

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÍT QUÁ CUỐNG, GIẢI ÉP CÓ O.ARM HỖ TRỢ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ HẸP ỔNG SỐNG CỔ ĐA TẦNG DO THOÁI HÓA

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

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa sử dụng phương pháp bắt vít qua cuống lồi sau, giải ép. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 31 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán hẹp ống sống (HOS) cổ đa tầng do thoái hóa có chỉ định phẫu thuật cố định cột sống cổ bằng vít qua cuống, giải ép. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 63,26 ± 9,63 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ ~ 3/1. Thời gian nằm viện trung bình 12,09 ± 3,664 ngày. Điểm VAS, JOA, và NDI hậu phẫu và sau 12 tháng cải thiện so với trước phẫu thuật ( $p < 0,001$ ). 95,71% bệnh nhân bắt vít chính xác theo tiêu chuẩn Neo. **Kết luận:** Phẫu thuật cố định cột sống cổ lồi sau sử dụng phương pháp bắt vít qua cuống, giải ép điều trị bệnh lý hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa đạt kết quả tốt trong hồi phục lâm sàng. Ứng dụng hệ thống O.arm trong mổ giúp tăng độ chính xác của vít và giảm thời gian phẫu thuật.

**Từ khóa:** Hẹp ống sống cổ đa tầng; Cố định cột sống; Hệ thống O.arm.

## SUMMARY

### PEDICLE FIXATION COMBINE DECOMPRESSION USING O.ARM SYSTEM IN MULTILEVEL DEGENERATIVE CERVICAL SPINAL STENOSIS PATIENT

**Objectives:** Evaluate the results of surgical treatment for multilevel degenerative cervical spinal stenosis using pedicle screw fixation and decompression. **Material and methods:** A cross-sectional retrospective study was conducted on 31 patients diagnosed with degenerative multilevel cervical stenosis treated with cervical pedicle screw fixation and decompression. **Results:** The average age was 63,26 ± 9,63 years old. The proportion of men (74.2%) was nearly 3 times as many as the number of women (24.8%). Mean hospitalized duration was 12.09 ± 3.664 days. VAS, JOA, and NDI at the time of postoperative and after 12-month follow-up were improved significantly, compared to the figures for preoperative time. 95,71% screws classified as grade 0 by Neo classification. **Conclusion:** This study indicated the good outcomes of this technique in treatment of patients with multilevel degenerative cervical spinal stenosis. The intraoperative assisted O-arm system increases the

accuracy of pedicle screw technique in addition with reducing the operative time.

**Keywords:** Multilevel cervical stenosis; Pedicle screw fixation; O.arm system.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống cổ do thoái hóa là tình trạng thu hẹp đường kính ống sống cổ do nguyên nhân thoái hóa có thể gây nên các triệu chứng lâm sàng thần kinh do chèn ép tủy và các cấu trúc xung quanh [1]. Đây là một tình trạng bệnh lý rối loạn chức năng thần kinh với biểu hiện lâm sàng đa dạng, tiến triển theo thời gian thường được chẩn đoán muộn, [2] đồng thời cũng là nguyên nhân thường gặp nhất gây tổn thương tủy sống ở người trưởng thành. Thoái hóa cột sống là bệnh lý tăng dần theo tuổi và không hiếm gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam, có xu hướng ngày càng tăng, tỷ lệ mắc bệnh ước tính 605/1.000.000 người [3,4]. Bệnh thường xảy ra ở người lớn chủ yếu trên 50 tuổi, ít gặp ở người dưới 40 tuổi. Có nhiều yếu tố tham gia vào cơ chế bệnh sinh trong bệnh lý hẹp ống sống cổ do thoái hóa, được chia thành cơ chế chèn ép tủy động và tĩnh. Sự chèn ép tủy động là kết quả của việc lặp lại liên tục các chuyển động vượt quá tầm vận động của cột sống cổ gây ra trượt và gập góc các thân đốt sống, hoặc chông chéo các cung sau và gập lớp dây chằng vàng. Các thành phần trên gây chèn ép tủy trực tiếp dẫn đến tình trạng thiếu máu tại chỗ và khởi động quá trình chết theo chương trình của các tế bào thần kinh gây nên các triệu chứng [1].

Các phương pháp điều trị bệnh lý hẹp ống sống cổ rất đa dạng, từ điều trị bảo tồn đến điều trị phẫu thuật (PT) tùy thuộc vào triệu chứng lâm sàng và mức độ hẹp ống sống. Trong phẫu thuật điều trị hẹp ống sống cổ do nguyên nhân thoái hóa, các kỹ thuật mổ lồi trước được ưu tiên áp dụng đối với những trường hợp hẹp ống sống cổ từ 1 đến 2 tầng và nguyên nhân chèn ép thần kinh từ phía trước. Đối với hẹp ống sống cổ từ 3 tầng trở lên, phương pháp phẫu thuật qua lồi sau được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn áp dụng trên lâm sàng [5]. Do đặc điểm cấu trúc giải phẫu cuống đốt sống nhỏ, kỹ thuật bắt vít qua cuống cột sống cổ lồi sau là một kỹ thuật khó, đồng thời dễ xảy ra tai biến tổn thương mạch máu, thần kinh trong khi thao tác. Từ 2017, Bệnh viện Bạch Mai đã áp dụng hệ thống

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

O.arm – Navigation hỗ trợ trong phẫu thuật, giúp tăng độ chính xác trong quá trình bắt vít và rút ngắn thời gian cuộc phẫu thuật. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị bằng phương pháp cố định cột sống cổ bằng vít qua cuống, giải ép có sự hỗ trợ của hệ thống O.arm ít được đề cập đến tại Việt Nam, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm cung cấp thêm thông tin về một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với bệnh lý này.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán HOS cổ đa tầng do thoái hóa có chỉ định phẫu thuật cố định cột sống cổ bằng vít qua cuống phối hợp mở cung sau giải ép trong thời gian nghiên cứu, thỏa mãn các điều kiện: (1) BN có triệu chứng chèn ép tủy cổ mức độ nặng hoặc trung bình theo thang điểm JOA hoặc chèn ép rễ do HOS cổ trên lâm sàng điều trị nội khoa không cải thiện. (2) Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh có tổn thương thoái hóa cột sống cổ gây HOS cổ tương ứng, và HOS từ 3 tầng liên tiếp trở lên trên phim Cộng Hưởng Từ (CHT), hoặc HOS từ 2 tầng trở lên kèm theo các thương tổn phối hợp từ các thành phần phía sau ống sống khó có thể giải quyết bằng các PT lỗi trước. (3) BN có mất vững cột sống cổ trên đoạn cột sống cổ cần PT cố định và giải ép. (4) Có hồ sơ bệnh án đầy đủ. (5) BN đồng ý tham gia nghiên cứu và có sử dụng O.arm trong PT.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ quy trình theo dõi tập luyện sau mổ. (2) Lao, ung thư, viêm cột sống, đĩa đệm. (3) Bệnh nhân không có đủ hồ sơ bệnh án. (4) BN có chống chỉ định với PT.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu.** Phương pháp mô tả cắt ngang hồi cứu.

**2.3. Cỡ mẫu.** Sử dụng cỡ mẫu không xác xuất (mẫu thuận tiện). Chọn tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

**2.4. Các chỉ số nghiên cứu**

**Chỉ số SAC (the Space Available for the Cord):** khoảng trống còn lại của ống sống chứa các thành phần của tủy sống, được chia thành 3 mức độ: (1) Hẹp nặng: SAC < 6 mm; (2) Hẹp trung bình: SAC 6 – 14 mm; (3) Hẹp nhẹ: SAC > 14 mm.

**Chỉ số JOA (Japanese Orthopedic Association):** thang điểm đánh giá hội chứng tủy cổ của Hội chấn thương chỉnh hình Nhật Bản.

**Chỉ số RR (Recovery rate):** Tỷ lệ hồi

phục. Đánh giá và phân loại RR theo phân loại JOA, theo công thức:

$$RR = (JOA \text{ sau mổ} - JOA \text{ trước mổ}) / (17 - JOA \text{ trước mổ}) \times 100$$

**NDI (Neck disability index):** Chỉ số giảm chức năng cột sống cổ.

**Tiêu chuẩn Neo:** Đánh giá độ chính xác vít qua cuống cột sống cổ trên cắt lớp vi tính. Gồm 4 độ: Độ 0: vít nằm hoàn toàn trong cuống, không di lệch trục, Độ 1: vít di lệch < 2mm (hoặc nhỏ hơn 1/2 đường kính cuống), Độ 2: vít di lệch từ 2 mm đến < 4mm, Độ 3: vít di lệch ≥ 4 mm (di lệch hoàn toàn) [6].

**2.5. Xử lý số liệu.** Phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung phẫu thuật**

Đặc điểm chung	N	SD
Thời gian phẫu thuật (phút) (Min-Max)	113,23 (85 – 150)	17,538
Thời gian nằm viện sau PT (ngày) (Min-Max)	12,09 (8 -20)	3,664
Lượng máu mất (ml) (Min-Max)	325,80 (180 – 470)	69,623
Số tầng cố định cột sống (Min-Max)	5,37 (5 - 7)	0,85
Số tầng giải ép (Min-Max)	3,74 (3 - 5)	0,746

**Nhận xét:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 113,2 ± 17,538 phút. Thời gian nằm viện trung bình 12,09 ± 3,664 ngày, phần lớn nằm viện trên 10 ngày (61,3%). Lượng máu mất trung bình là: 325,80 ± 69,62 ml. Số tầng bắt vít cố định cột sống trung bình là 5,37 ± 0,85 (tầng), số tầng giải ép trung bình là 3,74 ± 0,746. Thời gian phẫu thuật trung bình là 113,23 ± 17,536 phút (85-150 phút).

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**Bảng 3.2. Khác biệt điểm đau VAS, JOA, mức độ hồi phục (RR), và chỉ số NDI tại các thời điểm**

Thang điểm	Trước phẫu thuật	Hậu phẫu	Sau phẫu thuật 12 tháng	p*
VAS (điểm) (X±SD)	5,4± 1,71	2,5± 1,12	1,4± 0,61	<b>0.001</b>
JOA (điểm) (X±SD)	10,06± 2,06	14,13± 2,98	14,53± 3,80	<b>0.01</b>
RR (%) (X±SD)	-	60,54± 24,56	73,83± 26,33	<b>0.05</b>
NDI (%) (X±SD)	50,6± 12,7	29,4± 19,2	21,3± 2,8	<b>0,001</b>

\*: Wilcoxon rank-sum test

**Nhận xét:** Đánh giá thời điểm hậu phẫu và sau 12 tháng, các chỉ số VAS, JOA, RR cải thiện so với trước mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). RR trung bình sau 12 tháng là  $73,83 \pm 26,33$  %. NDI sau phẫu thuật giảm đáng kể so với trước phẫu thuật. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 3.3. Đánh giá và phân loại tỷ lệ hồi phục hội chứng tủy cổ (RR) theo JOA, và chỉ số suy giảm chức năng cột sống cổ sau phẫu thuật**

Thang điểm		Hậu phẫu		12 tháng	
		n	%	n	%
RR	Kém	2	6,4	1	3,3
	Trung bình	7	22,6	4	13,3
	Tốt	10	32,3	5	16,7
	Rất tốt	12	38,7	20	66,7
	<b>Tổng</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>
NDI	Không ảnh hưởng	1	3,2	5	16,7
	Nhẹ	20	64,5	22	73,3
	Trung Bình	7	22,6	2	6,7
	Nặng	1	3,2	0	0,0
	<b>Tổng</b>	<b>2</b>	<b>6,5</b>	<b>1</b>	<b>3,3</b>

**Nhận xét:** Thời điểm hậu phẫu và sau 12 tháng, phần lớn BN có sự hồi phục hội chứng tủy cổ ở mức độ rất tốt và tốt cũng như NDI ở nhóm không ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng nhẹ. Có 1/31 BN (3,2%) có tỷ lệ hồi phục hội chứng tủy cổ kém và ảnh hưởng chức năng cột sống cổ nặng sau 12 tháng.

**Bảng 3.4. Sự hồi phục hội chứng tủy cổ (RR) sau 12 tháng đối với thời gian diễn biến bệnh, mức độ hẹp ống sống, và chỉ số SAC**

Đặc điểm		Thời gian khởi phát (tháng)	RR ( $\bar{X} \pm SD$ ) (%)	p*
Thời gian bệnh	Khởi phát	<12 (n = 21)	78,9 ± 27,2	<0,05
		≥12 (n = 10)	63,8 ± 22,4	
	Nặng lên	<12 (n = 26)	76,7 ± 24,8	
		≥12 (n = 4)	40,7 ± 16,1	
Mức độ hẹp ống sống (%)	< 60 (n = 27)	71,9 ± 26,8	0,204	
	≥ 60 (n = 3)	90,5 ± 16,5		
SAC (mm) HOS (%)	< 6 (n = 6)	81,5 ± 23,1	0,369	
	6 -14 (n = 24)	71,9 ± 26,8		

\*Kruskal Wallis test

**Nhận xét:** BN có thời gian khởi phát và nặng lên dưới 12 tháng có tỷ lệ hồi phục hội chứng tủy cổ (RR) cao hơn có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Ống sống hẹp nặng tỷ lệ hồi phục hội chứng tủy cổ kém hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.5. Biến chứng trong và sau phẫu thuật**

Biến chứng	n	%
Chảy máu sau mổ	0	0,0
Tổn thương rễ C5	0	0,0
Rách màng cứng	1	3,2
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Tổn thương tủy	0	0,0
Loét do tỳ đè	2	6,4
Viêm phổi	1	3,2
Tử vong	0	0

**Nhận xét:** 1 BN (3,2%) rách màng cứng trong quá trình phẫu thuật. 1/31 BN (3,2%) sau mổ bị viêm phổi, có 2/31 BN (6,4%) sau mổ phục hồi chức năng vận động cảm giác kém và loét vùng mông do tỳ đè. Có 1/31 BN (3,2%) viêm phổi nặng sau PT.

**Bảng 3.6. Phân loại độ chính xác vít cột sống cổ theo tiêu chuẩn Neo**

Phân độ chính xác vít	n	%
<b>Độ 0</b>	312	95,71
<b>Độ 1</b>	13	3,98
<b>Độ 2</b>	1	0,31
<b>Độ 3</b>	0	0,0
<b>Tổng</b>	90	100

**Nhận xét:** Trong tổng số 326 vít đã bắt, tỷ lệ độ chính xác của các vít thuộc các nhóm như sau: tỷ lệ vít độ 0 là 95,71%, tỷ lệ vít độ 1 là 3,98%, vít độ 2 là 0,31%. Không có vít nào có độ chính xác thuộc độ 3.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, số tầng bắt vít cố định trung bình, và số tầng giải ép trung bình lần lượt là  $5,37 \pm 0,85$  (tầng) và  $3,74 \pm 0,746$ . Thời gian tiến hành phẫu thuật trung bình là  $113,23 \pm 17,53$  (phút) (85 - 150 phút). Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là:  $325,80 \pm 69,62$  ml. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là  $12,09 \pm 3,664$  ngày. Nakashima Hiroaki và cộng sự phẫu thuật cố định cột sống bằng vít qua cuống 84 bệnh nhân, thời gian phẫu thuật trung bình là 198, 9 phút, lượng máu mất trung bình là 333 ml (150 - 1394 ml) [7]. Theo Marcus Richter trong nghiên cứu 38 bệnh nhân vít qua cuống sử dụng C.arm hỗ trợ, thời gian phẫu thuật trung bình là 163,5 phút, lượng máu mất trung bình là 338 ml (50 - 800 ml) [8]. Thời gian phẫu thuật trung bình của các BN trong nghiên cứu gần hơn cũng như lượng máu mất trung bình trong mổ là ít hơn so với nghiên cứu của các tác giả trên do trong quá trình phẫu thuật các BN đều có hỗ trợ của hệ thống O.arm - Navigation; do đó giúp rút

ngăn được khoảng thời gian bộc lộ và xác định vị trí điểm vào, hướng bắt vít cũng như tăng cao độ chính xác của vít trong quá trình thực hiện kỹ thuật từ đó giúp rút ngắn thời gian cuộc phẫu thuật. Kết quả trên cũng tương đồng với kết luận của Jacob Smith, về hiệu quả tăng cường độ chính xác của vít trong phẫu thuật có O.arm hỗ trợ [9].

Điểm VAS hậu phẫu giảm đáng kể so với trước phẫu thuật. Sự khác biệt về điểm VAS trung bình trước và sau phẫu thuật là  $2,9 \pm 0,6$  điểm. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Điểm VAS sau 12 tháng giảm đáng kể so với trước phẫu thuật. Sự khác biệt về điểm VAS trung bình trước phẫu thuật và sau 12 tháng là  $4,0 \pm 1,1$  điểm. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Điểm JOA và tỷ lệ phục hồi hội chứng tủy cổ (RR) được cải thiện rõ rệt tại các thời điểm sau phẫu thuật (JOA trước phẫu thuật, hậu phẫu, và sau 12 tháng trung bình lần lượt là  $10,06 \pm 2,06$ ,  $14,13 \pm 2,98$ , và  $14,53 \pm 3,80$ ). Ở thời điểm hậu phẫu, sự hồi phục mức độ rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ 71,0%, có 2 BN (6,4%) có tỷ lệ hồi phục kém. Sau 12 tháng, sự hồi phục hội chứng tủy cổ ở mức độ rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ 83,4%, RR trung bình tại thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật là  $73,83 \pm 26,33$  %, tuy nhiên vẫn có 1 BN (3,2%) có tỷ lệ hồi phục kém. Kết quả trên khá tương đồng với báo cáo của Mashashi Uehara năm 2012, trên nghiên cứu 13 bệnh nhân hẹp ống sống cổ do thoái hóa điều trị bằng phẫu thuật cố định cột sống vít qua cuống phổi hợp tạo hình cung sau, với điểm JOA trước và ngay sau phẫu thuật tương ứng là  $9,1 \pm 3,4$  và  $13,3 \pm 3,0$  điểm, và RR đạt 47,1% tại thời điểm cuối cùng thăm khám [10]. Trong nhóm BN nghiên cứu, các trường hợp có thời gian khởi phát càng ngắn thì hồi phục hội chứng tủy cổ càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . BN có thời gian nặng lên càng ngắn hồi phục hội chứng tủy cổ càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ hồi phục hội chứng tủy cổ ở nhóm có mức độ HOS ít (HOS < 60% và SAC 6 – 14 mm) thấp hơn so với nhóm HOS nhiều (HOS  $\geq$  60% và SAC < 6 mm), tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn BN có chỉ số NDI ở mức độ trung bình (45,2%) và nặng (51,6%). Trước mổ, chỉ số NDI thấp nhất là 30% và cao nhất là 90%, trung bình NDI là  $50,64 \pm 12,747$ %. Sau mổ, đã có sự cải thiện rõ rệt với NDI trung bình là  $29,35 \pm 19,15$ %. Sự khác biệt về NDI (%) trung bình trước mổ và sau mổ là  $21,2 \pm 6,5$  ( $p < 0,001$ ).

Tại thời điểm hậu phẫu và sau 12 tháng, phần lớn BN không bị ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng ở mức độ nhẹ. Có 1 trường hợp bị ảnh hưởng hoàn toàn sau 12 tháng (3,2%). Chỉ số phần trăm NDI sau 12 tháng giảm đáng kể so với trước phẫu thuật, với NDI trung bình là  $29,35 \pm 19,15$  %. Sự khác biệt về phần trăm NDI trung bình trước mổ và sau 12 tháng là  $29,3 \pm 9,9$ %. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Đánh giá độ chính xác của vít bắt qua cuống, trong tổng số 326 vít đã được sử dụng trong phẫu thuật cố định cột sống cổ ở các vị trí trên 31 BN sau mổ theo tiêu chuẩn Neo. Tỷ lệ vít độ 0 là 95,71%, tỷ lệ vít độ 1 là 3,98%, vít độ 2 là 0,31%. Không có vít nào có độ chính xác độ 3. Trong nghiên cứu không gặp các biến chứng bắt vít vào ống sống, vào rễ thần kinh, vỡ cuống đốt sống, tổn thương động mạch đốt sống, tổn thương rễ C5, nhỏ vít, khớp giả... Theo nghiên cứu của Nakashima Hiroaki thì tỷ lệ liệt và tổn thương C5 là 6,7%, tỷ lệ này trong một số nghiên cứu của các tác giả Âu – Mỹ có thể gặp 13,1%, các biến chứng khác gặp với tỷ lệ tương đương một số báo cáo khác trên thế giới [7, 8]. Theo Richter, trong đánh giá độ chính xác 167 vít được sử dụng trong phẫu thuật cố định cột sống bằng vít qua cuống đốt sống có sử dụng hệ thống định vị (Vector Vision; BrainLAB AG, Heimstetten, Germany) thì tỷ lệ vít thuộc nhóm 1 (vít nằm hoàn toàn trong cuống hoặc chạm bờ trong cuống đốt sống) chiếm 97%, nhóm 2 (di lệch > 1 mm và thủng cuống đốt sống) chiếm 3%, không có vít nào thuộc nhóm 3 (di lệch ngoài cuống > 1mm và cần phẫu thuật chỉnh lại vít do tổn thương rễ hoặc tủy sống) [8]. Theo nghiên cứu của S. Rajasekaran năm 2010 trên 33 BN phẫu thuật với 130 vít qua cuống cột sống cổ có sự hỗ trợ của hệ thống định vị, tỷ lệ vít thuộc nhóm 1 là 89,7%, nhóm 2 là 10,3%, không có vít nào thuộc nhóm 3.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cố định cột sống cổ bằng vít qua cuống, giải ép trong điều trị bệnh lý HOS cổ đa tầng do thoái hóa đạt kết quả tốt về hồi phục lâm sàng hội chứng tủy cổ, ít biến chứng. Ứng dụng hệ thống O.arm trong phẫu thuật giúp tăng độ chính xác của vít qua cuống, giảm thời gian phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AJSea, J.R.M.**, Cervical Spondylotic Myelopathy: A Guide to Diagnosis and Management. The Journal of the American Board of Family Medicine, 2020. 33(2): p. 303 -313.
2. **Davies, B.M.**, Degenerative cervical myelopathy.

- The BMJ, 2018. 5: p. 1 -4.
3. **Đức, T.M.,** Kết quả phẫu thuật cố định cột sống cổ bằng vít qua cuống phổi hợp mở cung sau giải ép trong điều trị bệnh lý hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa, in Bệnh viện Bạch Mai. 2019, Trường Đại Học Y Hà Nội.
  4. **Christopher D. Witiw MD,** Five things to know about Degenerative cervical myelopathy. CMAJ, 2016. 189(3): p. 1 - 4
  5. **Sơn, P.Q.,** Nghiên cứu điều trị bệnh lý hẹp ống sống cổ bằng phương pháp tạo hình bản sống kết hợp ghép san hô. 2015, Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
  6. **al., M.N.e.,** The Clinical Risk of Vertebral Artery Injury From Cervical Pedicle Screws Inserted in Degenerative Vertebrae. SPINE, 2005. 30(24): p. 2800 - 2805.
  7. **Nakashima H, Y.,** Complications of cervical pedicle screw fixation for nontraumatic lesions: a multicenter study of 84 patients. J Neurosurgery Spine, 2012. 16(3): p. 238–247.
  8. **al, M.R.e.,** Cervical Pedicle Screws: Conventional Versus Computer-Assisted Placement of Cannulated Screws. SPINE 2005. 30(20): p. 2280–2287.
  9. **Smith, J.D.,** Screw Placement Accuracy and Outcomes Following O-Arm-Navigated Atlantoaxial Fusion: A Feasibility Study. Global Spine J, 2016. 6(4): p. 344 - 349.
  10. **Masashi Uehara, J.T.,** Cervical Pedicle Screw Fixation Combined with Laminoplasty for Cervical Spondylotic Myelopathy with Instability. Asian Spine Journal, 2012. 6(4): p. 241 - 248

## PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH LƠ XÊ MI KINH DÒNG BẠCH CẦU HẠT ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG, NĂM 2022

Lê Thị Hằng<sup>1</sup>, Trần Thị Lý<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Lơ xê mi là nhóm bệnh rất ác tính trong số các bệnh lý huyết học với nhiều biến chứng và nguy cơ tử vong cao, tại Việt Nam, tỷ lệ mắc chiếm 5% tổng số các bệnh tạo máu, 20-25% các bệnh máu ác tính. Tuân thủ điều trị giúp nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng cuộc sống cho người bệnh. **Mục tiêu:** Phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt (CML) điều trị ngoại trú tại Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương, năm 2022. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang, nghiên cứu định lượng. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập thông tin định lượng từ 170 người bệnh lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh và Điều trị ngoại trú, Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương thông qua phiếu phỏng vấn. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa yếu tố giới tính (OR= 2,136), chế độ ăn-ăn ít muối (OR=5,55), lối sống-không hút thuốc, không uống cafe (OR = 2,97), tập thể dục (OR=8,26) và tuân thủ điều trị thuốc với tuân thủ điều trị chung của người bệnh (p< 0,05).

**Từ khóa:** Tuân thủ điều trị, bệnh lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt (CML), yếu tố liên quan.

### SUMMARY

#### ANALYZING SOME RELATED FACTORS TO

#### COMPLIANCE TO TREATMENT OF OUTPATIENTS WITH CHRONIC MYELOID LEUKEMIA AT NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION, IN 2022

**Background:** Chronic myeloid leukemia (CML) is a group of hematological diseases with many complications and high risk of death. In Vietnam, the incidence accounts for 5% of all hematopoietic diseases, 20-25% of hematologic malignancies. Adherence to treatment helps improve effectiveness treatment and quality of life for patients. **Objective:** Analyzing some related factors to compliance to treatment of patients with chronic myeloid leukemia at National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT), in 2022. **Methods:** Cross-sectional study, quantitative research. **Results:** The study collected quantitative information from 170 patients with chronic myeloid leukemia at National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT) through questionnaires. The research results show that, the patient's adherence to treatment was related to gender (OR = 2,136); diet -eat less salt (OR = 5,55), life style – no smoking and no coffee (OR = 2,97), do exercise (OR= 8,26) and adherence to medication treatment (OR = 6,02).

**Keywords:** Adherence/acompliance to treatment, patients with chronic myeloid leukemia, related factors.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơ xê mi kinh dòng bạch cầu hạt (Chronic Myeloid Leukemia - CML) là bệnh ác tính hệ tạo máu, đặc trưng bởi sự tăng sinh quá mức dòng bạch cầu hạt đã biệt hoá [2], hậu quả là số lượng bạch cầu hạt tăng cao ở máu ngoại vi với

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

<sup>2</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hằng

Email: hang.vnu65@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023