

và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (với $p > 0,05$). Ngược lại giá trị hematocrit và tiểu cầu ở nhóm lớn tuổi thấp hơn so với nhóm trẻ tuổi (với $p < 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Thư về chỉ số bạch cầu, tiểu cầu: trung vị của bạch cầu nhóm tuổi 31-50 ngày thứ 5 của bệnh là 2,62 G/L còn ở nhóm 17-30 là 2,16G/L; giá trị tiểu cầu nhóm 31-50 là 50G/L, còn nhóm 17-30 là 66,5G/L[10]. Như vậy tuổi có thể ảnh hưởng tới số lượng tiểu cầu trong bệnh SXHD.

Không có sự khác biệt giữa giá trị trung bình enzym gan AST, ALT cũng như tỷ lệ xét nghiệm anti-DENV IgM dương tính giữa 2 nhóm trên và dưới 30 tuổi ở bệnh nhân SXHD. Từ đó cho thấy trong SXHD, tổn thương gan là triệu chứng có thể gặp ở các nhóm tuổi khác nhau. Tuy nhiên tỷ lệ anti-DENV IgG dương tính ở nhóm tuổi > 30 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tuổi ≤ 30 . Điều này có thể giải thích do tuổi càng cao nguy cơ nhiễm tái phát SXHD càng tăng lên, dẫn tới tỷ lệ xét nghiệm anti-DENV IgG dương tính cũng tăng. Từ đó cũng có thể giải thích cho tỷ lệ bệnh nhân SXHD CB ở nhóm > 30 tuổi cao hơn so với nhóm ≤ 30 tuổi.

IV. KẾT LUẬN

- NB SXHD cảnh báo có tuổi trung bình, xét nghiệm hematocrit, enzym AST, ALT cao hơn, thời gian nhập viện muộn hơn, tỷ lệ xuất huyết, tỷ lệ xét nghiệm anti-DENV IgG dương tính cao hơn so với nhóm SXHD.

- Nhóm tuổi > 30 có tỷ lệ mắc SXHD CB, xét nghiệm Anti-DENV IgG dương tính cao hơn, xét nghiệm hematocrit và tiểu cầu thấp hơn so với nhóm tuổi ≤ 30 .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2023) "Quyết định về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue", số 2760/QĐ-BYT.
2. **Ngô Trường Giang** (2023), "Nghiên cứu tính đa hình gen MBL2, FCN2 và nồng độ protein MBL, FICOLIN-2 ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue", Luận án tiến sĩ y học.
3. **Annan Esther, Treviño Jesús, et al.** (2023), "Direct and indirect effects of age on dengue severity: The mediating role of secondary infection", PLoS neglected tropical diseases, 17(8), e0011537.
4. **Bộ Y tế**. Quyết định ban hành kế hoạch phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm năm 2023. Số 1331/QĐ BYT, 2023.
5. **Parkash Om, Almas Aysha, et al.** (2010), "Severity of acute hepatitis and its outcome in patients with dengue fever in a tertiary care hospital Karachi, Pakistan (South Asia)", J BMC gastroenterology 10, 1-8.
6. **Rapid lab**. Rapid Tests for Dengue Fever. 30/7/2019.
7. **Srisuphanunt Mayuna, Puttaruk Palakorn, et al.** (2022), "Prognostic indicators for the early prediction of severe dengue infection: a retrospective study in a university hospital in Thailand", Tropical medicine infectious disease 7(8), 162.
8. **Suseno Arief** (2015), "Pathogenesis of hemorrhagic due to dengue virus".
9. **Swamy Anusha Mruthyunjaya, Mahesh Prasanth Yelkana, et al.** (2021), "Liver function in dengue and its correlation with disease severity: a retrospective cross-sectional observational study in a tertiary care center in Coastal India", Pan African Medical Journal 40(1).
10. **Thu Nguyen Kim, Hao Nguyen Thi** (2019), "Dengue with warning signs: hematological and biochemical profile associated with age and sex", J JMR 124(E5), 8.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH XEP ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG THẤP CÓ LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹, Hoàng Hữu Đức¹, Nguyễn Đình Đức¹, Lê Trung Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh xep đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Cường

Email: vucuong884@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.4.2024

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 45 người bệnh xep đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng tại khoa Phẫu thuật Cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 07/2022 - 06/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam = 3,5/1. Bệnh gặp chủ yếu ở người cao tuổi, với tuổi trung bình $72,3 \pm 10,1$. Người bệnh xep đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng không có yếu tố chấn thương kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất 73,3%. VAS trung bình $7,1 \pm 1,5$; Tất cả người bệnh đều có hạn chế chức năng vận động: 24,4% người bệnh không đi lại được, 26,7% không đứng được và 48,9% không ngồi được. Tỷ lệ đốt xep bị xoay độ 1 là 47,9%, xoay độ 2 là

16,7%. Xẹp đốt sống L3 là phổ biến nhất (56,3%). Người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp thường có mức độ loãng xương rất nặng, T-score trung bình là $-4,3 \pm 0,8$. **Kết luận:** Xẹp đốt sống thắt lưng thấp hay gặp ở người bệnh có tình trạng loãng xương nặng, kèm theo trượt đốt sống, thoát vị đĩa đệm, hẹp ống sống, vẹo cột sống.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh nhân xẹp đốt sống thắt lưng thấp cổ lồi xương.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LOW LUMBAR SPINAL SPONDIA WITH OSTEOROSIS AT VIET DUC UNIVERCITY HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with low lumbar vertebrae collapse and severe osteoporosis at Viet Duc University Hospital. **Methods:** The study included 45 patients with collapsed low lumbar vertebrae and severe osteoporosis at the Department of Spine Surgery, Viet Duc University Hospital from July 2022 - June 2023. **Results:** Female/male ratio = 3.5/1. The disease occurs mainly in the elderly, with an average age of 72.3 ± 10.1 years. Patients with collapsed low lumbar vertebrae have severe osteoporosis without accompanying traumatic factors, accounting for the highest rate of 73.3%. Average VAS 7.1 ± 1.5 ; All patients have limited motor function: 24.4% of patients cannot walk, 26.7% cannot stand and 48.9% cannot sit. The rate of collapsed vertebrae with grade I rotation is 47.9%, grade 2 rotation is 16.7%. L3 vertebrae collapse is the most common (56.3%). Patients with low lumbar vertebrae collapse often have very severe osteoporosis, the average T-score is -4.3 ± 0.8 . **Conclusion:** Low lumbar vertebrae collapse is common in patients with severe osteoporosis, accompanied by spondylolisthesis, disc herniation, spinal stenosis, and scoliosis.

Keywords: Clinical and paraclinical characteristics, patients with low lumbar vertebrae collapse and severe osteoporosis.

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 gãy¹. Xẹp đốt sống là biến chứng phổ biến nhất của bệnh loãng xương, ảnh hưởng đến hơn 700.000 người Mỹ hàng năm. Nguy cơ gãy xương tăng lên theo tuổi tác, cứ 10 phụ nữ da trắng trên 50 tuổi thì có 4 người bị gãy xương hông, cột sống hoặc đốt sống trong đời. 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 tì đè, viêm phổi và rối loạn tâm lý.²

Xẹp đốt sống thắt lưng thấp là tổn thương cột sống thắt lưng từ L3 đến L5.^{3,4} Xẹp đốt sống thường xảy ra ở đốt sống vùng bản lề ngực thắt

lưng, vì đó là vùng chuyển tiếp giữa vùng cố định và vùng di động, tỷ lệ tổn thương xẹp đốt sống ngực cao và đốt sống thắt lưng thấp gặp trên lâm sàng ít hơn. Dựa trên các nghiên cứu về cơ sinh học đã chứng minh rằng 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 biệt về cơ chế này làm cho cột sống vùng thắt lưng thấp trên nền loãng xương nặng có thể dễ dàng bị xẹp một cách tự nhiên.⁵ Do vậy trên lâm sàng những trường hợp xẹp thân đốt sống thắt lưng thấp thường xảy ra ở những người bệnh loãng xương nặng, tuổi cao kèm theo tình trạng thoái hóa cột sống thắt lưng, có hoặc không có tiền sử chấn thương.⁵

Việc đánh giá đúng các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xẹp đốt sống vùng thắt lưng thấp có kèm bệnh lý loãng xương sẽ giúp ích rất nhiều cho các nhà lâm sàng tiến hành phẫu thuật bơm xi măng sau này. Chính vì lý do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 45 người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng được tạo hình thân đốt sống bằng bơm xi măng sinh học có bóng tại khoa Phẫu thuật Cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 07/2022 - 06/2023.

+ **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương, có hoặc không có yếu tố chấn thương kèm theo (chấn thương trong vòng 15 ngày đầu) và có loãng xương: Đo mật độ xương tại cột sống T-score < -2.5. Trên phim chụp XQ: NB xẹp đốt sống thắt lưng thấp đoạn L3 đến L5. Trên phim MRI có hình ảnh phù nề thân đốt sống: Giảm tín hiệu trên chuỗi xung T1W; tăng tín hiệu trên chuỗi xung T2W.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh:** Bệnh nhân xẹp đốt sống thắt lưng được điều trị bằng phương pháp khác hoặc không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2.2. Các bước tiến hành:

+ Kiểm tra thông tin bệnh nhân thông qua sổ theo dõi ra vào viện

+ Khai thác thông tin qua bệnh án lưu trữ: Phân tích tổn thương, chẩn đoán, cách thức phẫu

thuật, kết quả khi ra viện, khám lại theo hẹn. Ghi lại thông tin địa chỉ liên lạc của bệnh nhân.

+ Gọi điện hoặc gửi thư cho bệnh nhân đến khám lại, trường hợp ở xa không đến khám lại được thì gửi ảnh qua mail, qua viber hoặc zalo của điện thoại.

2.3. Các biến số nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

+ Tuổi: Tuổi trung bình, chia đối tượng nghiên cứu thành 4 nhóm tuổi; <60 tuổi, 60 – 69 tuổi, 70 – 79 tuổi và trên 80 tuổi.

+ Giới: Nam và nữ; tính tỉ lệ nam/nữ.

+ Cân nặng, chiều cao, BMI của người bệnh.

+ Tiền sử: Chia người bệnh thành các nhóm đối tượng: khỏe mạnh, nhóm NB đang mắc bệnh nội khoa, nhóm NB tiền sử sử dụng thuốc Corticoid, nhóm NB có xẹp đốt sống thắt lưng từ trước, nhóm NB từng được bơm xi măng.

2.3.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

+ Yếu tố khởi phát: Chia nhóm đối tượng nghiên cứu thành 2 nhóm; nhóm NB có yếu tố khởi phát do chấn thương và nhóm NB không có yếu tố khởi phát không do chấn thương.

+ Các triệu chứng lâm sàng: Đau cột sống lưng ngang mức L3 đến L5, đau khu trú tại vùng tổn thương, đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi.

+ Tính chất đau: Âm ỉ hay dữ dội.

+ Hạn chế vận động do đau: Đi lại được nhưng hạn chế, không đứng được, không ngồi được

+ NB giảm chiều cao, gù hay vẹo cột sống.

+ Đo mật độ xương: Mật độ xương đo tại cột sống để chẩn đoán và đánh giá mức độ loãng xương.

+ Đánh giá vị trí xẹp thân đốt sống trên X-quang và cộng hưởng từ

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được kiểm tra làm sạch trước khi nhập. Nhập số liệu, xử lý số liệu theo chương trình thống kê y học Stata 15. Cả thống kê mô tả và phân tích được sử dụng.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu:

+ Nghiên cứu được lãnh đạo bệnh viện và bộ môn cho phép thực hiện đề tài.

+ Nghiên cứu tuân thủ các yêu cầu về mặt đạo đức trong nghiên cứu y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu đã tiến hành thu thập số liệu trên 45 người bệnh. Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 72,3 ± 10,1. Người bệnh nữ chiếm đa số với 77,8%, tỷ lệ nữ/nam là 3,5/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng lâm sàng người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo triệu chứng lâm sàng

Diễn biến lâm sàng		Số người bệnh (N=45)	Tỷ lệ %
Đau tại chỗ	Âm ỉ	20	44,4
	Dữ dội	25	55,6
Hạn chế vận động	Không đi lại	11	24,4
	Không đứng	12	26,7
	Không ngồi	22	48,9
Biến dạng cột sống	Gù	7	15,6
	Veo	15	33,3
	Không	31	68,8
Rối loạn tiểu tiện	Có	0	0
	Không	45	100
Dùng thuốc giảm đau	Không đỡ	18	40
	Đỡ ít	27	60

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các người bệnh gặp phải triệu chứng đau tại chỗ dữ dội (55,6%); hạn chế vận động không ngồi được (48,9%); không đứng được (26,7%); không đi lại được (24,4%); 15,6% đối tượng nghiên cứu biến dạng gù cột sống; 33,3% biến dạng vẹo cột sống; không có trường hợp nào bị rối loạn tiểu tiện. 40% đối tượng nghiên cứu dùng thuốc giảm đau không đỡ, và 60% trường hợp đỡ ít.

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thang điểm VAS trước bơm xi măng

VAS	Số NB (N=45)	Tỷ lệ %
0	0	0
1-2	0	0
3-4	0	0
5-6	18	40
7-8	19	42,2
9-10	8	17,8
Tổng	45	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm VAS trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu trước BXM là 7,1 ± 1,5. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm VAS từ 5-6 chiếm tỉ lệ 40%; từ 7-8 chiếm tỉ lệ 42,2%; từ 9-10 điểm là 17,8%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng lâm sàng người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp có loãng xương nặng

Bảng 3.3. Chỉ số T- score của đối tượng nghiên cứu

T- Score	
-4,3 ± 0,8	Mean ± SD
(-3.2) – (-6)	Min - Max

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số T-score trung bình là -4,3 ±

0,8. Chỉ số T-score lớn nhất là -3,2 và chỉ số T - score nhỏ nhất -6.

Số đốt sống bị tổn thương

Bảng 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo vị trí đốt sống thắt lưng thấp bị tổn thương

Vị trí	Số lượng (N=48)	Tỷ lệ %
L3	27	56,3
L4	16	33,3
L5	5	10,4
Tổng	48	100

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, 48 đốt sống được tiến hành BXM sinh học có bóng tạo hình thân đốt sống. Trong đó, có 56,3% đốt sống L3 được BXM; có 33,3% đốt sống L4 được BXM; có 10,4% đốt sống L5 được BXM.

Bảng 3.5. Phân loại xẹp thân đốt sống trên X quang

Phân loại XTĐS		Số đốt xẹp (N=48)	Tỷ lệ %
Phân loại Kanis	Hình chêm	6	12,5
	Lõm 2 mặt	17	35,4
	Lùn ép thân đốt sống	25	52,1
Phân loại Genant	Nhẹ 20-25%	10	20,8
	Trung bình 25-40%	28	58,4
	Nặng >40%	10	20,8

Nhận xét: Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, 48 đốt sống được tiến hành bơm xi măng tạo hình thân đốt sống; có 12,5% đốt sống xẹp kiểu hình chêm, có 35,4% đốt sống bị xẹp kiểu lõm 2 mặt, có đến 52,1% đốt sống xẹp kiểu lùn ép thân đốt sống.

Đặc điểm xẹp đốt sống trên X-quang

Bảng 3.6. Mức độ xoay của đốt sống bị xẹp

Mức độ xoay	Số lượng (N=48)	Tỷ lệ (%)
Độ 0	17	35,4
Độ 1	23	47,9
Độ 2	8	16,7
Tổng	48	100

Nhận xét: Trong 48 đốt sống thắt lưng thấp bị xẹp, chúng tôi nhận thấy có 23 đốt sống (47,9%) bị xoay ở mức độ I, 8 đốt sống (16,7%) bị xoay mức độ II.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. 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 $72,3 \pm 10,1$. Trong đó, đối tượng nghiên cứu có tuổi thấp nhất là 44, đối tượng nghiên cứu có tuổi cao nhất là 93. Nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng⁶ trên 73 NB

xẹp đốt sống thấy độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 66,5, NB ít tuổi nhất là 35 tuổi, NB cao tuổi nhất là 87 tuổi. Nghiên cứu của Hideaki Nakajima và cs⁷ trên 30 NB xẹp đốt sống thắt lưng thấp, độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 79,3; NB ít tuổi nhất là 70 tuổi, NB cao tuổi nhất là 80 tuổi.

Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 35 đối tượng nghiên cứu là nữ chiếm 77,8%, có 10 đối tượng nghiên cứu là nam chiếm 22,2%. Theo Hideaki Nakajima và cs¹⁸, khi nghiên cứu trên 30 đối tượng nghiên cứu, tỉ lệ đối tượng nghiên cứu nữ chiếm 75%, tỉ lệ đối tượng nghiên cứu nam chiếm 25%. Theo Nguyễn Vũ, Kiều Đình Hùng⁸ năm 2014 nghiên cứu trên 23 đối tượng thì nữ giới chiếm 82,6%, tỷ lệ nữ/nam là 4,75/1.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 26,7% đối tượng nghiên cứu có yếu tố khởi phát do chấn thương, có 73,3% đối tượng nghiên cứu không có yếu tố khởi phát do chấn thương. Trong nghiên cứu của Seok Han và cộng sự⁹ trên 120 đối tượng nghiên cứu chia làm 2 nhóm, nhóm 1 là những người bệnh xẹp đốt sống L4 hoặc L5 thì có 75% đối tượng nghiên cứu không có tiền sử chấn thương trước đó, nhóm 2 là những người bệnh xẹp đốt sống L3 thì có 51% đối tượng nghiên cứu không có tiền sử chấn thương trước đó. Còn theo cứu của Đỗ Mạnh Hùng⁶ trên 73 đối tượng nghiên cứu có xẹp đốt sống ngực và thắt lưng, có 23,3% đối tượng nghiên cứu XTĐS đơn thuần, 76,7% đối tượng nghiên cứu có chấn thương cột sống kèm theo.

Đau lưng tương ứng tại vị trí đốt sống xẹp là triệu chứng chủ yếu người bệnh phải đến viện điều trị và chỉ định bơm xi măng. 100% người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện đau lưng ở các mức độ khác nhau. 55,6% người bệnh đau lưng dữ dội, không thể chịu đựng được, còn 44,4% người bệnh đau lưng âm ỉ. So với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng⁶ trên 73 người bệnh có 83,6% người bệnh đau lưng dữ dội, 16,4% người bệnh đau lưng âm ỉ, có sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ đau âm ỉ cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được lý giải: xẹp đốt sống vùng thắt lưng thấp cùng là hậu quả của việc áp lực của trọng lượng cơ thể lên xương đã bị loãng nặng và rất yếu.

Trong 45 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi; có 42,2% NB có điểm VAS từ 7-8; 17,8% NB có điểm VAS từ 9-10; có 40% NB có điểm VAS từ 5-6. Điểm VAS trung bình trước bơm xi măng trong nghiên cứu của chúng tôi là $7,1 \pm 1,5$.

Nghiên cứu Robinson và cs¹⁰ trên 102 NB được bơm xi măng sinh học có bóng, điểm VAS trung bình trước bơm xi măng là $7,5 \pm 1,3$. Nghiên cứu của Baz và cs trên 82 NB được bơm xi măng sinh học có bóng, điểm VAS trung bình trước bơm xi măng là $7,97 \pm 1,41$. Theo Nguyễn Vũ, Kiều Đình Hùng⁶ điểm VAS trung bình trước mổ là 7,74.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Tất cả các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều được đo mật độ xương để đánh giá tình trạng thiếu xương hoặc loãng xương theo định nghĩa của WHO. 100% NB trong nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số T-score tại cột sống thắt lưng $\leq -2,5$. Chỉ số T-score trung bình đo tại cột sống thắt lưng của các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là $-4,3 \pm 0,8$. So sánh với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng⁶ trên 73 NB được bơm xi măng sinh học có bóng, 100% NB được chẩn đoán loãng xương T-score $\leq -2,5$; chỉ số T-score trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $-3,9 \pm 0,9$. Nghiên cứu của Shi và cs trên nhóm đối tượng xẹp đốt sống ngực được bơm xi măng sinh học có bóng, 100% các đối tượng được chẩn đoán loãng xương, chỉ số T-score trung bình của nhóm đối tượng được là $-3,8 \pm 0,7$.

Trong 48 đốt sống được THĐSQD bằng bơm xi măng sinh học, chúng tôi nhận thấy có 56,3% là đốt sống L3, 33,3% là đốt sống L4, 10,4% là đốt sống L5. Nghiên cứu của Seok Han và cộng sự⁹ nghiên cứu trên 120 người bệnh xẹp đốt sống thắt lưng thấp, thấy có 57 đối tượng nghiên cứu xẹp đốt sống L3, 40 đối tượng nghiên cứu xẹp đốt sống L4 và 23 đối tượng nghiên cứu xẹp đốt sống L5. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả trong và ngoài nước. 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, là nơi giao nhau của vùng di động và vùng cố định 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 cố định đốt sống với khung chậu bên dưới nên ít bị tổn thương hơn.

Chúng tôi nghiên cứu trên X quang 48 đốt sống bị xẹp, và phân vào 3 nhóm chính. Loại 1 (xẹp hình chêm) 12,5%; loại 2 (xẹp lõm 2 mặt) 35,4%; loại 3 (lún xẹp) 52,1%. Theo Nguyễn Vũ⁸ nghiên cứu trên 38 đối tượng với 52 đốt sống ngực và thắt lưng bị xẹp thấy có 69,2% xẹp hình chêm, 9,6% xẹp lõm 2 mặt, 21,2% lún xẹp. Còn theo nghiên cứu của Hideaki Nakajima và cs⁷ trên 30 NB 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.

V. KẾT LUẬN

+ XTĐS thắt lưng thấp hay gặp ở nữ hơn nam giới, tỷ lệ nữ/nam = 3,5/1. Bệnh gặp chủ yếu ở người cao tuổi, với tuổi trung bình $72,3 \pm 10,1$. Thường có tiền sử xẹp đốt sống ngực thắt lưng cũ (44,4%).

+ Người bệnh XTĐS thắt lưng thấp có LX nặng không có yếu tố chấn thương kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất 73,3%. VAS trung bình $7,1 \pm 1,5$; Tất cả người bệnh đều có hạn chế chức năng vận động: 24,4% người bệnh không đi lại được, 26,7% không đứng được và 48,9% không ngồi được.

+ Tỷ lệ đốt xẹp bị xoay độ I là 47,9%, xoay độ 2 là 16,7%.

+ Xẹp đốt sống L3 là phổ biến nhất (56,3%).

+ NB XTĐS thắt lưng thấp thường có mức độ loãng xương rất nặng, T-score trung bình là $-4,3 \pm 0,8$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lamichhane AP.** Osteoporosis-an update. JNMA; journal of the Nepal Medical Association. 2005;44(158):60-66.
2. **Seybold EA, Sweeney CA, Fredrickson BE, Warhold LG, Bernini PM.** Functional outcome of low lumbar burst fractures. A multicenter review of operative and nonoperative treatment of L3-L5. Spine. 1999;24(20):2154-2161.
3. **Nguyễn Đức Phúc** (2004). Giáo trình kỹ thuật mổ chấn thương - chỉnh hình tập 7, Bộ môn Ngoại Đại học Y Hà Nội, NXB Y Học, 41-43.
4. **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.
5. **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.
6. **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.
7. **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.
8. **Nguyễn Vũ, Kiều Đình Hùng** (2014). Kết quả điều trị xẹp đốt sống do loãng xương bằng phương pháp bơm xi măng không bóng qua da tạo hình thân đốt sống tại khoa ngoại Bệnh viện

Đại học Y Hà Nội. Tạp chí nghiên cứu Y học TP Hồ Chí Minh, 18(6), 81-85.

9. **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.

10. **Robinson Y, Tschöke SK, Stahel PF, Kayser R, Heyde CEJPsis.** Complications and safety aspects of kyphoplasty for osteoporotic vertebral fractures: a prospective follow-up study in 102 consecutive patients. 2008;2(1):1-10.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỐI HỢP GƯƠNG TRỊ LIỆU TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BÀN TAY TRÊN BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI

Nguyễn Huy Ngọc¹, Nguyễn Quang Ân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: phương pháp gương trị liệu mang lại hiệu quả trong phục hồi chức năng vận động chi trên, mức chi phí thấp, dễ thực hiện. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả phối hợp gương trị liệu trong phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người ở giai đoạn hồi phục do nhồi máu não. **Phương pháp:** nghiên cứu can thiệp có đối chứng 60 người bệnh chia thành 2 nhóm, nhóm can thiệp được phối hợp gương trị liệu trong phục hồi chức năng bàn tay tại Đơn vị Phục hồi chức năng Thần kinh - đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2021. **Kết quả:** sau 1 tháng can thiệp phối hợp gương trị liệu mức độ vận động bàn tay liệt gia tăng; mức độ khéo léo bàn tay liệt gia tăng; mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày gia tăng hơn so với nhóm chứng ($p < 0,05$). **Kết luận:** phối hợp gương trị liệu trong phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người ở giai đoạn hồi phục do nhồi máu não mang lại kết quả tốt. **Từ khóa:** gương trị liệu, phục hồi chức năng, Phú Thọ.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF COMBINED MIRROR THERAPY IN HAND FUNCTIONAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH HEMIPARIA

Background: mirror therapy method is effective in restoring upper limb motor function, is low cost, and easy to perform. **Objective:** evaluate the results of combining mirror therapy in restoring hand function in patients with hemiplegia in the recovery stage due to cerebral infarction. **Method:** controlled intervention study of 60 patients divided into 2 groups, the intervention group was combined with mirror therapy in hand rehabilitation at the Neuro-Stroke Rehabilitation Unit, General Hospital. Faculty of Phu Tho province during the period from January 2021 to

September 2021. **Results:** after 1 month of intervention combined with mirror therapy, the level of movement of the paralyzed hand increased; The level of dexterity in the paralyzed hand increases; The level of independence in daily activities increased compared to the control group ($p < 0.05$). **Conclusion:** combining mirror therapy in hand rehabilitation in patients with hemiplegia in the recovery stage due to cerebral infarction brings good results. **Keywords:** mirror therapy, rehabilitation, Phu Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp gương trị liệu (Mirror therapy) là một trong những phương pháp hoạt động trị liệu đã được thế giới sử dụng rộng rãi, mang lại hiệu quả trong phục hồi chức năng vận động, đặc biệt có hiệu quả cao đối với chi trên với mức chi phí thấp, dễ thực hiện, bệnh nhân có thể tự duy trì luyện tập sau khi đã được kỹ thuật viên hướng dẫn phương pháp, mang lại hiệu quả luyện tập cao, tiết kiệm kinh phí và nhân lực. Bước đầu hiệu quả của gương trị liệu trong thời gian ngắn hoặc do bệnh nhân tự luyện tập mà đạt được những kết quả nhất định sẽ là động lực để bệnh nhân tiếp tục duy trì luyện tập, phục hồi các chức năng khác.

Trên thế giới có nhiều công trình nghiên cứu về phục hồi chức năng bàn tay bằng các phương pháp trong đó có gương trị liệu mang lại kết quả khả quan cho bệnh nhân sau tai biến mạch máu não, riêng ở Việt Nam, tại Bệnh viện Bạch Mai (2011) về hiệu quả kết hợp gương trị liệu trong phục hồi chức năng vận động bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não, chức năng khéo léo của bàn tay được cải thiện rõ rệt sau 3 tháng.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phối hợp gương trị liệu trong phục hồi chức năng bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người ở giai đoạn hồi phục do nhồi máu não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi nghiên cứu 60 người bệnh được phục hồi chức

¹Sở Y Tế Phú Thọ

²Trường Cao Đẳng Y Tế Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024