

cân thái dương sâu là vị trí neo an toàn và bền chắc nhất trong căng chỉ [8]. Şirinoğlu (2023) phát triển kỹ thuật temporal facelift đa lớp, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tạo vật di động rộng và chia lực hợp lý [7]. Fakh-Gomez (2025) chứng minh phương pháp treo cung mày mặt phẳng sâu giúp duy trì hiệu quả lâu dài và giảm sẹo [2].

Kỹ thuật căng da thái dương kết hợp lớp nông và lớp sâu không chỉ kế thừa mà còn phát huy ưu điểm của các xu hướng hiện đại trong phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ vùng thái dương. Phương pháp này đáp ứng yêu cầu về hiệu quả thẩm mỹ, độ bền và độ an toàn, phù hợp với điều kiện thực hành ở Việt Nam, nơi bệnh nhân ưu tiên sẹo giấu kín và hiệu quả lâu dài, đặc biệt phù hợp với xu hướng trẻ hóa hiện nay.

V. KẾT LUẬN

Căng da vùng thái dương kết hợp lớp nông và sâu là phương pháp hiệu quả, an toàn và tối ưu trong trẻ hóa khuôn mặt. Kỹ thuật này giúp giấu sẹo tốt, treo tối đa phần da sa trễ, duy trì kết quả ổn định lâu dài, với biến chứng ở mức thấp và chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cló Ticiano Cesar T, Flavio Walter F, Cló Felipe X, Ribeiro Guilherme do Valle C** (2022), Temporal lift with repositioning of the

- orbicular muscle and eyebrow tail, *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 37 pp. 9-15.
2. **Fakh-Gomez N, Martins L, Dagher E, Obeid Pia M** (2025), Deep Plane Direct Brow Lift, *Aesthetic Plastic Surgery*, 49 (9), pp. 2385-2398.
3. **Glass Lora Rabin D, Lira J, Enkbold E, Dimont E** (2014), The lateral brow: position in relation to age, gender, and ethnicity, *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*, 30 (4), pp. 295-300.
4. **Klassen Anne F, Cano Stefan J, Schwitzer Jonathan A, Scott Amie M** (2015), FACE-Q scales for health-related quality of life, early life impact, satisfaction with outcomes, and decision to have treatment: development and validation, *Plastic and reconstructive surgery*, 135 (2), pp. 375-386.
5. **Narins Rhoda S, Brandt Fredric, Leyden James, Lorenc Z Paul** (2003), A randomized, double-blind, multicenter comparison of the efficacy and tolerability of Restylane versus Zyplast for the correction of nasolabial folds, *Dermatologic surgery*, 29 (6), pp. 588-595.
6. **Ramirez Oscar M, Maillard Gaston F, Musolas Alberto** (1991), The extended subperiosteal face lift: a definitive soft-tissue remodeling for facial rejuvenation, *Plastic and reconstructive surgery*, 88 (2), pp. 227-236.
7. **Şirinoğlu Hakan, Güvercin Emre** (2023), Temporal facelift: a new method for temporal and mid-face lifting, *Journal of Craniofacial Surgery*, 34 (8), pp. 2470-2474.
8. **Yi Kyu-Ho, Oh Seung-Min** (2024), Lateral facial thread lifting procedure with temporal anchoring in deep temporal fascia: Anatomical perspectives of superficial temporal artery, *Skin Research and Technology*, 30 (2), pp. e13587.

ĐÁNH GIÁ VẬN ĐỘNG Ở BỆNH NHÂN LOẠN DƯỠNG CƠ DUCHENNE TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Vũ Thị Thu¹, Cấn Thị Bích Ngọc^{1,2,3}, Nguyễn Thu Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chức năng vận động của bệnh nhân loạn dưỡng cơ Duchenne (DMD) tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên bệnh nhi từ 3 tuổi trở lên đã được chẩn đoán xác định DMD bằng xét nghiệm gen, đang được quản lý và tái khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương, từ 07/2025 đến 12/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận 32 bệnh nhi, tất cả đều là nam còn khả năng đi lại tham gia đánh giá vận động. Thang điểm 6 phút đi bộ

(6MWT) trung bình là 343,2 ± 130 mét, nhỏ nhất là 100m, lớn nhất là 483 mét. Điểm NSAA trung bình là 23,2 ± 9,1 điểm, nhỏ nhất là 5 điểm và lớn nhất là 34 điểm, nhóm 3-5 tuổi đạt điểm NSAA trung bình cao nhất (29 ± 4,1 điểm), nhóm 5-7 tuổi bắt đầu có sự giảm điểm rõ rệt (26,2 ± 12,3 điểm), nhóm >7 tuổi ghi nhận mức điểm thấp nhất (20,9 ± 7,9 điểm), nhiều trường hợp xuống dưới 15 điểm. **Kết luận:** Điểm NSAA giảm dần theo tuổi, với xu hướng giảm khả năng vận động rõ sau 7 tuổi. Việc đánh giá vận động định kỳ bằng các thang điểm tiêu chuẩn như NSAA có ý nghĩa lớn trong theo dõi, tiên lượng và đánh giá hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Loạn dưỡng cơ Duchenne; Đánh giá vận động; Thang điểm NSAA; 6MWT

SUMMARY

EVALUATION OF MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thu

Email: thulizzie94@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

Objectives: To evaluate the motor function of patients with Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) at the Vietnam National Children's Hospital in 2025.

Methods: A descriptive case-series study, retrospective and prospective, in pediatric patients aged 3 years and older who were diagnosed with DMD by genetic testing and were being followed up at the Vietnam National Children's Hospital, from July 2025 to December 2025. **Results:** A total of 32 male patients with confirmed DMD who were still ambulant participated in the motor function assessment. The average 6-minute walk (6MWT) score was 343.2 ± 130 meters, with a minimum of 100 meters and a maximum of 483 meters. The average NSAA score was 23.2 ± 9.1 points, with a minimum of 5 points and a maximum of 34 points. The 3–5-year-old group had the highest average NSAA score (29 ± 4.1 points), the 5–7-year-old group showed a clear decline (26.2 ± 12.3 points), the >7-year-old group had the lowest average score (20.9 ± 7.9 points), with several patients scoring below 15 points. **Conclusions:** The NSAA scores progressively decreased with age, with a marked loss of motor ability after the age of 7. Regular motor function assessments using standardized tools such as NSAA is essential for monitoring disease progression, evaluating treatment effectiveness, and guiding early interventions to improve quality of life for patients with DMD.

Keywords: Duchenne Muscular Dystrophy; Motor Function Assessment; NSAA Scale; 6-Minute Walk Test (6MWT).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

DMD là bệnh di truyền lặn liên kết nhiễm sắc thể X, gây thiếu hụt hoặc mất hoàn toàn protein dystrophin, dẫn đến thoái hóa sợi cơ tiến triển và yếu cơ toàn thân. Bệnh có tỷ lệ mắc khoảng 1/3500 đến 1/4000 trẻ trai sinh sống, với biểu hiện lâm sàng khởi phát sớm, thường trước 5 tuổi. Trẻ mắc DMD ban đầu gặp khó khăn khi chạy, leo cầu thang, dần mất khả năng đi lại và thường phải sử dụng xe lăn vào khoảng 12 tuổi. Tiến trình bệnh kéo dài ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng vận động, hô hấp và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Trong thực hành lâm sàng, đánh giá chức năng vận động ở bệnh nhân DMD là bước quan trọng nhằm xác định mức độ tiến triển của bệnh, lập kế hoạch phục hồi chức năng và theo dõi hiệu quả điều trị. Hiện nay, các thang điểm hay được sử dụng để đánh giá chức năng vận động ở bệnh nhân DMD là thang đo chức năng vận động (Motor Function Measure - MFM), thang đánh giá khả năng vận động North Star dành cho bệnh nhân còn đi lại được (North Star Ambulatory Assessment - NSAA), thang đánh giá khả năng vận động Hammersmith (Hammersmith Locomotor Ability Scale - HLAS) hay bài kiểm tra đi bộ 6 phút (Six-Minute Walking Test - 6MWT), trong đó NSAA và 6MWT

được dùng phổ biến.

Trên thế giới đã có những nghiên cứu về bệnh DMD nói chung và nghiên cứu đánh giá chức năng vận động ở bệnh nhân DMD nói riêng, tuy nhiên, tại Việt Nam, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá chức năng vận động của bệnh nhân loạn dưỡng cơ Duchenne tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh nhi đã được chẩn đoán xác định DMD bằng xét nghiệm gen, đang được quản lý và tái khám tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian từ tháng 07/2025 - 12/2025.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhi có bệnh lý thần kinh – cơ khác kèm theo không phải DMD;
- Có bệnh nội khoa cấp hoặc mạn tính ảnh hưởng đến chức năng vận động (ví dụ: viêm khớp, dị tật chi, bại não...);
- Không hoàn thành đầy đủ các bài kiểm tra vận động theo quy trình nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh, hồi cứu kết hợp với tiền cứu.

* **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện (mẫu toàn bộ): Có 32 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

* Chỉ số và biến số nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi (tháng), giới tính (nam), tiền sử bản thân: tiền sử phát triển vận động, tuổi khởi phát bệnh, tuổi chẩn đoán, tiền sử gia đình người mắc bệnh DMD.

Đánh giá các triệu chứng lâm sàng như: co rút gân gót, phì đại bắp chân, dấu hiệu Gowers, gù vẹo cột sống, dáng đi lạch bạch, giảm cơ lực chi dưới.

Đánh giá vận động theo thang điểm NSAA và 6MWT. Các thông tin nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, điểm đánh giá được ghi lại vào phiếu thống nhất.

* **Xử lý số liệu:** Số liệu sau khi thu thập được mã hóa, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Phân tích thống kê mô tả: biến định tính mô tả theo số lượng, tỷ lệ phần trăm; tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn dưới dạng $X \pm SD$; dùng thuật toán T test so sánh giá trị trung bình để xác định yếu tố liên quan giữa điểm NSAA và tuổi của bệnh nhân.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua của Hội đồng Đạo đức trong

Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhi Trung ương ngày 26/06/2025 theo giấy chứng nhận số 416/BVNTW – HĐĐĐ và được sự cho phép thực hiện của Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm tuổi	Số lượng	Giá trị nhỏ nhất (tháng)	Giá trị lớn nhất (tháng)	Trung bình (tháng)
Tuổi hiện tại	32	42	168	98,3 ± 34,3
Tuổi chẩn đoán	32	12	120	70,9 ± 33,9
Tuổi biết đi	32	9	27	16,6 ± 4,7

Nhận xét: Tuổi chẩn đoán của 32 bệnh nhi thấp nhất là 12 tháng (1 tuổi), cao nhất là 120 tháng (10 tuổi), trung bình là 70,9 ± 33,9 tháng. Thời điểm trẻ biết đi dao động từ 9 đến 27 tháng, trung bình là 16,6 ± 4,7 tháng.

Bảng 2. Đặc điểm giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Tần số (n=32)	Tỷ lệ %
Nam	32	100%
Nữ	0	0%

Nhận xét: Toàn bộ số bệnh nhi nghiên cứu là nam, chiếm 100%.

Bảng 3. Đặc điểm tiền sử của bệnh nhân nghiên cứu

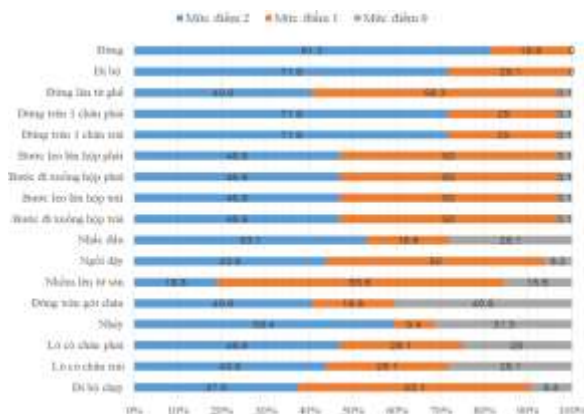
Đặc điểm tiền sử	Tần số (n=32)	Tỷ lệ %	
Tiền sử vận động	Lấy đúng mốc vận động	32	100%
Tiền sử gia đình	Có người thân mắc DMD	9	28,1%
	Không ai mắc DMD	23	71,9%
Tiền sử điều trị bằng Corticoid		29	90,6%

Nhận xét: 28,1% số bệnh nhi có thân nhân cùng bị bệnh DMD. Phần lớn bệnh nhi có tiền sử điều trị bằng Corticoid chiếm 90,6%.

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng của DMD

Triệu chứng	Tần số (n=32)	Tỷ lệ %
Cơ rút gân Achilles	15	46,9%
Gù ưỡn/vẹo cột sống	13	40,6%
Phì đại bắp chân	30	93,8%
Dáng đi lạch bạch	17	53,1%
Dấu hiệu Gower	27	84,4%
Cơ lực chi dưới (giảm)	26	81,2%

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất ở bệnh nhi DMD là phì đại bắp chân chiếm 93,8%; dấu hiệu Gower 84,2% và giảm cơ lực chi dưới chiếm 81,2%.



Biểu đồ 1. Thang điểm NSAA ở bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Kết quả đánh giá thang điểm NSAA cho thấy hơn một nửa số bệnh nhi vẫn thực hiện được đầy đủ các động tác (51,1%), trong khi 36,4% chỉ thực hiện được một phần và 12,5% không thể thực hiện. Các động tác tình như đứng và đi bộ còn được duy trì tương đối tốt, trong khi các động tác đòi hỏi sức mạnh và phối hợp cao như nhảy, đứng trên gót hoặc lò cò bị ảnh hưởng rõ, phản ánh tình trạng yếu cơ gốc chi tiến triển đặc trưng của giai đoạn trung gian bệnh Duchenne.

Bảng 5. Kết quả thang điểm NSAA và 6MWT

Thang điểm	Tần số (n=32)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình
6MWT (mét)	32	100	483	343,2 ± 130
NSAA (điểm)	32	5	34	23,2 ± 9,1

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi quãng đường trung bình bệnh nhân thực hiện được trong bài kiểm tra 6 phút đi bộ (6MWT) là 343,2 ± 130 mét, với giá trị dao động từ 100 đến 483 mét. Điểm NSAA trung bình là 23,2 ± 9,1 điểm, nhỏ nhất là 5 điểm và cao nhất là 34 điểm.

Bảng 6. Mối liên quan giữa thang điểm NSAA với các nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Điểm NSAA trung bình (n=32)	p
3 - 5	29 ± 4,1	<0,001
5 - 7	26,2 ± 12,3	
>7	20,9 ± 7,9	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhi 3 - 5 tuổi có điểm NSAA trung bình cao nhất (29 ± 4,1 điểm), tiếp theo là nhóm 5 - 7 tuổi (26 ± 12,3 điểm) và thấp nhất là nhóm trên 7 tuổi (20,9 ± 9,0 điểm), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 32 trẻ nam có tuổi trung bình hiện tại là 8,2 tuổi (dao

động từ 3,5-14 tuổi). Tuổi chẩn đoán trung bình là 5,9 tuổi (sớm nhất là 1 tuổi và muộn nhất là 10 tuổi). Tuổi chẩn đoán của trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nhiều nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của Crisafulli và cộng sự (2020), tuổi chẩn đoán trung bình toàn cầu của DMD dao động từ 4,3 đến 5,5 tuổi sau khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên 2 năm [3]. Trong khi đó, nghiên cứu tại châu Á của Choi và cộng sự (2017) ghi nhận tuổi chẩn đoán trung bình là 6,2 ± 2,1 tuổi, gần tương đồng với kết quả của chúng tôi, phản ánh tình trạng chậm phát hiện bệnh tại các nước đang phát triển, nơi việc sàng lọc cơ bản và nhận biết dấu hiệu sớm của DMD còn hạn chế [4].

Về phân bố tuổi: Nhóm trẻ trên 7 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (59,4%), nhóm 5–7 tuổi (21,9%) và nhóm 3–5 tuổi (18,8%). Kết quả này chứng tỏ tỷ lệ trẻ được chẩn đoán muộn còn cao. Điều này có thể do đặc điểm của bệnh, trẻ sau khi sinh ra thường bình thường, các triệu chứng thường xuất hiện từ 2-3 tuổi, với các triệu chứng rất kín đáo, và thường biểu hiện rõ các triệu chứng ở giai đoạn 2. Khi này các bậc phụ huynh mới chú ý và đưa trẻ đi khám. Để cải thiện về mặt chẩn đoán nhằm chẩn đoán sớm cho bệnh nhân, cần phải: Truyền thông và giáo dục sức khỏe nhằm phát hiện sớm các triệu chứng DMD; Tăng nhận thức cộng đồng về các dấu hiệu sớm của DMD ở trẻ trai, sàng lọc cho các đối tượng có nguy cơ cao như: chậm đạt các mốc vận động, có tiền sử gia đình có người mắc bệnh DMD bằng cách đo hoạt độ của enzyme CK trong máu thậm chí cho cả trẻ sơ sinh khỏe mạnh. Tương ứng với việc chẩn đoán muộn, các triệu chứng lâm sàng cho thấy hầu hết các trường hợp đều có biểu hiện các triệu chứng điển hình của bệnh.

Phì đại bắp chân là triệu chứng nổi bật nhất gặp ở 93,8% các trường hợp. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả của Pane và cộng sự (2013) là 93%, Bushby và cộng sự (2010) ghi nhận > 90% [6], [2]. Dấu hiệu Gowers là biểu hiện đặc trưng của yếu cơ gốc chi gặp ở 84,4%, tương tự trong nghiên cứu của Ricotti (2016) [8]. Khi so sánh với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Hà và cộng sự có 80% trẻ có dấu hiệu Gower's, 40% trẻ bị ưỡn vẹo cột sống, 80% phì đại bắp chân, 80% co rút gân Achilles, 80% có dáng đi lạch bạch, 100% trẻ yếu cơ chi dưới [1]. Chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng giữa triệu chứng Gower's, ưỡn vẹo cột sống, phì đại bắp chân; có sự chênh lệch giữa tỷ lệ phần trăm trẻ có dáng đi bất thường, co rút gân Achilles, dáng đi và phần trăm

yếu cơ chi dưới. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu khác nhau giữa các nghiên cứu.

Kết quả đánh giá (6MWT) cho thấy quãng đường trung bình bệnh nhân thực hiện được trong bài kiểm tra 6 phút đi bộ (6MWT) là 343,2 ± 130 mét, với giá trị dao động từ 100 đến 483 mét. Điểm NSAA trung bình là 23,2 ± 9,1, với giá trị nhỏ nhất là 5 điểm và cao nhất là 34 điểm. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Marika Pane và cộng sự năm 2014 trên 160 trẻ trai mắc bệnh DMD còn khả năng đi lại kết quả: khoảng cách đi bộ 6 phút (6MWD) dao động từ 118m đến 557m (trung bình: 376,38m, SD: 90,59) [7]. Kết quả điểm NSAA trung bình giảm dần theo tuổi, với 29 ± 4,1 điểm ở nhóm 3–5 tuổi, 26,2 ± 12,3 điểm ở nhóm 5–7 tuổi, và 20,9 ± 7,9 điểm ở nhóm trên 7 tuổi. Sự khác biệt này thể hiện xu hướng giảm khả năng vận động theo tiến triển tự nhiên của bệnh DMD. Kết quả này phù hợp với các báo cáo quốc tế, trong đó điểm NSAA thường đạt đỉnh vào khoảng 6 tuổi, sau đó giảm dần trung bình 2–3 điểm mỗi năm. Pane và cộng sự (2013) trên 112 bệnh nhân DMD di chuyển độc lập ghi nhận điểm trung bình NSAA là 26,8 ± 5,5 ở nhóm tuổi 5–7 và 20,4 ± 7,6 ở nhóm trên 7 tuổi, tương đồng với xu hướng trong nghiên cứu của chúng tôi [6]. Nghiên cứu của Ricotti (2016) cũng cho thấy quỹ đạo NSAA đạt cực đại ở 6–7 tuổi trước khi giảm nhanh, với tốc độ giảm trung bình –3,7 điểm/năm [8].

Ngoài ra, nghiên cứu của Mazzone và cộng sự (2021) cho thấy nhóm 3–5 tuổi có điểm NSAA trung bình 27–30 điểm, trong khi nhóm trên 7 tuổi giảm còn khoảng 18–22 điểm, đồng thời thời gian 6MWT giảm tương ứng theo tiến triển bệnh [5]. Như vậy, dữ liệu trong nghiên cứu hiện tại phản ánh mô hình tiến triển vận động điển hình của DMD, tương tự với các quần thể châu Âu và Bắc Mỹ, mặc dù mức trung bình của nhóm 5–7 tuổi thấp hơn nhẹ, có thể do khác biệt về phân bố tuổi hoặc can thiệp điều trị (glucocorticoid, vật lý trị liệu) [5]. Điểm đáng chú ý là ở nhóm 3–5 tuổi, 83,33% trẻ đạt điểm NSAA trong khoảng 26–34, cho thấy phần lớn vẫn duy trì khả năng vận động độc lập tốt. Tuy nhiên, ở nhóm > 7 tuổi, chỉ còn 31,58% đạt mức này, trong khi 26,32% có điểm < 15, phản ánh sự mất dần chức năng vận động thô – giai đoạn tiền mất khả năng đi lại. Điều này củng cố vai trò của NSAA như một chỉ số nhạy trong theo dõi tiến triển và đánh giá hiệu quả điều trị trong các thử nghiệm lâm sàng DMD.

V. KẾT LUẬN

Tuổi chẩn đoán ở bệnh nhi DMD khá muộn,

dao động từ 12 tháng (1 tuổi) đến 120 tháng (10 tuổi), trung bình là $70,9 \pm 33,9$ tháng.

Các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất ở bệnh nhi DMD là phì đại bắp chân chiếm 93,8%; dấu hiệu Gower 84,2% và giảm cơ lực chi dưới chiếm 81,2%.

Thang điểm 6 phút đi bộ (6MWT) trung bình là $343,2 \pm 130$ m, nhỏ nhất là 100 m, lớn nhất là đến 483 mét; điểm NSAA trung bình là $23,2 \pm 9,1$ điểm, nhỏ nhất là 5 điểm và cao nhất là 34 điểm. Tuổi càng cao, điểm NSAA càng tăng.

Phần lớn bệnh nhi DMD vẫn duy trì vận động ở mức độ cơ bản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Thu Hà** (2025), "Đặc điểm kiểu hình và bất thường di truyền trên bệnh nhân loạn dưỡng cơ duchenne.", Tạp chí Y học Việt Nam. November 18.
2. **Bushby K.M. and Gardner-Medwin D.** (1993), "The clinical, genetic and dystrophin characteristics of Becker muscular dystrophy. I. Natural history", J Neurol. 240(2), tr. 98-104.

3. **Crisafulli S., Sultana J., Fontana A. et al.** (2020), "Global epidemiology of Duchenne muscular dystrophy: an updated systematic review and meta-analysis", Orphanet J Rare Dis. 15(1), tr. 141.
4. **Lee Y., Lee J.H., Park H.J. et al.** (2017), "Early-Onset LMNA-Associated Muscular Dystrophy with Later Involvement of Contracture", J Clin Neurol. 13(4), tr. 405-410.
5. **Mazzone E.S., Messina S., Vasco G. et al.** (2009), "Reliability of the North Star Ambulatory Assessment in a multicentric setting", Neuromuscul Disord. 19(7), tr. 458-61.
6. **Pane M., Mazzone E.S., Sormani M.P. et al.** (2014), "6 Minute walk test in Duchenne MD patients with different mutations: 12 month changes", PLoS One. 9(1), tr. e83400.
7. **Pane M.** (2025), "Upper limb progression in Duchenne muscular dystrophy: Insights from a 36-month longitudinal study using the PUL 20", pediatric neurology. November 18, 2025.
8. **Ricotti V., Ridout D.A., Pane M. et al.** (2016), "The NorthStar Ambulatory Assessment in Duchenne muscular dystrophy: considerations for the design of clinical trials", J Neurol Neurosurg Psychiatry. 87(2), tr. 149-55.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH X-QUANG THOÁI HÓA KHỚP LIÊN MẪU CỘT SỐNG THẮT LƯNG Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VĨ TRƯỜNG TOÀN

Lê Anh Tú¹, Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang của thoái hóa khớp liên mấu ở bệnh nhân đau cột sống thắt lưng. (2) Đánh giá mối tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và mức độ nghiêm trọng của thoái hóa trên phim X-quang. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu được thực hiện trên 109 bệnh nhân có chẩn đoán đau cột sống thắt lưng tại Trung tâm Cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản trong giai đoạn 2024–2025. **Kết quả:** Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi cho thấy tỷ lệ thoái hóa là 14,7% ở nhóm <45 tuổi, 42,2% ở nhóm 45–65 tuổi và 43,1% ở nhóm >65 tuổi. Nữ giới chiếm ưu thế (68%) so với nam giới (32%). Về chỉ số khối cơ thể (BMI): 9,2% béo phì, 20,2% thừa cân, 41,3% bình thường và 29,4% nhẹ cân. Về tính chất công việc: 26% lao động nhẹ, 52% trung bình và 22% lao động nặng. Đa số bệnh nhân (65,1%) có biểu hiện đau mạn tính (>3 tháng). Triệu chứng đau chủ yếu khu trú vùng thắt lưng (65%), đau lan xuống mông/đùi chiếm 32% và lan xuống

bàn/ngón chân chiếm 3%. Cường độ đau mức độ trung bình (VAS 4–6) phổ biến nhất (45,9%). Trên hình ảnh X-quang, tổn thương tập trung chủ yếu ở tầng L5–S1 (82,6%) và L4–L5 (78,9%). Mức độ thoái hóa phân bố như sau: Độ 1 (35,8%), Độ 2 (26,6%), Độ 3 (37,6%). Các tổn thương phối hợp bao gồm: hẹp lỗ liên hợp (49,5%), xẹp đốt sống (41,3%), trượt đốt sống (24,8%) và biến dạng cột sống (21,1%). Phân tích thống kê cho thấy thoái hóa độ 3 có mối tương quan thuận, có ý nghĩa thống kê với tuổi cao (>65 tuổi; $p=0,006$, $V=0,257$) và lao động nặng ($p<0,001$, $V=0,387$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ thoái hóa với giới tính ($p=0,41$), chỉ số BMI ($p=0,423$) hay độ giãn Schober ($p=0,357$).

Từ khóa: Thoái hóa khớp liên mấu, cột sống thắt lưng, chẩn đoán hình ảnh, đau thắt lưng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RADIOGRAPHIC FEATURES OF LUMBAR FACET JOINT OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS TREATED AT VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: This study aimed to: (1) Characterize the clinical manifestations and radiographic features of LFJOA in patients presenting with low back pain; and (2) Evaluate the correlation between clinical symptomatology and the radiographic

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Nhân

Email: ntnhan@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026