

dàng phát hiện và điều trị nhưng bệnh nhân thường hay không được điều trị, đặc biệt là các bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng cần ưu tiên điều trị trước. Chính vì vậy, tình trạng viêm lợi ở nhóm đối tượng này thường ở giai đoạn viêm lợi nặng, biểu hiện bằng lợi sưng, chảy máu nhiều. Viêm lợi thường liên quan đến bệnh lý toàn thân mạn tính và tại chỗ do chăm sóc răng miệng không tốt. Ở BN xơ gan, tình trạng viêm lợi liên quan đến quá trình bệnh lý, đó là giảm miễn dịch, tình trạng suy chức năng gan và rối loạn đông cầm máu gây viêm lợi.[1][2][3]

Tìm hiểu mối liên quan đến mức độ viêm lợi với nhóm đối tượng, nguyên nhân và giai đoạn xơ gan chúng tôi ghi nhận kết quả: Nhóm BN xơ gan (can thiệp) có chỉ số GI trung bình cao hơn nhóm chứng, kết quả có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Nhóm nguyên nhân xơ gan do rượu và virus có chỉ số GI tương đương nhau, kết quả không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Đối với giai đoạn xơ gan, nhóm bệnh nhân Child C có giá trị GI trung bình cao hơn Child B ($2,21 \pm 0,81$), kết quả có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. Nguyên nhân xơ gan không liên quan đến tình trạng viêm lợi. Chúng tôi nhận thấy, xơ gan giai đoạn càng nặng, chỉ số GI càng cao. Rõ ràng, tổn thương lợi liên quan đến chức

Chúng tôi ghi nhận được kết quả mức độ viêm lợi nặng liên quan đến thiếu máu, giảm protein, giảm albumin máu, $p < 0,01$. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Sukhpreet Singh [6] về tình trạng viêm lợi ở bệnh nhân xơ gan do rượu. Tình trạng viêm lợi cũng có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân. Tình trạng thiếu máu,

giảm protein, đặc biệt giảm albumin máu có liên quan đến giảm immunoglobulin miễn dịch, giảm nuôi dưỡng cơ quan, trong đó có mô lợi [5][7].

V. KẾT LUẬN

Mức độ viêm lợi có liên quan đến BN xơ gan giai đoạn Child C; thiếu máu; giảm protein; giảm albumin máu. Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu chưa thấy mối liên quan giữa tình trạng viêm lợi với nguyên nhân gây xơ gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bảo Nghi (2016)** " Nghiên cứu xơ hóa gan ở bệnh nhân bệnh gan mạn bằng đo đàn hồi gan thông qua đối chiếu với mô bệnh học". Luận văn Tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược Huế.
2. **Nguyễn Trọng Chính (2011)**, " Nghiên cứu sự phân bố kiểu gene của vi rút viêm gan B và mối liên quan của chúng với các thể bệnh", Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 6, tr 62-71
3. **Phan Hải Nam.** Một số xét nghiệm sinh hóa trong lâm sàng. Xét nghiệm hóa sinh. NXB Quân đội Nhân dân. 2011, tr.7-10.
4. **Loe, Silness.** " Gingival index of loe and silness". Dentistry and Oral Medicine. 2009
5. **David Højland Ipsen (2018)** , " Molecular mechanisms of hepatic lipid accumulation in non-alcoholic fatty liver disease" Cell Mol Life Sci doi: 10.1007/s00018-018-2860-6. Epub 2018
6. **Sukhpreet Singh (2017)** " Treatment options for alcoholic and non-alcoholic fatty liver disease: A review", World J Gastroenterol. doi: 10.3748/wjg.v23.i36.6549.
7. **Olczak-Kowalczyk D, Kowalczyk W,** Krasuska-Sławińska E et al. Oral health and liver function in children and adolescents with cirrhosis of the liver. Prz Gastroenterol. 2014, 9 (1), pp.24-31.

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

Đồng Quang Tiến*, Nguyễn Vũ Hoàng,
Trần Tuấn Anh*, Vũ Ngọc Giang***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá 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. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán xác định là chấn thương cột sống mất vững đoạn ngực-thắt lưng, và được phẫu thuật nẹp vít cột sống qua da tại khoa Ngoại Thần kinh Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ 2019 – 2021. **Kết quả:** 38 bệnh nhân (28 nam, 10 nữ) tuổi trung bình là $40,4 \pm 11,3$; nhóm tuổi 31-40 chiếm tỉ lệ cao nhất 36,9% đã được phẫu thuật nẹp vít cột sống qua da. Đánh giá sau phẫu thuật theo thang điểm VAS và sự cải thiện góc gù (góc Cobb) cột sống: Trong đó mức độ đau trung bình tính theo thang điểm

*Bệnh viên Trung ương Thái nguyên

**Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Hoàng

Email: drhoang0419@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/2/2022

Ngày phản biện khoa học: 114/3/2022

Ngày duyệt bài: 21/3/2022

VAS thời điểm sau phẫu thuật là 2,29 so với thời điểm trước phẫu thuật là 5,08; điểm góc gù chân thương trung bình trước phẫu thuật và sau phẫu thuật là $14,8^\circ \pm 5,3^\circ$ độ và $9,0^\circ \pm 5,3^\circ$ độ. Thời gian phẫu thuật trung bình là $69,1 \pm 15,7$ phút. Biến chứng trong phẫu thuật chúng tôi gặp 1 trường hợp tổn thương thành trước cột sống. Biến chứng sau chúng tôi gặp 1 trường hợp nhiễm trùng nông vết mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật bắt vít qua da là phương pháp an toàn, hiệu quả, giảm thời gian điều trị chấn thương mất vững cột sống ngực lưng.

Từ khóa: Chấn thương cột sống ngực thắt lưng, phẫu thuật bắt vít qua da

SUMMARY

RESULT OF PERCUTANEOUS PEDICLE SCREW FIXATION IN TREATMENT OF THORACOLUMBAR FRACTURE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: To assess the result of percutaneous pedicle screw fixation to treatment thoracolumbar fracture at Thai Nguyen national hospital. **Subjects and method:** A descriptive study of 38 cases patients with thoracolumbar fracture instability was treated by percutaneous pedicle screw fixation of Neuro – Spine department at Thai Nguyen national hospital from 2019 to 2021. **Result:** 38 patients (28 men, 10 women), mean age was $40,4 \pm 11,3$; age group from 31-40 has the highest rate with 36,9%. Short term outcome after surgery was assessed according to VAS (Visual Analogue Scale) and Cobb angle after surgery: Evaluation of clinical symptoms improvement after surgery: VAS back pain improved from 5,08 to 2,29; Cobb angle decrease from $14 \pm 4,9$ to $7,5 \pm 3,9$. Mean of time surgery was $69,1 \pm 15,7$ minutes. Intraoperative complications: rupture of the anterior vertebral body wall in 1 case (2,6%). Postoperative complications: a case of wound infection (2,6%). **Conclusion:** Percutaneous pedicle screw fixation is a safe and effective procedure, reduce time at hospital in the treatment of thoracolumbar fracture.

Key word: Thoracolumbar fracture, percutaneous pedicle screw fixation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 6% các trường hợp chấn thương chung. Chấn thương cột sống đoạn ngực thắt lưng (T₁₁ - L₂) chiếm khoảng 50 - 60%, trong đó chấn thương cột sống mất vững không có tổn thương thần kinh chiếm khoảng 80 - 85% các trường hợp. Việc cấp cứu và điều trị chấn thương cột sống hiện nay vẫn còn là vấn đề nan giải cần được chú trọng, đòi hỏi sự phối hợp nhiều chuyên ngành [1].

Trong những năm gần đây, việc phẫu thuật điều trị chấn thương cột sống đã được áp dụng rộng rãi và có nhiều ưu thế hơn hẳn các phương pháp điều trị bảo tồn. Phẫu thuật cố định cột sống bằng vít qua cuống đã được triển khai và trở thành thường quy tại nhiều cơ sở y tế. Tuy

nhiên phương pháp này cần đường mổ dài, tách cơ cạnh sống nhiều nhằm bộc lộ vị trí bắt vít. Một vài trường hợp ghi nhận bệnh nhân mất máu nhiều, đau nhiều sau mổ, thời gian nằm viện kéo dài, dùng thuốc giảm đau nhiều sau mổ. Có trường hợp ghi nhận bệnh nhân tổn thương cơ lưng gây thoái hóa và teo cơ sau đó [1],[4]. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: "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" với mục tiêu: Đánh giá 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 giai đoạn 2019 -2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 38 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là chấn thương cột sống mất vững đoạn ngực - thắt lưng và được phẫu thuật nẹp vít cột sống qua da tại khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, từ tháng 08 năm 2019 đến tháng 09 năm 2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm phân bố theo từng nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
≤20	1	2,6
21 – 30	7	18,4
31 – 40	14	36,9
41 – 50	6	15,8
51 – 60	9	23,7
≥ 61	1	2,6
Tuổi trung bình	40,4 ± 11,3	

Nhận xét: Nhóm tuổi 31 – 40 chiếm tỷ lệ cao nhất 36,9%. Nhóm tuổi trong độ tuổi lao động 20-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao 94,8%.

Bảng 2. Vị trí đốt sống tổn thương

Vị trí đốt sống tổn thương	Bệnh nhân (N)	Ti lệ
T11	2	5,3
T12	10	26,3
L1	15	39,5
L2	11	28,9

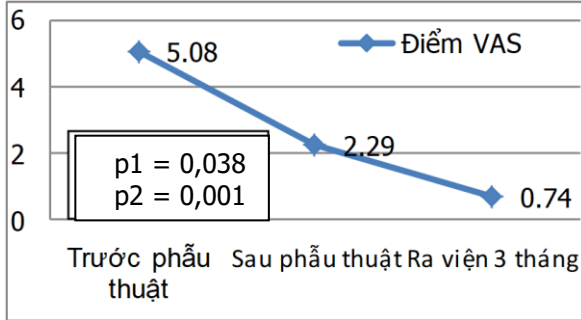
Nhận xét: Tăng tổn thương hay gặp nhất L1 15 BN (39,5%).

Bảng 3. Phân loại tổn thương cột sống theo AO

Phân loại tổn thương	Bệnh nhân (N)	Ti lệ
A2	2	5,3
A3	19	50,0

A4	13	34,2
B1	4	10,5
B2	0	0
Tổng số	38	100

Nhận xét: Gãy lún nhiều mảnh A3, A4 chiếm tỉ lệ cao nhất 84,2%



Biểu đồ 1. Diễn biến mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS

p1: Trước và sau phẫu thuật; p2: Sau phẫu thuật và khi ra viện 3 tháng

Nhận xét: Có sự cải thiện rõ rệt về mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS sau phẫu thuật ngày thứ 5 là 2,29 so với trước phẫu thuật là 5,08 và khi ra viện 3 tháng là 0,74 so với sau phẫu thuật là 2,29. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật và khi ra viện 3 tháng

Giá trị		Sau phẫu thuật	Ra viện 3 tháng	p
Góc gù thân đốt	Nhỏ nhất	1,6	4,1	p= 0,187
	Lớn nhất	23,2	18,2	
	$\bar{X} \pm sd$	$9,0 \pm 5,3$	$9,4 \pm 3,1$	
Góc gù vùng	Nhỏ nhất	1,3	4,0	p= 0,054
	Lớn nhất	17,3	15,4	
	$\bar{X} \pm sd$	$7,5 \pm 3,9$	$8,2 \pm 3,1$	

Nhận xét: Góc gù thân đốt tổn thương trung bình sau phẫu thuật là $9,0 \pm 5,3$, góc gù thân đốt tổn thương trung bình khi ra viện 3 tháng là $9,4 \pm 3,1$. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Góc gù vùng tổn thương trung bình sau phẫu thuật là $7,5 \pm 3,9$, góc gù vùng tổn thương trung bình khi ra viện 3 tháng là $8,2 \pm 3,1$. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Kết quả chung

Kết quả	Bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Tốt	37	97,4
Khá	1	2,6
Trung bình	0	0
Kém	0	0

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm 97,4%, khá chiếm 2,6%. Không có

bệnh nhân nào có kết quả trung bình hoặc kém.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 38 bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng mất vững được phẫu thuật bắt vít qua da có tuổi trung bình là $40,4 \pm 11,3$ tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi và lớn tuổi nhất là 61 tuổi. Nhóm tuổi trong độ tuổi lao động 21-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao 94,8%, trong đó nhóm tuổi 31-40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 36,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác như Lee [7], Vanek [7], Nguyễn Thanh Lâm [3], Hoàng Ngọc Tân [4], Nguyễn Đình Hưng [2].

Có sự cải thiện rõ rệt về điểm VAS trung bình sau phẫu thuật ngày thứ 5 là 2,29 và khi ra viện 3 tháng là 0,74 so với trước phẫu thuật là 5,08. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Góc gù thân đốt tổn thương trung bình của nhóm nghiên cứu trước phẫu thuật là $14,8^{\circ} \pm 5,3^{\circ}$, sau phẫu thuật góc gù thân đốt tổn thương trung bình là $9,0^{\circ} \pm 5,3^{\circ}$, tỷ lệ cải thiện góc gù thân đốt tổn thương là 38,2%. Góc gù vùng tổn thương trung bình của nhóm nghiên cứu trước phẫu thuật là $14,0^{\circ} \pm 4,9^{\circ}$, sau phẫu thuật góc gù vùng tổn thương trung bình là $7,5^{\circ} \pm 3,9^{\circ}$, tỷ lệ cải thiện góc gù vùng tổn thương là 46,5%. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Góc gù thân đốt tổn thương trung bình của nhóm nghiên cứu sau phẫu thuật là $9,0^{\circ} \pm 5,3^{\circ}$, góc gù thân đốt tổn thương trung bình khi ra viện 3 tháng là $9,4 \pm 3,1$. Góc gù vùng tổn thương trung bình sau phẫu thuật là $7,5 \pm 3,9$, góc gù vùng tổn thương trung bình khi ra viện 3 tháng là $8,2 \pm 3,1$. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Qua các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước có thể nhận thấy nắn chỉnh cột sống không phải là ưu điểm của phẫu thuật bắt vít qua da so với mổ mở. Những trường hợp góc gù nhiều nên cân nhắc mổ mở để đạt được mức độ điều chỉnh thích hợp [2], [3], [7].

Phẫu thuật bắt vít qua da với đường mổ nhỏ và sử dụng hệ thống ống nông để tách mô mềm và cơ thắt lưng, tránh bóc tách rộng và đốt điện như trong phẫu thuật mở, do đó rất hữu ích trong việc giảm đau sau phẫu thuật, giảm thiểu chảy máu trong phẫu thuật, giảm thiểu thời gian nằm viện, hạn chế các biến chứng và cải thiện khả năng hồi phục của bệnh nhân. Do đó phẫu thuật nẹp vít qua da được đánh giá là phương pháp điều trị an toàn, hợp lệ và hiệu quả đối với những trường hợp gãy xương cột sống thắt lưng mà không có thiếu hụt thần kinh [6].

V. KẾT LUẬN

Vít cột sống qua da một phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả. Có sự cải thiện rõ rệt về điểm VAS trung bình sau phẫu thuật. Tỷ lệ cải thiện góc gù thân đốt tổn thương là 38,2%. Tỷ lệ cải thiện góc gù vùng tổn thương là 46,5%. Tình trạng phương tiện kết xương sau mổ 100% đạt yêu cầu theo tiêu chuẩn của Lonstein.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hưng (2019), Nhận xét kết quả phẫu thuật cố định cột sống bằng vít qua da ở bệnh nhân chấn thương cột sống ngực - thắt lưng, Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội.
2. Nguyễn Thanh Lâm (2017), Phẫu thuật bắt vít qua da điều trị bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng, Luận văn bác sĩ nội trú, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. Hoàng Ngọc Tân (2019), Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống ngực thắt lưng bằng phương pháp bắt vít qua da, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Văn Thạch (2007), Nghiên cứu điều trị phẫu thuật gãy cột sống ngực - thắt lưng không vững, không liệt tủy và liệt tủy không hoàn toàn

- bằng dụng cụ Moss Miami, Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân Y, Hà Nội.
5. Lee JK, Jang JW, Kim TW, Kim TS, Kim SH, Moon SJ. (2013), "Percutaneous shortsegment pedicle screw placement without fusion in the treatment of thoracolumbar burst fractures: is it effective?: comparative study with open short-segment pedicle screw fixation with posterolateral fusion.", Acta Neurochir, pp. 2305-2312.
 6. Tian F, Tu L. Y, Gu W. F (2018), "Percutaneous versus open pedicle screw instrumentation in treatment of thoracic and lumbar spine fractures: A systematic review and meta-analysis", Medicine 97:41(e12535).
 7. Vanek P, Bradac O, Konopkova R, de Lacy P, Lacman J, Benes V (2014), "Treatment of thoracolumbar trauma by short-segment percutaneous transpedicular screw instrumentation: prospective comparative study with a minimum 2-year follow-up", J Neurosurg Spine, pp. 150-156.
 8. Bronsard N, Boli T, Challali M, Amoretti N, Padovani B, Bruneton G, et al (2013), "Comparison between percutaneous and traditional fixation of lumbar spine fracture: Intraoperative radiation exposure levels and outcomes", Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research Volume 99, Issue 2, April 2013, pp. 162-168.

GIÁ TRỊ CỦA SÓNG F TRONG CHẨN ĐOÁN CHÈN ÉP RỄ THẦN KINH

Hoàng Thu Soan¹, Vũ Tiến Thăng¹,
Vi Thị Phương Lan¹, Khương Hoàng Anh², Đỗ Cảnh Dương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi các thông số của sóng F trong trường hợp chèn ép rễ thần kinh đốt sống cổ và đốt sống thắt lưng. **Phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 2 nhóm: nhóm chứng gồm 30 kết quả điện sinh lý thần kinh - cơ của đối tượng không có bệnh lý thần kinh ngoại biên; nhóm bệnh gồm 60 kết quả điện sinh lý thần kinh - cơ của các bệnh nhân được chẩn đoán có tình trạng chèn ép rễ thần kinh đốt sống cổ (30 kết quả) hoặc đốt sống thắt lưng (30 kết quả) trên lâm sàng. Các chỉ số sóng F được ghi trên tứ chi ở cả hai nhóm nghiên cứu bởi một người đo bằng máy điện cơ Nicolet Viking Quest/Natus. **Kết quả:** thời gian tiềm ẩn nhất sóng F kéo dài ở chi trên từ 11-33%; ở chi dưới từ 0-8%, giảm tần số xuất hiện sóng F ở dây giữa là 76%, dây trụ là 39%, dây mác là 26%, dây chày là 0%. Chênh lệch tần số xuất hiện sóng F giữa chi lành và chi bệnh của

dây thần kinh giữa (93%) và thần kinh mác (81%) chiếm tỷ lệ cao, tỷ lệ này ở dây trụ chiếm 57%, ở dây chày không có sự chênh lệch. **Kết luận:** Để tránh bỏ sót chẩn đoán chèn ép rễ thần kinh, cần phối hợp xem xét tất cả các chỉ số của sóng F. Trong các thông số, cần so sánh sự khác biệt về tần số xuất hiện sóng F giữa chi lành và chi bệnh, đây là chỉ số nhạy nhất, sau đó là dấu hiệu giảm tần số xuất hiện sóng F, chỉ số kéo dài thời gian tiềm ẩn nhất của sóng F xuất hiện không thường xuyên.

Từ khóa: Sóng F, chèn ép rễ thần kinh.

SUMMARY

THE RATE OF ANTIMICROBIAL DESORPTION AND THE ANTIMICROBIAL EFFECT IN VITRO OF FIBRIN - CEFAZOLIN

Objective: To evaluate the change of the index of F waves in the nerve root compression of the cervical and lumbar vertebrae. **Methods:** A cross-sectional study on 2 groups: the control group consisted of 30 electromyography results of subjects without peripheral neuropathy; The group of diseases included 60 electromyography results of the patients who were determined by the clinician to have compression of the nerve roots in the cervical vertebra (30 results) or lumbar vertebrae (30 results). F wave index were determined on the four limbs in both study groups by

¹Trường ĐH Y Dược Thái Nguyên

²Sở Y tế Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thu Soan

Email: soanyk@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/1/2022

Ngày phản biện khoa học: 22/2/2022

Ngày duyệt bài: 12/3/2022