tương tự một số kết quả của các tác giả trong và ngoài nước: nghiên cứu của Nguyễn Văn Hậu (2022) trên 68 BN loãng xương nguyên

phát lại Trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai cho thấy tuổi trung bình là 74,4; nữ chiếm đa số 88,2%³; nghiên cứu của Kazuki Fujimoto (2017) trên 113 BN loãng xương tại 15 trung tâm bao gồm các bệnh viện và phòng khám ngoại trú tại Nhật Bản: tuổi trung bình là $73,8 \pm 8,0$; nữ giới chiếm 92 %⁴. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Antimo Morettia và cộng sự (2022) trên 72 BN loãng xương gãy đốt sống tại Ý tuổi trung bình của BN là $69,2 \pm 8,9$ nữ giới chiếm đa số (88,9%)⁵.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN đau cấp tính và bán cấp (thời gian < 3 tháng) chiếm 63,8%. Điều này có thể giải thích do đa số BN nhập viện Trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai có gãy đốt sống cấp tính, những trường hợp gãy cũ hầu hết được quản lý và điều trị ngoại trú. Mức độ đau: VAS trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $5,95 \pm 1,05$, nhóm đau vừa ($4 \leq VAS \leq 6$) chiếm tỷ lệ cao nhất (62,5%).

Số đốt sống gãy trung bình là $2,4 \pm 1,77$ trong đó tỷ lệ gãy nhiều đốt sống (≥ 2 đốt sống) chiếm tỷ lệ phần lớn (58,8 %), 61,3% BN có gãy đốt sống ngực, 83,8% BN có gãy đốt sống thắt lưng. Nghiên cứu của Morettia (2022) cũng cho thấy tỷ lệ BN gãy nhiều đốt sống (≥ 2 đốt sống) chiếm phần lớn 70,8%. Điều này hoàn toàn phù hợp vì đa phần BN loãng xương đều không đau, thường chỉ đau khi có biến chứng gãy xương mới gãy đốt sống và nặng hơn thì gãy nhiều đốt sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên MRI cột sống: 87,5% BN có gãy đốt sống mới, 17,5% BN có đè dầy tường sau đốt sống, 15% có hẹp ống sống.

4.2. Đặc điểm đau do nguyên nhân thần kinh theo thang điểm LANSS và các yếu tố liên quan. Tỷ lệ đau cột sống do nguyên nhân thần kinh ở BN loãng xương nguyên phát có gãy xương đốt sống theo thang điểm LANSS là 37,5%. Kết quả này cao nghiên cứu của Morettia (2022) trên 72 BN loãng xương gãy đốt sống với tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh dựa theo thang điểm LANSS là 23,6%⁵. Điều này có thể lý giải do BN của chúng tôi có tuổi cao hơn, có gãy đốt sống cấp nhiều hơn.

Đánh giá mối liên quan giữa đau do nguyên nhân thần kinh và các yếu tố lâm sàng cận lâm sàng: khả năng đau do nguyên nhân thần kinh theo LANSS ở nhóm có tuổi ≥ 70 cao gấp 3,62 lần so với nhóm có tuổi < 70 (CI 95%: [1,19 – 11,01]). Theo Rajput tỷ lệ đau tăng lên gấp 2 lần ở độ tuổi > 60⁶. Việc lão hóa ảnh hưởng rất nhiều đến tín hiệu đau bao gồm cả về mặt phân tử và tế bào hình thành nên con đường cảm thụ đau, làm giảm chất dẫn truyền thần kinh (chất P,

calcitonin, peptid thần kinh, endorphin, serotonin, epinephrine, acetylcholin...) dẫn đến thay đổi việc dẫn truyền tín hiệu đau và ảnh hưởng đến điều hòa hệ thần kinh, ngoài ra hệ thần kinh ngoại biên còn có thể bị tổn thương các dây thần kinh do lão hóa.⁶ Chính vì vậy người già thường có ngưỡng chịu đau thấp hơn, khả năng chịu đau kém hơn, điều trị đau thường rất khó khăn đặc biệt đau do nguyên nhân thần kinh.

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cũng cho thấy nguy cơ đau do nguyên nhân thần kinh ở nhóm có điểm VAS ≥ 7 điểm cao gấp 3,62 lần so với nhóm có điểm VAS < 7 điểm (CI 95%: [1,37- 9,52]), điều này cũng tương đồng so với nghiên cứu của Povoroznyuk (2016) thực hiện trên 49 BN loãng xương tại Ukraina cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thang điểm VAS và tình trạng đau thần kinh đánh giá bằng thang điểm LANSS.⁷ Điều này có lẽ liên quan đến cơ chế đau thần kinh: ở những người đau do nguyên nhân thần kinh có tăng nhạy cảm đau và giảm ức chế đau.

Nghiên cứu ảnh hưởng của tình trạng gãy đốt sống với đau do nguyên nhân thần kinh chúng tôi nhận thấy nguy cơ đau do nguyên nhân thần kinh trong nhóm gãy nhiều đốt sống (≥ 2 đốt) so với nhóm không gãy hoặc gãy 1 đốt sống gấp 4,7 lần, (CI 95%: [1,64 – 13,46]). Gãy đốt sống có thể gây đau lưng cấp tính hoặc mạn tính có thể do biến dạng xương liên quan, căng cơ và gân. Gãy đốt sống đặc biệt là gãy nhiều thân đốt sống có thể gây biến dạng thân đốt sống. Một số trường hợp gãy đốt sống có thể gây đẩy lùi tường sau, gây hẹp ống sống, gãy nhiều đốt sống và phức tạp có thể gây mất vững cột sống tăng nguy cơ chèn ép gây tổn thương thần kinh dẫn đến đau thần kinh.

Về tác động của vị trí đốt sống gãy, trong nghiên cứu của chúng tôi, khả năng đau do nguyên nhân thần kinh theo LANSS ở nhóm gãy đốt sống ngực cao gấp 3,03 lần (CI 95%: [1,11 – 8,34]) so với nhóm không gãy đốt sống ngực. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của Moretti (2020)⁵ cho thấy tỷ lệ đau thần kinh tăng lên ở các BN có gãy đốt sống ngực đơn lẻ. Theo Gerdhem (2013), so với các vị trí khác, gãy đốt sống ngực có tiên lượng xấu hơn về khả năng giảm đau và khi đau trở thành mạn tính thì nhiều khả năng hình thành các cơ chế bệnh lý thần kinh.⁸ Đối với nhóm gãy đốt sống thắt lưng và không gãy đốt sống thắt lưng, chúng tôi không tìm thấy khác biệt về tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh theo LANSS ($p > 0,05$). Theo Moretti (2016) khả năng đau do nguyên nhân thần kinh cao hơn ở nhóm gãy nhiều đốt sống thắt lưng.⁵

Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu có thể do không tương đồng trong lựa chọn đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu.

Chúng tôi nhận thấy nguy cơ đau do nguyên nhân thần kinh tăng gấp 5,75 lần (CI 95%:[1,61 – 20,53]) và gấp 6,71 lần (CI 95%:[1,65 – 27,34]) lần lượt ở nhóm có đầy lùi thành sau đốt sống và hẹp ống sống. Gãy đốt sống gây biến dạng đốt sống, có thể gây đầy lùi thành sau đốt sống, gây hẹp ống sống; đây cũng chính là nguyên nhân chủ yếu gây chèn ép thần kinh dẫn đến đau do nguyên nhân thần kinh.

Đánh giá tổn thương phù thần đốt sống trên MRI chúng tôi chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh ở nhóm BN gãy cấp và gãy mạn tính thần đốt sống. Điều này có thể do đại đa số (87,5%) BN gãy đốt sống vào nhập viện đều là gãy cấp.

V. KẾT LUẬN

Nguy cơ đau cột sống do nguyên nhân thần kinh tăng lên ở nhóm tuổi > 70; nhóm có điểm VAS cao >7 điểm, gãy ≥ 2 đốt sống, có gãy đốt sống ngực, gãy thân đốt sống có đầy lùi tường sau đốt sống và/ hoặc hẹp ống sống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ho-Pham LT, Nguyen UD, Pham HN, Nguyen

ND, Nguyen TV. Reference ranges for bone mineral density and prevalence of osteoporosis in Vietnamese men and women. BMC musculoskeletal disorders. 2011;12:182.

2. Bennett MI, Smith BH, Torrance N, Potter J. The S-LANSS score for identifying pain of predominantly neuropathic origin: validation for use in clinical and postal research. The journal of pain. 2005;6(3):149-158.
3. Nguyễn Văn Hậu, Trần Thị Tô Châu (2023). Đánh giá tác dụng giảm đau của calcitonin trong gãy xương đốt sống mới do loãng xương nguyên phát. Tạp Chí Y học Việt Nam, 521(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v521i2.4080>.
4. Fujimoto K, Inage K, Orita S, et al. The nature of osteoporotic low back pain without acute vertebral fracture: A prospective multicenter study on the analgesic effect of monthly minodronic acid hydrate. Journal of orthopaedic science: official journal of the Japanese Orthopaedic Association. 2017;22(4): 613-617.
5. Moretti A, Liguori S, Paoletta M, et al. Characterization of neuropathic component of back pain in patients with osteoporotic vertebral fractures. NeuroRehabilitation. 2022.
6. Rajput K, Ng J, Zwolinski N, Chow RM. Pain Management in the Elderly: A Narrative Review. Anesthesiology clinics. 2023;41(3):671-691.
7. Povoroznyuk V. Neuropathic pain component in patients with osteoporosis and low back pain. Bone Abstracts. 2016.
8. Gerdhem P. Osteoporosis and fragility fractures: Vertebral fractures. Best practice & research Clinical rheumatology. 2013;27(6):743-755.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LOÃNG XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN SUY THƯƠNG THẬN MẠN

Danh Lâm Mỹ Phương^{1,3}, Lâm Hữu Giang¹,
Huỳnh Văn Tính¹, Trương Quang Phổ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy thương thận mạn là bệnh lý nội tiết thường gặp, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân thứ phát do dùng glucocorticoid và là một trong những nguyên nhân gây loãng xương. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu xác định tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân suy thương thận mạn, tuy nhiên, tại Việt Nam các nghiên cứu về vấn đề này còn hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân suy thương thận mạn. **Phương pháp nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện, mô tả cắt ngang trên 77 bệnh nhân suy

thương thận mạn đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Kiên Giang từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Tổng số 77 bệnh nhân, nữ giới chiếm đa số với 83,1% và độ tuổi trung bình là $69,8 \pm 10,3$ năm. Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân suy thương thận mạn là 84,4%. Triệu chứng phổ biến nhất là đau xương. Mật độ xương và T-score trung bình ở cổ xương đùi trái và phải lần lượt là $0,68 \pm 0,15$ g/cm² và $0,67 \pm 0,14$ g/cm², $-2,58 \pm 1,08$ và $-2,58 \pm 0,95$. Có mối liên quan giữa loãng xương và các yếu tố như giới tính, hoàn cảnh sống và các thói quen như uống sữa thường xuyên, bổ sung canxi thường xuyên. **Kết luận:** Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân suy thương thận mạn là 84,4%. Triệu chứng phổ biến nhất là đau xương. Có mối liên quan giữa loãng xương và các yếu tố như giới tính, hoàn cảnh sống và các thói quen như uống sữa thường xuyên, bổ sung canxi thường xuyên.

Từ khóa: Suy thương thận mạn, loãng xương

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS,

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Danh Lâm Mỹ Phương

Email: danhlammypuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024