

- chí Y học dự phòng. 32(1): tr. 237-244.
6. **Sri Hari TY et al** (2021), "A study of risk factors and complications in elderly hypertensive subjects", Journal of Family Medicine and Primary Care | Published by Wolters Kluwer - Medknow. 10, p. 2230-2234.
7. **Huang HS et al** (2014), "Rates of Complications

- and Mortality in Older Patients With Diabetes Mellitus The Diabetes and Aging Study", JAMA Intern Med. 174(2), p. 251-258.
8. **Nguyễn Thị Mười, Tạ Văn Trâm** (2023), "Thực trạng quản lý người bệnh đái tháo đường tip 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Tiền Giang", Tạp chí Y học Việt Nam. 525(1B), tr. 112-116.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG DO THOẠI HÓA Ở BỆNH NHÂN BỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE II

Nguyễn Ngọc Quỳnh¹, Vũ Hồng Vân¹,
Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Lê Hùng Trường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tại Việt Nam theo tìm hiểu của chúng tôi rất ít nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh ở bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng do thoái hóa có đái tháo đường type II. Mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng do thoái hóa có kèm theo đái tháo đường type II. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 40 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng do thoái hóa kèm theo đái tháo đường đến khám tại Khoa khám bệnh – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 6/2018 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** tuổi trung bình $63,3 \pm 7,1$ với 60% là bệnh nhân nữ. 100% bệnh nhân có triệu chứng đau lưng với điểm VAS trung bình là $6,0 \pm 1,5$; 92,5% bệnh nhân có biểu hiện đau tê chân kiểu rễ, 87,5% có biểu hiện đau cách hồi thần kinh. Bệnh nhân có tổn thương vận động ở chi dưới ở 17,5%, rối loạn cơ tròn ở 4 bệnh nhân (10%), nghiệm pháp lasègue dương tính ở 16 BN (40%), giảm hoặc mất phản xạ gân xương chi dưới ở 19 bệnh nhân (47,5%). 100% bệnh nhân bị trượt độ 1, vị trí thường gặp nhất là L4-5 chiếm 37,5%, hình ảnh vẹo cột sống ở 11 bệnh nhân. 100% số bệnh nhân đều có đĩa đệm thoái hóa ở mức độ V theo phân độ của Pfirmann trên phim cộng hưởng từ. Nhóm bệnh nhân mắc đái tháo đường từ 1 - 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 40% (16 BN), thời gian mắc bệnh trung bình là $4,4 \pm 2,7$ năm. **Kết luận:** Bệnh nhân đái tháo đường type II bị trượt đốt sống thắt lưng do thoái hóa thường ở độ tuổi cao, đều có biểu hiện triệu chứng đau lưng và hoặc triệu chứng chèn ép thần kinh, hình ảnh xquang trượt mức độ I, có thể có vẹo cột sống thắt lưng, hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy thoái hóa đĩa đệm mức độ nặng.

Từ khóa: Trượt đốt sống, đái tháo đường, cột sống thắt lưng cùng.

SUMMARY

CLINICAL SYMPTOMS AND IMAGED

¹Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Quỳnh

Email: bsquyenptcs108@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024

FEATURES OF DEGENERATIVE SPONDYLOLISTHESIS IN THE PATIENTS WITH DIABETES TYPE II

Introductions: In Vietnam, to the best our knowledge, there are very few studies about clinical and imaging characteristics of degenerative lumbar spondylolisthesis in patients with type II diabetes. The objective of this study is to describe both clinical and imaged features of such patients. **Material and methods:** Retrospective study was performed in 40 patients with diabetes type II who were diagnosed degenerative lumbar spondylolisthesis at out-patient department of 108th Military Central Hospital, from 6/2018 to 6/2020. **Results:** The mean age of the patients was 63.3 ± 7.1 , with 60% females. 100% of the patients had low back pain with mean VAS was 6.0 ± 1.5 and 92.5% of patients had radicular pain of lower extremities, 87.5% had intermittent neurogenic claudication; Patients had motor deficit of the lower extremities in 17.5%, bladder disorder in 4 patients (10%), positive lasègue test in 16 patients (40%), decreased or absent tendon reflexes of lower extremities in 19 patients (47.5%). 100% of patients were grade I of spondylolisthesis, the most common level was L4-5 accounting for 37.5%, 11 patients had lumbar spinal scoliosis. All patients had grade V disc degeneration according to Pfirmann's classification. 100% of patients have disc degeneration at level V according to Pfirmann's classification on magnetic resonance imaging. The group of patients had diabetes type II from 1 to 5 years accounted for the highest proportion with 40% (16 patients), the mean duration was 4.4 ± 2.7 years. **Conclusions:** Type II diabetic patients with degenerative lumbar spondylolisthesis were usually at an advanced age, all have symptoms of low back pain and or symptoms of nerve compression. On X-ray, all patients had grade I of spondylolisthesis, could be seen lumbar scoliosis on X-ray. magnetic resonance imaging showed severe disc degeneration. **Keywords:** Spondylolisthesis, diabetes, lumbar sacral region

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống thắt lưng do thoái hóa là nguyên nhân thường gặp nhất, đốt sống bị di chuyển ra trước do hệ cấu trúc của cột sống bị

thoái hóa đặc biệt là đĩa đệm, khối mấu khớp, dây chằng... không còn dữ được đốt sống ở vị trí giải phẫu bình thường. Hậu quả của nó là làm cho ống sống bị hẹp lại và cấu trúc thần kinh bị chèn ép. Tuy nhiên, hầu hết các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng diễn biến từ từ thậm chí không có triệu chứng. Khi đến viện khám thường đã có triệu chứng chèn ép thần kinh, đau cột sống thắt lưng do mất vững, thậm chí có thể liệt, rối loạn cơ tròn, biến đổi tư thế vùng cột sống thắt lưng cùng ảnh hưởng đến dáng đi. Lựa chọn phương pháp điều trị bảo tồn hay phẫu thuật thường phụ thuộc vào triệu chứng lâm sàng và hình ảnh của bệnh nhân và các bệnh lý kèm theo nếu có.

Đái tháo đường type II là một bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính phổ biến nhất và ngày càng gia tăng. Đái tháo đường có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị của người bệnh đặc biệt là ở bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật do ảnh hưởng đến quá trình liền xương và sự liền vết thương do đó ảnh hưởng rất nhiều đến diễn biến và kết quả của cuộc mổ [1]. Nghiên cứu trong y văn cho thấy tỷ lệ gặp các biến chứng và nhiễm trùng vết mổ cao hơn ở những bệnh nhân không mắc ĐTĐ [2]. Tuy nhiên, tại Việt Nam theo tìm hiểu của chúng tôi rất ít nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh ở bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng do thoái hóa có đái tháo đường type II. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh ở bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng do thoái hóa có đái tháo đường type II.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán xác định trượt đốt sống vùng thắt lưng do thoái hóa và có bệnh đái tháo đường type II kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, lựa chọn cỡ mẫu thuận tiện

2.3. Các biến nghiên cứu

Đặc điểm chung: Tuổi (năm), giới, nghề nghiệp, tiền sử bệnh tật, lý do vào viện, thời gian phát hiện bệnh, tiền sử ĐTĐ, thời gian, điều trị trước đó, xét nghiệm HbA1c, glucose máu.

Lâm sàng: mức độ đau lưng, đau chân kiểu rết được đánh giá theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale), dấu hiệu lasègue, cơ lực 2 chân theo thang điểm của Hội chẩn thương chính hình Mỹ (ASIA), các rối loạn cảm giác, rối loạn cơ tròn, dấu hiệu đau cách hồi thần kinh, phản xạ gân gối, gót.

Chẩn đoán hình ảnh: Hình ảnh Xquang quy

ước thẳng nghiêng, cúi – ưỡng xác định vị trí đốt sống trượt, phân độ TDS theo phân loại của Meyerding [3] gồm 5 độ: Độ I trượt 0-25%, độ II, 25-50%, độ III 50-75%, Độ IV 75-100%, độ V >100%. MRI đánh giá hẹp ống sống hay lỗ liên hợp, tình trạng thoái hóa đĩa đệm ở tầng bị trượt đốt sống và các đĩa đệm lân cận. Mức độ thoái hóa được phân độ theo Pfirrmann [4].

2.4. Xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 với giá trị p <0,05 là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 63,3 ± 7,1 tuổi, tuổi thấp nhất là 50 và cao nhất là 77 tuổi. 16 bệnh nhân nam và 24 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ lần lượt là 40% và 60%.

Triệu chứng cơ năng

Bảng 1: Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân

Triệu chứng cơ năng		Số lượng (n=40)	Tỉ lệ (%)
Đau lưng	Từ từ	26	65
	Đột ngột	14	35
Đau lan chân kiểu rết	Một bên	20	50
	Hai bên	17	42,5
	Không đau	3	7,5
Đau cách hồi	<100m	10	25
	100m – 500m	9	22,5
	>500m	6	15
	Không đau	5	12,5
VAS đau lưng	X ± sd	6,0 ± 1,5	
	Min - Max	3 - 9	
VAS đau chân kiểu rết	X ± sd	4,4 ± 2,1	
	Min - Max	0 - 8	

Nhận xét: 100% bệnh nhân đau lưng và 92,5% có biểu hiện đau lan chân kiểu rết, trong đó đau lan kiểu rết một bên là 50%, hai bên là 42,5%. 87,5% bn có biểu hiện đau cách hồi thần kinh, 10 bệnh nhân (22,5%) đi cách hồi mức độ nặng dưới 100m. Mức độ đau trung bình (VAS trung bình) ở lưng và chân lần lượt là 6,0 ± 1,5 và 4,4 ± 2,1.

Triệu chứng thực thể

Bảng 2: Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể		Số lượng (n=40)	Tỷ lệ %
Tổn thương vận động	Liệt hoàn toàn nhóm cơ do rết thần kinh chi phối bị chèn ép	2	5
	Liệt một phần cơ do rết thần kinh chi phối bị chèn ép	5	12,5
	Bình thường	33	82,5

Rối loạn cơ tròn		4	10
Nghiệm pháp Lasègue	Dương tính	16	40
	Âm tính	24	60
Phản xạ gân xương	Mất	8	20
	Giảm	11	27,5
	Bình thường	21	52,5

Nhận xét: 7 bệnh nhân (17,5%) có biểu hiện tổn thương vận động ở nhóm cơ chi dưới do rễ thần kinh chi phối bị chèn ép, trong đó liệt hoàn toàn chiếm 5%. Có 4 bệnh nhân (10%) có biểu hiện rối loạn cơ tròn. Nghiệm pháp lasègue dương tính ở 16 BN (40%). Giảm hoặc mất phản xạ gân xương chi dưới ở 19 bệnh nhân chiếm 47,5%.

Đái tháo đường

Bảng 3: Đặc điểm bệnh đái tháo đường ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đái tháo đường		Số lượng (n=40)	Tỷ lệ %
Thời gian phát hiện	Phát hiện đợt này	10	25
	1 – 5 năm	16	40
	> 5 năm	14	35
	X ± sd	4,4 ± 2,7	
	Min – Max	1 - 9	
Điều trị đái tháo đường	Không thường xuyên	3	7,5
	Thuốc uống	24	60
	Thuốc tiêm	10	25
	Phối hợp	3	7,5
HbA1c	7%	19	47,5
	7%	21	52,5
	X ± sd	7,7 ± 2,1	
	Min – Max	5,3 – 13,2	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân mắc đái tháo đường từ 1 - 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 40% (16 BN), thời gian mắc ĐTD trung bình là 4,4 ± 2,7 năm, lâu nhất là 9 năm. Đa phần bệnh nhân đều điều trị thường xuyên với 37 BN (82,5%) . Nồng độ HbA1C trung bình là 7,7 ± 2,1 %, có 19 bệnh nhân (47,5%) được kiểm soát đường huyết tốt với HbA1c ≤ 7 %.

3.2. Đặc điểm trên hình ảnh Xquang và cộng hưởng từ

Bảng 4: Đặc điểm trên xquang của đối tượng nghiên cứu

Xquang		Số lượng (n=40)	Tỷ lệ %
Vị trí trượt	L3-4	3	7,5
	L4-5	15	37,5
	L5-S1	7	17,5
	L3-4+L4-5	8	20
	L4-5+L5S1	5	12,5
	L3-4+L4-5+L5S1	2	5
Veo cột sống	Có	11	27,5
	Không	29	72,5
Mức độ trượt	Độ I	40	100%

Nhận xét: Trượt ở L4-5 chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,5% (15 BN), có 5 BN (12,5%) trượt ở 2 tầng đốt sống và 2 bệnh nhân (5%) trượt ba tầng đốt sống. 11 bệnh nhân có hình ảnh veo cột sống chiếm 27,5%. 100% bệnh nhân trượt đốt sống độ 1 theo phân loại của Meyerding.

Trên phim cộng hưởng từ thấy 100% số bệnh nhân đều có thoái hóa đĩa đệm tại tầng đốt sống trượt ở mức độ V theo phân độ của Pfirrmann. Trong đó có 9 bệnh nhân chỉ thoái hóa ở đĩa đệm có đốt sống trượt, 15 trường hợp thoái hóa 2 đĩa, 4 trường hợp thoái hóa 3 đĩa, 5 trường hợp thoái hóa 4 đĩa và 7 trường hợp thoái hóa 5 đĩa.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu gồm có 34 bệnh nhân, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 63,3 ± 7,1 tuổi (khoảng dao động từ 50 – 77 tuổi). Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trước đây của Nguyễn Vũ (2014) là 47,4 tuổi [5]. Điều này có thể lý giải do chúng tôi nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân mắc đái tháo đường nên độ tuổi trung bình cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đến viện có đầy đủ cả biểu hiện đau lưng và 92,5% bệnh nhân có hội chứng chèn ép rễ với đau tê lan một hoặc hai chân kiểu, nghiên cứu của Nguyễn Vũ (2016) cũng cho kết quả tương tự [5]. 87,5% bệnh nhân có biểu hiện đau cách hồi thần kinh, chỉ có 25% trường hợp có biểu hiện đau cách hồi thần kinh dưới 100 m, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Refaat (2014) [6] và Võ Văn Thanh (2014) [7]. Mức độ đau trung bình (VAS trung bình) ở lưng và chân lần lượt là 6,0 ± 1,5 và 4,4 ± 2,1 (một cách tương ứng). Kết quả này tương đương về mức độ đau lưng nhưng mức độ đau chân thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Vũ với VAS đau lưng trung bình là 6,62 ± 1,35 và VAS đau chân là 6,02±1,53 [5]. Có thể lý giải điều này do nhóm nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân đái tháo đường type II có trượt đốt sống chưa có chỉ định mổ và có chỉ định mổ.

Trong nghiên cứu này chỉ có 17,5% bệnh nhân có rối loạn vận động ở chi dưới do rễ thần kinh chèn ép. Kết quả này thấp hơn so với với nghiên cứu của Pasha có 24,4% bệnh nhân có rối loạn vận động chi dưới [8]. Có sự khác biệt này là trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các bệnh nhân có chỉ định và không có chỉ định phẫu thuật. 10% bệnh nhân có biểu hiện rối loạn cơ tròn cũng ứng tự với nghiên cứu của Võ Văn

Thanh [5].

Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu mắc đái tháo đường từ 1 - 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 40% (16 BN), thời gian mắc ĐTD trung bình là $4,4 \pm 2,7$ năm, lâu nhất là 9 năm. Đa phần bệnh nhân đều điều trị thường xuyên với 37 BN (82,5%) . Nồng độ HbA1C trung bình là $7,7 \pm 2,1$ %, có 19 bệnh nhân (47,5%) được kiểm soát đường huyết tốt với HbA1c ≤ 7 %.

Hình ảnh Xquang thường quy của 40 bệnh nhân trong nghiên cứu này cho thấy trượt ở L4-5 chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,5% (15 BN), có 5 BN (12,5%) trượt ở 2 tầng đốt sống và 2 bệnh nhân (5%) trượt ba tầng đốt sống. 11 bệnh nhân có hình ảnh vẹo cột sống chiếm 27,5%. 100% bệnh nhân trượt đốt sống độ 1 theo phân loại của Meyerding, tuy nhiên tỷ lệ trượt 2 tầng trở lên trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều hơn như Nguyễn Vũ chỉ có 7,8% bệnh nhân trượt 2 tầng [5]. Có sự khác nhau này là trong nghiên cứu của chúng tôi nghiên cứu riêng cho các trường hợp bệnh nhân trượt đốt sống do thoái hóa và kèm đái tháo đường type II.

Trên phim cộng hưởng từ thấy 100% số bệnh nhân đều có thoái hóa đĩa đệm tại tầng đốt sống trượt ở mức độ V theo phân độ của Pfirrmann. Trong đó có 9 bệnh nhân chỉ thoái hóa ở đĩa đệm có đốt sống trượt, 15 trường hợp thoái hóa 2 đĩa, 4 trường hợp thoái hóa 3 đĩa, 5 trường hợp thoái hóa 4 đĩa và 7 trường hợp thoái hóa 5 đĩa. 100% số BN có thoái hóa đĩa đệm ở các đốt sống liền kề. Tỷ lệ này là cao hơn các nghiên cứu trước đây; theo Nguyễn Vũ tỷ lệ này là 74,7% [5]. Có sự khác biệt này có thể do nhóm bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi trung bình cao và nguyên nhân trượt là do thoái hóa.

V. KẾT LUẬN

TÁC DỤNG CỦA CAO UP1 TRÊN TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB-IV

Trần Thị Thu Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của cao UP1 trên triệu chứng cơ năng, mức độ đau theo thang điểm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Trang

Email: tranthithutrang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024

Mặc dù chưa tìm thấy mối liên quan nào giữa trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng và bệnh đái tháo đường tuy nhiên đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân mắc đái tháo đường có nhiều khác biệt so với các nghiên cứu trên các nhóm bệnh nhân trượt đốt sống trước đây như tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu cao hơn, tỉ lệ trượt đa tầng và kèm vẹo cột sống nhiều hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Engelgau MM, Geiss LS, Saaddineet JB, al** (2004), "The evolving diabetes burden in the United States", *Ann Intern Med*, 140(11), 945-50.
2. **Salazar JJ, Ennis WJ, Koh TJ** (2016), "Diabetes medications: Impact on inflammation and wound healing", *Journal of Diabetes and its Complications*, 30(4), 746-752.
3. **Kosloskv. E. Gendelbera. D.** (2020). Classification in Brief: The Mevering Classification System of Spondylolisthesis. *Clinical orthopaedics and related research*, 478(5), 1125–1130.
4. **Pfirrmann CW, Metzdorf A, Zanetti M, et al** (2001). Magnetic resonance classification of lumbar intervertebral disc degeneration. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1;26(17):1873-8
5. **Nguyễn Vũ** (2016), Nghiên cứu điều trị TĐS thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống qua cường kết hợp hàn xương liên thân đốt, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Refaat, M.I.** (2014). Management of Single Level Lumbar Degenerative Spondylolisthesis: Decompression Alone or Decompression and Fusion. *Egyptian Journal of Neurosurgery*. Volume 29, No. 4: 51-56.
7. **Võ Văn Thanh** (2014), Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt, Luận Văn Bác sĩ nội trú, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Pasha, IF, Qureshi, MA, Haideret IZ, al** (2012), "Surgical treatment in lumbar spondylolisthesis: experience with 45 patients", *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 24(1), 75-8.

VAS và tình trạng toàn thân theo thang điểm Kanofsky của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IIIB-IV điều trị bằng phác đồ Paclitaxel - Carboplatin. **Phương pháp:** 60 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn IIIB-IV được chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 30 bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu hóa trị phác đồ Paclitaxel-Carboplatin kết hợp uống cao UP1 90ml/ngày. Nhóm chứng hóa trị phác đồ Paclitaxel-Carboplatin. Thời gian điều trị 21 ngày/chu kỳ trong 3 chu kỳ. **Kết quả:** Điểm đánh giá triệu chứng cơ năng và điểm đau VAS giảm so với