

đoạn đầu như nghiên cứu của Lee và cộng sự. Vì thế thời gian phẫu thuật 1 tầng của chúng tôi nhanh hơn so với Lee là 105.26 ± 30.49 giai đoạn 1 và 67.65 ± 18.83 ở giai đoạn 2 [10].

Khi đánh giá kết quả theo thang điểm Macnab thấy rằng 10/15 bệnh nhân chiếm 66,67% đạt kết quả rất tốt, 4/15 chiếm 26,67% đạt kết quả tốt và 6,66% đạt kết quả khá. Bệnh nhân đạt kết quả khá chính là bệnh nhân rách màng cứng trong quá trình phẫu thuật. Với bệnh nhân ấy chúng tôi sử dụng keo vá màng cứng trong mổ nên tránh được biến chứng rò dịch não tủy nhưng lâm sàng bệnh nhân vẫn còn tê nhiều.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi liên bản sống là phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh lý hẹp ống ống thắt lưng cùng. Phương pháp này ít làm tổn thương các thành phần xung quanh, thời gian hồi phục nhanh, kết quả tốt, tuy nhiên đây cũng là một phương pháp phẫu thuật khó, tỷ lệ tai biến cao cần các phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm thực hiện và cần tiếp tục làm thêm các nghiên cứu sâu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spivak JM (1998), "Degenerative lumbar spinal stenosis", J bone Joint Surg Am 1998, Jul. 80: 1053-66
2. Verbiest, H.: A radicular syndrome from developmental narrowing of the lumbar vertebral canal. J. Bone Jt Surg. 36 B (1954) 230-237
3. Alvarez JA, Hardy RH (1998), "Lumbar spine stenosis: a common cause of back and leg pain" Am Fam Physician, 57: 1824-25, 1839-40.
4. Komp M, Hahn P, Oezdemir S, et al. Bilateral spinal decompression of lumbar central stenosis with the full-endoscopic interlaminar versus microsurgical laminotomy technique: a prospective, randomized, controlled study. Pain Physician 2015;18:61-70
5. Lee CW, Yoon KJ, Ha SS, et al. Foraminoplasty superior vertebral notch approach with reamers in percutaneous endoscopic lumbar discectomy: technical note and clinical outcome in limited indications of percutaneous endoscopic lumbar discectomy. J Korean Neurosurg Soc 2016;59:172-81
6. Ahn Y. Transforaminal percutaneous endoscopic lumbar discectomy: technical tips to prevent complications. Expert Rev Med Devices 2012;9:361-6
7. Hyeun Sung Kim¹, Byapak Paudel¹, Ji Soo Jang, Percutaneous Full Endoscopic Bilateral Lumbar Decompression of Spinal Stenosis Through Uniportal-Contralateral Approach: Techniques and Preliminary Results; World Neurosurgery 103: 201-209, JULY 2017.
8. David S. Rosen, M.D, John E. O'Toole, M.D, Minimally Invasive Lumbar Spinal Decompression In The Elderly: Outcomes Of 50 Patients Aged 75 Years And Older, Neurosurgery, Vol 60 | Number 3 | March 2007, 503-510
9. Young Uk Kim, Yu-Gyeong Kong, Clinical symptoms of lumbar spinal stenosis associated with morphological parameters on magnetic resonance images, Eur Spine J, 2015, DOI 10.1007/s00586-015-4197-2
10. Chul-Woo Lee, Kang-Jun Yoon, Sung-Won Kim, Percutaneous Endoscopic Decompression in Lumbar Canal and Lateral Recess Stenosis – Te Surgical Learning Curve, Neurospine 2019; 16(1): 63-71. <https://doi.org/10.14245/ns.1938048.024>

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH LOÃNG XƯƠNG TẠI KHOA LÃO BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thanh Tú¹, Nguyễn Thị Dung², Nguyễn Thanh Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Loãng xương tại khoa Lão – Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thời gian thực hiện từ 6/2019 – 6/2020. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng theo Y học hiện đại thường gặp: đau cột sống thắt

lưng (94,4%), rối loạn tư thế cột sống (44,4%), giảm chiều cao (44,4%), đau cột sống cổ (27,8%), đau dọc xương dài (23,6%). Thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền: thận âm hư (81,9%), tỳ vị hư nhược (9,7%), can thận âm hư phong thấp xâm nhập (5,6%), thận dương hư (2,8%). Nồng độ Calci máu trung bình là $2,21 \pm 0,12$ mmol/l. X quang cột sống: lún xẹp đốt sống (40,4%), giảm mật độ xương (31,6%). Mật độ xương trung bình tại các vị trí: cột sống thắt lưng là $-3,00 \pm 1,45$ SD và cổ xương đùi là $-3,26 \pm 1,01$ SD. Tỷ lệ loãng xương tại các vị trí: cổ xương đùi (83,3%), L1 (73,6%), L3 (72,2%), L4 (61,1%), L2 (65,3%).

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, loãng xương.

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Cục quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Thủy

Email: drthuy.yhct@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 6.4.2022

OF OSTEOPOROSIS AT THE GERIATRIC DEPARTMENT OF NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

Objective: The study was performed to investigate the clinical and subclinical characteristics of Osteoporosis at Geriatric Department - National Hospital of Traditional Medicine. **Subjects and Method:** Prospective Studies method, Cross-sectional Descriptive Studies on 72 patients with a convenient sampling method, execution time from 5/2018 - 5/2019. **Results:** The common clinical symptoms according to Modern Medicine: low back pain (94,4%), spinal postural disorders (44,4%), loss of height (44,4%), cervical spinal pain (27,8%), long-bone pain (23,6%). The clinical patterns according to Traditional Medicine: the kidney yin vacuity (81,9%), the spleen-stomach vacuity weakness (9,7%), the liver-kidney yin vacuity and wind damp impediment (5,6%), the kidney yang vacuity (2,8%). The average blood calcium level was $2,21 \pm 0,12$ mmol/l. Spine X-ray: vertebral collapse (40,4%), decrease bone mineral density (31,6%). The mean of bone mineral density (BMD) was $-3,00 \pm 1,45$ SD at the lumbar spine and $3,26 \pm 1,01$ SD at the femoral neck. The prevalence of osteoporosis at the femoral neck, L1, L2, L3 and L4 was 83,3%; 73,6%; 72,2%; 61,1%; 65,3%.

Key words: Clinical and subclinical characteristics, Osteoporosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là bệnh lý chuyển hóa mãn tính, liên quan mật thiết với sự lão hóa và mãn kinh. Đây là một căn bệnh thầm lặng cho đến khi gãy xương xảy ra, gây ra các vấn đề sức khỏe thứ cấp quan trọng và thậm chí tử vong [3]. Hiện tại, trên thế giới ước tính có hơn 200 triệu người bị loãng xương và 1/3 nữ giới và 1/5 nam giới trên 50 tuổi bị gãy xương do loãng xương. Ở châu Âu, cứ 3 giây có 1 người gãy xương do loãng xương [8]. Các nghiên cứu ở Việt Nam ước tính rằng tỷ lệ mắc bệnh loãng xương trong dân số nói chung là 4,7%. Tỷ lệ này tương tự như tỷ lệ mắc viêm khớp dạng thấp. Theo Hiệp hội Thấp khớp Việt Nam, ước tính đến năm 2050 số phụ nữ loãng xương từ 50 tuổi trở lên có thể sẽ hơn 7 triệu người [6].

Trong những năm gần đây, số lượng bệnh nhân loãng xương điều trị tại khoa Lão Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương chiếm tỷ lệ ngày càng tăng. Với mong muốn tìm hiểu những đặc điểm bệnh loãng xương để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "*Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân Loãng xương tại khoa Lão Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương bằng phương pháp đo DEXA ít nhất một vị trí trung tâm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO:

+ Loãng xương: T-score $\leq -2,5$

+ Loãng xương nặng: T-score $\leq -2,5$ và kèm theo gãy xương do sang chấn tối thiểu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không có khả năng trả lời phỏng vấn như sa sút trí tuệ, hôn mê, thất ngôn sau tai biến mạch não, tâm thần...hoặc mắc bệnh lý lao, ung thư, HIV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Phương pháp thu thập số liệu: theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế sẵn.

- Thời gian, địa điểm: từ 6/2019 – 6/2020 tại khoa Lão – Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương.

* Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, khu vực sinh sống.

+ Yếu tố nguy cơ: tiền sử gãy xương, thói quen hút thuốc, thói quen uống rượu, mãn kinh ≤ 45 tuổi, sinh trên 3 con.

+ Chỉ số khối cơ thể: gầy, trung bình, thừa cân

+ Bệnh kèm theo: tăng huyết áp, đái tháo đường typ II, viêm khớp dạng thấp, thoái hóa khớp, bệnh phổi mạn tính, parkinson, các bệnh tiêu hóa mạn tính.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Triệu chứng lâm sàng theo Y học hiện đại: đau cột sống thắt lưng, đau cột sống cổ, đau dọc các xương dài, giảm chiều cao, gãy xương, rối loạn tư thế cột sống.

+ Triệu chứng lâm sàng theo Y học cổ truyền: chất lưỡi, rêu lưỡi, đau lưng, mỏi gối, đạo hãn, cơn bốc hỏa, đại tiện táo, cốt chưng, ngũ tâm phiền nhiệt, triều nhiệt, sợ lạnh, bụng chướng, đi ngoài phân nát, sống phân, ù tai, miệng nhạt ăn kém, lòng bàn tay chân nóng, tay chân lạnh, mạch trầm nhược/ tế sắc/ sắc.

+ Thể bệnh lâm sàng theo Y học cổ truyền: thể Thận âm hư, thể Thận dương hư, thể Tỳ vị hư nhược, thể Can thận âm hư phong thấp xâm nhập.

- Triệu chứng cận lâm sàng: chỉ số calci toàn phần, X quang cột sống, chỉ số T-score.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và lưu trữ bằng RED cap. Xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y học bằng phần mềm STATA 16.0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được sự đồng ý của phòng Đào tạo đại học Trường Đại học Y Hà Nội và khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y Hà Nội, Ban lãnh

đạo khoa Lão và Ban giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

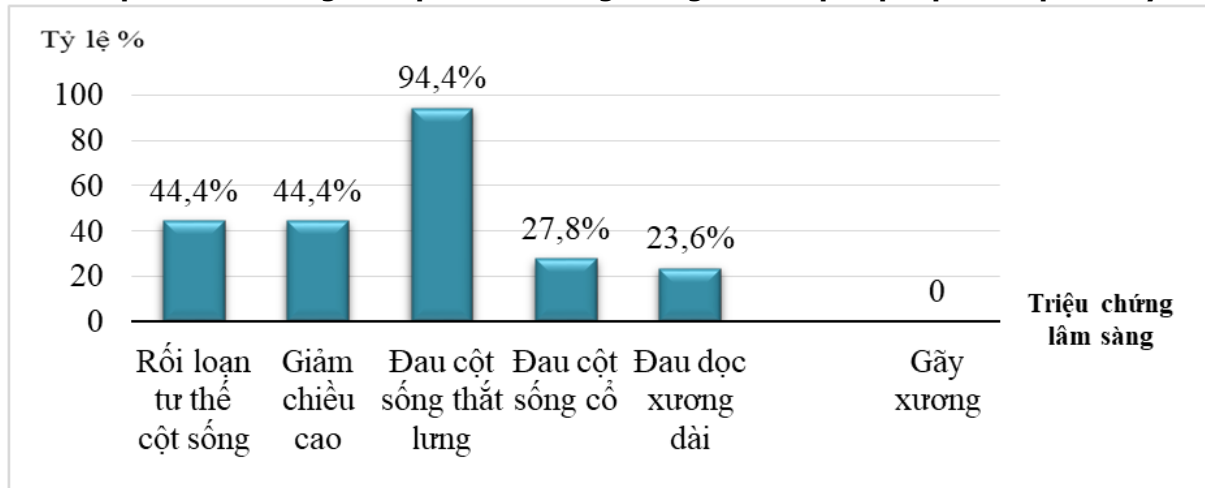
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo một số đặc điểm chính

Đặc điểm bệnh nhân		Số bệnh nhân (n = 72)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	60 – 69	8	11,1
	70 – 79	22	30,6
	≥ 80	42	58,3
Giới	Nam	9	12,5
	Nữ	63	87,5
Khu vực sống	Khu vực 1	2	2,8
	Khu vực 2	6	8,3
	Khu vực 2 nông thôn	8	11,1
	Khu vực 3	56	77,8

Yếu tố nguy cơ	Tiền sử gãy xương	7	9,7
	Mãn kinh ≤ 45 tuổi	25	39,7
	Sinh trên 3 con	34	46,0
	Ít vận động thể lực	61	84,7
	Hút thuốc lá	6	8,3
	Uống rượu	7	9,7
Thể trạng	Gầy	15	20,8
	Trung bình	40	55,6
	Thừa cân	17	23,6
Tổng		72	100

Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm trên 80 tuổi chiếm 58,3%; đa số bệnh nhân sống tại khu vực 3 với tỉ lệ là 51,1%. Các yếu tố nguy cơ: ít vận động thể lực (84,7%); có tiền sử gãy xương (9,7%), hút thuốc lá (8,3%); uống rượu có (9,7%); tuổi mãn kinh ≤ 45 tuổi chiếm 39,7%; số lần sinh con >3 con là 46%. Bệnh nhân có thể trạng trung bình là 55,6% và thể trạng thừa cân là 23,6%, thể trạng gầy là 20,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Loãng xương theo Y học hiện đại và Y học cổ truyền



Biểu đồ 3.1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trên bệnh nhân loãng xương theo Y học hiện đại

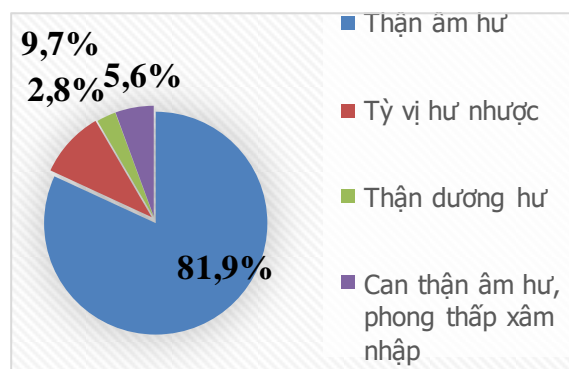
Đa số bệnh nhân đau cột sống thắt lưng với tỉ lệ 94,4%. Rối loạn tư thế cột sống và giảm chiều cao có cùng tỉ lệ 44,4%. Ít gặp hơn là đau cột sống cổ chiếm 27,8% và đau dọc xương dài chiếm 23,6%. Không có bệnh nhân nào gãy xương mới.

Bảng 3.2. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của loãng xương theo Y học cổ truyền

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (n = 72)	Tỉ lệ (%)	Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (n = 72)	Tỉ lệ (%)
Lưỡi nhợt, rêu trắng	20	27,8	Đại tiện táo	50	69,4
Lưỡi đỏ, ít rêu	48	66,7	Lưng, gối đau mỏi	56	77,8
Sợ lạnh, tay chân lạnh	10	13,9	Ù tai	11	15,3
Cốt chùng	18	25,0	Miệng nhạt, ăn kém	32	44,4
Triều nhiệt	8	11,1	Bụng đầy chướng	2	2,8
Ngũ tâm phiền nhiệt	2	2,8	Đại tiện phân nát	16	22,2
Cơn bốc hỏa	54	75,0	Mạch sắc	8	11,1

Đạo hãn	16	22,2	Mạch tế sác	27	37,5
Lòng bàn tay, bàn chân nóng	42	58,3	Mạch trầm nhược	38	52,8

Các triệu chứng của bệnh nhân loãng xương thường gặp nhất là lưng, gối đau mỏi, cơn bốc hỏa, đại tiện táo, lòng bàn tay bàn chân nóng, lưỡi đỏ ít rêu, mạch trầm nhược với tỷ lệ từ 52,8% đến 77,8%.



Biểu đồ 3.2. Phân bố thể bệnh lâm sàng

Các bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu thuộc thể thận âm hư với tỷ lệ 81,9%; thể bệnh tỳ vị hư nhược chiếm tỷ lệ là 9,7%; thể can thận âm hư, phong thấp xâm nhập là 5,6%. Ít gặp nhất là thể thận dương hư với 2,8%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân loãng xương

Bảng 3.3 Chỉ số Calci máu và hình ảnh trên X quang cột sống thắt lưng

Triệu chứng cận lâm sàng		Số bệnh nhân (n = 72)	Tỷ lệ (%)
Calci máu	Giảm	10	15,9
	Bình thường	53	84,1
	Tổng	63	100
X quang cột sống	Giảm mật độ xương	18	31,6
	Lún xẹp đốt sống	23	40,4
	Không phát hiện	16	28,0
	Tổng	57	100

Trong nghiên cứu có 63 bệnh nhân được làm xét nghiệm Calci máu toàn phần chiếm 87,5% bệnh nhân. Bệnh nhân có calci máu bình thường chiếm tỷ lệ chủ yếu là 84,1% và chỉ có 15,9% bệnh nhân có giảm calci máu.

Trong nghiên cứu có 57 bệnh nhân được chụp X quang cột sống thắt lưng chiếm 79,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có lún xẹp đốt sống và giảm mật độ xương trong số bệnh nhân được chụp X quang cột sống thắt lưng lần lượt là 40,4% và 31,6%. Có 28% bệnh nhân loãng xương không phát hiện trên phim X quang.

Bảng 3.4. Tỷ lệ loãng xương ở các vị trí theo T-score

Vị trí	Số bệnh nhân (n = 72)	Tỷ lệ (%)	T-score trung bình ($\bar{x} \pm SD$)
--------	-----------------------	-----------	---

Cổ xương đùi	60	83,3	-3,26±1,01
Cột sống thắt lưng	L1	53	73,6
	L2	47	65,3
	L3	52	72,2
L4	44	61,1	-3,00 ± 1,45
Tổng	72	100	

Tỷ lệ loãng xương ở cổ xương đùi chiếm cao nhất (83,3%). Loãng xương tại vị trí L1, L3, L4 có tỷ lệ lần lượt là 73,6%, 72,2% và 61,1%. Mật độ xương trung bình tính theo T-score tại cổ xương đùi (-3,26 ± 1,01 SD) thấp hơn MĐX trung bình tại cột sống thắt lưng (-3,00 ± 1,45 SD).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình của bệnh nhân loãng xương khá cao so với các nghiên cứu khác và chủ yếu ở nhóm tuổi trên 80 tuổi. Mặc dù tỷ lệ loãng xương có khác nhau giữa các quần thể dân cư, song hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng tỷ lệ loãng xương tăng theo độ tuổi, tuổi càng cao thì nguy cơ loãng xương càng cao. Lão hóa góp phần vào sự phát triển của loãng xương thông qua sự suy giảm chức năng của tạo cốt bào, làm mất cân bằng giữa tạo xương và hủy xương. Thêm vào đó là sự giảm hấp thu calci ở ruột, và giảm tái hấp thu calci ở ống thận [3]. Đồng thời, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam trong tất cả các nhóm tuổi, do sinh lý nữ giới, sau khi mãn kinh lượng estrogen giảm và hệ quả là mật độ xương cũng suy giảm nhanh chóng [3]. Hơn nữa, có thể do nữ giới thường quan tâm đến sức khỏe và các dịch vụ y tế nhiều hơn nam giới và tuổi thọ của nữ cao hơn dẫn đến nguy cơ mắc bệnh tăng trong đó có loãng xương. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân loãng xương sống ở nông thôn cao hơn vùng thành thị [3], có thể do khẩu phần ăn thiếu các thành phần cần thiết cho hấp thụ xương cũng như cần cho quá trình tạo xương như ít uống sữa, ăn thiếu chất béo cần thiết cho hấp thụ vitamin D. Tuy nhiên đặc thù bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là hưu trí, có bảo hiểm y tế và sinh sống tại khu vực 3.

Xét về các yếu tố nguy cơ gây loãng xương, ít vận động thể lực là nguy cơ cao nhất. Nguyễn Đình Nguyên cho rằng gây xương không do chấn thương ở người cao tuổi có liên quan đến loãng xương, mật độ xương thấp làm tăng nguy cơ gãy xương ở gần như mọi vị trí, trừ một số đốt chi, hộp sọ và xương mặt [5]. Trong nghiên cứu chỉ

có 9,7% bệnh nhân uống rượu và 8,3% bệnh nhân có thói quen hút thuốc. Tác giả Nguyễn Hữu Thành Đạt và cộng sự không nhận thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa hút thuốc và loãng xương [5]. Tuy có nhiều khác biệt trong các nghiên cứu, nhưng có thể thấy rằng hút thuốc lá, uống rượu và ít rèn luyện thể một là yếu tố nguy cơ cho nhiều bệnh lý trong cơ thể. Các yếu tố nguy cơ của nữ giới trong nghiên cứu là mãn kinh (≤ 45 tuổi là 39,7%) và có trên 3 con (46,0%). Sự ảnh hưởng của mãn kinh lên mật độ xương của phụ nữ thông qua thiếu hụt hormon estrogen dẫn đến giảm mật độ xương một cách nhanh chóng. Cơ chế ảnh hưởng của việc sinh con nhiều lần và loãng xương là do phụ nữ bị mất calci trong quá trình mang thai và khi cho con bú bằng sữa mẹ [1]. Bệnh nhân loãng xương chủ yếu có thể trạng trung bình và gầy, chỉ có 23,6% thuộc nhóm thừa cân. Nghiên cứu Nguyễn Hữu Thành Đạt và cộng sự nhận thấy nhóm bệnh nhân thiếu cân có nguy cơ mắc loãng xương gấp 5 lần người có nhóm trung bình [1].

Loãng xương được biết đến là một bệnh lý âm thầm, không có các triệu chứng lâm sàng rõ ràng, vì vậy nhiều người bệnh không hề biết bản thân bị loãng xương cho đến khi gãy xương đặc biệt là nam giới [3]. Ở đối tượng người cao tuổi khi đến khám, chúng tôi nhận thấy rằng tất cả bệnh nhân có một hay nhiều triệu chứng như chúng tôi đã liệt kê: đau cột sống thắt lưng, đau cột sống cổ, đau dọc các xương dài, giảm chiều cao so, gãy xương, rối loạn tư thế cột sống. Mặc dù các triệu chứng lâm sàng không có tính đặc hiệu riêng cho loãng xương nhưng khi gặp ở người cao tuổi thì có ý nghĩa định hướng về chuẩn đoán loãng xương.

Từ lâu người ta nhận thấy rằng bản thân những thay đổi về máu và nước tiểu ít có ý nghĩa chẩn đoán trong bệnh lý loãng xương, bởi những thay đổi này không thường xuyên và không đặc hiệu. Tỷ lệ bệnh nhân giảm calci máu thấp (chiếm 15,9%). Tại thời điểm mãn kinh, những chỉ số sinh hóa về tạo xương và hủy xương tăng lên một cách có ý nghĩa 30-100%. Các tác giả đều cho rằng nên dựa vào một loạt những thông số sinh hóa để đánh giá sự mất xương thì độ chính xác cao hơn là chỉ sử dụng một loại thông số [4].

Trên phim X-quang của bệnh nhân nghiên cứu cho tỷ lệ khá cao hình ảnh lún xẹp đốt sống (40,4%) và hình ảnh giảm mật độ xương (31,6%). Lún xẹp đốt sống chính là biểu chứng gãy xương tại cột sống, lún đốt sống do loãng xương là trạng thái vi gãy các bề xương trong đốt sống, khiến các thân đốt sống bị mất chiều

cao sinh lý. Đốt sống bị lún ép do tình trạng mất chất xương từ từ, kín đáo. Khi mức độ chiều cao của thân đốt sống giảm từ 20% trở lên được coi là có lún đốt sống. Cooper và cộng sự cho rằng việc chẩn đoán lún đốt sống chỉ có thể dựa vào hình ảnh trên X-quang quy ước ở vị trí lưng và thắt lưng mà không thể dựa vào lâm sàng. Nhiều tác giả nhận định rằng lún đốt sống do loãng xương là biểu hiện thường gặp nhất trong các loại gãy xương do loãng xương, đồng thời phản ánh chính xác nhất tình trạng loãng xương [7].

Chỉ số T-score là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán loãng xương [3]. Các nghiên cứu cho thấy các xương đốt sống là xương xốp nên có tỷ lệ mất xương sớm hơn và nhiều hơn cổ xương đùi [5]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tại vị trí cột sống thắt lưng có mật độ xương trung bình là $-3,00 \pm 1,45$ SD cao hơn tại vị trí cổ xương đùi ($-3,26 \pm 1,01$ SD). Nguyên nhân có thể do số lượng đối tượng nghiên cứu chưa đủ lớn ít nhiều kết quả có sự khác biệt.

Y học cổ truyền không có bệnh danh loãng xương nhưng dựa vào những biểu hiện lâm sàng của căn bệnh này thì người ta xếp vào chứng yêu thống, cốt khô, cốt thối [2]. Theo lý luận y học cổ truyền: thận tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy nằm trong cốt và nuôi dưỡng cốt nên thận có chức năng chủ cốt tủy. Vì vậy, các bệnh lý của cốt trong cơ thể đều liên quan chủ yếu với tạng thận. Ngoài ra bệnh về cốt còn liên quan với tạng tỳ, can, tinh, huyết. Dựa vào các đặc điểm lâm sàng của bệnh mà chia thành 4 thể: Thận âm hư, Thận dương hư, Tỳ vị hư nhược và Can thận âm hư phong thấp xâm nhập. Kết quả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết thuộc thể Thận âm hư với các triệu chứng lâm sàng lưng gối đau mỏi, cơn bốc hỏa, lòng bàn tay, bàn chân nóng, đại tiện táo, lưỡi đỏ, ít rêu. Điều này phù hợp với đối tượng chủ yếu trong nghiên cứu là bệnh nhân cao tuổi ở giai đoạn lão hóa, thận tinh suy giảm, thận âm hư không nuôi dưỡng được cốt tủy nên sinh ra chứng loãng xương.

V. KẾT LUẬN

1. Triệu chứng lâm sàng: Đau cột sống thắt lưng (94,4%); rối loạn tư thế cột sống (44,4%); giảm chiều cao (44,4%); đau cột sống cổ (27,8%); đau dọc xương dài (23,6%). Thể Thận âm hư (81,9%), Tỳ vị hư nhược (9,7%), thể Can thận âm hư, phong thấp xâm nhập (5,6%); thể Thận dương hư (2,8%).

2. Triệu chứng cận lâm sàng: Giảm calci máu (15,9%), lún xẹp đốt sống (40,4%); giảm mật

độ xương (31,6%). Mật độ xương trung bình tại cột sống thắt lưng ($-3,00 \pm 1,45$ SD), tại cổ xương đùi ($-3,26 \pm 1,01$ SD).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Thành Đạt, Trần Văn Hưởng, Nguyễn Văn Tập. Tỷ lệ loãng xương, giảm mật độ xương và những yếu tố liên quan ở người dân đến khám tại trung tâm phòng chống chấn thương và các bệnh không lây Thành phố Hồ Chí Minh năm 2015. Y học Việt Nam. 2017, 453 (số chuyên đề), 222-30.
2. Phạm Vũ Khánh. Lão khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam. 2009, 163-72.
3. Nguyễn Thị Ngọc Lan. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản y học. 2016. 272-84.

4. Ninh Thị Nhung, Phạm Ngọc Khải. Một số chỉ số sinh hóa liên quan đến chuyển hóa xương ở phụ nữ 40-65 tuổi tại Thái Bình. Y học Việt Nam. 2007, 10-5.
5. Nguyễn Đình Nguyên. Vai trò của các yếu tố nguy cơ trong tiên đoán gãy xương. Kỷ yếu các báo cáo hội nghị khoa học loãng xương, gãy xương và vitamin D, Cần Thơ. 2010, 35-40.
6. International Osteoporosis Foundation. Epidemiology, costs & burden of osteoporosis in 2013, Viet Nam. The Asia-Pacific regional audit. 2013, 119-23.
7. Cooper C, Shah S, Hand D.J, et al. Screening for vertebral osteoporosis using individual risk factors. Osteoporosis Int. 1990, 2, 48-53.
8. Tumay Sozen, Lale Ozisik, Nursel Calik Basaran. An overview and management of osteoporosis. Eur J Rheumatol. 2016, 46-56.

YẾU TỐ NGUY CƠ CHẢY MÁU TÁI PHÁT CỦA BỆNH NHÂN U MẠCH THỂ HANG NÃO

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Nguyễn Huệ Linh³

BLEEDING IN PATIENTS WITH CEREBRAL CAVERNOUS MALFORMATION

Objective: To analyze risk factors for recurrent bleeding of patients with cavernous angiomas at Bach Mai Hospital from August 2018 to August 2019.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was performed on 45 patients. **Results:** The ratio of male to female was 1/1, the average age of the study subjects was 43.6. The lesion site had 53.4% of the cases of lesions located above the cerebellar tent, 42.2% of the cases were located below the cerebellar tent, and 4.4% of the cases had both above and below the tentacle, in 45 patients, there were 52 lesions, in which the most common lesion was in the frontal lobe 21.1%, the second was the pons 17.3%. Most patients have lesions less than 30mm (96.2%), lesions often show mixed signal on T1W pulse (55.6%), mixed signal on T2W pulse (53.3%), signal loss on T2* (100%). There was no correlation between recurrent bleeding with age ($p = 0.486$), gender ($p = 0.912$), location ($p = 0.512$), size of lesion ($p = 0.456$). **Conclusion:** Cavernous hemangioma appeared in both sexes with similar rates, the patient's age and sex and the location and size of the lesion were not risk factors for recurrent cerebral bleeding.

Keywords: Cavernous angioma, Cavernoma, primary brain tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mạch thể hang (cavernous malformation, CMs) là cụm mạch máu bất thường, thiếu hụt các thành phần cấu trúc (lớp cơ trơn, sợi đàn hồi) nên các tế bào liên kết lỏng lẻo, dễ chảy máu, có thể được tìm thấy ở mọi nơi của hệ thống thần kinh trung ương, như đại não, tiểu não, thân não, tủy sống... Bệnh có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đa số không gây ra các biểu hiện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích yếu tố nguy cơ chảy máu tái phát của các bệnh nhân bị u mạch thể hang não tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2018- 08/2019. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 45 bệnh nhân. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1/1, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 43,6. Vị trí tổn thương có 53,4% trường hợp tổn thương nằm trên lều tiểu não, 42,2% trường hợp tổn thương nằm dưới lều tiểu não và 4,4% trường hợp có cả tổn thương trên và dưới lều, trong 45 bệnh nhân có 52 tổn thương trong đó vị trí tổn thương thường gặp nhất ở thùy trán (21,1%), thứ hai là cầu não (17,3%). Hầu hết bệnh nhân có tổn thương kích thước dưới 30mm (96,2%), tổn thương thường biểu hiện bằng tín hiệu hỗn hợp trên xung T1W (55,6%), hỗn hợp trên xung T2W (53,3%), giảm tín hiệu trên T2* (100%). Không có mối tương quan giữa chảy máu tái phát với tuổi ($p = 0,486$), giới ($p = 0,912$), vị trí ($p = 0,512$), kích thước của tổn thương ($p = 0,456$). **Kết luận:** U mạch thể hang xuất hiện ở cả hai giới với tỷ lệ tương đương nhau, tuổi, giới của bệnh nhân và vị trí, kích thước của tổn thương không phải là yếu tố nguy cơ của chảy máu tái phát.

Từ khóa: U mạch thể hang, Cavernoma, u nguyên phát của não.

SUMMARY

RISK FACTORS FOR RECURRENT

¹Trung tâm Thần kinh Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia HN

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 7.4.2022