

hướng tăng/giảm tổng doanh thu. Lợi nhuận sau thuế của Khu ĐTYC có xu hướng tăng mạnh và ổn định ở giai đoạn đầu mới hoạt động, lợi nhuận giai đoạn 2015 – 2021 đạt 68.999 trđ. Yếu tố bên ngoài ảnh hưởng lớn đến kết quả tài chính là yếu tố chính sách xã hội hoá. Bên cạnh yếu tố cấu trúc có tác động tương đối rõ, các yếu tố bên trong còn lại gồm yếu tố vận hành, yếu tố quản lý chiến lược và yếu tố nhân lực có mức ảnh hưởng tương đương và tác động đan xen đối với kết quả hoạt động tài chính.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nghị quyết số 93/NQ-CP của Chính phủ:** Về một số cơ chế, chính sách phát triển y tế [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. Available from: <https://vanban.chinhphu.vn/default.aspx?pageid=27160&docid=178035>
2. **Khu Điều trị theo yêu cầu.** Quy chế tổ chức và hoạt động. 2020.
3. Ủy ban nhân dân tỉnh Tiền Giang. Quyết định số 1000/QĐ-UBND, ngày 13/04/2018 phê duyệt Đề án xã hội hóa Khu Điều trị theo yêu cầu và kỹ thuật cao. 2018.
4. **Nghị định 43/2006/NĐ-CP quyền tự chủ,** tự chịu trách nhiệm thực hiện nhiệm vụ, tổ chức bộ máy, biên chế tài chính đối với đơn vị sự nghiệp công lập [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. Available from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/Bo-may-hanh-chinh/Nghi-dinh-43-2006-ND-CP-quyen-tu-chu-tu-chiu-trach-nhiem-thuc-hien-nhiem-vu-to-chuc-bo-may-bien-che-tai-chinh-doi-voi-don-vi-su-nghiep-cong-lap-11313.aspx>
5. **Nguyễn Thị Ngọc Uyên.** Kết quả hoạt động tài chính và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2014 – 2018.
6. **Nguyễn Thị Tuyên Linh.** Đánh giá kết quả một số hoạt động tài chính của Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang giai đoạn 2009 – 2013. Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện; 2014.
7. **Nguyễn Thị Nhạn.** Hiệu quả hoạt động thu chi tài chính tại Trung tâm dịch vụ y tế Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa giai đoạn 2014-2016. Trường Đại Học Tế Công Cộng. 2017;
8. **Phạm Văn Thịnh.** Thực trạng tự chủ tài chính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai giai đoạn 2015 – 2019. Trường Đại Học Tế Công Cộng. 2020;
9. **Ms NO, Ai E.** Organizational and Environmental Factors Associated with Hospital Financial Performance: A Systematic Review. J Health Care Finance [Internet]. 2016 Nov 28 [cited 2022 Mar 8];43(2). Available from: <http://www.healthfinancejournal.com/~junland/index.php/johcf/article/view/100>

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG XEP THÂN ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Thế Điệp<sup>1</sup>, Vũ Văn Tú<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng xẹp thân đốt sống do loãng xương tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 37 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là xẹp thân đốt sống do loãng xương tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Xẹp đốt sống do loãng xương hay gặp ở nữ hơn nam giới, với tỷ lệ nữ/nam là 29/8. Bệnh gặp chủ yếu gặp ở người cao tuổi, tỷ lệ bệnh nhân từ 60 - 80 tuổi chiếm 75,7%. Đau âm ỉ tại chỗ chiếm 13,5%, đau dữ dội chiếm 86,5%; gù vẹo chiếm 21,6%. Có 78,6% trường hợp tổn thương 1 đốt, 21,4% trường hợp tổn thương ≥ 2 đốt. Với 42 đốt sống, có 61,9% đốt xẹp hình chêm, 26,2% đốt lõm 2 mặt, 11,9% lùn ép thân đốt sống. **Kết luận:** Xẹp đốt sống do loãng xương hay

gặp ở nữ và chủ yếu gặp ở người cao tuổi. Lâm sàng thường gặp đau dữ dội và gù vẹo cột sống. Trên phim chụp đa số tổn thương 1 đốt. Với phần lớn là xẹp hình chêm. - **Từ khóa:** Xẹp thân đốt sống, loãng xương; lâm sàng, cận lâm sàng

#### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF THE COLLAPSED VERTEBRAL DUE TO OSTEOPOROSIS AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics of the collapsed vertebral due to osteoporosis at Thai Binh general hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 37 patients with confirmed diagnosis of vertebral collapse due to osteoporosis at Thai Binh General Hospital from January to December 2020. **Results:** Osteoporotic was more common in women than men, with female/male ratios, were 29/8. It accounts for the highest proportion in patients aged 60 - 80 years, accounting for 75.7%. Symptoms of local dull pain accounted for 13.5%, severe pain was 86.5%; humpback was 21.6%. There were 78.6% cases of 1-segment lesions, and 21.4% of cases of ≥2-segment lesions. Among 42 vertebrae, there are 61.9% wedge-

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

shaped vertebrae, 26.2% bilateral concave vertebrae, and 11.9% dwarfism compressing the vertebral. **Conclusion:** Vertebral collapse due to osteoporosis is common in women and the elderly. Clinically, severe pain and kyphosis were common. On radiographs, most lesions were stage 1. With mostly wedge-shaped collapses. **Keywords:** Collapsed vertebral; osteoporosis; clinical and subclinical characteristics

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Theo Tổ chức y tế thế giới: “Loãng xương là bệnh được đặc trưng bởi sự giảm khối xương, tổn hại đến vi cấu trúc của mô xương dẫn đến giòn xương và nguy cơ gãy xương tăng”[1]. Loãng xương là một bệnh lý phổ biến ở người cao tuổi, chỉ xếp sau các bệnh lý tim mạch, nữ gặp nhiều hơn nam và là nguyên nhân chính gây ra gãy xương ở phụ nữ sau mãn kinh và người già [2].

Gãy xương do loãng xương hay gặp ở các vị trí xương xốp như: xương cột sống, cổ xương đùi, đầu dưới xương quay. Gãy xẹp thân đốt sống do loãng xương là một bệnh lý phổ biến hiện nay ở nhiều nước trên thế giới, ngày càng có xu hướng gia tăng và trở thành gánh nặng cho y tế cộng đồng. Xẹp thân đốt sống (XDS) do loãng xương thường gây đau lưng dai dẳng, hạn chế vận động ở các mức độ khác nhau. Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến các di chứng như gù cột sống, trượt đốt sống, thậm chí liệt hoàn toàn. Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình có rất nhiều bệnh nhân bị XDS và bước đầu điều trị có được kết quả tốt. Xuất phát từ tính thời sự và cấp thiết chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng xẹp thân đốt sống do loãng xương tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình*” nhằm nâng cao chất lượng điều trị loại tổn thương này.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm 37 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là xẹp thân đốt sống do loãng xương tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2020.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân ≥ 60 tuổi
- Giới: cả nam và nữ
- Đau lưng tương ứng với vị trí đốt sống bị xẹp
- Bệnh nhân xẹp thân đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương, có hoặc không có yếu tố chấn thương kèm theo (chấn thương trong vòng 15 ngày đầu), T-score < -2,5.
- Trên MRI có hình ảnh phù nề thân đốt sống tương ứng.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Hồ sơ không ghi đầy đủ, rõ ràng.
- Xẹp thân đốt sống cũ, xẹp thân đốt sống không do loãng xương: u máu đốt sống, đa u tủy xương, di căn đốt sống, lao...
- Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp mô tả tiến cứu, theo dõi dọc, không có nhóm chứng.

**2.2.2. Phương pháp chọn cỡ mẫu:** Chúng tôi chọn cỡ mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 37)**

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	8	21,6
	Nữ	29	78,4
Tuổi	Dưới 60 tuổi	1	2,7
	Từ 61 đến 70 tuổi	15	40,6
	Từ 71 đến 80 tuổi	13	35,1
	Từ 81 tuổi trở lên	8	21,6

Đa số bệnh nhân nữ chiếm 78,4%. Hai nhóm tuổi có tỷ lệ bệnh nhân cao là: tuổi 61-70 chiếm 40,6% và 71-80 chiếm 35,1%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.2: Đặc điểm bệnh loãng xương của đối tượng nghiên cứu (n = 37)**

Đặc điểm bệnh		Số BN	Tỷ lệ (%)
Thời điểm phát hiện loãng xương	Từ trước	11	29,7
	Đợt này	26	70,3
Điều trị loãng xương trước đó (n=11)	Có	7	63,6
	Không	4	36,4
Mức độ điều trị loãng xương (n=7)	Điều trị thường xuyên	2	28,6
	Thỉnh thoảng	5	71,4
Thời gian diễn biến bệnh	Dưới 1 tuần	14	37,8
	8 - 30 ngày	16	43,2
	31 - 60 ngày	5	13,5
	> 60 ngày	2	5,5

Bệnh nhân phát hiện loãng xương trong đợt này chiếm 70,3%. Có 7/11 bệnh nhân được điều trị loãng xương trước đó, có 2 bệnh nhân điều trị loãng xương thường xuyên theo phác đồ của bác sĩ, 2 bệnh nhân diễn biến bệnh trên 60 ngày.

**Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan đến xẹp thân đốt sống do loãng xương (n = 37)**

Tiền sử liên quan	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Tiền sử	Sử dụng thuốc corticoid	2	5,4

	Hút thuốc	4	10,8
	Uống rượu	5	13,5
	Bệnh khác	14	37,8
	Không nguy cơ	12	32,5
<b>Tiền sử chấn thương</b>	Cũ	3	8,1
	Mới	20	54,1
	Không chấn thương	14	37,8

37,8% bệnh nhân mắc bệnh lý phổi hợp, bệnh nhân có yếu tố chấn thương chiếm 54,1%.

**Bảng 3.4. Quá trình diễn biến lâm sàng (n=37)**

Diễn biến lâm sàng		Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau tại chỗ	Âm ỉ	5	13,5
	Dữ dội	32	86,5
Hạn chế vận động	Không đi lại	11	29,7
	Không đứng	2	5,4
	Không ngồi	24	64,9
Biến dạng cột sống	Gù	1	2,7
	Vẹo	7	18,9
	Không	29	78,4
Hạn chế hô hấp	Có	1	2,7
	Không	36	97,3
Rối loại tiểu tiện	Có	1	2,7
	Không	36	97,3
Dùng thuốc giảm đau	Không đỡ	14	37,9
	Đỡ ít	18	48,6
	Không dùng thuốc	5	13,5

Đa số các bệnh nhân đau tại chỗ dữ dội (86,5%); vận động không ngồi (64,9%); phần lớn bệnh nhân không bị biến dạng cột sống (78,4%); không bị hạn chế hô hấp (97,3%) 37,9% bệnh nhân dùng thuốc giảm đau không đỡ.

**3.3. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 3.5. Số lượng đốt xẹp thân đốt sống dựa trên MRI**

Số lượng	Số đốt xẹp	Tỷ lệ (%)
<b>Số đốt mới bị tổn thương (n =42)</b>		
1 đốt	33	78,6
≥ 2 đốt	9	21,4

Đa số bệnh nhân có 1 đốt sống mới bị tổn thương (78,6%)

**Bảng 3.6. Phân loại xẹp thân đốt sống trên X quang**

Phân loại XTĐS		Số đốt xẹp (n=42)	Tỷ lệ (%)
<b>Phân loại Kanis</b>	Hình chêm	26	61,9
	Lõm 2 mặt	11	26,2
	Lùn ép thân ĐS	5	11,9
<b>Phân loại Genant</b>	Nhẹ 20-25%	14	33,3
	Trung bình 25-40%	18	42,9
	Nặng >40%	10	23,8

Xẹp đốt sống cho thấy phần lớn là xẹp hình chêm (61,9%).

**Bảng 3.7. Đặc điểm về đốt sống bị tổn thương dựa trên MRI**

Đặc điểm đốt xẹp trên MRI	Số đốt xẹp (n=42)	Tỷ lệ (%)
Đường nứt gãy trong ĐS	17	40,4
Khí trong ĐS	4	9,5

Trong 42 đốt sống mới tổn thương, chỉ có 4 đốt sống có khí trong thân đốt.

**Bảng 3.8. Hình thái đốt tổn thương dựa trên CT scanner**

Tổn thương trên CT scanner	Số đốt xẹp (n=42)	Tỷ lệ (%)
XTĐS đơn thuần	26	61,9
Hủy tường trước	10	23,8
Hủy tường sau	5	11,9
Tổn thương cường phải	1	2,3

XĐS đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (61,9%)

**\*Điểm T-score của đôi tượng nghiên cứu.** Điểm T-score trung bình của bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu là  $-3,6 \pm 1,1$  điểm. Khi T-Score <  $-2,5$ , kèm theo xẹp đốt sống được chẩn đoán là loãng xương nặng. Loãng xương nặng là yếu tố gây nguy cơ xẹp đốt sống cao hơn và xẹp ở mức độ nặng hơn.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung**

**Tuổi:** 37 bệnh nhân bị XĐS do LX. Trong đó, nhóm bệnh nhân từ 61 - 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (40,6%), Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự Jung-Hoon Lee [1] và Võ Văn Nho [2]. Loãng xương là bệnh lý đặc trưng ở quần thể người cao tuổi. Nguyên nhân là do giảm chức năng tạo cốt bào, mất cân bằng giữa tạo xương và hủy xương, tạo nên những cân bằng âm tại vị trí mật xương. Vì vậy làm cho vỏ xương bị mỏng đi, liên kết giữa các bó xương bị đứt gãy do hậu quả của sự thiếu hụt nhiều yếu tố kích thích tạo xương, gián tiếp làm các yếu tố kích thích hủy xương tăng lên. Đồng thời có sự giảm hấp thu calci ở ruột, giảm tái hấp thu calci ở ống thận, dẫn tới cường cận giáp thứ phát do đó tăng bài tiết calci qua nước tiểu, gây mất chất khoáng toàn thể cả xương xốp và xương đặc

**Giới:** Đa số người bệnh là nữ giới, chiếm tỷ lệ 78,4%. Kết quả tương đồng so với Nghiên cứu của Jan Van Meirhaeghe [3] và Trịnh Văn Cường [4]. Nhìn chung, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ loãng xương xẹp đốt sống ưu thế ở giới nữ cao hơn so với nam. Nguyên nhân được cho là ở nữ giới chủ yếu do thiếu hụt estrogen, ngoài ra có sự giảm tiết PTH, tăng thải calci qua nước tiểu. Loãng xương thường gặp ở phụ nữ 50-60 tuổi đã mãn kinh hoặc cắt bỏ buồng trứng khoảng 5-15 năm.

## 4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

### 4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

*\*Đặc điểm bệnh loãng xương trước XDS.*

Trong 37 bệnh nhân nghiên cứu, hỏi về diễn biến bệnh LX từ trước cho đến thời điểm phát hiện XDS, chỉ có 11/37 bệnh nhân phát hiện LX trước đó. Con số này cho thấy tính thầm lặng và nguy hiểm của bệnh LX. Khối xương của người bệnh bị mất đi một cách từ từ, kín đáo qua nhiều năm, dường như không có triệu chứng nào báo hiệu trước. Đến một ngày một biến cố xảy ra sau một tai nạn rất nhẹ (ví như trượt chân ngã ngồi...) hoặc đau lưng dữ dội mà không có bất cứ nguyên nhân chấn thương nào. Lúc này đột sống đã bị xẹp vỡ, gây đau lưng dữ dội, làm giảm hoặc mất chức năng vận động của người bệnh ngay lập tức. Chúng tôi phân tích thấy trong 11 bệnh nhân phát hiện LX trước XDS thì chỉ có 7 bệnh nhân được điều trị LX từ trước và chỉ có 2 bệnh nhân điều trị thường xuyên, bài bản.

*\*Yếu tố nguy cơ xẹp đốt sống do loãng xương.* Qua thống kê các yếu tố nguy cơ của 37 bệnh nhân, chúng tôi phát hiện 5,4% bệnh nhân có tiền sử sử dụng corticoid kéo dài, 10,8% tiền sử hút thuốc và 37,8% tiền sử bệnh khác. Mặc dù tỷ lệ yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp, tuy nhiên đây là những yếu tố nguy cơ đã được khẳng định có quan hệ chặt chẽ với bệnh lý LX. Sử dụng corticoid kéo dài làm tăng nguy cơ LX và gãy xương. Theo Jame S.H corticoid như là một yếu tố nguy cơ gây XDS mới [6]. Cơ chế có thể do việc sử dụng corticoid gây hạn chế hình thành xương, giảm sự lắng đọng canxi bên trong thân đốt hoặc do sự giảm lượng tế bào tạo xương. Ngoài ra, nhiều nghiên cứu khác đều cho rằng tiền sử sử dụng corticoid mãn tính làm tăng nguy cơ XDS thứ phát sau bơm cement có bóng.

*\*Triệu chứng lâm sàng.* Đau lưng tương ứng tại vị trí đốt sống bị xẹp là triệu chứng chủ yếu bệnh nhân phải đến viện điều trị và chỉ định bơm cement. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện đau lưng ở các mức độ khác nhau. 86,5% bệnh nhân đau lưng dữ dội, không thể chịu đựng được, còn 13,5% bệnh nhân đau lưng âm ỉ. Mức độ đau có liên quan chặt chẽ với cơ chế gây đau. Khi đốt sống bị xẹp các bề xương bị vỡ, kích thích vào các đầu tận cùng thần kinh nằm trong xoang đốt sống, được phân bố ở 1/3 trước thân đốt sống gây đau cho người bệnh.

Những bệnh nhân XDS do bị chấn thương cột sống thường có biểu hiện đau lưng dữ dội, ngay lập tức có thể mất chức năng vận động,

không thể ngồi, đứng, thậm chí không thể đi lại được do đau. Trái lại, những bệnh nhân XDS đơn thuần không có yếu tố chấn thương kèm theo, thường đau âm ỉ kéo dài và vẫn có thể đi lại được mức độ vừa phải. Việc bệnh nhân rối loạn chức năng vận động chủ yếu là do đau lưng dữ dội, chứ không liên quan đến các tổn thương thần kinh do XDS. Để giải thoát triệu chứng đau các bệnh nhân thường tự điều trị bằng thuốc giảm đau hoặc nhận được điều trị nội khoa ở các cơ sở y tế. 76,5% bệnh nhân của chúng tôi được uống thuốc giảm đau trước đó.

LX gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới chất lượng cuộc sống, chức năng cơ thể, sức khỏe tâm thần và sức sống của người bệnh. Những hậu quả này là do biến dạng cột sống nghiêm trọng và do chính bản thân triệu chứng đau lưng gây nên. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân bị gù cột sống, 7 bệnh nhân vẹo cột sống, 1 bệnh nhân bị hạn chế hô hấp và 1 bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện kèm theo

### 4.2.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

*\* Phân loại xẹp đốt sống.* Chúng tôi nghiên cứu trên X quang 42 đốt sống bị xẹp mới và tổn thương XDS hình chêm là hay gặp hơn cả trong nhóm nghiên cứu. Điều này có thể được giải thích như sau: cấu trúc bề xương ở phía trước của thân đốt sống yếu hơn ở phía sau, trong khi đó trọng tâm của cơ thể lại rơi ở phía trước cột sống, do đó phần trước của thân đốt sống chịu lực nhiều hơn phần sau. Phim MRI, phát hiện 17/42 đốt sống có đường nứt. Những đốt sống có đường nứt trong thân đốt sống thường gặp trong nhóm bệnh nhân LX chấn thương cột sống. Những đốt sống có khí trong thân đốt là báo hiệu sớm của gãy xương không liền.

*\*Tình trạng đốt sống bị tổn thương.* CT scanner cột sống của 42 đốt xẹp mới có 61,9% trường hợp XDS đơn thuần, đa số bệnh nhân XDS đơn thuần nằm trong nhóm không có yếu tố chấn thương kèm theo. Do xương bị loãng và trở nên yếu, các bề xương bị gãy tự nhiên làm lún xẹp đốt sống mà không tạo nên các đường gãy có ý nghĩa trên phim CT scanner. Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương một phần tương sau đốt sống chiếm khá cao (11,9%). Dạng tổn thương này thường ở mức vừa phải, không chèn ép nhiều vào tủy sống và không gây thiếu hụt thần kinh trên lâm sàng.

*\*Mức độ loãng xương của bệnh nhân.* Thông qua đo MDX của 37 bệnh nhân chúng tôi thu được điểm T-Scores trung bình là  $-3,6 \pm 1,1$ , giao động từ  $-2,7$  đến  $-6,7$ . MDX trung bình trong 74 bệnh nhân nghiên cứu của Michael

Stoffel là  $-3.6 \pm 0,2$ . Tuy nhiên theo nhiều tác giả việc định nghĩa LX dựa vào chỉ số T-scores lại tạo ra một sự đơn giản hóa quá mức. Phần lớn bệnh nhân gãy xương do chấn thương nhẹ không có T-Scores nằm trong khu vực LX. Ngược lại, nhiều người có T-Scores thấp lại không gãy xương. Điều này càng nhấn mạnh T-Scores chỉ giúp ước chừng nguy cơ tương đối, chứ không phải nguy cơ tuyệt đối.

## V. KẾT LUẬN

Xẹp đốt sống do loãng xương hay gặp ở nữ và chủ yếu gặp ở người cao tuổi. Lâm sàng thường gặp đau dữ dội và gù vẹo cột sống. Trên phim chụp đa số tổn thương 1 đốt với phần lớn là xẹp hình chêm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jeong-Taik Kwon M.D, Jung-Hoon Lee M.D., Young-Baeg Kim M.D, et al** (2007), "Segmental Deformity Correction after Balloon Kyphoplasty in the Osteoporotic Vertebral Compression Fracture", J Korean Neurosurg Soc. 42(5), p:371-376.
2. **Võ Văn Nho và cộng sự** (2012), Tạo hình thân đốt sống bằng phương pháp bơm cement sinh học qua da trong điều trị đau do xẹp đốt sống ở bệnh nhân loãng xương", Hội nghị khoa học thường niên lần thứ VII, Hội loãng xương thành phố Hồ Chí Minh, ngày 11 tháng 8 năm 2012, Bộ Y tế, tr.25-32.
3. **Fribourg D, Tang C, Sra P, et al** (2004), "Incidence of subsequent vertebral fracture after kyphoplasty", Spine Journal. 29(20), p:2270-2276.
4. **Trịnh Văn Cường và Nguyễn Quốc Bảo** (2017), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị xẹp đốt sống do loãng xương bằng bơm cement sinh học qua da", Y học thành phố Hồ Chí Minh. 21(6), tr.213-217.
5. **Đỗ Mạnh Hùng Nguyễn Văn Thạch** (2016), "Kết quả điều trị tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương", Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam. Số đặc biệt, 42-49.
6. **Gasbarrini A, Ghermandi R, et al** (2017), "Elastoplasty as a promising novel technique vertebral augmentation with an elastic silicone-based polymer", Acta Orthop Traumatol Turc, 51(3), 209-214.

# THOÁT VỊ HOÀNH SAU BÊN VỚI THẬN LÊN LỒNG NGỰC TÁI PHÁT Ở TRẺ EM: NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP

**Tô Mạnh Tuấn<sup>1</sup>, Vũ Thanh Tú<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Khôi<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Linh<sup>1</sup>, Phạm Thanh Tùng<sup>1</sup>, Phạm Duy Hiền<sup>1</sup>**

## TÓM TẮT

Thoát vị Bochdalek là một bất thường bẩm sinh với tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao được đặc trưng bởi sự di chuyển của các cơ quan ổ bụng vào khoang ngực thông qua một khiếm khuyết cơ hoành. Vị trí trong lồng ngực của các cơ quan trong ổ bụng như thận là rất hiếm, với tỷ lệ được báo cáo chỉ là 0,25% trong y văn. Ở đây, chúng tôi trình bày hai trường hợp thoát vị Bochdalek tái phát với thận lạc chỗ trong lồng ngực đã được sửa chữa bằng cách đặt tấm lưới bằng phẫu thuật nội soi. Không có biến chứng nào được quan sát thấy trong, sau mổ và theo dõi 2 năm.

## SUMMARY

### RECURRENT OF THE RIGHT SIDE BOCHDALEK HERNIA WITH INTRATHORACIC KIDNEY IN CHILDREN: TWO CASE REPORTS

Bochdalek hernia is a congenital abnormality with

high morbidity and mortality characterized by passage of the abdominal organs into the thoracic cavity through a diaphragmatic defect. Intrathoracic location of abdominal organs such as kidneys is very rare, with a reported incidence of only 0.25% in the literature. Herein, we present two cases of recurrent Bochdalek hernia with intrathoracic renal ectopia that was repaired using mesh placement by laparotomy. No complications were observed during the postoperative period, and 2-year follow-up.

**Keywords:** Bochdalek hernia, Intrathoracic ectopic kidney, Recurrence

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hoành sau bên (Bochdalek Hernia/ BH) là thoát vị hoành bẩm sinh thường gặp trong Nhi khoa, được nhà giải phẫu học Bochdalek mô tả lần đầu năm 1848. Tổn thương chủ yếu ở trẻ trai, với các tạng trong ổ bụng thoát vị vào lồng ngực qua lỗ sau bên, chèn ép phổi bên bệnh từ thời kỳ bào thai. Tỷ lệ mắc bệnh 1-5/ 10000 trẻ sinh sống, với tổn thương bên trái chiếm 80%, bên phải chiếm 19% và 1% tổn thương cả 2 bên. Có đến 40% BH có tổn thương phổi hợp. Tỷ lệ tử vong của BH được mổ chữa từ 20-30% [1] [2] [3].

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Tú

Email: dranhtubca@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023