

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Khắc Cường và cộng sự (2006)**, Vẹo vách ngăn mũi. Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh lý mũi xoang, 2(Nhà xuất bản Y học.), 98 - 105.
2. **Hoàng Thái Hà (2008)**, Nghiên cứu dị hình học mũi qua nội soi và chụp cắt lớp vi tính, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Thu Nga và Lâm Huyền Trân (2010), Nghiên cứu phân loại các hình ảnh vẹo vách ngăn mũi qua nội soi ứng dụng trong phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn, Y học Hồ Chí Minh, 14.
4. **Nguyễn Tân Phong (2016)**, Phẫu thuật nội soi chức năng xoang, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Võ Thanh Quang (2004)**, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị viêm đa xoang mạn tính qua phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Phan Ngọc Toàn (2000)**, Phân tích đặc điểm thẩm mỹ mũi ở người Việt Nam trưởng thành, Nội san TMMH, Số 2, 29 - 35.
7. **Nguyễn Kim Tôn Trần Công Hòa (2007)**, Nghiên cứu đặc điểm dị hình vách ngăn và đánh giá kết quả phẫu thuật, Y học Việt Nam, 44-47.
8. **Becker Devra (2010)**, Nasal Reconstruction and Aesthetic Rhinoplasty, Plastic and Reconstructive Surgery, 55, 313 - 325.
9. **Kridel R. W. et al (2010)**, The Nasal septum, Otolaryngology Head and neck Surgery, 82(Mosby), 1432 - 1472.
10. **Kumar ECV Janardhan RJ., Babu KR, Chowdary VS, Singh J, Rangamain SV, (2005)**, Classification of nasal septal deviations - relation to sinonasal pathology, Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery, vol. 57, No. 3, page 199 - 201.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN XEP ĐỐT SỐNG NGỰC DO LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Đình Hòa¹, Vũ Đức Đạt², Đoàn Thị Ngọc Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang trên 65 BN xẹp đốt sống ngực do loãng xương tại khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2018 - 5/2019. **Kết quả:** BN lớn tuổi (≥ 70 tuổi) chiếm tỉ lệ 49,2%. 100% các đối tượng nghiên cứu có biểu hiện đau tại chỗ tương ứng với vùng tổn thương; có 70,8% đối tượng nghiên cứu biểu hiện hạn chế vận động ở các mức độ khác nhau; điểm VAS trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu trước BXM là $7,3 \pm 1,1$. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm VAS từ 7-8 chiếm tỉ lệ 60%; T-score trung bình là $-3,6 \pm 0,8$. Chỉ số T-score lớn nhất được ghi nhận là -6,8; có 56,2% đốt sống xẹp loại 1, có 35,6% đốt sống bị xẹp xẹp loại 2, chỉ có 8,2% đốt sống xẹp loại 3. **Kết luận:** Bệnh nhân XĐS do loãng xương thường ở độ tuổi cao, đặc biệt tỷ lệ bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm 49,2%. Số lượng bệnh nhân nữ giới (89,2%) cao hơn nhiều so với nam giới (10,8%). Tất cả bệnh nhân đều có đặc điểm lâm sàng là đau tương ứng với đốt sống bị tổn thương; hạn chế vận động xuất hiện ở phần lớn các BN xẹp đốt sống (70,8%). XĐS có thể xuất hiện tự nhiên ở những bệnh nhân loãng xương hoặc sau các chấn thương nhẹ như ngã ngối, cúi... và đập vào cột sống. Những bệnh nhân xẹp một đốt sống (89,2%) hay xẹp hình chêm (56,2%) chiếm tỷ lệ

cao trong nhóm nghiên cứu.

Từ khóa: xẹp đốt sống, loãng xương

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF THORACICOSTEOPOROTIC VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES

Purpose: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with thoracic osteoporotic vertebral compression fractures (VCF). **Subjects and method:** A cross-sectional study on 65 patients with thoracic osteoporotic vertebral compression fractures in Department of Spine Surgery. - Viet Duc Hospital from June 2018 - May 2019. **Results:** Elderly patients (≥ 70 years old) accounted for 49.2%. 100% of the study subjects showed similar local pain corresponding to the affected area; 70.8% showed limited movement at different levels; The average VAS score was 7.3 ± 1.1 . The percentage of research subjects with VAS scores from 7-8 accounts for 60%; The average T-score is -3.6 ± 0.8 ; 56.2% of vertebral vertebrae with type 1 vertebra, 35.6% with vertebral fractures ranked level 2. **Conclusion:** Patients with VCF are often in advanced ages, especially the proportion of patients over 70 years old accounted for 49.2%. The number of female patients (89.2%) is much higher than that of men (10.8%). All patients have a clinical characteristic of pain corresponding to damaged vertebra; motor restriction appears in the majority of patients with vertebral collapse (70.8%). VCF can occur naturally in patients with osteoporosis or after minor injuries such as falling, sitting, hitting the spine. The number of patients with one vertebra (89.2%) or meniscus (56.2%) accounted for a high proportion in the study.

Từ khóa: Osteoporosis, vertebral compression fractures, thoracic osteoporotic vertebral compression fractures.

¹Bệnh viện Việt Đức

²Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

³Viện Y học Ứng dụng Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa

Email: ndhoavietducspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là sự giảm khối lượng và chất lượng của hệ thống xương [1] dẫn đến giảm sức chống đỡ và chịu lực, làm xương mỏng dần, dễ gãy, dễ lún xẹp, đặc biệt là ở các vị trí chịu lực của cơ thể như cột sống, cổ xương đùi, đầu dưới xương quay... [3]. Xẹp đốt sống (XĐS) do loãng xương là một biến chứng hay gặp của loãng xương. XĐS do loãng xương thường không gây tử vong nhưng gây nên những thương tật nặng nề và ảnh hưởng trầm trọng đến kinh tế cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của XĐS là đau lưng cấp tính, có hoặc không có liên quan với một chấn thương trước đó. Ngoài ra còn có thể kể đến các triệu chứng khác như đau lưng mãn tính, biến dạng cột sống, chèn ép rễ thần kinh, chèn ép tủy sống... Bệnh nhân (BN) giảm hoạt động thể chất, dễ bị căng thẳng, mất ngủ và trầm cảm. Phụ nữ có XĐS do loãng xương có nguy cơ tử vong cao hơn từ 2-2,7 lần phụ nữ cùng lứa tuổi không có XĐS. Để xây dựng cơ sở cho chẩn đoán xẹp đốt sống, chúng tôi giới thiệu bài báo "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xẹp đốt sống ngực do loãng xương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả BN xẹp đốt sống ngực do loãng xương tại khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2018 – 5/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện; chọn tất cả các BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 6/2018 đến tháng 5/2019

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng SPSS 20.0

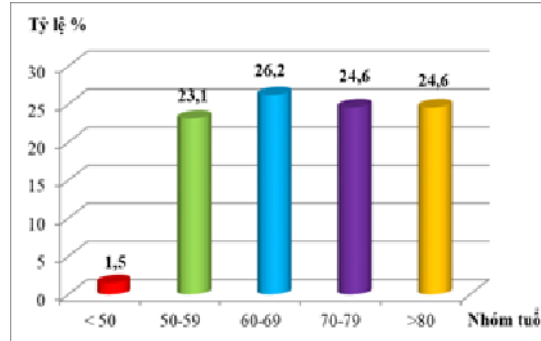
2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội, Khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Việt Đức đồng ý; Thông tin của các bệnh nhân được bảo mật và mã hóa; Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung theo nhóm tuổi

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 6/2018 đến 5/2019, tổng số đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 65. Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 69,9 ± 10,7. Trong đó, đối tượng nghiên cứu có tuổi trẻ

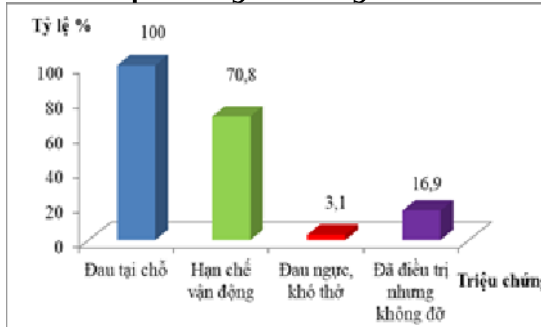
nhất là 49, đối tượng nghiên cứu có tuổi lớn nhất là 92. Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi chia đối tượng nghiên cứu thành 5 nhóm đối tượng nghiên cứu theo các nhóm tuổi: dưới 50 tuổi, từ 50-59 tuổi, từ 60-69 tuổi, từ 70 đến 79 tuổi, và trên 80 tuổi. Dưới đây là biểu đồ phân bố tỉ lệ bệnh nhân theo từng nhóm tuổi trên.



Biểu đồ 1. Phân bố tỉ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm BN lớn tuổi (≥70 tuổi) chiếm tỉ lệ 49,2%; nhóm BN < 50 tuổi chiếm tỉ lệ 1,5%; nhóm BN từ 50- 59 tuổi chiếm 23,1%; nhóm BN từ 60- 69 tuổi chiếm 26,2%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo triệu chứng lâm sàng

Nhận xét: 100% các đối tượng nghiên cứu có biểu hiện đau tại chỗ tương ứng với vùng tổn thương; có 70,8% đối tượng nghiên cứu biểu hiện hạn chế vận động ở các mức độ khác nhau; có 3,1% đối tượng nghiên cứu có biểu hiện đau ngực, khó thở; có 16,9% đối tượng nghiên cứu đã tự điều trị hoặc đã điều trị tại tuyến dưới nhưng không đỡ.

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thang điểm VAS trước bơm xi măng

VAS	N	%
0. Không đau	0	0
1-2. Đau nhẹ	0	0
3-4. Đau vừa	0	0

5-6. Đau nhiều	19	29,2
7-8. Đau dữ dội	39	60
9-10. Đau khủng khiếp	7	10,8
Tổng	65	100

Nhận xét: Điểm VAS trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu trước BXM là $7,3 \pm 1,1$. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có điểm VAS từ 5-6 chiếm tỉ lệ 29,2%, từ 7-8 chiếm tỉ lệ 60%; từ 9-10 điểm là 10,8%. Cũng trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào đối tượng nghiên cứu đến viện trong tình trạng không đau, đau nhẹ hoặc đau vừa.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

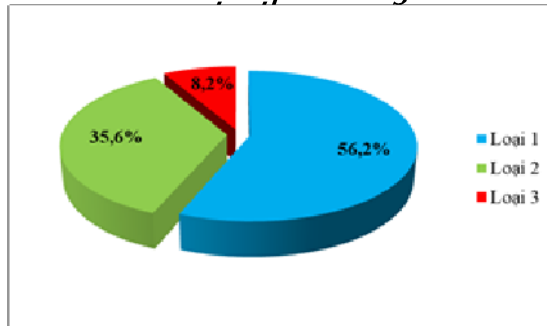
3.3.1. Đặc điểm cận lâm sàng theo mật độ xương

Bảng 2. Chỉ số T- score của đối tượng nghiên cứu

T- score	
$-3,6 \pm 0,8$	Mean \pm SD
$(-2,5) - (-6,8)$	Min - Max

Nhận xét: Trong 65 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 6 đối tượng nghiên cứu từng được bơm xi măng điều trị XĐS do loãng xương. Chỉ số T- score của 6 BN này chịu ảnh hưởng của vật liệu BXM trước đó. Do vậy, chúng tôi tính chỉ số T-score trung bình là của 59 đối tượng nghiên cứu còn lại là $-3,6 \pm 0,8$. Chỉ số T- score lớn nhất được ghi nhận là $-6,8$ và chỉ số T- score nhỏ nhất được ghi nhận $-2,5$.

3.3.2. Phân loại xẹp đốt sống



Biểu đồ 3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo phân loại xẹp đốt sống của Kannis

Nhận xét: Trong số 73 đốt sống bị xẹp, có 56,2% đốt sống xẹp loại 1, có 35,6% đốt sống bị xẹp xếp loại 2, chỉ có 8,2% đốt sống xếp loại 3.

3.3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tổn thương trên phim chụp MRI

Trong 65 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, 100% đối tượng nghiên cứu được chụp phim MRI, và có biểu hiện phù thân đốt sống trên phim chụp, biểu hiện giảm tín hiệu tủy trên chuỗi xung T1W và tăng tín hiệu tủy trên chuỗi xung T2W.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung theo nhóm tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số đối tượng nghiên cứu là 65. Độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $69,9 \pm 10,7$. Trong đó, đối tượng nghiên cứu có tuổi thấp nhất là 49, đối tượng nghiên cứu có tuổi cao nhất là 92. Nghiên cứu có sự phù hợp về độ tuổi trung bình với các nghiên cứu của Đàm Thủy Trang [4] trên 15 BN xẹp đốt sống thấy độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 75,8, BN ít tuổi nhất là 58 tuổi, BN cao tuổi nhất là 90 tuổi. Nghiên cứu của Ge và cs [5] trên 38 BN xẹp đốt sống, độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 60,3; BN ít tuổi nhất là 55 tuổi, BN cao tuổi nhất là 72 tuổi. Các nghiên cứu đều cho thấy XĐS gặp chủ yếu ở người cao tuổi. Nguyên nhân của XĐS là do quá trình loãng xương tuổi già gặp ở người cao tuổi [2][6].

Về triệu chứng lâm sàng, Đau và hạn chế vận động là triệu chứng chính khiến BN đến viện. Nghiên cứu Robinson và cs [7], điểm VAS trung bình trước điều trị là $7,97 \pm 1,41$ cho thấy đối tượng nghiên cứu được BXM đều có điểm VAS cao. Các đối tượng này thường đau lưng dữ dội, đau không thể chịu đựng được.

100% BN 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 $-3,6 \pm 0,8$. So sánh với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng [1] trên 73 BN được bơm xi măng sinh học có bóng, 100% BN được chẩn đoán loãng xương T-score $\leq -2,5$; chỉ số T-score trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $-3,9 \pm 0,9$. Đo mật độ xương là cần thiết cho các bệnh nhân có xẹp đốt sống. Ngoài mục đích chẩn đoán loãng xương, đo mật độ xương còn cần thiết vì sau khi tạo hình đốt sống qua da, đối tượng nghiên cứu sẽ được tư vấn điều trị loãng xương để phòng tránh nguy cơ gãy xương về sau.

Tổn thương XĐS hình chêm (loại 1) là hay gặp hơn cả trong nhóm nghiên cứu. Điều này có thể giải thích được như sau: Hệ thống cơ, dây chằng (trừ dây chằng dọc trước) và các diện khớp của cột sống đều ở về phía sau thân đốt sống, chính những hệ thống này đã làm tăng tính vững chắc cho các bề xương ở phía sau thân đốt sống. Do đó, tổn thương thường xảy ra nhiều hơn ở phần trước của thân đốt sống. Mặt khác, THĐS bằng bơm xi măng sinh học với đối tượng nghiên cứu xếp loại 2 và 3 gặp rất nhiều khó khăn. Do đốt sống bị xẹp nhiều, vị trí cuống sống trên C-arm nhiều khi khó xác định, nên gặp

nhều trở ngại để chọc kim vào đốt sống. Mặt khác, đường vỡ phức tạp nên khi bơm vữa áp lực cao, xi măng có thể tràn ra ngoài gây nên biến chứng.

Về triệu chứng cận lâm sàng, Trong 65 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, 100% đối tượng nghiên cứu được chụp phim MRI và có biểu hiện phù thân đốt sống trên phim chụp, biểu hiện giảm tín hiệu tủy trên chuỗi xung T1W và tăng tín hiệu tủy trên chuỗi xung T2W. Hình ảnh phù nề thân đốt sống biểu hiện tính mới của tổn thương, là nguồn gốc gây đau lưng cho bệnh nhân. Khi lựa chọn và điều trị can thiệp cho các đốt sống xẹp mới này thì hiệu quả điều trị được cải thiện đáng kể, trong đó có triệu chứng đau trên lâm sàng. Những đốt sống xẹp không có phù tủy xương trên phim chụp MRI thường là những đốt sống xẹp mạn tính. Khi đó xương trong thân đốt sống đã liền, rất cứng, không thể tiến hành chọc kim được vào thân đốt sống nên những trường hợp như vậy không có chỉ định tạo hình đốt sống qua da [8].

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân XĐS do loãng xương thường ở độ tuổi cao, đặc biệt tỷ lệ bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm 49,2%. Số lượng bệnh nhân nữ giới (89,2%) cao hơn nhiều so với nam giới (10,8%).

- Tất cả bệnh nhân đều có đặc điểm lâm sàng là đau tương ứng với đốt sống bị tổn thương; hạn chế vận động xuất hiện ở phần lớn các BN xẹp đốt sống (70,8%).

- XĐS có thể xuất hiện tự nhiên ở những bệnh nhân loãng xương hoặc sau các chấn thương nhẹ như ngã ngời, cúi... và đập vào cột sống.

- Những bệnh nhân xẹp một đốt sống (89,2%) hay xẹp hình chêm (56,2%) chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015).** Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. NXB Y học, Hà Nội.
3. **Hồ Hữu Lương (2012).** Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm. NXB Y học, Hà Nội.
4. **Đàm Thủy Trang (2013).** Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp tạo hình đốt sống qua da trong điều trị xẹp đốt sống mới do loãng xương, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Ge Z, Ma R, Chen Z, et al (2013).** Unilateral minimally invasive kyphoplasty for the treatment of thoracic osteoporotic vertebral fractures. *Orthopedics*, **36**, e1020-4.
6. **Lane E.N (2006).** Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. *Am J Obstet Gynecol*, **194**, S3-11.
7. **Robinson Y, Tschoke K.S, Stahel F.P, et al (2008).** Complications and safety aspects of kyphoplasty for osteoporotic vertebral fractures: a prospective follow-up study in 102 consecutive patients. *Patient Saf Surg*, **2**, 2.
8. **Varacallo A.M and Fox J.E (2014).** Osteoporosis and its complications. *Med Clin North Am*, **98**, 31-817.

ĐẶC ĐIỂM MẮC DỊ VẬT ĐƯỜNG ĂN Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ BẾN CÁT, BÌNH DƯƠNG

Võ Thị Kim Anh¹, Phạm Thị The², Văn Quang Tân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỷ lệ tuổi, loại dị vật, thời gian mắc dị vật và các biện pháp xử lý của bệnh nhân mắc dị vật đường ăn đến khám tại Trung tâm Y tế thị xã Bến Cát, Bình Dương. **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, hỏi bệnh và khám lâm sàng tất cả 67 bệnh nhân mắc dị vật đường ăn đến khám tại TTYT Bến Cát từ 01/06/2017-01/05/2018. **Kết quả:**

trong 67 cas mắc dị vật đường ăn có 64 trường hợp mắc xương động vật (xương cá, xương gà) chiếm 95,51%, vỏ tôm, ghe 02 cas chiếm 2,98%, và tam tre 01 cas chiếm 1,49%. Độ tuổi mắc dị vật cao nhất là từ 41-60 tuổi với 34 trường hợp chiếm 50,74%, tiếp theo là từ 21-40 tuổi với 20 cas chiếm 29,85%, từ 1-20 tuổi 11 cas chiếm 16,41%, thấp nhất là từ 61-80 tuổi với 2 cas chiếm 3%. Nghiên cứu cũng cho thấy 68,65% đến bệnh viện sau 1-2 ngày mắc dị vật, 25,37% trường hợp bệnh nhân đến bệnh viện sau 3-4 ngày, 5,8% bệnh nhân đến cơ sở y tế sau 4-5 ngày. **Kết luận:** Việc đến cơ sở y tế muộn hoặc tự xử lý theo dân gian truyền miệng có thể dẫn đến tình trạng nhiễm trùng, viêm sung huyết, áp xe hạ-họng... rất nguy hiểm. Do vậy khuyến nghị người dân khi mắc dị vật nhỏ, khó xử lý, dị vật sắc nhọn hoặc mắc ở các vị trí sâu, nguy hiểm phải đến ngay cơ sở y tế có chuyên khoa gần nhất để xử lý kịp thời.

Từ khóa: đặc điểm dị vật đường ăn.

¹Đại Học Thăng Long

²Trung tâm Y tế thị xã Bến Cát

³Bệnh viện đa khoa Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 26.2.2020