

gây dính thần kinh sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân xuất hiện tê bì chân và yếu chân tạm thời sau mổ, tuy nhiên không để lại di chứng và phục hồi hoàn toàn ở lần theo dõi cuối. Tình trạng tổn thương thần kinh tạm thời thường xảy ra ở các trường hợp thoát vị lớn, đòi hỏi vén rễ thần kinh nhiều trong mổ hoặc các ca mổ kéo dài với áp lực nước tưới rửa lớn. Chúng tôi không ghi nhận bệnh nhân nào có biến chứng chảy máu, rách màng cứng trong mổ. Trong phẫu thuật nội soi lấy thoát vị, tỷ lệ nhiễm trùng rất thấp nhờ sự tưới rửa liên tục để duy trì phẫu trường.

Tỷ lệ tái phát thoát vị đĩa đệm trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,04%, cho thấy phẫu thuật nội soi có khả năng kiểm soát tình trạng tái phát tương đối tốt. Đặc điểm cộng hưởng từ của trường hợp thoát vị tái phát này là thoát vị dưới bao, phân độ thoái hoá đĩa theo Pfirrmann độ V. Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp Yin và cs báo cáo tỷ lệ thoát vị đĩa đệm sau phẫu thuật nội soi lấy thoát vị là 3,6%⁸

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm nội soi là một phương pháp hiệu quả trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, với khả năng giảm đau và cải thiện chức năng cho bệnh nhân. Tuy nhiên, cần tiếp tục theo dõi và đánh giá lâu dài để có cái nhìn toàn diện hơn về hiệu quả và an toàn của phương pháp này. Hơn nữa, việc kết hợp với các phương

pháp phục hồi chức năng sẽ góp phần nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fjeld OR, Grøvre L, Helgeland J, et al. Complications, reoperations, readmissions, and length of hospital stay in 34 639 surgical cases of lumbar disc herniation. *Bone Jt J.* 2019;101-B(4):470-477. doi:10.1302/0301-620X.101B4.BJJ-2018-1184.R1
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan. Tỷ lệ thoát vị đĩa đệm tại cộng đồng và các thể thoát vị đĩa đệm trên phim cộng hưởng từ. Published online 2011.
3. Kambin P, Nixon JE, Chait A, Schaffer JL. Annular protrusion: pathophysiology and roentgenographic appearance. *Spine.* 1988;13(6): 671-675.
4. Đinh Ngọc Sơn. Nghiên Cứu Ứng Dụng Phương Pháp Phẫu Thuật Nội Soi qua Lỗ Liên Hợp Trong Thoát vị Đĩa Đệm Cột Sống Thắt Lưng. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2013.
5. Rothman RH, Simeone F. *The Spine.* 3rd ed. Saunders Elsevier; 1992.
6. Carragee EJ, Han MY, Suen PW, Kim D. Clinical outcomes after lumbar discectomy for sciatica: the effects of fragment type and annular competence. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85(1): 102-108.
7. Chen CM, Sun LW, Tseng C, Chen YC, Wang GC. Surgical outcomes of full endoscopic spinal surgery for lumbar disc herniation over a 10-year period: A retrospective study. *PloS One.* 2020; 15(11): e0241494. doi:10.1371/journal.pone.0241494
8. Yin S, Du H, Yang W, Duan C, Feng C, Tao H. Prevalence of Recurrent Herniation Following Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy: A Meta-Analysis. *Pain Physician.* 2018;21(4):337-350.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG TUY TỰ PHÁT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hoàng Long^{1,2}, Bùi Minh Hoàng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị máu tụ ngoài màng cứng tuy tự phát tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu chùm ca bệnh trên đối tượng là các bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ ngoài màng cứng tuy tự phát được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 03/2022 đến

tháng 03/2024. **Kết quả:** 14 bệnh nhân với tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1; tuổi trung bình là 47,1 tuổi, dao động từ 15 đến 88. Ba bệnh nhân (chiếm 14,3%) có tình trạng rối loạn đông máu tại thời điểm nhập viện, trong số đó có một bệnh nhân (chiếm 7,1%) do sử dụng thuốc chống đông. 13 bệnh nhân (92,9%) có triệu chứng đau tại cột sống. Tất cả các bệnh nhân đều có tổn thương thần kinh, 06 bệnh nhân liệt hoàn toàn (AIS A) và 08 bệnh nhân liệt không hoàn toàn (AIS B/C). Vị trí máu tụ xảy ra phần lớn ở cột sống ngực (50%) và nằm phía sau của tuy (71,4%). Về kích thước khối máu tụ, chiều dài trung bình là 62,0 ± 39,2mm, chiều rộng trung bình là 13,2 ± 16,0mm. 13 trường hợp (92,9%) được phẫu thuật giải ép lấy máu tụ, một trường hợp điều trị bảo tồn (7,1%). Trong số điều trị phẫu thuật, 84,6% có cải thiện chức năng thần kinh. Về tỷ lệ biến chứng, một trường hợp (7,7%) xảy ra nhiễm trùng nông, một trường hợp tử

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: longptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025

vong (7,7%) sau mổ 01 tháng do viêm phổi. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật là lựa chọn hàng đầu đối với các trường hợp có tổn thương thần kinh mức độ nặng. Kết quả phẫu thuật nhìn chung là tốt tuy nhiên cần quan tâm đến các yếu tố tiên lượng để chỉ định đúng.

Từ khóa: máu tụ, ngoài màng cứng, chèn ép tủy, tự phát

SUMMARY

OUTCOMES OF SPONTANEOUS EPIDURAL HEMATOMA TREATMENT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics, imaging findings, and treatment outcomes of spontaneous epidural hematoma at Viet Duc University Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study of case series of patients diagnosed with spontaneous epidural hematoma treated at Viet Duc University Hospital from March 2022 to March 2024. **Results:** Fourteen patients were included, with a male-to-female ratio of 2.5:1 and a mean age of 47.1 years (ranging from 15 to 88). Three patients (14.3%) had coagulopathy at admission, one of whom (7.1%) was on anticoagulant therapy. Thirteen patients (92.9%) presented with neck or back pain. All patients exhibited neurological deficits, with six patients being complete spinal cord injury (AIS A) and eight incomplete injury (AIS B/C). The majority of hematomas were located in the thoracic spine (50%) and posterior to the spinal cord (71.4%). The average length of the hematoma was 62.0 ± 39.2 mm, and the average width was 13.2 ± 16.0 mm. Thirteen cases (92.9%) underwent surgical decompression, while one case was treated conservatively (7.1%). Among the surgical cases, 84.6% showed improvement in neurological function. Complications occurred in one case (7.7%) involving superficial infection, and one patient (7.7%) died one month post-surgery due to pneumonia. **Conclusion:** Surgical treatment is the primary choice for cases with severe neurological deficits. Overall surgical outcomes are favorable; however, attention should be given to prognostic factors for appropriate indications.

Keywords: hematoma, epidural, spinal cord compression, spontaneous

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ ngoài màng cứng tủy sống (MTNMCTS) là một tình trạng cấp cứu, có thể dẫn đến tổn thương thần kinh vĩnh viễn nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Tình trạng này thường xảy ra do chấn thương, nhưng trong một số trường hợp, nó có thể xảy ra tự phát mà không có nguyên nhân rõ ràng. Máu tụ ngoài màng cứng tủy tự phát tương đối hiếm gặp, chiếm ít hơn 1% các tổn thương chوán chỗ trong ống sống, tỷ lệ mắc hàng năm trong một nghiên cứu ở Thụy Điển vào khoảng 0,1 trên 100.000 người¹. Tỷ lệ mắc của bệnh lý này đang gia tăng, đặc biệt ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ nhất định như sử dụng thuốc chống

đông hoặc rối loạn đông máu^{2,3}. Do là một bệnh lý hiếm gặp, phần lớn các nghiên cứu về MTNMCTS trong và ngoài nước là các mô tả ca bệnh hoặc chùm ca bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị các bệnh nhân MTNMCTS tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu chùm ca bệnh trên đối tượng là các bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ ngoài màng cứng tủy tự phát được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 03/2022 đến tháng 03/2024. Chẩn đoán xác định dựa trên hình ảnh cộng hưởng từ và tổn thương nhận định được trong mổ. Loại trừ các trường hợp liên quan đến chấn thương hoặc sau phẫu thuật, thủ thuật tại cột sống.

Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên sự phục hồi chức năng thần kinh. Tình trạng tổn thương thần kinh trước và sau điều trị được phân loại theo thang điểm AIS (ASIA Impairment Scale) của Hiệp hội chấn thương cột sống Hoa Kỳ. Đánh giá là cải thiện khi trước điều trị từ loại A/B tăng lên ít nhất là C hoặc trước mổ từ loại C/D tăng lên ít nhất một bậc. Đánh giá là phục hồi hoàn toàn nếu ở thời điểm theo dõi cuối chức năng thần kinh thuộc phân loại E.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

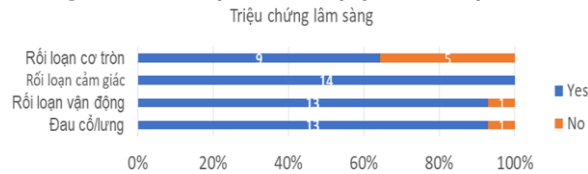
Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 14 bệnh nhân với tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1; tuổi trung bình là 47,1 tuổi, dao động từ 15 đến 88. Ba bệnh nhân (chiếm 14,3%) có tình trạng rối loạn đông máu tại thời điểm nhập viện, trong số đó có một bệnh nhân (chiếm 7,1%) do sử dụng thuốc chống đông (bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

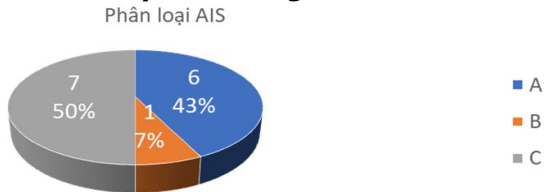
	Giá trị	
	n	%
Giới		
Nam	10	71,4
Nữ	4	28,6
Tuổi (trung bình)	47,1(15-88)	
Rối loạn đông máu		
Có	3	21,4
Không	11	78,6
Sử dụng thuốc chống đông		
Có	1	7,1
Không	13	92,9

Đặc điểm lâm sàng: 13 bệnh nhân (92,9%) có triệu chứng đau tại cột sống. Tất cả các bệnh nhân đều có tổn thương thần kinh, trong đó 13 bệnh nhân (92,9%) có rối loạn vận

động, tất cả các bệnh nhân có rối loạn cảm giác, 9 bệnh nhân (64,3%) có rối loạn cơ tròn (biểu đồ 1). Về đặc điểm tổn thương thần kinh có 06 bệnh nhân liệt hoàn toàn (AIS A) và 08 bệnh nhân liệt không hoàn toàn (AIS B/C/D) (biểu đồ 2).



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 2: Phân loại tổn thương thần kinh AIS

Đặc điểm cộng hưởng từ: Vị trí máu tụ xảy ra phần lớn ở cột sống ngực (50%) và nằm phía sau của tủy (71,4%) (bảng 2). Về kích thước khối máu tụ, chiều dài trung bình là $62,0 \pm 39,2\text{mm}$, chiều rộng trung bình là $13,2 \pm 16,0\text{mm}$. Số ca có khối máu tụ trải dài trên 4 đốt sống chiếm phần lớn với tỷ lệ 57,1% (bảng 3).

Bảng 4: Các đặc điểm trong mổ

	Giải ép, lấy máu tụ		Giải ép, lấy máu tụ và cố định cột sống	
	Trung bình	Min-max	Trung bình	Min-max
Độ dài đoạn mổ cung sau (số đốt sống)	3,2	1-4	4	3-6
Độ dài đoạn cố định (số đốt sống)			4,4	3-6
Thời gian phẫu thuật	83,3	60 - 100	138,6	110 - 170
Lượng máu mất (ml)	168,75	50 - 1000	111,5	50 - 500

Trong số các trường hợp điều trị phẫu thuật, 84,6% có cải thiện chức năng thần kinh, 7,7% phục hồi hoàn toàn (bảng 5).

Bảng 5: Kết quả cải thiện chức năng thần kinh sau phẫu thuật

Phân loại AIS trước mổ	Số ca (%)		
	A	B	C
Không cải thiện	1(16,7%)	0	0
Cải thiện	4(66,7%)	1(100%)	6(100%)
Phục hồi hoàn toàn	0	0	1(16,7)

Điều trị bảo tồn: Một trường hợp được điều trị bảo tồn là bệnh nhân nam 88 tuổi, chẩn đoán máu tụ ngoài màng cứng ngang mức T10-T12, tổn thương tủy AIS C, trên bệnh nhân giảm tiểu cầu, K trực tràng (hình 1). Trong quá trình theo dõi chức năng thần kinh của bệnh nhân tự cải thiện (AIS C lên AIS D), kết hợp với thể trạng

Bảng 2: Phân bố khối máu tụ theo vị trí

Vị trí khối máu tụ	N (%)
Trên mặt cắt dọc	
Cột sống cổ (C1 – C5)	3 (21,4)
Vùng chuyển tiếp cổ - ngực (C6 – T2)	1 (7,1)
Cột sống ngực (T3 – T9)	7 (50,0)
Vùng chuyển tiếp ngực – thắt lưng (T10 – L2)	2 (14,3)
Cột sống thắt lưng (L3 - L5)	1 (7,1)
Trên mặt cắt ngang (tương quan với tủy sống)	
Trước	0 (0)
Sau	10 (71,4)
Bên	4 (28,6)

Bảng 3: Kích thước khối máu tụ trên cộng hưởng từ

Kích thước	X $\pm$ SD (Min– Max)
Chiều dài	62,0 $\pm$ 39,2 (15-140)
Chiều rộng	13,2 $\pm$ 16,0 (3-8)
Số đốt sống liên quan	
< 4	6 (42,9)
≥ 4	8 (57,1)

Kết quả điều trị

Phẫu thuật: 13 trường hợp (92,9%) được phẫu thuật giải ép lấy máu tụ, trong đó 8 ca (57,1%) có sử dụng dụng cụ cố định cột sống. Các đặc điểm trong mổ được trình bày ở bảng 4.

bệnh nhân kém, nguy cơ cao nếu can thiệp. Chúng tôi quyết định điều trị nội khoa bằng chống phù tủy, truyền tiểu cầu. Sau 20 tháng theo dõi, chức năng thần kinh của bệnh nhân đã phục hồi hoàn toàn (AIS E)



Hình 1: Bệnh nhân nam 88 tuổi. Chẩn đoán: Máu tụ ngoài màng cứng tủy ngang mức T10-T12/Giảm tiểu cầu, K trực tràng

Về biến chứng sau phẫu thuật, một trường hợp (7,7%) xảy ra nhiễm trùng nông, đáp ứng với điều trị nội khoa, một trường hợp tử vong (7,7%) sau mổ 01 tháng do viêm phổi.

IV. BÀN LUẬN

Máu tụ ngoài màng cứng tuỷ sống tự phát là một tình trạng hiếm gặp. Tuy nhiên hầu hết phẫu thuật viên thần kinh, cột sống hoặc bác sĩ chuyên khoa thần kinh đều gặp ít nhất một lần trong sự nghiệp⁴. Tình trạng này nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn tới tổn thương thần kinh vĩnh viễn, không hồi phục, để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh và xã hội.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số ca là nam giới chiếm phần lớn với tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Peng và cộng sự là 1,5/1, cho thấy bệnh lý này có xu hướng xảy ra ở nam giới nhiều hơn⁵.

Nguyên nhân của MTNMCTS tự phát còn chưa rõ ràng, tuy nhiên có một số yếu tố nguy cơ được cho là có liên quan đến khởi phát của bệnh lý này. Đầu tiên phải kể đến là dị dạng mạch máu tuỷ (AVM – arteriovenous malformation). Yu và cộng sự báo cáo phát hiện dị dạng thông động tĩnh mạch (AVF – arteriovenous fistulas) ở 15% số ca MTNMCTS tự phát bằng chụp mạch số hoá xoả nền trước mố⁶. Muller và cộng sự báo cáo 4 trên 7 trường hợp MTNMCTS tự phát xảy ra do dị dạng của mạch máu tuỷ. Giải phẫu bệnh cho thấy sự có mặt của “tĩnh mạch bị động mạch hoá” hay sự sắp xếp bất thường của các cấu trúc chun giãn⁷. Yếu tố nguy cơ thứ hai là tình trạng rối loạn đông máu, có thể do bệnh lý hoặc do sử dụng thuốc chống đông. Trong nghiên cứu của Peng trên 105 bệnh nhân MTNMCTS tự phát, có đến 20% bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống đông. Rối loạn đông máu vừa là yếu tố nguy cơ khởi phát bệnh, vừa là yếu tố tăng nặng cho bệnh lý này⁵. Thời gian hình thành cục máu đông kéo dài khiến cho kích thước khối máu tụ lớn hơn.

Triệu chứng lâm sàng của MTNMCTS tự phát thường được mô tả kinh điển với cơn đau dữ dội khởi phát ở cổ hoặc lưng, sau đó là tình trạng liệt tiến triển về vận động và cảm giác⁸. Tuy nhiên cũng có một số trường hợp không có triệu chứng đau cổ hoặc đau lưng ở thời điểm khởi phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 13 trên 14 bệnh nhân có triệu chứng đau tại cột sống. Triệu chứng thiếu hụt thần kinh có ở tất cả các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi.

MTNMCTS tự phát có xu hướng xuất hiện nhiều hơn ở vùng cột sống cổ và cột sống ngực, với hai đỉnh phân bố ở vùng chuyển tiếp cổ-ngực

và chuyển tiếp ngực-thắt lưng^{1,5,9}. Để giải thích cho kết quả này, một số tác giả đưa ra giả thuyết là do đám rối tĩnh mạch ở phần sau của ống sống phân bố ưu thế ở hai vị trí này¹⁰. Về tương quan với tuỷ sống, các khối máu tụ ngoài màng cứng thường xuất hiện ở phía sau hơn do mặt trước của màng cứng được dính chắc với dây chằng dọc sau bởi các dây chằng Hofmann. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 10 trên 14 trường hợp (71,4%) máu tụ ở mặt sau tuỷ.

Hiện vẫn chưa có đồng thuận về phác đồ xử trí đối với MTNMCTS tự phát. Các bệnh nhân với triệu chứng lâm sàng mức độ nhẹ/vừa hoặc diễn biến tự cải thiện đáng kể thường được lựa chọn điều trị bảo tồn. Ngược lại, các bệnh nhân với tổn thương thần kinh mức độ nặng hoặc diễn biến xấu dần cần được can thiệp phẫu thuật mở lưng sau giải ép. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có duy nhất một trường hợp lựa chọn điều trị bảo tồn. Mặc dù khối máu tụ có kích thước rất lớn đè đẩy tuỷ sống (hình 1), có ba lý do để chúng tôi lựa chọn điều trị bảo tồn ở bệnh nhân này. Thứ nhất, tình trạng tổn thương thần kinh ở thời điểm nhập viện là AIS C, là mức độ tổn thương trung bình. Thứ hai là bệnh nhân tuổi cao, thể trạng kém do đang điều trị K trực tràng. Và cuối cùng chức năng thần kinh của bệnh nhân diễn biến tốt lên trong quá trình theo dõi. Ở thời điểm theo dõi cuối, chức năng thần kinh của bệnh nhân đã cải thiện hoàn toàn, cho thấy lựa chọn điều trị bảo tồn ở bệnh nhân này là phù hợp.

Ở 13 trường hợp điều trị phẫu thuật, tỷ lệ cải thiện chức năng thần kinh đạt 84,6%, trong đó 7,7% bệnh nhân phục hồi hoàn toàn. Kết quả này cho thấy phẫu thuật giải ép là phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh nhân có máu tụ ngoài màng cứng tuỷ. Mức độ tổn thương thần kinh trước phẫu thuật là một yếu tố quyết định giúp tiên lượng khả năng phục hồi⁵. Tác giả Mukerji báo cáo tỷ lệ phục hồi chức năng thần kinh ở nhóm bệnh nhân liệt không hoàn toàn là 60% trong khi ở nhóm bệnh nhân liệt hoàn toàn chỉ là 27%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp liệt không hoàn toàn đều cải thiện chức năng thần kinh sau phẫu thuật và thậm chí có trường hợp phục hồi hoàn toàn. Trong khi ở nhóm liệt hoàn toàn, có một bệnh nhân không cải thiện (chiếm 16,7%) và một trường hợp tử vong sau phẫu thuật do viêm phổi.

Một số yếu tố được cho là tiên lượng kết quả kém như: máu tụ cột sống ngực, sử dụng thuốc chống đông, tổn thương thần kinh mức độ nặng khi nhập viện, rối loạn cơ tròn, thời gian tiến triển nhanh, kéo dài thời gian chờ phẫu thuật⁵.

Việc có cần cố định cột sống sau phẫu thuật giải ép hay không cũng đang còn tranh cãi, vì theo lý thuyết phẫu thuật mở cung sau giải ép không khiến cho cột sống mất vững. Tuy nhiên mở nhiều cung sau liên tiếp, hoặc mở cung sau ở vùng bản lề vận động như cổ-ngực hoặc ngực-thắt lưng dẫn tới nguy cơ cao tiến triển gù tại chỗ. Vì vậy theo kinh nghiệm, chúng tôi lựa chọn cố định cột sống khi mở từ ba cung sau liên tiếp trở lên hoặc mở cung sau vùng bản lề.

Mặc dù tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là thấp (7,7%), nhưng việc một bệnh nhân tử vong sau mổ do viêm phổi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc quản lý chăm sóc sau phẫu thuật. Đặc biệt ở những bệnh nhân liệt hoàn toàn, lấn trở chống loét và tập ngồi dậy sớm giúp hạn chế được những biến chứng nhiễm trùng do nằm lâu.

V. KẾT LUẬN

Máu tụ ngoài màng cứng tủy tự phát là một tình trạng cấp cứu thần kinh, có thể để lại di chứng tàn phế nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Điều trị phẫu thuật là lựa chọn hàng đầu đối với các trường hợp có tổn thương thần kinh mức độ nặng. Kết quả phẫu thuật nhìn chung là tốt tuy nhiên cần quan tâm đến các yếu tố tiên lượng để chỉ định đúng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Holtås S, Heiling M, Lönntoft M.** Spontaneous spinal epidural hematoma: findings at MR imaging and clinical correlation. *Radiology*. 1996;199(2): 409-413. doi:10.1148/radiology.199.2.8668786
2. **Kim KT, Cho DC, Ahn SW, Kang SH.** Epidural Hematoma Related with Low-Dose Aspirin:

Complete Recovery without Surgical Treatment. *J Korean Neurosurg Soc*. 2012;51(5):308. doi:10.3340/jkns.2012.51.5.308

3. **Bhat K, Kapoor S, Watali Y, Sharma J.** Spontaneous epidural hematoma of spine associated with clopidogrel: A case study and review of the literature. *Asian J Neurosurg*. 2015; 10(01): 54-54. doi:10.4103/1793-5482.151521
4. **Domenicucci M, Mancarella C, Santoro G, et al.** Spinal epidural hematomas: personal experience and literature review of more than 1000 cases. *J Neurosurg Spine*. 2017;27(2):198-208. doi:10.3171/2016.12.SPINE15475
5. **Peng D, Yan M, Liu T, et al.** Prognostic Factors and Treatments Efficacy in Spontaneous Spinal Epidural Hematoma: A Multicenter Retrospective Study. *Neurology*. 2022;99(8):e843-e850. doi:10.1212/WNL.000000000000200844
6. **Yu JX, Liu J, He C, et al.** Spontaneous Spinal Epidural Hematoma: A Study of 55 Cases Focused on the Etiology and Treatment Strategy. *World Neurosurg*. 2017;98: 546-554. doi:10.1016/j.wneu.2016.11.077
7. **Moller H, Schramm J, Roggendorf W, Brock M.** Vascular malformations as a cause of spontaneous spinal epidural haematoma. *Acta Neurochir (Wien)*. 1982;62(3-4): 297-305. doi:10.1007/BF01403637
8. **Groen RJM, Ponssen H.** The spontaneous spinal epidural hematoma. *J Neurol Sci*. 1990; 98(2-3): 121-138. doi:10.1016/0022-510X(90)90253-J
9. **Gala FB, Aswani Y.** Imaging in spinal posterior epidural space lesions: A pictorial essay. *Indian J Radiol Imaging*. 2016;26(03): 299-315. doi:10.4103/0971-3026.190406
10. **Groen RJM, Grobbelaar M, Muller CJF, et al.** Morphology of the human internal vertebral venous plexus: A cadaver study after latex injection in the 21-25-week fetus. *Clin Anat*. 2005;18(6):397-403. doi:10.1002/ca.20153

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ VỮNG LIÊN MẪU CHUYỂN Ở NGƯỜI CAO TUỔI BẰNG KẾT XƯƠNG NẠP KHÓA

**Đặng Hoàng Anh¹, Phạm Ngọc Thắng¹, Nguyễn Trần Cảnh Tùng¹,
Phạm Tiến Thành¹, Vũ Anh Dũng¹, Trần Sỹ Tiến¹, Hoàng Thế Hùng¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mẫu chuyển xương đùi (LMCXĐ) loại A1 theo phân loại AO ở người cao tuổi bằng kết hợp xương (KH) nẹp khóa. **Phương pháp nghiên cứu:** Gồm 52 bệnh nhân (BN) gãy kín LMCXĐ loại A1 theo phân loại AO,

được điều trị phẫu thuật KH nẹp khóa tại Bệnh viện Quân y 103. Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu, mô tả cắt ngang không nhóm chứng. **Kết quả:** Loại gãy A1.3 36/52 BN (69,20%), loại gãy A1.2 16/52 BN (30,80%). Không có biến chứng sớm sau mổ. Kết quả nắn chỉnh tốt: 96,16%, chấp nhận được: 3,84%. Thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật: liền xương, góc cổ thân 120° -130°: 95,12%, liền xương, góc cổ thân <120°: 4,88%. Kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Harris: Rất tốt: 27/41 BN (65,85%), tốt: 8/41 BN (19,51%), trung bình: 5/41 BN (12,20%), kém: 1/41 BN (2,44%). **Kết luận:** Kết xương nẹp khóa là lựa chọn tốt cho các bệnh nhân cao tuổi gãy vứng liên mẫu chuyển xương đùi. **Từ khóa:** liên mẫu chuyển, nẹp khóa, người cao tuổi.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thế Hùng
Email: bshoangthehung@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025
Ngày duyệt bài: 25.2.2025