

- Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2018 Sep 27;103(11):4043–88.
3. **Choi JH, Jin HY, Lee BH, Ko JM, Lee JJ, Kim GH, et al.** Clinical phenotype and mutation spectrum of the CYP21A2 gene in patients with steroid 21-hydroxylase deficiency. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2012 Jan;120(1):23–7.
 4. **Usui T, Nishisho K, Kaji M, Ikuno N, Yorifuji T, Yasuda T, et al.** Three novel mutations in Japanese patients with 21-hydroxylase deficiency. Horm Res. 2004;61(3):126–32.
 5. **Balraj P, Lim PG, Sidek H, Wu LL, Khoo ASB.** Mutational characterization of congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency in Malaysia. J Endocrinol Invest. 2013 Jun;36(6):366–74.
 6. **Grischuk Y, Rubtsov P, Riepe FG, Grötzinger J, Beljelarskaia S, Prassolov V, et al.** Four Novel Missense Mutations in the CYP21A2 Gene Detected in Russian Patients Suffering from the Classical Form of Congenital Adrenal Hyperplasia: Identification, Functional Characterization, and Structural Analysis. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2006 Dec 1;91(12):4976–80.
 7. **Koyama S, Toyoura T, Saisho S, Shimozawa K, Yata J.** Genetic analysis of Japanese patients with 21-hydroxylase deficiency: identification of a patient with a new mutation of a homozygous deletion of adenine at codon 246 and patients without demonstrable mutations within the structural gene for CYP21. J Clin Endocrinol Metab. 2002 Jun;87(6):2668–73.
 8. **Chi DV, Tran TH, Nguyen DH, Luong LH, Le PT, Ta MH, et al.** Novel variants of CYP21A2 in Vietnamese patients with congenital adrenal hyperplasia. Mol Genet Genomic Med. 2019 Feb 27;7(5):e623.
 9. **Xia Y, Shi P, Gao S, Liu N, Zhang H, Kong X.** Genetic analysis and novel variation identification in Chinese patients with congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. 2022 Sep 1;222:106156.
 10. **New MI, Abraham M, Gonzalez B, Dumic M, Razzaghy-Azar M, Chitayat D, et al.** Genotype-phenotype correlation in 1,507 families with congenital adrenal hyperplasia owing to 21-hydroxylase deficiency. Proc Natl Acad Sci U S A. 2013 Feb 12;110(7):2611–6.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ CAO MẤT VỮNG

Vũ Văn Cường¹, Ngô Thanh Tú¹, Võ Văn Thanh^{1,2},
Đinh Thế Hưng¹, Phạm Hồng Phong³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương cột sống cổ cao mất vững nhằm đưa ra các dấu hiệu gợi ý khi bệnh nhân có tổn thương cột sống cổ cao. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả chùm ca bệnh 66 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống cổ C1 - C2 mất vững từ tháng 3 năm 2018 tới nay. **Kết quả:** 66 bệnh nhân (58 nam/8 nữ) với độ tuổi trung bình $38,27 \pm 13,69$ được chẩn đoán chấn thương cột sống cổ cổ C1 - C2 mất vững. Chấn thương cột sống cổ cao mất vững chủ yếu gặp do tai nạn giao thông (56,06%) và tai nạn ngã cao (30,30%). Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau cổ (100%), hạn chế vận động cột sống cổ chiếm 90,91%, chỉ có 24,24% bệnh nhân có triệu chứng cứng cổ. Tổn thương lâm sàng của bệnh nhân trước phẫu thuật theo ASIA chủ yếu nằm trong nhóm ASIA E (68,18%). Tổn thương chính của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là gãy mỏm răng đơn thuần chiếm 54,55%. Trật C1-C2 do các nguyên nhân khác nhau chiếm 31,81%, chỉ có 13,64% các trường

hợp chấn thương vỡ C1 đơn thuần. **Kết luận:** Chấn thương cột sống cổ cao có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn và không đặc hiệu, do đó nên khuyến cáo bắt buộc phải sử dụng phương tiện chẩn đoán hình ảnh để đánh giá cột sống cổ cao.

Từ khóa: cột sống cổ cao, gãy mỏm nha

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH INSTABILITY UPPER CERVICAL SPINE INJURIES

Objective: To evaluate the clinical and subclinical symptoms of patients with instability upper cervical spine injuries in order to provide indicative signs when patients have upper cervical spine injuries. **Subjects and methods:** Descriptive case series of 66 patients diagnosed with instability C1 - C2 vertebral fractures since March 2018. **Results:** 66 patients (58 males/8 females) with an average age of 38.27 ± 13.69 were diagnosed with unstable C1 - C2 cervical spine fractures. High cervical spine instability injuries predominantly occurred due to traffic accidents (56.06%) and high falls (30.30%). All patients presented with neck pain symptoms (100%), with 90.91% showing restricted cervical spine mobility, and only 24.24% exhibiting symptoms of neck stiffness. Preoperative clinical assessment of the patients according to the ASIA impairment scale was primarily classified as ASIA E (68.18%). The main injury in the study group was simple odontoid fractures, accounting

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thanh Tú

Email: bsngothanhtu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024

for 54.55%. C1 - C2 dislocations due to various causes comprised 31.81%, and only 13.64% of the cases involved isolated C1 fractures. **Conclusion:** Upper cervical spine injuries exhibit nonspecific and poor clinical symptoms. Therefore, it is recommended to use imaging diagnostic tools to evaluate upper cervical spine injuries. **Keywords:** upper cervical spine, C1 - C2 fractures

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống cổ vỡ C1 tương đối hiếm gặp, chiếm tỷ lệ 10% trong các chấn thương cột sống nói chung và 2% trong tổng số các trường hợp chấn thương cột sống cổ nói riêng. Ở trẻ em, vỡ C1 chiếm 1 – 2% của chấn thương cột sống và 2 – 10% của chấn thương cột sống cổ. Trong khi đó gãy mỏm nha là một tổn thương thường gặp trong chấn thương cột sống cổ cao, chiếm 10 – 15% tổn thương cột sống cổ và 75% chấn thương cột sống cổ ở trẻ em. Cơ chế tổn thương do lực ép đứng dọc phối hợp với lực di lệch ngang. Triệu chứng lâm sàng chấn thương cột sống cổ cao thường nghèo nàn, vì vậy chẩn đoán ban đầu khó khăn, dễ bỏ sót dẫn tới di chứng nặng nề. Chẩn đoán xác định chấn thương cột sống cổ cao dựa vào chụp cắt lớp vi tính cột sống cổ cao. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chấn thương cột sống cổ cao mất vững nhằm đưa ra các dấu hiệu gợi ý khi bệnh nhân có tổn thương cột sống cổ cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 66 bệnh nhân được chẩn đoán vỡ C1 - C2 mất vững từ tháng 3 năm 2018 tới nay tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, có chẩn đoán hình ảnh cần thiết (X - quang, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ) để chẩn đoán xác định chấn thương mất vững C1 - C2.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những bệnh nhân có các bệnh mạn tính ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật như: suy tim, bệnh lý mạch vành, suy gan, suy thận, viêm cột sống dính khớp... ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

- Có các tổn thương ung thư hay lao.

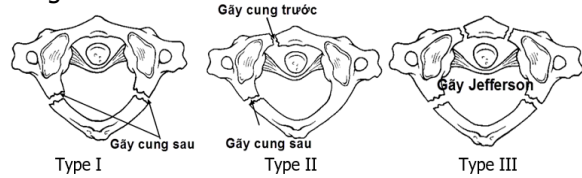
2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

2.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng tỉ mỉ, phát hiện các triệu chứng lâm sàng trước mổ, tổn thương thần kinh theo thang điểm ASIA, được chụp X - quang quy ước (thẳng, nghiêng, há

miệng) và cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ để phát hiện tổn thương cột sống cổ cao.

Thương tổn giải phẫu: Phân loại tổn thương vỡ C1 (Levin và Edwards)

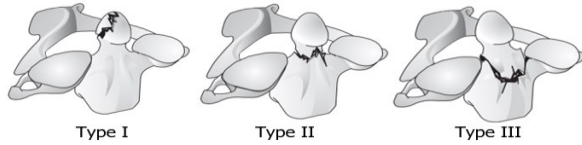
- Type I: Gãy cung sau đơn thuần
- Type II: Gãy một cung trước và một cung sau
- Type III: Gãy hai vị trí ở cung trước và cung sau



Hình 1. Phân loại vỡ C1

Phân loại gãy mỏm nha (Anderson và D'Alonzo)

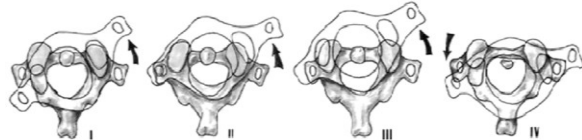
- Type I: Gãy đỉnh mỏm nha
- Type II: Gãy nền mỏm nha
- Type III: Gãy chéo thân



Hình 2. Phân loại gãy mỏm nha

Phân loại mức độ trật C1 - C2 (Fielding)

- Loại 1: trật nhẹ diện khớp, ADI < 3mm.
- Loại 2: đứt dây chằng ngang, ADI 3-5mm
- Loại 3: đứt dây chằng ngang, dây chằng cánh, ADI > 5mm
- Loại 4: trật C1 ra sau so với C2, thường phối hợp gãy mỏm răng hoặc vỡ cung trước C1.



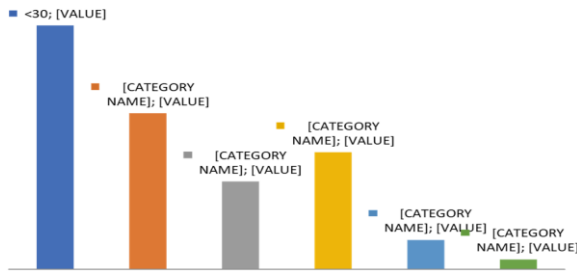
Hình 3. Phân loại trật C1 - C2

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Mức ý nghĩa thống kê sử dụng trong nghiên cứu này là p=0,05. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân đều được giải thích kĩ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, có thể rời khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào. Toàn bộ những thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

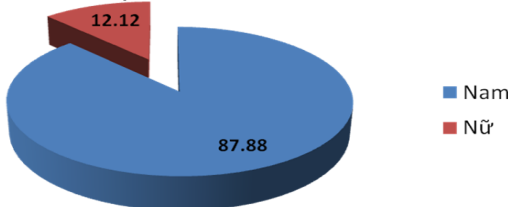
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 66 bệnh nhân với tuổi trung bình $38,27 \pm 13,69$, chủ yếu gặp bệnh nhân trẻ tuổi, nhóm tuổi dưới 40 chiếm 62,12% (41/66BN). Đặc biệt nhóm tuổi trên 70 chỉ có 1 bệnh nhân (72 tuổi). Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi Nam gặp nhiều hơn Nữ, với tỷ lệ Nam/Nữ là: 7,25.



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

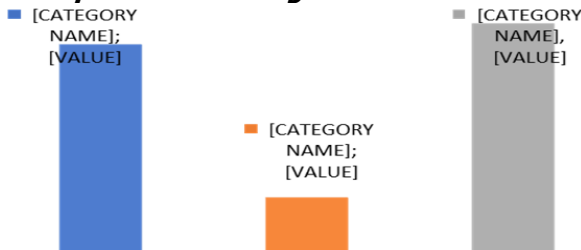
Bảng 1. Nguyên nhân tổn thương

Nguyên nhân	N	%
Tai nạn giao thông	37	56,06
Tai nạn ngã cao	20	30,30
Tai nạn thể thao	2	3,03
Vật nặng rơi vào đầu	7	10,61
Tổng	66	100

Về nguyên nhân, tai nạn giao thông và tai nạn ngã cao là nguyên nhân chính gây chấn thương mắt vững C1 - C2 chiếm 86,36%. Các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ khá nhỏ: tai nạn thể thao (3,03%), vật nặng rơi vào đầu (10,61%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng

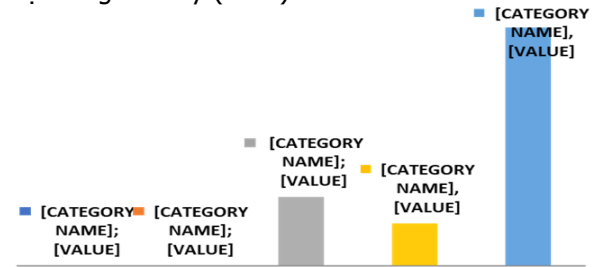


Biểu đồ 3. Triệu chứng cơ năng khi vào viện

Tất cả bệnh nhân vào viện đều có triệu chứng đau cổ (100%), hạn chế vận động cột sống cổ chiếm 90,91%, chỉ có 24,24% bệnh nhân có triệu chứng cứng cổ.

Dựa vào các triệu chứng thực thể bao gồm: vận động, cảm giác và cơ tròn, chúng tôi phân

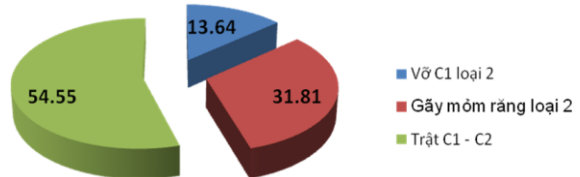
loại tình trạng lâm sàng theo thang điểm đánh giá tổn thương thần kinh của Hội chấn thương cột sống Hoa Kỳ (ASIA).



Biểu đồ 4. Phân loại mức độ tổn thương theo ASIA

Tổn thương lâm sàng của bệnh nhân trước phẫu thuật theo ASIA chủ yếu nằm trong nhóm ASIA E (68,18%). Bệnh nhân chấn thương cổ cao thường có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, ít có tổn thương tủy cổ. Không có bệnh nhân nào vào viện trong tình trạng liệt hoàn toàn (ASIA - A).

Đặc điểm cận lâm sàng

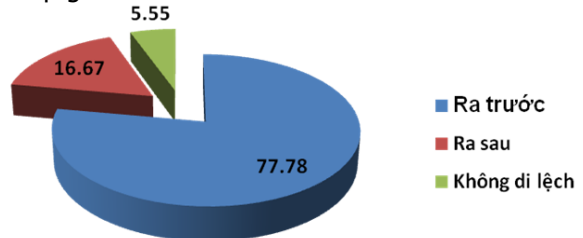


Biểu đồ 5. Phân loại tổn thương

Tổn thương chính của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là gãy mỏm răng đơn thuần chiếm 54,55%. Trật C1 - C2 do các nguyên nhân khác nhau chiếm 31,81%, chỉ có 13,64% các trường hợp chấn thương vỡ C1 đơn thuần.

Tất cả bệnh nhân chấn thương vỡ C1 đều thuộc loại 2 là loại tổn thương loại tổn thương làm di lệch khỏi bên C1 sang hai bên so với bờ ngoài thân C2 gây đứt dây chằng ngang và mắt vững cấu trúc C1 - C2.

Gãy mỏm răng là tổn thương thường gặp trong chấn thương mắt vững C1 - C2. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân gãy mỏm răng đều là loại 2 theo Anderson D'Alonzo. Gãy mỏm răng loại 2 đường gãy đi qua nền cổ mỏm răng là vùng cấp máu kém nguy cơ gây khớp giả cao.



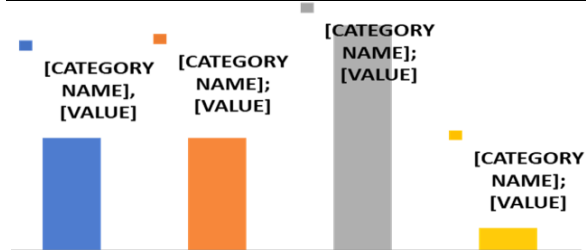
Biểu đồ 6. Hình thái di lệch mỏm răng

Trong nghiên cứu của chúng tôi gãy mòm răng di lệch ra trước là chủ yếu, gặp ở 28/36 bệnh nhân gãy mòm răng chiếm 77,78%, gãy mòm răng di lệch ra sau gặp ở 6/36 bệnh nhân chiếm 16,67%, chỉ có 2 trường hợp gãy mòm răng không di lệch chiếm 5,55%.

Phân loại trật C1 - C2, trong nghiên cứu của chúng tôi trật C1 - C2 gặp ở 21/66 bệnh nhân chiếm 31,82%.

Bảng 2. Nguyên nhân trật C1 - C2

Nguyên nhân trật C1 - C2	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy mòm răng	12	57,14
Khớp giả mòm răng	7	33,33
Đơn thuần	2	9,53
Tổng	21	100



Biểu đồ 7. Phân loại trật C1 - C2 theo Fielding

Trật C1 - C2 do gãy mòm răng và khớp giả mòm răng là nguyên nhân thường gặp nhất chiếm 90,47%. Trong đó, trật C1 - C2 loại 3 là một loại trật nặng có chỉ số ADI > 5mm gặp ở 10/21 bệnh nhân chiếm 47,62%, trật loại 1,2 gặp ở 10/21 bệnh nhân chiếm 47,62%. Chỉ duy nhất gặp 1 bệnh nhân trật loại 4 chiếm 4,76%.

Tình trạng tổn thương tủy cổ trên cộng hưởng từ. Đánh giá tình trạng tổn thương của tủy sống dựa trên phim cộng hưởng từ chúng tôi nhận thấy:

Bảng 3. Thay đổi tín hiệu trên cộng hưởng từ ở thì T2

Tăng tín hiệu trên T2	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	24	36,36
Không	42	63,64
Tổng	66	100

Tăng tín hiệu trong tủy trên thì T2 thể hiện tình trạng tổn thương tủy, trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 24/66 bệnh nhân chiếm 36,36%.

IV. BÀN LUẬN

Cột sống cổ cao có cấu trúc khác biệt so với các vùng cột sống khác trong cơ thể: ống sống rộng rãi (đường kính trung bình 20 - 23 mm so với 15 - 17mm của các vùng cột sống khác), tủy sống chỉ chiếm 2/3 đường kính ống sống. Chính vì vậy khi chấn thương cột sống cổ cao thường ít

có tổn thương tủy vì vậy không có các biểu hiện triệu chứng lâm sàng đặc hiệu của chấn thương cột sống cổ như: liệt, suy hô hấp, tê bì tứ chi... Nếu có tổn thương tủy nặng thường bệnh nhân sẽ tử vong trước khi vào viện do liệt trung tâm hô hấp, tuần hoàn hoặc tử vong do nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương nặng.

Do triệu chứng lâm sàng nghèo nàn và không đặc hiệu các tác giả nghiên cứu trên thế giới đã đưa ra các khuyến cáo bắt buộc phải sử dụng phương tiện chẩn đoán hình ảnh để đánh giá cột sống cổ cao. Tác giả Hadida cho rằng phải sử dụng các phương tiện cận lâm sàng đánh giá cột sống cổ cao trong các trường hợp sau đây: bệnh nhân có triệu chứng đau cổ hoặc cứng cổ, chấn thương sọ não, đa chấn thương. Fisher cho rằng bắt buộc phải đánh giá cột sống cổ cao trong các trường hợp: tai nạn giao thông tốc độ cao, ngã cao, có chấn thương vùng đầu và mặt cho dù bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo. Cadoux khuyến cáo: bệnh nhân có đau cổ, cứng cổ, chấn thương trực tiếp cột sống cổ, mất ý thức.

Chấn thương cột sống cổ C1 chiếm 1 - 2% chấn thương cột sống nói chung và chiếm 15% chấn thương cột sống cổ nói riêng. Chấn thương cột sống cổ C1 được coi là mất vững khi vỡ C1 loại II, loại III kèm theo đứt dây chằng ngang. Tổn thương dây chằng ngang được chẩn đoán xác định khi: chỉ số ADI > 3mm, chỉ số Spence > 6,9mm. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 bệnh nhân vỡ C1 mất vững tất cả các bệnh nhân đều là vỡ C1 loại 2 theo phân loại của Levin và Edwards. Chỉ số Spence trung bình của các bệnh nhân vỡ C1 mất vững là 8 ± 2,18 mm, thấp nhất là 7mm cao nhất là 11,7mm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với chỉ định phẫu thuật mất vững C1 khi có chỉ số Spence > 6,9mm.

Gãy mòm răng là tổn thương phổ biến nhất trong chấn thương vỡ C2, gãy mòm răng chiếm 15% các trường hợp chấn thương cột sống cổ. Có nhiều cách phân loại gãy mòm răng tuy nhiên cách phân loại của Anderson và D'Alonzo (1974) được sử dụng rộng rãi nhất. Các tác giả trên thế giới đều thống nhất rằng với gãy mòm răng loại 1 và loại 3 điều trị bảo tồn sẽ được lựa chọn đầu tiên: Collar cổ cứng, khung cố định Halo...Đối với gãy mòm răng loại 2 các tác giả trên thế giới khuyến cáo nên can thiệp phẫu thuật do nguy cơ khớp giả cao. Năm 1973, Schiff và Park đã mô tả giải phẫu cấp máu cho mòm răng: có hai động mạch cung cấp cho phần thân và đỉnh mòm răng trong khi đó vùng nền cổ mòm răng được cấp máu rất ít dẫn đến khó liền xương.

Cấu trúc C1 - C2 chiếm hơn 50% chuyển động xoay của cơ thể tuy nhiên liên kết giữa đốt sống C1 và C2 lại rất lỏng lẻo: dây chằng ngang, dây chằng cánh, màng mái, diện khớp... Trong khi dây chằng ngang giữ không cho đốt đốt chuyển động ra trước thì dây chằng cánh có tác dụng giữ không cho khớp C1 - C2 xoay quá mức. Chấn thương gãy trật C1 - C2 do rất nhiều nguyên nhân: đứt dây chằng ngang, gãy mỏm răng, đứt dây chằng cánh, khớp giả mỏm răng. Có 21/66 bệnh nhân trật C1 - C2 chiếm 31,82% trong đó 7 trường hợp là do khớp giả mỏm răng (33,33%), 12 trường hợp chấn thương cấp tính (trật C1 - C2 kèm theo gãy mỏm răng) chiếm 57,14%, có 2 trường hợp trật C1 - C2 đơn thuần có tiền sử chấn thương chỉ số ADI > 5mm. Trong 12 BN chấn thương cấp tính do gãy mỏm răng loại 2 có 1 trường hợp đứt dây chằng ngang, trật xoay C1 - C2 gây chèn ép tủy nhiều.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương cột sống cổ cao thường ít có tổn thương tủy vì vậy không có các biểu hiện triệu chứng lâm sàng đặc hiệu của chấn thương cột sống cổ như: liệt, suy hô hấp, tê bì tứ chi... Nếu có tổn thương tủy nặng thường bệnh nhân sẽ tử vong trước khi vào viện do liệt trung tâm hô hấp, tuần hoàn hoặc tử vong do nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương nặng.

Do triệu chứng lâm sàng nghèo nàn và

không đặc hiệu chúng tôi khuyến cáo bắt buộc phải sử dụng phương tiện chẩn đoán hình ảnh để đánh giá cột sống cổ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alexander R. Vaccaro** (2002), Fractures of the cervical, thoracic and lumbar spine, Marcel Dekker, Inc,
2. **Frank H Netter.Md** (1997), "Human Atlas (Giải phẫu người)", Nhà xuất bản Y học.
3. **Gertzbein SD, Robbins SE.** Accuracy of pedicular screw placement in vivo. Spine. 1990;15:11-14
4. **Harms J, Melcher RP.** Posterior C1-C2 fusion with polyaxial screw and rod fixation. Spine. 2001;26:2467-2471.
5. **Wackenheim** (1989), "Radiology of the cervical spine", Radiologe, 29(4): tr. 176-8.
6. **Yonghong Zheng, Dingjun Hao, Biao Wang và các cộng sự.** (2016), "Clinical outcome of posterior C1-C2 pedicle screw fixation and fusion for atlantoaxial instability: A retrospective study of 86 patients", Journal of Clinical Neuroscience, 32, tr. 47-50.
7. **Richard H Rothman và Frederick A Simeone** (2006), Rothman-Simeone, the Spine, Vol. 1, Saunders Elsevier.
8. **Hà Kim Trung** (2005), "Nghiên cứu chẩn đoán và phẫu thuật chấn thương cột sống cổ có thương tổn thần kinh tại Bệnh viện Việt Đức", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. **Praveen V Mummaneni và Regis W Haid** (2005), "Atlantoaxial fixation: overview of all techniques", Neurology India, 53(4), tr. 408.
10. **Atul Goel và Francesco Cacciola** (2011), Craniovertebral Junction: Diagnosis--Pathology--Surgical Techniques, Thieme.

ĐẶC ĐIỂM PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ SINH NON, TRẺ NHẸ CÂN SO VỚI TUỔI THAI TRONG 2 NĂM ĐẦU ĐỜI TẠI THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Phương¹, Nguyễn Văn Sơn¹,
Nguyễn Hồng Phương¹, Lê Thị Kim Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm phát triển của trẻ sinh non, trẻ nhẹ cân so với tuổi thai trong 2 năm đầu đời. **Đối tượng:** Trẻ sinh tại 20 xã của tỉnh Thái Nguyên, được chia thành 3 nhóm: 147 trẻ sinh non, 180 trẻ sinh đủ tháng có cân nặng thấp so với tuổi thai (small for gestational age - SGA), 1243 trẻ sinh đủ tháng có cân nặng phù hợp với tuổi thai (appropriate for gestational age - AGA). **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Tại thời điểm 12 tháng, có sự khác

biệt về vận động thô của 3 nhóm: trẻ SGA có điểm vận động thô thấp nhất (95,7 điểm), sau đó đến trẻ sinh non (98,5 điểm), trẻ AGA có điểm vận động thô cao nhất (95,7 điểm). Tại thời điểm 24 tháng, có sự khác biệt về vận động tinh của 3 nhóm: trẻ sinh non có điểm vận động tinh thấp nhất (105,9 điểm), sau đó đến trẻ SGA (106,5 điểm), cao nhất là trẻ AGA (108,4 điểm). Các lĩnh vực phát triển khác của 3 nhóm trẻ không có sự khác biệt. Tỷ lệ phát triển của 3 nhóm trẻ lúc 12 tháng và 24 tháng chủ yếu ở mức độ trung bình. Tỷ lệ phát triển nhận thức mức độ trung bình dao động từ 47% đến 53% lúc 12 tháng và từ 79% đến 83% lúc 24 tháng. **Kết luận:** Có sự khác biệt về phát triển vận động của trẻ sinh non, trẻ SGA và trẻ AGA lúc 12 tháng và 24 tháng. Tỷ lệ các mức độ phát triển của trẻ sinh non và trẻ SGA trong 2 năm đầu đời chủ yếu ở mức trung bình. **Từ khóa:** sinh non, nhẹ cân so với tuổi thai, phát triển, Bayley III.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương

Email: phuongetrics@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024