

V. KẾT LUẬN

Trên các bệnh nhân có triệu chứng trào ngược dạ dày – thực quản, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rối loạn nhu động thực quản gặp với tỷ lệ cao hơn; áp lực LES khi nghỉ, áp lực UES, chỉ số IRP4s thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mello M, Gyawali CP.** Esophageal Manometry in Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 2014;43(1):69-87.
2. **Relationships of Upper Gastrointestinal Motor and Sensory Function With Glycemic Control** | *Diabetes Care* | American Diabetes Association. Accessed June 13, 2022.
3. **Fox MR, Sweis R, Yadlapati R, et al.** Chicago classification version 4.0© technical review: Update on standard high-resolution manometry protocol for the assessment of esophageal motility. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc.* 2021;33(4):e14120.
4. **Jones R, Junghard O, Dent J, et al.** Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;30(10):1030-1038.
5. **Kahrilas PJ, Bredenoord AJ, Fox M, et al.** The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0. *Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc.* 2015;27(2):160-174.
6. **Sami S, Ragnunath K.** The Los Angeles Classification of Gastroesophageal Reflux Disease. *Video J Encycl GI Endosc.* 2013;1(1):103-104.
7. **JPMA - Journal Of Pakistan Medical Association.** Accessed June 15, 2022.
8. **Verma.** Esophageal motility dysfunction and Type 2 Diabetes Mellitus: Indian scenario. Accessed June 24, 2022.
9. **Muroi K, Miyahara R, Funasaka K, et al.** Comparison of High-Resolution Manometry in Patients Complaining of Dysphagia among Patients with or without Diabetes Mellitus. *Digestion.* 2021;102(4):554-562.

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY MỠM RĂNG Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH LÂM SÀNG

Tô Văn Quỳnh¹, Bùi Minh Hoàng¹

TÓM TẮT

Chấn thương cột sống ở trẻ em chiếm tỷ lệ 0,2 – 0,5% tất cả các chấn thương. Gãy mỏm nha C2 là một loại chấn thương cột sống cổ cao và có nguy cơ gây mất vững đội – trục. Gãy mỏm nha type II ở người trưởng thành thường có chỉ định phẫu thuật do điều trị bảo tồn cho tỷ lệ khớp giả cao. Tuy nhiên, với cơ sinh học cột sống cổ khác với người trưởng thành, gãy mỏm nha ở trẻ em sẽ có thái độ điều trị khác. Nhân một ca lâm sàng gãy mỏm nha type IIc ở trẻ em được điều trị bảo tồn cho kết quả tốt, chúng tôi chia sẻ kinh nghiệm điều trị với nẹp cổ bán cứng làm bằng da, được đo cắt theo kích thước cổ của trẻ.

Từ khóa: gãy mỏm nha, chấn thương cột sống cổ, trẻ em

SUMMARY

CONSERVATIVE TREATMENT FOR ODONTOID FRACTURE IN CHILDREN: A CASE REPORT

Spinal trauma in children accounts for 0.2 - 0.5% of all trauma. Odontoid fracture is type of upper cervical spine fractures with a high risk of atlantoaxial instability. Odontoid fracture type II in adults are often indicated for surgery because of a high rate of pseudoarthrosis with conservative treatment.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Tô Văn Quỳnh

Email: bsquynh1408@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023

However, with differences in the biomechanics, odontoid fractures in children have different treatment attitude. On the occasion of a case of 5-year-old patient with type IIc odontoid fracture was treated conservatively with good results, we share our experience with a semi-rigid leather collar, which was made according to the size of the child's neck.

Keywords: odontoid fracture, cervical spine trauma, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống ở trẻ em là một tổn thương hiếm gặp, chiếm 0.2-0.5 % các chấn thương trật khớp nói chung, và khoảng 5-3% các chấn thương cột sống [8]. Thông thường, trẻ càng nhỏ tuổi càng có nguy cơ chấn thương cột sống cổ cao, thể hiện bằng số liệu trên 50% các chấn thương cột sống xảy ra trên đoạn đốt này. Điều này có thể giải thích bởi những yếu tố liên quan tới chỉ số đầu - cơ thể, cụ thể là kích thước đầu lớn tương phản với kích thước thân mình nhỏ, do đó tăng nguy cơ tác dụng ngoại lực vào các vùng bản lề của cột sống cổ cao nằm ngay dưới vùng đầu [4].

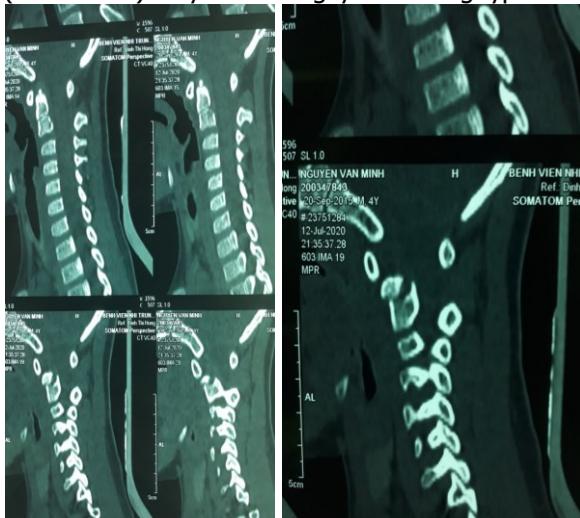
Gãy mỏm răng là một phân loại thuộc nhóm các chấn thương cột sống. Ở trẻ nhỏ, tổn thương điển hình trong gãy mỏm răng là tổn thương đĩa sụn, làm tách hẳn mỏm răng ra khỏi thân của đốt trục C2.

Các nghiên cứu cơ sinh học trước đây thường giả lập cơ chế chấn thương bằng các chuyển động với vận tốc trên 40 km/h, đủ để gây lực xé tương tự như cường độ lực thường thấy gây thương tích ở nhóm trẻ em dưới ba tuổi. Mặc dù số tai nạn hàng năm hiện chưa có hiện tượng suy giảm, và do đó số ca bệnh chấn thương ở trẻ em cũng tăng lên, chúng ta vẫn chưa xác định được phương thức điều trị tối ưu cho nhóm đối tượng đặc biệt cần quan tâm này. Các tài liệu y văn hiện nay đã ghi nhận nhiều phương thức điều trị gãy mỏm răng khác nhau cho các bệnh nhân nhỏ tuổi, trong đó điển hình là bảo tồn bằng phương pháp nẹp cổ, và một số phương pháp can thiệp hay phẫu thuật như nắn chỉnh kín, cố định ngoài, cho đến cố định hàn xương lõi sau các tầng đốt C1, C2 [2]

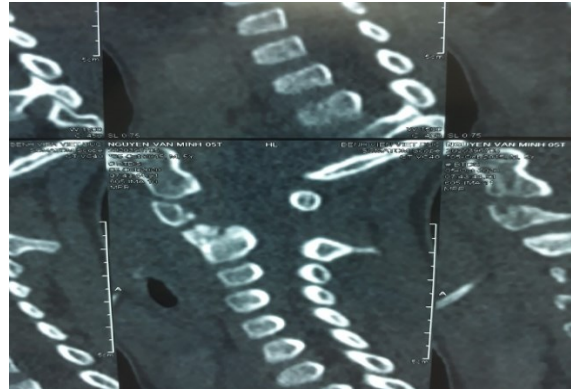
Trong bài báo này, chúng tôi xin trình bày ca lâm sàng điều trị bảo tồn thành công gãy mỏm răng type 2 bằng phương pháp đeo nẹp ngoài cổ định cột sống cổ.

I. TRÌNH BÀY CA BỆNH

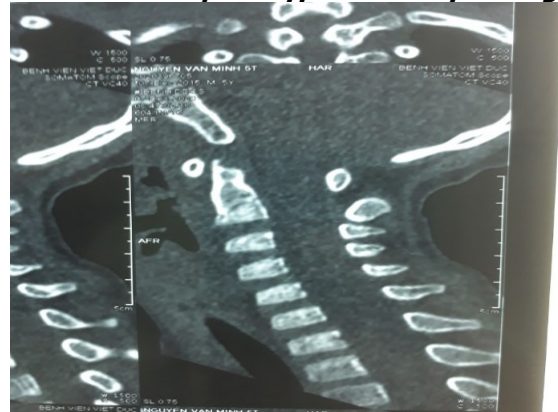
Trẻ 5 tuổi, tiền sử khỏe mạnh. Trước nhập viện 1 ngày, trẻ ngã cầu thang, đầu đập vào thành gỗ lan can. Bệnh nhân được nhập viện Nhi Trung ương với các triệu chứng đau rất nhẹ cột sống cổ, không có dấu hiệu tổn thương thần kinh, X-quang chưa phát hiện tổn thương xương. Trẻ được chuyển sang viện Việt Đức trong tình trạng tỉnh, đau nhẹ cột sống cổ, không có triệu chứng tổn thương thần kinh, các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường. Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner) thấy hình ảnh gãy mỏm răng type IIC.



Hình 1. Kết quả chụp CT đứng dọc sau tai nạn 1 ngày



Hình 2. Kết quả chụp CT sau một tháng



Hình 3. Kết quả chụp CT sau 6 tháng

Bệnh nhân được chỉ định điều trị bảo tồn bằng nẹp collar cổ bằng da cắt theo số đo cổ, đeo trong 10 tuần. Theo dõi trong vòng 12 tuần không phát hiện các dấu hiệu thần kinh. Trẻ có khả năng vận động cột sống cổ mà không đau sau 12 tuần.

II. BÀN LUẬN

Gãy mỏm răng ở trẻ nhỏ thường khó chẩn đoán. Triệu chứng lâm sàng gợi ý bệnh nhi có tổn thương gãy mỏm răng thường là đau mức độ ít, hạn chế vận động vùng cột sống cổ cao, chụp X-quang thường quy có thể không phát hiện thương tổn. Hơn nữa, trẻ nhỏ là đối tượng rất khó khai thác triệu chứng đau do khó thu thập lời khai rõ rệt về triệu chứng cơ năng, do đó các thầy thuốc lâm sàng nên nghi ngờ tổn thương cột sống cổ với mọi đối tượng bệnh nhi vào viện có hạn chế vận động vùng cổ.

CT scanner là một phương pháp chụp chiếu cho hình ảnh các cấu trúc xương rõ ràng, do đó có thể phát hiện những tổn thương có nguy cơ bỏ sót trên X-quang thường quy. Tuy nhiên, cần thận trọng khi chỉ định chụp CT và tránh chỉ định nếu có thể, do phương pháp này có sự phơi nhiễm tia X sử dụng, kể cả khi CT liều thấp cũng

giúp hạn chế phần nào các ảnh hưởng do phơi nhiễm tia xạ [3,6,11].

Với người lớn, gãy mỏm răng type II có thể điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật tùy từng trường hợp bệnh nhân [12, 13]. Tuy nhiên, phương hướng điều trị tổn thương này ở trẻ nhỏ còn chưa được làm rõ. Ngay cả số báo cáo đề cập đến kinh nghiệm điều trị gãy mỏm răng type II ở trẻ nhỏ cũng vô cùng ít ỏi, nổi bật trong đó có thể kể đến báo cáo của Bhagat và cộng sự về trường hợp gãy mỏm răng type II di lệch ở bệnh nhân nữ 2 tuổi [1].

Trong báo cáo này chúng tôi đã sử dụng phương pháp điều trị bảo tồn không can thiệp và đã thành công, đồng thời theo dõi sát sao tiến triển quá trình liền xương của bệnh nhi, và thấy cấu trúc mỏm răng đã tái tạo tốt sau 6 tháng theo dõi.

Chúng tôi sử dụng nẹp cổ đo và cắt băng da, thay vì các loại nẹp cổ cứng hoặc Halo vest, do những phương pháp này đi kèm nhiều biến chứng như nhiễm trùng chân đinh, lỏng đinh, các vấn đề da, cứng vùng cổ, cũng như những biến chứng liên quan tới quá trình kéo nắn [5, 7]. Hơn nữa, kích thước cố định của vòng halo và áo nẹp gây hạn chế vận động của trẻ, nhất là khi bệnh nhi còn nhỏ, khả năng kiểm soát vận động đầu cổ còn nhiều hạn chế, do đó dễ có nguy cơ tiến triển các biến dạng cột sống. Việc sử dụng nẹp cổ bán cứng chế tác bằng da cũng có thể không phải phương pháp tối ưu do bệnh nhân hay người nhà có thể tự ý tháo nẹp, và theo các nghiên cứu ở người trưởng thành, tỉ lệ liền xương ở nhóm bệnh nhân được đeo nẹp cổ cứng cao hơn so với nhóm dùng nẹp bán cứng. Tuy nhiên, điều này chưa từng được ghi hay phân tích ở nhóm bệnh nhân trẻ em [9, 10].

III. KẾT LUẬN

Tựu trung lại, ca lâm sàng này đã minh họa một trường hợp gãy mỏm răng type IIC ở trẻ nhỏ, điều trị bảo tồn thành công bằng phương pháp đeo nẹp cổ bán cứng. Chúng tôi hy vọng ca lâm sàng này có thể giúp đưa ra một lựa chọn để điều trị cho các bệnh nhi vào viện có tổn thương gãy vỡ mỏm răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Bhagat, J. Brown và R. Johnston** (2006), "Remodelling potential of paediatric cervical spine after type II odontoid peg fracture", *Br J Neurosurg.* 20(6), tr. 426-8.
2. **M. Blauth và các cộng sự.** (1996), "Fractures of the odontoid process in small children: biomechanical analysis and report of three cases", *Eur Spine J.* 5(1), tr. 63-70.
3. **D. Brenner và các cộng sự.** (2001), "Estimated risks of radiation-induced fatal cancer from pediatric CT", *AJR Am J Roentgenol.* 176(2), tr. 289-96.
4. **F. M. Fesmire và R. C. Luten** (1989), "The pediatric cervical spine: developmental anatomy and clinical aspects", *J Emerg Med.* 7(2), tr. 133-42.
5. **T. G. Maak và J. N. Grauer** (2006), "The contemporary treatment of odontoid injuries", *Spine (Phila Pa 1976).* 31(11 Suppl), tr. S53-60; discussion S61.
6. **O. M. Mueller và các cộng sự.** (2010), "Instable cervical spine injury in a toddler: technical note", *Childs Nerv Syst.* 26(11), tr. 1625-31.
7. **G. Ochoa** (2005), "Surgical management of odontoid fractures", *Injury.* 36 Suppl 2, tr. B54-64.
8. **J. C. Patel và các cộng sự.** (2001), "Pediatric cervical spine injuries: defining the disease", *J Pediatr Surg.* 36(2), tr. 373-6.
9. **P. Platzer và các cộng sự.** (2007), "Nonoperative management of odontoid fractures using a halothoracic vest", *Neurosurgery.* 61(3), tr. 522-9; discussion 529-30.
10. **R. S. Polin và các cộng sự.** (1996), "Nonoperative management of Types II and III odontoid fractures: the Philadelphia collar versus the halo vest", *Neurosurgery.* 38(3), tr. 450-6; discussion 456-7.
11. **E. R. Scaife và M. D. Rollins** (2010), "Managing radiation risk in the evaluation of the pediatric trauma patient", *Semin Pediatr Surg.* 19(4), tr. 252-6.
12. **E. Shears và C. P. Armitstead** (2008), "Surgical versus conservative management for odontoid fractures", *Cochrane Database Syst Rev*(4), tr. CD005078.
13. **V. Singh và các cộng sự.** (2012), "Nonoperative treatment of displaced type II odontoid peg fractures with a Philadelphia collar", *Orthopedics.* 35(4), tr. e538-42.