

trẻ không phát hiện đột biến có kết quả phết máu tương tự nhóm mang đột biến --SEA.

Nhìn chung, nhóm không phát hiện đột biến mất đoạn gen  $\alpha$ -globin có kết quả lâm sàng, đặc điểm huyết học tương tự nhóm mang đột biến --SEA. Do hạn chế của nghiên cứu cũng như phương pháp gap-PCR, chúng tôi chỉ xác định bốn loại đột biến --SEA, --THAI,  $-\alpha^{3.7}$ ,  $-\alpha^{4.2}$  vì vậy chúng tôi nghĩ nhóm không phát hiện đột biến có thể mang đột biến khác như đột biến --FIL.

## V. KẾT LUẬN

Xác định được hai trong bốn loại đột biến mất đoạn  $\alpha$ -globin phổ biến ở Đông Nam á. Tỷ lệ mang gen chiếm 68,4%, đột biến --SEA chiếm 52,6%, đột biến  $-\alpha^{3.7}$  chiếm 15,8%, chưa ghi nhận đột biến --THAI và  $-\alpha^{4.2}$ . Trẻ mang đột biến --SEA có biểu hiện lâm sàng, đặc điểm huyết học nặng hơn hai nhóm còn lại. Sử dụng phương pháp Gap-PCR phát hiện được 2/4 đột biến gây bệnh  $\alpha$ -thalassaemia phổ biến ở trẻ em.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tamary H, Dgany O.** Alpha-thalassemia. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, et al, eds. GeneReviews(®). University of Washington, Seattle

2. **Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Triệu Vân, Ngô Mạnh Quân và cs.** Tổng quan Thalassemia, thực trạng, nguy cơ và giải pháp kiểm soát bệnh Thalassemia ở Việt Nam. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;502(5):3-16.
3. **Modell B, Darlison M.** Global epidemiology of haemoglobin disorders and derived service indicators. Bulletin of the World Health Organization 2008;86:480 - 487.
4. **Cappellini MD, Cohen A, Porter J.** Genetic basis, pathophysiology and diagnosis. vol Thalassemia International Federation. Guideline for the management of transfusion dependent Thalassemia 3rd edition. 2014.
5. **Phạm Thị Ngọc, Nguyễn Đình Tuyển.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo thể bệnh ở trẻ mắc Thalassemia tại bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;517(2). 112-116.
6. **Võ Thành Trí.** Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật Gap-PCR phát hiện đột biến mất đoạn gen alpha globin và mối liên quan giữa kiểu gen và kiểu hình huyết học của các thể bệnh alpha thalassemia, Luận văn Thạc sỹ, trường Đại học Y dược Cần Thơ; 2022.
7. **Đỗ Thị Quỳnh Mai, Nguyễn Ngọc Sáng, Bạch Thị Như Quỳnh và cs.** Đặc điểm lâm sàng và huyết động học theo đột biến của bệnh nhi thalassemia tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam. 01/12 2022;509(1). 343-347.

## KẾT QUẢ TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG BẰNG BƠM CEMENT SINH HỌC Ở BỆNH NHÂN XEP ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN E

Đỗ Tuấn Anh<sup>1</sup>, Hà Kim Trung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá kết quả giảm đau ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương bằng phương pháp tạo hình thân đốt sống bằng cement sinh học. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 166 bệnh nhân với 191 đốt sống bị xẹp do loãng xương được tạo hình thân đốt sống bằng cement sinh học tại Bệnh viện E từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022. Đánh giá bằng thang điểm VAS trước và sau phẫu thuật. Kiểm tra sau 6 tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam: 5,92 /1, Tuổi trung bình: 74,51 (50-96), chủ yếu trên 70 tuổi. 100% loãng xương với T score <-2,5, 59,64% xẹp đốt sống đơn thuần không có yếu tố chấn thương, 40,36% có yếu tố chấn thương. 83,73% đốt sống bị xẹp nằm ở vùng bản lề cột sống ngực – thắt lưng (D11-L2). Điểm VAS trung bình trước mổ là 8,8±1,2. Sau mổ 1 ngày là VAS 2,9±1,0. Biến chứng

gặp trong can thiệp là rò vào đĩa đệm (10,47%) và rò ra cạnh đốt sống (3,66%). **Kết luận:** Tạo hình thân đốt sống bằng cement sinh học điều trị xẹp đốt sống do loãng xương là phương pháp có hiệu quả cao, giảm đau tốt, đơn giản, an toàn, ít xâm lấn và biến chứng ít nguy hiểm; tiến hành thủ thuật cẩn trọng và luôn cần có màn huỳnh quang tăng sáng trong mổ.

**Từ khóa:** Xẹp đốt sống, loãng xương, bơm cement sinh học

### SUMMARY

#### RESULTS OF PERCUTANEOUS VERTERBROPLASTY BY EJECTING CEMENT IN PATIENTS WITH VERTERBRAL COMPRESSION DUE TO OSTEOPOROSIS AT E HOSPITAL

**Objective:** Evaluate pain relief results in patients with vertebral compression due to osteoporosis by ejecting cement. **Subjects and methods:** Retrospective study on 166 patients with 191 collapsed osteoporotic vertebral bodies underwent percutaneous vertebroplasties at Hospital E from January 2022 to December 2022. Clinical outcome were determined by comparison of preoperative and postoperative visual analog scale score. Review 6 months or more after surgery. **Results:** Female/male

<sup>1</sup>Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Anh

Email: dotacv@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biên khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

ratio :4.75/1. Mean age: 74,51 years (50-96). 100% cases had osteoporoses with T-score <-2.5. 59,64% cases of these had isolated osteoporoses and 40,36% cases had trauma fractures correlated. 83.73% of collapsed vertebrae are located in the thoracic-lumbar spine hinge area (D11-L2). The average VAS score before surgery was  $8.8 \pm 1.2$ ; 1 day after surgery VAS was  $2.9 \pm 1.0$ . Complications encountered intraoperative were disc leakage (10.47%) and paravertebral leakage (3.66%). **Conclusions:** Percutaneous vertebroplasty for the treatment of osteoporotic vertebral collapse appears to be a safe, readily performed, minimally invasive procedure which provides significant reduction in pain; perform the procedures precisely and an intra-operative electroluminescent screen is mandatory. **Keywords:** vertebral collapse, osteoporotic, vertebroplasty

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xẹp đốt sống là một bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây nên như: chấn thương cột sống, loãng xương, u thân đốt sống, đa u tủy xương... Trong đó loãng xương là nguyên nhân phổ biến nhất. Theo thống kê tại Mỹ có khoảng 700.000-1.000.000 trường hợp gãy xẹp thân đốt sống do loãng xương mỗi năm, với hơn 1/3 trở thành đau mạn tính. Xẹp đốt sống xảy ra ở 25% bệnh nhân nữ trên 50 tuổi và 40% ở bệnh nhân từ 80 - 85 tuổi. Chi phí điều trị chiếm phần lớn trong hơn 17 tỉ USD chi phí trực tiếp cho việc điều trị các trường hợp gãy xương do loãng xương.

Lún xẹp đốt sống do loãng xương biểu hiện bằng triệu chứng đau tại chỗ quanh đốt sống bị xẹp, đau tăng lên khi thay đổi tư thế (ngồi dậy khi đang nằm). Trước đây, chủ yếu điều trị nội khoa như giảm đau, bất động, giãn cơ có hiệu quả trong nhiều trường hợp. Tuy nhiên, với phương pháp nội khoa thì thường người bệnh sẽ phải nằm bất động và điều trị rất lâu, đặc biệt với những người bệnh cao tuổi nằm lâu sẽ tăng nguy cơ mất xương, kèm theo đó là các biến chứng như loét tỳ đè, viêm phổi, nhiễm trùng đường tiết niệu... và cuối cùng có thể là tử vong<sup>1</sup>.

Hiện nay, phương pháp tạo hình thân đốt sống qua da (Percutaneous Vertebroplasty) được áp dụng rộng rãi và đem lại hiệu quả cao cho bệnh nhân bị xẹp đốt sống. Chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả giảm đau ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương được điều trị bằng phương pháp tạo hình thân đốt sống bằng cement sinh học.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022, có 166 bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương được thực hiện phẫu thuật tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh

học tại Bệnh viện E.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xẹp đốt sống do loãng xương và được tạo hình thân sống bằng bơm cement sinh học. Các bệnh nhân này được thăm khám lâm sàng, đánh giá mức độ đau bằng thang điểm VAS. Chẩn đoán hình ảnh bằng: xquang qui ước thẳng, nghiêng; CT Scanner và MRI có hình ảnh phù tủy xương; loãng xương (T-Score < -2,5), có các xét nghiệm cơ bản trước mổ.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Các bệnh nhân gãy xẹp đốt sống nhưng không do loãng xương.
- Rối loạn đông, chảy máu.
- Đang có nhiễm trùng tại chỗ hay toàn thân.
- Có chèn ép ống sống với triệu chứng tủy hay rễ thần kinh.
- Các thương tổn gãy vỡ đốt sống làm mất vững cột sống.

Ngoài ra, tuy không có chống chỉ định tuyệt đối nhưng cần thận trọng với các trường hợp thành sau thân đốt bị vỡ, sẽ làm tăng nguy cơ dò cement vào ống sống.

**Kỹ thuật.** Chúng tôi sử dụng phương pháp bơm cement sinh học cho tất cả 166 bệnh nhân

### **\* Tiến hành:**

- Tiền mê, gây tê tại chỗ.
- Bệnh nhân ở tư thế nằm sấp, bàn mổ thích hợp cho việc sử dụng C-Arm.
- Xác định đốt sống thương tổn dưới C-Arm. Đưa kim chuyên dụng đi vào cuống sống ở vùng ¼ trên - ngoài trên bình diện thẳng. Đóng kim vào thân sống đến vị trí 1/3 trước thân đốt sống. Kiểm tra vị trí kim trên 2 bình diện: thẳng và nghiêng, đảm bảo hoàn toàn kim sẽ nằm trong cuống sống và thân đốt sống.

- Bơm cement (PolyMethylMethAcrylate-PMMA) vào thân đốt sống khoảng 2-4 ml, quá trình này được kiểm soát liên tục dưới C-Arm để tránh dò ra xung quanh.

- Cần kiểm tra thường xuyên vận động, cảm giác 2 chân của bệnh nhân để đề phòng biến chứng.
- Sau thủ thuật BN nằm nghỉ ngơi tại giường 2 giờ, sau đó cho ngồi dậy và đi lại.

- Hướng dẫn các bài tập vật lý trị liệu tăng cường sức cơ. Phối hợp dùng thuốc chống loãng xương để làm giảm nguy cơ gãy xương mới.

### **Các biến chứng có thể gặp**

- Nhiễm trùng, gãy mòm ngang, vỡ cuống sống, gãy xương sườn, suy hô hấp.
- Dò cement ra trước, bên hoặc vào ống sống.
- Tắc mạch.

- Gãy xẹp các đốt kế cận.
- Tổn thương rễ thần kinh.

**Đánh giá kết quả.** Theo dõi kết quả trong khi nằm viện và tái khám định kỳ sau 3, 6 tháng. Điểm đau VAS trước và sau can thiệp.

**Thang điểm VAS (Visual Analog Scale)**

Điểm	0	1-2-3	4-5	6-7	8-9	10
Giải thích	Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa phải, khó chịu	Rất đau	Đau dữ dội	Đau không thể chịu được

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Qua nghiên cứu 166 bệnh nhân chẩn đoán xẹp đốt sống do loãng xương với 191 đốt sống được điều trị bằng phương pháp bơm cement sinh học qua cứng chúng tôi thu được kết quả sau:

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

**Tuổi và giới tính.** Bệnh nhân ít tuổi nhất là 50 tuổi, lớn tuổi nhất 96 tuổi. Tuổi trung bình 74,51 tuổi. Nhóm thường gặp là trên 70 tuổi chiếm 71,2%.

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới**

Giới	Số lượng	Tỉ lệ %
Nam	24	14,46
Nữ	142	85,54
<b>Tổng</b>	<b>166</b>	<b>100</b>

**Triệu chứng lâm sàng.** Tất cả 166 bệnh nhân đều có đau tại chỗ xung quanh vị trí đốt sống bị xẹp, mức độ đau thể hiện ở bảng kết quả theo thang điểm VAS

**Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm VAS trước can thiệp**

Mức độ đau	Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa phải, khó chịu	Rất đau	Đau dữ dội	Đau không thể chịu được	Tổng
Điểm VAS	0	1-3	4-5	6-7	8-9	10	
n	0	0	0	30	116	20	166
%	0	0	0	18,07	69,88	12,05	100
Trung bình	8,8±1,2						

**3.2. Đặc điểm đốt sống tổn thương**

**Vị trí đốt sống tổn thương**

**Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo vị trí đốt sống tổn thương**

Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ %
D5	1	0,52
D6	3	1,57
D7	4	2,09
D8	3	1,57
D9	5	2,67
D10	4	2,09

D11	15	7,85
D12	37	19,38
L1	58	30,37
L2	29	15,18
L3	17	8,90
L4	13	6,81
L5	2	1,05
<b>Tổng</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

**Số đốt sống tổn thương**

**Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo số đốt sống tổn thương**

Số đốt tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ %
Một đốt	143	86,15
Hai đốt	17	10,24
Ba đốt	6	3,61
<b>Tổng</b>	<b>166</b>	<b>100</b>

**Kỹ thuật bơm cement được sử dụng**

**Bảng 5. Kỹ thuật bơm cement được sử dụng**

Kỹ thuật bơm cement	Số lượng	Tỉ lệ %
Có bóng	31	18,67
Không bóng	135	81,33
<b>Tổng</b>	<b>166</b>	<b>100</b>

**3.3. Kết quả điều trị**

**Tỉ lệ ngấm cement trong thân đốt sống**

**Bảng 6. Phân bố tỉ lệ ngấm cement đốt sống**

Tỉ lệ ngấm cement	Số lượng	Tỉ lệ %
< 1/3 thân đốt	0	0
1/3 – 2/3 thân đốt	76	39,79
> 2/3 thân đốt	115	60,21
<b>Tổng</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

**Phân bố bệnh nhân theo thang điểm VAS sau can thiệp**

**Bảng 7. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm VAS sau can thiệp**

Mức độ đau	Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa phải, khó chịu	Rất đau	Đau dữ dội	Đau không thể chịu được	Tổng
Điểm VAS	0	1-3	4-5	6-7	8-9	10	
n	132	30	4	0	0	0	166
%	79,52	18,07	2,41	0	0	0	100
Trung bình	2,9±1,0						

**Phân bố bệnh nhân theo biến chứng khi bơm cement**

**Bảng 8. Phân bố bệnh nhân theo biến chứng khi bơm cement**

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Dò vào đĩa đệm	20	10,47
Dò ra cạnh thân	7	3,66

Dò vào ống sống	0	0
<b>Tổng</b>	<b>191</b>	<b>100</b>

**Phân bố bệnh nhân theo thang điểm VAS sau 6 tháng**

**Bảng 9. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm VAS sau 6 tháng**

Mức độ đau	Không đau	Đau nhẹ	Đau vừa phải, khó chịu	Rất đau	Đau dữ dội	Đau không thể chịu được	Tổng
Điểm VAS	0	1-3	4-5	6-7	8-9	10	
n	159	5	2	0	0	0	166
%	95,78	3,01	1,20	0	0	0	100

#### IV. BÀN LUẬN

**Tuổi và giới tính.** Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 74,51 tuổi, nhỏ nhất là 50 và tuổi cao nhất là 96, nhóm tuổi thường gặp nhất là trên 70 tuổi (chiếm 71,69%). Nghiên cứu của các tác giả trong nước và quốc tế cho kết quả tương tự<sup>1,2,4</sup>.

Đa số bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương là nữ (chiếm 85,54%) tỷ lệ nữ/nam là 5,92/1. Phù hợp với một số nghiên cứu về loãng xương vì phụ nữ sau 60 tuổi mật độ xương chỉ bằng 50% so với mật độ đỉnh ở tuổi 20 – 30 tuổi do quá trình mất canxi trong xương xảy ra ở nữ từ sau tuổi mãn kinh vì vậy nguy cơ loãng xương cao hơn<sup>5</sup>.

**Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân.** Tất cả 166 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện đau lưng dữ dội xung quanh vùng tổn thương, đau tăng lên khi thay đổi tư thế từ nằm sang ngồi, vận động khó khăn, tuy nhiên không có bệnh nhân nào có biểu hiện chèn ép rễ hay chèn ép tủy sống.

Có 99 bệnh nhân (59,64%) xẹp đốt sống đơn thuần không có yếu tố chấn thương, 67 bệnh nhân có yếu tố khởi phát gây đau qua mức sau một chấn thương nhẹ ngã ngồi hay va đập trực tiếp vùng cột sống. Nghiên cứu của Masato Nakano cũng cho kết quả tương tự<sup>6</sup>.

Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, tất cả các bệnh nhân đều không có biểu hiện chèn ép rễ nên chỉ đánh giá VAS lưng. 30 bệnh nhân (18,07%) có điểm VAS 6-7, 116 bệnh nhân (69,88%) VAS 8-9 và có 20 bệnh nhân (12,05%) VAS 10 điểm. VAS trung bình trước mổ là: 8,22. Nghiên cứu của Hochmuth VAS trước mổ là 8,1.<sup>4</sup>

**Đặc điểm về tổn thương xẹp đốt sống.** Gãy xẹp đốt sống do loãng xương được xác định trên Xquang qui ước, chụp cắt lớp vi tính, chụp

cộng hưởng từ hạt nhân và đo mức độ loãng xương ở tất cả bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, 100% bệnh nhân của chúng tôi là xẹp đốt sống do loãng xương với xét nghiệm đo mật độ xương T-score < 2,5. Có 191 đốt sống bị tổn thương, phần lớn nằm ở vùng bản lề vận động cột sống ngực – thắt lưng (D11-L2 chiếm 83,73%). Có 143 bệnh nhân (86,15%) can thiệp 1 tầng đốt sống, 17 bệnh nhân (10,24%) can thiệp hai tầng đốt sống và 6 bệnh nhân (3,61%) can thiệp vào 3 tầng đốt sống.

**Kết quả điều trị phẫu thuật.** Lượng cement bơm vào thân đốt sống trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,79 ml, ít nhất là 2,5ml và nhiều nhất là 4,5ml. Kiểm tra trên màn huỳnh quang tăng sáng trong mổ với hai tư thế thẳng và nghiêng cho thấy mức độ lan tràn cement từ 1/3 đến 2/3 trong thân đốt sống ở 119 thân đốt (62,3%) và mức độ lan tràn cement trên 2/3 thân đốt sống ở 72 thân đốt (37,7%). Nghiên cứu của Masato Nakano trung bình lượng cement đưa vào là 5,3ml<sup>6</sup>, theo tác giả Nguyễn Vũ cho kết quả từ 5,57ml<sup>1</sup>.

Đa số bệnh nhân thấy có sự thay đổi rõ rệt ngay sau quá trình bơm cement khi bệnh nhân còn đang nằm trên bàn mổ, có 79,52% bệnh nhân hết đau và 18,07% còn đau nhẹ sau mổ 1 ngày, sau 6 tháng 95,78% bệnh nhân hết đau hoàn toàn. Bằng thuật toán so sánh từng cặp (Paired sample t-test) so sánh giá trị trung bình điểm VAS trước và sau phẫu thuật, kết quả  $t = 14,9$ ;  $p < 0,001$ . Như vậy, tình trạng đau lưng cải thiện có ý nghĩa. Nghiên cứu của Evans VAS trước mổ là 8,9; VAS sau mổ là 3,4; VAS sau mổ trong nghiên cứu của Hochmuth là 2,6; trong nghiên cứu của Nguyễn Vũ VAS trước mổ 7,74; sau mổ là 2,65.<sup>1,3,4</sup>

Nghiên cứu của Masato Nakano 1/17 cement rò vào đĩa đệm, 1/17 rò ra xung quanh và 2/17 tràn vào ống sống<sup>6</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp một số biến chứng như 20 đốt sống (10,47%) cement rò vào đĩa đệm, 7 đốt sống (3,66%) rò ra bên cạnh, không có trường hợp nào tràn vào ống sống và tràn ra lỗ tiếp hợp. Chúng tôi chiếu C- arm trong suốt quá trình thực hiện bơm cement, nếu phát hiện dò cement vào đĩa đệm kế cận hay ra thành trước hoặc thành bên của thân sống, thì tạm ngừng bơm trong vòng 1-2 phút để cement có thời gian đông cứng tạo thành vách vững chắc rồi tiếp tục bơm. Trong trường hợp cement dò vào ống sống hoặc vào lỗ liên hợp thì phải dừng ngay thủ thuật.

#### V. KẾT LUẬN

Tạo hình đốt sống bằng bơn cement sinh học áp dụng trong xếp đốt sống do loãng xương là can thiệp ít xâm lấn có hiệu quả cao trong việc điều trị giảm đau cho bệnh nhân xếp đốt sống do loãng xương, phòng ngừa các biến chứng do bất động hay hạn chế vận động gây ra, phù hợp với người cao tuổi do chỉ cần gây tê tại chỗ, đây là phương pháp tương đối an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, hiệu quả cao.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Vũ, Kiều Đình Hùng**, (2014). Kết quả điều trị xếp đốt sống do loãng xương bằng phương pháp bơn xi măng không bóng qua da tạo hình thân đốt sống tại Khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 18(6): 81-85.
2. **Duvuru A, Hawkins SP**, (2023). Percutaneous vertebroplasty: efficacy in the management of pain related to acute vertebral compression fractures. N Z Med J;136(1571):65-72.
3. **Evans AJ, Jensen ME, Kip KE, DeNardo AJ, Lawler GJ, Negin GA, Remley KB, Boutin SM,**

**Dunnagan SA**, (2003). Vertebral Compression Fractures: Pain Reduction and Improvement in Functional Mobility after Percutaneous Polymethylmethacrylate Vertebroplasty—Retrospective Report of 245 Cases 1. Radiology, 226(2), p. 366-372.

4. **Hochmuth K, Proschek D, Schwarz W, Mack M, Kurth AA, Vogl TJ**, (2006). Percutaneous vertebroplasty in the therapy of osteoporotic vertebral compression fractures: a critical review. European radiology, 16(5), p. 998-1004
5. **Dai C, Liana G, Zhang Y, Dong Y, Zhou X**, (2022). Risk factors of vertebral re-fracture after PVP or PKP for osteoporotic vertebral compression fractures, especially in Eastern Asia: a systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res, 17(1):161
6. **Nakano M, Hirano N, Matsuura K, Watanabe RH, Kitagawa H, Ishihara RH, Kawaguchi Y**, (2002). Percutaneous transpedicular vertebroplasty with calcium phosphate cement in the treatment of osteoporotic vertebral compression and burst fractures. Journal of Neurosurgery: Spine, 97(3), p. 287-293.

## ĐẶC ĐIỂM TÌNH TRẠNG BIẾN DẠNG MÔI MŨI SAU PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI MỘT BÊN BẨM SINH LẦN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2023

Nguyễn Tấn Văn<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Nhung<sup>1</sup>,  
Mai Đình Lộc<sup>1</sup>, Hoàng Tuấn Hiệp<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khe hở môi (KHM) là dị tật bẩm sinh thường gặp ở vùng hàm mặt. Phẫu thuật tạo hình môi mũi nhằm phục hồi chức năng và thẩm mỹ là nhu cầu cần thiết của bệnh nhân và gia đình người bệnh, tuy nhiên vẫn còn nhiều biến dạng môi mũi sau phẫu thuật. Vì vậy đánh giá những biến dạng môi mũi để có kế hoạch phẫu thuật sửa chữa. **Phương pháp nghiên cứu:** 31 bệnh nhân (BN) KHM một bên đã phẫu thuật tạo hình môi lần đầu bằng các phương pháp khác nhau đến khám tại chương trình Khám sàng lọc, tư vấn miễn phí cho trẻ khuyết tật và bệnh tim bẩm sinh của Khoa Răng Hàm Mặt và Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E. BN được đánh giá theo thang điểm của Motier (1997) các đặc điểm giải phẫu: làn môi đỏ, da môi, sẹo môi, mũi. **Kết quả:** Biến dạng hay gặp ở làn môi đỏ là lõm (67,7%) và sai lệch đường viền môi (70,9%). Thiếu hụt chiều cao da môi bên khe hở là 32,2%. Sẹo sau mổ bị co kéo và lõm chiếm

48,4%. Các biến dạng ở mũi hay gặp là lõm mũi hẹp (83,8%), cánh mũi ở thấp (74,2%), lệch vách mũi (67,7%) và trụ mũi quá ngắn (54,8%). **Kết luận:** Biến dạng môi mũi sau tạo hình KHM một bên lần đầu là không tránh khỏi, do vậy cần có kế hoạch để phẫu thuật sửa chữa những biến dạng này. **Từ khóa:** Khe hở môi một bên, Biến dạng môi mũi

### SUMMARY

#### CHARACTERISTIC OF SECONDARY CLEFT LIP/NASAL DEFORMITIES AFTER PRIMARY PLASTIC SURGERY ON THE PATIENT WITH UNILATERAL CLEFT LIP/PALATE AT E HOSPITAL IN 2023

**Objective:** Cleft lip (KHM) is a common congenital malformation in the maxillofacial region. Surgery to create a suction nose to restore function and aesthetics is a necessary need for patients and their families, but there are still many lip and nose variations after surgery. Therefore, evaluate the altered nose and lip forms to plan a tactical correction. **Research method:** 31 patients with unilateral CKD were skillfully created for the first time using different medical methods at the free screening and consultation program for healthy children and congenital heart disease. students of the Department of Dentistry and Cardiovascular Center, E hospital.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Văn

Email: tanvan.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024