

điều kiện thuận lợi cho lấy sỏi lần 2. Mức độ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với những nghiên cứu trên thế giới như swissa và cộng sự (2005) là 92%, nghiên cứu trong nước như của La Văn Phương là 85,7% và cao hơn so với nghiên cứu của Đào Xuân Cường(2015) với tỷ lệ thành công 78%. Thời gian trung bình thực hiện thủ thuật ERCP là: 41.0±16.3 phút. Ca nhanh nhất là 15 phút, ca lâu nhất là 78 phút. Điều này chỉ rõ sự thành thạo và chuyên nghiệp của Ekip làm can thiệp với những thủ thuật như: Cắt cơ Oddi lấy hết sỏi và đặt stent 21 ca chiếm tỷ lệ 40,4%; Cắt cơ Oddi lấy hết sỏi không đặt stent 22 ca chiếm tỷ lệ 42,3%; Nong cơ Oddi lấy hết sỏi có đặt stent 02 ca chiếm tỷ lệ 3,8%.

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi gặp biến chứng chung là 03 ca chiếm 5,7%. Trong đó viêm tụy 02 ca (3,8%), chảy máu 01 ca (1,9%). Tương đương với các nghiên cứu của Wang và cộng sự (2009) là 7,92%, thấp hơn nghiên cứu của Vandervoort J và cộng sự (2002) là 11,2% và swissa và cộng sự (2005) là 9%.

V. KẾT LUẬN

Nội soi mật ngược dòng là một phương pháp can thiệp điều trị sỏi mật có hiệu quả trong việc giảm mức độ đau, cải thiện tình trạng nhiễm

khẩn, tạo sự lưu thông đường mật tránh gây tắc nghẽn, an toàn và tỷ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **La Văn Phương (2012)**. Đánh giá kết quả nội soi mật-tụy ngược dòng (ercp) sớm trong điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng tại bệnh viện y học thành phố Hồ Chí Minh. **16**(3).
2. **Đào Xuân Cường (2015)**. Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị cấp cứu sỏi đường mật có biến chứng. Y học thành phố Hồ Chí Minh. **19**(5).
3. **Đặng Việt Dũng, Lê Văn Luận, Triệu Triều Dương (2012)**. Đánh giá kết quả phẫu thuật mở ống mật chủ lấy sỏi đường mật chính tại bệnh viện Trưng vương Thành phố Hồ Chí Minh. Y học Quân sự.
4. **Bùi Tuấn Anh (2011)**. Ứng dụng kỹ thuật mới tạo đường hầm nội soi tán sỏi đường mật xuyên qua da. Tạp chí y học Quân sự. Chuyên đề ngoại bụng. 41-44.
5. **Liu Y1, Meng J, Wang J, et al (2010)**. Repeated rendezvous treatment of PTBD and ERCP in patients with recurrent obstructive jaundice. Hepatogastroenterology.57(102-103).1029-33.
6. **Vandervoort J, Soetikno RM, Tham TC, et al (2002)**. Risk factors for complications after performance of ERCP. Gastrointest Endosc. **56**. 652-656.
7. **Wang P, Li ZS, Liu F, et al (2017)**. Risk factors for ERCP-related complications: a prospective multicenter study. Am J Gastroenterol.104. 31-40.
8. **Suissa A, Yassin K, Lavy A, et al (2005)**. Outcome and early complications of ERCP: a prospective single center study. Hepatogastroenterology.52. 352-355.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHẨN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ THẤP TRẬT CÀI DIỆN KHỚP KHÔNG LIỆT, LIỆT TỦY KHÔNG HOÀN TOÀN

Đình Thế Hưng¹, Nguyễn Hoàng Long¹, Vũ Văn Cường¹, Đinh Ngọc Sơn²

TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, không đối chứng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật trong chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp không liệt, liệt tủy không hoàn toàn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Tổng quan:** Chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp tuy không thường gặp nhưng lại để lại những hậu quả nặng nề. Hiện nay có rất nhiều chiến lược nắn trật cài diện khớp khác nhau, như phẫu thuật đường trước đơn thuần, đường sau đơn thuần, đường trước sau, đường sau trước hay đường trước sau trước. Tuy nhiên hiệu quả của các phương pháp vẫn chưa được

đánh giá đầy đủ. **Phương pháp:** Đánh giá kết quả điều trị của 44 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp không liệt, liệt tủy không hoàn toàn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 03/2018 đến 03/2021. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, phương pháp mổ 2 đường hay được sử dụng nhất (50% bệnh nhân). Sau mổ, hầu hết các bệnh nhân đều có tiến triển tốt: trước mổ chủ yếu AIS B chiếm 56,8% thì sau mổ AIS B chỉ chiếm 29,5%. Đánh giá trên X quang sau mổ thấy có 81,8% bệnh nhân hết trật và 18,2% bệnh nhân còn trật độ I theo phân độ Meyerding. Về biến chứng sau phẫu thuật, chủ yếu là loét tì đè (54,5%). Mức độ nắn trật của phương pháp mổ 2 đường tốt hơn so với 2 phương pháp trên có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng phẫu thuật mổ nắn trật cài diện khớp là phẫu thuật an toàn và hiệu quả. Trong đó phương pháp mổ 2 đường có khả năng nắn trật về giải phẫu tốt hơn 2 phương pháp trên có ý nghĩa thống kê.

¹Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đình Thế Hưng

Email: hungvllv@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 6.4.2022

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT IN LOWER

CERVICAL FACET DISLOCATION WITHOUT PARALYSIS, INCOMPLETE PARALYSIS AT THE VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Study design: Descriptive, prospective, uncontrolled. **Objective:** To evaluate the results of surgical treatment in lower cervical facet dislocation without paralysis, incomplete paralysis at the Viet Duc University Hospital. **Summary of Background Data:** Although lower cervical facet dislocation is not common but left the consequences severe. In Vietnam there hasn't been a lot of research on lower cervical facet dislocation. The choice of surgical approach in the treatment of traumatic lower cervical facet dislocation is highly variable and maybe influenced by a variety of factor. However, the effectiveness of the methods has not yet been fully evaluated. **Method:** Evaluate the treatment outcomes of 44 patients are diagnosed lower cervical facet dislocation without paralysis, incomplete paralysis at the Viet Duc University Hospital from 15/03/2016 to 15/03/2017. **Results and Conclusions:** Anterior and posterior cervical surgery of decompression, reduction, stabilization, and fusion is the most effective and safe method for treatment of subaxial cervical facet dislocation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp là một tổn thương mất vững cột sống cổ nghiêm trọng, gây tử vong hay tàn phế với tỉ lệ cao do tổn thương tủy cổ. Nguyên nhân do chấn thương quá cúi cột sống cổ dẫn đến một hoặc cả hai diện khớp của đốt sống phía trên bị trật ra sau và phủ lên diện khớp trên của đốt sống phía dưới. Hậu quả là ống sống bị thu hẹp, tủy sống bị chèn ép dẫn tới liệt tủy có thể hoàn toàn hay không hoàn toàn, nặng nhất là gây tử vong [1].

Tại Bắc Mỹ năm 2008 có 300.000 trường hợp chấn thương cột sống cổ và tỷ lệ chấn thương mới mỗi năm là 20.000 trường hợp [2]. Trong đó trật cài diện khớp chỉ chiếm 5 đến 10% nhưng hậu quả của nó lại vô cùng nghiêm trọng [3].

Thế kỷ qua, ngành phẫu thuật cột sống có nhiều tiến bộ nhờ vào sự tiến bộ của công nghệ, kỹ thuật và hiểu biết về giải phẫu học, sinh bệnh học cột sống. Các tác giả chứng minh rằng: đối với chấn thương cột sống cổ có trật cài diện khớp, điều trị phẫu thuật là chỉ định tuyệt đối [4],[5]. Hiện nay có rất nhiều chiến lược nắn trật cài diện khớp khác nhau như phẫu thuật đường trước đơn thuần, đường sau đơn thuần hay kết hợp 2 đường. Mỗi cách tiếp cận có một mức độ phức tạp khác nhau nhưng mục tiêu chung là nắn trật, làm vững cột sống và giải phóng chèn ép tủy. Tuy nhiên hiệu quả của từng phương pháp vẫn chưa được nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật trong chấn*

thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp không liệt, liệt tủy không hoàn toàn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 44 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp không liệt, liệt tủy không hoàn toàn từ 03/2018 đến 03/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán xác định là chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp không liệt, liệt tủy không hoàn toàn tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.
- BN được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tổn thương phối hợp nặng có thể gây tử vong hoặc khó đánh giá kết quả phẫu thuật như chấn thương sọ não nặng, chấn thương lồng ngực nặng, chấn thương bụng nặng, đa gãy xương chi...
- Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu: bệnh tim mạch, đái tháo đường, suy gan, suy thận, loãng xương nặng,...
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, tiền cứu, không đối chứng

2.3 Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Lâm sàng: Phân tích các triệu chứng lâm sàng trước và sau mổ, tổn thương thần kinh theo AIS.

Chẩn đoán hình ảnh: Tất cả bệnh nhân được chụp X Quang quy ước trước và sau mổ, chụp cắt lớp vi tính đánh giá chính xác tình trạng tổn thương xương, chụp cộng hưởng từ phát hiện tổn thương tủy.

Các bước tiến hành phẫu thuật. Chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp là một tổn thương mất vững nên chỉ định phẫu thuật là tuyệt đối.

• Đường cổ trước bên: Áp dụng kỹ thuật Smith- Robinson

- + Rửa da, cắt cơ bám da cổ
- + Dùng tay xác định bó mạch cảnh.
- + Bộc lộ cơ dọc trước cột sống và cân cổ sâu.
- + Xác định đốt sống bị tổn thương trên C- arm.
- + Lấy toàn bộ đĩa đệm tổn thương, giải phóng chèn ép

+ Đặt hệ thống giãn đốt sống Caspar với 2 đinh cố định vào thân đốt sống trật phía trên và phía dưới. Lúc này 2 diện khớp trật cài sẽ tách rời và dễ dàng hơn cho việc nắn trật cài diện

khớp, từ từ giãn 2 thân đốt sống để tách rời 2 diện khớp.

+ Khi bờ dưới của diện khớp trên vừa chạm tới đỉnh của bờ trên diện khớp dưới, phẫu thuật viên sẽ tăng cường lực ấn lên đốt sống phía trên từ trước ra sau để nắn trật.

+ Hàn xương vùng đĩa đệm bằng mảnh xương chậu.

+ Đặt nẹp vít vào đốt sống trên và dưới liền kề.

+ Khâu lại dây chằng dọc trước và đóng lại vết mổ, có dẫn lưu.

• Đường cổ sau:

+ Rạch da ở chính giữa dựa vào vị trí tổn thương dự kiến

+ Bộc lộ các đốt sống

+ Xác định vị trí tổn thương bằng C- arm

+ Nắn chỉnh di lệch do chấn thương: 1 số trường hợp gây trật cài chắc khó nắn chỉnh có thể phải cắt bỏ diện khớp mới nắn chỉnh được.

+ Áp dụng kĩ thuật nẹp vít qua chân cung hoặc khối khớp theo kĩ thuật của Magerl và Roy-Camille.

+ Mở cung sau: giải phóng chèn ép tủy, kiểm tra đánh giá tình trạng tổn thương tủy sống và xử lý tổn thương (rách màng cứng, máu tụ...) nếu có.

+ Đặt dẫn lưu kín vết mổ 24- 48 giờ, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

• Phối hợp cả 2 đường mổ cổ trước và cổ sau:

+ Thì 1: Mổ đường cổ sau vào cắt diện khớp trật cài nắn chỉnh và mở cung sau giải ép tủy sống như đã trình bày ở trên.

+ Thì 2: Mổ đường cổ trước bên vào cố định cột sống cổ bằng kĩ thuật Smith- Robinson.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung:

- Tuổi trung bình: $42,6 \pm 11,6$. Bệnh nhân thấp tuổi nhất là 20 tuổi, cao nhất là 68 tuổi. Hầu hết bệnh nhân đều trong tuổi lao động.

- Giới: Tỷ lệ nam chiếm 84,1%, nữ chiếm 15,9%

3.2 Lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

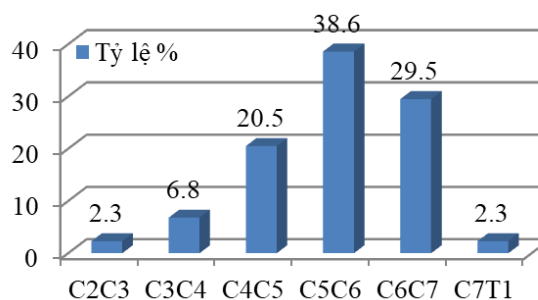
3.2.1. Lâm sàng

Bảng 1: Lâm sàng của bệnh nhân trước mổ đánh giá theo AIS

AIS	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
B	25	56,8
C	6	13,6
D	7	15,9
E	6	13,6

Tỷ lệ bệnh nhân AIS mức độ B chiếm tỷ lệ cao nhất 56,8%

3.2.2 Chẩn đoán hình ảnh



Biểu đồ 1: Vị trí tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh

Bảng 2: Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân trước mổ

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Mức độ trật	ĐỘ I	0	0
	ĐỘ II	12	27,3
	ĐỘ III	23	52,3
	ĐỘ IV	9	20,1
	ĐỘ V	1	2,3
Số diện khớp trật cài	2 bên	33	75,0
	1 bên	11	25,0
Trật cài đơn thuần/phối hợp	Đơn thuần	20	45,5
	Kèm vỡ thân đốt sống	14	31,8
	Kèm vỡ diện khớp	10	22,7
Tổn thương tủy	Không	4	9,1
	Đụng dập tủy	40	95,2
Tổn thương đĩa đệm		44	100

3.3 Phương pháp mổ

Bảng 3: Phân loại phương pháp mổ

Phương pháp mổ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Mổ cổ trước	9	20,5
Mổ cổ sau	13	29,5
Mổ 2 đường	22	50,0
Tổng	44	100

Mổ 2 đường là phương pháp mổ hay được sử dụng nhất trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 50%

3.3.1 Lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh sau phẫu thuật 6 tháng

Bảng 4: Đánh giá lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh sau phẫu thuật

		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Lâm sàng theo AIS	B	13	29,5
	C	9	20,5
	D	6	13,6
	E	12	27,3
	Tử vong	13	29,5
Mức độ trật sau nắn	ĐỘ 0	36	81,8%
	ĐỘ I	8	18,2%

3.3.2 Biến chứng sau phẫu thuật**Bảng 5: Biến chứng sau phẫu thuật**

Biến chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Loét tì đè	24	54,5
Nhiễm khuẩn tiết niệu	20	45,5

Viêm phổi	8	18,2
Suy hô hấp	6	13,6
Tử vong	4	9,1

Tỷ lệ bệnh nhân loét tì đè chiếm tỷ lệ cao nhất 54,5%.

3.3.3 Đánh giá hiệu quả của từng phương pháp phẫu thuật**Bảng 6: Đánh giá hiệu quả của các phương pháp mổ**

		Đường mổ trước		Mổ 2 đường		Đường mổ sau		p
		N	%	N	%	N	%	
Mức độ trật sau mổ	Độ 0	7	77,8	21	95,5	8	61,5	0,04
	Độ I	2	22,2	1	4,5	5	38,5	
Mức độ hồi phục lâm sàng sau mổ	Không hồi phục	4	44,4	5	22,7	6	34,1	0,281
	Hồi phục	5	55,6	17	77,3	7	65,9	

Phương pháp mổ 2 đường có tỷ lệ nắn trật về hoàn toàn cao hơn 2 phương pháp còn lại có ý nghĩa thống kê, mức độ hồi phục lâm sàng cũng cao hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê

IV. BÀN LUẬN

Chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp tuy chỉ chiếm 5 -10% trong chấn thương CSC [3] nhưng hậu quả của nó lại vô cùng nghiêm trọng. Đặc biệt khi đối tượng bệnh nhân CTCS cổ thấp TCDK lại chủ yếu trong độ tuổi lao động: theo nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 42,6 tuổi và chủ yếu là nam giới (82,1%), đã trở thành gánh nặng rất lớn cho gia đình và xã hội.

Chấn thương cột sống cổ trật cài diện khớp là 1 tổn thương rất nặng về giải phẫu là thu hẹp nặng ống tủy nên tổn thương thần kinh cũng rất nặng [6]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy 56,8% bệnh nhân tổn thương tủy AIS B là phù hợp.

Về vị trí tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh, nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy chủ yếu là tổn thương ở vị trí C5C6 (38,6%). Đây là vị trí mà cột sống cổ di động nhiều nhất vì vậy dễ bị tổn thương nhất [7]. Trong nghiên cứu không gặp bất kì trường hợp nào trật độ I có cài diện khớp. Vì vậy trên lâm sàng khi gặp những trường hợp trật đốt sống từ độ II trở lên cần nghĩ tới và xác định có cài diện khớp hay không để tiếp tục áp dụng thêm các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác xác định và có phương pháp nắn trật phù hợp. Bên cạnh đó trên Xquang cũng cần chú ý đến di lệch xoay của đốt sống để xác định những trường hợp chỉ trật cài 1 bên.

Trên chẩn đoán hình ảnh cũng cho thấy, chủ yếu các bệnh nhân có tổn thương đưng dập tủy (52,3%) và tổn thương đĩa đệm (100%). Nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng khuyến cáo nên kiểm tra tủy sống trước mổ bằng chụp MRI, đặc biệt là với những bệnh nhân bị TCDK 2 bên. Lý do là TCDK 2 bên thường gây tổn thương phần mềm nặng nề, và khi dây

chằng dọc sau bị xé đứt, các mảnh vỡ đĩa đệm có xu hướng chèn ép vào tủy sống. Trong nghiên cứu của Rizzolo và cộng sự (1991), có khoảng 40% trường hợp tổn thương đĩa đệm với bệnh nhân bị CTCS cổ tư thể cúi và tỷ lệ này tăng lên đến 80% với bệnh nhân TCDK 2 bên. [8]. Khi đĩa đệm gian đốt sống bị tổn thương, sẽ có sự liên quan đến rối loạn chức năng của tủy sống và rễ thần kinh. Do đó, khi có bằng chứng của sự chèn ép tủy sống, các tác giả khuyến cáo nên phẫu thuật giải ép.

Hiện nay, phương pháp điều trị tối ưu cho TCDK trong CTCS cổ thấp còn nhiều tranh cãi. Việc nắn trật theo đường nào còn phụ thuộc vào kinh nghiệm cá nhân của từng phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng mổ 2 đường là phương pháp mổ hay được sử dụng nhất chiếm tỷ lệ 50%. Mổ 2 đường cho hiệu quả nắn trật cao hơn so với 2 phương pháp trên có ý nghĩa thống kê. Do mổ 2 đường có thể cắt diện khớp cài phía sau, mở rộng được cung sau để giải ép tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình nắn trật hàn xương lõi trước. Vì vậy mổ 2 đường vẫn là phương pháp mổ tối ưu nhất trong trật cài cột sống cổ thấp.

Về biến chứng sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân loét tì đè chiếm tỷ lệ cao nhất 54,5%. Kết quả này phù hợp với kết quả của Võ Văn Sĩ... tỷ lệ này còn cao do phần lớn các bệnh nhân là nông dân nghèo thời gian chăm sóc bệnh nhân kéo dài nên các gia đình không có đủ kiên nhẫn cũng như kinh tế để chăm sóc tốt nhất cho bệnh nhân. Chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp tử vong trong đó 1 bệnh nhân tử vong trong vòng 1 tháng, 2 bệnh nhân tử vong trong vòng 3 tháng và 1 bệnh nhân tử vong trong vòng 6 tháng. Trong cả 4 bệnh nhân tử vong này trước mổ đều có AIS B. Nguyên nhân chủ yếu do suy hô hấp,

viêm phổi do thở máy kéo dài, suy kiệt.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương cột sống cổ thấp trật cài diện khớp tuy chỉ chiếm 5 -10% trong chấn thương CSC [3] nhưng hậu quả của nó lại vô cùng nghiêm trọng. Phẫu thuật nắn trật cài diện khớp là phương pháp an toàn và hiệu quả. Trong đó phương pháp phẫu thuật phối hợp 2 đường có khả năng nắn trật về giải phẫu tốt hơn 2 phương pháp trên có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andreshak J, Dekutoski M (1997).** Management of unilateral facet dislocation: a review of the literature. *Orthopedics* 1997;20: 917 – 26
2. **Satyen Mehta, Ben Goss, et al (2011).** Computed tomographic artifact suggesting cervical facet subluxation. *Spine* 2011;36: 1038 – 1041.
3. **Wei Du, Cheng Wang, et al (2013).** Management of subaxial cervical facet dislocation through anterior approach monitored by spinal cord evoked potential. *Spine* 2013; 39: 48-52
4. **Zhengfeng Zhang, Chao Liu, et al (2016).** Anterior facetectomy for reduction of cervical facet dislocation. *Spine* 2016; 41: E403 – E409.
5. **Tumialan LM, Dadashev V, Laborde DV, et al (2009).** Management of traumatic cervical spondyloptosis in a neurologically intact patient: case report. *Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34: E703 - 8.
6. **Tumialan LM, Theodore N (2012).** Basilar artery thrombosis after reduction of cervical spondyloptosis: a cautionary report. *J Neurosurg Spine* 2012; 16: 492 - 6.
7. **Acikbas C, Gurkanlar D (2010).** Post-traumatic C7-T1 spondyloptosis in a patient without neurological deficit: a case report. *Turk Neurosurg* 2010; 20: 257 - 60.
8. **Rizzolo SJ, Piazza MR et al.** Intervertebral disk injury complicating cervical spine trauma, *Spine* 1991; 16: S 187-9

GIAI ĐOẠN THOÁI TRÀO CỦA CHU TRÌNH ĐÁP ỨNG TÌNH DỤC Ở NGƯỜI BỆNH HƯNG CẢM

Trần Nguyễn Ngọc^{1,2}, Dương Minh Tâm^{1,2}

TÓM TẮT

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu khảo sát giai đoạn thoái trào của chu trình đáp ứng tình dục ở người bệnh hưng cảm đến khám và điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần – bệnh viện Bạch Mai. Đây là một nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thực hiện trên 60 người bệnh được chẩn đoán theo ICD – 10 (F30, F31.0, F31.1, F31.2). Kết quả cho thấy tuổi trung bình của người bệnh hưng cảm là 33,3 ± 11,2 tuổi, nữ giới có tỷ lệ cao hơn nam giới và tỉ lệ nữ / nam ≈ 1,3 / 1. Phần lớn hài lòng sau khi quan hệ tình dục (83,4%). Sau khi quan hệ tình dục, người bệnh hưng cảm thường ôm nhau (41,7%), tiếp theo là hôn, ít gặp nhất là không làm gì và ngủ (13,3%). Đa số người bệnh hưng cảm có thể quan hệ tiếp 1 lần nữa sau khi đã quan hệ tình dục (71,7%) và có thể quan hệ tiếp tục 2 lần nữa nhưng ít hơn (28,3%). Tỷ lệ hài lòng hoặc cảm thấy thỏa mãn về số lượng quan hệ tình dục là 45%.

Từ khóa: hưng cảm; giai đoạn thoái trào, chu trình đáp ứng tình dục

SUMMARY

RESOLUTION PHASE OF SEXUAL RESPONSE CYCLE IN PATIENT WITH MANIA

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Sức Khỏe Tâm Thần - Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Tâm

Email: duongminhtam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 5.4.2022

Our study aimed to investigate resolution phase of sexual response cycle in manic patients treated in Institute of Mental Health - Bach Mai hospital. This is a cross-sectional descriptive study, included 60 patients diagnosed with mania according to ICD-10 criteria (including diagnostic codes: F30, F31.0, F31.1, F31.2). Results: the mean age of manic patients was 33.3 ± 11.2 years old. There were more women than men, and the female/male ratio was about 1.3/1. Majority of patients were satisfied after having sex (83.4%). After sex, the most common activity was hugging 41.7%, followed by kissing and the lowest rate was doing nothing. This ratio was similar for men and women. Most of the manic patients can have the second intercourse with the rate was 71.7% and the percentage of the third intercourse was 28.3%. The rate of satisfaction with the number of sexual intercourse was 45%.

Keywords: mania; resolution phase, the sexual response cycle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chu trình đáp ứng tình dục của con người thông thường được chia ra làm 4 giai đoạn bao gồm giai đoạn ham muốn, giai đoạn hưng phấn, giai đoạn cực khoái và giai đoạn thoái trào. Đáp ứng tình dục là một quá trình liên quan đến sự tương tác phức tạp giữa cơ thể và tâm lý. Nghĩa là, liên quan đến phản xạ vỏ não và phản xạ tuỷ sống - cùng. Phản xạ tuỷ sống - thắt lưng cùng liên quan đến kích thích ngoại biên: cảm giác sờ nắn, đụng chạm tại chỗ cơ quan sinh dục và các