

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƠM XI MĂNG CÓ BÓNG TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG VỚI ĐƯỜNG VÀO NGOÀI CUỐNG TRÊN BỆNH NHÂN XEP ĐỐT SỐNG NGỰC DO LOÃNG XƯƠNG

Vũ Văn Cường¹, Phạm Hồng Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị bơm xi măng có bóng tạo hình thân đốt sống với đường vào ngoài cuống trên bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu 48 bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương được điều trị bằng phương pháp bơm xi măng có bóng tạo hình thân đốt sống với đường vào ngoài cuống tại Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** 48 bệnh nhân (15 nam, 33 nữ) với độ tuổi trung bình $68,41 \pm 8,21$ (64 – 93 tuổi) được chẩn đoán xẹp đốt sống ngực do loãng xương, được điều trị bằng bơm xi măng tạo hình thân đốt sống với đường vào ngoài cuống. Tỷ lệ xẹp 1 đốt sống là 79,17%, xẹp 2 đốt sống là 20,83%. Người bệnh chủ yếu xẹp đốt sống độ 2 và độ 3 theo phân loại OF với tỷ lệ lần lượt là 68,9% và 27,7%. 58 đốt sống ngực bị xẹp được bơm xi măng, lượng xi măng trung bình được bơm vào thân đốt sống là $3,06 \pm 1,26$ ml. Tỷ lệ ngấm xi măng trên 2/3 thân đốt sống chiếm 62,1%, tỷ lệ ngấm xi măng dưới 1/3 thân đốt sống chiếm tỷ lệ 6,9% và tỷ lệ ngấm xi măng từ 1/3-2/3 thân đốt sống chiếm 31,0%. Tỷ lệ tràn xi măng qua bờ trước thân đốt sống chiếm 13,8%, 8,6% tràn vào đĩa đệm và 3,4% tràn vào mạch máu trước thân đốt sống. Không có mối liên quan giữa mức độ xẹp đốt sống với kết quả phẫu thuật sau. Điểm VAS trung bình trước bơm xi măng là $7,22 \pm 1,17$; sau 24 giờ là $1,67 \pm 0,57$; tại thời điểm khám lại là $0,86 \pm 0,16$. Theo phân loại của MacNab, sau phẫu thuật bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá chiếm 95,8%, trung bình chiếm 4,2%, không có bệnh nhân đạt kết quả kém. **Kết luận:** Bơm xi măng đốt sống ngực với đường vào ngoài cuống là phương pháp điều trị an toàn, ít nguy cơ tai biến, biến chứng, hiệu quả giảm đau nhanh, cải thiện được tốt chức năng vận động, nâng cao được chất lượng cuộc sống cho bệnh, phù hợp với người cao tuổi. **Từ khóa:** tạo hình thân đốt sống, xẹp đốt sống, loãng xương.

SUMMARY

RESULTS OF PERCUTANEOUS BALLOON KYPHOPLASTY WITH AN EXTRAPEDICULAR APPROACH FOR THE TREATMENT OF OSTEOPOROTIC THORACIC VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES

Objective: To assess the results of percutaneous

balloon kyphoplasty with an extrapedicular approach for the treatment of osteoporotic thoracic vertebral compression fractures. **Subjects and Methods:** descriptive prospective study of 48 patients with osteoporotic thoracic vertebral compression fractures treated by percutaneous balloon kyphoplasty with an extrapedicular approach at Viet Duc Hospital. **Results:** 48 patients (15 males, 33 females) with an average age of $68,41 \pm 8,21$ (range 64 – 93 years) diagnosed with osteoporotic thoracic vertebral compression fractures, treated by percutaneous balloon kyphoplasty with an extrapedicular approach. The rate of single vertebral fracture was 79,17%, and two-level fractures were 20,83%. Most patients had Grade 2 and Grade 3 fractures according to the OF classification, with rates of 68,9% and 27,7%, respectively. A total of 58 thoracic vertebrae were treated with cement augmentation, with an average volume of $3,06 \pm 1,26$ ml of cement injected per vertebral body. The rate of cement infiltration over two-thirds of the vertebral body was 62,1%, under one-third was 6,9%, and between one-third and two-thirds was 31,0%. The rate of cement leakage anterior to the vertebral body was 13,8%, into the intervertebral disc was 8,6%, and into the pre-vertebral vasculature was 3,4%. There was no correlation between the degree of vertebral collapse and postoperative outcomes. The average VAS score before cement injection was $7,22 \pm 1,17$; after 24 hours it was $1,67 \pm 0,57$; and at the follow-up examination it was $0,86 \pm 0,16$. According to MacNab's classification, postoperative outcomes were rated as good and fair in 95,8% of patients, and average in 4,2%, with no patients experiencing poor results. **Conclusion:** Percutaneous balloon kyphoplasty with an extrapedicular approach for the treatment of osteoporotic thoracic vertebral compression fractures is a safe treatment method with a low risk of complications, effectively providing rapid pain relief, improving motor function, and enhancing the quality of life for elderly patients. **Keywords:** kyphoplasty, compression fractures, osteoporosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xẹp đốt sống do loãng xương là một trong các nguyên nhân thường gặp gây đau lưng và dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân cao tuổi. Tỷ lệ xẹp đốt sống do loãng xương có biểu hiện triệu chứng hàng năm ở châu Âu là 500.000 người, ảnh hưởng đến 1.1% phụ nữ và 0.6% nam giới. Độ tuổi thường gặp từ 50 đến 79 tuổi. Bơm xi măng tạo hình thân đốt sống qua cuống là một lựa chọn phẫu thuật hiệu quả và an toàn. Tuy nhiên, đốt sống ngực có những đặc

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Cường

Email: vucuong884@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 11.4.2024

điểm nổi bật so với đốt sống thắt lưng, chẳng hạn như đường kính của cuống nhỏ và góc chệch vào cuống bé. Ngoài ra, sự hiện diện của xương sườn càng làm tăng nguy cơ phẫu thuật. Dựa trên các đặc điểm này dẫn tới nhiều trường hợp không thể áp dụng bơm xi măng tạo hình thân đốt sống ngực với đường vào trong cuống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 48 bệnh nhân được chẩn đoán xẹp đốt sống ngực do loãng xương được điều trị bằng phương pháp bơm xi măng tạo hình thân đốt sống với đường vào ngoài cuống tại khoa Phẫu thuật Cột sống – Bệnh viện Việt Đức từ năm 2020 đến năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, có chẩn đoán hình ảnh cần thiết (X-quang, CT scanner, cộng hưởng từ) để chẩn đoán xác định xẹp đốt sống ngực do loãng xương:

- Không có triệu chứng tổn thương thần kinh và dấu hiệu chèn ép tủy sống trên chẩn đoán hình ảnh
- Mật độ loãng xương < -2.5
- Có tiền sử chấn thương
- Mức độ đau theo thang điểm VAS từ 5đ trở lên
- Cộng hưởng từ có hình ảnh phù nề thân đốt sống tương ứng với vị trí đau.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bất thường về đông máu hay tình trạng nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân
- Xẹp đốt sống do tổn thương thứ phát
- Xẹp đốt sống không có hình ảnh phù nề trên cộng hưởng từ hoặc không tương xứng với triệu chứng lâm sàng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, số lượng và vị trí đốt sống tổn thương, mức độ lún của các đốt sống theo phân độ xẹp đốt sống do loãng xương (DGOU) OF dựa trên X-quang, MRI.

Theo dõi và đánh giá trong, sau mổ: lượng xi măng bơm và lượng xi măng phân bố trong thân đốt, biến chứng trong mổ, mức độ cải thiện triệu chứng đau theo thang điểm Visual Analogue Scale (VAS), mối liên quan giữa mức độ xẹp đốt sống với kết quả sau phẫu thuật, kết quả điều trị theo phân loại của MacNab.

Phân độ xẹp đốt sống do loãng xương (DGOU)

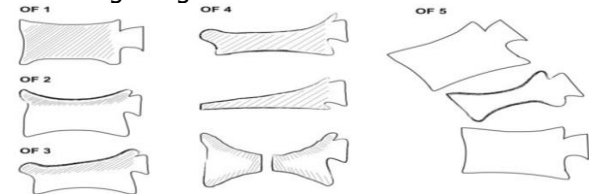
- OF 1: Không có biến dạng đốt sống (phù thân đốt sống chỉ trên MRI- thì STIR).
- OF 2: Không có biến dạng đốt sống hoặc chỉ có tổn thương nhẹ của thành sau đốt sống

(<1/5 tường sau).

- OF 3: Biến dạng đốt sống, với sự tham gia rõ rệt của thành sau đốt sống (>1/5).

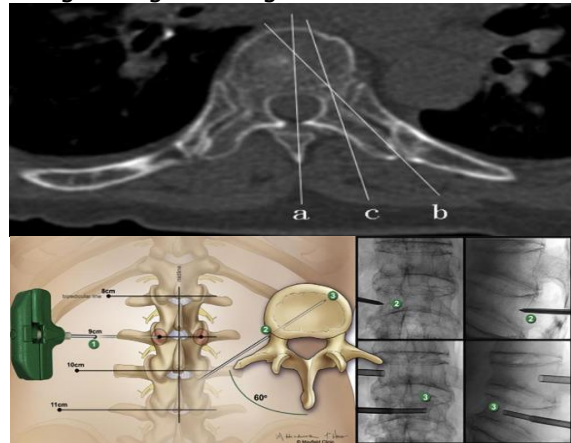
- OF 4: Mất tính toàn vẹn của cấu trúc khung đốt sống, hoặc xẹp thân đốt sống, hoặc gãy kiểu gọng kìm.

- OF 5: Chấn thương kiểu giãn hoặc xoay. Nhóm này hiếm gặp nhưng cho thấy sự mất vững đáng kể.



Hình 1. Phân độ xẹp đốt sống do loãng xương (DGOU)

2.4. Phương pháp phẫu thuật: Kỹ thuật bơm xi măng tạo hình thân đốt sống ngực với đường vào ngoài cuống.



Hình 2. Minh họa kỹ thuật bơm xi măng tạo hình thân đốt sống với đường vào ngoài cuống

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Mức ý nghĩa thống kê sử dụng trong nghiên cứu này là p=0,05. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các bệnh đều được giải thích kĩ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, có thể rời khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào. Toàn bộ những thông tin cá nhân của các

đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Đặc điểm về tuổi và giới: 48 bệnh nhân được điều trị bơm xi măng tạo hình thân đốt sống ngực với đường vào ngoài cuống tại khoa Phẫu thuật Cột sống – Bệnh viện Việt Đức trong thời gian 2020 – 2023, trong đó nam 15 bệnh nhân, nữ 33 bệnh nhân (tỷ lệ nữ/ nam: 2,2/1). Tuổi trung bình là 68,41 ± 8,21, thấp nhất là 64 và cao nhất là 93 tuổi. Độ tuổi trên 70 tuổi chiếm chủ yếu: 69,12%. Số lượng và vị trí đốt sống bị tổn thương: 38/48 BN có xẹp 1 đốt sống, 10/48 BN có xẹp 2 đốt sống.

Bảng 1. Số lượng đốt sống và vị trí đốt sống bị tổn thương

Đốt sống tổn thương	Số lượng (N)
T5	18
T6	10
T7	15
T8	5
T9	5
T10	5

Bảng 2. Mức độ lún của các đốt sống theo OF dựa trên X-quang, MRI cột sống

OF	N	Tỷ lệ %
OF1	2	3,4%
OF2	40	68,9%
OF3	16	27,7%
OF4	0	0,0%
OF5	0	0,0%
Tổng	58	100,0%

Người bệnh chủ yếu xẹp đốt sống độ 2 và độ 3 theo phân loại OF với tỷ lệ lần lượt là 68,9% và 27,7%.

3.2. Lượng xi măng bơm vào đốt sống. Chúng tôi tiến hành bơm xi măng cho 58 đốt sống ngực bị xẹp, lượng xi măng trung bình được bơm vào thân đốt sống là 3,06 ± 1,26ml. Lượng xi măng nhiều nhất được sử dụng là 4,5ml lượng xi măng nhỏ nhất được sử dụng là 2,4ml.

3.3. Lượng xi măng phân bố trong thân đốt

Bảng 3. Phân bố lượng xi măng ngấm trong thân đốt sống trên X-quang tư thế nghiêng

Tỷ lệ phân bố xi măng	N	Tỷ lệ %
Dưới 1/3 thân đốt sống	4	6,9
Từ 1/3 – 2/3 thân đốt sống	18	31
Trên 2/3 thân đốt sống	36	62,1
Tổng	58	100

Trong 58 đốt sống ngực tiến hành bơm xi măng với đường vào ngoài cuống. Tỷ lệ ngấm xi măng trên 2/3 thân đốt chiếm 62,1%, tỷ lệ ngấm xi măng dưới 1/3 thân đốt chiếm tỷ lệ 6,9% và

tỷ lệ ngấm xi măng từ 1/3 - 2/3 thân đốt sống chiếm 31,0%.

3.4. Biến chứng bơm xi măng trong mổ

Bảng 4. Biến chứng trong mổ

Biến chứng	N	Tỷ lệ %
Tràn qua bờ trước thân đốt sống	8	13,8%
Tràn qua bờ sau đốt sống	0	0,0%
Tràn vào lỗ liên hợp	0	0,0%
Tràn vào đĩa đệm đốt sống	5	8,6%
Tràn vào mạch máu trước thân đốt sống	2	3,4%
Tràn máu, khí màng phổi	0	0,0%
Tổn thương mạch máu	0	0,0%
Tử vong	0	0,0%

Trong 58 đốt sống bơm xi măng có: 13,8% tràn xi măng qua bờ trước thân đốt sống, 8,6% tràn vào đĩa đệm và 3,4% tràn vào mạch máu trước thân đốt sống nhưng tất cả các bệnh nhân này đều không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng, dị ứng hoặc tử vong sau bơm xi măng.

3.5. Mức độ cải thiện triệu chứng đau.

Mức độ giảm đau có xu hướng cải thiện theo thời gian, mức độ giảm đau nhiều nhất trong 24 giờ sau can thiệp. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê (p<0,001) giữa điểm VAS trung bình của bệnh nhân tại các thời điểm theo dõi. Trước bơm xi măng điểm VAS trung bình là 7,22 ± 1,17; sau bơm xi măng 24 giờ điểm VAS trung bình là 1,67 ± 0,57 và tại thời điểm khám lại 1 tháng, điểm VAS trung bình là 0,86 ± 0,16.

3.6. Môi liên quan giữa mức xẹp đốt sống với kết quả sau phẫu thuật

Bảng 5. Liên quan giữa mức độ xẹp đốt sống với kết quả sau phẫu thuật

Mức độ xẹp thân đốt sống	Kết quả phẫu thuật					
	Rất tốt		Tốt		Trung bình	
	N	%	N	%	N	%
OF1	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
OF2	38	95,0%	2	5,0%	0	0,0%
OF3	12	75,0%	4	25,0%	0	0,0%

Không có mối liên quan giữa mức độ xẹp đốt sống với kết quả phẫu thuật sau. Bệnh nhân OF1 kết quả phẫu thuật rất tốt 100%. Bệnh nhân OF2 kết quả phẫu thuật rất tốt 95%. Bệnh nhân OF3 kết quả phẫu thuật tốt chiếm 75%.

3.7. Kết quả điều trị theo phân loại MacNab

Bảng 6. Đánh giá kết quả điều trị theo phân loại của MacNab

Phân loại	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng
N	40	6	2	0	48
%	83,3%	12,5%	4,2%	0,0%	100,0%

Theo phân loại của MacNab, sau phẫu thuật bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá chiếm 95,8%, trung bình chiếm 4,2%, không có bệnh nhân đạt kết quả kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương gặp chủ yếu ở phụ nữ. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $68,41 \pm 8,21$, kết quả này tương đương với các nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng, Nguyễn Văn Thạch. Do đó, vấn đề điều trị và dự phòng loãng xương cần được quan tâm đặc biệt và đúng mực nhằm giảm nguy cơ xẹp đốt sống do loãng xương.

4.2. Lượng xi măng sử dụng và tỷ lệ ngấm xi măng trong thân đốt. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã tiến hành bơm xi măng cột sống ngực với đường vào ngoài cuống cho 48 bệnh nhân với 58 thân đốt sống ngực bị xẹp. Lượng xi măng trung bình được bơm vào thân đốt là $3,06 \pm 1,26$ ml. Lượng xi măng nhiều nhất được sử dụng là 4,5ml, nhỏ nhất là 2,4ml. Để đánh giá mức độ ngấm xi măng trong thân đốt sống chúng tôi dựa vào hình ảnh X-quang cột sống sau mổ: tỷ lệ ngấm xi măng trên 2/3 thân đốt chiếm 62,1%, tỷ lệ ngấm xi măng dưới 1/3 thân đốt chiếm tỷ lệ 6,9% và tỷ lệ ngấm xi măng từ 1/3-2/3 thân đốt sống chiếm 31,0%.

Lượng xi măng bơm vào đốt sống phụ thuộc vào mức độ xẹp thân đốt sống, trong nghiên cứu của chúng tôi các đốt sống ngực có đường kính nhỏ hơn các đốt sống đoạn bản lề ngực – thắt lưng và đốt sống thắt lưng. Chính vì vậy lượng xi măng bơm vào thân đốt sống ít hơn so với các nghiên cứu khác, như Đỗ Mạnh Hùng (6,5ml).

4.3. Biến chứng trong mổ. Trong 58 đốt sống ngực bơm xi măng với đường vào ngoài cuống, chúng tôi nhận thấy 13,8% tràn xi măng qua bờ trước thân đốt sống, 8,6% tràn vào đĩa đệm và 3,4% tràn vào mạch máu trước thân đốt sống. Theo nghiên cứu của Masato Nakano, tỷ lệ xi măng tràn qua đĩa đệm là 1/7, tràn ra xung quanh là 1/17.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp có biến chứng tràn xi măng đều không có biểu hiện lâm sàng. Các bệnh nhân này đều trở lại làm việc và sinh hoạt bình thường. Để giảm các biến chứng, chúng tôi nghiên cứu kỹ hình thái xẹp của đốt sống trước khi bơm. Trong quá trình bơm, chúng tôi ngừng từ 1 - 2 phút nếu thấy có hiện tượng trào xi măng ra ngoài thân đốt sống. Sau đó rút kim nhẹ từ 1 - 2mm rồi bơm từ từ, đều tay và kiểm soát dưới C-arm ở cả

2 bình diện thẳng và nghiêng.

Không có trường hợp nào có biến chứng tràn khí, tràn máu màng phổi hay tổn thương mạch máu trong lồng ngực. Kết quả này phù hợp với các tác giả khác trên thế giới, chứng tỏ đường vào ngoài cuống là an toàn.

4.4. Hiệu quả giảm đau sau can thiệp.

Tất cả các bệnh nhân đều được đánh giá thang điểm VAS trước, sau bơm xi măng 24 giờ và tại thời điểm khám lại 1 tháng. 100% BN đều giảm đau ngay sau bơm xi măng: điểm VAS trung bình trước bơm xi măng là $7,22 \pm 1,17$, sau bơm xi măng 24 giờ là $1,67 \pm 0,57$ và tại thời điểm khám lại 1 tháng là $0,86 \pm 0,16$. Có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) giữa điểm VAS trung bình của BN tại các thời điểm theo dõi.

Điều này phản ánh hiệu quả điều trị của phương pháp là rất cao trong việc giảm đau cho bệnh nhân xẹp đốt sống loãng xương sau bơm xi măng và hồi phục tốt sau khi điều trị.

4.5. Đánh giá kết quả điều trị theo phân loại MacNab.

Để đánh giá kết quả điều trị bơm xi măng đốt sống ngực với đường vào ngoài cuống, chúng tôi sử dụng thang điểm MacNab. Kết quả của chúng tôi: đạt kết quả tốt và khá chiếm 95,5%, đạt trung bình chiếm 4,2%, không có bệnh nhân đạt kết quả kém. Điều đó cho thấy phương pháp đã giúp cho các bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương cải thiện sớm được chức năng vận động. Tuy nhiên cần phối hợp điều trị loãng xương cho bệnh nhân nhằm phòng tránh xẹp đốt sống thì sau.

V. KẾT LUẬN

Bơm xi măng đốt sống ngực với đường vào ngoài cuống là phương pháp điều trị an toàn, ít nguy cơ tai biến, biến chứng. Là phương pháp ít xâm lấn, hiệu quả giảm đau nhanh, cải thiện được tốt chức năng vận động, nâng cao được chất lượng cuộc sống cho bệnh, phù hợp với người cao tuổi do chỉ cần gây tê tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luthman S, Widen J, Borgstrom F. Appropriateness criteria for treatment of osteoporotic vertebral compression fractures. *Osteoporos Int.* 2018;29:793-804.
2. Garnier L, Tonetti J, Bodin A, et al. Kyphoplasty versus vertebroplasty in osteoporotic thoracolumbar spine fractures. Short-term retrospective review of a multicentre cohort of 127 consecutive patients. *Int Orthop.* 2012;98:S112-S119.
3. Wardlaw D, Cummings SR, Van Meirhaeghe J, et al. Efficacy and safety of balloon kyphoplasty compared with non-surgical care for vertebral compression fracture (FREE): a randomised

- controlled trial. *Lancet*. 2009; 373:1016-1024.
4. **Leech JA, Dulberg C, Kellie S, et al.** Relationship of lung function to severity of osteoporosis in women. *Am Rev Respir Dis*. 1990;141:68-71.
 5. **McLain RF, Ferrara L, Kabins M.** Pedicle morphometry in the upper thoracic spine: limits to safe screw placement in older patients. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27:2467-2471.
 6. **Dvorak M, MacDonald S, Gurr KR, et al.** An anatomic, radiographic, and biomechanical assessment of extrapedicular screw fixation in the thoracic spine. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1993;18: 1689-1694.
 7. **Husted DS, Yue JJ, Fairchild TA, et al.** An extrapedicular approach to the placement of screws in the thoracic spine: an anatomic and radiographic assessment. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003;28:2324-2330.
 8. **Han KR, Kim C, Eun JS, et al.** Extrapedicular approach of percutaneous vertebroplasty in the treatment of upper and mid-thoracic vertebral compression fracture. *Acta Radiol*. 2005;46: 280-287.
 9. **Ge Z, Ma R, Chen Z, et al.** Uniextrapedicular kyphoplasty for the treatment of thoracic osteoporotic vertebral fractures. *Orthopedics*. 2013;36: e1020-e1024.
 10. **Ryu KS, Park CK, Kim MK, et al.** Single balloon kyphoplasty using far-lateral extrapedicular approach: technical note and preliminary results. *J Spinal Disord Tech*. 2007;20:392-398.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ QUẢN LÝ CẢI THIỆN LỰC CƠ VÀ GIẢM CO CỨNG TRÊN ĐỐI TƯỢNG KHUYẾT TẬT VẬN ĐỘNG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phan Minh Hoàng¹, Nguyễn Thị Hoàng Vân¹, Nguyễn Hồng Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc đánh giá kết quả quản lý người khuyết tật cũng là cần thiết trong việc quản lý về y tế. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả cải thiện lực cơ và giảm co cứng trên đối tượng khuyết tật vận động tại TP. HCM. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng người khuyết tật tham gia chương trình tập phục hồi chức năng trong đề án người khuyết tật tại TP. HCM. **Kết quả:** Hiệu quả cải thiện lực cơ theo MRC với trung vị tăng từ 2 lên 3 điểm sau điều trị ($p < 0,001$). Độ co cứng theo Asworth cải thiện với trung vị từ 2 xuống 1+ ($p < 0,001$). Có sự liên quan giữa hiệu quả cải thiện lực cơ, giảm co cứng với mức độ khuyết tật và bệnh lý kèm theo ($p < 0,05$). **Kết luận:** Có sự cải thiện đáng kể lực cơ và giảm độ co cứng trên đối tượng khuyết tật vận động trước và sau điều trị.

Từ khóa: lực cơ, co cứng, khuyết tật

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF MANAGING IMPROVEMENT OF MUSCLE FORCE AND REDUCING SPINCTION IN SUBJECTS WITH MOBILITY DISABILITY IN HO CHI MINH CITY

Background: Evaluating the results of managing people with disabilities is also necessary in medical management. **Objectives:** Evaluate the effectiveness

of improving muscle strength and reducing spasticity on subjects with mobility disabilities in Ho Chi Minh city. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on people with disabilities participating in a rehabilitation program in a project on people with disabilities in Ho Chi Minh city. **Results:** Effective improvement in muscle force according to MRC with median increase from 2 to 3 points after treatment ($p < 0.001$). Asworth spasticity improved with median from 2 to 1+ ($p < 0.001$). There is a relationship between the effectiveness of improving muscle strength and reducing spasticity with the level of disability and accompanying diseases ($p < 0.05$). **Conclusions:** There was a significant improvement in muscle force and reduction in spasticity in subjects with mobility disabilities before and after treatment.

Keywords: muscle strength, spasticity, disability

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày 02/04/2018, Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp trình Sở Y tế kế hoạch thực hiện đề án hỗ trợ người khuyết tật (NKT) tại TP. HCM năm 2018. Tính đến nay, Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp đã tiếp cận hơn 7000 đối tượng tại một số quận, huyện trên địa bàn thành phố. Một số đối tượng NKT được điều trị tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế (TTYT) được điều trị thêm bằng các kỹ thuật điện trị liệu, âm ngữ trị liệu, thủy trị liệu. Phần lớn NKT còn lại được tập vận động trị liệu, hoạt động trị liệu ngay tại nhà. Chẩn đoán bệnh chủ yếu do tổn thương hệ thần kinh trung ương như yếu liệt tứ chi, yếu liệt 1/2 người sau tai biến mạch máu não (TBMMN), chấn thương sọ não (CTSN), bại não hay yếu vận động khác do tổn thương tủy sống, ngoài ra còn

¹Bệnh viện Phục hồi Chức năng - Điều trị Bệnh Nghề nghiệp TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính:

Email: drhoangphan@bvphuchoichucnanghcm.vn

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024