

9. Kachrilas S, Papatsoris A, Bach C, Kontos S, Faruquz Z, Goval A, Masood J, Buchholz N. Colon perforation during percutaneous renal surgery: a 10-year experience in a single endourology centre. Urol Res. 2012 Jun;40(3): 263-8. doi: 10.1007/s00240-012-0464-4. Epub 2012 Feb

4. Erratum in: Urol Res. 2012 Jun;40(3):269.
10. Vallancien G, Capdeville R, Veillon B, Charton M, Brisset JM. Colonic perforation during percutaneous nephrolithotomy. J Urol. 1985 Dec;134(6):1185-7. doi: 10.1016/s0022-5347(17)47680-4. PMID: 4057413.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ THẤP ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT THÂN ĐỐT SỐNG VÀ HÀN XƯƠNG LỖI TRƯỚC (ACCF) Ở BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Nguyễn Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp được điều trị phẫu thuật cắt thân đốt sống và hàn xương lồi trước ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu với 32 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp được phẫu thuật cắt thân đốt sống và hàn xương lồi trước tại khoa Phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** có 32 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ nam/nữ là 1,46/1, tuổi trung bình là 45,3±14,7. Nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là Công nhân (43,7%). Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (37,5%). Trong số 32 bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân đau cột sống cổ chiếm 93,7%. Vị trí đốt sống hay gặp nhất là đốt sống C6 chiếm 37,5%, đốt sống ít gặp nhất là 3,1%. Tỷ lệ chấn thương cột sống cổ đơn thuần không có tổn thương phối hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 53,2%, tổn thương phối hợp hay gặp nhất là gãy xương chi chiếm 28,1%. Tỷ lệ rối loạn cảm giác gặp trong chấn thương cột sống cổ thấp chiếm tỉ lệ cao nhất 53,1%. Tỷ lệ rối loạn cơ tròn chiếm 43,7%. Tỷ lệ tổn thương thần kinh theo phân loại ASIA A và D chiếm tỷ lệ cao nhất 25%. Trên Xquang: tỷ lệ vỡ toàn bộ thân đốt sống chiếm tỷ lệ cao nhất 50%. Trên CLVT: vỡ thân đốt sống lớn hơn hoặc bằng 3 mảnh chiếm tỷ lệ cao nhất 50%. Trên MRI: tổn thương đĩa đệm chiếm tỷ lệ cao nhất 100%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất của bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp là đau cột sống, tỷ lệ tổn thương thần kinh theo phân loại ASIA A và D chiếm tỷ lệ cao nhất. Trên Xquang và CLVT các bệnh nhân tỷ lệ vỡ toàn bộ thân đốt sống chiếm tỷ lệ cao nhất. Trên MRI tổn thương đĩa đệm chiếm tỷ lệ cao nhất. **Từ khóa:** Chấn thương cột sống cổ thấp, chấn thương cột sống cổ, ACCF

SUMMARY

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng
Email: manhhungdhy@yahoo.com
Ngày nhận bài: 30.7.2024
Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024
Ngày duyệt bài: 8.10.2024

CLINICAL FEATURES AND IMAGING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH SUBAXIAL CERVICAL INJURIES TREATED WITH ANTERIOR CERVICAL CORPECTOMY AND FUSION (ACCF) AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with lower cervical spine injuries treated with anterior cervical corpectomy and fusion at Viet Duc University Hospital. **Methods:** This is a retrospective and prospective descriptive study involving 32 patients with lower cervical spine injuries who underwent anterior cervical corpectomy and fusion at the Spine Surgery Department, Viet Duc University Hospital, from January 2021 to December 2023. **Results:** The study included 32 patients with a male-to-female ratio of 1.46:1 and an average age of 45.3±14.7 years. The most common occupation was laborer (43.7%). Traffic accidents were the leading cause, accounting for 37.5% of cases. Among the 32 patients, the majority experienced cervical spine pain (93.7%). The most commonly affected vertebra was C6 (37.5%), while the least affected vertebra accounted for 3.1% of cases. Isolated cervical spine injuries without associated injuries were most common, accounting for 53.2%, with the most common associated injury being limb fractures (28.1%). Sensory disturbances were the most frequent neurological issue, seen in 53.1% of cases, while sphincter disturbances were present in 43.7%. According to the ASIA classification, the highest percentage of neurological injuries was found in categories A and D (25%). On X-rays, total vertebral body fractures were most common (50%). On CT scans, vertebral body fractures with three or more fragments were most frequent (50%). MRI showed that all patients had disc injuries (100%). **Conclusion:** The most common clinical symptom in patients with lower cervical spine injuries was cervical spine pain, with the highest percentage of neurological injuries classified as ASIA A and D. On X-rays and CT scans, total vertebral body fractures were most frequent. MRI revealed that disc injuries were present in all cases. **Keywords:** Subaxial Cervical Injury, Cervical Injury, ACCF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống cổ là một trong những thương tổn thường gặp do chấn thương. Đây là

một trong những chấn thương để lại hậu quả nặng nề một khi có thương tổn thần kinh. Ở nước ta, cùng với việc gia tăng tỷ lệ tai nạn lao động và tai nạn giao thông cũng làm tăng tỷ lệ chấn thương cột sống cổ. Bệnh nhân bị chấn thương cột sống cổ cao nếu có tổn thương thần kinh nặng thường chết trước khi vào viện, chấn thương cột sống cổ thấp gây liệt tứ chi, là một thảm họa cho bản thân, gia đình và xã hội. Tỷ lệ thương tổn thần kinh do chấn thương cột sống cổ khoảng 60-70% và thương tổn thần kinh thường cũng rất nặng nề, trong đó tổn thương tủy hoàn toàn không tiến triển sau điều trị khoảng 50%.

Cận lâm sàng đánh giá đối với bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp chủ yếu là: Xquang, CLVT và MRI.

Trên Xquang chủ yếu phát hiện đốt tổn thương, trật, trượt đốt sống.

Trên CLVT đánh giá rõ hình thái của tổn thương đốt sống, tình trạng hẹp ống sống.

Trên MRI đánh giá tốt các tổn thương phần mềm, đặc biệt là tổn thương phức hợp dây chằng phía sau, tổn thương đĩa đệm và tủy sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương cột sống cổ thấp được phẫu thuật cắt thân đốt sống và hàn xương lồi trước tại khoa Phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương cột sống cổ thấp, vỡ nhiều mảnh một thân đốt sống được phẫu thuật phương pháp cắt thân đốt sống và hàn xương lồi trước từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023, có hồ sơ đầy đủ, thông tin rõ ràng. Điểm SLICS lớn hơn hoặc bằng 5 điểm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chấn thương cột sống cổ thấp gây nhiều mảnh thân đốt sống có chỉ định phẫu thuật có các tổn thương phối hợp như: chấn thương sọ não nặng Glasgow dưới 8 điểm, chấn thương ngực hay chấn thương bụng kín, đa chấn thương làm ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Chấn thương cột sống cổ thấp gây nhiều mảnh thân đốt sống có chỉ định phẫu thuật trên bệnh nhân có bệnh mãn tính phối hợp như: suy tim, suy thận. Bệnh nhân không hợp tác hoặc bị mất liên lạc, không theo dõi được sau điều trị, hồ sơ không đầy đủ, thất lạc.

Các tham số nghiên cứu: Các thông tin

chung thu thập như tuổi, giới. Về lâm sàng triệu chứng đau cột sống cổ, mức độ tổn thương thần kinh theo AISA, rối loạn cơ tròn. Trên xquang đánh giá số lượng, vị trí. Trên CLVT đánh giá mức độ nặng tổn thương thân đốt sống cổ. Trên cộng hưởng từ đánh giá tổn thương tủy, tổn thương đĩa đệm.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi và giới

Bảng 3.1: Tỷ lệ theo giới

Giới	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	19	59,4%
Nữ	13	40,6%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ là 1,46/1

Bảng 3.2: Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 20	0	0%
21-40	11	34,4%
41-60	16	50%
> 60	5	15,6%
Tổng	32	100%

Nhận xét: - Bệnh nhân tuổi nhỏ nhất là 21 tuổi, lớn nhất là 75 tuổi

- Tuổi trung bình là: 45,3 ± 14,7

- Độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ rất lớn, trong đó chiếm tỷ lệ lớn nhất hay gặp là từ 41-60 tuổi (50%)

3.2. Phân bố theo nghề nghiệp

Bảng 3.3: Phân bố theo đối tượng bị chấn thương

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Cán bộ - viên chức	2	6,3%
Công nhân	14	43,7%
Làm ruộng	11	34,4%
Học sinh	0	0%
Khác	5	15,6%
Tổng	32	100%

Nhận xét: - Nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là Công nhân (43,7%)

- Trẻ em và học sinh chiếm tỷ lệ thấp nhất (0%)

3.3. Nguyên nhân chấn thương

Bảng 3.4: Nguyên nhân chấn thương

Loại tai nạn	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Lao động	10	31,3%
Sinh hoạt	9	28,1%
Giao thông	12	37,5%

Nguyên nhân khác	1	3,1%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (37,5%), kế tiếp đó là tai nạn lao động (31,3%)

3.4. Sơ cứu ban đầu và bất động trước khi đến viện

	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Cổ đeo colier cổ	32	100%
Không đeo colier cổ	0	0%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Tỷ lệ có sơ cứu bằng nẹp colier cổ là rất cao, chiếm 100% các bệnh nhân nghiên cứu.

3.5. Đặc điểm lâm sàng

3.5.1. Cơ năng

Bảng 3.5: Các dấu hiệu cơ năng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đau cổ	30	93,7%
Cứng cổ	30	93,7%
Nuốt vướng	12	37,5%
Đau rể	25	78,1%

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đau cổ và cứng cổ (đều chiếm tỷ lệ 93,7%) các bệnh nhân nghiên cứu

- Triệu chứng nuốt vướng chiếm tỷ lệ thấp nhất (12%)

3.5.2. Vị trí gãy

Bảng 3.6: Đốt sống bị tổn thương

Vị trí	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
C3	1	3,1%
C4	5	15,6%
C5	10	31,3%
C6	12	37,5%
C7	4	12,5%
Tổng	32	100%

Nhận xét: - Vị trí gãy hay gặp nhất là tại đốt sống C6 (37,5%)

- Vị trí ít gặp nhất là tại đốt sống C3 (3,1%)

3.5.3. Thương tổn phối hợp

Bảng 3.7. Thương tổn phối hợp

Loại thương tổn	Tần suất	Tỷ lệ %
Chấn thương sọ não	5	15,6%
Chấn thương ngực	1	3,1%
Chấn thương bụng	0	0%
Gãy xương chi	9	28,1%
Không tổn thương khác	17	53,2%
Tổng	32	100%

Nhận xét: - Tỷ lệ chấn thương cột sống cổ đơn thuần không có tổn thương phối hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (53,2%)

- Tổn thương phối hợp với chấn thương cột sống cổ thấp hay gặp nhất là gãy xương chi (28,1%)

3.5.4. Rối loạn cảm giác

Bảng 3.8: Phân loại cảm giác

Cảm giác	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	7	21,9%
Rối loạn	17	53,1%
Mất hoàn toàn	8	25%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Chấn thương cột sống cổ thấp có rối loạn cảm giác chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,1%

3.5.5. Dấu hiệu rối loạn cơ tròn

Bảng 3.9: Rối loạn cơ tròn.

Loại	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	18	56,3%
Rối loạn	14	43,7%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Tỷ lệ gặp rối loạn cơ tròn (43,7%) thấp hơn so với không có rối loạn cơ tròn (56,3%).

3.5.6. Phân loại theo thang điểm ASIA

Bảng 3.10: Phân loại theo thang điểm ASIA

Loại	Tần suất	Tỷ lệ %
A	8	25%
B	4	12,5%
C	5	15,6%
D	8	25%
E	7	21,9%
Tổng	32	100%

Nhận xét:

- Tỷ lệ gặp tổn thương thần kinh theo phân loại ASIA A và D chiếm tỷ lệ cao nhất (25%)

- Tỷ lệ tổn thương thần kinh theo phân loại ASIA B chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,5%)

3.6. Kết quả chẩn đoán hình ảnh

3.6.1. Chụp X-quang qui ước

Bảng 3.11: Kết quả chụp X-quang qui ước

Loại	Tần suất	Tỷ lệ %
Vỡ cả thành trên và dưới	16	50%
Vỡ thành trên	7	21,9%
Vỡ thành dưới	4	12,5%
Không phát hiện tổn thương trên XQ	5	15,6%
Tổng	32	100%

Nhận xét: - Tỷ lệ vỡ toàn bộ thân đốt sống chiếm tỷ lệ cao nhất (50%)

- Tỷ lệ vỡ nhiều mảnh thành dưới chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,5%)

3.6.2. Liên quan giữa thương tổn thần kinh và tổn thương giải phẫu

Bảng 3.12: Liên quan giữa tổn thương thần kinh và tổn thương giải phẫu

Mức độ tổn thương	ASI A-B	ASI C-D-E
Vỡ nhiều mảnh toàn bộ thân	10	12
Vỡ nhiều mảnh thành trên	1	5

Vỡ nhiều mảnh thành dưới	1	3
Tổng	12	20

Nhận xét: Vỡ nhiều mảnh toàn bộ thân đốt sống chiếm tỷ lệ lớn nhất trong nhóm các bệnh nhân có tổn thương thần kinh nặng (ASI A-B), cũng là nhóm chiếm tỷ lệ lớn nhất trong nhóm tổn thương thần kinh nhẹ hơn hay không có tổn thương thần kinh (ASI C-D-E).

3.6.3. Chụp cắt lớp vi tính

Bảng 3.13: Chụp cắt lớp vi tính

Dấu hiệu	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Vỡ thân đốt < 3 mảnh	6	18,8%
Vỡ thân đốt ≥ 3 mảnh	16	50%
Vỡ + Trật	10	31,2%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Vỡ thân đốt sống lớn hơn hoặc bằng 3 mảnh chiếm tỷ lệ lớn nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu (50%). Vỡ bé hơn 3 mảnh chiếm tỷ lệ thấp nhất (18,8%)

3.6.4. Chụp cộng hưởng từ

Bảng 3.14: Chụp cộng hưởng từ

Dấu hiệu	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Thoát vị đĩa đệm	11	34,4%
Đập tủy	24	75%
Máu tủy	24	75%
Tổn thương đĩa đệm	32	100%

Nhận xét: Tổn thương đĩa đệm là tổn thương gặp trong tất cả các bệnh nhân nghiên cứu (100%), tổn thương thoát vị đĩa đệm ít gặp hơn (34,4%)

IV. BÀN LUẬN

Trong số 32 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu thì độ tuổi trung bình của bệnh nhân là: 45,3 ± 14,7. Trong đó bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 75, bệnh nhân thấp tuổi nhất là 21. Kyung-Jin Song, Kwang-Bok Lee 2008 nghiên cứu 50 trường hợp so sánh kết quả hàn xương và cố định với 28 trường hợp phẫu thuật lỗi trước có tuổi trung bình là 42,6 ± 15,7.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân chủ yếu là nam giới chiếm tỉ lệ 59,4%, tỉ lệ nam/nữ là 1,46/1. Theo Anissipour, A. K. (2017) tỷ lệ Nam/nữ 3:1.

Triệu chứng cơ năng đau và cứng cổ chiếm 93,7% tổng số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi. Đây là triệu chứng cơ năng thường gặp có ý nghĩa gợi ý chấn thương cột sống cổ thấp về mặt lâm sàng. Các tác giả A. De Leo-Vargaset (2019) có 56,6% bệnh nhân có triệu chứng đau cứng cổ và đau tê kiểu rễ.

Theo nghiên cứu của chúng tôi vị trí tổn thương hay gặp nhất là vỡ thân đốt sống C6

(37,5%), kế tiếp đó là C5 (31,3%), vị trí ít gặp nhất là C3 chiếm tỷ lệ 3,1%. Theo nghiên cứu của Vũ Văn Cường, tỷ lệ chấn thương gặp tại vị trí C5-C6 hay gặp nhất với 28%, kế tiếp đó là C4-C5 (18%). Như vậy ta có thể thấy chấn thương cột sống cổ thấp tại vùng C4-C5-C6 chiếm tỷ lệ cao nhất do là vùng có biên độ vận động lớn nhất tại cột sống cổ, dễ gây gãy tại vùng này khi khi sang chấn xảy ra.

Trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân có phân loại ASIA A và B (12 bệnh nhân) chiếm 37,5% đây là những bệnh bị tổn thương tủy rất nặng và những bệnh nhân có tiên lượng xấu, khả năng phục hồi sau phẫu thuật rất kém. Có 5 bệnh nhân ASIA C chiếm tỷ lệ 15,6%, tỷ lệ bệnh nhân ASIA D là 25%, tỷ lệ ASIA E là 21,9%. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân tổn thương ASIA A và B là 37,5% thấp hơn so với Vũ Văn Cường 40%, Đặng Việt Sơn 57,1%, theo Li – Yang D 50% vì nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tất cả các bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp được phẫu thuật theo đường cổ trước bao gồm bệnh nhân có tổn thương tủy và không tổn thương tủy.

Theo các tác giả trong và ngoài nước có thể phát hiện những thương tổn trên phim chụp XQ cột sống cổ thẳng nghiêng khoảng 75-80%. Dựa trên các phim chụp XQ thẳng, nghiêng 90°, chệch ¾ có thể phát hiện 90% những thương tổn liên quan đến cấu trúc xương các đốt sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ được phát hiện các tổn thương trên chụp XQ cột sống cổ thẳng nghiêng là 84,4% số bệnh nhân. Tỉ lệ này của chúng tôi tương đương những nghiên cứu của các tác giả khác.

Theo Pradeep Th (2007), Nicholas (2009) và cộng sự thì chụp cắt lớp vi tính cột sống cổ có độ nhạy 100% các trường hợp có tổn thương đốt sống. Chụp CLVT khảo sát xương rất tốt, cho thấy gãy xương các chi tiết nhỏ không di lệch, các nơi gãy có thể bị chùng lấp trên X-quang (ví dụ gãy C7 bệnh nhân có cổ ngắn, gãy mỏm ngang, gãy khối bên, hoặc bản sống...) thấy rõ mức độ rộng và chiều dài của thương tổn, các mảnh rời của thân sống có chèn ép tủy hay không. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân có tổn thương vỡ thân đốt sống nhiều mảnh (≥3 mảnh) chiếm tỉ lệ cao nhất là 50%. Vỡ bé hơn 3 mảnh gặp 6 trường hợp là vỡ tách đôi thân đốt sống (phân loại A2 theo AO) có tổn thương rách các đĩa đệm liên kề, mảnh xương chèn ép ống tủy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 32/32 bệnh nhân được chỉ định chụp MRI cột sống cổ, chiếm 100%. Như vậy, chỉ định chụp MRI được

sử dụng rộng rãi để đánh giá tổn thương thần kinh, đĩa đệm và phần mềm quanh cột sống. Việc ứng dụng MRI trong chụp cột sống cổ giúp chúng tôi chỉ định mổ chặt chẽ hơn so với việc chỉ dựa vào mức độ mất vững trên XQ và chèn ép tủy trên phim chụp cắt lớp vi tính. Trong 32 bệnh nhân được chụp MRI số bệnh nhân có tổn thương đưng dập tủy là 24 bệnh nhân chiếm 75%, số bệnh nhân có tổn thương đĩa đệm là 32 bệnh nhân chiếm 100%. Theo Izumi. K thì tỷ lệ phát hiện biến dạng xương cột sống 93%, có thương tổn đưng dập tủy là 58%, còn Gauvrit JY thấy rằng: hình ảnh MRI cho biết rất nhiều những thông tin như: sự kéo dẫn của tủy, máu tụ, đưng dập và nhất là các thương tổn xương gần như thường gặp, 40% các ca đều cho thấy rõ hình ảnh thoát vị đĩa đệm sau chấn thương.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương cột sống cổ thấp hay gặp ở nam giới, độ tuổi lao động với nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông và tai nạn lao động. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất của chấn thương cột sống cổ thấp là đau cổ và lâm sàng thường nghèo nàn. Phương pháp chẩn đoán hình ảnh CLVT và MRI có giá trị cao trong đánh giá chấn thương cột sống cổ giúp chẩn đoán chính xác loại vỡ, mức độ vỡ thân đốt sống và định hướng phương án điều trị hiệu quả cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Kim Trung (1999), "Điều trị CSC dưới băng

- phẫu thuật qua đường cổ trước", Tạp chí Y học Việt Nam, số 6, 7, 8- 1999, Tập 226, tr 59- 62.
2. Hà Kim Trung (2001), "Đường cổ trước bên trong phẫu thuật bệnh lý CSC", Tạp chí ngoại khoa, Số 3 - 2001, tập XL VII, Tr 20- 23.
3. HaorLD Ellis (2001), "Giải phẫu lâm sàng cột sống và tủy sống", Nguyễn Quang Huy dịch, Nhà xuất bản Y Học, tr 370- 384.
4. Allyson I., Isidoro Z., Jigar T., Marc A., (2006), "Biomechanical evaluation of surgical constructs for stabilization of cervical Tear- drop fractures", The Spine Journal, Vol 6, p 514-523.
5. Andrew H.M., Casey H.H., Wensheng G., Sherman C.S., (2008), "Prevalence of cervical spine injury in trauma", Neurosurg Focus, vol 25, E 10, 2008.
6. Charles H. Bill II and Vanessa L. Harkins (2003), "Spinal Cord Injuries", Principles and practice of Emergency Neurology, Handbook for Emergency Physicians. Cambridge University Press 2003, p 268-303.
7. Christopher P.S., Mark C.N., Alexander V., Jerome M.C (2000), "Traumatic Injuries of the Adull Upper Cervical Spine", Surgery of Spinal Trauma, Chapter 7, pp 179- 214.
8. David F. A., (2000), "Medical Management and Rehabilitation of the Spine Cord Injured Patient", Surgery of spine trauma, Chapter 6, pp 157- 178. Injury Extra, Vol 38, pp 317- 319.
9. Izumi K., Yoshinobu I., Hiroshi A., (2000), "Acute cervical cord injury without fracture or dislocation of the spine column", J Neurourg: Spine, Vol 93, pp 15- 20.
10. Song KJ., Lee KB., (2007), "Anterior versus combined anterior and posterior fixation/ fusion in thr treatment of distraction- flexion injury in the lower carvical spine", Journal of Clinical Neuroscience, Vol 15, pp 36- 42.

SỬ DỤNG THANG MOAS ĐÁNH GIÁ KÍCH ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID

Trần Thị Hà An¹, Nguyễn Xuân Trung², Trần Thị Thu Hương¹, Nguyễn Văn Hải¹, Nguyễn Thị Thùy Linh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kích động là biểu hiện hay gặp ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid. Tình trạng này nếu không được kiểm soát tốt có thể dẫn đến các hành vi nguy hiểm cho những người xung quanh và cả bản thân người bệnh. Việc xác định tỷ lệ và đánh giá các yếu tố liên quan có giá trị dự đoán khả năng kích động ở người bệnh tâm thần phân liệt

thể paranoid, từ đó có những can thiệp sớm cho những đối tượng nguy cơ cao. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và đánh giá một số yếu tố liên quan đến kích động ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2021 đến tháng 05/2022, sử dụng thang MOAS xác định tình trạng kích động. **Kết quả:** Tỷ lệ kích động theo thang MOAS ở người bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid là 49,5%; các yếu tố liên quan có ý nghĩa với tình trạng kích động bao gồm: tiền sử có hành vi gây hấn, bạo lực; tiền sử có hành vi tự huỷ hoại và tiền sử có hành vi tự sát; hình thức nhập viện không tự nguyện và không tuân thủ điều trị. **Kết luận:** Cần có biện pháp sàng lọc kích động để can thiệp sớm và phòng

¹Bệnh Viện Bạch Mai

²Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hà An

Email: antranthiha@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024