

của dụng cụ hỗ trợ việc đi lại. Trong nghiên cứu này, điểm KFS có cải thiện nhiều so với trước nghiên cứu, với điểm trung bình trước phẫu thuật là $44,3 \pm 6,14$ và sau phẫu thuật là $72,7 \pm 10,97$, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Học (2021) ghi nhận điểm KFS trước mổ là $45,57 \pm 9,29$, sau mổ đạt $80,56 \pm 8,8^{10}$. Tuy nhiên vẫn thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Văn Minh (2024) với điểm KFS sau phẫu thuật là $92,6 \pm 11,6^9$. Sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu là do khác nhau giữa mức độ đau, tầm vận động, đặc điểm X-quang và mức độ THKG giữa các đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật thay KGTP, trục cơ học chi dưới được cải thiện đáng kể, toàn bộ bệnh nhân có trục cơ học trở về mức sinh lý, phục hồi chức năng và tầm vận động rõ rệt. Tuy nhiên, vẫn cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá những biến chứng xa cũng như kết quả điều trị lâu dài trên những đối tượng THKG nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan. Điều trị thoái hoá khớp và cột sống. In: Điều Trị Học Nội Khoa. Nhà Xuất bản Y học; 2000:212-224.
2. Alesi D, Meena A, Fratini S, et al. Total knee arthroplasty in valgus knee deformity: is it still a challenge in 2021? Musculoskelet Surg. 2022;106(1):1-8. doi:10.1007/s12306-021-00695-x
3. Singh JA, Yu S, Chen L, Cleveland JD. Rates of Total Joint Replacement in the United States: Future Projections to 2020-2040 Using the National Inpatient Sample. J Rheumatol. 2019; 46(9): 1134-1140. doi:10.3899/jrheum.170990
4. Minoda Y. Alignment techniques in total knee arthroplasty. J Jt Surg Res. 2023;1(1):108-116. doi:10.1016/j.jjoisr.2023.02.003
5. Thienpont E, Schwab PE, Fennema P. A systematic review and meta-analysis of patient-specific instrumentation for improving alignment of the components in total knee replacement. Bone Jt J. 2014;96-B(8):1052-1061. doi:10.1302/0301-620X.96B8.33747
6. Nguyễn Duy Sơn, Lê Mạnh Sơn (2023). Đánh giá kết quả thay khớp gối toàn phần điều trị thoái hoá khớp gối tại bệnh viện E. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2023; 531(1B). doi:10.51298/vm.531i1B.7094
7. Nguyễn Huy Phương (2021). Nghiên cứu điều trị phẫu thuật bệnh lý thoái hoá khớp gối với kỹ thuật thay khớp gối toàn phần ứng dụng các góc của lồi cầu xương đùi. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. Parratte S, Pagnano MW, Trousdale RT, Berry DJ. Effect of postoperative mechanical axis alignment on the fifteen-year survival of modern, cemented total knee replacements. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(12):2143-2149. doi:10.2106/JBJS.I.01398
9. Vũ Trường Thịnh, Nguyễn Văn Hùng, Đỗ Văn Minh (2024). Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 539 (3), 18-21.
10. Nguyễn Văn Học (2021). Nghiên cứu thay đổi mật độ xương quanh khớp nhân tạo và kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. Luận án Tiến sĩ y học.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ ĐA TẦNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG VÀ GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT LỖI TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Gia Du¹, Nguyễn Văn Trung^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng phẫu thuật cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt lồi trước tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng nghiên cứu:** 32 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng được phẫu thuật cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt đa tầng lồi trước trong thời gian từ tháng 11/2019 - 5/2022 tại Bệnh viện Bạch Mai.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 1,29/1, tuổi trung bình $60,56 \pm 13,03$ tuổi. Thời gian diễn biến bệnh trung bình $6,38 \pm 5,51$ tháng. Triệu chứng thường gặp là đau cổ, rối loạn cảm giác chi trên, giảm vận động tinh tế bàn tay, tăng phản xạ gân xương, dấu Hoffman dương tính. Hội chứng chèn ép tủy cổ chiếm 93,7%; mJOA trung bình $10,66 \pm 2,78$ điểm, không có sự khác biệt về điểm mJOA giữa bệnh nhân thoát vị đĩa đệm 2 tầng và 3 tầng. NDI trung bình là $38,56 \pm 21,09$ %. **Kết luận:** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng có triệu chứng lâm sàng đa dạng, 93,7% bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy cổ, không có sự khác biệt về mJOA giữa bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ 2 tầng và 3 tầng. **Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng, ACDF

¹Bệnh Viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trung

Email: trung32pts@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

SUMMARY

CLINICAL FEATURES IN MULTI-LEVEL

CERVICAL DISC HERNIATION PATIENTS TREATED WITH ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY AND FUSION IN BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the clinical features in patients with multiple cervical disc herniations who were treated with surgical anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) at Bach Mai Hospital. **Method:** 32 patients diagnosed with cervical disc herniation were operated on by multi-level anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) from 11/2019 to 5/2022 at the Orthopedic and Spine Department of Surgery, Bach Mai Hospital. **Results:** The male/female ratio was 1,29/1, the average age was $60,56 \pm 13,03$. The average duration of disease progression was $6,38 \pm 5,51$ months. The common symptoms were neck pain, sensation disorders, manual dexterity decline, hyperreflexia, and positive Hoffman signs. Cervical myelopathy syndrome accounts for 93,7% and the mJOA score was $10,66 \pm 2,78$, which was not a statistically significant difference between patients with 2 levels and 3 levels of disc herniation. The average NDI was $38,56 \pm 21,09\%$. **Conclusions:** Multi-level cervical disc herniation patients have a variety of clinical symptoms, 93,7% of patients had cervical myelopathy syndrome, mJOA score was not a statistically significant difference between patients with 2 levels and 3 levels of disc herniation. **Keywords:** multi-level cervical disc herniation, ACDF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là sự dịch chuyển của nhân nhầy vượt quá giới hạn sinh lý của vòng sọ. Tỷ lệ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở Bắc Mỹ theo Kelsey là 5,5/100.000 người mỗi năm.¹ Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự dựa trên phim cộng hưởng từ thực hiện trên cộng đồng có tỷ lệ 0,05% dân số thoát vị cột sống cổ.² Thoát vị đĩa đệm là nguyên nhân chính gây ra các triệu chứng chèn ép thần kinh vùng cột sống cổ. Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ có biểu hiện triệu chứng lâm sàng đa dạng phụ thuộc vào mức độ chèn ép thần kinh, vị trí thoát vị đĩa đệm và số tầng chèn ép. Việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đã có những bước tiến quan trọng trong những năm gần đây với sự xuất hiện của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ cũng như sự hỗ trợ của điện chẩn thần kinh cơ. Tuy vậy, trong bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng, chẩn đoán và lựa chọn vị trí phẫu thuật vẫn cần căn cứ vào việc đánh giá triệu chứng lâm sàng và xác định mối tương quan với chẩn đoán hình ảnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng được phẫu thuật cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt lồng trước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 32 bệnh nhân chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng được phẫu thuật cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt lồng trước tại khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2019 - 5/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 11/2019 – 5/2022 được tiến hành tại khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai.

2.2.4. Biến số nghiên cứu và đo lường: Các thông tin được thu thập theo bệnh án nghiên cứu thống nhất.

Các biến số chung: Tuổi, giới, BMI, nghề nghiệp, thời gian khởi phát bệnh, hoàn cảnh khởi phát.

Đánh giá lâm sàng: các triệu chứng cơ năng, thực thể; đánh giá hội chứng chèn ép tủy cổ theo thang điểm JOA cải tiến, đánh giá chức năng cột sống cổ theo thang điểm NDI. Hội chứng tủy cổ mức độ nặng khi mJOA < 12 điểm, hội chứng tủy cổ trung bình khi $12 \leq mJOA < 15$, hội chứng tủy cổ nhẹ khi $mJOA \geq 15$ điểm.^{3,4}

2.2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

| | | Giá trị | |
|-------------|-------------------------|-------------------|--------|
| Giới | Nam | 18 | 56,25% |
| | Nữ | 14 | 43,75% |
| Tuổi | Trung bình | $60,56 \pm 13,03$ | |
| | Min – Max | 35 – 82 | |
| Nghề nghiệp | Lao động nặng | 20 | 62,5% |
| | Lao động nhẹ | 12 | 37,5% |
| BMI | Thấp (<18) | 3 | 9,4% |
| | Bình thường (18,5-22,9) | 15 | 46,9% |
| | Thừa cân (23-25) | 12 | 37,5% |
| | Béo phì (>25) | 2 | 6,2% |

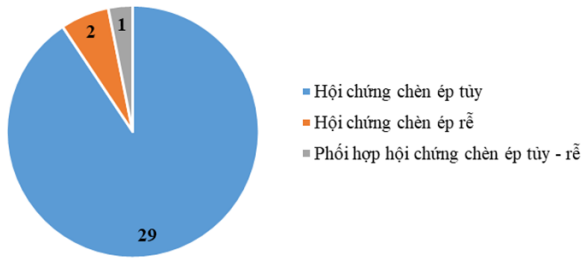
Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $60,56 \pm 13,03$ tuổi, dưới 40 tuổi chỉ có 3 bệnh nhân (9,37%). Tỷ lệ nam / nữ khoảng 1,3 lần. Tỷ lệ giữa lao động nặng/ lao động nhẹ là ~ 1,67 lần. BMI trung bình $22,13 \pm 2,15$, 43,7% bệnh nhân thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23).

Bảng 2: Đặc điểm diễn biến bệnh

| | | Số bệnh nhân | Phần trăm |
|---------------------|--------------|-------------------|-----------|
| Hoàn cảnh khởi phát | Chấn thương | 3 | 9,4% |
| | Tự nhiên | 29 | 90,6% |
| Thời gian khởi phát | ≤ 3 tháng | 15 | 46,9% |
| | 3 – 6 tháng | 6 | 18,8% |
| | 6 – 12 tháng | 9 | 28,1% |
| | > 12 tháng | 2 | 6,2% |
| | Trung bình | 6,38 ± 5,51 tháng | |
| Min - Max | | 1 – 24 tháng | |

Nhận xét: Đa số bệnh nhân xuất hiện triệu chứng tự nhiên, không có yếu tố chấn thương (90,6%). Thời gian diễn biến bệnh trung bình là 6,38 ± 5,51 tháng. Nhóm bệnh nhân xuất hiện triệu chứng dưới 3 tháng chiếm đa số với 46,9%.

Hội chứng lâm sàng



Biểu đồ 1. Hội chứng lâm sàng

Nhận xét: Có 29/32 bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy (90,7%), 2/32 bệnh nhân có hội chứng chèn ép rễ (6,2%) và chỉ có 1 bệnh nhân có hội chứng tủy - rễ (3,1%).

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng | Số bệnh nhân | Tỷ lệ |
|-------------------------------|--------------|-------|
| Đau cổ, đau vai gáy | 32 | 100% |
| Rối loạn cảm giác chi trên | 30 | 93,7% |
| Rối loạn cảm giác chi dưới | 19 | 59,4% |
| Rối loạn cảm giác thân mình | 10 | 31,2% |
| Giảm vận động tinh tế bàn tay | 29 | 90,6% |
| Dáng đi mất vững | 27 | 84,4% |
| Tăng phản xạ gân nhị đầu | 28 | 87,5% |
| Tăng phản xạ gân gối | 24 | 75% |
| Rối loạn cơ tròn | 11 | 34,4% |
| Có dấu hiệu Hoffman | 28 | 87,5% |
| Có dấu hiệu Babinski | 16 | 50% |
| Có dấu hiệu Lhermite | 9 | 28,1% |

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp là đau cổ vai gáy, rối loạn cảm giác chi trên, giảm vận động tinh tế bàn tay, dáng đi mất vững, tăng phản xạ gân xương và dấu Hoffman dương tính. Có 34,4% bệnh nhân có rối loạn cơ tròn.

Bảng 4: Bảng điểm đánh giá hội chứng tủy cổ

| mJOA | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------------------------------|------------|------------|
| Mức độ nhẹ (15 – 18 điểm) | 0 | 0% |
| Mức độ trung bình (12 – 14 điểm) | 11 | 36,7% |
| Mức độ nặng (0–11 điểm) | 19 | 63,3% |
| Tổng | 30 | 100% |
| Trung bình | 10,66±2,78 | |
| Min – Max | 4 – 14 | |
| mJOA trung bình | 2 tầng | 10,85±2,37 |
| | 3 tầng | 10,33±3,44 |
| | | p = 0,6185 |

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu có 30/32 bệnh nhân có triệu chứng chèn ép tủy cổ, mức độ nặng chiếm đa số 63,3%. Điểm mJOA trung bình của nhóm nghiên cứu là 10,66 ± 2,78. Không có sự khác biệt về điểm mJOA giữa 2 nhóm thoát vị 2 tầng và 3 tầng.

Bảng 5: Bảng đánh giá suy giảm chức năng cột sống cổ trước mổ NDI

| NDI | Số lượng | Tỷ lệ % |
|--|-----------------|---------|
| Không ảnh hưởng (NDI ≤ 10%) | 1 | 3,13% |
| Anh hưởng nhẹ (10% < NDI ≤ 30%) | 12 | 37,5% |
| Anh hưởng trung bình (30% < NDI ≤ 50%) | 9 | 28,13% |
| Anh hưởng nặng (50% < NDI ≤ 70%) | 7 | 21,88% |
| Anh hưởng hoàn toàn (NDI > 70%) | 3 | 9,38% |
| Trung bình | 38,56 ± 21,09 % | |
| Min | 8% | |
| Max | 82% | |

Nhận xét: NDI trung bình là 38,56 ± 21,09%, đa số bệnh nhân có ảnh hưởng nhẹ và trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Quá trình thoái hóa nhân nhầy đĩa đệm thường bắt đầu từ 30 tuổi và thoái hóa đĩa đệm cột sống cổ thường chậm hơn cột sống thắt lưng khoảng 10 năm, do đó chúng ta thấy rằng thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thường gặp ở tuổi trung niên. Theo các nghiên cứu tại các trung tâm lớn trên thế giới, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thường gặp ở độ tuổi từ 51 – 60.^{5,6}

Nghiên cứu của chúng tôi chia nghề nghiệp bệnh nhân làm 2 nhóm: Lao động nặng (công nhân, lái xe, nông dân, thợ cơ khí), lao động nhẹ (người nội trợ, người về hưu, buôn bán), người bệnh lao động nặng chiếm tỷ lệ 62,5%, tỷ lệ lao động nặng/ lao động nhẹ = 1,25 lần. Ở những người bệnh thuộc nhóm lao động nặng, thường xuyên phải thực hiện những động tác với tầm vận động lớn như cúi gập, xoay,... và giữ nguyên trong thời gian dài, đó là nguyên nhân dẫn đến

những vi chấn thương của đĩa đệm, cột sống, tạo điều kiện cho quá trình thoái hóa được diễn ra.

Nhiều nghiên cứu đánh giá tác động của thừa cân béo phì lên quá trình thoái hóa, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, tuy nhiên tác động này lên đĩa đệm cột sống cổ còn chưa được sáng tỏ. Dù vậy, béo phì lại là một trong những yếu tố nguy cơ có thể khiến thời gian phẫu thuật kéo dài, mất máu và nhiều biến chứng sau mổ hơn.⁷

Có 15/32 bệnh nhân được phẫu thuật khi triệu chứng xuất hiện dưới 3 tháng. Năm 2000, Sampart thực hiện nghiên cứu đa trung tâm trên 503 trường hợp thấy thời gian diễn biến bệnh trung bình là 29,8 tháng, sớm nhất là 8 tuần và muộn nhất là 180 tháng.⁸ Kokobun năm 1996 thực hiện nghiên cứu đa trung tâm 1155 trường hợp mổ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thấy 41% được mổ sau 12 tháng kể từ khi khởi phát bệnh.⁹ Nguyễn Văn Thạch, Hoàng Gia Du trung bình 21,72 ± 37,05 tháng.¹⁰

Hội chứng chèn ép tủy xuất hiện đa số trong nhóm nghiên cứu, nguyên nhân là do cấu trúc giải phẫu đặc biệt của cột sống cổ có gờ xương quanh bờ thân đốt sống và khớp luscka ở 2 bên nên thường gặp thoát vị đĩa đệm trung tâm và cạnh trung tâm.

Đau cổ thường là biểu hiện đầu tiên của bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Khi nhân nhầy dịch chuyển ra ngoài vòng sợi sẽ giải phóng các cytokine gây viêm như: Interleukin (IL)1, IL6, chất P, bradykinin, các prostaglandin. Các chất này kích thích đầu mút thần kinh của đĩa đệm cũng như các rễ thần kinh đi ngang qua lỗ liên hợp. Đồng thời, nhân thoát vị cũng chèn ép vào tủy sống, rễ thần kinh gây đau mỏi cổ.

Rối loạn cảm giác thường xuất hiện tê bì, đau buốt ở ngón chi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số người bệnh có rối loạn cảm giác chi trên với 93,7%, tỷ lệ rối loạn cảm giác chi dưới và thân mình ít hơn lần lượt là 59,4% và 31,2%.

Triệu chứng mất khéo léo bàn tay được đánh giá qua các động tác tinh tế như cài cúc áo, cầm bút viết, cầm thìa ăn,... gặp 84,4%. 84,4% bệnh nhân có dáng đi mất vững, là hiện tượng người bệnh đi chậm, có sự e dè sợ ngã, phải vịn khi đi lại hoặc leo cầu thang, thậm chí không thể đi lại. Do sự chèn ép tủy sống, khiến cho giảm vận động các khối cơ chậu hông, đùi, cẳng chân. Nhìn chung mất khéo léo bàn tay, dáng đi mất vững là những triệu chứng sớm và nổi bật trong hội chứng chèn ép tủy là lý do khiến cho người bệnh đi khám. Bệnh cảnh lâm sàng thường bao gồm cả rối loạn vận động chi trên và rối loạn vận động chi dưới nhưng cũng có thể không đầy đủ, chỉ có rối loạn vận động chi dưới. Nghiên cứu

của Houten J. K. trên 982 bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy thì có 12 người bệnh (1,2%) không xuất hiện triệu chứng chi trên, nguyên nhân có thể là do vùng chèn ép tủy ở ngang mức C56C67 nên triệu chứng rối loạn chi trên sẽ không biểu hiện rõ ràng.

Rối loạn phản xạ có thể gây ra bởi tổn thương chất xám hoặc chất trắng của tủy sống. Giảm phản xạ gân xương là do tổn thương chất xám, tăng phản xạ là do tổn thương chất trắng. Trong hội chứng chèn ép tủy, bó tháp bị chèn ép dẫn đến mất sự kiểm soát của hệ thần kinh trung ương dẫn đến tăng hoạt động của cung phản xạ của khoang tủy, dẫn đến tăng phản xạ gân xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phản xạ gân nhị đầu và phản xạ gân gối tăng gặp ở 87,5% và 75% bệnh nhân.

Bên cạnh đó, dấu hiệu Hoffman và Babinski cũng đặc trưng cho biểu hiện của bệnh lý tủy, các dấu hiệu này dương tính theo tỷ lệ lần lượt là 87,5% và 50% trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Tejus và cộng sự, dấu hiệu Hoffmann có độ nhạy 75% và độ đặc hiệu 87,5%, dấu hiệu Babinski có độ nhạy 83,3% và độ đặc hiệu 87,5%.

Rối loạn cơ tròn là bệnh cảnh gặp trong tổn thương thần kinh trung ương. Nó phản ánh giai đoạn muộn của bệnh và mức độ chèn ép tủy nặng. Trong nhóm nghiên cứu này chúng tôi gặp 11 người bệnh biểu hiện triệu chứng rối loạn cơ tròn ở các mức độ khác nhau chiếm tỷ lệ 34,4%. Có 9 người bệnh rối loạn cơ tròn mức độ nhẹ biểu hiện bằng đi tiểu nhiều lần, tiểu không hết chiếm tỷ lệ 28,1%. Có 2 người bệnh rối loạn cơ tròn nặng, bí tiểu hoàn toàn chiếm 6,2%.

Trong tổng số 32 người bệnh thuộc nhóm nghiên cứu của chúng tôi, có 30 người bệnh có biểu hiện lâm sàng của hội chứng chèn ép tủy cổ và chèn ép rễ - cổ, chiếm 93,75%. Điểm mJOA trung bình trước mổ là 10,66 ± 2,78, thấp nhất là 4 điểm, cao nhất là 14 điểm. Mức độ tổn thương tủy nặng là 19 bệnh nhân (63,3%), 11 bệnh nhân mức độ trung bình (36,7%). Khi so sánh mJOA trung bình ở nhóm bệnh nhân thoát vị 2 tầng với nhóm thoát vị 3 tầng cho kết quả khác biệt không có ý nghĩa thống kê, mức độ nặng của triệu chứng chèn ép tủy không phụ thuộc vào số tầng chèn ép.

Nghiên cứu của chúng tôi trên 32 người bệnh cho thấy số người bệnh bị ảnh hưởng hoàn toàn đến chức năng cột sống cổ chiếm 9,38%, trong đó ảnh hưởng mức độ nặng chiếm 21,88% ảnh hưởng mức độ trung bình chiếm 28,13%, ảnh hưởng nhẹ chiếm đa số với 37,5%, có 1 trường hợp không ảnh hưởng. Chỉ số NDI trung bình trước phẫu thuật là 38,56 ± 21,09%. Người

bệnh có chỉ số NDI thấp nhất là 8%, cao nhất 82%. Nghiên cứu của Stull và cộng sự đánh giá trên 117 bệnh nhân, có NDI trung bình của nhóm có hội chứng chèn ép rễ, hội chứng chèn ép tủy, hội chứng chèn ép rễ - tủy trung bình là 46,1%; 43,5% và 46,4%.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm đa tầng có chỉ định mổ lấy đĩa đệm, ghép xương và cố định cột sống lồng trước có triệu chứng lâm sàng đa dạng, 93,7% bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy cổ, không có sự khác biệt về mJOA giữa bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ 2 tầng và 3 tầng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kelsey JL, Githens PB, Walter SD, et al.** An epidemiological study of acute prolapsed cervical intervertebral disc. J Bone Joint Surg Am. Jul 1984; 66(6): 907-14. doi:10.2106/00004623-198466060-00011
2. **Lan NTN.** Nghiên cứu thực trạng thoát vị đĩa đệm cột sống tại cộng đồng. Y học Việt Nam. 2011:50-57.
3. **Tetreault L, Kopjar B, Nouri A, et al.** The modified Japanese Orthopaedic Association scale: establishing criteria for mild, moderate and severe impairment in patients with degenerative cervical myelopathy. Eur Spine J. Jan 2017;26(1):78-84. doi:10.1007/s00586-016-4660-8
4. **Fehlings MG, Wilson JR, Kopjar B, et al.**

- Efficacy and safety of surgical decompression in patients with cervical spondylotic myelopathy: results of the AOSpine North America prospective multi-center study. J Bone Joint Surg Am. Sep 18 2013;95(18):1651-8. doi:10.2106/JBJS.L.00589
5. **Kolenkiewicz M, Wlodarczyk A, Wojtkiewicz J.** Diagnosis and Incidence of Spondylosis and Cervical Disc Disorders in the University Clinical Hospital in Olsztyn, in Years 2011-2015. Biomed Res Int. 2018;2018:5643839. doi:10.1155/2018/5643839
 6. **Kim YK, Kang D, Lee I, Kim SY.** Differences in the Incidence of Symptomatic Cervical and Lumbar Disc Herniation According to Age, Sex and National Health Insurance Eligibility: A Pilot Study on the Disease's Association with Work. Int J Environ Res Public Health. Sep 25 2018;15(10)doi:10.3390/ijerph15102094
 7. **Qi M, Xu C, Cao P, et al.** Does Obesity Affect Outcomes of Multilevel ACDF as a Treatment for Multilevel Cervical Spondylosis?: A Retrospective Study. Clin Spine Surg. Dec 2020;33(10):E460-E465. doi:10.1097/BSD.0000000000000964
 8. **Sampath P ea.** Outcome of patients treated of cervical myelopathy. A prospective multicenter study independent clinical review", Spine 25(6) : p 670- 676. 2000;
 9. **Kokubun S. ST, Ishii Y., et al.** "Cervical myelopathy in the Japanes" Clinical Orthopaedics Related Reseach , 323, pp.129 – 138. 1996;
 10. **Du NVTHG.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng kính hiển vi phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam. 2010;10(2):200-204.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH TRONG LÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRĂNG TRÊN ĐƠN ĐỘC

Đinh Thị Vân¹, Lê Tuấn Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính của bệnh nhân lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phân tích hồi cứu 50 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính và được chẩn đoán lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2020 - 06/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình 61,8 ± 8,5, tỉ lệ nam nữ 9/1, 62% bệnh nhân có triệu chứng, triệu chứng chủ yếu là đau bụng vùng thượng vị và quanh rốn. 40% xét nghiệm có tăng bạch cầu. 52% có tăng đường kính đoạn động mạch bị lóc tách, 38% có thâm nhiễm xung quanh đoạn động mạch lóc tách, góc động mạch chủ - mạc treo trung bình 72,8°±22,9, khoảng cách

trung bình từ gốc đến điểm vào lóc tách là 20,3±12,5mm, chiều dài đoạn lóc tách trung bình 76,94±41,0 mm, phân loại theo Sakamoto type I chiếm 20%, type II chiếm 24%, type III chiếm 28%, type IV chiếm 28%, có 2% trường hợp có biến chứng thiếu máu ruột. Các bệnh nhân có triệu chứng có tỷ lệ thâm nhiễm xung quanh đoạn động mạch bị lóc tách cao hơn (p= 0,002), xu hướng bóc tách dài hơn (p= 0,000) và hẹp lòng thật nghiêm trọng hơn (p= 0,006) so với bệnh nhân không có triệu chứng. Có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ của từng loại giữa bệnh nhân có triệu chứng và không có triệu chứng (p=0,021). **Kết luận:** lóc tách động mạch mạc treo tràng trên đơn độc có đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm không đặc hiệu, cắt lớp vi tính là phương tiện tốt nhất giúp chẩn đoán xác định và phát hiện biến chứng.

Từ khóa: lóc tách động mạch, lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính, động mạch mạc treo tràng trên.

Viết tắt: ĐM: động mạch, MTTT: mạc treo tràng trên, CLVT: cắt lớp vi tính, BN: bệnh nhân

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES OF

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024