

do bận rộn với công tác chống dịch. Bên cạnh đó, bộ công cụ khảo sát được thiết kế dưới dạng đường link để gửi đi phỏng vấn, do vậy chúng tôi không thể ước tính được tỉ lệ phản hồi trong nghiên cứu này là bao nhiêu. Hơn nữa, nghiên cứu này được thực hiện trong giai đoạn đầu của đại dịch (tháng 4 năm 2020), do đó, nghiên cứu có thể không phản ánh hết những thay đổi về kiến thức và thực hành của NVYT trong từng giai đoạn đại dịch. Cần có nghiên cứu đánh giá lại về kiến thức, thực hành giữa các NVYT để so sánh sự khác biệt giữa các giai đoạn dịch.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NVYT có kiến thức và thực hành đúng về phòng, chống COVID-19 lần lượt là 98% và 94,5%. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố như nhóm tuổi, tình trạng sống một mình, trực phòng chống dịch, nội dung được đào tạo, nguồn thông tin về COVID-19 với kiến thức phòng chống COVID-19 của NVYT bệnh viện Chợ Rẫy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Accessed 04/20/2020, [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=3346b04f\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=3346b04f_2)
2. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). Indian journal of pediatrics. Apr 2020;87(4):281-286. doi:10.1007/s12098-020-03263-6
3. Worldometer. COVID-19 coronavirus pandemic. Accessed 05/02/2020,

- <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
4. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain, Behavior, and Immunity. Apr 21 2020;doi:10.1016/j.bbi.2020.04.049
  5. Zhou M, Tang F, Wang Y, et al. Knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 among health care workers in Henan, China. The Journal of hospital infection. Apr 9 2020; doi:10.1016/j.jhin.2020.04.012
  6. Moro M, Vigezzi GP, Capraro M, et al. 2019-novel coronavirus survey: knowledge and attitudes of hospital staff of a large Italian teaching hospital. Acta bio-medica : Atenei Parmensis. Apr 10 2020;91(3-s):29-34. doi: 10.23750/abm.v91i3-S.9419
  7. Giao H, Nguyen Thi N, Thi Ngoc Han N, et al. Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City. Asian Pacific Journal of Tropical Medicine. 04/03 2020;doi:10.4103/1995-7645.280396
  8. Tien TQ, Tuyet-Hanh TT, Linh TNQ, Hai Phuc H, Van Nhu H. Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding COVID-19 prevention among Vietnamese Healthcare Workers in 2020. Health Serv Insights. 2021;14:11786329211019225. doi:10.1177/11786329211019225
  9. Malik UR, Atif N, Hashmi FK, et al. Knowledge, Attitude, and Practices of Healthcare Professionals on COVID-19 and Risk Assessment to Prevent the Epidemic Spread: A Multicenter Cross-Sectional Study from Punjab, Pakistan. Int J Environ Res Public Health. Sep 2 2020; 17(17)doi:10.3390/ijerph17176395

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MẮT VỮNG C1-C2 TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Gia Du\*, Nguyễn Văn Trung\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân mất vững C1-C2 được phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 34 bệnh nhân được chẩn đoán xác định tổn thương mất vững C1-C2 và phẫu thuật từ tháng 10/2017 đến 10/2019 tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là 47,77, phẫu thuật theo kỹ thuật Harms với 25 bệnh nhân chiếm 73,52%. Có 23,53% bệnh nhân cố định kèm cắt cung

sau C1; 100% bệnh nhân được ghép xương đồng loại, tỷ lệ liền xương 94,12%. Có 6 biến chứng (17,65%) được ghi nhận trong và sau mổ: 1 trường hợp tổn thương rễ C2 (2,9%), 2 trường hợp vít vào trong ống sống (5,9%), 3 trường hợp tổn thương rách đám rối tĩnh mạch (8,8%), 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 1 trường hợp viêm phổi. Kết quả điều trị tốt và rất tốt đạt 97,06%, 1 bệnh nhân (2,94%) đạt kết quả trung bình. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị các tổn thương mất vững C1-C2 bước đầu cho kết quả tốt; ghép xương bằng xương đồng loại có tỷ lệ liền xương cao.

**Từ khóa:** mất vững C1-C2, phẫu thuật cố định C1-C2, ghép xương đồng loại.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF SURGICAL RESULTS C1-C2 INSTABILITY AT BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the treatment results of

\*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2023

Ngày duyệt bài: 24.2.2023

patients with C1-C2 instability who underwent surgery at Bach Mai hospital. **Subjects and methods:** Retrospective study of 34 patients diagnosed with C1-C2 instability and operated from October 2017 to October 2019 at Bach Mai Hospital. **Results:** The average age of the study group was 47,77, and the most common surgical method was the Harms technique with 25 patients, accounting for 73,52%. There are 23,53% of patients having to have an arcectomy after C1 decompression; 100% of patients received bone grafting with homogenous bone graft, and the bone healing rate was 94,12%. There were 6 complications (17.65%) recorded during and after surgery including 1 case of C2 root damage (2.9%), 2 cases of screwing into the spinal canal (5.9%), 3 cases of tearing of the venous plexus (8.8%), 1 case of wound infection, 1 case of pneumonia. Good and very good treatment results reached 97.06%, with 1 patient (2.94%) achieving average results. **Conclusion:** Surgical treatment of unstable C1-C2 lesions initially gave good results; Bone grafting with artificial bone gives a high healing rate, comparable to other methods.

**Keywords:** C1-C2 instability, C1-C2 fixation surgery, homogenous bone graft.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương mất vững cột sống cổ C1-C2 là sự di chuyển quá mức giữa đốt sống C1 và C2 do các bất thường của xương, diện khớp hoặc dây chằng. Nguyên nhân rất đa dạng như: chấn thương, viêm, thoái hóa, u thân đốt sống..., cũng có thể do tự phát hoặc bất thường bẩm sinh. Bệnh nhân có thể đến viện với các triệu chứng cơ năng như đau cổ hoặc biểu hiện tổn thương tủy, rễ thần kinh,... Khi có triệu chứng lâm sàng tổn thương mất vững C1-C2 cần can thiệp phẫu thuật để cố định phức hợp C1-C2 [2]. Phẫu thuật tổn thương mất vững C1-C2 có nhiều phương pháp khác nhau: buộc vòng cung sau C1-C2, vít qua khớp C1-C2, vít trực tiếp mỏm nha, vít khối bên C1 cuống C2 (kỹ thuật Harms) và nẹp cổ chẩm. Mục đích của phẫu thuật là làm vững khớp C1-C2 tránh di lệch thứ phát làm tổn thương thần kinh và các di chứng do mất vững C1-C2 gây ra. Các phương pháp điều trị như kéo liên tục, cố định khung Halo giúp cho kéo nắn trước mổ đối với các trường hợp mất vững và di chứng nặng [2]. Phẫu thuật mất vững C1-C2 đòi hỏi phẫu thuật viên có kỹ năng và kinh nghiệm trong phẫu thuật cột sống, đặc biệt là vùng cột sống cổ cao. Không ít các trường hợp gặp biến chứng khi can thiệp phẫu thuật vào vùng giải phẫu phức tạp và nguy hiểm này. Việc đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị mất vững C1-C2 còn hạn chế do sự phức tạp và độ khó của phẫu thuật. Mặt khác lựa chọn phương pháp phẫu thuật trong tổn thương mất vững C1-C2 còn

hiều bàn cãi xung quanh chỉ tiêu đánh giá mất vững, tổn thương gây mất vững, ưu nhược điểm của từng phương pháp, điều kiện trang thiết bị [3]. Tại Việt Nam, có một số nghiên cứu về phẫu thuật mất vững C1-C2 theo những kỹ thuật mổ riêng biệt tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào trên nhóm bệnh nhân có tổn thương mất vững C1-C2 chung và so sánh các phương pháp mổ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống, Bệnh viện Bạch Mai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 34 bệnh nhân chẩn đoán xác định tổn thương mất vững C1-C2 và được phẫu thuật tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2017 đến tháng 10/2019.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mất vững C1-C2 qua các tiêu chuẩn lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và có chỉ định phẫu thuật.
- Bệnh nhân được phẫu thuật điều trị mất vững C1-C2 tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống, Bệnh viện Bạch Mai.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Không đầy đủ hồ sơ bệnh án, thiếu thông tin

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu.

**2.3. Cỡ mẫu.** Sử dụng cỡ mẫu không xác suất (mẫu thuận tiện). Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 22.

### 2.4. Các biến số nghiên cứu

- **Thông tin chung:** Tuổi (năm) tính tại thời điểm phẫu thuật; giới (nam, nữ); nghề nghiệp; nguyên nhân tổn thương: chấn thương cũ, mới, bẩm sinh hay bệnh lý mắc phải.

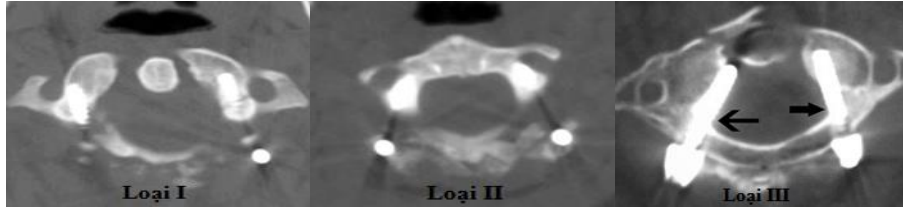
- **Đặc điểm lâm sàng trước và sau mổ:** Triệu chứng cơ năng (đau cổ, cứng cổ, hạn chế vận động cổ, rối loạn cảm giác); triệu chứng thực thể (đánh giá tổn thương thần kinh dựa theo thang điểm ASIA [1]); đánh giá chỉ số giảm chức năng cột sống cổ theo NDI (< 10%: Không ảnh hưởng; NDI (10 -30%): Nhẹ; NDI (30 - 50%): Trung bình; NDI (50 - 70%): Nặng; NDI (> 70%): Ảnh hưởng hoàn toàn [2]); Đánh giá mức độ đau dựa thang điểm VAS.

- **Đặc điểm trong mổ:** phương pháp phẫu thuật, phương pháp ghép xương, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, các tai biến trong và sau mổ.

- **Sau mổ:** đánh giá độ chính xác của vị trí vít C1-C2

Đánh giá độ chính xác của vít C1 trên phim CT 64 dãy [3]:

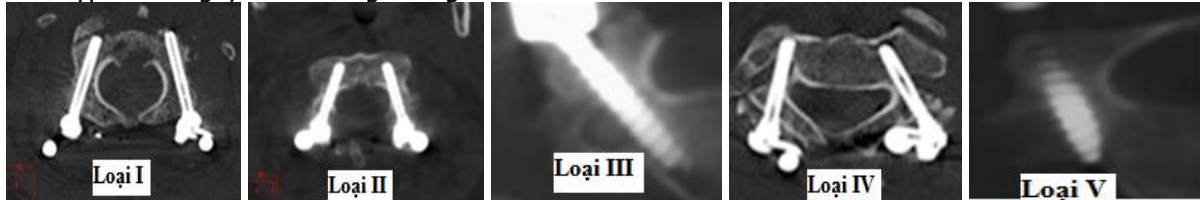
- Type I: Vít nằm hoàn toàn trong xương
- Type II: Vít gây thủng màng xương < 1/2 đường kính vít
- Type III: Vít gây tổn thương động mạch ống sống hoặc tủy sống.



**Hình 2.1. Phân loại mức độ chính xác vít C1**

Đánh giá độ chính xác của vít C2 trên CT 64 dãy (Gertzbein, Robbins) [3]:

- Type I: Vít nằm hoàn toàn trong cuống sống
- Type II: Vít gây tổn thương cuống < 2mm
- Type III: Vít gây tổn thương cuống 2 - 4mm
- Type IV: Vít gây tổn thương cuống 4 - 6mm
- Type V: Vít gây tổn thương cuống > 6mm



**Hình 2. Phân loại mức độ chính xác vít C2**

- **Khám lại:** Tất cả bệnh nhân được khám lại tại một thời điểm để đánh giá triệu chứng lâm sàng, chụp Xquang cột sống cổ thường quy và cúi ưỡn để đánh giá mức độ liền xương và tình trạng cố định C1-C2.

Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa vào tiêu chí lâm sàng, cận lâm sàng theo Bảng 2.1:

**Bảng 2.1: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật**

Tiêu chí	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu
ASIA	E	D	C	A, B
Độ nắm chính	Hoàn toàn	Độ 1	Độ 2	Độ 3, 4
Làm vững	Không thay đổi trên XQ động	Không thay đổi trên XQ động	Không thay đổi trên XQ động	Mất vững trên XQ động
VAS	< 3 điểm	3-4 điểm	3-6 điểm	> 6 điểm
NDI	< 30%	30 - 50%	50 - 70%	> 70%

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 4.1. Đặc điểm chung

**Bảng 3.1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (N=34)**

Đặc điểm		n	%
Tuổi	TB ± SD	47,77 ± 17,85	
	Min-Max	11-81	

Giới	Nam	23	67,65
	Nữ	11	32,35
Nguyên nhân mất vững			
Chấn thương cũ		8	23,53
Chấn thương mới		13	38,24
Bệnh lý	Thoái hóa	8	23,53
	U thân đốt sống	3	8,82
	Lao C1-C2	1	2,94
	Không rõ nguyên nhân	1	2,94
Thời gian nằm viện (ngày)		7,31 ± 3,762 (5 - 14 ngày)	
Thời gian theo dõi sau mổ (năm)		4,2 năm (3 - 5 năm)	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 47,77 tuổi, thấp nhất 11 tuổi, cao nhất 81 tuổi. Nam cao hơn gấp hơn 2 lần nữ giới. Nhóm chấn thương mới chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,24%, có 1 trường hợp mất vững C1-C2 không rõ nguyên nhân.

#### 4.2. Đặc điểm chung của phẫu thuật

**Bảng 3.2: Đặc điểm chung của phẫu thuật (N=34)**

Các đặc điểm		n	%
Cổ định C1-C2	Harms	25	73,52
	Vít qua khớp	0	0
	Wright	2	5,88
Nẹp cổ chẩm		3	8,82
Cổ định cổ sau C1-C2-C3		2	5,88

Cố định + Cắt cung sau C1	8	23,53
Ghép xương đồng loại	34	100
Thời gian phẫu thuật (phút)	78,94 ± 25,405 phút (60 – 150)	
<b>Lượng máu mất (ml)</b>	<b>122,31 ± 46,468 ml (50-300)</b>	

**Nhận xét:** Phẫu thuật cố định C1-C2 chủ yếu bằng kỹ thuật Harms với 25 bệnh nhân chiếm 73,52%. Có 8 bệnh nhân chiếm 23,53% cắt cung sau C1 giải ép; tất cả bệnh nhân đều được ghép xương đồng loại (100%).

**4.3. Kết quả điều trị**

**Bảng 3.3: Tai biến, biến chứng trong và sau mổ**

Đặc điểm	n	%
Tổn thương thần kinh (rê cổ cao)	1	2,9
Vít vào ống sống	2	5,9
Rách đám rối tĩnh mạch	3	8,8
Viêm phổi	1	2,9
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,9

**Nhận xét:** Có 6 tổn thương trong và sau mổ được ghi nhận 1 trường hợp tổn thương rễ C2 (2,9%), 2 trường hợp vít vào trong ống sống (5,9%), 3 trường hợp tổn thương rách đám rối tĩnh mạch (8,8%), 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 1 trường hợp viêm phổi. Không gặp tổn thương động mạch đốt sống, tổn thương dây thần kinh XII hay liệt tiến triển sau mổ.

**Độ chính xác vị trí vít C1-C2**

Trong nghiên cứu, có 58 vít được bắt vào khối bên C1, 60 vít được bắt qua cuống C2 bằng kỹ thuật Harms; 4 vít được bắt qua cung sau C2 (kỹ thuật Wright).

**Bảng 3.4: Đánh giá mức độ chính xác của vít C1**

**Bảng 3.7: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật**

Tiêu chí	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu
<b>ASIA</b>	E	D	C	A, B
<b>Độ nắn chỉnh</b>	Hoàn toàn	Độ 1	Độ 2	Độ 3, 4
<b>Làm vững</b>	Không thay đổi trên XQ động	Không thay đổi trên XQ động	Không thay đổi trên XQ động	Mất vững trên XQ động
<b>VAS</b>	< 3 điểm	3 - 4 điểm	5 - 6 điểm	> 6 điểm
<b>NDI</b>	< 30%	30 - 50%	50 - 70%	> 70%
<b>Tổng</b>	<b>28 (82,35%)</b>	<b>5 (14,71%)</b>	<b>1 (2,94%)</b>	<b>0</b>

**Nhận xét:** Qua khám lại 100% bệnh nhân, đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sau mổ tỷ lệ tốt và rất tốt đạt 97,06%, có 1 bệnh nhân (2,94%) đạt kết quả điều trị trung bình.

**IV. BÀN LUẬN**

Có nhiều phương pháp phẫu thuật cố định mất vững C1-C2, mỗi phương pháp có ưu nhược

Vị trí	Vít C1 bên phải		Vít C1 bên trái	
	n	%	n	%
Type I	18	62,07	21	72,41
Type II	11	37,93	8	27,59
Type III	0	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Vít khối bên C1 qua cung sau lý tưởng (Loại 1) chiếm 62,07% bên phải và 72,41% bên trái. Vít chấp nhận được (Loại 2) chiếm 37,93% bên phải và 27,59% bên trái.

**Bảng 3.5: Đánh giá mức độ chính xác của vít C2**

Vị trí	Vít C2 bên phải		Vít C2 bên trái	
	n	%	n	%
Type I	18	60,0	17	56,67
Type II	9	30,0	9	30,0
Type III	3	10,0	4	13,33
Type IV	0	0	0	0
Type V	0	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ vít qua cuống C2 Loại I, II và Loại III bên phải 100%, bên trái 100%. Không có trường hợp nào vít qua cuống Loại IV, V.

**Đánh giá tình trạng cố định và liên xương sau mổ**

**Bảng 3.6: Đánh giá liên xương vị trí ghép**

Mức độ	n	%
<b>Liên xương hoàn toàn</b>	32	94,12
<b>Không liên xương</b>	2	5,88
<b>Tổng</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ liên xương 94,12%, không liên xương gặp ở 2/32BN chiếm 5,88%.

**4.4. Đánh giá kết quả chung điều trị phẫu thuật**

điểm khác nhau. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc kinh nghiệm của phẫu thuật viên và các điều kiện trang thiết bị hỗ trợ. Trong nghiên cứu chúng tôi, phương pháp phẫu thuật thực hiện nhiều nhất theo kỹ thuật Harms với 25 bệnh nhân chiếm 73,52%. Có 2 bệnh nhân phải bắt vít C2 bằng kỹ thuật Wright do bất thường của cuống C2; 3 bệnh nhân nẹp cổ chẩm

(8,82%), 2 bệnh nhân cố định C1-C2-C3 (5,88%) do chèn ép phù tủy rộng phải mở cả cung sau C1 và C2 để giải ép. Có thể thấy ưu điểm của kỹ thuật Harms khi đây là phương pháp cố định vững chắc cấu trúc C1-C2, chống được di lệch khi chuyển động cúi, uốn và chuyển động xoay mà không cần hỗ trợ khung cố định ngoài, tỷ lệ liền xương cao. Theo Harms và Melcher tỷ lệ liền xương 100%, theo Goel tỷ lệ liền xương 100%. [4]

Các biến chứng trong mổ của phẫu thuật mất vững C1-C2 được quan tâm nhất là tổn thương động mạch đốt sống, tỉ lệ gặp tai biến tổn thương động mạch đốt sống khoảng 3% [5]. Ngoài ra còn có các tổn thương khác như vít vào ống sống, tổn thương thần kinh (rễ, tủy) và rách đám rối tĩnh mạch phía sau, ít gặp hơn thông động mạch đốt sống với đám rối tĩnh mạch phía sau [6]. Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận 3 trường hợp rách đám rối tĩnh mạch sau C1-C2, tổn thương này thường gặp khi phẫu tích tìm vào eo C2 hoặc tìm giới hạn bờ trong khối bên C1. Cầm máu đám rối tĩnh mạch thường khó khăn do thành mạch mỏng, dễ vỡ, mất thời gian và mất máu. Do vậy cần thận trọng khi phẫu tích vào vùng này, lưu ý khi cầm máu bằng dao điện lưỡng cực có thể gây tổn thương thần kinh. Trong nghiên cứu có 2 vít vào trong ống sống ở 2 bệnh nhân, tuy nhiên cả 2 trường hợp không có rối loạn về huyết động (mạch, huyết áp), không có tổn thương thần kinh trên lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính sau mổ, vít đi sát thành trong và qua một phần thành xương của khối bên C1. Nghiên cứu Michael A. Finn và Wang cũng gặp biến chứng này, tác giả cũng nhận thấy không có tổn thương trên lâm sàng. [7] Qua theo dõi và khám lại 34 bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có 1 trường hợp (2,88%) gãy 1 vít khối bên C1, tuy nhiên thăm khám lâm sàng bệnh nhân không có triệu chứng đau cổ và X Quang cột sống cổ tư thế nghiêng cúi – uốn không mất vững. Nghiên cứu 269 bệnh nhân mổ vít qua khớp, Michael A. Finn và cộng sự gặp 11 bệnh nhân gãy vít (chiếm 4,1%), trong đó có 2 bệnh nhân gãy vít do ngã [7].

Trong nghiên cứu chúng tôi 100% bệnh nhân được ghép xương nhân tạo. Tại thời điểm khám lại sau trung bình 4,2 năm có 32 bệnh nhân liền xương hoàn toàn; tỷ lệ liền xương 94,12%. Tình trạng liền xương sau phẫu thuật cố định C1-C2 là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật. Trước đây vật liệu ghép xương được lựa chọn đầu tiên là xương chậu và xương sườn của bệnh nhân (xương tự thân). Xương tự thân

cung cấp một môi trường giàu xương xốp tăng cường hình thành xương mới, thúc đẩy sự phát triển của các tế bào trung mô xương là các tế bào cần thiết cho sự phát triển của xương. Tuy nhiên việc lấy xương tự thân làm kéo dài thời gian phẫu thuật và xuất hiện một số các biến chứng sau mổ như: chảy máu, nhiễm trùng, đau mạn tính vùng lấy xương, gãy cổ xương đùi trong lấy xương chậu, tràn máu màng phổi trong lấy xương sườn... Dimitriou và cộng sự báo cáo có 19,39% (6449BN) các trường hợp lấy xương chậu xuất hiện các biến chứng từ nhẹ đến nặng. [8] Đối với xương ghép đồng loại, trước đây có nhiều phản đối do các tác giả cho rằng quá trình khử trùng làm mất đi các tế bào tạo xương làm giảm khả năng liền xương. Tuy nhiên hiện nay với sự tiến bộ của khoa học, kỹ thuật có thể giữ lại nhiều tế bào tạo xương hơn đồng thời có nhiều chất kích thích liền xương như BMP làm tăng tỷ lệ liền xương tương đương xương tự thân. Ngoài ra xương ghép đồng loại có nhiều dạng như: dài, khối, bột xương... sẽ linh hoạt hơn cho người sử dụng. So sánh về tỷ lệ liền xương giữa xương ghép đồng loại và xương tự thân trong phẫu thuật cố định C1-C2 các tác giả trên thế giới nhận thấy tỷ lệ liền xương cao và không có sự khác biệt giữa hai vật liệu xương ghép. Elliott và cộng sự nghiên cứu hồi cứu quá trình ghép xương C1-C2 nhận thấy: tỷ lệ liền ghép xương đồng loại là 100%(60BN), tỷ lệ liền ghép xương chậu là 99,7%(652BN). [9] Winegar (2010) tỷ lệ liền ghép xương đồng loại 93%. [10] Như vậy, không có sự khác nhau về tỷ lệ liền xương giữa hai nhóm. Tuy nhiên, trong ghép xương đồng loại sẽ giảm thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tránh các biến chứng đau mạn tính kéo dài. Chính vì vậy chúng tôi lựa chọn xương đồng loại làm vật liệu để ghép xương cho bệnh nhân.

Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa vào 3 tiêu chí lâm sàng là các thang điểm: ASIA, VAS và NDI cùng với 2 tiêu chí về chẩn đoán hình ảnh nhằm đánh giá độ nắn chỉnh các tổn thương mất vững, cố định vững phức hợp C1-C2 trên Xquang cột sống sống cổ cúi – uốn sau thời gian khám lại tối thiểu 6 tháng. Tỷ lệ đạt kết quả rất tốt và tốt chiếm 97,06%. Trong 2 nhóm bệnh nhân này tình trạng thần kinh được cải thiện tốt với ASIA-E và ASIA-D, mức độ đau ít và giảm chức năng cột sống cổ mức độ nhẹ hoặc trung bình. Có 1 bệnh nhân (2,94%) đạt kết quả trung bình do tổn thương thần kinh chưa tiến triển nhiều sau mổ (ASIA-C), còn trật C1-C2 loại 1 và chức năng cột sống cổ ở mức độ nặng (NDI 60%).

**V. KẾT LUẬN**

Phẫu thuật điều trị các tổn thương mất vững C1-C2 tại Bệnh viện Bạch Mai bước đầu cho kết quả tốt trong đó ghép xương bằng xương đồng loại cho tỷ lệ liền xương cao.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **T. T. Roberts, G. R. Leonard và D. J. Cepela (2017)**, "Classifications In Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale", Clin Orthop Relat Res, **475(5)**, tr. 1499-1504.
2. **H. Vernon và S. Mior (1991)**, "The Neck Disability Index: a study of reliability and validity", J Manipulative Physiol Ther, **14(7)**, tr. 409-15.
3. **S. D. Gertzbein và S. E. Robbins (1990)**, "Accuracy of pedicular screw placement in vivo", Spine (Phila Pa 1976), **15(1)**, tr. 11-4.
4. **Robert E Elliott, Omar Tanweer, Akwasi Boah và các cộng sự. (2014)**, "Outcome comparison of atlantoaxial fusion with transarticular screws and screw-rod constructs: meta-analysis and review of literature", Clinical Spine Surgery, **27(1)**, tr. 11-28.
5. **Prabhu V. C., France J. C., Voelker J. L. và các cộng sự. (2001)**, "Vertebral artery pseudoaneurysm complicating posterior C1-2 transarticular screw fixation: case report", Surg Neurol, **55(1)**, tr. 29-33; discussion 33-4.
6. **Coric D., Branch C. L., Wilson J. A. và các cộng sự. (1996)**, "Arteriovenous fistula as a complication of C1-2 transarticular screw fixation. Case report and review of the literature", J Neurosurg, **85(2)**, tr. 340-3.
7. **Finn M.A. và Apfelbaum R.I. (2010)**, "Atlantoaxial transarticular screw fixation: update on technique and outcomes in 269 patients", Neurosurgery, **66(3 Suppl)**, tr. 184-92.
8. **Rozalia Dimitriou, George I Mataliotakis, Antonios G Angoules và các cộng sự. (2011)**, "Complications following autologous bone graft harvesting from the iliac crest and using the RIA: a systematic review", Injury, **42**, tr. S3-S15.
9. **Robert E Elliott, Amr Morsi, Anthony Frempong-Boadu và các cộng sự. (2012)**, "Is allograft sufficient for posterior atlantoaxial instrumented fusions with screw and rod constructs? A structured review of literature", World neurosurgery, **78(3)**, tr. 326-338.
10. **Corbett D Winegar, James P Lawrence, Brian C Friel và các cộng sự. (2010)**, "A systematic review of occipital cervical fusion: techniques and outcomes: a review", Journal of Neurosurgery: Spine, **13(1)**, tr. 5-16.

## KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG ĐIỀU TRỊ COVID-19 TẠI CỘNG ĐỒNG Ở XÃ LA SƠN, HUYỆN BÌNH LỤC, TỈNH HÀ NAM

Lê Thị Minh Phương<sup>1</sup>, Đỗ Thị Thu Hà<sup>1</sup>

COVID-19 tại cộng đồng cao nhưng khả năng đáp ứng của cơ sở y tế còn hạn chế.

**Từ khóa:** Y học cổ truyền, COVID-19

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng sử dụng các phương pháp y học cổ truyền ở bệnh nhân COVID-19 tại cộng đồng tại xã La Sơn - huyện Bình Lục - tỉnh Hà Nam. **Phương pháp:** Điều tra ngang được tiến hành trên 103 đối tượng nhiễm COVID-19 điều trị tại cộng đồng được quản lý bởi trạm y tế xã La Sơn, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam. **Kết quả:** Đa số ở độ tuổi 18 – 55 tuổi (82,5%), tỉ lệ mắc giữa nam và nữ ngang nhau (48,5% và 51,5%), 100% đã được tiêm vaccin COVID-19, 80,6% có thời gian mắc COVID-19 gần đây nhất cách đây 3 tháng, 17,5% đối tượng có triệu chứng của COVID-19 kéo dài. Tỉ lệ sử dụng YHCT trong điều trị COVID-19 tại cộng đồng ở xã La Sơn là 49,5%, trong đó có 89,8% dùng hết hợp với y học hiện đại, với 100% sử dụng thuốc YHCT trong điều trị, dạng thuốc sử dụng chủ yếu là thuốc xông (89,8%), tỉ lệ cung cấp dịch vụ điều trị bằng YHCT tại cơ sở y tế còn thấp chỉ có 26,7%. **Kết luận:** tỉ lệ sử dụng YHCT trong điều trị

**SUMMARY**

### A CROSS-SECTIONAL STUDY ON THE USING OF TRADITIONAL MEDICINE IN THE TREATMENT OF COVID-19 IN THE COMMUNITY OF LA SON COMMUNE, BINH LUC DISTRICT, HA NAM PROVINCE

**Objective:** Describe the using traditional medicine methods in COVID-19 patients in the community in La Son commune - Binh Luc district - Ha Nam province. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 103 COVID-19 patients treated in the community, in Binh Luc district, Ha Nam province. **Result:** Most of the subjects are aged 18 - 55 years old (82.5%), the incidence is equal between men and women (48.5% and 51.5%), 100% have vaccinated against COVID-19, 80.6 % had the most recent COVID-19 infection three months ago, 17.5% of subjects had persistent symptoms of COVID-19. The rate of using traditional medicine in the treatment of COVID-19 in the community in La Son commune is 49.5%, of which 89.8% was a combination with modern medicine, and 100% used herbal medicine in

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Minh Phương

Email: lethiminhphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2023

Ngày duyệt bài: 27.2.2023