

mô động mạch gan được chia ra các độ nhẹ, vừa, nặng căn cứ vào mức độ bóc tách theo chu vi. Tuy nhiên theo tác giả Agarwal (2020) [9], căn cứ để tái tạo lưu thông động mạch gan khi có tổn thương phụ thuộc vào chiều dài phần động mạch không bóc tách nội mô và mức độ của các nhánh động mạch khác sẽ phù hợp hơn. Căn cứ theo phân loại này, tổn thương loại I chỉ yêu cầu cắt bỏ đoạn động mạch bị tổn thương đến phần lành. Đối với tổn thương loại II, phẫu thuật viên sẽ lựa chọn nhánh động mạch gan khác không bị tổn thương để nối với động mạch của mảnh gan ghép. Trong nghiên cứu, có 2 trường hợp độ I cắt đoạn động mạch gan phải qua phần bóc tách (3,8%), 1 trường hợp độ II sử dụng động mạch gan trái (1,9%), 1 trường hợp độ IV sử dụng động mạch gan riêng (1,9%).

V. KẾT LUẬN

Tái tạo lưu thông tĩnh mạch gan phải và giữ thành một miệng nối duy nhất trong ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải là một phương pháp đơn giản và an toàn. Cần đánh giá biến đổi giải phẫu, tình trạng huyết khối mạn tính tĩnh mạch cửa và tổn thương bóc tách nội mạc động mạch gan trước ghép để có phương án tái tạo lưu thông phù hợp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hou Y., Wan P., Feng M., et al.** (2021). "Modified dual hepatic vein anastomosis in pediatric living-donor liver transplantation using left lateral segment grafts with two wide orifices". *Front Pediatr*, 9: 685956.

2. **Li P.C., Thorat A., Jeng L.B., et al.** (2017). "Hepatic artery reconstruction in living donor liver transplantation using surgical loupes: Achieving low rate of hepatic arterial thrombosis in 741 consecutive recipients-tips and tricks to overcome the poor hepatic arterial flow". *Liver Transpl*, 23(7): 887-898.
3. **Lee SG** (2006). "Techniques of reconstruction of hepatic veins in living-donor liver transplantation, especially for right hepatic vein and major short hepatic veins of right-lobe graft". *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 13: 131-138.
4. **Kim J.D., Choi D.L., Han Y.S., et al.** (2014). "Simplified one-orifice venoplasty for middle hepatic vein reconstruction in adult living donor liver transplantation using right lobe grafts". *Clin Transplant* 28: 561-8.
5. **Hwang S., Lee S.G., Ahn C.S., et al.** (2005). "Cryopreserved iliac artery is indispensable interposition graft material for middle hepatic vein reconstruction of right liver grafts". *Liver Transplantation*, 11(6).
6. **Hwang S., Lee S.G., Ahn C.S., et al.** (2009). "Technique and outcome of autologous portal Y-graft interposition for anomalous right portal veins in living donor liver transplantation". *Liver Transplantation*, 15: 427-434.
7. **Miura K., Sugawara Y., Uchida K., et al.** (2018). "Adult living donor liver transplantation for patients with portal vein thrombosis: a single-center experience". *Transplantation Direct*, 4(5): e341.
8. **Yoshizumi T., Mori M.** (2020). "Portal flow modulation in living donor liver transplantation: review with a focus on splenectomy". *Surg Today*, 50(1): 21-29.
9. **Agarwal S., Dey R., Pandey Y., et al.** (2020). "Managing recipient hepatic artery intimal dissection during living donor liver transplantation". *Liver Transpl*, 26(11): 1422-1429.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X-QUANG VÀ CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG TRẬT C1-C2

Hoàng Gia Du¹, Nguyễn Văn Trung¹

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm hình ảnh và độ phù hợp của phương pháp chụp X-quang và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán chấn thương trật C1-C2. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả cắt ngang 13 trường hợp chấn đoán chấn thương trật C1-C2 tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 6 năm 2012. **Kết quả:** Tổn thương trật C1-C2 được phát hiện cao nhất trên phim X-quang

nghiêng (92,3%), X-quang thẳng không quan sát thấy tổn thương, độ phù hợp X-quang so với cắt lớp vi tính trong chẩn đoán trật C1-C2 ở mức độ vừa (Kappa = 0,4797). Tổn thương trật C1-C2 loại 2 và 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (69,2%), tổn thương loại 4 chiếm tỷ lệ thấp (23,1%) chủ yếu do tổn thương cũ tạo khớp giả mồm nha. **Kết luận:** Hình ảnh X-quang nghiêng có giá trị trong chẩn đoán tổn thương trật C1-C2, tuy nhiên cắt lớp vi tính vẫn đóng vai trò chính trong chẩn đoán trật C1-C2, đặc biệt cắt lớp vi tính có dạng hình.

Từ khóa: X-quang, cắt lớp vi tính, chấn thương trật C1-C2

SUMMARY

X-RAY AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING IN DIAGNOSIS OF C1-C2 TRAUMATIC DISLOCATION

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

Objectives: Analyzing and comparing of x-ray and computed tomography imaging features in diagnosis of C1-C2 traumatic dislocation. **Methods:** Cross-sectional described retrospective studying of 13 traumatic C1-C2 fracture patients were diagnosed in Viet Duc hospital from January 2010 to June 2012. **Results:** On X-ray images: C1-C2 dislocation was mostly diagnosed by sagittal plane x-rays (92,3%), anterior-posterior plane x-rays could not show C1-C2 dislocation. The corresponding ratio of x-ray and computed tomography scan was quiet low ($Kappa = 0,4797$). Type 2 and Type 3 of C1-C2 dislocation were the most popular rate (69,2%), type 4 was lower (23,1%), that all were odontoid pseudoarthrosis. **Conclusion:** lateral X-ray was worth in C1-C2 dislocation diagnosis. Moreover, 3 dimensions computed tomography was more effective in diagnosis of C1-C2 traumatic dislocation.

Keywords: X-rays, computed tomography, C1-C2 dislocation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phức hợp C1-C2 là đơn vị có cấu trúc giải phẫu phức tạp vùng bản nề cổ-chẩm, có vai trò quan trọng không chỉ trong cử động của đầu cổ mà còn là vị trí bảo vệ những cấu trúc thần kinh quan trọng của tủy sống. Các chấn thương gây tổn thương vùng cổ chẩm có thể gây tổn thương thần kinh nghiêm trọng, thậm chí tử vong.^{1,2} Tổn thương vùng cổ chẩm chiếm 20% các tổn thương cột sống cổ, trong đó tổn thương trật C1-C2 chiếm tỷ lệ xấp xỉ 2%.^{3,4} Sự vững chắc của phức hợp C1-C2 được duy trì bởi 3 yếu tố chính: mỏm nha, dây chằng chữ thập và hệ thống dây chằng phía sau.⁵ Chấn thương gây tổn thương trật C1-C2 thường là những chấn thương năng lượng cao như: ngã cao, chấn thương thể thao, tai nạn giao thông, các tai nạn khi bơi lội, gây tổn thương nặng cấu trúc giải phẫu; cơ chế thường do cúi ưỡn quá mức kết hợp với lực xoay.^{6,7} Chấn thương trật C1-C2 có biểu hiện lâm sàng đa dạng, có thể gây chèn ép thần kinh biểu hiện ngay trên lâm sàng hoặc chèn ép sau khi di lệch thứ phát từ những tổn thương ban đầu không được phát hiện (khớp giả mỏm nha...), hay đi kèm với các tổn thương khác như chấn thương sọ não, chấn thương hàm mặt ... vì vậy dễ gây bỏ sót trong chẩn đoán ban đầu. Sự ra đời của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như X-quang, cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán tổn thương trật C1-C2 nhanh chóng chính xác hơn, tránh gây ra những hậu quả nặng nề cho người bệnh do bỏ sót tổn thương trong chẩn đoán ban đầu. Tại Việt Nam, việc ứng dụng X-quang và cắt lớp vi tính (CLVT) đã giúp chẩn đoán các tổn thương cột sống cổ và hiện đang được áp dụng rộng rãi, song việc đánh giá kết quả khi ứng

dụng thực tế cũng như độ phù hợp giữa X-quang và cắt lớp vi tính còn hạn chế. Nhằm đánh giá đặc điểm hình ảnh cũng như độ phù hợp của X-quang với cắt lớp vi tính trong chẩn đoán trật C1-C2, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đặc điểm hình ảnh X-quang và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán tổn thương trật C1-C2".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 13 bệnh nhân tổn thương trật đốt sống C1-C2 được chụp X-quang, cắt lớp vi tính và chẩn đoán xác định có tổn thương trên cắt lớp vi tính tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2010 đến tháng 6/ 2012.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn. Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định khi ra viện là tổn thương trật đốt sống C1-C2, hồ sơ bệnh án đầy đủ, có đầy đủ các phim: X-quang cột sống tư thế thẳng, nghiêng, thẳng há miệng, cắt lớp vi tính có tái tạo trên mặt phẳng ngang, đứng dọc, đứng ngang. Không phân biệt tuổi, giới tính.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Không có đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu, bệnh lý cột sống, tủy sống không phải do chấn thương.

2.4. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu

2.5. Các biến nghiên cứu

- Đặc điểm hình ảnh X-QUANG: Tổn thương, nghi ngờ tổn thương, không có tổn thương

Trong đó:

+ Tổn thương: Trật C1-C2 khi có tăng khoảng cách giữa mỏm nha với cung trước C1, mất cân xứng khoảng cách giữa mỏm nha C2 với hai khối bên C1, di lệch khối bên C1.

+ Nghi ngờ tổn thương: Nghi ngờ có trật C1-C2 kèm theo có phù nề phần mềm trước cột sống ngang C1 (độ dày phần mềm trước cột sống ngang C1 > 10mm⁸).

- Đặc điểm hình ảnh trên CLVT: Tăng khoảng cách giữa mỏm nha và cung trước C1 (chẩn đoán dựa vào chỉ số ADI > 3mm ở người lớn, > 5mm ở trẻ em trên mặt phẳng đứng dọc⁶), mất cân xứng khoảng cách giữa mỏm nha với hai khối bên C1, đứt dây chằng ngang (dựa vào chỉ số Spence > 6,9 mm), phù nề phần mềm trước cột sống ngang C1 (độ dày phần mềm trước cột sống ngang C1 > 10mm⁸), phân loại tổn thương theo Fielding⁹ (Loại 1, loại 2, loại 3, loại 4).

- Khả năng phù hợp giữa X-quang và CLVT: Sử dụng chỉ số Kappa để đánh giá khả năng phù hợp của hai phương pháp X-quang và CLVT.

Chỉ số Kappa = Phù hợp thực tại/Phù hợp tiềm ẩn

Trong đó: Phù hợp thực tại = Phù hợp quan sát (Po) - Phù hợp ngẫu nhiên (Pc)

Phù hợp tiềm ẩn = Phù hợp hoàn toàn (1) - Phù hợp ngẫu nhiên (Pc)

Đánh giá:

0,0-0,2: Phù hợp quá ít

0,2-0,4: Phù hợp thấp

0,4-0,6: Phù hợp vừa

0,6-0,8: Phù hợp khá

0,8-1,0: Phù hợp cao

2.6. Xử lý số liệu: Phân tích và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 13 bệnh nhân trật C1-C2, trong đó có 3 bệnh nhân trật C1-C2 do khớp giả mòm nha và 4 bệnh nhân trật C1-C2 do gãy mòm nha.

3.1. Đặc điểm X-quang trong chẩn đoán tổn thương trật C1-C2

Bảng 3.1. Đặc điểm X-quang trong chẩn đoán tổn thương trật C1-C2

X-quang	Trật C1-C2		Nghỉ ngờ tổn thương		Không thấy tổn thương	
	n	%	n	%	n	%
Thẳng	0	0	0	0	0	0
Nghiêng	12	92,3	1	7,7	0	0
Thẳng há miệng	11	84,6	1	7,7	1	7,7

Nhận xét: X-quang nghiêng phát hiện trật C1-C2 với tỷ lệ cao nhất 92,3%, 1 trường hợp nghỉ ngờ tổn thương (7,7%). X-quang thẳng há miệng phát hiện trật C1-C2 với 11 bệnh nhân (84,6%), 1 trường hợp nghỉ ngờ tổn thương (7,7%), 1 trường hợp không phát hiện được tổn thương (7,7%). X-quang thẳng không phát hiện được trường hợp tổn thương nào.

3.2. Đặc điểm hình ảnh phù hợp giữa X-quang và CLVT trong trật C1-C2

Bảng 3.2. Đặc điểm hình ảnh phù hợp giữa X-quang và CLVT trong trật C1-C2

PP thăm khám	Tăng khoảng cách giữa mòm nha - cung trước C1	Mất cân xứng khoảng cách mòm nha- hai khối bên C1	Di lệch khối bên C1	Phù nề phần mềm trước C1
X-quang	12	11	2	7
CLVT	13	13	8	10
			p<0,05	

Nhận xét: So với CLVT, X-quang phát hiện tốt các tổn thương tăng khoảng cách giữa mòm nha với cung trước C1 (92,3%) và mất cân xứng khoảng cách mòm nha với hai khối bên C1 (84,6%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p< 0,05) trong phát hiện tổn thương di lệch khối bên C1.

3.3. Phân loại tổn thương trật C1-C2 trên CLVT

Bảng 3.3. Phân loại tổn thương trật C1-C2 trên CLVT

Phân loại	n	%
Loại 1	1	7,7
Loại 2	4	30,7
Loại 3	5	38,5
Loại 4	3	23,1
Tổng	13	100

Nhận xét: Tổn thương trật C1-C2 loại 3 và loại 2 chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 38,5% và 30,7%. Tổn thương loại 1 chiếm tỷ lệ thấp nhất 7,7%. Tổn thương loại 4 với 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 23,1%, cả 3 trường hợp này đều do tổn thương khớp giả mòm nha gây nên.

3.4. Khả năng phù hợp chẩn đoán giữa X-quang và CLVT trong chẩn đoán trật C1-C2

Bảng 3.4. Khả năng phù hợp chẩn đoán giữa X-quang và CLVT trong tổn thương trật C1-C2

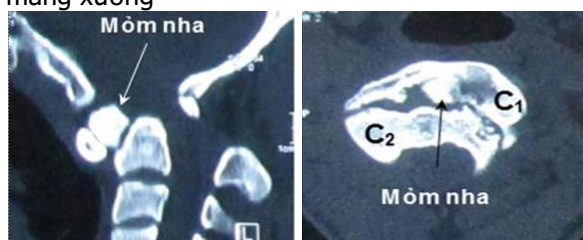
X-quang / CLVT	Có tổn thương	Không tổn thương	n	Kappa
Có tổn thương	12	1	13	0,4797
Không tổn thương	0	0	0	
n	12	1	13	

Nhận xét: Kết quả phù hợp vừa (Kappa = 0,4797) giữa X-quang và CLVT trong chẩn đoán tổn thương trật C1- C2.

IV. BÀN LUẬN

Phức hợp C1-C2 được cấu thành từ 2 đốt sống C1, C2 cùng hệ thống dây chằng, bao khớp vững chắc. Chấn thương gây trật C1-C2 thường là những chấn thương năng lượng cao gây tổn thương phá vỡ các cấu trúc cấu thành phức hợp C1-C2.⁷ Cơ chế chấn thương do cúi- uốn quá mức kết hợp với lực xoay, thường phối hợp gây C1 và gãy mòm nha, trong đó gãy mòm nha thường chiếm tỷ lệ cao hơn⁶. Nghiên cứu của Hongwei He và cộng sự năm 2017 cũng chỉ ra chấn thương đốt sống C2 cao gấp 3 lần so với chấn thương vỡ đốt sống C1⁹. Tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi, trên 13 bệnh nhân tổn thương trật C1-C2, có 3 bệnh nhân đi kèm khớp giả mòm nha (mức độ trật C1-C2 loại 4), 4 bệnh

nhân có gãy mỏm nha C2. Chấn thương gãy mỏm nha nếu không được điều trị đúng cách sẽ hình thành khớp giả mỏm nha và dẫn tới trật C1-C2. Thời gian hình thành khớp giả thường trên 6 tháng. Trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính tổn thương hình ảnh của khớp giả mỏm nha biểu hiện có mảnh rời mỏm nha bị gãy, phần thân C2 còn lại nơi ổ gãy mỏm nha cũ đã có dấu hiệu tạo màng xương



Hình 4.1. Cắt lớp vi tính trật C₁-C₂, khớp giả mỏm nha

(BN Bạch Công H., nam, 44 tuổi. Mã BA: 9134)

Trong nghiên cứu, X-quang nghiêng phát hiện 12/13 trường hợp tổn thương trật C1-C2 (92,3%), một trường hợp nghi ngờ tổn thương (7,7%) do đây là tổn thương loại 1 khó quan sát trên X-quang. Tương tự nghiên cứu của Hoàng Gia Du năm 2012, X-quang nghiêng phát hiện 100% tổn thương trật C1-C2, nghiên cứu không có trường hợp nào trật C1-C2 loại 1.¹⁰ Trên phim X-quang thẳng há miệng, chúng tôi quan sát thấy 11 trường hợp trật C1-C2 (84,6%), 1 hình ảnh nghi ngờ tổn thương C1-C2 và 1 trường hợp không quan sát thấy tổn thương trật C1-C2. Phim X-quang há miệng chuẩn cần đảm bảo các yếu tố: lấy được toàn bộ mỏm nha và hai khối bên của C1-C2, lõi cầu xương chẩm nằm phía trên khối bên C1, khoảng cách từ mỏm nha tới hai khối bên C1 bằng nhau. Khi hình ảnh không đối xứng gợi ý có gãy C1, C2 hoặc tổn thương dây chằng làm trật xoay C1-C2.¹¹ Trên phim X-quang thẳng không phát hiện được bất kì tổn thương trật C1-C2 nào do ở tư thế này cấu trúc xương hàm dưới che toàn bộ phía trước vùng cột sống cổ cao.



Hình 4.2. Di lệch khối bên C₁ trái trên X-quang thẳng há miệng

(BN Đặng Thị Ph., nữ, 40 tuổi. Mã BA: 19048)

Trên hình ảnh CLVT, chúng tôi phát hiện 7 trường hợp trật C1-C2 do gãy mỏm nha (4 trường hợp gãy mới, 3 trường hợp khớp giả mỏm nha) và 1 trường hợp do vỡ thân C2 gây trật C1-C2. Tương tự nghiên cứu Hongwei H. và cộng sự năm 2017, tổn thương C2 trong chấn thương C1-C2 chiếm tỷ lệ cao.⁹ Phân loại trật C1-C2 theo Fielding chúng tôi có trật C1-C2 loại 3 và loại 2 chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt chiếm tỷ lệ 38,5 và 30,7. Có 3 trường hợp trật C1-C2 loại 4 do tổn thương khớp giả mỏm nha gây nên (23,1%), 1 trường hợp trật C1-C2 loại 1 (7,7%). Tương tự nghiên cứu của Hoàng Gia Du năm 2012 trên 32 bệnh nhân trật C1-C2, trật loại 2 và loại 3 chiếm tỷ lệ cao nhất 71,9%, trật C1-C2 loại 4 chiếm 28,1% chủ yếu gặp trong nhóm bệnh nhân đến viện muộn sau chấn thương do khớp giả mỏm nha.¹⁰ Theo tác giả Holmes năm 2002, CLVT có độ nhạy từ 95-98% và độ đặc hiệu khoảng 93-100% trong chẩn đoán tổn thương cột sống cổ. Tuy nhiên với các tổn thương lún nhẹ đốt sống hoặc trật nhẹ dễ gặp bỏ sót tổn thương.¹² Để nâng cao giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán trật C1-C2, CLVT sử dụng phần mềm tái tạo không gian 3 chiều đã được áp dụng, có giá trị trong chẩn đoán các thương tổn trong tạt xoay thân đốt sống.¹³

Đánh giá về khả năng phù hợp chẩn đoán giữa X-quang và CLVT trong chẩn đoán tổn thương trật C1-C2 cho kết quả phù hợp vừa (Kappa = 0,4797), X-quang đánh giá tốt sự mất cân xứng khoảng cách mỏm nha với hai khối bên và kích thước giả mỏm nha và cung trước C1. CLVT đóng vai trò chính so với X-quang trong chẩn đoán tổn thương trật C1-C2, đặc biệt CLVT có dự hình. Nghiên cứu của Cusmano và cộng sự cũng gặp 6% bỏ sót tổn thương trật C1-C2, tính chung trong chẩn đoán tổn thương vùng C1-C2 hiện tương âm tính giả chiếm tỷ lệ xấp xỉ 28%.¹⁴ Nghiên cứu của Link và cộng sự tiến hành chụp CLVT cột sống cổ cho các bệnh nhân chấn thương sọ não có điểm Glassgow từ 3-6 đã phát hiện được 13/33 bệnh nhân (chiếm 39,4%) có chấn thương C1, C2 mà trên X-quang thường không quan sát thấy, trong số đó có 6 bệnh nhân chấn thương C1, C2 được chẩn đoán mất vững, những tổn thương này có thể gây nên đau kéo dài, gây chèn ép các dây thần kinh so và dẫn tới chèn ép mạch máu thân nền.¹⁵

V. KẾT LUẬN

Chụp X-quang thường quy 3 tư thế có giá trị trong sàng lọc bệnh nhân chấn thương trật C1-C2, tuy nhiên CLVT đặc biệt là CLVT có dự hình

đóng vai trò chính trong chẩn đoán trật C1-C2, giúp phát hiện sớm, chính xác tổn thương, tránh bỏ sót để lại di chứng nặng nề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Joaquim AF, Patel AAJCSS.** C1 and C2 spine trauma: evaluation, classification, and treatment. 2010;11(3):1-7.
2. **Clark CR, Benzel EC.** The cervical spine. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
3. **Fukui Y, Krag M, Huston D, Ambrose T, Vaccaro ARJS.** Halovest dynamic loads: full crossover comparison of three vest types. 2002;27(3):241-249.
4. **Minyu Z, Shiyang W, Suraj C, Kelun H, Chaowei L, Honglin T.** Traumatic Posterolateral C1-C2 Dislocation Complicated with Locked Lateral Mass and Type II Odontoid Fracture—5-Year Follow-up. World Neurosurgery. 2018/06/01/2018;114:330-334. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.03.191>.
5. **Puttlitz CM, Goel VK, Clark CR, Traynelis VC, Scifert JL, Grosland NMJS.** Biomechanical rationale for the pathology of rheumatoid arthritis in the craniovertebral junction. 2000;25(13):1607-1616.
6. **Burton DC, Noack J, Vaccaro AR, Anderson DGJFotC, Thoracic,, Lumbar Spine.** New York NMD, Inc. Cervical Orthoses and Halo-Vest Management. 2002;288.
7. **Michel C, Dijanic C, Abdelmalek G, Sudah S, Kerrigan D, Yalamanchili PJJoss.** Upper cervical spine instability systematic review: a bibliometric analysis of the 100 most influential publications. 2022;8(2):266.
8. **Van Goethem JW, van den Hauwe L, Parizel PM, Algra P.** Spinal imaging: diagnostic imaging of the spine and spinal cord. Springer; 2007.
9. **He H, Hu B, Wang L, Gao Y, Yan H, Wang JJTSJ.** The computed tomography angiography study of the spatial relationship between C1 transpedicular screw trajectory and V3 segment of vertebral artery. 2017;17(1):120-128.
10. **Du HG.** Nghiên cứu chẩn đoán và phẫu thuật vít qua khớp trong điều trị chấn thương mất vững C1-C2. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.

SO SÁNH HIỆU QUẢ PHONG BẾ ĐÁM RỐI THẦN KINH ĐƯỜNG LIÊN CƠ BẬC THANG VỚI PHONG BẾ THẦN KINH TRÊN VAI PHỐI HỢP THẦN KINH NÁCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM CHO PHẪU THUẬT KHỚP VAI

Lưu Quang Thùy¹, Nguyễn Thị Thu YẾN¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả vô cảm trong và sau phẫu thuật của phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang với phong bế dây thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách bằng ropivacaine 0,25%. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Tiến cứu có can thiệp, so sánh 60 bệnh nhân được gây tê vùng để phẫu thuật nội soi khớp vai chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: Nhóm 1: 30 bệnh nhân được tiêm 10 ml ropivacaine 0,25% vào thần kinh trên vai và 10 ml ropivacaine 0,25% vào thần kinh nách dưới hướng dẫn của siêu âm trước gây mê. Nhóm 2: 30 bệnh nhân được tiêm 20ml ropivacaine 0,25% vào đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn siêu âm trước gây mê. **Kết quả:** Có sự khác biệt về thời gian khởi phát tác dụng của nhóm phong bế thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách (nhóm 1) và nhóm phong bế đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang (nhóm 2) (5 ± 0.7 so với 3 ± 0.5 phút). Lượng thuốc giảm đau Fentanyl sử dụng trong phẫu thuật cũng có sự khác biệt (0.2 ± 0.06 mg ở nhóm 1 và 0.16 ± 0.04 mg ở nhóm 2).

Không có sự khác biệt về các thông số huyết động trong phẫu thuật giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p < 0.05$). Nhóm 1 có ưu điểm hơn nhóm 2 về điểm VAS qua các thời điểm sau phẫu, thời gian yêu cầu liều morphin đầu, lượng morphin cần dùng sau phẫu thuật. Tuy nhiên tổng lượng morphin cần dùng thì không có sự khác biệt. **Kết luận:** Hiệu quả giảm đau và lượng morphin cần dùng của phương pháp phong bế thần kinh trên vai phối hợp thần kinh nách là kém hơn so với phương pháp phong bế đám rối cánh tay đường liên cơ bậc thang nhưng tổng lượng morphin cần dùng thì không có khác biệt.

Từ khóa: nội soi khớp vai, thần kinh trên vai, gây tê, thần kinh nách, đám rối cánh tay

SUMMARY

EFFICIENT COMPARISON BETWEEN BRACHIAL PLEXUS NERVE BLOCKING AT INTERSCALENE LINE AND SUPRASCAPULAR NERVE COMBINED WITH AXILLARY NERVE BLOCKING UNDER ULTRASOUND GUIDANCE FOR SHOULDER ARTHROSCOPY SURGERY

Objective: To compare the analgesia effect during and after surgery of brachial plexus nerve blocking at the interscalene line and suprascapular nerve combined with axillary nerve blocking with ropivacaine 0.25%. **Method:** Prospective intervention, comparing 60 patients receiving regional anesthesia

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023