

ĐẶC ĐIỂM VỀ MẬT ĐỘ XƯƠNG, HÌNH ẢNH X-QUANG, MRI CỦA NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN XEP THÂN ĐỐT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG TỪ NĂM 2015 ĐẾN NĂM 2018

Trần Trung Kiên¹, Nguyễn Tiến Bình², Đặng Hoàng Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các đặc điểm về mật độ xương, hình ảnh X-Quang, MRI của người bệnh được chẩn đoán xẹp thân đốt sống tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ năm 2015 đến 2018. **Phương pháp:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu toàn bộ người bệnh được chẩn đoán xẹp thân đốt sống tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang trong thời gian thu thập số liệu từ năm 2015 đến 2018. Tiến hành thu thập số liệu sử dụng bảng kiểm thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án của người bệnh. Các nhóm biến số chính được thu thập bao gồm các thông tin về đặc điểm nhân khẩu – xã hội học của người bệnh, đặc điểm về mật độ xương (đo lường sử dụng T-Score), vị trí, phân loại, chiều cao đốt sống bị xẹp, góc xẹp thân đốt sống. **Kết quả và kết luận:** Có 173 đối tượng (tuổi trung bình là 70,2 với 77,8% là nữ giới) được đưa vào trong nghiên cứu, với 195 đốt sống bị xẹp được phát hiện. Trung bình T-Score của nhóm đối tượng nghiên cứu là $-3,36 \pm 1,21$. Vị trí đốt sống bị xẹp phổ biến nhất là L1 và D12. Phần lớn đốt sống bị xẹp hình chêm. Chiều cao trung bình tường trước, tường giữa và tường sau đốt sống bị xẹp lần lượt là 19,41mm, 22,89mm và 27,48mm. Tỷ lệ giảm chiều cao đốt sống bị xẹp so với đốt lành liền kề trung bình là 30,1%. Phần lớn các đốt sống xẹp nhẹ và trung bình (theo phân loại Genant), chiếm lần lượt 42% và 41% số đốt sống bị xẹp. Nghiên cứu cung cấp các thông tin hữu ích hỗ trợ cho các bác sĩ trong quá trình chẩn đoán và điều trị xẹp thân đốt sống.

Từ khóa: Xẹp thân đốt sống, mật độ xương, chiều cao đốt sống, góc xẹp thân đốt sống

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF BONE DENSITY, X-RAY IMAGES AND MRI IMAGES OF PATIENTS DIAGNOSED WITH VERTEBRAL BODY COMPRESSION FRACTURE AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL FROM 2015 TO 2018

Objective: To analyse the characteristics of bone density, X-ray images, and MRI images of patients diagnosed with vertebral compression fracture at Duc Giang General Hospital from 2015 to 2018. **Method:** This study employed the cross-sectional study design. We surveyed all patients diagnosed with vertebral compression fracture at Duc Giang Hospital during the

data collection period from 2015 to 2018. The data was collected from patient records using a data collection checklist. The study variables include information on the patient's socio-demographic characteristics, bone density (measured using T-Score), location of vertebra, classification, and vertebral height and kyphosis angle. **Results and conclusion:** The total of 173 patients (the mean age was 70.2 and 77.8% of them were female) were included in the study. 195 collapsed vertebrae were detected. The mean T-Score was -3.36 ± 1.21 . The most common collapsed vertebrae were L1 (70 vertebrae) and D12 (46 vertebrae). Most of the vertebrae were wedge-shaped (149 vertebrae). The average height of the anterior wall, the middle wall and the posterior wall of the collapsed vertebra is 19.41 ± 3.63 , 22.89 ± 3.65 and 27.48 ± 3.29 millimeters, respectively. The average reduction in height of collapsed vertebrae compared with adjacent healthy vertebrae was 30.1%. Most of the collapsed vertebrae were classified as mild and moderate fracture (according to the Genant classification), accounting for 42% and 41% of collapsed vertebrae, respectively. Research provides useful information to support doctors in the process of diagnosis and treatment vertebral compression fracture.

Keywords: vertebral body compression fracture, bone density, vertebral height, kyphosis angle

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xẹp thân đốt sống (XTĐS) là tình trạng khối xương hoặc thân đốt sống nứt, vỡ do mất nước hay mật độ bền gây xẹp lún, khiến cột sống bị giảm chiều cao và biến dạng [1]. Bệnh lý này thường xảy ra chủ yếu ở đốt sống lưng và thắt lưng, khiến cho người bệnh đau đớn, khi không được điều trị kịp thời dẫn đến nhiều biến chứng như giảm chiều cao cột sống, biến dạng cột sống, gù cột sống, phát triển XTĐS mới, gây ra các biến chứng thần kinh hay nghiêm trọng hơn có thể gây tàn phế. Việc chẩn đoán và điều trị kịp thời đối với người bệnh XTĐS là vô cùng quan trọng.

Các thông tin chi tiết về đặc điểm của các đốt sống bị xẹp bao gồm chiều cao, góc xẹp thân đốt sống, vị trí bị xẹp... có thể hỗ trợ cho các cán bộ y tế trong quá trình chẩn đoán và theo dõi điều trị. Trong khi đó, có rất ít các công trình nghiên cứu trong nước công bố một cách chi tiết về các thông tin này. Phần lớn các công trình nghiên cứu được công bố trước đây như nghiên cứu của Nguyễn Văn Thạch (2010) [2], Võ Văn Nho

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, Hà Nội

²Học viện Quân Y, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Kiên

Email: bskienducgiang@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2022

Ngày duyệt bài: 2.6.2022

(2012) [3], Đỗ Mạnh Hùng (2011) [4], Phạm Mạnh Cường (2018) [5] chỉ đi sâu báo cáo hiệu quả của can thiệp bơm xi măng tạo hình đốt sống trên một cỡ mẫu khiêm tốn người bệnh được chẩn đoán XTĐS. Phần lớn các nghiên cứu này đều tập trung vào XTĐS do loãng xương, ngoại trừ nghiên cứu của Phạm Mạnh Cường (2018) báo cáo cả về các trường hợp XTĐS bệnh lý nói chung. Đồng thời, người bệnh cũng có mức độ xẹp tương đối nặng hơn theo phân loại Genant. Do đó các nghiên cứu này có thể chưa đặc tả được các đặc điểm đối với người bệnh có XTĐS bệnh lý nói chung. Vì lý do đó, bài báo này tập trung vào phân tích các đặc điểm về mật độ xương, hình ảnh X-Quang, MRI của người bệnh được chẩn đoán XTĐS nói chung tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ năm 2015 đến 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn sau: (i) Được chẩn đoán là XTĐS với các đặc điểm bao gồm đau lưng cấp tính tương ứng với vùng đốt sống bị tổn thương; trên MRI có hình ảnh phù nề thân đốt sống tương ứng, có dấu hiệu chèn ép và tổn thương thần kinh; (ii) Người bệnh đồng ý tham gia phỏng vấn và đủ khả năng nghe nói hiểu

tiếng Việt, không mắc bệnh tâm thần.

3.3. Thời gian thu thập số liệu: Từ năm 2015 đến năm 2018

3.4. Địa điểm thu thập số liệu: Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, Long Biên, Hà Nội

3.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Lựa chọn toàn bộ đối tượng thỏa mãn tiêu chí lựa chọn tại địa điểm thu thập số liệu trong khoảng thời gian thu thập số liệu, thực tế thu thập được số liệu của 173 người bệnh với tổng số 195 đốt sống bị xẹp được quan sát.

3.6. Biến số nghiên cứu và công cụ thu thập số liệu: Sử dụng bảng kiểm thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án, bảng kiểm được thiết kế sẵn bao gồm các nội dung: (i) Thông tin nhân khẩu – xã hội học của người bệnh; (ii) đặc điểm về mật độ xương (đo lường sử dụng T-Score); (iii) Đặc điểm về vị trí, phân loại, chiều cao đốt sống bị xẹp và góc xẹp thân đốt sống.

3.7. Nhập liệu, quản lý và phân tích số liệu: Tiến hành nhập vào phần mềm Epi Data 3.1, sau đó làm sạch và được xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS.

3.8. Thông tin chung về đối tượng. Bảng 1 trình bày thông tin về đặc điểm nhân khẩu - xã hội học của toàn bộ đối tượng tham gia nghiên cứu và của các đối tượng chia theo giới tính (nam và nữ).

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

		Chung		Nam		Nữ	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Dưới 60 tuổi	25	14,5	6	15,8	19	14,1
	60-69 tuổi	62	35,8	13	34,2	49	36,3
	70-79 tuổi	48	27,7	10	26,3	38	28,1
	Trên 80 tuổi	38	22,2	9	23,7	29	21,5
Tình trạng kết hôn	Có vợ/chồng	147	85,0	33	86,8	114	84,4
	Góa/Ly hôn	26	15,0	5	13,2	21	15,6
Bảo hiểm y tế	Có	168	97,1	38	100	130	96,3
	Không	5	2,9	0	0	5	3,7
Tỷ lệ chi trả	100%	91	54,2	26	68,4	65	50,0
	95%	30	17,9	7	18,4	23	17,7
	80%	47	28,0	5	13,2	42	32,3
Chiều cao	Trung bình (SD)	1,56 ± 0,06		1,64±0,04		1,54 ± 0,05	
	Trung vị	1,55		1,65		1,54	
	Min; Max	1,40; 1,72		1,55; 1,72		1,40; 1,70	
Cân nặng	Trung bình (SD)	53,2 ± 8,9		58,7±10,0		51,60 ± 8,00	
	Trung vị	52,0		55,0		51,0	
	Min; Max	35; 80		43; 80		35; 75	

3.2. Mật độ xương, hình ảnh X-Quang, MRI của người bệnh trong nghiên cứu

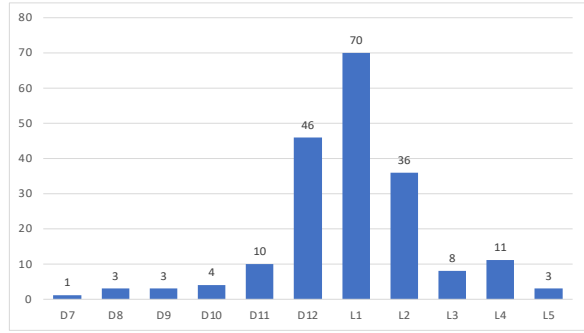
Dựa trên hình ảnh MRI, phát hiện 195 đốt sống bị xẹp. Phần lớn người bệnh chỉ bị xẹp 1

đốt sống (chiếm 88,4%). Các đốt sống bị xẹp phân bố nhiều hơn ở vị trí thắt lưng (L1 đến L5), với 128 đốt sống (chiếm 65,6%). Còn lại phân bố ở vị trí lưng (D7 đến D11), với 67 đốt sống

(chiếm 34,4%). Hình 1 cho thấy các đốt sống bị xẹp phổ biến nhất.

Hình 1: Phân bố số lượng đốt sống bị xẹp theo vị trí đốt sống

Trung bình T-Score của người bệnh trong nghiên cứu là -3,36. T-Score ở nam và nữ lần lượt là $-2,92 \pm 1,39$ và $-3,48 \pm 1,13$. Có 137 đốt sống xẹp hình chêm (75,6%). Số đốt sống xẹp lõm 2 mặt chỉ là 29 đốt sống (16,1%) và lùn ép thân đốt sống chỉ có 15 đốt (8,3%). Các thông tin khác được trình bày chi tiết trong Bảng 2.



Bảng 2: Số lượng đốt sống bị xẹp, mật độ xương và một số đặc điểm hình ảnh X-Quang, MRI

		Chung		Nam		Nữ	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng đốt sống bị xẹp/ người bệnh	1 đốt sống	153	88,4%	33	86,8%	121	89,6%
	2 đốt sống	18	10,5%	5	13,2%	12	9,0%
	3 đốt sống	2	1,2%	0	0%	2	1,5%
T-Score	Bình thường (>-1 SD)	8	5,4	4	10,5	4	3,0
	Tiền loãng xương (-1 đến -2,5 SD)	21	12,1	6	15,8	15	11,1
	Loãng xương (<-2,5 SD)	144	83,2	28	73,7	116	85,9
Phân loại Kanis	Hình chêm	149	75,6%	33	78,6%	114	76,4%
	Xẹp lõm 2 mặt	32	16,1%	7	16,7%	22	14,9%
	Lùn ép thân đốt sống	15	8,3%	2	4,8%	13	8,8%
Phân loại Genant	Nhẹ (20 đến dưới 25%)	81	42%	65	42,2%	16	39,0%
	Trung bình (25-40%)	79	41%	65	42,2%	14	34,1%
	Nặng (>40%)	35	18%	24	15,6%	11	26,9%
Đặc điểm biến dạng cột sống	Gù cột sống	45	26,0%	8	21,1%	37	27,4%
	Veo cột sống	7	4,0%	3	7,9%	4	3,0%
	Không biến dạng	121	69,9%	27	71,1%	94	69,6%
Mức độ phù nề	Trên 50%	173	91,1%	35	81,4%	138	93,9%
	Dưới 50%	17	8,9%	8	18,6%	9	6,1%
Tình trạng nứt gãy/ khí	Có đường đứt gãy trong đốt sống	42	48,3	12	63,2	30	44,1
	Có khí trong đốt sống	42	48,3	7	36,8	35	51,5
	Có đường đứt gãy và có khí trong đốt sống	3	3,5	0	0	3	4,4

Qua đo chiều cao 195 đốt sống bị xẹp cho thấy trung bình tường trước của đốt sống bị xẹp có chiều cao $19,41 \pm 3,63$ mm (Bảng 3). Trung bình tường giữa của đốt sống bị xẹp là $22,86 \pm 3,65$ mm; và tường sau của đốt sống bị xẹp là $27,48 \pm 3,29$ mm. Tỷ lệ giảm chiều cao đốt sống bị xẹp so với đốt lành liền kề trung bình là 30,1%. Góc xẹp thân đốt sống được đo lường trung bình là $18,92 \pm 3,55$ độ; góc Cobb là $15,48 \pm 2,17$ độ và góc gù là $8,89 \pm 2,88$ độ.

Bảng 3: Mô tả chiều cao đốt sống và độ gù cột sống của đốt sống bị xẹp trên X-Quang

		Mean	SD	Min	Q1	Median	Q3	Max
Chiều cao đốt sống bị xẹp (mm)	Tường trước	19,41	3,63	12,00	17,00	19,00	21,00	29,00
	Tường giữa	22,89	3,65	11,00	21,00	24,00	25,00	28,00
	Tường sau	27,48	3,29	12,00	27,00	28,00	29,00	32,00
Chiều cao đốt sống trên (mm)	Tường trước	24,79	2,47	15,00	24,00	25,00	26,00	30,00
	Tường giữa	24,37	1,89	14,00	24,00	25,00	26,00	27,00
	Tường sau	27,60	2,14	15,00	27,00	28,00	29,00	31,00
Chiều cao	Tường trước	26,61	2,75	14,00	25,00	27,00	28,00	31,00

đốt sống dưới (mm)	Tường giữa	24,61	1,97	14,00	24,00	25,00	26,00	29,00
	Tường sau	28,76	2,23	15,00	28,00	29,00	30,00	32,00
Đo lường độ gù cột sống (độ)	Góc xẹp đốt sống	18,92	3,55	11,00	16,50	18,00	21,00	29,00
	Góc Cobb	15,48	2,17	10,00	14,00	15,00	17,00	23,00
	Góc gù cột sống	8,89	2,88	3,00	7,00	9,00	10,00	30,00

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ người bệnh nữ trong nghiên cứu này là 78,03%, thấp hơn Trong nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng (2018) với tỷ lệ nữ lên đến 89% và nghiên cứu của Trịnh Văn Cường với tỉ lệ nữ là 84% [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn cao hơn nghiên cứu trên thế giới, ví dụ như một nghiên cứu trên 200 người XTĐS, tỷ lệ nữ giới là 60,8% [7]. Tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu này là $70,2 \pm 10,1$ tuổi. Điều này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng (tuổi trung bình là 66,5) hay của Võ Văn Nho (tuổi trung bình là 57). Trên thế giới, điều tra dịch tễ học Tromso (diễn ra năm 2007-2008 tại Na Uy) [8] cho thấy tỷ lệ hiện mắc gia tăng đáng kể theo tuổi, cụ thể tăng từ 3,4% ở nhóm tuổi dưới 60 lên 19,2% ở nhóm tuổi trên 70 ở nữ và tăng từ 7,6% ở nhóm tuổi dưới 60 lên 20,3% ở nhóm tuổi trên 70 ở nam. Việc phân bố người bệnh trong nghiên cứu này tập trung ở nhóm người cao tuổi trên 60 tuổi là hoàn toàn dễ hiểu vì như minh họa trong điều tra Tromso thì tỷ lệ người bệnh cao tuổi bị XTĐS cao hơn các nhóm tuổi khác. Nguyên nhân dẫn đến XTĐS ở người cao tuổi với nguyên nhân chính là loãng xương – là hệ quả tất yếu của việc mất xương theo thời gian trong nhiều năm.

Trung bình T-score của người bệnh trong nghiên cứu là -3,36 (từ -6,4 đến 0,9). Trong nghiên cứu của Trịnh Văn Cường, T-score trung bình là -3,26 (trên 41 người bệnh). Quan Zhou (2022) ước tính trên 102 người (tuổi trung bình là $66,12 \pm 5,21$) với T-score trung bình là -3,15. Bozkurt (2014) lại báo cáo T-Score cao hơn đáng kể với trng bình là -2,45 cho nhóm bơm xi măng có bóng và -2,49 đối với nhóm bơm xi măng không bóng [7]. Sự khác biệt này có thể liên quan mật thiết với tuổi của đối tượng. Nếu như tuổi của đối tượng của chúng tôi khá tương tự với Quan Zhou (2022) thì tuổi đối tượng trong nghiên cứu của Bozkurt lại nhỏ hơn đáng kể (57 tuổi). Trong khi đó độ tuổi đã được chỉ ra là có mối liên hệ với mật độ xương, độ tuổi càng cao thì mật độ xương càng thấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phổ biến là nhất là người bệnh bị xẹp 1 đốt sống (88,4%), tiếp đến là xẹp 2 đốt sống (10,5%) và 3 đốt sống (1,2%). Võ Văn Nho nghiên cứu thấy tỷ lệ

người bệnh có 1, 2, 3 và 4 đốt sống bị xẹp là 56,3%; 33,6%; 9,0% và 1,1%[3]. an Van Meirhaeghe nghiên cứu trên 300 người bệnh cũng cho thấy 71,7% bị xẹp 1 đốt sống; 20,7% bị xẹp 2 đốt sống và 7,6% bị xẹp 3 đốt sống [9]. Xu hướng người bệnh bị xẹp 1 đốt sống là phổ biến nhất, dù ở trong nghiên cứu của chúng tôi hay trong các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Chúng tôi phát hiện 137 đốt sống bị xẹp hình chêm (75,6%), 29 đốt sống xẹp lõm 2 mặt (16,1%) và 15 đốt sống bị lùn ép thân đốt sống (8,3%). Xu hướng này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng (2018) với 61% đốt sống xẹp hình chêm, 26,8% đốt sống xẹp lõm hai mặt và 12,2% đốt sống bị lùn ép. Các tác giả trong và ngoài nước lý giải nguyên nhân khiến XTĐS hình chêm là thường gặp nhất liên quan đến cấu trúc bề xương ở phía trước của đốt sống yếu hơn phía sau trong khi trọng tâm của cơ thể lại rơi ở phía trước cột sống nên tường trước của thân đốt sống dễ bị tổn thương và dễ dẫn đến loại xẹp thân đốt sống hình chêm.

Ưu, nhược điểm của nghiên cứu. Về ưu điểm, so sánh với một số nghiên cứu trong nước khác, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm đa dạng các đốt sống lưng (từ D7 đến D12) và thắt lưng (từ L1 đến L5). Điều này có thể cung cấp các thông tin tham khảo hữu ích cho các bác sĩ lâm sàng về bệnh lý XTĐS. Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu nằm ở chỗ, việc lưu trữ hồ sơ bệnh án bằng giấy trong một thời gian dài là một trong các yếu tố khiến cho nhiều thông tin quý báu về quá trình điều trị đã không được khai thác một cách triệt để. Do đó, trong tương lai cùng với Thông tư số 46/2018/TT-BYT ngày 28/12/2018 quy định về việc triển khai hồ sơ bệnh án điện tử, chúng tôi hi vọng rằng, các thông tin phục vụ về chủ đề này có thể được dễ dàng khai thác hơn để phục vụ cho quá trình điều trị cho người bệnh (đặc biệt là khi đây là vấn đề sức khỏe mạn tính, yêu cầu theo dõi người bệnh trong thời gian dài) cũng như để phục vụ cho các nghiên cứu tương tự trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Mật độ xương trung bình là $-3,36 \pm 1,21$, tỷ lệ loãng xương lên đến 83,2%. Tỷ lệ người bệnh bị tổn thương 1 đốt sống là cao nhất (88,4%). Các đốt sống bị xẹp rất đa dạng, từ đốt sống D7

đến D12 của vùng ngực/lưng và từ đốt sống L1 đến L5 của vùng thắt lưng, phổ biến hơn cả là xếp đốt sống D12 và L1. Xếp hình chêm chiếm tỷ lệ cao nhất (75,6%), tiếp đến là xếp lõm hai mặt (16,1%) và lùn ép thân đốt sống (8,3%). Có 42% đốt sống xếp nhẹ, 41% đốt sống xếp trung bình và 18% đốt sống xếp nặng theo phân loại Genant. Chiều cao trước, giữa và sau của đốt sống bị xếp là 19,41mm, 22,89mm và 27,48mm. Tỷ lệ giảm chiều cao đốt sống bị xếp so với đốt lành liền kề trung bình là 30,1%. Phân tích kỹ lưỡng các đặc điểm nói trên giúp cung cấp các thông tin tham khảo hữu ích cho các cán bộ y tế và nhà nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ensrud, K.E. and J.T.** Schousboe, Vertebral fractures. New England Journal of Medicine, 2011. **364**(17): p. 1634-1642.
2. **Nguyễn Văn Thạch**, Đánh giá kết quả tạo hình đốt sống bằng cement sinh học ở bệnh nhân xếp đốt sống do loãng xương tại Bệnh viện Việt Đức, in Kỷ yếu Hội nghị Hội Chấn thương chỉnh hình Việt Nam lần thứ IX. 2010: Hội Chấn thương chỉnh hình Việt Nam. p. 88-90.
3. **Võ Văn Nho và cộng sự**, Tạo hình thân đốt sống bằng phương pháp bơm cement sinh học qua da trong điều trị đau do xếp đốt sống ở bệnh nhân

loãng xương, in Hội nghị khoa học thường niên lần thứ VI: Hội nghị loãng xương thành phố Hồ Chí Minh. 2012. p. 25-32.

4. **Đỗ Mạnh Hùng**, Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm Cément có bóng cho bệnh nhân xếp đốt sống do loãng xương. 2018, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Phạm Mạnh Cường và Phạm Minh Thông**, Đánh giá hiệu quả của phương pháp tạo hình đốt sống qua da trong điều trị xếp thân đốt sống bệnh lý. Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai, 2018: p. 69-70.
6. **Trịnh Văn Cường và Nguyễn Quốc Bảo**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị xếp đốt sống do loãng xương bằng bơm cement sinh học qua cuống. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2017. **21**(6): p. 213-7.
7. **Bozkurt, M., et al.**, Comparative analysis of vertebroplasty and kyphoplasty for osteoporotic vertebral compression fractures. Asian spine journal, 2014. **8**(1): p. 27-34.
8. **Waterloo, S., et al.**, Prevalence of vertebral fractures in women and men in the population-based Tromsø Study. BMC musculoskeletal disorders, 2012. **13**: p. 3-3.
9. **Van Meirhaeghe, J., et al.**, A randomized trial of balloon kyphoplasty and nonsurgical management for treating acute vertebral compression fractures: vertebral body kyphosis correction and surgical parameters. Spine (Phila Pa 1976), 2013. **38**(12): p. 971-83.

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ PHẪU ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN BẰNG PHẪU THUẬT CÓ KẾ HOẠCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2018 - 2020

Dương Ngọc Thắng^{1,2}, Bùi Minh Tứ², Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kinh điển điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận ở các bệnh nhân mổ có kế hoạch giai đoạn 2018-2020 tại trung tâm tim mạch và lồng ngực - bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định phình động mạch chủ bụng dưới thận có hoặc không phình động mạch chủ bụng kèm theo đã được điều trị bằng phẫu thuật có kế hoạch tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2018 đến 12/2020. **Kết quả:** Có tổng số 62 bệnh nhân được phẫu thuật, nam giới chiếm 72,6% (45), tuổi trung bình 67,1 ± 1,27 tuổi (36– 82). Có 45 (72,6%) bệnh

nhân sờ thấy khối đập theo nhịp mạch ở bụng. Cao huyết áp gặp ở 45(72,6%) bệnh nhân. Phình hình thoi chiếm 95,2%, kích thước khối phồng trung bình 53,2 ± 1,35 mm (28-110). Có 56 (90,3%) bệnh nhân được thay đoạn động mạch chủ chậu bằng mạch nhân tạo chữ Y, 6 (9,7%) được thay đoạn động mạch chủ bụng đơn thuần. Thời gian phẫu thuật trung bình 204,9 ± 46,2 phút (120 - 360). Không có bệnh nhân tử vong sớm sau mổ. Có 4 (6,5%) bệnh nhân phải mổ lại: 3(4,8%) do tụ máu sau phúc mạc, 1(1,6%) do hoại tử đại tràng. **Kết luận:** Phẫu thuật phình động mạch chủ bụng dưới thận có kế hoạch tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2020 là phẫu thuật an toàn với tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp, không có bệnh nhân tử vong sau mổ.

Từ khóa: Phình động mạch chủ bụng, bệnh viện Việt Đức, phình động mạch chủ chậu.

SUMMARY

EARLY RESULT OF SELECTIVE SURGERY FOR INFRA-RENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL DURING PERIOD 2018-2020

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2022

Ngày duyệt bài: 6.6.2022