

có rách chóp xoay cũng cao hơn đáng kể so với nhóm không rách ( $43,5 \pm 17,81$  so với  $29,7 \pm 13,67$ ,  $p = 0,003$ ). Số lượng gân tổn thương không có mối liên quan với mức độ đau thông qua điểm VAS và SPADI, với  $p > 0,05$ . Theo Emily J. [6], điểm SPADI đau và SPADI chức năng ở nhóm rách gân cao hơn đáng kể so với nhóm không rách gân,  $p < 0,05$ , tuy nhiên, các đặc điểm rách gân gồm số lượng gân rách và mức độ rách không liên quan đến mức độ đau,  $p > 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN

Trong hội chứng chèn ép dưới mỏm cùng vai, rách gân chóp xoay có mối liên quan với mức độ đau vai theo thang điểm VAS và SPADI, tuy nhiên số lượng gân tổn thương lại không ảnh hưởng đến mức độ đau vai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tekavec E., Jöud A., Rittner R. et al. (2012), "Population-based consultation patterns in

- patients with shoulder pain diagnoses", *BMC musculoskeletal disorders*, 13(1), pp. 1-8.
2. Koganti D.V, Lamghare P., Parripati V.K et al. (2022), "Role of magnetic resonance imaging in the evaluation of rotator cuff tears", *Cureus*, 14(1).
3. Bhargavi Kasineni Jaya, Lakshmi B Seshu (2019), "Role of Magnetic Resonance Imaging in rotator cuff pathologies".
4. Needell Steven D, Zlatkin Michael B, Sher JS et al. (1996), "MR imaging of the rotator cuff: peritendinous and bone abnormalities in an asymptomatic population", *AJR American journal of roentgenology*, 166(4), pp. 863-867.
5. Seeger Leanne L, Gold Richard H, Bassett Lawrence W et al. (1988), "Shoulder impingement syndrome: MR findings in 53 shoulders", *American Journal of Roentgenology*, 150(2), pp. 343-347.
6. Curry Emily J, Matzkin Elizabeth E, Dong Yan et al. (2015), "Structural characteristics are not associated with pain and function in rotator cuff tears: the ROW cohort study", *Orthopaedic journal of sports medicine*, 3(5), pp. 2325967115584596.

# CHĂM SÓC VẾT MỔ Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT MỞ TUYẾN GIÁP

Nguyễn Xuân Hậu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Kiều Trang<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả hoạt động chăm sóc vết mổ ở bệnh nhân sau phẫu thuật mở tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến giáp có chỉ định phẫu thuật mở tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2024 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $49,6 \pm 11,6$  tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 3,2/1. Kích thước trung bình vết mổ là  $5,6 \pm 0,9$  cm. 100% vết mổ khô sạch, không có hiện tượng thấm dịch ra băng hay sưng nề tấy đỏ tại vùng da xung quanh vết mổ. 29,2% bệnh nhân được đặt dẫn lưu sau mổ. Trong số đó, dịch dẫn lưu chủ yếu là từ 60 – 100ml (71,4%) và 95,2% dịch có màu đỏ thẫm. 80,6% người bệnh không gặp biến chứng sau mổ. Tỷ lệ bệnh nhân có vết mổ liền sẹo tốt chiếm 98,6%. **Kết luận:** Kết quả chăm sóc vết mổ ở bệnh nhân sau phẫu thuật mở tuyến giáp là rất tốt.

**Từ khóa:** U tuyến giáp, chăm sóc vết mổ, phẫu thuật mở tuyến giáp.

## SUMMARY

### CARING INCISION FOR POST-OPERATIVE PATIENTS WITH OPEN THYROIDECTOMY

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

**Objective:** Describe the activities of caring incision for post-operative patients with open thyroidectomy. **Subjects and Methods:** a cross-sectional descriptive study of 72 patients diagnosed with thyroid tumor who underwent open thyroidectomy at the Oncology Center, Hanoi Medical University Hospital from January 2024 to April 2024. **Results:** The average age of patients was  $49,6 \pm 11,6$  years old. The ratio of female/male was 3,2/1. The average size of the incision was  $5,6 \pm 0,9$  cm. 100% of the incisions were dry and clean, there was no fluid absorbent bandage or redness of the skin around the incision. 29,2% of patients had surgical drainage. Among them, the drainage fluid was mainly from 60 to 100ml (71,4%) and 95,2% of the fluid was crimson. 80,6% of patients did not experience post-operative complications. The percentage of patients with good scar incisions accounted for 98,6%. **Conclusion:** The results of incision care in postoperative patients with open thyroidectomy are very good. **Keywords:** Thyroid tumor, caring incision, open thyroidectomy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến giáp là một trong những bệnh hay gặp nhất của hệ nội tiết bao gồm u tuyến giáp lành tính và ung thư tuyến giáp (UTTĐ). Ngày nay, tỷ lệ mắc u tuyến giáp đang ngày càng gia tăng, trong đó, u tuyến giáp lành tính chiếm trên 95% các trường hợp và gặp chủ yếu ở nữ giới.<sup>1</sup> Tỷ lệ mắc UTTĐ theo GLOBOCAN năm 2022 cho thấy, trên thế giới có 821.214 người mắc mới, cao gấp 1,4 lần số ca mắc mới trong năm 2020

(586.202), và xếp hạng 7 trong số các loại ung thư.<sup>2</sup> Phẫu thuật là phương pháp chính để điều trị các bệnh lý u tuyến giáp. Hiện nay có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau nhưng phẫu thuật mở tuyến giáp vẫn là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất. Vết mổ tuyến giáp được đánh giá là một trong những vết mổ sạch với tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ rất thấp chỉ từ 0,3% – 1,6%.<sup>3</sup> Tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, hàng năm rất nhiều bệnh nhân u tuyến giáp có chỉ định phẫu thuật mở, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về vấn đề chăm sóc vết mổ ở những bệnh nhân này. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả hoạt động chăm sóc vết mổ ở bệnh nhân sau phẫu thuật mở tuyến giáp.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 72 bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến giáp có chỉ định phẫu thuật mở tuyến giáp tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2024 đến tháng 4/2024.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến giáp bao gồm u tuyến giáp lành tính và UTTG có chỉ định phẫu thuật mở và có hồ sơ nghiên cứu đầy đủ.

**Tiêu chí loại trừ:** Bệnh nhân mắc các bệnh ung thư khác hoặc có phẫu thuật khác đi kèm; Bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhưng không phẫu thuật hoặc phẫu thuật bằng phương pháp khác.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

### 2.3. Các chỉ số nghiên cứu

Tuổi, giới: chia các nhóm: < 40 tuổi, 40 – 60 tuổi, > 60 tuổi

Chỉ số khối cơ thể (BMI):

Bệnh đi kèm: 0, 1, 2, > 2 bệnh

Lý do khiến bệnh nhân phải đi khám: khám sức khỏe định kỳ hoặc có triệu chứng cơ năng: sờ thấy u, nuốt vướng, nuốt nghẹn, khàn tiếng, khó thở.

Thời gian phát hiện bệnh: < 6 tháng, 6 tháng – 1 năm, > 1 năm

Đặc điểm u: Vị trí, kích thước, số lượng u

Đặc điểm phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, thời gian hồi tỉnh

Đặc điểm vết mổ: kích thước, dẫn lưu, tình trạng vết mổ

### Mức độ đau sau mổ

Chăm sóc sau phẫu thuật: diễn biến và biến chứng sau mổ.

Đánh giá kết quả chăm sóc vết mổ theo

phân loại của David (1989):

- Loại 1: Vết mổ khô, sạch hoàn toàn liền kỳ đầu.
- Loại 2: Vết mổ có chảy dịch, không liền tốt nhưng không có mủ.
- Loại 3: Vết mổ có mủ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình trong nhóm là  $49,6 \pm 11,6$  tuổi, nhỏ nhất 29 tuổi, lớn nhất 74 tuổi. Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 40 đến 59 tuổi chiếm tỷ lệ 55,6%.

- Tỷ lệ nữ/nam là 3,2/1.

- Phương pháp phẫu thuật: phần lớn bệnh nhân cắt thùy và eo tuyến giáp chiếm tỷ lệ 58,3%. Cắt toàn bộ tuyến giáp ít gặp hơn với 41,7%. Vết hạch cổ chiếm 56,9%.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 61 phút, ngắn nhất là 20 phút và lâu nhất là 150 phút. Phẫu thuật chủ yếu diễn ra trong khoảng từ 60 đến 120 phút với tỷ lệ 59,7%.

### 3.2. Đặc điểm vết mổ

- Kích thước trung bình vết mổ là  $5,6 \pm 0,9$  cm, nhỏ nhất 3 cm, lớn nhất 7 cm.

- 100% bệnh nhân có vết mổ khô sạch, vùng da quanh vết mổ không có hiện tượng sưng nề tấy đỏ và không thấm dịch ra bằng vết mổ.

Vết mổ		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Dẫn lưu vết mổ ( n = 21)</b>			
Số lượng dịch	< 60 ml	5	23,8
	60 - 100 ml	15	71,4
	> 100 ml	1	4,8
Màu sắc dịch	Đỏ	20	95,2
	Trắng đục	1	4,8

**Nhận xét:** Có 21 bệnh nhân được đặt dẫn lưu sau mổ chiếm 29,2%. Dịch dẫn lưu chủ yếu dưới 100ml và có màu đỏ, có duy nhất 1 trường hợp bệnh nhân rò rỉ dưỡng chấp sau mổ có dịch dẫn lưu trên 100ml và có màu trắng đục chiếm 4,8%.

### 3.3. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	58	80,6
Khàn tiếng	12	16,7
Hạ canxi máu	11	15,3
Rò rỉ dưỡng chấp	1	1,4

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân không gặp biến chứng sau mổ chiếm tỷ lệ 80,6%. Biến chứng hay gặp nhất là khàn tiếng (16,7%) và hạ canxi máu (15,3%). Không có trường hợp nào tụ dịch, chảy máu hay nhiễm trùng vết mổ.

### 3.4. Kết quả chăm sóc vết mổ

Kết quả chăm sóc vết mổ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
-------------------------	------------	-----------

Khô, liền sẹo tốt	71	98,6
Cổ dịch	1	1,4
Cổ mủ	0	0

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có vết mổ khô và liền sẹo tốt chiếm tỷ lệ 98,6%. Có 1 trường hợp bệnh nhân có chảy dịch tại vết mổ (1,4%).

#### IV. BÀN LUẬN

U tuyến giáp có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào, trong đó, tuổi bị bệnh là một trong những yếu tố giúp tiên lượng bệnh. Theo các tác giả, những bệnh nhân trong độ tuổi (<15) và trên (>45) tuổi thường có tiên lượng bệnh xấu hơn. Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $49,6 \pm 11,6$  tuổi, thấp nhất là 29 tuổi – cao nhất là 74 tuổi. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong nước khác: Tạ Thị Hà Phương (2017) với tuổi trung bình của bệnh nhân u tuyến giáp là  $45,8 \pm 13,7$  tuổi (17 – 73), Phạm Văn Hoàn và cộng sự, tuổi trung bình là  $43,5 \pm 10,9$  tuổi (14 – 70).<sup>4,5</sup> Nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới chiếm 76,4%, tỷ lệ nữ/nam là 3,2/1. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Hoàn với nhóm bệnh nhân nữ chiếm 81,5% và tỷ lệ nữ/nam là 4,4/1.<sup>5</sup>

Kích thước vết mổ phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật, trình độ, kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật và dụng cụ dùng trong cuộc mổ. Kích thước trung bình vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là  $5,6 \pm 0,9$  cm, nhỏ nhất là 3cm và lớn nhất là 7 cm. Nghiên cứu của tác giả Kim Seok Mo cũng cho kết quả tương đồng khi kích thước trung bình vết mổ là  $5,8 \pm 2,2$  cm.<sup>6</sup>

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có vết mổ khô sạch, không sưng nề, tẩy đờ ở xung quanh vị trí vết mổ và không thấm dịch thấm máu ra băng. Kết quả này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Bùi Ngọc Huệ khi chỉ có 87% bệnh nhân có vết mổ khô, liền tốt còn 13% bệnh nhân có băng thấm dịch.<sup>7</sup> Kết quả có sự chênh lệch liên quan đến sự tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn trong cuộc mổ và công tác chăm sóc vết mổ của điều dưỡng tại khoa phòng có sự khác nhau giữa các địa điểm nghiên cứu.

Có 21 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được đặt dẫn lưu sau mổ chiếm 29,2%. Trong số đó, lượng dịch dẫn lưu chủ yếu là từ 60 đến 100ml chiếm 71,4%. Do tỷ lệ bệnh nhân vét hạch cổ cao gây sang chấn về cơ nhiều nên lượng dịch tiết ra nhiều hơn. Trường hợp số lượng dịch dẫn lưu trên 100ml là do NB bị biến chứng rò dưỡng chấp sau mổ với số lượng dịch dẫn lưu sau mổ ngày thứ 3 là 850 ml/ 24h, dịch màu vàng đục

sau đó chuyển sang màu trắng đục.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ NB không gặp bất kì biến chứng nào là 80,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tạ Thị Hà Phương khi số NB không có biến chứng là 85%.<sup>4</sup> Khàn tiếng và hạ canxi máu là 2 biến chứng hay gặp nhất sau mổ tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật, có 12 trường hợp xuất hiện khàn tiếng với tỷ lệ 16,7% và 11 bệnh nhân hạ canxi máu chiếm 15,3%. Các biến chứng này chỉ là tạm thời và hầu như bệnh nhân trở lại bình thường sau 2 tháng điều trị. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tạ Thị Hà Phương với tỷ lệ biến chứng lần lượt là 9,2% và 12%.<sup>4</sup> Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp rò dưỡng chấp sau mổ (1,4%). Bệnh nhân này sau khi được xử trí can thiệp nút mạch cho kết quả tốt. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Thanh cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ biến chứng rò dưỡng chấp là 1,05%.<sup>8</sup>

Theo phân loại của David (1989) về tình trạng vết mổ cho thấy 98,6% vết mổ khô sạch, liền sẹo tốt. Sau mổ có duy nhất 1 trường hợp chảy dịch do rò dưỡng chấp và không có trường hợp nào chảy mủ, nhiễm trùng vết mổ. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Bùi Phi Líl trên 198 bệnh nhân có 2 bệnh nhân có chảy dịch tại vết mổ với tỷ lệ 1%.<sup>9</sup>

#### V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là  $49,6 \pm 11,6$  tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 3,2/1. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là cắt thùy và eo tuyến giáp (58,3%). Tỷ lệ người bệnh vét hạch cổ là 56,9%. Trung bình thời gian phẫu thuật là 61 phút.

Kích thước trung bình vết mổ là  $5,6 \pm 0,9$  cm. 100% vết mổ khô sạch, không có hiện tượng thấm dịch ra băng hay sưng nề tẩy đờ tại vùng da xung quanh vết mổ. 29,2% bệnh nhân được đặt dẫn lưu sau mổ. Trong số đó, dịch dẫn lưu chủ yếu là từ 60 – 100ml (71,4%) và 95,2% dịch có màu đỏ thẫm. 80,6% người bệnh không gặp biến chứng sau mổ. Tỷ lệ bệnh nhân có vết mổ liền sẹo tốt chiếm 98,6%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Holzheimer RG, Mannick JA, eds.** Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented. Zuckschwerdt; 2001. Accessed June 27, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6880/>
2. **32-thyroid-fact-sheet.pdf.** Accessed February 24, 2024. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/32-thyroid-fact-sheet.pdf>
3. **Iwatani T, Saito S.** Surgical site infections in thyroid and parathyroid surgery in Japan: An analysis of the Japan Nosocomial Infections Surveillance database from 2013 to 2020. Int

- Wound J. 2022;20(6):1874-1881. doi:10.1111/ijwj.14046
- Tạ Thị Hà Phương** (2017). Nhận Xét Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng và Kết Quả Phẫu Thuật u Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Y Hà Nội.
  - Phạm Văn Hoàn, Nguyễn Văn Hiếu, Nguyễn Xuân Hậu** (2021). Đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến giáp không đặt dẫn lưu tại Bệnh viện K. Tạp chí y học Việt Nam, 508(1), 186-189.
  - Kim SM, Chun KW, Chang HJ, et al.** Reducing neck incision length during thyroid surgery does not improve satisfaction in patients. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2015;272(9):2433-2438. doi:10.1007/s00405-014-3150-z
  - Bùi Ngọc Huệ, Ngô Thị Bích Thanh, Đỗ Xuân Hải** (2022). Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tuyến giáp Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí y học Việt Nam, 520(2), 102-104.
  - Nguyễn Việt Thanh, Phạm Minh Bắc, Nguyễn Thủy Chung và cộng sự** (2020). Đánh giá kết quả áp dụng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật tuyến giáp không sử dụng kháng sinh. Hội nghị khoa học điều dưỡng 2020, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, ngày 26/11/2020, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, 130-135.
  - Bùi Phi Lát, Nguyễn Thị Tuyền** (2020). Kết quả chăm sóc sau phẫu thuật cắt tuyến giáp và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2020. Tạp chí y học cộng đồng, 60(7), 168-173.

## ÁP DỤNG THANG ĐIỂM LANSS TRONG ĐÁNH GIÁ ĐAU DO NGUYÊN NHÂN THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG NGUYÊN PHÁT CÓ GÃY XƯƠNG ĐỐT SỐNG

Bùi Hải Bình<sup>1</sup>, Ngô Thị Thục Nhiên<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét mức độ đau ở bệnh nhân loãng xương nguyên phát có gãy xương đốt sống bằng thang điểm LANSS. Phân tích mối liên quan giữa mức độ đau với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** nghiên cứu trên 80 bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương nguyên phát theo tiêu chuẩn WHO 1994 có đau cột sống với thang điểm đau VAS  $\geq 3$  điểm, có gãy ít nhất 1 thân đốt sống trên MRI đang điều trị tại trung tâm Cơ Xương Khớp và khoa Khám bệnh, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2022 tháng đến tháng 12 năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân gãy  $\geq 2$  đốt sống (58,8%). 83,8% bệnh nhân có gãy đốt sống thắt lưng, 61,3% gãy đốt sống ngực. MRI cột sống: 87,5% bệnh nhân có gãy mới thân đốt sống. Tỷ lệ đau cột sống do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân loãng xương nguyên phát có gãy xương đốt sống theo thang điểm LANSS là 37,5%. Nguy cơ đau do nguyên nhân thần kinh ở nhóm có tuổi  $> 70$  cao gấp 3,62 lần nhóm tuổi  $\leq 70$ , nhóm có điểm VAS  $\geq 7$  điểm có nguy cơ đau thần kinh cao gấp 3,62 lần so với nhóm có điểm VAS  $< 7$  điểm. Nguy cơ đau do nguyên nhân thần kinh ở nhóm có gãy  $\geq 2$  đốt sống cao gấp 4,7 lần so với nhóm gãy 1 đốt sống. MRI cột sống: nhóm có gãy lõi thành sau đốt sống có nguy cơ đau thần kinh gấp 5,75 lần nhóm không gãy lõi thành sau đốt sống;

nhóm hẹp ống sống có nguy cơ đau thần kinh gấp 6,71 lần nhóm không hẹp ống sống. **Kết luận:** Nguy cơ đau cột sống do nguyên nhân thần kinh tăng lên ở nhóm tuổi  $> 70$ ; nhóm có điểm VAS cao  $> 7$  điểm, gãy  $\geq 2$  đốt sống, gãy thân đốt sống trên MRI có gãy lõi thành sau đốt sống và/ hoặc hẹp ống sống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Loãng xương nguyên phát, gãy đốt sống, đau do nguyên nhân thần kinh, LANSS.

### SUMMARY

#### APPLICATION OF THE LANSS PAIN SCALE IN ASSESSING NEUROPATHIC PAIN IN PATIENTS WITH PRIMARY OSTEOPOROSIS WITH VERTEBRAL FRACTURES

**Objective:** To assess pain levels in patients with primary osteoporosis and vertebral fractures using the LANSS Pain Scale (The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs). Analyze the correlation between the study population's pain levels and clinical and paraclinical factors. **Study population:** The research was conducted on 80 patients diagnosed with primary osteoporosis according to the WHO 1994 criteria, experiencing spine pain with a VAS pain score  $\geq 3$  points, and having at least one vertebral fracture confirmed by MRI. The study was conducted at the Center for Rheumatology and Outpatient Clinic, Bach Mai Hospital, from August 2022 to December 2023.

**Research Methodology:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** Most patients had fractures of  $\geq 2$  vertebrae (58.8%). 83.8% of patients had lumbar vertebral fractures, and 61.3% had thoracic vertebral fractures. Spinal MRI revealed that 87.5% of patients had new vertebrae fractures. The prevalence of neuropathic pain in patients with primary osteoporosis with vertebral fractures according to the LANSS Pain

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hải Bình

Email: bsbinht25noi@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2024

Ngày duyệt bài: 9.10.2024