

4. **Masahide Motokawa, Tomoko Sasamoto, Masato Kaku et al** (2012) "Association between root resorption incident to orthodontic treatment and treatment factors". *European Journal of Orthodontics*, 34, 350–356.
5. **Orthodontics American Board of** (Revised 2013) "The ABO Discrepancy Index (DI) A Measure of Case Complexity".
6. **Orthodontics American Board of** (Revised 2012) "Grading System for Dental Casts and Panoramic Radiographs".
7. **Sadao Sato Akiyoshi Shirasu** (2019) Orthodontic treatment of malocclusion aimed at establishing functional occlusion, Daiichi Shika publishing Company, Japan, 239.
8. **Shushu He Jinhui Gao, Peter Wamalwa, Yunji Wang et al** (2013) "Camouflage treatment of skeletal Class III malocclusion with multiloop edgewise arch wire and modified Class III elastics by maxillary mini-implant anchorage". *Angle Orthodontist*, 83 (4), 630–40.
9. **M. Tabancis, A. Ratzmann, P. Doberschütz and K. F. Krey** (2020) "Multiloop edgewise archwire technique and denture frame analysis: a systematic review". *Head & Face Medicine*, 16 (32), 2-9.
10. **Yi Guo Xinrui Qiao, Shiyu Yao, Tiancheng Li et al** (2020) "Clinical Study: CBCT Analysis of Changes in Dental Occlusion and Temporomandibular Joints before and after MEAW Orthotherapy in Patients with Nonlow Angle of Skeletal Class III". *BioMed Research International*, 2020, 1-7.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Văn Đảm¹, Lê Trần Thúy Vy¹,
Nguyễn Xuân Thảo², Nguyễn Công Kiệt³

Từ khóa: viêm loét giác mạc, đặc điểm lâm sàng, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét giác mạc là nguyên nhân gây mù loà phổ biến nhất ở Việt Nam. Nhưng đa phần các báo cáo tập trung đánh giá kết quả điều trị viêm loét giác mạc, còn đặc điểm lâm sàng của bệnh lý này chưa được mô tả nhiều. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm lâm sàng liên quan đến yếu tố tiên lượng bệnh trong chẩn đoán viêm loét giác mạc tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét giác mạc nhiễm trùng và điều trị nội trú tại Khoa Giác Mạc, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận viêm loét giác mạc thường gặp ở độ tuổi trung bình là $54,9 \pm 13,59$ tuổi, thường gặp nhất là nhóm hơn 60 tuổi. Đối tượng nghiên cứu đến từ khu vực nông thôn chiếm ưu thế. Nghề nghiệp thường gặp là lao động phổ thông: nông dân chiếm 40% và công nhân chiếm 17,5%. Nguyên nhân chấn thương đa số là do tai nạn trong lao động và sinh hoạt. Về thời gian từ lúc khởi phát đến khi nhập viện điều trị sau 4 tuần chiếm tỉ lệ là 55%. Thị lực lúc nhập viện toàn bộ là ĐNT dưới 3m (100%). Viêm loét giác mạc có thâm nhiễm sâu và phân độ nặng (100%). **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng giúp định hướng đến chẩn đoán sớm viêm loét giác mạc do nấm: bề mặt ổ loét gỗ, bờ lông vũ, sang thương vệ tinh và vị trí trung tâm.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CORNEAL ULCERS AT THE EYE HOSPITAL AT HO CHI MINH CITY

Background: Corneal ulceration is the most common cause of blindness in Vietnam. But most of the reports focus on evaluating the treatment results of corneal ulcers, and the clinical features of this disease have not been described much. **Objectives:** To determine the clinical features related to the prognostic factors in the diagnosis of corneal ulcers at the Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Methods:** A case series descriptive study, retrospectively reviewing the medical records of patients diagnosed with infectious keratitis and treated as an inpatient at the Corneal Department, Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Results:** The study noted that corneal ulcers were common at the average age of 54.9 ± 13.59 years old, most common in the group more than 60 years old. Research subjects from rural areas predominate. Common occupations are unskilled workers: farmers account for 40% and workers account for 17.5%. The majority of injuries are caused by accidents at work and in daily life. About the time from onset to hospital admission after 4 weeks, the rate is 55%. The total visual acuity at admission was less than 3m (100%). Corneal ulceration with deep infiltrates and severe grade (100%). **Conclusion:** Clinical features help guide early diagnosis of fungal keratitis: rough ulcer surface, feather margin, satellite lesion, and central location.

Keywords: corneal ulcer, clinical features, Ho Chi Minh City Eye Hospital.

¹Trường Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Đảm

Email: lvdam@tvu.edu

Ngày nhận bài: 12.4.2023

Ngày phản biên khoa học: 24.5.2023

Ngày duyệt bài: 20.6.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét giác mạc nhiễm trùng (VLGMNT) là bệnh lý tại mắt khá phổ biến, nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời có thể đe dọa nhiều đến thị lực; đặc trưng bởi đau mắt cấp tính, giảm thị lực, thâm nhiễm và / hoặc loét giác mạc. VLGMNT đã được chứng minh là nguyên nhân phổ biến nhất gây mù loà ở cả các nước phát triển và đang phát triển [1]. Ở Việt Nam, hơn một nửa bệnh nhân VLGMNT có thị lực sau điều trị ở mức mù loà [1,2], ngoài ra một số lượng đáng kể bệnh nhân (25%) diễn tiến nặng dẫn đến biến chứng như thủng giác mạc, viêm mù nội nhãn, teo nhãn [3]. Theo một nghiên cứu tại Bệnh viện Mắt Trung Ương, Lê Anh Tâm (2008) đã tiến hành nghiên cứu hồi cứu trên hơn 3000 bệnh nhân viêm loét giác mạc (VLGM) trong 10 năm (1998 – 2007) ghi nhận tỷ lệ thủng giác mạc chiếm 30,39% [1]. Kết quả tương đồng với Phạm Ngọc Đông (2007) với tỷ lệ thủng giác mạc là 34,2% [4]. Theo thống kê của Bệnh viện Mắt Thành Phố Hồ Chí Minh, mỗi năm ghi nhận trung bình có hơn 20.000 lượt khám với chẩn đoán VLGM. Theo các nghiên cứu, các yếu tố tiên lượng nặng của VLGMNT gồm: tuổi, giới tính, mắt bị ảnh hưởng, nghề nghiệp, thị lực trước điều trị, kích thước thâm nhiễm/seo, độ sâu thâm nhiễm, thời gian lành biểu mô, biến chứng thủng [1, 2, 3]. Dựa trên các bằng chứng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng của người bệnh viêm loét giác mạc tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh" để đánh giá lại các kết quả nghiên cứu trước đó, cũng như để xác định các đặc điểm lâm sàng liên quan đến yếu tố tiên lượng bệnh trong chẩn đoán VLGM tại bệnh viện

Mắt thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét giác mạc nhiễm trùng và điều trị nội trú tại Khoa Giác Mạc, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ 01/8/2021 đến 29/7/2022.

- Địa điểm: Khoa Giác mạc, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu hồ sơ bệnh án

- Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân viêm loét giác mạc nhiễm trùng và điều trị nội trú tại Khoa Giác Mạc, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

- Kỹ thuật thu thập số liệu: Chọn mẫu thuận tiện

- Công cụ thu thập số liệu: Phiếu nghiên cứu với các thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $54,91 \pm 13,59$ tuổi, nằm trong khoảng từ 28 - 79 tuổi. Đa số bệnh nhân phân bố đều trong khoảng từ 41 tuổi trở lên và thường gặp nhất là nhóm tuổi > 60, chiếm 37,5%. Trong 40 bệnh nhân nghiên cứu có 22 bệnh nhân nam (55,0%) và 18 bệnh nhân nữ (45,0%). Tỷ lệ nam: nữ là 1,2:1,0. Đa số các bệnh nhân đều từ tỉnh thành khác đến khám với số lượng 33 trường hợp, chiếm 82,5%. Các đối tượng nghiên cứu đa phần là lao động phổ thông, chiếm tỷ lệ 57,5%, tỷ lệ thấp nhất trong các ngành nghề là nhóm văn phòng với 7,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm tiền căn chấn thương mắt

| Đặc điểm chấn thương | | Vị khuẩn (n=16) | Năm (n=10) | Virus (n=3) | Đa tác nhân (n=11) | Tổng cộng (n=40) |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------|------------|-------------|--------------------|------------------|
| Hình thức chấn thương (n=34) | Chấn thương do tai nạn lao động | 4 (25,0%) | 9 (90,0%) | 0 (0%) | 4 (36,4%) | 17 (42,5%) |
| | Chấn thương do tai nạn sinh hoạt | 11 (68,8%) | 0 (0%) | 3 (100%) | 3 (27,3%) | 17 (42,5%) |
| Tác nhân gây chấn thương (n=34) | Bụi | 9 (56,3%) | 0 (0%) | 2 (66,7%) | 3 (27,3%) | 14 (35,0%) |
| | Mạt sắt | 2 (12,5%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 2 (18,2%) | 4 (10,0%) |
| | Lá cây | 2 (12,5%) | 9 (90,0%) | 0 (0%) | 2 (18,2%) | 13 (32,5%) |
| | Tác nhân khác | 2 (12,5%) | 0 (0%) | 1 (33,3%) | 0 (0%) | 3 (7,5%) |

Chấn thương là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất trong nghiên cứu với 34 ca, chiếm 85,0% trường hợp. Trong đó chấn thương do tai nạn lao động và do tai nạn sinh hoạt có tỷ lệ tương đương nhau 17/34 (50%). Về tác nhân gây chấn thương, ghi nhận chủ yếu là do bụi với 35,0%, tiếp đó là lá cây với tỷ lệ 32,6%.

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng ổ loét giác mạc

| Đặc điểm ổ loét | | Vị khuẩn (n=16) | Năm (n=10) | Virus (n=3) | Đa tác nhân (n=11) | Tổng cộng (n=40) | Giá trị p* |
|-----------------|-----------|-----------------|------------|-------------|--------------------|------------------|--------------|
| Vị trí | Trung tâm | 8 (50,0%) | 9 (90,0%) | 1 (33,3%) | 10 (90,9%) | 28 (70,0%) | 0,027 |

| | | | | | | | |
|------------------------------|----------|-------------|-----------|-----------|------------|------------|------------------|
| | Chu biên | 8 (50,0%) | 1 (10,0%) | 2 (66,7%) | 1 (9,1%) | 12 (30,0%) | |
| Độ sâu | Nông | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | - |
| | Vừa | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| | Sâu | 16 (100%) | 10 (100%) | 3 (100%) | 11 (100%) | 40 (100%) | |
| Bề mặt ổ loét | Gỗ | 2 (12,5%) | 8 (80,0%) | 1 (33,3%) | 6 (54,5%) | 17 (42,5%) | 0,005 |
| | Phẳng | 14 (87,5%) | 2 (20,0%) | 2 (66,7%) | 5 (45,5%) | 23 (57,5%) | |
| Sắc tố bề mặt | Có | 0 (0%) | 1 (10,0%) | 0 (0%) | 1 (9,1%) | 2 (5%) | 0,591 |
| | Không | 16 (100,0%) | 9 (90,0%) | 3 (100%) | 10 (90,9%) | 38 (95%) | |
| Sang thương vệ tinh | Có | 0 (0%) | 6 (60%) | 0 (0%) | 1 (9,1%) | 7 (17,5%) | <0,001 |
| | Không | 16 (100%) | 4 (40%) | 3 (100%) | 10 (90,9%) | 33 (82,5%) | |
| Thâm nhiễm đa ổ | Có | 2 (12,5%) | 4 (40%) | 0 (0%) | 2 (18,2%) | 8 (20,0%) | 0,279 |
| | Không | 14 (87,5%) | 6 (60%) | 3 (100%) | 9 (81,8%) | 32 (80,0%) | |
| Bờ thâm nhiễm | Lông vũ | 1 (6,3%) | 6 (60%) | 0 (0%) | 3 (27,3%) | 10 (25,0%) | 0,014 |
| | Bờ rõ | 15 (93,8%) | 4 (40%) | 3 (100%) | 8 (72,7%) | 30 (75,0%) | |
| Nhuẩn nhu mô | Có | 16 (100%) | 10 (100%) | 3 (100%) | 10 (90,9%) | 39 (97,5%) | 0,439 |
| | Không | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (9,1%) | 1 (2,5%) | |
| Kích thước thâm nhiễm | Nhỏ | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0,379 |
| | Vừa | 0 (0%) | 1 (10,0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (2,5%) | |
| | Lớn | 16 (100%) | 9 (90,0%) | 3 (100%) | 10 (90,9%) | 39 (97,5%) | |
| Thâm nhiễm dạng vòng | Có | 6 (37,5%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 3 (27,3%) | 9 (22,5%) | 0,112 |
| | Không | 10 (62,5%) | 10 (100%) | 3 (100%) | 8 (72,7%) | 31 (77,5%) | |
| Mủ tiền phòng | Có | 3 (18,8%) | 2 (20%) | 0 (0%) | 3 (27,3%) | 8 (20,0%) | 0,771 |
| | Không | 13 (81,3%) | 8 (80%) | 3 (100%) | 8 (72,7%) | 32 (80,0%) | |
| Mức độ mủ tiền phòng | Nhiều | 1 (33,3%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 1 (2,5%) | 0,385 |
| | Ít | 2 (66,7%) | 2 (0%) | 0 (0%) | 3 (100%) | 7 (17,5%) | |
| Màng xuất tiết sau giác mạc | Có | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | - |
| | Không | 16 (100%) | 10 (100%) | 3 (100%) | 11 (100%) | 40 (100%) | |
| Phân độ | Nhẹ | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | - |
| | Vừa | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | |
| | Nặng | 16 (100%) | 10 (100%) | 3 (100%) | 11 (100%) | 40 (100%) | |

Nghiên cứu ghi nhận các đặc điểm chung của ổ VLGM ở cả 2 tác nhân vi khuẩn và nấm là các sang thương tập trung ở trung tâm giác mạc (với tỷ lệ trung tâm: chu biên là 2,2 : 1,0), hầu hết các trường hợp có mức độ thâm nhiễm sâu với bề mặt ổ loét giác mạc gỗ, thường có nhuyễn nhu mô giác mạc với ổ loét rộng hơn 6 mm và đều ít ghi nhận tỷ lệ hiện diện sắc tố trên bề mặt ổ loét cũng như ít khi có mủ tiền phòng hay các màng xuất tiết sau giác mạc. Riêng nhóm nấm, đặc điểm thường gặp khá đặc trưng là sang thương vệ tinh và tình trạng thâm nhiễm đa ổ. Chúng tôi ghi nhận sang thương vệ tinh 60% trường hợp VLGM do nấm và 9,1% VLGM do đa tác nhân. Có 4 đặc điểm giúp hướng đến chẩn đoán tác nhân VLGM do nấm gồm: bề mặt ổ loét gỗ ($p=0,005$), bờ lông vũ ($p=0,014$), sang thương vệ tinh ($p=0,001$) và vị trí trung tâm ($p=0,027$).

IV. BÀN LUẬN

Chẩn thương được ghi nhận là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất trong nghiên cứu với 34 ca, chiếm 85,0% trường hợp. So với các nghiên cứu thực hiện ở các quốc gia ở Châu Á có điều kiện

khí hậu và cơ cấu kinh tế tương tự [5, 6] kết quả này là hoàn toàn phù hợp. Về các đặc điểm chung của ổ VLGM ở cả 2 tác nhân vi khuẩn và nấm là các sang thương tập trung ở trung tâm giác mạc (với tỷ lệ trung tâm: chu biên là 2,2 : 1,0), hầu hết các trường hợp có mức độ thâm nhiễm sâu với bề mặt ổ loét giác mạc gỗ, thường có nhuyễn nhu mô giác mạc với ổ loét rộng hơn 6 mm và đều ít ghi nhận tỷ lệ hiện diện sắc tố trên bề mặt ổ loét cũng như ít khi có mủ tiền phòng hay các màng xuất tiết sau giác mạc

Riêng nhóm nấm, đặc điểm thường gặp khá đặc trưng là sang thương vệ tinh và tình trạng thâm nhiễm đa ổ. Chúng tôi ghi nhận sang thương vệ tinh 60% trường hợp VLGM do nấm và 9,1% VLGM do đa tác nhân (các trường hợp VLGM đa tác nhân có biểu hiện sang thương vệ tinh thì một trong các tác nhân này là nấm); Không ghi nhận trường hợp nào nhóm tác nhân vi khuẩn và virus. Thâm nhiễm đa ổ cũng khá thường gặp ở nhóm nấm, nhưng không đặc trưng như sang thương vệ tinh. VLGM biểu hiện bằng nhiều ổ thâm nhiễm thường gặp nhất là do nấm (40,0%), ít gặp trong VLGM do vi khuẩn

(12,5%). Về hình dáng bờ thâm nhiễm, nhóm tác nhân do nấm hay có kèm nấm có tỷ lệ bờ thâm nhiễm dạng lông vũ nhiều nhất; Nhóm tác nhân vi khuẩn thường là dạng vòng. Điều này là phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Theo Jongkhajornpong (2019) những đặc điểm tại ổ loét gợi ý nấm gồm thâm nhiễm sâu, bờ lông vũ, sang thương vệ tinh và mảng xuất tiết sau giác mạc [7]. Theo Trần Ngọc Huy (2020) ghi nhận những đặc điểm này bao gồm: thời gian khởi phát từ 4 ngày trở lên, bề mặt ổ loét khô, không nhuyễn nhu mô, thâm nhiễm rộng, bờ lông vũ, sang thương vệ tinh, thâm nhiễm đa ổ và mảng xuất tiết sau giác mạc [8].

Như vậy, chúng tôi ghi nhận có 4 đặc điểm giúp hướng đến chẩn đoán tác nhân VLGM do nấm gồm: bề mặt ổ loét gồ (p=0,005), bờ lông vũ (p=0,014), sang thương vệ tinh (p=0,001) và vị trí trung tâm (p=0,027). Mặc dù không có triệu chứng lâm sàng nào có thể chẩn đoán xác định nhưng khi phối hợp nhiều đặc điểm bệnh sử và hình ảnh lâm sàng có thể giúp định hướng chẩn đoán sớm VLGM do nấm. Nhưng cũng cần chú ý, trước một trường hợp lâm sàng phù hợp với chẩn đoán VLGM do nấm thì bác sĩ cần thận trọng loại trừ khả năng đồng nhiễm nấm - vi khuẩn [9].

V. KẾT LUẬN

Các đặc điểm lâm sàng giúp hướng đến chẩn đoán viêm loét giác mạc do nấm: bề mặt ổ loét gồ, bờ lông vũ, sang thương vệ tinh và vị trí trung tâm. Các nghiên cứu đánh giá chuyên sâu cần được tiến hành để hỗ trợ tốt hơn trong hoạt

động chẩn đoán xác định nguyên nhân ngay từ lúc nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Anh Tâm (2008), "Nghiên cứu tình hình viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong 10 năm (1998 – 2007)", Luận văn thạc sĩ Y học chuyên ngành Nhãn Khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Ting D S J, et al (2021), "Infectious keratitis: an update on epidemiology, causative microorganisms, risk factors, and antimicrobial resistance", Eye (Lond), 35(4): pp.1084-1101.
3. Soleimani M, et al (2021), "Infectious keratitis: trends in microbiological and antibiotic sensitivity patterns", Eye (Lond), 35(11): pp.3110-3115.
4. Phạm Ngọc Đông. Đặc điểm viêm loét giác mạc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Mắt Trung Ương. Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học. 2007
5. Khor W B, et al (2018), "The Asia Cornea Society Infectious Keratitis Study: A Prospective Multicenter Study of Infectious Keratitis in Asia", Am J Ophthalmol, 195: pp.161-170.
6. Chidambaram J D, et al (2018), "Epidemiology, risk factors, and clinical outcomes in severe microbial keratitis in South India", Ophthalmic Epidemiol, 25(4): pp.297-305.
7. Jongkhajornpong P, et al (2019), "Predicting factors and prediction model for discriminating between fungal infection and bacterial infection in severe microbial keratitis", PLoS One, 14(3): pp.e0214076.
8. Trần Ngọc Huy (2020), "Khảo sát tác nhân viêm loét giác mạc nhiễm trùng tại bệnh viện mắt thành phố Hồ Chí Minh", Luận văn thạc sĩ Y học chuyên ngành Nhãn khoa, Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.
9. Fernandes M, et al (2015), "Comparison Between Polymicrobial and Fungal Keratitis: Clinical Features, Risk Factors, and Outcome", Am J Ophthalmol, 160(5): pp.873-881.a

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA GÂY XƯƠNG ĐỐT SỐNG TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI BỊ LOÃNG XƯƠNG

Trương Trí Khoa¹, Nguyễn Thanh Huân¹, Nguyễn Đức Công²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, X quang và các yếu tố liên quan của gãy xương đốt sống trên người cao tuổi bị loãng xương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 296 bệnh nhân ≥ 60 tuổi bị loãng

xương điều trị tại khoa Nội cơ xương khớp, khoa Ngoại thần kinh và phòng khám Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023. Đối tượng nghiên cứu được ghi nhận triệu chứng lâm sàng, đặc điểm trên X quang cột sống ngực - thắt lưng, kết quả mật độ xương cùng các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Đối tượng có gãy xương đốt sống thường gặp đau lưng (71,8% so với 11,8%, p < 0,001) với đa số có điểm VAS 4 – 6 (46,8%), mất chiều cao (61,8% so với 2,2%, p < 0,001), gù lưng (66,4% so với 2,7%, p < 0,001) so với nhóm không gãy xương đốt sống. Trên X quang, số lượng đốt sống bị gãy là 2 (1 – 2), vị trí thân sống thường gãy nhất là từ T12 đến L2, thường gặp kiểu gãy hình chêm (74,5%) và gãy mức độ nặng (82,7%). Khi thực hiện hồi quy logistic đa biến, các yếu tố liên

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huannnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.6.2023