

hầu hết các chủng *S.Pneumoniae* đều nhạy cảm với kháng sinh beta-lactam (cephalosporin, penicillin) và macrolide. Nhưng gần đây, tình trạng kháng thuốc ngày càng gia tăng đã được quan sát thấy ở hầu hết các khu vực, đặc biệt là các khu vực sử dụng nhiều kháng sinh. Tuy nhiên hầu hết các khu vực trên thế giới, *S.Pneumoniae* vẫn còn nhạy cảm với Vancomycin [2]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng các chủng *S.Pneumoniae* phân lập được tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An nhạy cảm 100% với kháng sinh Linezolid, Vancomycin, Rifampicin. Nhạy cảm tương đối với Benzylpenicilline, nhạy cảm ít với Cefotaxime (16,9%), Ceftriaxone (18,5%). Đặc biệt, các chủng *S.Pneumoniae* phân lập được đã kháng hoàn toàn (100%) với nhóm kháng sinh Macrolide, kháng gần hoàn toàn với Trimethoprim/Sulfamethoxazole (95,4%). Kết quả này tương tự như kết quả của nhiều nghiên cứu khác đã được báo cáo trước đây [4],[6],[7]. Đây là một đặc điểm quan trọng bởi vì các kháng sinh nhóm Macrolide như Azithromycin, Erythromycin, Clarythromycin rất thông dụng khi các bác sỹ kê đơn ngoại trú thì mức độ kháng rất cao, từ đó ảnh hưởng rất lớn đến hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 65 trẻ dưới 5 tuổi viêm phổi cộng đồng do *S.Pneumoniae* tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An chúng tôi thấy rằng: Tỷ lệ Nam/Nữ là: 1,9/1. Lứa tuổi hay gặp nhất là 2 tháng – 24 tháng (76,9%). Tỷ lệ bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước vào viện cao, chiếm 64,6%, chủ yếu là nhóm Amoxicillin/Amoxicilin + Acid Clavulanic và Macrolid. Các triệu chứng như sốt, ho, chảy nước mũi, thở nhanh, phổi có ran gặp

tỷ lệ > 69%. Viêm tai giữa ứ mủ gặp 43,1% trẻ em dưới 5 tuổi viêm phổi do *S.Pneumoniae*. *S.Pneumoniae* kháng hoàn toàn với Azithromycin, Clarithromycin, Erythromycin; kháng với Cefotaxime là 61,5%, Ceftriaxone là 52,3%, Penicillin là 18,5%. *S.Pneumoniae* còn nhạy 100% với Rifampicin, Vancomycin, Linezolid, Levofloxacin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Achamelesh Geberetsadik (2015).** Factors associated with acute respiratory infection in children under the age of 5 years: evidence from the 2011 Ethiopia Demographic and Health Survey. *Pediatric Health Med Ther*, 6:9-13.
- Đặng Đức Anh (2004).** Tỷ lệ nhiễm *H.Influenzae*, *S.pneumonia* và các vi rút hô hấp ở bệnh nhân dưới 5 tuổi viêm đường hô hấp cấp. *Tạp chí y học dự phòng*, số 4 (68).
- Vijayakumary T. and Kavinda D. (2021).** Review on Pneumococcal Infection in Children. *Cureus*, 13(5): e14913.
- Nguyễn Thị Thu Huyền, Lê Thị Hồng Hanh và cộng sự (2020).** Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi do phế cầu ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. Tỷ lệ nhiễm *H.Influenzae*, *S.pneumonia* và các vi rút hô hấp ở bệnh nhân dưới 5 tuổi viêm đường hô hấp cấp. *Tạp chí y học Việt Nam*, số 18.2, tr71 - 74.
- Nguyễn Thị Diệu Thủy (2018).** Nguyên nhân gây viêm phổi ở trẻ em điều trị tại khoa điều trị tự nguyện B Bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí y học thực Việt Nam*, số 468, tr126 – 129.
- Đặng Thị Thùy Dương (2018).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Thái Bình, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Lê Thanh Duyên (2017).** Đặc điểm lâm sàng và tính nhạy cảm kháng sinh của *Streptococcus Pneumoniae* gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em tại Hải Dương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số tháng 6 – 2017, tr160 – 163.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỔ ĐÌNH VÀ GIẢI ÉP CỘT SỐNG LỖI SAU TRONG CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ THẤP CÓ LIỆT TỬY

Mạc Hoàng Dương¹, Hà Kim Trung², Nguyễn Hoàng Long³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt-Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: longptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.7.2021

Ngày phản biên khoa học: 28.9.2021

Ngày duyệt bài: 4.10.2021

Nghiên cứu mô tả hồi cứu 60 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp có liệt tủy được phẫu thuật bằng phương pháp mổ lỗi sau tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nhằm mô tả các đặc điểm dịch tễ học, nguyên nhân, một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 52,92 ± 14,84 chiếm 65% trong độ tuổi lao động. Trong 60 đối tượng nghiên cứu, nam giới chiếm 88,3% và có 4/5 đối tượng tử vong là nam giới. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn cơ tròn trước khi phẫu thuật là 91,7% và sau khi phẫu thuật giảm còn 67,9%, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hồi phục chức năng cơ tròn

tại 2 thời điểm trước và sau phẫu thuật ($p < 0,05$). Và có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân theo phân loại AIS giữa hai thời điểm trước và sau phẫu thuật ($p < 0,001$). Trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân còn sống là trên 90%.

Từ khóa: chấn thương cột sống cổ thấp, có liệt tủy, phương pháp mổ đường sau.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF LOWER CERVICAL SPINE INJURY BY POSTERIOR APPROACH

Cross-sectional descriptive study based on 60 patients with lower cervical spine injury and neurological deficits operated at Vietduc Hospital. The objective was describing demographic characteristics, causes of fractures, first aid, patients' transportation, some clinical features and treatment outcomes. The mean age was 52,92 +/- 14,84 years. Most of the patients were male and 5/5 people of death is male. There was a statistically significant difference in the sex of patients living and dying. The percentage of patients with AIS A before surgery was 60 % and after surgery reduced to 6,7%. There was a statistically significant difference between the rate of sphincter muscle disorders at the time before and after surgery ($p < 0,05$). And there was a statistically significant difference in the proportion of patients according to AIS classification between the two times before and after surgery ($p < 0,001$). After 6 months, the percentage of patients surviving is over 90%.

Keywords: Lower cervical spine injury, neurological deficit, posterior approach

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống cổ có liệt tủy (CTCSCCLT) được đánh giá là một trong những bệnh lí chấn thương nặng và phổ biến trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Tại Mỹ, số người bị CTCSC mới hàng năm là 20.000 người, gây thiệt hại kinh tế mỗi năm khoảng 9,7 tỷ USD[1]. Nghiên cứu cho thấy ở Việt Nam CTCSC chiếm tỷ lệ 2-5% trong các chấn thương đầu mặt cổ[2]. CTCSCCLT để lại di chứng thiếu hụt thần kinh không chỉ cho bệnh nhân mà còn gây thiệt hại lớn và lâu dài cho gia đình và xã hội. Chấn thương cột sống cổ thấp (C3-7) chiếm 86,6% trong các CTCSC, thường gây ra tổn thương tại tủy cổ kèm theo nhiều biến chứng và di chứng [2-3]. Một nghiên cứu cho thấy tỷ lệ liệt vận động và cảm giác trong các bệnh nhân CTCSC là 19,7%, cao nhất trong các loại hình chấn thương cột sống [4], tỷ lệ tử vong của bệnh nhân là 8,29% chỉ trong vòng nửa năm đầu sau chấn thương [5]. Ngày nay, phẫu thuật là phương pháp điều trị được các bác sĩ lựa chọn nhiều đối với CTCSC nhằm giải phóng chèn ép, làm vững và tạo điều kiện cho tủy hồi phục. Phương pháp phẫu thuật chính là phẫu thuật

theo lối trước bên và theo lối sau hoặc có thể kết hợp cả 2 phương pháp[6]. Phẫu thuật lối trước bên thực hiện nhanh, ít chảy máu, lấy được đĩa đệm thoát vị nhưng không giải quyết được nguyên nhân gây chèn ép phía sau [5]. Trong khi đó, phẫu thuật lối sau có thể giải quyết được nguyên nhân gây chèn ép phía sau, chống lực căng tốt, là lựa chọn tốt cho một số loại tổn thương như chấn thương tủy nhiều đốt, tổn thương nhiều đốt sống và gãy mất vững cột sống cổ. Tuy nhiên, phương pháp này đòi hỏi tư thế nằm sấp dễ gây biến chứng hô hấp, sử dụng nẹp- vít khối mòm khớp mất thời gian và mất nhiều máu[5-7-8]. Biến chứng tại nhiều cơ quan xảy ra trên bệnh nhân CTCSC như viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, rối loạn tiêu hóa, loét,... làm ảnh hưởng xấu tới kết quả điều trị và giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [9]. Tại Việt Nam, vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu về kết quả điều trị phương pháp mổ lối sau trên bệnh nhân CTCSC thấp. Nhằm đưa thêm bằng chứng hỗ trợ các quyết định lâm sàng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: "Kết quả phẫu thuật cố định và giải ép cột sống lối sau trong chấn thương cột sống cổ thấp có liệt tủy".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Nghiên cứu thực hiện ở 60 bệnh nhân bị chấn thương cột sống cổ thấp, có thương tổn thần kinh và phẫu thuật tại khoa phẫu thuật cột sống Bệnh viện Việt Đức từ tháng 8/2018 đến tháng 3/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân đã qua thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, được làm các thăm dò chẩn đoán hình ảnh cần thiết để chẩn đoán xác định thương tổn mất vững hoặc có chèn ép thần kinh và có chỉ định phẫu thuật theo thang điểm SLIC (≥ 4 điểm)

- Không có bệnh lý khác ở cột sống kèm theo: Viêm tủy, dị dạng cột sống, ung thư cột sống, u tủy...

- Bệnh nhân đồng ý hợp tác tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có thương tổn phổi hợp nặng có thể gây tử vong hoặc khó đánh giá kết quả phẫu thuật

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu: bệnh tim mạch, bệnh đái tháo đường, suy thận, suy gan...

2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, nghiên cứu chọn được 60 bệnh nhân được khám và chẩn đoán

chấn thương cột sống cổ thấp, có tổn thương thần kinh, phù hợp các tiêu chuẩn lựa chọn, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Biên số, chỉ số nghiên cứu:

Gồm giới tính, nghề nghiệp, nơi ở; tỉ lệ sống, các nguyên nhân chấn thương, có được sơ cấp cứu ban đầu, phương tiện vận chuyển, phân loại AIS ở nhóm bệnh nhân tử vong và còn sống; tỉ lệ sống theo phương pháp phẫu thuật, thời lượng phẫu thuật và các biến chứng.

Đánh giá mức độ liệt theo thang điểm AIS:

Gồm 5 mức độ:

Đánh giá thương tổn thần kinh theo AIS (ASIA 2006)

| | |
|--------------------------|---|
| A = Liệt hoàn toàn | Mất hoàn toàn vận động và cảm giác dưới mức thương tổn thần kinh, bao gồm cả phân đoạn S4-S5 |
| B = Liệt không hoàn toàn | Còn cảm giác, mất vận động hoàn toàn dưới mức thương tổn thần kinh, bao gồm cả phân đoạn S4-S5 |
| C = Liệt không hoàn toàn | Còn vận động dưới mức thương tổn thần kinh với hơn một nửa số cơ dưới mức thương tổn thần kinh có cơ lực dưới 3 điểm |
| D = Liệt không hoàn toàn | Còn vận động dưới mức thương tổn thần kinh trong đó ít nhất một nửa số cơ dưới mức thương tổn thần kinh có cơ lực từ 3 điểm trở lên |
| E = Bình thường | Chức năng vận động và cảm giác bình thường |

Thu thập số liệu.

- Tham gia khám, chẩn đoán, phụ mổ, theo dõi và đánh giá kết quả trong quá trình điều trị tại Bệnh viện Việt Đức.
- Điền thông tin vào bệnh án nghiên cứu.
- Theo dõi bệnh nhân sau mổ và 6 tháng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | Sống (n=55) | Tử vong (n=5) | p |
|----------------------------|-------------|------------------|-------------|
| Tuổi | 52,92±14,84 | 62,80 ± 9,23 | 0,2 |
| Giới tính | Nữ | 7 (11,7) | 0,28 |
| | Nam | 53 (88,3) | |
| Nguyên nhân tai nạn | Sinh hoạt | 21 (35) | 0,26 |
| | Giao thông | 25(41,7) | |
| | Lao động | 14(23,3) | |
| Sơ cứu | Có | 12 (20%) | 0,28 |
| | Không | 48(80%) | |

Từ bảng 3.1 cho thấy, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong là 62,80 ± 9,23 tuổi. Trong tổng số 60 đối tượng được nghiên cứu, nam giới chiếm 88,3%, bệnh nhân tử vong có 4/5 là nam giới. Tỷ lệ tử vong cao nhất là do nguyên nhân tai nạn sinh hoạt (60%), tiếp đó là do tai nạn giao thông (20%) tương đương với do tai nạn lao động (20%). Số bệnh nhân được sơ cứu là 80%.

Bảng 3.2. Các triệu chứng của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật

| Các triệu chứng | Trước phẫu thuật | Khám lại (n=55) | p |
|-----------------|------------------|-----------------|---|
|-----------------|------------------|-----------------|---|

Chỉ định mổ. Chỉ định phẫu thuật qua đường cổ sau khi SLIC ≥ 4 điểm

- Tổn thương gây mất vững và tổn thương nhiều đốt sống
- Gãy cài khớp trên chẩn đoán hình ảnh
- Tổn thương đưng dập, phù tủy lan rộng trên 3 thân đốt sống
- Hẹp ống sống cổ đa tầng có chèn ép thần kinh

Kỹ thuật mổ

- Gây mê nội khí quản cố định đầu vững vào bàn mổ sau khi nằm sấp
- Đường rạch da: đường giữa cổ sau
- Bộc lộ các đốt sống cổ
- Lựa chọn kỹ thuật bắt vít khối bên hoặc vít qua cuống, hoặc kết hợp cả hai phương pháp.
- Cắt bỏ cung sau các đốt cần giải ép, mở rộng đường ra của rễ thần kinh và lỗ liên hợp, ghép xương khối bên
- Khâu phục hồi màng cứng khi có tổn thương rách, hoặc tạo hình bằng cân.
- Cầm máu, dẫn lưu, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

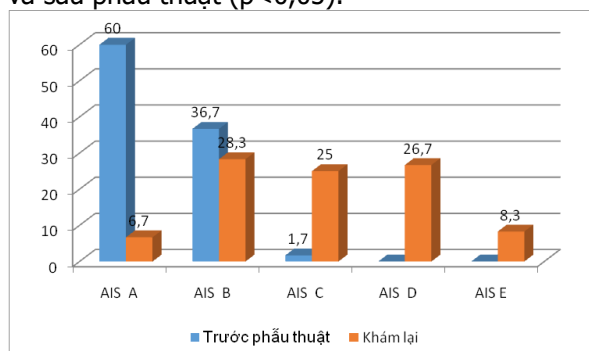
3. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

4. Đạo đức nghiên cứu. Chúng tôi thông báo rõ mục đích nghiên cứu, nội dung và phương pháp nghiên cứu với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân và chỉ đưa vào danh sách nghiên cứu khi có sự đồng ý của họ. Với các bệnh nhân đã được chẩn đoán chấn thương cột sống cổ thấp sẽ được điều trị và tư vấn về cách chăm sóc, sinh hoạt, theo dõi. Các số liệu được xử lý độc lập và tiến hành cẩn thận để đảm bảo tính khách quan trong nghiên cứu, hạn chế ít nhất sai số trong nghiên cứu.

| | (n=60) | | | | |
|-------------------------|--------|------|----|------|--------------|
| | n | % | n | % | |
| Cơ năng | | | | | |
| Đau vùng cổ | 45 | 75,0 | 22 | 36,7 | 0,84 |
| Tê dọc cánh tay | 8 | 13,3 | 6 | 10,0 | |
| Đau tê hỗn hợp | 7 | 11,7 | 5 | 8,3 | |
| Rối loạn cơ tròn | | | | | |
| Rối loạn cơ tròn | 55 | 91,7 | 27 | 67,9 | 0,000 |
| Không rối loạn | 5 | 8,3 | 18 | 32,1 | |

So sánh các triệu chứng trước và sau phẫu thuật cho thấy, triệu chứng đau vùng cổ trước khi phẫu thuật chiếm 75% và sau phẫu thuật giảm còn 36,7%. Về triệu chứng tê dọc cánh tay, tỷ lệ có triệu chứng trước khi phẫu thuật là 13,3% và sau phẫu thuật tỷ lệ là 10,0%. Chưa có sự khác biệt về tỷ lệ 2 triệu chứng cơ năng trên giữa hai thời điểm trước và sau phẫu thuật.

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn cơ tròn trước khi phẫu thuật là 91,7% và sau khi phẫu thuật giảm còn 67,9%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ rối loạn cơ tròn tại 2 thời điểm trước và sau phẫu thuật ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các phân độ ASI trước và sau phẫu thuật

Từ biểu đồ 3.1 cho thấy, trước khi phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân ở mức phân loại AIS A là cao nhất, chiếm (60%). Tuy nhiên, sau khi phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân có AIS A chỉ còn 6,7%, tuy nhiên nhóm bệnh nhân AIS A giảm nhiều là do chuyển sang nhóm AIS B và C nhiều. Và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nhân theo phân loại AIS giữa hai thời điểm trước và sau phẫu thuật ($p < 0,001$).

Bảng 3.3. Các biến chứng và di chứng ngay sau khi phẫu thuật và tại thời điểm khám lại

| Biến chứng sau phẫu thuật | 3-5 ngày sau phẫu thuật (n=60) | | Khám lại (n=55) | |
|---------------------------|--------------------------------|------|-----------------|-----|
| | n | % | n | % |
| Viêm phổi | 17 | 28,3 | 4 | 6,7 |
| Suy hô hấp | 1 | 1,7 | 0 | 0 |

| | | | | |
|-----------------------|---|----|---|------|
| Nhiễm khuẩn tiết niệu | 0 | 0 | 2 | 3,3 |
| Loét tỉ dè | 6 | 10 | 7 | 11,7 |
| Tử vong | 0 | 0 | 0 | 0 |

Từ bảng 3.3 ta thấy, biến chứng sau 3-5 ngày sau phẫu thuật hay gặp nhất phần lớn là viêm phổi (28,3%), tiếp theo đó là loét tỉ dè (10%) và suy hô hấp (1,7%). Còn sau đợt khám lại, 11,7% bệnh nhân có loét tỉ dè, 6,7% bệnh nhân có biến chứng viêm phổi. 3,3% bệnh nhân có nhiễm khuẩn tiết niệu.

Bảng 3.4. Đặc điểm về thời điểm tử vong và nguyên nhân tử vong

| Tỷ lệ bệnh nhân chết sau phẫu thuật | Số lượng (n=5) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------|----------------|------------------------|
| Tử vong sớm ≤ 3 tháng | 4 | 80,00 |
| Tử vong từ > 3 tháng | 1 | 20,00 |
| Thời gian sống trung bình | Số lượng (n=5) | X \pm SD (ngày) |
| | 5 | 86 \pm 66,9 (10-180) |
| Nguyên nhân chết | Số lượng (n=5) | Tỷ lệ (%) |
| | | |
| Suy hô hấp | 1 | 20 |
| Viêm phổi | 3 | 60 |
| Truy mạch | 0 | 0 |
| Suy kiệt | 1 | 20 |

Từ bảng 3.4 ta thấy, tỷ lệ bệnh nhân tử vong trong vòng 3 tháng đầu sau phẫu thuật là 80 % và tỷ lệ bệnh nhân tử vong tiếp trong khoảng từ 3 tháng sau phẫu thuật là 20%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 60 bệnh nhân có chấn thương cột sống cổ thấp được phẫu thuật bằng đường sau cho thấy kết quả độ tuổi trung bình của bệnh nhân tử vong cao hơn bệnh nhân còn sống, nghiên cứu của Masahiko Watanabe (2010) đã khẳng định Tỷ lệ tử vong cho chấn thương cột sống cổ trên là không giống nhau ở tất cả các nhóm. So với kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì không quá

khác biệt vì sự chênh lệch không nhiều và khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê. Về giới, sự khác biệt về tỷ lệ tử vong có ý nghĩa thống kê ($p=0.02$), kết quả chỉ ra rằng tỷ lệ nam còn sống cao hơn nữ. Điều này có thể giải thích được vì về cơ bản sức khỏe của nam thường tốt hơn của nữ. Tuy nhiên ở đây cũng có thể thấy nam giới chiếm số bệnh nhân nhiều hơn hẳn nữ giới. Kết quả này phù hợp với các tác giả như Hà Kim Trung 2009, Yasutsugu Yukawa 2009. Điều này có thể giải thích rằng nam giới thường làm những công việc nặng nhọc nguy hiểm hơn phụ nữ và đặc biệt khi tham gia giao thông thì ý thức chấp hành luật lệ có phần kém hơn phụ nữ. Thông thường, nguyên nhân tai nạn và sơ cứu sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến hiệu quả điều trị nhưng ở đây sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Tình trạng bệnh nhân sau tái khám, về tình trạng cơ năng có cải thiện nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, còn về rối loạn cơ tròn, sự khác biệt rõ ràng hơn và có ý nghĩa thống kê. Đây là dấu hiệu tiêu biểu để khẳng định tình trạng của bệnh nhân cải thiện đáng kể sau quá trình điều trị. Với một chấn thương cột sống cổ tỷ lệ rối loạn cơ tròn đều rất cao và nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ thấp hơn 1 số nghiên cứu như của Hà Kim Trung 2009 (79,2%).

Theo phân loại AIS, phần lớn bệnh nhân ở mức AIS A, bởi đặc điểm của đối tượng trong nghiên cứu là những đối tượng chấn thương có liệt tuỷ nên phần lớn đối tượng ở mức chấn thương nặng. Tỷ lệ đối tượng ở mức AIS A của chúng tôi có cao hơn của Yasutsugu Yukawa 2009 nhưng các nghiên cứu đó cũng chỉ ra phần lớn đối tượng nằm ở mức nghiêm trọng AIS A, AIS B. Bên cạnh đó, kết quả cũng cho thấy tỷ lệ ASI A và ASI B sau phẫu thuật giảm đáng kể so với trước phẫu thuật, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cho thấy được hiệu quả của phương pháp phẫu thuật lõi sau. Tương tự, tại thời điểm tái khám các biến chứng, di chứng sau phẫu thuật cũng giảm nhiều, mặc dù có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả này nhưng nhìn chung kết quả này cho thấy phương pháp đạt được kết quả đáng mong đợi.

Về nguyên nhân tử vong đa phần là viêm phổi và suy hô hấp. Kết quả này có thể được giải thích là những trường hợp tử vong thường là những trường hợp tổn thương ban đầu nặng, sau khi phẫu thuật phục hồi kém bệnh nhân không tự vận động được nên có biến chứng do nằm lâu gây bội nhiễm và loét... Nhưng nhìn vào kết quả điểm AIS trước và sau phẫu thuật ta thấy sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5/60 bệnh nhân tử vong trong vòng 6 tháng với kết quả bước đầu tỷ lệ bệnh nhân còn sống tương đối cao. Tương tự nghiên cứu của Hà Kim Trung (2009) cũng cho nhận định đều trị bằng phương pháp phẫu thuật qua đường cổ sau ở bệnh nhân chấn thương cổ thấp tương đối tốt.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cổ sau tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2018 – 2020 chúng tôi có kết luận như sau: đối tượng chủ yếu là nam giới. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính ở nhóm bệnh nhân sống và tử vong, giữa tỷ lệ rối loạn cơ tròn tại 2 thời điểm trước và sau phẫu thuật ($p<0,05$), tỷ lệ bệnh nhân theo phân loại AIS giữa hai thời điểm trước và sau phẫu thuật ($p<0,001$). Sau 6 tháng tỷ lệ bệnh nhân còn sống là trên 90%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Kim Trung (1999)**. Điều trị cột sống cổ dưới bằng phẫu thuật qua đường cổ trước. Tạp chí y học Việt Nam, 225(số 6,7,8), 59-62.
2. **J. Lohnert, J. Latal, M. Maly và cộng sự (1996)**. [Treatment of fractures of the lower cervical spine (C3-C7)]. Bratisl Lek Listy, 97(4), 216-219.
3. **P. Leucht, K. Fischer, G. Muhr và cộng sự (2009)**. Epidemiology of traumatic spine fractures. Injury, 40(2), 166-172.
4. **X. X. Yang, Z. Q. Huang, Z. H. Li và cộng sự (2017)**. Risk factors and the surgery affection of respiratory complication and its mortality after acute traumatic cervical spinal cord injury. Medicine (Baltimore), 96(36), e7887.
5. **Y. Robinson, A. L. Robinson và C. Olerud (2015)**. Complications and survival after long posterior instrumentation of cervical and cervicothoracic fractures related to ankylosing spondylitis or diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Spine (Phila Pa 1976), 40(4), E227-233.
6. **K. J. Song và K. B. Lee (2008)**. Anterior versus combined anterior and posterior fixation/fusion in the treatment of distraction-flexion injury in the lower cervical spine. J Clin Neurosci, 15(1), 36-42.
7. **D. A. Taggard và V. C. Traynelis (2000)**. Management of cervical spinal fractures in ankylosing spondylitis with posterior fixation. Spine (Phila Pa 1976), 25(16), 2035-2039.
8. **T. Liebscher, A. Niedeggen, B. Estel và cộng sự (2015)**. Airway complications in traumatic lower cervical spinal cord injury: A retrospective study. J Spinal Cord Med, 38(5), 607-614.
9. **Y. Yukawa, F. Kato, K. Ito và cộng sự (2009)**. Placement and complications of cervical pedicle screws in 144 cervical trauma patients using pedicle axis view techniques by fluoroscope. Eur Spine J, 18(9), 1293-1299.