

nhều hơn nữ, yếu tố nguy cơ tim mạch chính là tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, rối loạn lipid máu. ĐMV thủ phạm thường là LAD và RCA. Tổn thương ĐMV 2 nhánh và 3 nhánh ở nhóm NMCT nhiều hơn ĐNKOD. Can thiệp ĐMV qua da ở bệnh nhân HCMVC tỉ lệ thành công 99,1%, thất bại 0,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Quốc Hòa** (2011), Bệnh động mạch vành chẩn đoán và điều trị, Nhà xuất bản Y học.
2. **Phạm Ngọc Ân** (2013). Bước đầu đánh giá kết quả chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa Quảng Nam. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oxorhE_aY0oJ:hntmmtt.vn/Upload/File/de%2520tai%25208.doc+%&cd=3&hl=vi&ct=clnk&gl=vn>, accessed: 03/18/2022.
3. **Huỳnh Quốc Bình và cộng sự** (2013). Kết quả bước đầu chụp và can thiệp động mạch vành trong hội chứng động mạch vành cấp tại Bệnh viện Tim mạch An Giang từ tháng 7-9/2013. 10.
4. **Nguyễn Mạnh Tuấn** (2013). Nghiên cứu giá trị thang điểm syntax lâm sàng trong tiên lượng bệnh nhân Hội chứng động mạch vành cấp được can thiệp qua da., Luận văn Thạc sĩ Y Học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Hoàng Dương** (2021). Đánh giá kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2020-2021. accessed: 11/09/2022.
6. **Trần Thừa Nguyên** (2021). Dự báo nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, (44), 33–42.
7. **Nguyễn Tá Đông và cộng sự** (2012). Nghiên cứu mối liên quan giữa các thành tố của thang điểm nguy cơ Framingham và mức độ tổn thương động mạch vành. <<http://hoinoitiethue.com/nghien-cuu-moi-lien-quan-giua-cac-thanh-to-cua-thang-diem-nguy-co-framingham-va-muc-do-ton-thuong-dong-mach-vanh-2/>>.
8. **Nguyễn Thị Như Hoa** (2016). Dự báo nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân tăng huyết áp được quản lí tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên., Luận văn Thạc sĩ Y Học, Đại học Y-Dược Thái Nguyên.
9. **Nguyễn Ngọc Tú và cộng sự** (2008). Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nữ bị hội chứng động mạch vành cấp tại bệnh viện thống nhất | Tim mạch học. <<https://timmachhoc.vn/c-im-lam-sang-ca-bnh-nhan-n-b-hi-chng-ng-mch-vanh-cp-ti-bnh-vin-thng-nht/>>, accessed: 11/10/2022.
10. **Lê Thanh Bình và cộng sự** (2021). Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân Hội chứng động mạch vành cấp được can thiệp stent chỗ chia nhánh động mạch vành. VMJ, 504(1).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ KIỂU GIỌT LỆ BẰNG PHẪU THUẬT ĐƯỜNG CỔ TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Hữu Đức¹, Tạ Ngọc Hà², Vũ Văn Cường¹, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}, Nguyễn Việt Lực¹, Võ Văn Thanh^{1,2}, Nguyễn Hoàng Thanh²

TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu theo dõi trên 35 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ kiểu giọt lệ được phẫu thuật bằng đường cổ trước tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nhằm đánh giá kết quả gần và xa của phương pháp điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy phục hồi thần kinh sau phẫu thuật được cải thiện tốt với nhóm liệt không hoàn toàn (Tỉ lệ ASI E tăng từ 12,12 lên 42,42). Nhóm liệt hoàn toàn ít có khả năng hồi phục. Phục hồi cơ tròn hoàn toàn là 69,57%. Không phục hồi là 17,39%. Tỉ lệ nắn chỉnh tốt cao đạt 93,6%. Biến chứng thường gặp sau phẫu thuật là loét tỉ đè chiếm 5,71% nằm trong nhóm bệnh nhân liệt hoàn toàn. Không gặp trường hợp tử vong nào sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp phẫu thuật qua đường mổ cổ trước đem lại hiệu quả phục hồi khả năng vận động và cảm giác cho các bệnh nhân chấn thương cột sống cổ kiểu giọt lệ.

Từ khóa: Chấn thương cột sống cổ kiểu giọt lệ, kết quả phẫu thuật

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT FOR PATIENT WITH CERVICAL SPINE TEARDROP FRACTURE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Design of a follow-up study on 35 patient with cervical spine teardrop fracture operated at Viet Duc University Hospital to evaluate the near and distant results of the treatment. The study results showed that the postoperative nerve recovery was improved well with the incomplete paralysis group (ASI E ratio increased from 12.12 to 42.42). The group with complete paralysis is less likely to recover. Complete circular muscle recovery was 69.57%. No recovery was 17.39%. The rate of good correction is high at 93.6%. The common complication after surgery is pressure ulcer, accounting for 5.71% in the group of

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hữu Đức

Email: hoangduc256@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 7.8.2023

patients with complete paralysis. There were no deaths after surgery. The results of the study showed that the anterior neck incision method was effective in restoring mobility and sensation in patients with cervical spine teardrop fracture.

Keywords: Cervical spine teardrop fracture, results of treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống cổ là một trong những thương tổn nặng ảnh hưởng đến khả năng vận động và cảm giác của bệnh nhân. Chấn thương thường gặp do tai nạn giao thông¹. Tỷ lệ thương tổn thần kinh do chấn thương cột sống cổ khoảng 60-70% và thương tổn thần kinh thường cũng rất nặng nề, trong đó tổn thương tủy hoàn toàn không tiến triển sau điều trị khoảng 50%².

Các thương tổn gây ra do chấn thương cột sống cổ có nhiều hình thái khác nhau, có thương tổn dễ chẩn đoán, có thương tổn khó phát hiện. Mỗi loại thương tổn đều có các phương pháp điều trị khác nhau, tiên lượng khác nhau. Trước những năm 1990, đa số các trường hợp chấn thương cột sống cổ được điều trị bảo tồn: Bất động bằng bột Minerve hoặc phương pháp kéo liên tục Cruikfield, phương pháp Halo, phần lớn bệnh nhân tàn tật vĩnh viễn hoặc tử vong. Sau năm 1991, một loạt các phương tiện hiện đại như chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, nên việc chẩn đoán chính xác hơn và cùng với sự phát triển của gây mê hồi sức nên việc điều trị bằng phẫu thuật đã có hiệu quả rất lớn làm giảm thương tổn thần kinh thứ phát, giảm thời gian nằm viện, thuận lợi cho sự phục hồi và tái hòa nhập cộng đồng, đặc biệt tỷ lệ tử vong của chấn thương cột sống cổ giảm từ 33% xuống còn 9,1%³.

Chấn thương cột sống kiểu giọt lệ là một trong những thương tổn thường gặp trong chấn thương cột sống cổ. Việc chỉ định phẫu thuật được đặt ra hàng đầu nhằm mục đích: Hạn chế tối đa sự lan rộng của tổn thương tủy và làm vững cột sống. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống cổ kiểu giọt lệ bằng đường cổ trước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương cột sống cổ kiểu giọt lệ và được phẫu thuật cố định cột sống cổ bằng phương pháp Smith- Robinson qua đường mổ cổ trước tại khoa Phẫu thuật cột sống, Bv Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2021.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu theo dõi được tiến hành trên 35 bệnh nhân thỏa mãn điều kiện nghiên cứu. Bệnh nhân được

đánh giá kết quả ngày sau phẫu thuật 3-5 ngày trước thời điểm xuất viện và được mời đến tái khám sau 12 tháng để đánh giá kết quả xa của phẫu thuật.

2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu: Bệnh nhân được thu thập các thông tin liên quan đến mục tiêu nghiên cứu bao gồm các thông tin chúng: Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, các thông tin về đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh trước và sau phẫu thuật. Phân độ thương tổn thần kinh của Hội chẩn thương cột sống Hoa Kỳ (ASIA) được sử dụng để đánh giá mức độ tổn thương thần kinh. Kết quả phẫu thuật được chia làm 4 nhóm: tốt, khá, trung bình và xấu.

- Nhóm có kết quả tốt: Bệnh nhân có biểu hiện phục hồi vận động, cảm giác, không có biến chứng.

- Kết quả khá: Không có dấu hiệu phục hồi vận động, nhưng có dấu hiệu phục hồi cảm giác, không có biến chứng.

- Kết quả trung bình: Không có biểu hiện phục hồi vận động, cảm giác không có biến chứng.

- Kết quả xấu: Bệnh nhân nặng lên sau phẫu thuật hoặc tử vong.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập Epidata 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 14. Sử dụng cả thống kê mô tả và phân tích trong báo cáo số liệu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y học trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức thông qua. Các thông tin chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và đem lại lợi ích nhất cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 35 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ kiểu giọt lệ được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. 100% bệnh nhân được khám lâm sàng và chụp X-Quang và CLVT trước khi phẫu thuật. Bệnh nhân được đánh giá kết quả sau phẫu thuật và được theo dõi kết quả sau 12 tháng.

3.1. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 3.1: Đánh giá kết quả sớm sau mổ

Mức độ	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Tốt	14	40
Khá	4	11,43
Trung bình	16	45,71
Xấu	1	2,86
Tổng	35	100

Nhận xét: Kết quả ngay sau phẫu thuật được đánh giá tốt. Đa phần bệnh nhân có biểu hiện phục hồi vận động, cảm giác, và không có biến chứng (41,43%).

Bảng 3.2: Kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật.

	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nắn chỉnh tốt	33	94,29
Nắn chỉnh không hoàn toàn	2	5,71
Tổng	35	100

Nhận xét: Kiểm tra phim x-quang qui ước sau mổ (trước khi bệnh nhân ra viện) các bệnh nhân đều được chụp lại. Trong số đó thấy có 33 trường hợp nắn chỉnh tốt, 2 trường hợp nắn chỉnh chưa được và đều nằm trong nhóm vỡ kèm theo trật thân đốt sống.

Bảng 3.3: Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật

Loại biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Loét tỉ đê	2	5,71
Viêm phổi	1	2,86
Nhiễm trùng tiết niệu	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	2	5,71
Rò thực quản	0	0
Tử vong	0	0

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, có 2 bệnh nhân loét tỉ đê tỉ lệ 5,71%, đều nằm trong nhóm bệnh nhân liệt hoàn toàn.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 12 tháng. Chúng tôi khám lại bệnh nhân bằng cách mời bệnh nhân đến để khám trực tiếp. Trong nhóm nghiên cứu có 35 bệnh nhân thì chúng tôi liên lạc được với 33 bệnh nhân. Khám lại trực tiếp được 33 bệnh nhân, 2 trường hợp còn lại người nước ngoài, không liên lạc được.

Bảng 3.4. Kết quả khám lại sau 12 tháng

Kết quả	Tần suất (n)	Tỉ lệ (%)
Tốt	15	45,5
Khá	8	24,2
Trung bình	10	30,3
Xấu	0	0
Tổng	33	100

Nhận xét: Bệnh nhân được cải thiện chức năng vận động và cảm giác rõ rệt sau phẫu thuật 12 tháng. Mức độ tốt và khá chiếm đa số với gần 70%.

Bảng 3.5. Phân loại tổn thương thần kinh trước và sau phẫu thuật 12 tháng

ASI Loại	Trước mổ		Khám lại		p
	n	%	n	%	
A	8	24,24	7	21,21	p<0.05
B	5	15,15	3	9,1	
C	6	18,18	5	15,15	
D	10	30,31	4	12,12	
E	4	12,12	14	42,42	
Tổng	33	100	33	100	

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt rõ giữa thương tổn thần kinh trước mổ và

lâm sàng sau mổ có ý nghĩa thống kê với sự khác biệt p<0.05.

Bảng 3.6. Phục hồi cơ tròn sau phẫu thuật 12 tháng

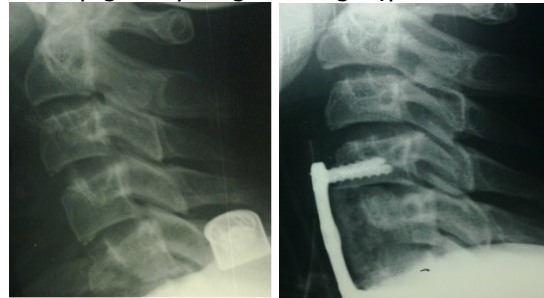
Sự phục hồi cơ tròn	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	16	69,57
Không hoàn toàn	3	13,04
Không phục hồi	4	17,39
Tổng	23	100

Nhận xét: Có 23 bệnh nhân có dấu hiệu rối loạn vận động cơ tròn. Tỷ lệ phục hồi cơ tròn hoàn toàn chiếm 69,57%, không phục hồi 4 bệnh nhân chiếm 17,39% đều trong nhóm ASI A.

Bảng 3.7. Kết quả chụp x-quang qui ước sau phẫu thuật 12 tháng

Kết quả	Số lượng (n=31)	Tỷ lệ %
Liên xương	29	93,6%
Khớp giả	0	0
Lỏng vít, bong nẹp	0	0
Nắn chỉnh tốt	29	93,6%

Nhận xét: Trong số 31 bệnh nhân được chụp lại phim chúng tôi thấy có 29 bệnh nhân đã liên xương chiếm 93,6%, không có bệnh nhân nào khớp giả hay lỏng vít bong nẹp.



Hình 3.1. Bệnh nhân Phạm Ngọc H, nam 41 tuổi, mã hồ sơ 02530/S1X
(Phim x-quang trước và sau mổ 12 tháng)

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật chúng tôi dựa theo nhận xét hồ sơ trước khi ra viện, kết quả cho thấy nhóm liệt không hoàn toàn có sự cải thiện về thần kinh. Nhóm liệt hoàn toàn không có dấu hiệu phục hồi thần kinh chiếm 42,85%. Sự khác nhau về dấu hiệu phục hồi thần kinh của 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Trong nhóm này có 1 bệnh nhân sau phẫu thuật có dấu hiệu viêm phổi suy hô hấp sau đó phải thở máy kéo dài.

Theo dõi khám lại cho bệnh nhân sau mổ, chúng tôi nhận thấy rằng có sự khác biệt rõ rệt trong kết quả điều trị đối với bệnh nhân thuộc nhóm liệt không hoàn toàn. Hầu hết tất cả các bệnh nhân thuộc nhóm liệt không hoàn toàn tiến

triển lên 1 độ hoặc 2 độ ASIA, các bệnh nhân này đều không có biến chứng và di chứng nào. Nhóm liệt không hoàn toàn phục hồi thần kinh tốt, nhóm ASI E trước phẫu thuật là 12,12%, khám lại nhóm này tăng lên 42,42%. Kết quả khám lại cho thấy sự phục hồi thần kinh giữa hai nhóm này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Trong 13 bệnh nhân thuộc nhóm liệt hoàn toàn khám lại có 1 bệnh nhân ASI A tiến triển 1 độ, 2 bệnh nhân ASI B tiến triển 1 độ (chiếm 23,1%), tất cả bệnh nhân còn lại đều không tiến triển, và đang điều trị các biến chứng. Qua đó chúng tôi nhận thấy phẫu thuật ở nhóm liệt tủy hoàn toàn này nhằm mục đích làm vững cột sống, tạo điều kiện thuận lợi cho sự chăm sóc bệnh tốt hơn, nhằm hạn chế các biến chứng như loét nằm, viêm phổi, viêm bàng quang... Theo Võ Văn Sỹ⁴ thì tỷ lệ phục hồi của nhóm liệt hoàn toàn là 10,8%. Đỗ Đào Vũ thấy rằng 50% bệnh nhân liệt hoàn toàn không tiến triển tốt lên sau khi điều trị 1 năm⁵. Qua đó chúng tôi nhận thấy phẫu thuật ở nhóm liệt tủy hoàn toàn này nhằm mục đích làm vững cột sống, tạo điều kiện thuận lợi cho sự chăm sóc bệnh nhân tốt hơn, nhằm hạn chế các biến chứng như loét nằm, viêm phổi, viêm bàng quang...

Chúng tôi nhận thấy rằng kết quả phục hồi cơ tròn ở nhóm bệnh nhân liệt không hoàn toàn là rất tốt. 69,57% số bệnh nhân khám lại đều phục hồi cơ tròn hoàn toàn nằm trong nhóm bệnh nhân liệt không hoàn toàn trong đó có 2 bệnh nhân thuộc nhóm liệt hoàn toàn. 17,39% bệnh nhân khám lại không phục hồi, phải đặt sonde tiểu ngắt quãng, 13,04% số bệnh nhân phục hồi không hoàn toàn với các biểu hiện đại ri, đại són.

Kiểm tra phim x-quang qui ước sau mổ (trước khi bệnh nhân ra viện) thấy có 35/35 bệnh nhân được chụp lại. Trong số đó thấy có 33 trường hợp nắn chỉnh tốt chiếm 94,29% và cột sống về lại đường cong sinh lý, 2 trường hợp nắn chỉnh chưa hoàn toàn và đều nằm trong nhóm vỡ kèm theo trật thân đốt sống. Trong số 31 bệnh nhân chúng tôi khám lại được chụp lại phim x-quang thấy có 29 bệnh nhân chiếm 93,6% có dấu hiệu đã liền xương, không có bệnh nhân nào khớp giả hay lỏng vít bong nẹp. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Song KJ và cộng sự nghiên cứu trong 50 trường hợp vỡ kiểu giọt thì có 1 trường hợp bị gãy vít sau 9 tháng, sau mổ 3 tháng đã thấy có sự cốt hóa ở vị trí ghép xương và 6 tháng sự liền xương gần như hoàn chỉnh và lấy lại chức năng sau 12 tháng⁶

Chúng tôi chỉ cho chụp cộng hưởng từ những bệnh nhân có thương tổn thần kinh. Do giá thành chụp cộng hưởng từ còn cao và phần lớn bệnh nhân là nông dân nên chúng tôi chỉ chụp lại được 5 bệnh nhân trong đó có 3 trường hợp liệt hoàn toàn và nhận thấy những bệnh nhân này đều còn di chứng của thương tổn tủy: Cột trước bị thoái hóa và tủy co lại, xơ tại vị trí thương tổn. Vì số lượng chụp lại của chúng tôi quá ít để đưa ra nhận xét. Theo Gauvrit JY và cộng sự thì hậu quả của thương tổn tủy là: Xơ tủy chiếm (62%). Nhuyễn tủy – Myélomalacie (54%). Rỗng tủy- Syringomyélie (22%). Nang tủy- Kyste focal (9%).

V. KẾT LUẬN

+ Phục hồi thần kinh sau phẫu thuật được cải thiện tốt với nhóm liệt không hoàn toàn (Tỉ lệ ASI E tăng từ 12,12 lên 42,42). Nhóm liệt hoàn toàn ít có khả năng hồi phục

+ Phục hồi cơ tròn hoàn toàn là 69,57%. Không phục hồi là 17,39%.

+ Biến chứng thường gặp sau phẫu thuật là loét tì đè chiếm 5,71% nằm trong nhóm bệnh nhân liệt hoàn toàn

+ Biến chứng tử vong trong nhóm nghiên cứu không gặp

+ Tỉ lệ nắn chỉnh tốt cao đạt 93,6%, không gặp biến chứng nào

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aghakhani N, Vigué B, Tadié M.** Traumatismes de la moelle épinière. Encycl Mesd Chir. Neurologie; Paris:1999
2. **Nadezhda V.Z, Walid MS.** Upper cervical spine injuries in elderly patients", Australian Family Physican; 2009: 40- 44.
3. **Allyson I, Isidoro Z, Jigar T, Marc A.** Biomechanical evaluation of surgical constructs for stabilization of cervical Tear- drop fractures. The Spine Journal; 2006: 514-523.
4. **Võ Văn Sĩ.** Điều trị gãy cột sống cổ C3- C7 bằng phương pháp mổ: Nắn- néo- ép – hàn xương lồng sụn bên. Tạp trí ngoại khoa; 2001: 13 - 18.
5. **Đỗ Đào Vũ.** Bước đầu đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng bệnh nhân liệt tứ chi sau chấn thương cột sống cổ. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện. Trường đại học Y Hà Nội; 2006
6. **Song KJ, Lee KB.** Anterior versus combined anterior and posterior fixation/ fusion in the treatment of distraction- flexion injury in the lower cervical spine. Journal of Clinical Neuroscience; 2007: 36- 42
7. **Gauvrit JY, Treshan G, Lejeune JP, Pruvo JP.** Traumatismes mesdullaires. Encycl Mesd Chir. Radiodiagnostic- neuroradiologie- Appareil locomoteur; 2003: 670- 677
8. **Hà Kim Trung.** Chấn thương cột sống cổ thấp. Cấp cứu ngoại khoa thần kinh. Bộ môn ngoại trường Đại Học Y Hà Nội; 2005: 105- 112.