

biên độ vận động.

VI. KẾT LUẬN

Rách rộng gân chóp xoay là một tình trạng phức tạp, đòi hỏi sự đánh giá và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Các phương pháp phẫu thuật như khâu gân và chuyển gân mang lại kết quả khả quan, trong khi các kỹ thuật mới như spacer và tái tạo bao khớp trên cần thêm nghiên cứu để khẳng định hiệu quả. Lựa chọn điều trị cần dựa vào tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân và khả năng đáp ứng với phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bedi A, Dines J, Warren RF, Dines DM.** Massive tears of the rotator cuff. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(9):1894-908.
2. **Gerber C, Fuchs B, Hodler J.** The results of repair of massive tears of the rotator cuff. J Bone Joint Surg Am. 2000;82(4):505-15.
3. **Cofield RH.** Subscapular muscle transposition for repair of chronic rotator cuff tears. Surg Gynecol Obstet. 1982;154(5):667-72.
4. **Burkhart SS.** Arthroscopic treatment of massive rotator cuff tears. Clin Orthop Relat Res. 1991;(267):45-56.
5. **Goutallier D, Postel JM, Bernageau J, Lavau L, Voisin MC.** Fatty muscle degeneration in cuff ruptures. Clin Orthop Relat Res. 1994;(304):78-83.
6. **Levy O, Mullett H, Roberts S, Copeland S.** The role of anterior deltoid reeducation in patients with massive irreparable degenerative rotator cuff tears. J Shoulder Elbow Surg. 2008;17(6):863-70.
7. **Gartsman GM.** Massive, irreparable tears of the rotator cuff. Results of operative debridement and subacromial decompression. J Bone Joint Surg Am. 1997;79(5):715-21.
8. **Gerber C, Maquieira G, Espinosa N.** Latissimus dorsi transfer for the treatment of irreparable rotator cuff tears. J Bone Joint Surg Am. 2006; 88(1):113-20.
9. **Senekovic V, Poberaj B, Kovacic L, et al.** The biodegradable spacer as a novel treatment modality for massive rotator cuff tears: a prospective study with 5-year follow-up. Arch Orthop Trauma Surg. 2017;137(1):95-103.

ĐIỀU TRỊ GỠY THÂN ĐỐT SỐNG NGỰC - THẮT LƯNG BẰNG PHẪU THUẬT NẸP VÍT QUA DA ĐOẠN NGẮN CÓ CỐ ĐỊNH ĐỐT GỠY

Trần Trung Kiên¹, Võ Thành Toàn¹, Nguyễn Minh Dương¹, Nguyễn Thanh Nhật Tâm¹, Đỗ Duy Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy thân đốt sống ngực – thắt lưng bằng phẫu thuật nẹp vít qua da đoạn ngắn có cố định đốt gãy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu 31 bệnh nhân gãy thân đốt sống ngực - thắt lưng được phẫu thuật nẹp vít qua da đoạn ngắn có cố định đốt gãy tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 5 năm 2019 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** tỷ lệ nữ (58,1%) nhiều hơn nam (41,9%). Tuổi trung bình 53,25 tuổi (từ 21 đến 69 tuổi). Nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn sinh hoạt (48,39%). Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện đều thấp hơn so với phương pháp mổ hở. 100% bệnh nhân giảm đau sau mổ, khôi phục hoàn toàn sức cơ, xuất viện với Frankel E. Tại thời điểm tái khám sau 3 tháng, tất cả bệnh nhân đều phục hồi tốt, không yếu liệt chi. **Kết luận:** Phẫu thuật nẹp vít qua da điều trị gãy nhiều mảnh cột sống ngực – thắt lưng là một kỹ thuật hiệu quả trong việc nắn chỉnh cột sống, giảm chi phí điều trị. **Từ khóa:** Gãy cột sống ngực - thắt lưng, mổ hở, bắt vít qua da, cố định đốt gãy.

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2024

Ngày duyệt bài: 3.12.2024

SUMMARY

TREATMENT OF THORACIC-LUMBAR VERTEBRATE FRACTURES BY SHORT-SEGMENT PERCUTANEOUS SCREW PLATING WITH FIXATION OF THE FRACTURES

Objective: To evaluate the results of treatment of thoracic-lumbar vertebral fractures by short-segment percutaneous screw plating with fixation of the fractures. **Material and methods:** Prospective descriptive study of 31 patients with thoracic-lumbar vertebral fractures underwent short-segment percutaneous screw fixation at Thong Nhat Hospital from May 2019 to March 2024. **Results:** The proportion of women (58.1%) was higher than that of men (41.9%). The average age was 53.25 years old (from 21 to 69 years old). The most common cause was domestic accidents (48.39%). The duration of surgery, amount of blood loss, and length of hospital stay were all lower than with open surgery. 100% of patients feel less pain after surgery, fully recovered muscle strength, and were discharged with Frankel grade E at the time of follow-up examination after 3 months, all patients recovered well, without limb weakness. **Conclusion:** Percutaneous screw fixation for multiple fractures of the thoracolumbar spine is an effective technique in spinal correction, reducing treatment costs.

Keywords: Thoracolumbar spine fracture, open surgery, percutaneous screw fixation, fracture fixation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống ngực - thắt lưng do nhiều nguyên nhân và cơ chế khác nhau, có thể để lại di chứng nặng nề nếu không được cấp cứu kịp thời và điều trị đúng phương pháp. Chỉ định phẫu thuật cố định đốt sống gãy được đặt ra khi bệnh nhân (BN) có tình trạng mất vững về cơ học và/hoặc thần kinh [1].

Các phương pháp phẫu thuật trước đây đều là mổ hở, cần đường mổ dài, tách cơ cạnh sống nhiều nhằm bộc lộ vị trí bắt vít gây mất máu nhiều, thời gian nằm viện kéo dài, dùng thuốc giảm đau nhiều sau mổ, tổn thương cơ lưng gây thoái hóa và teo cơ [2].

Ngày nay, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong gãy cột sống ngày càng được ứng dụng nhiều trên lâm sàng. Phẫu thuật bắt vít chân cung qua da gần đây được thực hiện ở nhiều bệnh viện cho BN chấn thương cột sống ngực, thắt lưng và cho thấy phương pháp bắt vít chân cung qua da có nhiều ưu điểm như: Mức độ đau sau mổ ít hơn, ít mất máu, thời gian nằm viện ngắn, ít gây tổn thương cơ lưng hơn phương pháp mổ hở [2].

Tại bệnh viện chúng tôi, số lượng BN chấn thương vỡ đốt sống ngực - thắt lưng được phẫu thuật ngày càng tăng, cho phép chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Điều trị gãy thân đốt sống ngực - thắt lưng bằng phẫu thuật nẹp vít qua da đoạn ngắn có cố định đốt gãy*" nhằm đánh giá kết quả điều trị gãy thân đốt sống ngực - thắt lưng bằng phẫu thuật nẹp vít qua da đoạn ngắn có cố định đốt gãy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca.

2.1.1. Dân số đích. Các bệnh nhân (BN) gãy thân đốt sống ngực - thắt lưng tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 5 năm 2019 đến tháng 3 năm 2024, được phẫu thuật bằng phương pháp bắt vít chân cung qua da đoạn ngắn có cố định đốt gãy.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- BN CTCS có gãy thân sống đơn tầng đoạn ngực - thắt lưng kiểu gãy A3, A4 theo AO dựa trên kết quả XQ và CLVT cột sống.

- Được phẫu thuật bắt vít chân cung đoạn ngắn qua da bao gồm cả đốt gãy.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có bất thường CSTL như thoái hóa, vẹo cột sống

- Gãy cột sống ngực thắt lưng do bệnh lý.

- BN đa chấn thương, nguy kịch.

- BN không đủ điều kiện phẫu thuật

- Không có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu hoặc

mất dấu

2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu trên lâm sàng

2.2.1. Các biến số trước phẫu thuật

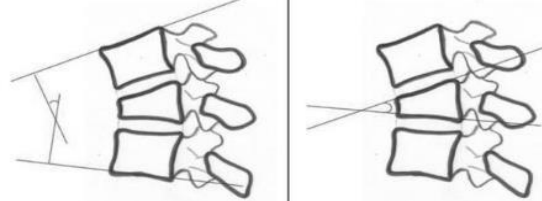
a. Lâm sàng. Thu thập các thông tin BN gồm tuổi, giới tính, cơ chế chấn thương, thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật, thời gian nằm viện, đánh giá mức độ đau, triệu chứng vận động và cảm giác trước phẫu thuật lần lượt theo thang điểm VAS, thang điểm đánh giá sức cơ và phân độ Frankel [4].

b. Hình ảnh học. Biến số trên phim XQ cột sống thẳng nghiêng

- Vị trí đốt gãy

- Đo góc Cobb trước phẫu thuật: Kẻ đường thẳng đi ngang qua mặt phẳng trên của đốt sống lành trên và mặt phẳng dưới của đốt sống lành dưới. Kẻ 2 đường vuông góc với 2 đường trên, góc giao nhau chính là góc Cobb [3].

- Đo góc gù thân đốt sống: Kẻ 2 đường thẳng đi qua 2 cực trên dưới của thân sống gãy.



Hình 2.1. Góc Cobb bên trái và góc gù thân đốt sống bên phải [3]

2.2.2. Các biến số trong phẫu thuật. Các biến số trong phẫu thuật được quan tâm gồm: thời gian phẫu thuật (phút), lượng máu mất (ml), thời gian phơi nhiễm tia xạ (máy chiếu tia tự đếm - giây).

2.2.3. Các biến số kết quả phẫu thuật

Kết quả lâm sàng

- Đánh giá triệu chứng vận động và cảm giác theo Frankel so sánh triệu chứng với trước mổ, ghi nhận các triệu chứng mới xuất hiện.

- Đánh giá mức độ đau lưng theo thang điểm đau VAS thời điểm sau mổ và 3 tháng sau phẫu thuật.

Khảo sát hình ảnh học: Đánh giá góc Cobb, góc gù thân đốt sống và giảm chiều cao cột trước thân đốt gãy trên phim chụp XQ quy ước, cách tính tương tự như trước mổ.

Biến chứng

Biến chứng trong mổ: Đánh giá các biến chứng trong mổ: Vỡ chân cung, tổn thương mạch máu lớn trong ổ bụng, chảy máu, tổn thương thần kinh, rách màng cứng, tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi.

Tổn thương thành trước thân sống: Do khi đâm K-wire vào thân sống hoặc lúc bắt vít đẩy

K-wire ra trước, là biến chứng nguy hiểm, có thể tổn thương các cấu trúc mạch máu quan trọng, các tạng trong ổ bụng...

Biến chứng sau mổ:

Đánh giá các biến chứng ngay sau mổ:

- Tổn thương thần kinh: Khám phát hiện triệu chứng tổn thương thần kinh dựa triệu chứng vận động và cảm giác theo Frankel xuất hiện sau phẫu thuật.

- Nhiễm trùng vết mổ: Xuất hiện 1 trong các triệu chứng: Chảy dịch mủ từ vết mổ hay dẫn lưu, bất kì dấu hiệu viêm (sưng, nóng, đỏ, đau), vết thương hở.

- Bất động lâu có liên quan đến việc tăng nguy cơ biến chứng như loét do tì đè, huyết khối tĩnh mạch sâu và viêm phổi.

- Đau thần kinh liên sườn.

- Mọi kim loại, gãy vít, lỏng vít ...

Đánh giá kết quả tại thời điểm tái khám (3 tháng sau mổ)

- Đánh giá mức độ đau VAS

- Các biến số về hình ảnh học: Góc Cobb, góc gù thân đốt sống, mức độ giảm chiều cao cột sống

- Kết quả chung tại thời điểm tái khám

2.2.4. Quá trình phẫu thuật

- BN được gây mê nội khí quản

- BN nằm sấp trên bàn xuyên tia, kê gối ngực

- Kiểm tra dưới màn hình C-arm chiều trước sau ghi nhận rõ hình ảnh đốt gãy, hình ảnh chân cung, cần đảm bảo gai sau nằm giữa hai chân cung, hai tấm tận thân sống cần bắt vít là 2 đường thẳng song song.

- Đánh dấu xác định vị trí tổn thương bằng kim trên C - arm hoặc đếm khe liên đốt xác định vị trí đốt sống gãy qua đó xác định vị trí rạch da.

- Đánh dấu điểm rạch da: Khoảng 1cm so với bờ ngoài chân cung, hoặc ngay đầu móm ngang. Điểm rạch da có thể nằm phía ngoài hơn nếu bệnh nhân béo phì, lớp cơ và mỡ nhiều.

- Đâm kim Jamshidi qua điểm rạch da, kiểm tra dưới C-arm, ghi nhận kim đâm vào bờ ngoài chân cung hướng 3 giờ đối với chân cung bên phải và 9 giờ đối với chân cung bên trái.

- Đâm kim Jamshidi vào chân cung từ 20-25 mm, kiểm tra dưới C-arm, đảm bảo kim ở vị trí bên so với bờ trong chân cung.

- Kiểm tra C-arm theo hướng bên (chú ý khi kim Jamshidi tới bờ trong chân cung trên phim C-arm chiều trước sau, khi chuyển sang bình diện bên cần tới được khoảng giữa chân cung – thân sống).

- Đâm kim Jamshidi vào thân sống (khoảng 1/2 bờ sau thân sống).

- Luồn K-wire vào kim Jamshidi, rút kim

Jamshidi và đặt các ống nong.

- Theo hướng dẫn của K-wire và C-arm, bắt vít vào chân cung, cần chú ý kiểm tra không để K-wire làm thủng thành trước thân sống.

- Banh nhẹ làm rộng khoảng gian đĩa.

- Khóa nút và tháo dụng cụ.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Excel 2016 và STATA 14.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $53,25 \pm 15,31$ tuổi. Độ tuổi dao động từ 21 đến 69 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi trên 60 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất với 15 trường hợp (48,39%); nhóm tuổi 20 – 29 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất với 2 trường hợp (6,45%). Độ tuổi thường gặp nhất là trên 60 tuổi với 15 bệnh nhân (48,39%). Trong số 31 bệnh nhân được nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 18 bệnh nhân nữ (58,06%), 13 bệnh nhân nam (41,94%). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của các tác giả như Hoàng Thanh Tùng [5], Đồng Quang Tiến [6] và Bowen Wang [7]. Điều này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại bệnh viện Thống Nhất, một bệnh viện chuyên về lão khoa. Tỷ lệ giới tính của BN trong nghiên cứu ngược lại với các nghiên cứu trước đây của các tác giả trên khi nam giới chiếm ưu thế. Lứa tuổi trên 60 trong nghiên cứu cao hơn so với các nghiên cứu khác. Ở độ tuổi này, phụ nữ sẽ có mật độ xương thấp hơn nam giới, do đó những chấn thương mức độ trung bình cũng có thể dẫn đến gãy cột sống.

3.1.2. Cơ chế chấn thương. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn sinh hoạt chiếm nhiều nhất với 15 BN (48,39%); do tai nạn giao thông 10 BN (32,26%) và ít gặp nhất là do tai nạn lao động với 6 BN (19,35%). Tác giả Hoàng Thanh Tùng [5] và Đồng Quang Tiến [6] đều có nguyên nhân tai nạn lao động chiếm tỷ lệ cao nhất. Những khác biệt về các đặc điểm dịch tễ có thể đến từ sự khác biệt về các hoạt động văn hóa xã hội, dẫn đến giảm lao động, giảm tham gia giao thông so với trước và sau đại dịch Covid.

3.2. Thời gian nằm viện. Trong 31 trường hợp đã phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình là 9,84 ngày. Thời gian nằm viện dài nhất là 15 ngày, ngắn nhất 7 ngày. Khi phân tích so sánh với tác giả Bowen Wang [7], thời gian nằm viện của chúng tôi tương tự tác giả trên.

3.3. Đặc điểm lâm sàng

3.3.1. Thang điểm VAS

Bảng 3.1. Thang điểm VAS trước và sau mổ

	Thời điểm	Lớn nhất	Nhỏ nhất	Trung bình
Điểm VAS	Trước mổ	8	3	6,48
	Sau mổ	5	1	3,13

Khi so sánh điểm đau VAS trước sau mổ, tất cả bệnh nhân đều giảm đau sau mổ. Kết quả này cũng tương tự như của Boren Wang [7] cũng cho thấy BN đều giảm đau sau mổ (VAS trước mổ: $8,3 \pm 1,8$; VAS sau mổ $2,5 \pm 1,2$). Các tác giả Việt Nam khác như Nguyễn Ngọc Quyền [8] với phương pháp mổ mở truyền thống (VAS trước mổ $7,8 \pm 0,7$, VAS sau mổ $2,2 \pm 1$) cũng cho thấy sự khác biệt trước và sau mổ.

3.3.2. Sức cơ**Bảng 3.2. Sức cơ BN trước và sau mổ**

Sức cơ	Tần suất	
	Trước mổ	Sau mổ
0/5	0	0
1/5	0	0
2/5	0	0
3/5	0	0
4/5	1	0
5/5	30	31

Trước mổ, có 30 BN có sức cơ 5/5, 1 yếu hai chi dưới, sức cơ 4/5. Sau mổ, tất cả BN xuất viện không yếu liệt chi, sức cơ 5/5. Trường hợp có yếu vận động, sức cơ chi dưới trước phẫu thuật 4/5. Sau phẫu thuật bắt vít làm cứng qua da, kết hợp giải ép gián tiếp bằng cách banh rộng đốt sống, cho sức cơ phục hồi 5/5 vào ngày thứ 2 sau mổ. Seon Ho Park [9], Huiming Yang [10] lần lượt kết hợp giải áp bản sống và nội soi giải áp ở các BN có dấu chèn ép thần kinh cũng cho kết quả tốt. BN phục hồi sức cơ hoàn toàn, cho thấy kết quả tốt trong việc phẫu thuật các trường hợp gãy cột sống có dấu chèn ép thần kinh bằng phương pháp nẹp vít qua da và giải ép gián tiếp bằng cách banh rộng đốt sống.

3.3.3. Phân độ Frankel**Bảng 3.3. Phân độ Frankel trước và sau mổ**

	Trước mổ		Sau mổ	
	Số BN	Tỉ lệ	Số BN	Tỉ lệ
A	0	0	0	0
B	0	0	0	0
C	0	0	0	0
D	1	3,23	0	0
E	30	96,77	31	100

Sau phẫu thuật 100% bệnh nhân xuất viện với Frankel E. 1 BN nhập viện với Frankel D, sức cơ 4/5 phục hồi tốt 2 ngày sau phẫu thuật. Mặc dù chỉ với 1 BN phân độ Frankel D, phục hồi thành Frankel E sau mổ. Tuy nhiên những nghiên cứu trên cho thấy được vai trò của phẫu thuật nẹp vít qua da kèm giải ép gián tiếp trong

việc phục hồi thần kinh ở những BN gãy vỡ nhiều mảnh thân sống ngực – thắt lưng. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quyền [8] và Bowen Wang [7].

3.3.4. Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian phơi nhiễm tia xạ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 102,42 phút. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 160 phút. Lượng máu mất trung bình là 51.61 ml. Lượng máu mất nhiều nhất là 90 ml, ít nhất là 30 ml. Không có trường hợp nào cần phải truyền máu thêm. Thời gian tiếp xúc tia xạ trung bình là 103,87 giây. Thời gian tiếp xúc ngắn nhất là 80 giây, dài nhất là 150 giây. Các kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn các tác giả khác như Hoàng Thanh Tùng [9], Bowen Wang. Phương pháp phẫu thuật bắt vít qua da, sử dụng đường mổ nhỏ, không cần tách cơ nên rút ngắn được thời gian phẫu thuật trong giai đoạn tiếp cận vị trí gãy và không tốn nhiều thời gian cho giai đoạn khâu da.

3.3.5. Góc Cobb và góc gù thân sống**Bảng 3.4. Góc Cobb, góc gù thân sống trước và sau mổ**

	Thời điểm	Lớn nhất	Nhỏ nhất	Trung bình
Góc Cobb	Trước mổ	18	8	13,71
	Sau mổ	12	5	9,09
Góc gù thân sống	Trước mổ	16	9	13,03
	Sau mổ	10	5	8,16

Góc Cobb trước phẫu thuật trung bình là 13,71 độ, lớn nhất là 18 độ, nhỏ nhất là 8 độ. Sau mổ góc Cobb trung bình là 9,09 độ, lớn nhất là 12 độ, nhỏ nhất là 5 độ. Không thấy sự khác biệt so với lúc xuất viện. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Bowen Wang [7] và Đồng Quang Tiến [6]. Điều này thể hiện sự vững chắc của hệ thống nẹp vít qua da đoạn ngắn.

3.3.6. Kết quả phẫu thuật thời điểm xuất viện. Kết quả phẫu thuật lúc xuất viện có 30 bệnh nhân giảm đau nhiều, không yếu liệt chi chiếm 96,8%. Hầu hết các BN lúc xuất viện có giảm đau nhiều, không yếu liệt chi. Điều này là do BN của chúng tôi có phân độ Frankel E, chỉ có một BN yếu chi dưới sức cơ 4/5. Mức độ tổn thương ít hơn nên mức độ phục hồi cao hơn. Mặt khác tất cả BN chỉ có chấn thương cột sống đơn độc, không có tổn thương khác đi kèm.

3.3.7. Kết quả tại thời điểm tái khám sau 3 tháng

a. Mức độ đau. Điểm đau VAS trung bình lúc tái khám là $1,29 \pm 0,53$. Tất cả BN sau mổ đều trở về nhóm đau nhẹ và có thể trở về với sinh hoạt hằng ngày. Điểm VAS lúc tái khám tương tự

như các tác giả khác Nguyễn Ngọc Quyền [8], Đông Quang Tiến [6], Bowen Wang [7]. Mức độ đau VAS giảm nhiều nhất sau mổ, sau đó giảm dần theo thời gian.

b. Biến chứng. Tại thời điểm tái khám sau 3 tháng, tất cả bệnh nhân đều phục hồi tốt. Không trường hợp nào bị yếu liệt, các bệnh nhân giảm đau nhiều và đã trở về sinh hoạt bình thường.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nẹp vít qua da điều trị gãy vỡ nhiều mảnh cột sống ngực – thắt lưng là một kỹ thuật hiệu quả trong việc nắn chỉnh cột sống, giúp giảm thời gian nằm viện, qua đó giảm chi phí điều trị. Tuy nhiên không có sự khác biệt về mức độ giảm đau giữa phương pháp truyền thống và bắt vít qua da có thể áp dụng phẫu thuật thường quy điều trị các trường hợp chấn thương cột sống có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hà Kim Trung.** Chấn thương cột sống lưng - thắt lưng. In: Võ Văn Nho, Võ Tấn Sơn, eds. Phẫu thuật thần kinh. Nxb Y học; 2013:551-560.
- Nguyễn Thanh Lâm.** Phẫu thuật bắt vít qua da điều trị bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng. Luận văn (bác sĩ nội trú). 2017; Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- Keynan O, Fisher CG, Vaccaro A, et al.** Radiographic measurement parameters in thoracolumbar fractures: a systematic review and consensus statement of the spine trauma study group. *Spine*. Mar 1 2006;31(5):E156 - 65. doi:10.1097/01. brs.0000201261.94907.0d

- Frankel.** International standards for neurological classification of spinal cord injury. *American Spine Injury Association*. 2000:1-23.
- Hoàng Thanh Tùng.** Nghiên cứu đặc điểm thường tổn giải phẫu và kết quả phẫu thuật điều trị gãy cột sống ngực thấp và thắt lưng không vững do chấn thương bằng nẹp vít. Luận án tiến sĩ y học. 2019; Học viện quân Y.
- Đông Quang Tiến.** Kết quả phẫu thuật điều trị gãy cột sống đoạn ngực thắt lưng bằng phương pháp bắt vít qua da tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 04/27 2022; 513 (1) doi: 10.51298/vmj. v513i1.2320
- Wang B, Fan Y, Dong J, et al.** A retrospective study comparing percutaneous and open pedicle screw fixation for thoracolumbar fractures with spinal injuries. *Medicine*. Sep 2017; 96 (38): e8104. doi:10.1097/md.00000000000008104
- Nguyễn Ngọc Quyền.** Nghiên cứu điều trị chấn thương cột sống vùng bản lề ngực – thắt lưng loại Denis IIB bằng phẫu thuật cố định cấu trúc hình ống kèm ghép xương liên thần đốt. Luận án tiến sĩ y học. 2020; Viện Y cứu lâm sàng 108.
- Park SH, Kim SD, Moon BJ, Lee SS, Lee JK.** Short segment percutaneous pedicle screw fixation after direct spinal canal decompression in thoracolumbar burst fractures: An alternative option. *Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*. Jul 2018; 53:48-54. doi: 10.1016/j.jocn.2018.04.039.
- Yang H, Han D, Li X.** Endoscopic Decompression Combined with Percutaneous Pedicle Screw Fixation for Treating Thoracolumbar Burst Fractures with Neurological Deficits: Technical Note and Early Outcomes. *World neurosurgery*. May 2023; 173:e521-e531. doi: 10.1016/j.wneu. 2023.02.088

KHẢO SÁT CHỈ SỐ FIB-4, NAFLD FIBROSIS SCORE Ở BỆNH NHÂN GAN NHIỄM MỠ CÓ RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA

Phạm Thị Kim Dung^{1,4}, Lê Quang Đức¹,
Phạm Bình Nguyên, Nguyễn Công Long^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chỉ số FIB-4, NAFLD Fibrosis score (NFS) và đối chiếu các chỉ số này với Fibroscan ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ có rối loạn chuyển hóa (MAFLD). **Đối tượng và phương pháp:** Bao gồm

398 bệnh nhân MAFLD đến khám và điều trị tại Khoa Khám bệnh theo yêu cầu và Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2023 đến 6/2024. Bệnh nhân được đánh giá chỉ số FIB-4, NFS và đối chiếu với fibroscan trong dự đoán mức độ xơ hóa gan. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu chúng tôi chọn được 398 bệnh nhân MAFLD thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu. Nguyên nhân mắc kèm với MAFLD: 55.8% đơn thuần, 23.9% kèm VGB, 18.1% kèm rượu, 2.2% VGC. Tuổi trung bình 48.46 ± 13.12 (18- 83) tuổi. Tỷ lệ Nam/ Nữ:2.1:1. Đánh giá mức độ xơ hoá gan qua các chỉ số mức độ xơ hoá nặng và xơ gan FIB4 (9.5%), NFS (7.3%), Fibroscan (14.3 %). Có mối tương quan tốt giữa FIB4,NFS và Fibroscan về độ xơ hoá theo từng nhóm nguyên nhân mắc kèm: MAFLD đơn thuần với Kappa=0.576 và 7.4 (p<0.01); MAFLD kèm rượu với Kappa= 0.657 và 0.683 (p<0.01);

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Kim Dung

Email: giahann22052010@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024