

đa luôn luôn lớn hơn. Theo Kerstein và cộng sự (2017)[8] thì thời gian nhả khớp tại vị trí lồng mũi tối đa lý tưởng là 0,2 giây và tương đồng với thời gian ăn khớp, mặc dù vậy đối với những bệnh nhân có rối loạn khớp thái dương hàm thì kết quả nghiên cứu này cho thấy có hiệu quả khi so sánh trước và sau điều trị đối với thời gian nhả khớp lồng mũi tối đa. Gợi ý cho rằng kết quả điều trị bằng máng ổn định (SS) và đo bằng T-Scan có cơ sở để thấy hoạt động há ngậm tương ứng với sự xoay trượt lồng cầu được cải thiện hơn.

4.5. Phân bố lực cắn tại lồng mũi tối đa.

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, lực cắn tại vị trí lồng mũi tối đa trên bệnh nhân có rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) ở bên phải trước điều trị là $50,4 \pm 9,9\%$ và sau điều trị một tháng là $50,7 \pm 1,2\%$; ở bên trái trước điều trị là $46,3 \pm 9,4\%$ và sau điều trị một tháng là $49,1 \pm 1,5\%$. Sự khác biệt cùng một bên hàm ở thời điểm trước và sau điều trị một tháng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nghiên cứu của Diana Elena Vlăduțu và cộng sự (2023) [3] cho thấy khi nghiên cứu điều trị bằng máng ổn định (SS) cho hai nhóm bao gồm có tật nghiến răng và không có tật nghiến răng cũng cho kết quả tương đồng, lực cắn cùng bên ở hai thời điểm trước và sau điều trị không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều tuân thủ nghiêm ngặt theo chỉ định sử dụng máng cố định thư giãn (SS), do vậy không có tình trạng đau do viêm cấp cấu trúc trong hệ thống nhai nói chung hoặc tổn thương nội khớp cấp tính, có thể đó là lý do tỉ lệ phân bố lực cắn giữa hai thời điểm trước và sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Dobromira Shopova (2021) [2] cũng cho thấy kết quả tương tự khi nhận thấy

phân bố lực cắn cùng bên giữa hai thời điểm trước và sau điều trị không khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Hệ thống T-scan hỗ trợ tốt đánh giá khớp cắn, điều chỉnh máng nhai nhằm điều trị hiệu quả rối loạn khớp thái dương hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Romero Reyes M, Bassiur P (2024), Temporomandibular Disorders, Bruxism and Headaches, Neurol Clin, 42(2), 573-584.
2. Shopova D, Bozhkova T, Yordanova S và các cộng sự. (2021), Case Report: Digital analysis of occlusion with T-Scan Novus in occlusal splint treatment for a patient with bruxism, F1000Res, 10, 915.
3. Vlăduțu D E, Ionescu M, Noveri L et al (2023), Aspects of Dental Occlusion Assessed with the T-Scan System among a Group of Romanian Dental Students in a Cross-Sectional Study, Int J Environ Res Public Health, 20(6).
4. Lê Nguyễn Lâm (2023), Đánh giá độ vững ổn của implant vùng sau hàm dưới trên bệnh nhân có sử dụng hệ thống máng hướng dẫn phẫu thuật in 3D tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược cần Thơ năm 2021-2022, Tạp chí Y học Việt Nam, 1(528), 32-37.
5. Phạm Thu Trang (2023), Đặc điểm lâm sàng và khảo sát các yếu tố nguy cơ của rối loạn chức năng khớp thái dương hàm, Tạp chí Y học Việt Nam, 1(529), 164-168.
6. Beecroft E, Penlington C, Desai H và các cộng sự. (2019), Temporomandibular Disorder for the General Dental Practitioner, Prim Dent J, 7(4), 62-70.
7. Sousa B M, López-Valverde N, et al López-Valverde A (2020), Different Treatments in Patients with Temporomandibular Joint Disorders: A Comparative Randomized Study, Medicina (Kaunas), 56(3).
8. Kerstein R B, Radke J (2017), Average chewing pattern improvements following Disclusion Time reduction, Cranio, 35(3), 135-151.

ĐẶC ĐIỂM GÂY XƯƠNG ĐỐT SỐNG TRÊN XQUANG Ở BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG NGUYÊN PHÁT CÓ ĐAU CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Bùi Hải Bình¹, Ngô Thị Thục Nhân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm gây xương đốt sống trên Xquang ở bệnh nhân loãng xương nguyên

phát có đau cột sống tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 75 bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương nguyên phát theo tiêu chuẩn WHO 1994 có đau cột sống với thang điểm đau VAS ≥ 3 điểm, có gãy ít nhất 1 thân đốt sống trên Xquang đang điều trị tại trung tâm Cơ Xương Khớp và khoa Khám bệnh, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2022 tháng đến tháng 11 năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân là nữ (92%), tuổi >70 chiếm 64%, đa số bệnh nhân có hạn chế vận động cột sống (90,7%) và biến dạng cột sống (77,3%). Đặc điểm Xquang cột sống:

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

Email: bsbinhnt25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

đa số bệnh nhân có gãy ≥ 2 đốt sống (57,3%), vị trí đốt sống gãy chủ yếu ở vị trí L1 (49,3%), L2 (41,3%) và D12 (37,3%). Đặc điểm gãy đốt sống theo phân loại Genant: 60% bệnh nhân gãy đốt sống 1 kiểu (trong 3 kiểu gãy bờ, lõm, lún), gãy bờ chiếm tỷ lệ cao nhất (53,5%). 40% bệnh nhân có gãy đốt sống độ 3 và 38,2% bệnh nhân có gãy đốt sống độ 1. **Kết luận:** Bệnh nhân loãng xương kèm đau cột sống thắt lưng hay gặp gãy từ 2 đốt sống trở lên, vị trí đốt sống gãy chủ yếu ở khu vực bản lề kết nối giữa cột sống ngực và thắt lưng. Hầu hết bệnh nhân gãy đốt sống theo phân loại Genant là gãy 1 kiểu, chủ yếu kiểu gãy bờ, đa số gãy đốt sống mức độ 1 và 3.

Từ khóa: Loãng xương nguyên phát, gãy xương đốt sống, đau cột sống

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF VERTEBRAL FRACTURES ON X-RAY IN PATIENTS WITH PRIMARY OSTEOPOROSIS WITH SPINAL PAIN AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the characteristics of vertebral fractures on X-ray in patients with primary osteoporosis with spinal pain at Bach Mai Hospital.

Study population: The research was conducted on 75 patients diagnosed with primary osteoporosis according to the WHO 1994 criteria, experiencing spine pain with a VAS pain score ≥ 3 points, and having at least one vertebral fracture confirmed by X-ray. The study was conducted at the Centre for Rheumatology and Outpatient Clinic, Bach Mai Hospital, from August 2022 to November 2023.

Research method: Cross-sectional descriptive study.

Results: Most patients were female (92.0%), aged > 70 accounted for 64%. The majority of patients had limited spinal mobility (90.7%) and spinal deformities (77.3%). X-ray characteristics of the spine: most patients had fractures of ≥ 2 vertebrae, with the most fracture locations at L1 (49.3%), L2 (41.3%), and D12 (37.3%). According to Genant's classification of vertebral fractures, 60% of patients had one type of vertebral fracture (of the 3 types: wedge, biconcave, and crush deformities), with the highest rate being wedge deformity (53.5%). Additionally, 40% of patients had grade 3 vertebral fractures, and 38.2% had grade 1 vertebral fractures. **Conclusion:** Most patients had fractures of ≥ 2 vertebrae, with fractures predominantly located at hinge points. Most patients with vertebral fractures according to Genant's classification have one type of fracture, mainly wedge fractures, most have grade 1 and 3 vertebral fractures. **Keywords:** Primary osteoporosis, vertebral fractures, spinal pain

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh lý của xương, đặc trưng bởi sự giảm khối lượng và chất lượng của hệ thống xương dẫn đến giảm sức chống đỡ và chịu lực làm xương mỏng dần, dễ gãy nhất là những vị trí chịu lực của cơ thể như cột sống, cổ xương đùi, đầu dưới xương quay.¹ Ở Mỹ, mỗi năm có khoảng 10 triệu người trên 50 tuổi bị

loãng xương và 1,5 triệu người trong đó bị gãy xương. Theo nghiên cứu về loãng xương ở Châu Âu, ở tuổi 75-79, tỷ lệ gãy xương đốt sống do loãng xương mỗi năm là 13,6 trên 1000 người với nam và 29,3 đối với nữ. Bên cạnh đó, mỗi năm nước Mỹ phải bỏ ra 1 khoản chi phí khổng lồ (khoảng 17,9 tỷ đô la) điều trị gãy xương do loãng xương còn ở Anh 1,7 tỷ bảng Anh.² Gãy xương đốt sống là biến chứng hay gặp nhất của loãng xương và là nguyên nhân thường gặp gây đau cột sống dai dẳng, hạn chế vận động và ảnh hưởng lớn đến đời sống sinh hoạt của người bệnh. Nếu không điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến các di chứng như gù vẹo cột sống, trượt đốt sống, thậm chí gây liệt. Vì những tác động nghiêm trọng của gãy xương đốt sống đối với cả cá thể và cộng đồng, bệnh cần được chẩn đoán sớm nhằm có những biện pháp can thiệp kịp thời, hạn chế những biến chứng không mong muốn, giảm chi phí cho việc điều trị. Để góp phần nâng cao nhận thức về bệnh loãng xương cũng như những hậu quả của nó, đặc biệt là vấn đề gãy xương đốt sống, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm gãy xương đốt sống trên Xquang ở bệnh nhân loãng xương nguyên phát có đau cột sống tại bệnh viện Bạch Mai" với mục tiêu mô tả đặc điểm gãy xương đốt sống trên Xquang ở nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Nghiên cứu trên 75 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán loãng xương nguyên phát theo tiêu chuẩn WHO 1994 có đau cột sống với thang điểm đau VAS ≥ 3 điểm, có gãy ít nhất 1 thân đốt sống trên Xquang đang điều trị tại trung tâm Cơ Xương Khớp và khoa Khám bệnh, bệnh viện Bạch Mai

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp loãng xương thứ phát như: bệnh lý nội tiết, tiêu hóa, xương, sử dụng thuốc, bệnh hệ thống...

- BN không chấp nhận tham gia nghiên cứu.

- BN không có khả năng trả lời câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

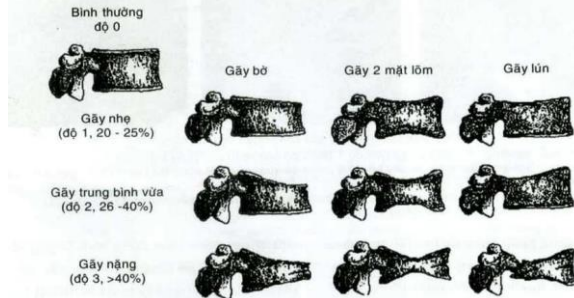
2.2.2. Tiến hành nghiên cứu: mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất:

- Hỏi bệnh khai thác các thông tin về tiền sử, thời gian chẩn đoán bệnh.

- Đánh giá triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

- Đánh giá đặc điểm gãy xương đốt sống

trên X quang theo phân loại Genant³ gồm 3 kiểu gãy (gãy bờ- còn gọi là gãy hình chêm, gãy lõm 2 mặt, gãy lún) (Hình 1) và 3 mức độ gãy (nhẹ, trung bình, nặng), trong đó: gãy nhẹ (mức độ 1): giảm từ 20-25% chiều cao thân đốt sống phía trước, giữa và/hoặc phía sau và giảm diện tích mặt bên thân đốt sống từ 10-20%; Gãy trung bình (mức độ 2): giảm từ 25-40% ở bất kỳ chiều cao nào và giảm diện tích 20- 40%; Gãy nặng (mức độ 3): giảm trên 40% ở bất kỳ chiều cao nào và diện tích mặt bên thân đốt sống.



Hình 1. Phân loại và phân độ gãy xương đốt sống theo Genant³

2.3. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Nhận định kết quả: đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng gãy xương đốt sống trên X quang theo phân loại Genant.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng (N=75)

Đặc điểm chung đối tượng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân loại tuổi	≤ 60	2, 2,7
	61-70	25, 33,3
	> 70	48, 64,0
Tuổi trung bình (năm) ($\bar{X} \pm SD$)	73,9 ± 8,53	
Giới tính	Nam	6, 8,0
	Nữ	69, 92,0
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	51, 68,0
	Lao động trí óc	24, 32,0
BMI (kg/m ²) ($\bar{X} \pm SD$) (min – max)	20,6 ± 3,67 (11,08 - 32,46)	
Mật độ xương BMD (g/cm ²) ($\bar{X} \pm SD$) (min – max)	Cột sống thắt lưng (min-max)	0,6 ± 0,12 (0,3 - 0,83)
	Cổ xương đùi (min-max)	0,5 ± 0,1 (0,26 - 0,74)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trên 70 tuổi

(64%), giới nữ (92%), là lao động chân tay (68%), BMI trung bình 20,6 ± 3,67, mật độ xương trung bình (cột sống thắt lưng 0,6 ± 0,12 g/cm² và cổ xương đùi 0,5 ± 0,1 g/cm²).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng (N=75)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau dọc các xương dài	20	26,7
Đau cột sống	75	100
Hạn chế vận động cột sống	68	90,7
Biến dạng cột sống	58	77,3
Đặc điểm đau cột sống theo thang điểm VAS	Đau ít (VAS = 3)	2, 2,7
	Đau vừa 4 ≤ VAS ≤ 6	46, 61,3
	Đau nhiều VAS ≥ 7	27, 36,0
VAS trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (min-max)	5,9 ± 1,04 (3-8)	
Tiền sử gãy xương	Có	33, 44,0
	Không	42, 56,0
Tiền sử chẩn đoán loãng xương	Có	7, 9,3
	Không	68, 90,7
Điều trị loãng xương	Có	5, 6,7
	Không	70, 93,3

Nhận xét: chủ yếu đau mức độ vừa (61,3%), đa số có hạn chế vận động cột sống (90,67%), 56% BN không có tiền sử gãy xương trước vào viện, 90,7% chưa được chẩn đoán loãng xương trước vào viện, 93,3% không được điều trị loãng xương trước vào viện.

3.2.2. Đặc điểm X quang đốt sống

a. Vị trí gãy đốt sống

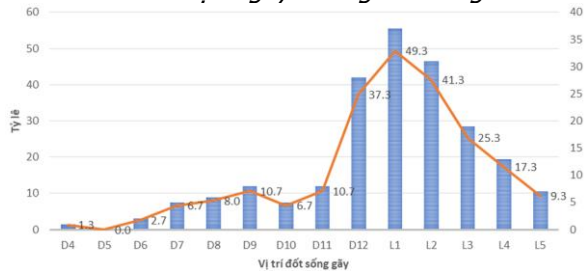
Bảng 3.3. Đặc điểm vị trí gãy xương đốt sống (N=75)

Đặc điểm gãy xương đốt sống	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí gãy đốt sống	Chỉ cột sống ngực	11, 14,7
	Chỉ cột sống thắt lưng	31, 41,3
	Cột sống ngực và thắt lưng	33, 44,0
Số đốt sống gãy	1 đốt sống	32, 42,7
	≥ 2 đốt sống	43, 57,3
Số đốt sống gãy trung bình (min-max)	2,3 ± 1,72 (1 – 9)	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân gãy đốt sống cả hai vị trí (cột sống thắt lưng và cột sống

ngực) (44%), 14,7% bệnh nhân chỉ gãy đốt sống ngực. 57,3% bệnh nhân gãy ≥ 2 đốt sống. Số đốt sống gãy trung bình là $2,3 \pm 1,72$.

b. Phân bố vị trí gãy xương đốt sống



Biểu đồ 3.1. Phân bố vị trí gãy xương đốt sống

Nhận xét: đa số gãy đốt sống ở các vị trí L1 (49,3%), L2 (41,3%), D12 (37,3%).

c. Đặc điểm gãy đốt sống theo phân loại Genant

Bảng 3.4. Đặc điểm số kiểu gãy xương đốt sống theo phân loại Genant (N=75)

Số kiểu gãy đốt sống	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy 1 kiểu	60	80
Gãy 2 kiểu	15	20
Gãy 3 kiểu	0	0

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có hình ảnh Xquang gãy đốt sống 1 kiểu theo Phân loại Genant (80%), không có bệnh nhân nào có gãy đốt sống 3 kiểu.

75 bệnh nhân với 170 đốt sống gãy

Bảng 3.5. Đặc điểm đốt sống gãy theo phân loại Genant (N=170 đốt sống gãy)

Đặc điểm đốt sống gãy theo phân loại Genant		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kiểu gãy đốt sống	Gãy bờ	91	53,5
	Gãy lõm hai mặt	65	38,3
	Gãy lún	14	8,2
Mức độ gãy xương đốt sống	Gãy nhẹ	65	38,2
	Gãy trung bình	37	21,8
	Gãy nặng	68	40,0

Nhận xét: trên hình ảnh Xquang gãy đốt sống theo phân loại Genant, đa số các đốt sống gãy bờ (53,2%), ít gặp các đốt sống gãy lún (8,2%); về mức độ gãy xương đa số BN gãy xương mức độ nặng (40%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 75 bệnh nhân loãng xương nguyên phát gồm 69 nữ (92%), 6 nam (8%). Tuổi trung bình của các BN là $73,9 \pm 8,53$, 64% BN thuộc nhóm tuổi > 70 tuổi. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Hậu (2022) trên 68 BN loãng xương nguyên phát lại Trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh

viện Bạch Mai cho thấy tuổi trung bình là 74,4; nữ chiếm đa số 88,2%,⁴ thấp hơn nghiên cứu của Trương Trí Khoa trên 110 BN loãng xương cao tuổi có gãy đốt sống tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh có tuổi trung bình là $75 \pm 7,2$, nữ chiếm 92,7%. Điều này hoàn toàn phù hợp do nguy cơ loãng xương cao hơn ở nữ giới và tăng theo tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.1) bệnh nhân phần lớn là đối tượng lao động chân tay (68%), lao động trí óc chiếm 32%, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Hậu (2022), nhóm lao động chân tay cũng chiếm đa số (64,7%), trí óc (35,3%).⁴ BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $20,6 \pm 3,67$, thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Trí Khoa BMI trung bình $22,5 \pm 3,7$.⁵ Mật độ xương trung bình cột sống thắt lưng (CSTL) $0,57 \pm 0,12$ g/cm² và cổ xương đùi (CXĐ) $0,5 \pm 0,1$ g/cm², thấp hơn nghiên cứu của Phan Trần Xuân Quyền trên 74 BN loãng xương tại bệnh viện Y dược Đại học Cần Thơ mật độ xương CSTL $0,758 \pm 0,107$ g/cm² và CXĐ $0,641 \pm 0,129$ g/cm².⁶ Sự khác biệt này là do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là các BN loãng xương nặng có xẹp đốt sống nên mật độ xương thấp hơn.

Về lâm sàng, tất cả các BN nghiên cứu của chúng tôi đều có biểu hiện đau cột sống, hầu hết BN có hạn chế vận động cột sống (90,7%), 77,3% BN có biến dạng cột sống, triệu chứng đau dọc các xương dài chỉ gặp trong 26,7% các trường hợp. Đánh giá mức độ đau cột sống theo thang điểm VAS: VAS trung bình $5,9 \pm 1,04$, trong đó đa số BN đau vừa $4 \leq VAS \leq 6$ (61,3%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hậu (2022) điểm VAS trung bình là 6,43⁴ và cao hơn so với nghiên cứu của Trương Trí Khoa VAS trung bình $5,7 \pm 2,3$.⁵ Có sự khác biệt này là do các BN trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hậu có xẹp đốt sống mới nên mức độ đau nhiều hơn, nghiên cứu của Trương Trí Khoa⁵ đối tượng là các BN loãng xương chung có nhiều BN gãy xương đốt sống không triệu chứng nên mức độ đau ít hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Về chẩn đoán và điều trị loãng xương, đa số các BN đều chưa được chẩn đoán loãng xương và điều trị loãng xương trước vào viện, 9,3% BN đã được chẩn đoán loãng xương trước vào viện và 6,7% BN được điều trị loãng xương trước vào viện (bảng 3.2). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hậu (2022) tỷ lệ BN được chẩn đoán và điều trị loãng xương là 16,17% và 8,08%.⁴ Điều đó chứng tỏ loãng xương và điều trị loãng xương vẫn còn chưa được quan tâm đến nhiều.

Gãy đốt sống là biến chứng thường gặp nhất của loãng xương. Số đốt sống xẹp trung bình là $2,3 \pm 1,72$. Trong đó tỷ lệ gãy nhiều đốt sống (≥ 2 đốt sống) chiếm tỷ lệ phần lớn (57,3 %). Điều này cũng hoàn toàn phù hợp vì đa phần BN loãng xương đều không gây đau, chỉ gây đau khi có biến chứng gãy xương mà phổ biến nhất là xẹp đốt sống. Ngoài ra BN đến viện thường khi tình trạng đau nhiều do đó hay gặp gãy nhiều đốt sống hơn. Về vị trí gãy đốt sống, 44,0% BN gãy đốt sống ở cả hai đoạn cột sống ngực và thắt lưng, 41,3% gãy ở cột sống thắt lưng, chỉ 14,7% BN có gãy đốt sống ngực đơn độc. Tác giả Hồ Phạm Thục Lan khi khảo sát xương đốt sống ở người Việt Nam thấy rằng chiều cao đốt sống từ T10 đến L5 có khuynh hướng giảm dần theo thời gian nên ở người cao tuổi, tỷ lệ gãy đốt sống lưng cao hơn so với gãy đốt sống ngực.⁷ Đốt sống chiếm tỷ lệ gãy cao nhất là L1 (45,6%), D12, L2 (38,9%), L3(22,2%). Kết quả trên cũng tương tự so với nghiên cứu của Trương Trí Khoa⁴ và Phan Trần Xuân Quyền⁶ tỷ lệ cao nhất lần lượt là D12, L1, L2. Đây là vùng đốt sống bản lề, chuyển tiếp giữa vùng cột sống ngực được cố định bằng các xương sườn với vùng cột sống thắt lưng vận động tự do hơn. Hơn nữa vùng chuyển tiếp từ D12 đến L2 là vùng chịu lực lớn trong việc nâng đỡ cơ thể.⁸

Đánh giá gãy xương đốt sống theo phân loại Genant: về kiểu gãy, dữ liệu từ nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số BN gãy 1 kiểu (80%), không có BN gãy 3 kiểu. Kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thái Hòa đa số BN gãy 1 kiểu (87,8%) do có cùng cơ chế gãy đốt sống.⁹ Trong đó gãy bờ là kiểu gãy hay gặp nhất 53,5%, gãy lún ít gặp nhất (8,2%). Kết quả tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thái Hòa (2023), gãy bờ chiếm 88%,⁹ Trương Trí Khoa (2023) gãy bờ hay gặp nhất (74,5%), gãy lún ít gặp nhất (21,8%).⁵ Điều này có thể giải thích do cử động của cơ thể chủ yếu là chuyển động tiến nên lực tác động theo hướng uốn cong về phía trước đè lên mặt trước đốt sống. Đánh giá mức độ gãy: độ 1 chiếm 38,2% và độ 3 chiếm 40%, khác biệt với Nguyễn Thái Hòa gãy độ 1 (71,4%), độ 3(6,2%).⁹ Thông thường gãy xương đốt sống do loãng xương thường kín đáo, chỉ có biểu hiện đau khi có gãy mới đốt sống hoặc gãy đốt sống nhiều, do nghiên cứu của chúng tôi là các BN gãy xương đốt sống có triệu chứng đau cột sống, nên mức độ gãy xương nặng hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thái Hòa 85,4% BN gãy xương không triệu chứng. Kết quả nghiên

cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Trương Trí Khoa đa số BN gãy xương đốt sống độ 3 (82,7%),⁵ Có sự khác nhau này do đối tượng nghiên cứu Trương Trí Khoa là các BN loãng xương cao tuổi, có độ tuổi trung bình lớn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi nên tổn thương đốt sống mức độ nặng hơn.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân loãng xương kèm đau cột sống thắt lưng hay gặp gãy từ 2 đốt sống trở lên, vị trí đốt sống gãy chủ yếu ở khu vực bản lề kết nối giữa cột sống ngực và thắt lưng. Hầu hết bệnh nhân gãy đốt sống theo phân loại Genant là gãy 1 kiểu, chủ yếu kiểu gãy bờ, đa số gãy đốt sống mức độ 1 và 3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Varacallo MA, Fox EJ.** Osteoporosis and its complications. The Medical clinics of North America. 2014;98(4):817-831, xii-xiii.
2. **Holroyd C, Cooper C, Dennison E.** Epidemiology of osteoporosis. Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism. 2008;22(5):671-685.
3. **Genant HK, Wu CY, van Kuijk C, Nevitt MC.** Vertebral fracture assessment using a semiquantitative technique. Journal of bone and mineral research: the official journal of the American Society for Bone and Mineral Research. 1993;8(9):1137-1148.
4. **Nguyễn Văn Hậu, Trần Thị Tô Châu.** Đánh giá tác dụng giảm đau của calcitonin trong gãy xương đốt sống mới do loãng xương nguyên phát. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2022;521(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v521i2.4080>.
5. **Trương Trí Khoa, Nguyễn Thanh Huân, Nguyễn Đức Công** (2023). Nghiên cứu đặc điểm và các yếu tố liên quan của gãy xương đốt sống trên người cao tuổi bị loãng xương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;528(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v528i2.6091>
6. **Phan Trần Xuân Quyền, và cs** (2024). Nghiên cứu đặc điểm gãy xương đốt sống và một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở người trên 50 tuổi tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024; 534(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i1B.8259>.
7. **Hồ Phạm Thục Lan.** "Quy mô gãy xương đốt sống ở người Việt", Thời sự y học. 2011. 63, tr. 11-16.
8. **Nguyễn Trung Tín.** Tình hình chấn thương cột sống ngực - thắt lưng tại bệnh viện chấn thương chỉnh hình. Hội nghị khoa học thường niên lần thứ XV - Hội chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh. 2008;269-275.
9. **Nguyễn Thái Hòa, và cs.** Nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến gãy xương đốt sống không triệu chứng ở người trên 50 tuổi. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2023. Số 3, tập 13, tháng 6.

KẾT QUẢ VI PHẪU THẮT TĨNH MẠCH TINH Ở NAM GIỚI HIẾM MUỘN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2020-2024

Nguyễn Duy Hiệp^{1,2}, Nguyễn Hoài Bắc^{2,3}, Nguyễn Cao Thắng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh vi phẫu cho nam giới hiếm muộn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 49 bệnh nhân (BN) có giãn tĩnh mạch tinh được điều trị vi phẫu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 1 năm 2024. **Kết quả và kết luận:** Thời gian phẫu thuật trung bình là $59,49 \pm 18,02$ phút; Không có tai biến trong phẫu thuật; Biến chứng sau phẫu thuật chiếm 6,1%; Thời gian nằm viện trung bình là $2,14 \pm 1,31$ ngày. Tỷ lệ có thai nói chung sau 1 năm đạt 63,3%, trong đó có thai tự nhiên chiếm 53,1% và tỷ lệ có thai do hỗ trợ sinh sản chiếm 10,2%. Phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng vi phẫu cho nam giới hiếm muộn là phương pháp an toàn, tỷ lệ có thai tự nhiên sau 12 tháng phẫu thuật đạt 53,1%. **Từ khóa:** Hiếm muộn; Giãn tĩnh mạch tinh; Vi phẫu thuật.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF MICROSURGICAL VARICOSECTOMY IN INFERTILE MEN, AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2020-2024

Introduction: This study aims to evaluate the surgical outcomes of microsurgical varicocelectomy in infertile men at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 49 patients with varicocele who underwent microsurgical varicocelectomy at Hanoi Medical University Hospital. Period January 2020 – January 2024. **Results and conclusion:** The average of surgery duration was 59.49 ± 18.02 minutes; no intraoperative adverse events were reported; postoperative complications accounted for 6.1%; the average of hospital stay was 2.14 ± 1.31 days. The overall pregnancy rate after 1 year reached 63.3%, with a spontaneous pregnancy rate of 53.1% and an assisted reproductive technology pregnancy rate of 10.2%. Microsurgical varicocelectomy for infertile men is a safe method, with a spontaneous pregnancy rate of 53.1% after 12 months post-surgery.

Keywords: Infertility; Varicocele; Microsurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), một cặp

nam nữ không thể có thai sau một năm quan hệ tình dục ổn định không dùng biện pháp tránh thai nào, được coi là vô sinh (hiếm muộn)[1]. Theo thống kê, tỷ lệ vô sinh nói chung khoảng 15%, trong đó khoảng 50% các trường hợp này có sự tham gia các yếu tố nguyên nhân từ phía người nam giới[2].

Có nhiều nguyên nhân gây vô sinh ở nam giới trong đó giãn tĩnh mạch tinh (TMT) là một trong các nguyên nhân gây vô sinh ở nam giới. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ giãn TMT chiếm khoảng 19 - 41% các trường hợp nam vô sinh tiên phát và khoảng 45 - 84% các trường hợp vô sinh thứ phát[3]. Đã từ lâu, người ta đưa ra các bằng chứng cho thấy việc phẫu thuật thắt TMT làm cải thiện các thông số tinh trùng (số lượng và tổng số và khả năng di chuyển tiến triển và cải thiện hình thái của tinh trùng).[4] Theo Nguyễn Hoài Bắc và CS Tỷ lệ có thai tự nhiên sau phẫu thuật vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh tỷ lệ có thai tự nhiên sau 12 là 50,8%[5].

Có nhiều phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch tinh khác nhau như phẫu thuật mở kinh điển, phẫu thuật nội soi, can thiệp mạch qua da và vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh. Trong đó, vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh vẫn được cho là phương pháp có nhiều ưu điểm do hạn chế được tối đa các biến chứng và có hiệu quả trong việc cải thiện chức năng sinh sản của nam giới[3].

Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch đã được áp dụng nhiều năm trở lại đây. Đã có nghiên cứu về mối liên quan giữa thời gian vô sinh và độ di động tiến của tinh trùng như một tiêu chí tiên lượng cho khả năng có thai tự nhiên. Tuy nhiên các nghiên cứu thường tập trung vào vai trò của phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh vi phẫu đối với khả năng có thai và yếu tố tiên lượng của một số yếu tố trước mổ chưa được nghiên cứu chuyên sâu; vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Kết quả vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh ở nam giới hiếm muộn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2020 – 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu kết hợp hồi cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa nam học và y học giới tính bệnh viện đại học Y Hà Nội

Thời gian: Từ tháng 08 năm 2020 đến tháng

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024