

bệnh đái tháo đường nói riêng nhằm kiểm tra sự đáp ứng thuốc, theo dõi phát hiện các biến chứng để điều trị kịp thời. Người bệnh đái tháo đường type 2 cần theo dõi bệnh mỗi 15 ngày - 1 tháng để kiểm tra huyết áp, đo cân nặng và đo đường huyết mao mạch bằng máy đo đường huyết cá nhân. Ngoài ra, người bệnh cần tái khám định kỳ sau 3 tháng để xét nghiệm HbA1c đánh giá mức đường glucose trung bình trong 3 tháng, kiểm tra huyết áp, cân nặng và kiểm tra vùng da tiêm insulin để tìm vùng loạn dưỡng mỡ do insulin... Trong nghiên cứu này có 87% người bệnh đánh giá điều dưỡng thực hiện tốt nội dung tư vấn về tái khám định kỳ.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng công tác giáo dục sức khỏe của điều dưỡng cho người bệnh đái tháo đường type 2 được NB đánh giá khá cao với 83% ở mức đạt. Tuy nhiên vẫn còn một số điều dưỡng chưa thực hiện đầy đủ các nội dung tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Qua đó, bệnh viện cần tăng cường hơn nữa việc kiểm tra, giám sát công tác tư vấn GDSK cho người bệnh tại các khoa. Bản thân người điều dưỡng cần chủ động nâng cao kỹ năng truyền thông GDSK và tăng cường học tập, trau dồi kiến thức về bệnh ĐTĐ type 2 để tư vấn đầy đủ, chính xác cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ngô Thị Phương** (2021). Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, người tiền đái tháo đường và kết quả của các biện pháp can thiệp tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108. Đề tài cơ sở, Bệnh viện Trung ương quân đội 108.
- Đình Quốc Khánh** (2021). Thực trạng mức bệnh đái tháo đường type 2 ở người lao động thường xuyên phải làm ca, thêm giờ và một số yếu tố nguy cơ. Đề tài cơ sở.
- Lưu Thị Thanh Tâm và cộng sự** (2019). Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi về chế độ dinh dưỡng và chế độ luyện tập của người bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2019. Đề tài cơ sở, Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn
- Hoàng Thị Thu và cộng sự** (2020). Khảo sát nhận thức và nhu cầu thông tin của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. Đề tài cơ sở, Bệnh viện Quân y 103.
- Trần Thị Loan** (2020). Công tác tư vấn giáo dục sức khỏe của điều dưỡng đối với người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện C Thái Nguyên. Chuyên đề tốt nghiệp Điều dưỡng chuyên khoa I, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
- Bộ Y tế** (2021). Thông tư 31/2021/TT-BYT về Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện. Ban hành ngày 28 tháng 12 năm 2021.
- Bộ Y tế** (2020). Tài liệu hướng dẫn chuẩn đoán và điều trị Đái tháo đường type 2 theo Quyết định 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020.
- Cục Y tế dự phòng** (2016). Quản lý bệnh đái tháo đường. Chương trình phòng chống các bệnh không lây nhiễm.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC CAO ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Nguyễn Hoàng Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh chấn thương cột sống ngực cao điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu những bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống có tổn thương từ T1 đến T5 tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức từ 6/2018 đến 6/2021. **Kết quả:** Qua nghiên cứu kết quả 23 bệnh nhân chấn thương cột sống ngực cao (T1-T5) được phẫu thuật bắt vít qua cuống, mổ cung sau giải ép tại khoa phẫu thuật cột sống về đặc điểm lâm sàng độ tuổi trung bình là 33,96 ± 14,62, hay gặp nhất là lứa tuổi lao động (từ 20 đến 60) chiếm 78,3%.

Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 69,6%. Tỷ lệ ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ ~ 4,75/1. Triệu chứng lâm sàng: tất cả các bệnh nhân đều có đau vùng cột sống chấn thương với VAS trung bình 5,52 ± 1,34; tổn thương thần kinh theo AIS khi vào viện thì 60,8% là AIS A, AIS B chiếm 13%, AIS C chiếm 8,7%, AIS D chiếm 4,3%. Về cận lâm sàng vị trí tổn thương gặp nhiều nhất là T4 với 15 đốt, sau đó là T3 với 12 đốt; có 47,8% bệnh nhân tổn thương 2 đốt sống, 4,3% bệnh nhân tổn thương 3 đốt sống, 47,3% bệnh nhân tổn thương 1 đốt sống. **Kết luận:** Bệnh chủ yếu gặp ở độ tuổi lao động nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông, triệu chứng lâm sàng của tất cả các bệnh nhân đều có đau vùng cột sống chấn thương kèm tổn thương thần kinh.

Từ khóa: Chấn thương cột sống, ngực cao

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, IMAGING FINDINGS OF UPPER THORACIC SPINE FRACTURE PATIENTS TREATED WITH SURGERY AT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm: Đỗ Mạnh Hùng
Email: drmanhungvdspine@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 18.2.2024
Ngày duyệt bài: 12.4.2024

VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical, subclinical of patients with upper thoracic spine fractures at the Spinal Surgery Department- Viet Duc University Hospital. **Subjects and methods:** 23 patients were diagnosed upper thoracic spine fractures at Spinal Surgery Department- Viet Duc University Hospital from June 2018 to June 2021. **Results:** 23 patients were diagnosed upper thoracic spine fractures who underwent decompression and pedicle screw surgery at the Spine surgery department the mean age was 33.96 ± 14.62 , most common in the working age group (from 20 to 60) accounting for 78.3%. The main cause is traffic accidents, accounting for 69.6%. The ratio in men is higher than in women with a ratio of $\sim 4.75/1$. Clinical symptoms: all patients had pain in the traumatic spine area with an average VAS of 5.52 ± 1.34 ; Neurological damage according to AIS when entering the hospital is 60.8% AIS A, AIS B accounts for 13%, AIS C accounts for 8.7%, AIS D accounts for 4.3%. In terms of subclinical, the most common lesion location is T4 with 15 segments, followed by T3 with 12 segments; 47.8% of patients had damage to 2 vertebrae, 4.3% of patients had damage to 3 vertebrae, 47.3% of patients had damage to 1 vertebra. **Conclusion:** The disease mainly occurs in working age people, mainly due to traffic accidents. The clinical symptoms of all patients include pain in the traumatic spine area with nerve damage.

Keywords: Spinal injury, upper thoracic spine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống ngực tổn thương tủy sống gây gánh nặng về cả kinh tế và xã hội lên cộng đồng. Có nhiều cách khác nhau để phân đoạn cột sống ngực, trong đó có một số tác giả phân loại cột sống ngực cao là đoạn từ T1 – T5 và đoạn cột sống ngực thấp là từ T6 – T12 [1]. Mặt khác ở mức cột sống ngực cao từ T1 - T5 trở lên, khi bị chấn thương gây tổn thương khoang tủy sống từ T6 trở lên, bệnh nhân ngoài chịu di chứng về liệt vận động, cảm giác còn có bệnh lý huyết áp khi nghỉ thấp, rối loạn nhịp tim, các đợt bệnh lý tăng phản xạ tự phát có thể đe dọa tính mạng và hạ huyết áp tư thế dai dẳng [2]. Chấn thương cột sống ngực cao rất phức tạp do các đặc điểm giải phẫu - sinh lý riêng biệt của đoạn cột sống này. Nó cứng hơn nhiều so với cột sống thắt lưng do có khung xương sườn phía trước và các đĩa đệm tương đối mỏng hơn. Ông sống của đoạn cột sống ngực hẹp hơn. Chấn thương thường liên quan phổi hợp đến nhiều chấn thương khác và gây tổn thương tủy sống nghiêm trọng[3]. Cùng với sự phát triển mạnh mẽ của chẩn đoán hình ảnh như cộng hưởng từ (CHT), cắt lớp vi tính (CLVT), Xquang... các tổn thương được chẩn đoán chính xác hơn, giúp phẫu thuật viên có điều trị đúng đắn. Tại Việt Nam có một số nghiên cứu về chấn thương cột sống ngực có

nhắc qua về chấn thương cột sống ngực cao[4] [5], tuy nhiên có ít nghiên cứu cụ thể về chấn thương cột sống ngực cao T1-T5. Chính vì vậy chúng tôi giới thiệu bài báo "Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh chấn thương cột sống ngực cao điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống có tổn thương từ T1 đến T5 tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức từ 6/2018 đến 6/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

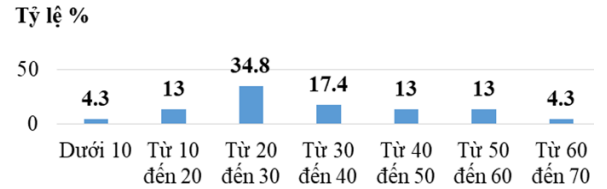
2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các thông tin riêng biệt về bệnh tật của bệnh nhân trong hồ sơ bệnh án hoàn toàn được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Mỗi bệnh nhân được gán một mã số riêng để đảm bảo tính chính xác cũng như tính bảo mật thông tin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung

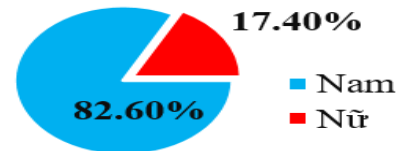
3.1.1. Tỷ lệ chấn thương theo tuổi, giới tính



Biểu đồ 1: Tỷ lệ chấn thương cột sống ngực cao theo nhóm tuổi

Nhận xét:

- Tuổi thấp nhất là 6, cao nhất là 64.
- Tuổi trung bình là $33,96 \pm 14,62$.



Biểu đồ 2: Phân bố về giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ = $19/4 \sim 4,75/1$.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Mức độ đau lưng: sử dụng thang điểm VAS

Bảng 1: Đau sau chấn thương

VAS	Số lượng	Tỷ lệ %
0: Không đau	0	0

1-2: Đau nhẹ	1	4.3
3-4: Đau vừa	12	52.2
5-6: Đau nhiều	8	34.8
7-8: Đau dữ dội	2	8.7
9-10: Đau khủng khiếp	0	0
Tổng	23	100

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau cột sống tại vị trí gáy, VAS trung bình 5,52 ± 1,34

3.2.2. Triệu chứng và mức độ tổn thương tủy

Bảng 2: Mức độ tổn thương thần kinh

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ %
Rối loạn cảm giác	Bình thường	6	26,2
	Giảm	3	13
	Mất	14	60,8
Rối loạn vận động	Bình thường	3	13
	Giảm	4	17,4
	Mất	16	69,6
Rối loạn cơ tròn	Còn	6	26,1
	Mất	17	73,9

Nhận xét: Có 14 bệnh nhân (60,8%) bệnh nhân mất cảm giác hoàn toàn dưới mức tổn thương. 6 bệnh nhân (26,2%) không rối loạn cảm giác dưới mức tổn thương. 3 bệnh nhân (13%) giảm cảm giác dưới mức tổn thương.

Có 16 bệnh nhân (69,6%) mất vận động dưới mức tổn thương. Có 4 bệnh nhân (17,4%) giảm vận động. Chỉ có 3 bệnh nhân không liệt vận động dưới mức tổn thương.

Có 17/23 bệnh nhân có rối loạn cơ tròn trước mổ (chiếm 73,9%), biểu hiện bằng bí tiểu cần đặt sonde niệu đạo – bàng quang.

3.2.3. Các tổn thương phối hợp

Bảng 3: Tổn thương phối hợp

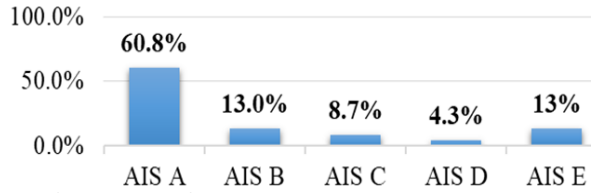
Tổn thương phối hợp	Số bệnh nhân (n=23)	Tỷ lệ %
Chấn thương ngực	17	73,9
Chấn thương bụng	4	17,4
Gãy xương chi	4	17,4
Chấn thương sọ não	1	4,4
Vỡ xương chậu	1	4,4

Nhận xét: - Có 17 bệnh nhân (73,9%) có tổn thương phối hợp là chấn thương ngực kín trong đó chủ yếu là tràn máu tràn khí màng phổi chiếm số lượng nhiều nhất.

- Có cùng 4 bệnh nhân (17,4%) bệnh nhân có chấn thương bụng kín, gãy xương chi.

- Có cùng 1 bệnh nhân (4,4%) bệnh nhân có chấn thương sọ não, vỡ xương chậu.

3.2.4. Đặc điểm thần kinh theo AIS khi vào viện:

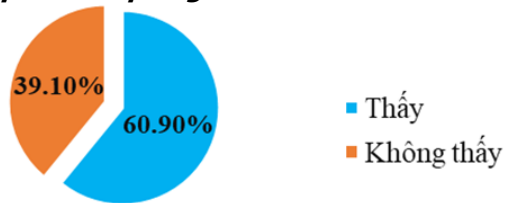


Biểu đồ 3: Tổn thương thần kinh theo phân loại ASIA

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương thần kinh AIS mức độ A chiếm tỷ lệ cao nhất 60,8%, thấp hơn là tổn thương AIS B có 3 bệnh nhân (13%), tổn thương thần kinh AIS C có 2 bệnh nhân (8,7%), tổn thương thần kinh AIS D có 1 bệnh nhân (4,3%).

3.3. Đặc điểm về hình ảnh

3.3.1. Tỷ lệ thấy hình ảnh gãy cột sống ngực trên Xquang



Biểu đồ 4: Tỷ lệ thấy hình ảnh gãy cột sống ngực trên phim X quang

Nhận xét: 14/23 bệnh nhân (60,9%) phát hiện được hình ảnh gãy cột sống ngực.

3.3.2. Đặc điểm tổn thương trên CLVT

a. Vị trí đốt sống tổn thương

Bảng 4: Vị trí đốt sống tổn thương

Vị trí	Trên phim CT	
	Số lượng	Tỷ lệ
T1	0	0
T2	1	4,3
T2-T3	2	8,7
T3	1	4,3
T3-T4	8	34,8
T4	5	21,7
T4-T5	1	4,3
T3-T4-T5	1	4,3
T5	4	17,4
Tổng	23	100

Nhận xét: Có 11 bệnh nhân tổn thương 2 đốt sống chiếm 47,8%, không có bệnh nhân nào tổn thương T1, có 1 bệnh nhân tổn thương 3 đốt sống chiếm 4,3%,

b. Hình thái tổn thương cột sống theo TLICS

Bảng 5: Hình thái tổn thương cột sống theo TLICS

Hình thái tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy nén	6	26,1
Vỡ vụn	1	4,3

Trật/xoay	10	43,5
Gãy gập	6	26,1
Tổng	23	100

Nhận xét: Hình thái tổn thương gặp nhiều nhất là trật/xoay có 10 bệnh nhân (43,5), ít hơn sau đó là gãy gập có 6 bệnh nhân (26,1%)

3.3.3. Tình trạng phức hợp dây chằng sau trên phim MRI và CLVT

Có 11 bệnh nhân được chụp MRI, những bệnh nhân không có MRI được xác định là phức hợp dây chằng sau không xác định.

Bảng 6: Tình trạng phức hợp dây chằng sau

Phức hợp dây chằng sau	CLVT	MRI	Tổng	Tỷ lệ (%)
	Số lượng	Số lượng		
Đứt	11	5	16	69,6
Nghi ngờ hoặc không xác định	1	3	4	17,4
Nguyên vẹn	0	3	3	13
Tổng	12	11	23	100

Nhận xét:

- 69,6% bệnh nhân đứt phức hợp dây chằng dọc sau là cao nhất

-17,4% bệnh nhân nghi ngờ tổn thương phức hợp dây chằng dọc sau.

-13% bệnh nhân có phức hợp dây chằng dọc sau nguyên vẹn

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi. Độ tuổi trung bình là $33,96 \pm 14,62$, tuổi thấp nhất là 6, tuổi cao nhất là 64. Nhóm tuổi từ 20 đến 40 chiếm tới 52,2%, như vậy đa số gặp ở độ tuổi lao động, đây là lực lượng trực tiếp tham gia vào sản xuất, làm ra phần lớn của cải vật chất cho xã hội.

Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Gattozzi và cộng sự [6] là 37,7 tuổi. Lê Hoàng Nhã nghiên cứu [5] là 36,44 tuổi.

4.1.2. Giới. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu nam giới chiếm đa số 82,6%. Tỷ lệ nam/nữ = 4,75/1. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số cũng giống như hầu hết các nghiên cứu của tác giả khác như: Lê Hoàng Nhã[5] 81%, Nguyễn Quang Huy[7] 90,3%, Charles Fisher[1] 85,2%, Gattozzi[6] 67,4%. Điều này có thể được giải thích do nam giới thường làm những công việc nặng nhọc, nguy hiểm, tính chất công việc buộc họ phải đối mặt với nhiều tai nạn hơn, mặt khác nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ chấn thương hơn như: uống rượu, vi phạm an toàn giao thông.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Đau sau chấn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 87% bệnh nhân đau vừa và đau nhiều. VAS trung bình $5,52 \pm 1,34$. Đau là triệu chứng gặp ở 100% bệnh nhân chấn thương cột sống.

4.2.2. Rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, rối loạn cơ tròn trước mổ. Trên lâm sàng chúng tôi thấy mất hoàn toàn cảm giác có 14 bệnh nhân (60,8%), giảm cảm giác có 3 bệnh nhân (13%).

Mức độ rối loạn vận động gặp nhiều nhất là cơ lực hai chi dưới 0/5 có 15 bệnh nhân chiếm 65,2%.

Mức độ rối loạn cơ tròn biểu hiện một dấu hiệu chèn ép tủy. Trước mổ có 17 bệnh nhân rối loạn cơ tròn chiếm 73,9%, có biểu hiện trên lâm sàng là đại tiểu tiện không tự chủ, không có cảm giác buồn đi tiểu phải đặt sonde tiểu. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn cơ tròn cao trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Lê Hoàng Nhã[5] là 87,2% và Nguyễn Quang Huy [7] là 67,7%.

Tỷ lệ tổn thương tủy cao trong gãy cột sống ngực cao từ T1 – T5 là do ống sống ở đoạn này rất hẹp. Khi gãy cột sống xảy ra các mảnh vỡ dễ gây tổn thương tủy sống. Mặt khác vùng tủy ngực cao cũng ít mạch nuôi dưỡng hơn so với các vùng tủy khác, kèm với hiện tượng phù nề tủy sống sẽ làm thiếu máu nuôi dưỡng tủy. Thường do va chạm giao thông với tốc độ nhanh hay tai nạn ngã từ trên cao mới đủ gây ra chấn thương cột sống ngực cao. Chính vì lực chấn thương lớn nên đa số chấn thương cột sống ngực thường gây tổn thương tủy sống nặng. Bệnh nhân thường nhập viện với triệu chứng tổn thương tủy hoàn toàn.

Tuy kết quả nghiên cứu mức độ tổn thương tủy của chúng tôi khi so sánh với các tác giả trên cũng có kết quả chiếm đa số nhưng vẫn có sự chênh lệch, điều này do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trong phạm vi hẹp hơn, cỡ mẫu cũng nhỏ hơn.

4.2.3. Các tổn thương phối hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 19 bệnh nhân (82,6%) có các tổn thương phối hợp kèm theo trong đó chấn thương ngực kín chiếm đa số (73,91%).

Tỷ lệ tổn thương phối hợp chấn thương ngực kín nhìn chung cao hơn của các tác giả trên thế giới, điều này có thể do cách chọn mẫu nghiên cứu của chúng tôi khu trú tại những bệnh nhân chấn thương cột sống ngực T1-T5, nơi mà dễ xảy ra chấn thương cột sống thì phải có lực tác động rất lớn, cơ chế chấn phức tạp, nhất là trong

điều kiện tại Việt Nam hiện nay việc tham gia giao thông bằng xe máy vẫn chiếm phần lớn khác với trên thế giới là bằng ô tô. Các chấn thương phối hợp có thể làm ảnh hưởng đến thời gian điều trị và phục hồi sau mổ.

4.2.4. Đặc điểm tổn thương tủy theo AIS khi vào viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi vào viện có tới 60,8% bệnh nhân tổn thương tủy hoàn toàn AIS A. Kết quả tỷ lệ tổn thương tủy hoàn toàn này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy [7] là 64,5%, C.Fisher[1] là 52% và Gattozzi[6] là 60,4%.

Như vậy trong chấn thương cột sống ngực nói chung và chấn thương cột sống ngực cao tỷ lệ bệnh nhân liệt ngay từ đầu là rất cao, chỉ định phẫu thuật cố định cột sống nhằm làm cố định cột sống và chăm sóc bệnh nhân liệt, giảm thiểu các biến chứng về sau cho bệnh nhân.

4.3. Đặc điểm chấn lâm sàng

4.3.1. Tỷ lệ thấy chấn thương cột sống ngực trên Xquang. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thấy chấn thương cột sống ngực trên xquang là 60,9%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Hoàng Nhã[5] là 60,4% và Nash Lawrason[8] là 53%.

Gãy cột sống ngực thường kèm theo tổn thương phối hợp, việc chẩn đoán chấn thương cột sống ngực cao bằng x quang thường gặp khó khăn do hình ảnh trên phim nghiêng thường bị che lấp bởi hai xương bả vai, trên phim thẳng bị che lấp bởi bóng tim, xương ức.

4.3.2. Đặc điểm chấn thương cột sống ngực trên phim CLVT

a. Vị trí và số lượng đốt sống tổn thương

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy tỷ lệ đốt sống ngực cao tổn thương chủ yếu tập chung nhiều tại T3 và T4, có tới 12 đốt sống T3 bị tổn thương (33,3%) và 15 đốt sống T4 bị tổn thương (41,7%). Các đốt sống ngực T1 và T2 có tỷ lệ bị tổn thương ít nhất trong đó không có đốt sống T1 nào bị tổn thương và chỉ có 3 đốt sống T2 bị tổn thương (8,3%), kết quả này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Huy[7] và Lê Hoàng Nhã[5].

b. Phân loại tổn thương cột sống theo TLICS

Trong nghiên cứu của chúng tôi hình thái tổn thương trật/xoay và gãy gập có tỷ lệ cao nhất 43,5% và 26,1%, thấp hơn là gãy nén (26,1%) và vỡ vụn (4,3%). Do nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm đa số, lực khi xảy ra chấn thương tác động theo phương trước sau cộng với các yếu tố như chất lượng xương kém, đoạn cột sống ngực cao có hệ thống khung lồng ngực và đai vai vững chắc nên khi chấn thương gặp chủ

yếu các hình thái gãy trật/xoay và gãy gập, gãy nén là hoàn toàn phù hợp. Hình thái tổn thương vỡ vụn gặp ít nhất (4,3%), lực phải tác động chủ yếu theo phương trên dưới mới có thể gây nên hình thái vỡ vụn thân đốt.

Kết quả này khi so sánh với các tác giả khác như Lê Hoàng Nhã[5] và Fracs[9] thì có sự tương đồng khi kết quả của các tác giả này đều cho thấy tỷ lệ gãy trật chiếm đa số.

4.3.3. Tình trạng phức hợp dây chằng sau trên phim CHT và CLVT. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tới 69,6% có đứt phức hợp dây chằng sau, 17,4% nghi ngờ tổn thương. Kết quả này tương đồng với Haba và cộng sự (65,7%) khi nghiên cứu trên 35 bệnh nhân chấn thương cột sống ngực và thắt lưng [10].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng:

Tuổi trung bình là $33,96 \pm 14,62$, hay gặp nhất là lứa tuổi lao động (từ 20 đến 60) chiếm 78,3%. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông chiếm 69,6%. Hay gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ $\sim 4,75/1$.

Triệu chứng lâm sàng: tất cả các bệnh nhân đều có đau vùng cột sống chấn thương với Vas trung bình $5,52 \pm 1,34$; tổn thương thần kinh theo AIS khi vào viện thì 60,8% là AIS A, AIS B chiếm 13%, AIS C chiếm 8,7%, AIS D chiếm 4,3%.

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: vị trí tổn thương gặp nhiều nhất là T4 với 15 đốt, sau đó là T3 với 12 đốt; có 47,8% bệnh nhân tổn thương 2 đốt sống, 4,3% bệnh nhân tổn thương 3 đốt sống, 47,3% bệnh nhân tổn thương 1 đốt sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fisher C, Singh S, Boyd M, et al. Clinical and radiographic outcomes of pedicle screw fixation for upper thoracic spine (T1-5) fractures: a retrospective cohort study of 27 cases. J Neurosurg Spine. 2009; 10(3): 207-213. doi:10.3171/2008.12.SPINE0844
2. Theologis AA, Tabaraee E, Funao H, et al. Three-column osteotomies of the lower cervical and upper thoracic spine: comparison of early outcomes, radiographic parameters, and peri-operative complications in 48 patients. Eur Spine J. 2015; 24(S1):23-30. doi:10.1007/s00586-014-3655-6
3. Gattozzi D. Surgery for traumatic fractures of the upper thoracic spine (T1-T6). Surgical Neurology International. 2018;9(1):231. doi:10.4103/sni.sni_273_18
4. Lê Văn Tuyên. Đánh giá đặc điểm hình ảnh chấn thương cột sống ngực - thắt lưng theo phân loại TLICS tại bệnh viện Việt Đức. 2017.
5. Lê Hoàng Nhã. Điều trị gãy cột sống ngực do chấn thương bằng phẫu thuật nẹp vít cố định. Luận văn thạc sĩ y học. 2016.

6. **Gattozzi D, Friis L, Arnold P.** Surgery for traumatic fractures of the upper thoracic spine (T1-T6). *Surg Neurol Int.* 2018;9(1):231. doi:10.4103/sni.sni_273_18
7. **Nguyễn Quang Huy.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống ngực bằng phương pháp bắt vít qua công tại bệnh viện Việt Đức. Published online 2010.
8. **NashLawrason J.** Early detection of thoracic spine fracture in the multiple trauma patient: Role of the initial portable chest radiograph. *Emergency Radiology.* Published online 1997:11.
9. **Fracrs RS.** Health-related quality-of-life outcomes after thoracic (T1-T10) fractures. *The Spine Journal.* Published online 2013:8.
10. **Haba, Hitoshi, et al.** "Diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging for detecting posterior ligamentous complex injury associated with thoracic and lumbar fractures." *Journal of Neurosurgery: Spine* 99.1 (2003): 20-26.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH BẰNG NẸP VÍT KHOÁ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

Vũ Trường Thịnh^{1,3}, Nguyễn Văn Khước², Phạm Nguyễn Trọng Nguyên¹, Nguyễn Xuân Thuý¹, Nguyễn Minh Anh³, Nguyễn Mạnh Tiên³, Dương Duy Thanh³, Trương Văn Kiều³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành bằng nẹp vít khoá tại bệnh viện đa khoa Đức Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu không đối chứng trên 35 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khoá điều trị gãy đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1/2018 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu có 15 (42,86%) bệnh nhân nam và 20 (57,14%) bệnh nhân nữ với tuổi trung bình $48,60 \pm 19,07$ tuổi (từ 18 - 81 tuổi). 74,29% bệnh nhân có tổn thương thuộc loại A, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Kết quả 94,29% bệnh nhân liền xương tốt. Biên độ vận động khớp gối: 51,43% gấp gối $\geq 125^\circ$, 28,57% gấp gối từ $100^\circ - 124^\circ$, 14,29% gấp gối $90^\circ - 99^\circ$, 5,71% gấp gối $< 90^\circ$. Kết quả phục hồi chức năng theo Sanders. R: rất tốt (48,57%), tốt (34,28%), trung bình (14,29%) và kém là 2,86%. **Kết luận:** Điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi bằng nẹp khoá mang lại kết quả khả quan, thích hợp với các loại gãy xương đầu dưới xương đùi, hiện là lựa chọn tối ưu cho loại gãy này tạo điều kiện để tập phục hồi chức năng sớm sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Gãy đầu dưới xương đùi, nẹp khoá, gãy kín

SUMMARY

THE OUTCOME OF CLOSED FRACTURES AT DISTAL FEMUR IN ADULTS BY LOCKING PLATE FIXATION AT DUC GIANG HOSPITAL

Objectives: Evaluating the initial outcome of

treatment of distal femur fractures in adults by locking plate fixation in Duc Giang hospital. **Material and methods:** A retrospective and prospective study without control on 35 patients who underwent internal osteosynthesis treatment of closed distal femur fracture, from 1/2018 to 4/2022 in Duc Giang hospital. **Results:** There were 15 (42,86%) males and 20 (57,14%) females with a mean age of $48,60 \pm 19,07$ years (range 18 - 81). 74,29% were of types A, and the main cause was traffic accidents. The rate of bone union was 94,29%. Range of knee motion: 51,43% achieved a complete flexion $\geq 125^\circ$, 28,57% range $100^\circ - 124^\circ$, 14,29% range $90^\circ - 99^\circ$, 5,71% knee flexion $< 90^\circ$. Results of rehabilitation by Sanders.R: excellent: 48,57%, good: 34,28%, average: 14,29% and poor 2,86%. **Conclusion:** Results of treatment of distal femur fractures by locking plate is very positive, including older patients with osteoporosis, which is now the optimal treatment choice for this type of fracture to improve early rehabilitation after surgery. **Keywords:** Distal femoral fractures, locking plate, closed fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới xương đùi (ĐDXĐ) là gãy phần chuyển tiếp giữa vùng hành xương và thân xương của đoạn xa xương đùi, có thể đường gãy kéo dài lên đoạn 1/3 giữa xương đùi hay có đường phạm khớp, chiếm dưới 1% tổng số ca gãy xương và khoảng 3 đến 6% tổng số ca gãy xương đùi.^{1,2} Điều trị gãy ĐDXĐ đòi hỏi chỉnh hình tốt về giải phẫu, phục hồi diện khớp, cố định vững chắc ổ gãy giúp BN (BN) tập vận động sớm, tránh biến chứng hạn chế vận động khớp gối, can lệch và thoái hóa khớp.

Có nhiều phương pháp điều trị gãy kín ĐDXĐ như: kéo nắn bó bột, phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít, nẹp góc, nẹp DCS, nẹp ốp lõi cầu... Mỗi phương pháp kết xương đều có ưu nhược điểm khác nhau. Hiện nay, nẹp khoá được áp dụng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trường Thịnh

Email: drtruongthinhctch@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024