

xin đạt 88,8% và tiêm đúng lịch đạt 36,3%.

Tỷ lệ trẻ được tiêm chủng miễn phí các loại vắc xin đều chiếm trên 99%; Lý do khiến trẻ không được tiêm vắc xin hoặc tiêm không đúng lịch chủ yếu là do trẻ không đủ sức khỏe, sợ các phản ứng sau tiêm, không biết phải đưa đi tiêm.

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường truyền thông các thông tin về tiêm chủng, lợi ích của tiêm chủng cho những người chăm sóc chính của trẻ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trần Tuấn Anh, Nguyễn Thị Thùy Linh, Nguyễn Khắc Minh và cộng sự (2016), "Tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ của trẻ dưới 12 tháng tuổi và một số yếu tố liên quan tại xã Hồng Thái, huyện An Dương, thành phố Hải Phòng năm 2015", Tạp chí Y học dự phòng, XXVI (14)(187) số đặc biệt, tr. 209-217.
2. Cục Y tế dự phòng (2020), Dịch bệnh Bạch hầu và các biện pháp phòng chống chủ yếu, Hội nghị báo cáo công tác phòng chống dịch, Ngày 19 tháng 9 năm 2020, Bộ Y tế.
3. Dự án tiêm chủng mở rộng (2012), Thành quả 25 năm tiêm chủng mở rộng ở Việt Nam.
4. Nguyễn Thanh Hải, Lê Thị Thanh và Nguyễn Khắc Minh (2015), "Tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ và một số yếu tố liên quan của trẻ em dưới 12 tháng tuổi tại xã Bắc Sơn, huyện An Dương, thành phố Hải Phòng năm 2014", Tạp chí Y học dự phòng, 11 (25), tr. 71-77.
5. Hồ Thị Ly Lan (2020), "Thực trạng tiêm chủng đầy đủ, đúng lịch cho trẻ dưới 1 tuổi và một số yếu tố ảnh hưởng tại phường Tân Lợi, thành phố Buôn Ma Thuột, năm 2020", Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, 5 (1), tr. 115-122.
6. Phí Thị Hương Liên và Nguyễn Nhật Cầm (2017), "Thực trạng tiêm chủng đầy đủ, đúng lịch 8 loại vắc xin ở trẻ em dưới 1 tuổi và yếu tố liên quan tại khu vực thành thị thành phố Hà Nội, năm 2016", Tạp chí Y học dự phòng, 27 (6), tr. 118-125.
7. Nguyễn Hồ Mai (2019), Thực trạng tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch 8 loại vắc xin ở trẻ em dưới 1 tuổi và một số yếu tố liên quan tại phường Ô Chợ Dừa, quận Đống Đa, Hà Nội năm 2019, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Thăng Long, Hà Nội.
8. Trần Thanh Tú, Phạm Thị Lan Liên và Trần Thị Huyền Trang (2017), "Nghiên cứu đặc điểm miễn dịch và một số yếu tố nguy cơ mắc sởi nặng ở trẻ em năm 2014", Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi khoa, Số 2 (10-2017), tr. 26 - 33.

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT ĐA TẦNG LỖI TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trương Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Trung<sup>1,2</sup>, Hoàng Gia Du<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp hàn xương liên thân đốt đa tầng lồi trước tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến cứu, đánh giá kết quả trước và sau phẫu thuật hàn xương liên thân đốt đa tầng lồi trước 32 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ trong thời gian từ tháng 10/2019 - 5/2022 tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình 60,56 ± 13,03, tỷ lệ nam/nữ = 1,29. Điểm mJOA cải thiện từ 19,56 ± 12,72 lên 15,94 ± 2,02 (p < 0,01) với RR đạt 74,11%. Điểm VAS tại thời điểm sau mổ và khám lại là 2,62 ± 1,29 và 1,09 ± 0,73 khác biệt với trước mổ có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. NDI trước mổ 38,56 ± 21,09% giảm còn 19,56 ± 12,72% tại thời điểm khám lại (p <

0,01). Có sự tương quan giữa góc Cobb C<sub>2</sub>C<sub>7</sub> với mJOA và NDI, r lần lượt là 0,41 và - 0,36 (p < 0,05). Thời gian phẫu thuật trung bình là 119,7 ± 25,26 phút, lượng máu mất 109,1 ± 28,44 ml. **Kết luận:** Phẫu thuật hàn xương liên thân đốt đa tầng lồi trước trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ cho kết quả cải thiện lâm sàng tốt khi đánh giá các thang điểm mJOA, NDI, VAS; cải thiện góc uốn cột sống cổ trên Xquang sau mổ.

**Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, phẫu thuật lấy đĩa đệm ghép xương và cố định cột sống cổ lồi trước.

## SUMMARY

### RESULTS OF MULTILEVEL ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY AND FUSION IN PATIENTS WITH CERVICAL DISC HERNIATION AT BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the result of treating cervical disc herniation by surgical anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) at Bach Mai Hospital. **Method:** 32 patients diagnosed with cervical disc herniation were operated on by multilevel ACDF from 10/2019 to 5/2022 at Dept. of Orthopedics Surgery & Spine, Bach Mai Hospital. **Results:** The average age is 60,56 ± 13,03, male/female ratio of 1,29/1. The mJOA score improved from 19.56 ± 12.72 to 15.94 ± 2.02 (p

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trương Mạnh Hùng

Email: truonghung.ms@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

< 0.01) with RR of 74.11%. The VAS score at the time of post-operation and re-examination were  $2.62 \pm 1.29$  and  $1.09 \pm 0.73$  respectively, which were statistically significant with  $p < 0.01$ . Preoperative NDI decreased from  $38.56 \pm 21.09\%$  to  $19.56 \pm 12.72\%$  after 3 months ( $p < 0.01$ ). There is a correlation between Cobb C<sub>2</sub>C<sub>7</sub> angle with NDI and mJOA with  $r$  of  $-0.36$  and  $0.41$ , respectively ( $p < 0.05$ ). The average operative time was  $119.7 \pm 25.26$  minutes. The amount of blood loss was  $109.1 \pm 28.44$  ml.

**Conclusion:** Multilevel anterior interbody fusion surgery in the treatment of cervical disc herniation has achieved good clinical outcomes and improved cervical spine lordosis on X-rays images.

**Keywords:** Cervical disc herniation, multilevel anterior cervical discectomy and fusion

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lấy đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt lồi trước (ACDF) được thực hiện lần đầu tiên năm 1955 bởi Smith và Robinson, đây là một phẫu thuật phổ biến trong phẫu thuật cột sống cổ lồi trước nhằm can thiệp trực tiếp các vị trí chèn ép thần kinh từ phía trước như: mô xương, dây chằng, thoát vị đĩa đệm, cốt hóa dây chằng dọc sau ... đồng thời tiến hành đặt miếng ghép và ghép xương và cố định cột sống. Với những ưu điểm như đường mổ nhỏ, mất máu ít, tiếp cận cột sống cổ dễ dàng để loại bỏ các nguyên nhân chèn ép từ phía trước, ACDF đã trở thành "kỹ thuật kinh điển" trong điều trị các bệnh lý về cột sống cổ đặc biệt là bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống [1]. Cùng với sự phát triển về phẫu thuật cột sống cũng như gây mê hồi sức, các trang thiết bị như kính vi phẫu, các hệ thống nẹp vít ... đã giúp ACDF trở thành một phẫu thuật thường quy. Tại Mỹ đã có trên 1.000.000 ca ACDF được tiến hành trong vòng 7 năm từ năm 2006 – 2013 [2]. Mặc dù vậy, việc thực hiện phẫu thuật ACDF đa tầng (từ 2 tầng trở lên) vẫn là một thách thức với các phẫu thuật viên trong kiểm soát kỹ thuật, đặt dụng cụ đúng vị trí, giải phóng chèn ép thần kinh, giảm mất máu, phòng tránh biến chứng... Vì vậy, để đánh giá kết quả phẫu thuật ACDF đa tầng trong điều trị bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp hàn xương liên thân đốt đa tầng lồi trước tại bệnh viện Bạch Mai".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 32 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm cột sống cổ có lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh tương ứng, được phẫu thuật bằng phương pháp hàn xương liên thân đốt đa tầng lồi trước (từ 2

tầng liên tiếp trở lên) tại khoa Chấn thương Chỉnh hình & Cột sống, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2019 – 5/2022.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu. Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Bệnh nhân được phẫu thuật lấy đĩa đệm, ghép xương và cố định cột sống đa tầng. Tất cả bệnh nhân được đeo Colier cột sống cổ 6 tuần sau mổ.

#### • Các biến số nghiên cứu và đo lường:

- **Các biến số chung:** Tuổi, giới, yếu tố chấn thương, số tầng và vị trí phẫu thuật.

- **Đánh giá lâm sàng theo các thang điểm:** Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS với mức điểm từ 1-10 cho các mức độ đau.

Đánh giá hội chứng tủy cổ theo thang điểm JOA cải tiến (mJOA): Sử dụng bộ công cụ thu thập thông tin về lâm sàng bao gồm 4 phần: rối loạn vận động chi trên (5 điểm), rối loạn vận động chi dưới (7 điểm), cảm giác chi trên (3 điểm) và rối loạn cơ tròn (3 điểm); tổng là 18 điểm. Hội chứng tủy cổ nặng được xác định khi mJOA < 12 điểm, hội chứng tủy cổ trung bình khi  $12 \leq mJOA < 15$ , hội chứng tủy cổ nhẹ khi  $mJOA \geq 15$  điểm [3].

Đánh giá tỷ lệ hồi phục thần kinh (Recovery rate - RR) của hội chứng tủy cổ thời điểm ra viện (sau phẫu thuật) và thời điểm khám lại theo công thức Hirabayashi [4]:  $RR = (mJOA_{sau\ mổ} - mJOA_{trước\ mổ}) / (18 - mJOA_{trước\ mổ}) \times 100 (\%)$ .

Đánh giá chỉ số giảm chức năng cột sống cổ (NDI)

Đánh giá sự hài lòng người bệnh theo tiêu chuẩn Odom: Rất tốt, tốt, trung bình, kém. Hồi phục tốt khi Odom nằm trong nhóm Rất tốt và tốt.

- **Các biến số chẩn đoán hình ảnh.** Sử dụng Xquang nghiêng đo chỉ số góc Cobb vùng phẫu thuật và Cobb C2-C7 bằng phần mềm Surgimap.

**2.3. Xử lý số liệu.** Bằng phần mềm STATA 13.0. Tính các chỉ số trung bình, độ lệch chuẩn với các biến liên tục và tính tần số và phần trăm cho biến phân nhóm. Sử dụng t-test hoặc X<sup>2</sup> test với từng biến phù hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p \leq 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm của BN trong nghiên cứu và vị trí phẫu thuật**

	Giá trị
--	---------

Giới	Nam	18	56,25%
	Nữ	14	43,75%
Tuổi	Trung bình	60,56 ± 13,03	
	Min – Max	39 – 82	
Hội chứng lâm sàng	H/c chèn ép tủy	29	90,62%
	H/c chèn ép rễ	2	6,25%
	H/c chèn ép tủy rễ	1	3,13%
Yếu tố chấn thương	Có	3	9,38%
	Không	29	90,62%
Số tầng	2 tầng	20	66,67%

phẫu thuật	3 tầng	12	33,33%
Vị trí đĩa đệm phẫu thuật	C <sub>3-4</sub>	21	65,62%
	C <sub>4-5</sub>	30	93,75%
	C <sub>5-6</sub>	19	59,38%
	C <sub>6-7</sub>	6	18,75%

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ nam/nữ ~ 1,29/1, tuổi trung bình 60,56 ± 13,03 (39 – 82). Hội chứng tủy chiếm đa số với 90,62% bệnh nhân. Có 20 bệnh nhân (66,67%) phẫu thuật 2 tầng, vị trí tầng đĩa đệm can thiệp gặp nhiều nhất là C<sub>4-5</sub> (90,62%), ít nhất là C<sub>6-7</sub> (18,75%).

**Bảng 2. Thời gian và lượng máu mất trong mổ**

Số tầng phẫu thuật	Số bệnh nhân	Thời gian mổ (phút)	Lượng máu mất (ml)	Trung bình máu mất trong 1 phút (ml/ph)
PT 2 tầng	20	108,5 ± 14,15	97,5 ± 21,49	0,91 ± 0,05
PT 3 tầng	12	138,3 ± 29,80	128,3 ± 28,87	0,95 ± 0,06
Tổng	32	119,7 ± 25,26	109,1 ± 28,44	0,92 ± 0,21
p (T-test)		0,00	0,000	0,5638

Bảng 2 cho thấy có sự khác biệt về thời gian mổ và lượng máu mất của phẫu thuật 2 tầng so với 3 tầng (p < 0,05). Lượng máu mất trung bình trong một phút phẫu thuật là 0,92 ± 0,21 ml/phút, và không có sự khác biệt giữa phẫu thuật 2 tầng và 3 tầng (p = 0,5638).

**Bảng 3. Mức độ cải thiện triệu chứng lâm sàng theo các thang điểm**

	Giá trị			p*
	Trước mổ	Sau mổ	Khám lại	
mJOA (n = 30)	10,66 ± 2,78	14,34 ± 2,51	15,94 ± 2,02	p <sub>1</sub> = 0,000 p <sub>2</sub> = 0,000
NDI	38,56 ± 21,09		19,56 ± 12,72	p <sub>2</sub> = 0,000
VAS	4,34 ± 1,36	2,62 ± 1,29	1,09 ± 0,73	p <sub>1</sub> = 0,000 p <sub>2</sub> = 0,000
RR		53,97 ± 20,06%	74,11 ± 19,23%	P <sub>3</sub> = 0,000

\*: T-test. p<sub>1</sub>: So sánh sau mổ với trước mổ; p<sub>2</sub>: so sánh khám lại với trước mổ; p<sub>3</sub>: so sánh khám lại với sau mổ

Bảng 3 cho thấy 100% BN cải thiện mức độ đau cổ sau phẫu thuật. NDI cải thiện về mức nhẹ. mJOA tăng từ 10,66 lên 15,94, đạt 74,11%. 2 bệnh nhân còn triệu chứng mức độ nặng và 27 bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, trong đó có 2 bệnh nhân bệnh nhân khỏi hoàn toàn.

**Bảng 4. Đánh giá kết quả chất lượng cuộc sống theo tiêu chí Odom**

Kết quả	Tiêu chí	N	
Xuất sắc	Không phàn nàn về triệu chứng của bệnh	8	25%
Tốt	Thình thoảng không thoải mái do các triệu chứng của bệnh	17	53,12%
Khá	Triệu chứng cải thiện nhưng hoạt động hằng ngày bị ảnh hưởng	7	21,88%
Xấu	Triệu chứng không cải thiện hoặc xấu hơn	0	0%

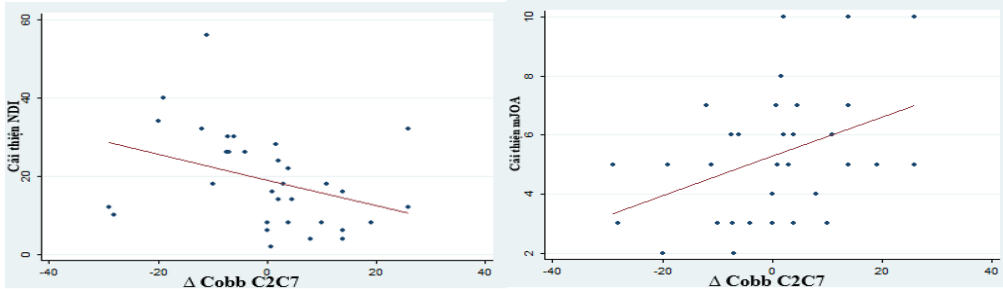
Bảng 4 đánh giá chất lượng cuộc sống theo tiêu chí Odom cho thấy 14 bệnh nhân (25%) không phàn nàn về các triệu chứng của bệnh lý cổ, 17 bệnh nhân (53,12%) thỉnh thoảng không thoải mái do các triệu chứng như đau cổ, tê bì tay. 7 bệnh nhân (22,88%) có cải thiện nhưng vẫn còn khó khăn.

**Bảng 5. Mức độ cải thiện các chỉ số trên Xquang nghiêng**

Góc Cobb	Trước mổ	Sau mổ	Khám lại	p*
Gù vùng	3,47 ± 11,29	8,90 ± 5,28	7,23 ± 5,68	p <sub>1</sub> = 0,0267; p <sub>2</sub> = 0,0422
C <sub>2</sub> – C <sub>7</sub>	11,95 ± 14,50	17,12 ± 8,47	16,50 ± 7,23	p <sub>1</sub> = 0,0159; p <sub>2</sub> = 0,0435

\*: T-test. p<sub>1</sub>: So sánh sau mổ với trước mổ; p<sub>2</sub>: so sánh khám lại với trước mổ

Bảng 5 cho thấy góc gù vùng sau mổ và khám lại cải thiện hơn so với trước mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Góc Cobb C<sub>2</sub>C<sub>7</sub> trước mổ là 13,77, sau mổ là 15,80 và tại lần khám lại là 14,91 sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .



**Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa thay đổi Cobb C<sub>2</sub>C<sub>7</sub> với cải thiện NDI**

Biểu đồ 1 thể hiện mối quan hệ giữa sự thay đổi góc Cobb C<sub>2</sub>C<sub>7</sub> với sự thay đổi NDI và mJOA có tương quan tuyến tính với  $R = - 0,36$  và  $p = 0,0416 < 0,05$ ,  $R = 0,41$   $p = 0,0204 < 0,05$ .

**IV. BÀN LUẬN**

Thoái hóa đĩa đệm xuất phát đầu tiên từ sự thoái hóa của nhân nhầy. Kho nhân nhầy thoái hóa, mất nước làm giảm khả năng chịu lực và đàn hồi dẫn đến những thoái hóa của vòng xơ. Quá trình này tăng dần theo tuổi, diễn ra liên tục trong suốt cuộc đời con người. Khi vòng xơ rách dễ gây ra thoát vị đĩa đệm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình bệnh nhân phẫu thuật là  $60,56 \pm 13,03$  phù hợp với cơ chế bệnh sinh của bệnh lý này; tuy nhiên có sự khác biệt về giới khi tỷ lệ nam cao hơn khoảng 1,29 lần so với nữ. Hầu hết các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhận thấy tỷ lệ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gặp ở nữ nhiều hơn nam [5],[6]. Trong nhóm nghiên cứu có 20 trường hợp phẫu thuật ACDF 2 tầng và 12 trường hợp phẫu thuật 3 tầng với tổng số miếng ghép đĩa đệm được thay là 76. Tỷ lệ phẫu thuật tại vị trí đĩa đệm C<sub>4-5</sub> chiếm đa số lên đến 93,75%, C<sub>3-4</sub> là 65,63%, C<sub>5-6</sub> là 59,38% và C<sub>67</sub> là 18,75%. Với thời gian mổ trung bình là 119,7 phút và lượng máu mất trung bình là 109,1ml. So sánh kết quả giữa 2 tầng và 3 tầng cho thấy, để làm thêm 1 tầng miếng ghép đĩa đệm cần thêm khoảng 30 phút và 30ml máu mất. Tính lượng máu mất trung bình mỗi phút cho thấy không có sự khác biệt giữa phẫu thuật ACDF 2 tầng và 3 tầng. Trong bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, khi nhân nhầy dịch chuyển ra ngoài vòng sợi sẽ giải phóng các cytokine gây viêm như: Interleukin (IL) – 1, IL – 6, chất P, bradykinin, các prostaglandin. Các chất này kích thích đầu mút thần kinh của đĩa đệm cũng như các rễ thần kinh đi ngang qua lỗ liên hợp. Đồng thời, nhân thoát vị cũng chèn ép vào tủy sống, rễ thần kinh gây đau mỏi cổ [7],[8]. Thông qua thang điểm VAS để đánh giá mức độ đau cổ của bệnh nhân, nhận thấy sau mổ triệu chứng đau

cổ được cải thiện đáng kể từ, trung bình trước mổ là  $4,34 \pm 1,36$  xuống  $2,62 \pm 1,29$  và chỉ còn  $1,09 \pm 0,73$  khi khám lại. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Để lượng giá sự ảnh hưởng của đau cổ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá sự suy giảm chức năng cột sống cổ NDI (Neck Disability Index). Vì thời kỳ hậu phẫu, bệnh phải đeo nẹp Colier từ 4-6 tuần, do đó chúng tôi chỉ đánh giá khi bệnh nhân khám lại đã tháo colier cổ. Tại thời điểm khám lại chỉ số NDI giảm xuống còn 19,56%. Có 8 BN không ảnh hưởng và 17 BN có ảnh hưởng nhẹ và chỉ có 1 bệnh nhân ảnh hưởng nặng. Để đánh giá lâm sàng hội chứng tủy cổ, chúng tôi sử dụng thang điểm JOA cải tiến (mJOA) được Benzel giới thiệu lần đầu năm 1991 [9]. Thang điểm này cho điểm từ 0 – 18 điểm, điểm càng thấp thì bệnh càng nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm mJOA có sự cải thiện; từ  $10,66 \pm 2,78$  trước mổ tăng lên  $14,34 \pm 2,51$  sau mổ và khi khám lại là  $15,94 \pm 2,02$ . Bên cạnh đó, RR trung bình khi ra viện và khám lại là 53,98% và 74,11%, có sự khác biệt với  $p < 0.01$ . Khám lại có 3 bệnh cải thiện rất tốt và 12 bệnh nhân cải thiện tốt, không có trường hợp nào cải thiện kém. Đánh giá kết quả sau mổ bằng tiêu chí Odom cho thấy kết quả xuất sắc và tốt đạt 78,13%.

Qua bảng 5 cho thấy có sự cải thiện về số đo góc Cobb C<sub>2</sub>C<sub>7</sub> có khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có 19/32 BN (59,38%) có hình thái cột sống cổ ưỡn (Cobb C<sub>2</sub>C<sub>7</sub> > 10°), 7 BN cổ thẳng ( $0 \leq$  Cobb C<sub>2</sub>C<sub>7</sub> < 10°) và 6 BN cổ gù (Cobb C<sub>2</sub>C<sub>7</sub> < 0°). Tại thời điểm sau mổ và khám lại có 25 BN cổ ưỡn và 7 BN cổ thẳng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự thay đổi về góc gù vùng có khác biệt có ý nghĩa thống kê. Góc gù vùng được nâng từ 3,47 lên 7,23, điều này trực tiếp sẽ giúp

nâng góc ưỡn của cột sống cổ. Đánh giá tương giữa  $\Delta\text{Cobb C}_2\text{C}_7$  với NDI và mJOA cho thấy có mối quan hệ với  $|r|$  lần lượt là 0,36 và 0,41 với  $p < 0,05$ . Việc đưa cột sống cổ về tư thế sinh lý giúp hệ cột sống được cân bằng, đồng thời giúp tủy sống dịch chuyển ra sau vị trí giải ép, từ đó giảm sức căng của tủy, tăng tưới máu và cải thiện triệu chứng thần kinh [10].

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp hàn xương liền thân đốt đa tầng lõi trước cho kết quả phục hồi tốt trên lâm sàng qua đánh giá các thang điểm mJOA, RR, NDI, VAS và Odom. Tăng góc ưỡn cột sống cổ trên Xquang sau mổ. Bên cạnh đó nghiên cứu còn cho thấy có sự tương quan giữa thay đổi góc Cobb  $\text{C}_2\text{C}_7$  với sự cải thiện lâm sàng ở thang điểm NDI và mJOA.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Korinth, M.C.**, Treatment of cervical degenerative disc disease - current status and trends. Zentralbl Neurochir, 2008. **69**(3): p. 113-24.
2. **Epstein, N.E.**, A Review of Complication Rates for Anterior Cervical Discectomy and Fusion (ACDF). Surg Neurol Int, 2019. **10**: p. 100.
3. **Tetreault, L., et al.**, The modified Japanese Orthopaedic Association scale: establishing criteria

for mild, moderate and severe impairment in patients with degenerative cervical myelopathy. Eur Spine J, 2017. **26**(1): p. 78-84.

4. **Hirabayashi, K. and K. Satomi**, Operative procedure and results of expansive open-door laminoplasty. Spine (Phila Pa 1976), 1988. **13**(7): p. 870-6.
5. **Kim, Y.K., et al.**, Differences in the Incidence of Symptomatic Cervical and Lumbar Disc Herniation According to Age, Sex and National Health Insurance Eligibility: A Pilot Study on the Disease's Association with Work. Int J Environ Res Public Health, 2018. **15**(10).
6. **Kolenkiewicz, M., A. Wlodarczyk, and J. Wojtkiewicz**, Diagnosis and Incidence of Spondylosis and Cervical Disc Disorders in the University Clinical Hospital in Olsztyn, in Years 2011-2015. Biomed Res Int, 2018. **2018**: p. 5643839.
7. **Rhee, J.M., T. Yoon, and K.D. Riew**, Cervical radiculopathy. J Am Acad Orthop Surg, 2007. **15**(8): p. 486-94.
8. **Doughty, C.T. and M.P. Bowley**, Entrapment Neuropathies of the Upper Extremity. Med Clin North Am, 2019. **103**(2): p. 357-370.
9. **Benzel, E.C., et al.**, Cervical laminectomy and dentate ligament section for cervical spondylotic myelopathy. J Spinal Disord, 1991. **4**(3): p. 286-95.
10. **Zileli, M., et al.**, Outcome Measures and Variables Affecting Prognosis of Cervical Spondylotic Myelopathy: WFNS Spine Committee Recommendations. Neurospine, 2019. **16**(3): p. 435-447.

## TẦN SUẤT, YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA RỐI LOẠN CHỨC NĂNG THẤT PHẢI Ở BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN PHẪU THUẬT TIM HỞ

Nguyễn Lê Phước<sup>1</sup>, Lê Minh Khôi<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu tần suất, các yếu tố nguy cơ và ý nghĩa tiên lượng của rối loạn chức năng tâm thu thất phải (RLCNTTTP) ở bệnh nhân người lớn được phẫu thuật tim hở. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả có phân tích trên bệnh nhân (BN) được phẫu thuật tim hở tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 8 năm 2019 đến tháng 5 năm 2021. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận được 105 BN. Tỷ lệ BN có đủ cả ba thông số của RLCNTTTP chiếm 29,5%, trong khi nếu chỉ tính một thông số thì tỷ lệ cao nhất là

87,6%. Các yếu tố nguy cơ của RLCNTTTP sau mổ gồm suy giảm chức năng thất phải trước mổ, rung nhĩ, kháng đông, mức độ hở van ba lá, diện tích thất phải cuối kỳ tâm trương trước mổ. RLCNTTTP làm tăng các chỉ điểm của bệnh nặng trong giai đoạn hồi sức như thời gian sử dụng thuốc vận mạch, thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện. **Kết luận:** RLCNTTTP thường gặp sau phẫu thuật tim hở và có ý nghĩa tiên lượng nặng trong giai đoạn hồi sức. **Từ khóa:** thất phải, rối loạn chức năng tâm thu thất phải, phẫu thuật tim, hồi sức.

### SUMMARY

#### INCIDENCE, RISK FACTORS AND EFFECTS ON POST-OPERATIVE PROGRESSION IN ADULTS UNDERGOING OPEN HEART SURGERY

**Objectives:** Investigating the incidence, risk factors and predictive values right ventricular systolic dysfunction (RVSD) in adult patients undergoing open heart surgery. **Method:** Retrospective observational was conducted in adult patients undergoing open

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TPHCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Khôi

Email: khoi.lm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022