

thêm số lượng người bệnh và thời gian theo dõi để đánh giá chất lượng cuộc sống của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hulscher JB, Tijssen JG, Obertop H, van Lanschot JJ.** Transthoracic versus transhiatal resection for carcinoma of the esophagus: a meta-analysis. *Ann Thorac Surg.* 2001 Jul;72(1):306–13.
2. **Otsuka K, Murakami M, Goto S, Ariyoshi T, Yamashita T, Saito A, et al.** Minimally invasive esophagectomy and radical lymph node dissection without recurrent laryngeal nerve paralysis. *Surg Endosc.* 2020 Jun;34(6):2749–57.
3. **Viet Trung Lam.** Kết quả sớm của phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng với nạo hạch 3 vùng điều trị ung thư thực quản. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh* 2018;22(1):1; 2018.
4. **Phạm Đức Huân.** Nghiên Cứu Điều Trị Phẫu Thuật Ung Thư Thực Quản Ngực. Luận Án Tiến Sĩ Học. 2003;
5. **Nguyễn Xuân Hòa.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Thực Quản và Nạo Vết Hạch Rộng Hai Vùng (Ngực - Bụng) Trong Điều Trị Ung Thư Thực Quản. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
6. **Isono K, Sato H, Nakayama K.** Results of a nationwide study on the three-field lymph node dissection of esophageal cancer. *Oncology.* 1991;48(5):411–20.
7. **Nishihira T, Hirayama K, Mori S.** A prospective randomized trial of extended cervical and superior mediastinal lymphadenectomy for carcinoma of the thoracic esophagus. *Am J Surg.* 1998 Jan;175(1):47–51.
8. **Li B, Hu H, Zhang Y, Zhang J, Miao L, Ma L, et al.** Three-field versus two-field lymphadenectomy in transthoracic oesophagectomy for oesophageal squamous cell carcinoma: short-term outcomes of a randomized clinical trial. *Br J Surg.* 2020 May;107(6):647–54.
9. **Kato H, Watanabe H, Tachimori Y, Iizuka T.** Evaluation of neck lymph node dissection for thoracic esophageal carcinoma. *Ann Thorac Surg.* 1991 Jun;51(6):931–5.
10. **Ye K, Xu JH, Sun YF, Lin JA, Zheng ZG.** Characteristics and clinical significance of lymph node metastases near the recurrent laryngeal nerve from thoracic esophageal carcinoma. *Genet Mol Res GMR.* 2014 Aug 25;13(3):6411–9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH XEP ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG THẤP CÓ LOÃNG XƯƠNG NẶNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP BƠM CEMENT SINH HỌC CÓ BÓNG

Nguyễn Đình Đức¹, Đỗ Mạnh Hùng², Đinh Mạnh Hải³

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng được điều trị bằng phương pháp bơm cement sinh học có bóng. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 45 trường hợp xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng được điều trị bơm cement sinh học có bóng tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 4/1, tuổi trung bình 71.3 tuổi (44-93), 44.4% người bệnh có xẹp đốt sống cũ, 28.9% người bệnh có trượt đốt sống, 82.2% người bệnh có thoái hóa cột sống. Triệu chứng chính: đau đột ngột hoặc từ từ tại cột sống do chấn thương nhẹ hoặc tự nhiên kèm hạn chế vận động do đau. VAS trung bình 7.1 điểm (4-9), tổng số 52 đốt sống bị xẹp, vị trí tổn thương nhiều nhất ở L3 (31 đốt) chủ yếu lõm 2 mặt và lún ép thân đốt sống, T-score trung bình -3.5. **Kết luận:** Xẹp đốt sống thắt lưng thấp do loãng

xương chủ yếu ở bệnh nhân cao tuổi, nữ giới, có tiền sử xẹp đốt sống cũ, có tình trạng trượt đốt sống và thoái hóa cột sống kèm theo, khởi phát sau một chấn thương nhẹ hoặc tự nhiên, thường đau kéo dài, mức độ loãng xương nặng. **Từ khóa:** Xẹp đốt sống thắt lưng thấp, lâm sàng và cận lâm sàng.

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF LOWER LUMBAR OSTEOPOROTIC COMPRESSION FRACTURES TREATED BY PERCUTANEOUS KYPHOPLASTY

Objectives: Analyzing clinical, subclinical features of the patients was diagnosed lower lumbar osteoporotic vertebral compression fractures (LLOVCFs) was treated by percutaneous kyphoplasty (KP). **Methods:** Cross-sectional descriptive prospective study of 45 LLOCFs underwent KP in Viet Duc hospital from 7/2022 to 6/2023. **Result:** The female-male ratio is 4 with mean age of 71.3 (44-93 years old), the ratio of old compression fracture is 44.4%, 28.9% of patients have spondylolisthesis, 82.2% of patients have degenerative spine. The patients frequently presented with sudden or gradual onset of pain in proportion to VCFs because of light trauma or natural happening with decreasing of spinal mobility because of pain, the mean of VAS score is 7.1, L3 is the most in 52 new injured segments (31 segments), fracture type: flat-type fractures is the

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

highest ratio (50%), mean T-Score is -3.5. **Conclusion:** Lower lumbar osteoporotic vertebral compression fracture frequently present in elder woman underwent a light injury or have not reason, frequently prolonged pain and severe osteoporosis. The ratio of old compression fracture, spondylolisthesis and degenerative spine are high.

Keywords: Lower lumbar osteoporotic vertebral compression fracture, clinical and subclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh toàn thân, đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương trên một đơn vị thể tích, sức bền của xương bị suy giảm, dẫn đến việc xương bị ảnh hưởng dễ gãy. Các yếu tố nguy cơ gây loãng xương và gãy xương ngày càng tăng là tuổi tác, giới tính nữ, chủng tộc da trắng, cắt bỏ buồng trứng sớm, bất động kéo dài và sử dụng corticosteroid kéo dài.

Xẹp đốt sống là biến chứng phổ biến nhất của bệnh loãng xương, ảnh hưởng đến hơn 700.000 người Mỹ hàng năm. Xẹp đốt sống có thể dẫn đến đau mãn tính, biến dạng, giảm chiều cao, suy giảm các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, tăng nguy cơ loét tỉ đờ, viêm phổi và đau khổ tâm lý.

Có nhiều phương pháp khác nhau để điều trị XĐS do loãng xương, tùy theo nguyên nhân, mức độ tổn thương và biểu hiện lâm sàng. Trong nhiều phương pháp điều trị, điều trị tạo hình đốt sống qua da (THĐSQD) là phương pháp điều trị được lựa chọn nhiều nhất bởi tính an toàn và hiệu quả giảm đau nhanh mà nó mang lại.¹

Trong số các chấn thương cột sống vùng ngực thắt lưng, 50–60% ảnh hưởng đến vùng chuyển tiếp (T11 – L2), 25–40% ảnh hưởng đến cột sống ngực và 10–14% ảnh hưởng đến cột sống thắt lưng dưới và xương cụt. Xẹp đốt sống thường xảy ra ở đốt sống vùng bản lề ngực thắt lưng, bởi vì đó là vùng chuyển tiếp giữa vùng cố định và vùng di động, tổn thương xẹp đốt sống ngực cao và đốt sống thắt lưng thấp gặp trên lâm sàng với tỷ lệ ít hơn. Những trường hợp xẹp thân đốt sống thắt lưng thấp thường xảy ra ở những người bệnh loãng xương nặng, tuổi cao có tình trạng thoái hóa cột sống thắt lưng kèm theo và hầu như không có bất cứ một chấn thương nào cả.²

Ở Việt Nam đến thời điểm hiện tại tất cả nghiên cứu đang tập trung vào vùng ngực và bản lề ngực thắt lưng, chưa có bất cứ một nghiên cứu nào về xẹp đốt sống vùng thắt lưng thấp. Vì tính cấp thiết của vấn đề chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 45 bệnh nhân chẩn đoán xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng được tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng qua cứng tại khoa Phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả các bệnh nhân chẩn đoán xẹp đốt sống thắt lưng thấp được phẫu thuật tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học có bóng, đồng ý tham gia nghiên cứu và có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.4. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Các biến nghiên cứu. *Lâm sàng:* Tuổi (phân loại tuổi theo Cooper), giới, tiền sử bệnh nền, hoàn cảnh khởi phát (sau chấn thương, tự nhiên), thời gian diễn biến bệnh, tính chất khởi phát (đột ngột, từ từ), điểm VAS, hạn chế vận động (theo các mức độ: hạn chế đi lại, không ngồi được, không đi lại được), đáp ứng với thuốc giảm đau (có đáp ứng, kém đáp ứng hoặc không đáp ứng dựa trên sự thay đổi điểm VAS của bệnh nhân).

Cận lâm sàng: Tổng số đốt xẹp mới (giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2), vị trí đốt xẹp, đặc điểm hình thái theo phân loại Kanis, mức độ xẹp theo phân loại Genant, mật độ xương cột sống tính theo T-score, vị trí XTĐS, hình ảnh trượt và thoái hóa cột sống thắt lưng.

2.6. Xử lý số liệu. Phân tích và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	9	20
	Nữ	36	80
Tuổi	Dưới 60 tuổi	6	13,3
	Từ 60 -69 tuổi	13	28,9
	Từ 70 đến 79	15	33,3
	Từ 80 tuổi trở lên	11	24,4
	Mean ± SD	71,3 ± 10,5	
	Min -Max	44 - 93	

Nhận xét: Có 36 BN nữ chiếm 80%, 9 BN nam chiếm 20%, tỷ lệ nữ/nam 4. Tuổi trung bình

71,3, cao nhất là 93 tuổi, thấp nhất là 44 tuổi. Tỷ lệ nhóm tuổi cao nhất là từ 60 đến 69 tuổi (28,9%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2: Đặc điểm về tiền sử của nhóm đối tượng nghiên cứu

Tiền sử liên quan		Số lượng (N=45)	Tỷ lệ %
Tiền sử chấn thương	Có	21	46,7
	Không	24	53,3
Tiền sử bệnh	Xẹp đốt sống cũ	20	44,4
	Đã bơm cement trước đó	4	8,9

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi; có 44,4% đối tượng nghiên cứu có tiền sử xẹp đốt sống từ trước; có 8,9% đối tượng nghiên cứu đã từng được bơm xi măng. Có 53,3% đối tượng nghiên cứu có tiền sử chấn thương, có 46,9% đối tượng nghiên cứu không có tiền sử chấn thương.

Bảng 3.3: Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng.

Diễn biến lâm sàng		Số bệnh nhân (N=45)	Tỷ lệ %
Hạn chế vận động	Không đi lại	11	24,4
	Không đứng	12	26,7
	Không ngồi	22	48,9
VAS	Mean ± SD	7,1 ± 1,5	
	Min-Max	4 - 9	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi; tỷ lệ đối tượng nghiên cứu hạn chế vận động không ngồi được (48,9%); không đứng được (26,7%); không đi lại được (24,4%). VAS trung bình 7.1 điểm.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.4: Mức độ loãng xương qua thang điểm T-Score đo ở cột sống

T-Score	
-3,5±0,8	Mean ± SD
(-2,5) - (-6)	Min - Max

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số T-score trung bình là -3,5±0,8. Chỉ số T-score lớn nhất là -2,5 và chỉ số T-score nhỏ nhất -6.

Bảng 3.5: Đặc điểm XTĐS trên X-quang

Phân loại XTĐS		Số đốt xẹp (N=52)	Tỷ lệ %
Phân loại Kanis	Hình chêm	8	15,4
	Lõm 2 mặt	18	34,6
	Lùn ép thân đốt sống	26	50
Phân loại Genant	Nhẹ 20-25%	12	23,1
	Trung bình 25-40%	29	55,8
	Nặng >40%	11	21,2

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu

của chúng tôi, 52 đốt sống được tiến hành bơm xi măng tạo hình thân đốt sống; có 15,4% đốt sống xẹp kiểu hình chêm, có 34,6% đốt sống bị xẹp kiểu lõm 2 mặt, có đến 50% đốt sống xẹp kiểu lùn ép thân đốt sống.

Bảng 3.6: Vị trí đốt sống bị xẹp

Vị trí	Số lượng (N=52)	Tỷ lệ %
L3	31	59,6
L4	16	30,8
L5	5	9,6
Tổng	52	100

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, 52 đốt sống được tiến hành BXM sinh học có bóng tạo hình thân đốt sống. Trong đó, có 59,6%

đốt sống L3 được BXM; có 30,8% đốt sống L4 được BXM; có 9,6% đốt sống L5 được BXM.

Bảng 3.7: Hình ảnh trượt đốt sống và thoái hóa cột sống trên phim Xquang và MRI

Hình ảnh trượt và thoái hóa cột sống	Số NB (N=45)	Tỷ lệ (%)
Hình ảnh trượt đốt sống	Có	13 (28,9)
	Không	32 (71,1)
Hình ảnh thoái hóa cột sống	Có	37 (82,2)
	Không	8 (17,8)
Tổng	45	100

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận có 13 trường hợp (28,9%) có trượt đốt sống thắt lưng, tất cả đều ở độ I, có 37 trường hợp (82,2%) có thoái hóa cột sống thắt lưng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số đối tượng nghiên cứu là 45. Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 71,3 ± 10,5. Nghiên cứu của Hideaki Nakajima và cs³ trên 30 BN xẹp đốt sống thắt lưng thấp, độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 79,3. Chúng tôi nhận thấy rằng có sự phù hợp về độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả trong nước và ngoài nước.

Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 36 đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm 80%, có 9 đối tượng nghiên cứu là nam chiếm 20%. Theo Đỗ Mạnh Hùng⁴, khi nghiên cứu trên 73 đối tượng nghiên cứu, tỉ lệ nữ chiếm 89%, tỉ lệ nam chiếm 11%. Như vậy ta thấy tỷ lệ nữ giới XTĐS do loãng xương chiếm tỉ lệ cao hơn rất nhiều so với nam giới. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng bệnh lý loãng xương xảy ra chủ yếu ở phụ nữ sau mãn kinh.

Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 46,7% đối tượng nghiên cứu có yếu tố

khởi phát do chấn thương, có 53,3% đối tượng nghiên cứu không có yếu tố khởi phát do chấn thương. Trong nghiên cứu của Seok Han và cộng sự⁵ trên 120 đối tượng nghiên cứu chia làm 2 nhóm, nhóm 1 là những bệnh nhân xẹp đốt sống L4 hoặc L5 thì có 25% đối tượng nghiên cứu có tiền sử chấn thương trước đó, nhóm 2 là những bệnh nhân xẹp đốt sống L3 thì có 49% đối tượng nghiên cứu có tiền sử chấn thương trước đó. Như vậy so với các nghiên cứu về đốt sống ngực và bàn lè ngực thắt lưng, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có yếu tố khởi phát do chấn thương trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Điều này có thể được lý giải là do vùng đốt sống thắt lưng thấp là vùng chịu tải trọng cao nhất và đóng góp nhiều chuyển động nhất cho cột sống trong mặt phẳng đứng dọc. Chính sự khác nhau về cơ chế sinh bệnh học này chính là nguồn gốc cho sự khác biệt này.

Trong nhóm nghiên cứu, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau tại chỗ tương ứng vị trí xẹp đốt sống (100%), hạn chế vận động do đau ở các mức độ khác nhau: hạn chế đi lại 24.4%, không đứng (26.7%), không ngồi (48.9%), điểm VAS trung bình là 7.1, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng⁴.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 20/45 trường hợp (44,4%) đối tượng nghiên cứu có XĐS từ trước chủ yếu vùng bàn lè ngực và thắt lưng, cũng theo Hideaki Nakajima³ nghiên cứu trên 30 người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp ghi nhận rằng tất cả bệnh nhân đều có xẹp đốt sống vùng ngực và thắt lưng. Như vậy chúng ta có thể nhận thấy rằng xẹp đốt sống cũ vùng ngực thắt lưng là một yếu tố nguy cơ đối với xẹp đốt sống thắt lưng thấp. Điều này có thể lý giải rằng vùng cột sống thắt lưng thấp vốn dĩ đã là vùng phải chịu tải trọng của cơ thể lớn nhất, nay cột sống bị biến dạng gù hơn do xẹp cũ các đốt sống vùng ngực thắt lưng, làm mất đi độ ưỡn vùng cột sống thắt lưng thấp, thì nay tải trọng đó sẽ tăng lên rất nhiều làm cho nguy cơ xẹp các đốt sống thắt lưng thấp sẽ tăng lên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình đối tượng nghiên cứu tự điều trị hoặc điều trị ở tuyến dưới trước khi vào Bệnh viện Việt Đức là $22,8 \pm 19$ (từ 1 – 90 ngày). Nghiên cứu của Xiong và cs⁶ trên 25 đối tượng được THĐS bằng bơm xi măng sinh học có bóng, khoảng thời gian từ khi đau lưng cho đến khi can thiệp là $13,0 \pm 12,1$ ngày. Như vậy, ở nghiên cứu của chúng tôi thời gian diễn biến bệnh kéo dài hơn, do các bệnh nhân đa phần xẹp không có yếu tố chấn thương rõ ràng, nên NB xẹp đốt sống

thường chịu đựng đau trong một khoảng thời gian trước khi đến viện hoặc là do người bệnh tự điều trị tại nhà hoặc được giữ lại điều trị tại những cơ sở không có khả năng phẫu thuật. Và chỉ khi thất bại với các phương pháp điều trị đó, người bệnh mới chuyển đến các tuyến y tế cao hơn.

Chỉ số T-score trung bình đo tại cột sống thắt lưng của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là $-3,5 \pm 0,8$. So sánh với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng⁴, chỉ số T-score trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $-3,9 \pm 0,9$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng như nghiên cứu của các tác giả khác. Như vậy, đo mật độ xương là cần thiết cho các bệnh nhân có xẹp đốt sống.

Chúng tôi nghiên cứu trên X quang 52 đốt sống bị xẹp, và phân vào 3 nhóm chính, lún xẹp chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), lõm 2 mặt chiếm 34.6% và hình chêm chiếm 15.4%. Còn theo nghiên cứu của Hideaki Nakajima và cs³ trên 30 BN xẹp đốt sống thắt lưng thấp, không có người bệnh nào xẹp đốt sống dạng hình chêm, có 16 người bệnh xẹp đốt sống dạng lõm 2 mặt và có 14 người bệnh xẹp đốt sống dạng lún xẹp. Như vậy xẹp đốt sống vùng thắt lưng thấp thường có kiểu xẹp đốt sống dạng lõm 2 mặt và dạng lún xẹp phổ biến hơn dạng hình chêm. Điều này có thể được lý giải vì đoạn cột sống thắt lưng có độ ưỡn nhất định, nên trọng tâm của cơ thể dồn lên toàn bộ đốt sống thay vì tập trung chủ yếu ở mặt trước như ở các đốt sống ngực và bàn lè ngực thắt lưng.

Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 13 trường hợp (28,9%) có tình trạng trượt đốt sống, đồng thời cũng ghi nhận 37 trường hợp (82,2%) có thoái hóa cột sống. Cũng theo Peng Wang⁷ nghiên cứu trên 864 trường hợp loãng xương được chia làm 2 nhóm có và không có xẹp đốt sống thắt lưng, kết quả cho thấy rằng trượt đốt sống chiếm 4,2% trong nhóm người bệnh không bị xẹp đốt sống và chiếm 9,7% trong nhóm người bệnh bị xẹp đốt sống, sự khác biệt giữa 2 nhóm là đáng kể ($p < 0.05$), đồng thời ghi nhận nhóm bị xẹp đốt sống có tỷ lệ thoái hóa cột sống cao hơn nhóm không bị xẹp đốt sống, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Như vậy đối với những người bệnh có tình trạng trượt đốt sống và thoái hóa cột sống thắt lưng sẽ làm tăng nguy cơ bị xẹp đốt sống thắt lưng thấp. Điều này có thể được lý giải là các bệnh lý cột sống thắt lưng từ trước như thoát vị đĩa đệm, thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp đốt sống, trượt đốt sống... làm cho cấu trúc giải phẫu tại vùng cột sống thắt lưng thay đổi, cột sống trở nên gù, vẹo nhiều hơn, mất cân bằng và độ ưỡn của cột sống thắt lưng, làm cho

cột sống thắt lưng thấp đã phải chịu sức ép của trọng lực cơ thể nay lại phải gánh thêm sức nặng nhiều hơn do thay đổi hình dạng cột sống, nó làm tăng nguy cơ xẹp đốt sống thắt lưng thấp.

Trong 52 đốt sống được THDS bằng bơm xi măng sinh học, chúng tôi nhận thấy có 59,6% là đốt sống L3, 30,8% là đốt sống L4, 9,6% là đốt sống L5. Cũng theo Phạm Văn Hữu⁸ nghiên cứu trên 100 đốt sống thắt lưng thấp do chấn thương, có 74,5% đốt sống L3, 17,6% đốt sống L4 và 7,8% đốt sống L5. Như vậy ta có thể thấy đa số đốt sống bị xẹp là đốt sống L3, tiếp đến là đốt sống L4 và ít nhất là đốt sống L5. Điều này có thể được giải thích là đốt sống L3 nằm gần vùng chuyển tiếp nên có nguy cơ xẹp cao hơn, đồng thời đốt sống L4 và L5 có hệ thống cơ nâng rất khỏe bám vào cùng với các dây chằng cổ định đốt sống với khung chậu bên dưới nên ít bị tổn thương hơn.

V. KẾT LUẬN

Xẹp cột sống thắt lưng thấp xảy ra chủ yếu ở bệnh nhân nữ giới, cao tuổi khởi phát sau một chấn thương nhẹ hoặc tự nhiên, thường đau kéo dài, tỷ lệ thoái hóa cột sống, trượt đốt sống, mức độ loãng xương và tỷ lệ xẹp đốt sống cũ cao. XĐSTLT cần được đánh giá, điều trị sớm tránh tiến triển thành đau mạn tính. Ngoài điều trị tình trạng xẹp đốt sống cần quan tâm điều trị tình trạng loãng xương, điều trị các bệnh lý nền gây loãng xương thứ phát nhằm hạn chế nguy cơ xẹp đốt sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mathis M, John DHaBMS.** Percutaneous Vertebroplasty and Kyphoplasty. Springer Science+Business Media, New York, USA.
2. **Marcia S, Saba L, Marras M, Suri JS, Calabria E, Masala S.** Percutaneous stabilization of lumbar spine: a literature review and new options in treating spine pain. The British journal of radiology. 2016;89(1065):20150436.
3. **Nakajima H, Uchida K, Honjoh K, Sakamoto T, Kitade M, Baba H.** Surgical treatment of low lumbar osteoporotic vertebral collapse: a single-institution experience. Journal of neurosurgery Spine. 2016;24(1):39-47.
4. **Đỗ Mạnh Hùng (2018).** Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Han S, Park HS, Pee YH, Oh SH, Jang IT.** The clinical characteristics of lower lumbar osteoporotic compression fractures treated by percutaneous vertebroplasty: a comparative analysis of 120 cases. Korean Journal of Spine. 2013;10(4):221-226.
6. **Xiong J, Dang Y, Jiang B-g, Fu Z-g, Zhang D-yJCJoT.** Treatment of osteoporotic compression fracture of thoracic/lumbar vertebrae by kyphoplasty with SKY bone expander system. 2010;13(05):270-274.
7. **Wang P, Wang F, Gao YL, et al.** Lumbar spondylolisthesis is a risk factor for osteoporotic vertebral fractures: a case-control study. The Journal of international medical research. 2018; 46(9):3605-3612.
8. **Phạm Văn Hữu (2011).** Nghiên cứu tổn thương giải phẫu bệnh lý gãy cột sống thắt lưng thấp và kết quả điều trị phẫu thuật bằng nẹp vít qua cuống. Luận văn thạc sĩ y học Trường đại học y Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LYMPHO KHÔNG HODGKIN VÙNG RÌA BIỂU HIỆN TẠI HỐC MẮT

Nguyễn Ngọc An Nguyên¹, Đỗ Huyền Nga², Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước đầu u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 56 bệnh nhân u lympho không Hodgkin vùng rìa biểu hiện tại hốc mắt được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 3/2019 đến tháng 6/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu

thực hiện trên 56 bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,2 \pm 12,8$; tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1. Sở thấy u là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (21,4%). Khoảng 1/4 bệnh nhân có tổn thương ngoài hốc mắt, chủ yếu là hệ thống hạch (66,6%) và 87,5% bệnh nhân ở giai đoạn I, II. Tỉ lệ đạt bệnh ổn định với các bệnh nhân có chỉ định theo dõi không điều trị do không có triệu chứng lâm sàng sau 12 tháng là 83,3%. Với các bệnh nhân có chỉ định điều trị, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau điều trị là 40,6%, trong đó hóa trị kết hợp Rituximab là 52,4%, với Rituximab đơn trị là 50%, với tia xạ là 0%. Phác đồ R-bendamustin được sử dụng nhiều nhất và đạt được đáp ứng hoàn toàn tốt nhất (60%). **Kết luận:** Theo dõi không điều trị mang lại hiệu quả cao. Tỉ lệ đáp ứng với các bệnh nhân có chỉ định điều trị khả tích cực, trong đó hóa trị kết hợp điều trị đích có hiệu quả

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc An Nguyên

Email: nnan484@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2023

Ngày duyệt bài: 23.11.2023