

Tỷ lệ chẩn đoán đúng BTBS 92,3%, cao hơn so với Lê Thị Thùy Trang (2020) (88%), thấp hơn của Diesa (2019) (93%)[5]

V. KẾT LUẬN

Máy SÂ tại cơ sở y tế công cũ và xét nghiệm SLTS ít. Kiến thức đúng CBYT về SLTS chưa cao, SÂ là phương pháp an toàn hiệu quả trong sàng lọc BTBS trước sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế**, Quyết định số 6173/QĐ-BYT ban hành tài liệu Hướng dẫn quốc gia về dự phòng và kiểm soát đái tháo đường thai kỳ, 2018.
- Bộ Y tế**, Quyết định 1807/QĐ-BYT về việc hướng dẫn sàng lọc, chẩn đoán, điều trị trước sinh và sơ sinh, 2020.

- Bộ Y tế**, Quyết định 1911/QĐ - BYT ban hành tài liệu hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật, 2021
- Lê Kim Tuyền**, Vai trò của siêu âm tim thai trong chẩn đoán BTBS trước sinh, đề tài nghiên cứu sinh. Published online 2014.
- Lê Thị Thùy Trang**, Nghiên cứu vai trò của siêu âm trong chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh trước sinh tại bệnh viện phụ sản trung ương, luận văn y học, 2020.
- Fatal medicine foundation, Nuchal translucency scan**, <https://fetalmedicine.org/fmf-certification-2/nuchal-translucency-scan>, 2024
- Ultrasound Obstet Gynecol**, Updated ISUOG practice Guidelines: fetal cardiac screening, 2023; 61: 788–803 Published online, DOI: 10.1002/uog.26224

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY

Trần Văn Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh chấn thương cột sống thắt lưng trên cắt lớp vi tính đa dẫy. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 57 bệnh nhân có chẩn đoán chấn thương CSTL chụp CLVT trong thời gian từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 tại khoa CDHA bệnh viện 19-8 Bộ Công an. **Kết quả:** tuổi hay gặp từ 46-60 tuổi (36.84%), nam 56.14%, nữ (43.86%), tỉ lệ nam/nữ là 1.23. Vị trí tổn thương: đốt sống có tỉ lệ tổn thương cao nhất là L1 (48.15%). Tổn thương vỡ thân đốt sống chiếm 68.42%. Tổn thương xẹp đốt sống chiếm 71.93%. Tổn thương cung sau đốt sống: tổn thương gãy gai ngang chiếm (15.79%), tổn thương gãy gai sau là ít gặp nhất (1.75%), tổn thương gãy hỗn hợp chiếm 7.02%. Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ trượt đốt sống độ I cao nhất (14.04%). Tổn thương hẹp nhẹ ống sống chiếm tỉ lệ cao nhất 8.78%. Tổn thương cột sống kiểu gãy hay gặp nhất là gãy vỡ 38.6%

SUMMARY

STUDY ON IMAGING CHARACTERISTICS OF LUMBAR SPINE INJURY ON MULTI-SEQUENCE COMPUTED IN THE 19-8 HOSPITAL MINISTRY OF POLICE

Objectives: To describe the image characteristics of lumbar spine injuries on multi-detector row computed tomography. **Methods:** Descriptive study of 57 patients diagnosed with spinal cord injuries using CT scans from June 2022 to

September June 2023 at CDHA Department of Hospital 19-8 Ministry of Public Security. **Results:** common age ranges from 46-60 years old (36.84%), 56.14% male, 43.86% female, male/female ratio is 1.23. Location of injury: the vertebra with the highest injury rate is L1 (48.15%). Vertebral body rupture accounts for 68.42%. Vertebral collapse injuries account for 71.93. Posterior vertebral arch injuries: transverse spine fractures account for (15.79%), posterior spine fractures are the least common (1.75%), and mixed fracture injuries account for 7.02%. The highest proportion of patients with grade I spondylolisthesis (14.04%). Mild spinal stenosis injuries account for the highest rate, 8.78%. The most common fracture-type injury to the spine is fracture, 38.6%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống là tai nạn thường gặp trong cuộc sống và lao động. Đây là những thương tổn của dây thần kinh, xương, dây chằng, đĩa đệm cột sống. Chấn thương cột sống có thể bao gồm từ giãn dây chằng và cơ nhẹ hoặc một ảnh hưởng gián tiếp đến xương, mô mềm và các mạch máu quanh tủy sống, gãy và trật khớp đốt sống, chấn thương tủy sống. Đây là một dạng chấn thương nghiêm trọng. Tại Mỹ, tỉ lệ chấn thương cột sống có khoảng từ 25-59/ 1 triệu dân/ năm [1]. Vì vậy, chấn thương cột sống nói chung và chấn thương cột sống thắt lưng nói riêng cần được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Việc chẩn đoán xác định chấn thương cột sống thắt lưng và đánh giá mức độ tổn thương cùng với các tổn thương phối hợp ngay từ sớm có ý nghĩa rất lớn không chỉ đối với tính mạng của

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt

Email: tranvanviet2011@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

bệnh nhân mà còn ảnh hưởng tới khả năng phục hồi chức năng của bệnh nhân. Ngày nay chụp cắt lớp vi tính đang được sử dụng chẩn thương cột sống vì nó có độ chẩn đoán chính xác tốt, có thể được thực hiện nhanh chóng, giá thành không quá cao. Hình ảnh CLVT cột sống cho phép chúng ta khảo sát các tổn thương về xương cũng như phần mềm. Vấn đề chụp cắt lớp vi tính trong chẩn thương cột sống thắt lưng đã có các công trình nghiên cứu của một số tác giả, tuy nhiên, thực tế lâm sàng, các tổn thương cột sống thường có tính chất hệ thống và phức tạp, rất nhiều trường hợp tổn thương ở nhiều tầng, nhiều đoạn và các vùng bản lề của cột sống. Vì vậy, với mong muốn tìm hiểu sâu hơn về đặc điểm hình ảnh chẩn thương cột sống thắt lưng trên phim chụp CLVT đa dãy, nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị đối với những bệnh nhân chẩn thương cột sống, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chẩn thương cột sống thắt lưng trên cắt lớp vi tính đa dãy tại Bệnh viện 19-8 – Bộ Công an với mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh chẩn thương cột sống thắt lưng trên cắt lớp vi tính đa dãy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả 57 bệnh nhân chẩn thương cột sống có chụp CLVT đa dãy SIEMENS tại khoa Chẩn đoán hình ảnh (CDHA) Bệnh viện 19-8 - Bộ công an. Từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023.

- Vùng cắt: có thể cắt toàn bộ các đốt sống thắt lưng hoặc cắt khu trú vào đốt sống tổn thương.
- Đặt hướng cắt: hướng cắt vuông góc với mặt bàn và quét xoắn ốc liên tục để tái tạo ảnh 3D và các mặt phẳng cần thiết khác.
- Độ dày lát cắt: 0.6mm
- Bước nhảy: 0,75 – 1
- Điện áp: 120 Kv
- Trường nhìn: 15 - 20cm
- Đặt cửa sổ:
- + Cửa sổ mềm: WL: 50 HU; WW: 280 HU
- + Cửa sổ xương: WL: 450 HU; WW: 1500 HU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu

| Nhóm tuổi | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|-----------|--------------|-----------|
| <18 | 1 | 1.75 |
| 18 - 30 | 8 | 14.04 |
| 31 – 45 | 9 | 15.79 |
| 46 – 60 | 21 | 36.84 |

| | | |
|-------------|-----------|------------|
| >60 | 18 | 31.58 |
| Tổng | 57 | 100 |

Nhận xét: Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm 46-60 tuổi với 36.84% Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất là độ tuổi <18 với 1.75%

Bảng 3.2. Đặc điểm về giới của đối tượng nghiên cứu

| Giới tính | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|-------------|--------------|------------|
| Nam | 32 | 56.14 |
| Nữ | 25 | 43.86 |
| Tổng | 57 | 100 |

Nhận xét: Tỉ lệ chẩn thương cột sống thắt lưng ở nam giới cao hơn nữ giới. Số lượng bệnh nhân nam là 32 bệnh nhân (chiếm 56.14%), số lượng bệnh nhân nữ là 25 bệnh nhân (chiếm 43.86%)

3.2 Đặc điểm hình ảnh chẩn thương CSTL trên phim chụp CLVT

Bảng 3.3. Vị trí đốt sống bị tổn thương

| Vị trí | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|-------------|--------------|------------|
| L1 | 39 | 48.15 |
| L2 | 17 | 20.99 |
| L3 | 11 | 13.58 |
| L4 | 7 | 8.64 |
| L5 | 7 | 8.64 |
| Tổng | 81 | 100 |

Nhận xét: Đốt sống L1 có tỉ lệ bị tổn thương cao nhất với số lượng 39 bệnh nhân chiếm 48.15%. Hai đốt sống có tỉ lệ tổn thương thấp nhất là L4 và L5 với cùng số lượng là 7 đốt và chiếm tỉ lệ 8.64%.

Bảng 3.4. Tổn thương xẹp đốt sống trên phim chụp CLVT

| Số lượng đốt xẹp | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|--------------------|--------------|------------|
| Không xẹp đốt sống | 10 | 17.54 |
| Xẹp 1 đốt sống | 41 | 71.93 |
| Xẹp 2 đốt sống | 4 | 7.02 |
| Xẹp ≥3 đốt sống | 2 | 3.51 |
| Tổng | 57 | 100 |

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân xẹp 1 đốt sống là cao nhất với 71.93%. Tỉ lệ bệnh nhân xẹp ≥3 đốt sống chiếm tỉ lệ thấp nhất là 3.51%. Tỉ lệ bệnh nhân không thấy xẹp đốt sống là 17.54%.

Bảng 3.5. Tổn thương cung sau đốt sống

| Tổn thương | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|---------------|--------------|------------|
| Không thấy | 43 | 75.44 |
| Gãy gai ngang | 9 | 15.79 |
| Gãy gai sau | 1 | 1.75 |
| Gãy hỗn hợp | 4 | 7.02 |
| Tổng | 57 | 100 |

Nhận xét: Tổn thương gãy gai ngang chiếm tỉ lệ lớn nhất với 15.79%. Tổn thương gãy gai sau chiếm tỉ lệ thấp nhất với 1/57 bệnh nhân, tương ứng 1.75%.

Bảng 3.6. Mức độ trượt đốt sống trên phim chụp CLVT

| Mức độ trượt | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|--------------|--------------|------------|
| Không trượt | 48 | 84.21 |
| Trượt độ I | 8 | 14.04 |
| Trượt độ II | 1 | 1.75 |
| Tổng | 57 | 100 |

Nhận xét: Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, tổn thương trượt đốt sống có tỉ lệ thấp. Cụ thể, có 48/57 bệnh nhân không trượt đốt sống, chiếm tỉ lệ 84.21%. Tổng số bệnh nhân có trượt đốt sống là 9/57 bệnh nhân, trong đó bệnh nhân trượt đốt sống độ I chiếm tỉ lệ cao hơn là 14.04%, bệnh nhân trượt đốt sống độ II chiếm 1.75%. Trong quá trình nghiên cứu chưa thấy trường hợp bệnh nhân trượt đốt sống các độ III, IV, V.

Bảng 3.7. Mức độ hẹp ống sống trên phim chụp CLVT

| Hẹp ống sống | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|--------------|--------------|------------|
| Không hẹp | 50 | 87.71 |
| Hẹp nhẹ | 5 | 8.78 |
| Hẹp vừa | 2 | 3.51 |
| Tổng | 57 | 100 |

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân không hẹp ống sống chiếm phần lớn với 50/57 bệnh nhân, có tỉ lệ 87.71%. Tỉ lệ hẹp nhẹ ống sống là 5/57, chiếm 8.78%. Tỉ lệ bệnh nhân có hẹp ống sống mức độ vừa là 2/57, chiếm 3.51%. Không có bệnh nhân hẹp ống sống mức độ nặng và rất nặng.

Bảng 3.8. Tổn thương cột sống theo Denis

| Tổn thương | Số lượng (n) | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------|--------------|------------|
| Không gãy | 17 | 29.82 |
| Gãy lún | 13 | 22.82 |
| Gãy vỡ | 22 | 38.6 |
| Gãy kiểu đai bảo hiểm | 2 | 3.51 |
| Gãy trật | 3 | 5.26 |
| Tổng | 57 | 100 |

Nhận xét: Tổn thương gãy vỡ chiếm tỉ lệ cao nhất với 22/57 trường hợp, chiếm tỉ lệ 38.6%. Gãy kiểu đai bảo hiểm chiếm tỉ lệ thấp nhất (3.51%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đôi tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi của đôi tượng nghiên cứu. Theo bảng 3.1 ta thấy, độ tuổi có tỉ lệ chấn thương CSTL nhiều nhất là độ tuổi từ 46-60 tuổi (36.84%). Tiếp đến chiếm tỉ lệ thấp hơn là độ tuổi >60 tuổi (31.58%). Độ tuổi ít gặp nhất là độ tuổi <18 với tỉ lệ 1.75%. Về yếu tố tuổi của bệnh nhân chấn thương, theo nghiên cứu của Võ Văn Thành [1], tỉ lệ chấn thương CSTL cao nhất là nhóm tuổi 20-59 (86.96%).

Theo Lê Viết Dũng, tỉ lệ chấn thương CSTL ở nhóm tuổi 21-60 chiếm 86.67%[6]. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ chấn thương cột sống thắt lưng cao nhất thuộc trong nhóm tuổi 46-60, giống với những nghiên cứu của các tác giả khác.

4.1.2. Đặc điểm về giới của đôi tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân nam chấn thương là 56.14%, cao hơn bệnh nhân nữ với tỉ lệ 43.86%, tỉ lệ nam/nữ là 1,23. Theo tác giả Võ Văn Thành Nghĩa, trong 64 trường hợp nghiên cứu thì có 48 nam và 16 nữ, tỉ lệ nam/ nữ là 3 [1]. Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cùng với nghiên cứu của các tác giả khác, ta thấy tỉ lệ chấn thương ở bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ, do phần lớn nam giới thường phải làm những công việc nặng nhọc hơn, ngoài ra, việc sử dụng rượu bia hay các chất kích thích khác ở nam giới cũng sẽ khiến nguy cơ gặp tai nạn giao thông và tai nạn lao động cao hơn.

4.2. Đặc điểm hình ảnh chấn thương CSTL trên CLVT đa dãy.

Dựa vào bảng 3.3 ta thấy, đốt sống có tỉ lệ tổn thương cao nhất là L1 (48.15%), đốt sống có tỉ lệ tổn thương thấp nhất là L4, L5 (8,64%) Kết quả này cũng tương đương với kết quả của một số nghiên cứu khác.

Theo nghiên cứu của Chirag S Kapoor, tổn thương ở vị trí L1 chiếm 174/324 bệnh nhân chiếm 53,7% [2]. Đốt sống L1 là đốt sống có tỉ lệ tổn thương cao nhất do cấu trúc giải phẫu của cột sống, đây là vùng bản lề chuyển hướng cong của cột sống và giáp ranh giữa cột sống ngực cong lồi ra sau có di động và cột sống thắt lưng cong lõm ra trước có di động và cột sống thắt lưng cong lõm ra trước có di động và cột sống thắt lưng cong lõm ra trước có di động và cột sống thắt lưng cong lõm ra trước có di động.

Theo Lê Viết Dũng năm 2018, số bệnh nhân tổn thương 1 đốt sống là 94,2% và 5,8% tổn thương 2 đốt sống [6]. Theo nghiên cứu, với kết quả có tương đồng với các tác giả khác, chúng tôi thấy rằng chấn thương có thể xảy ra tại bất kì vị trí nào của đốt sống, kể cả những vị trí khó xác định trên sau đốt sống. Tổn thương có thể ở 2 đốt, 3 đốt hoặc thậm chí nhiều hơn nữa. Tất cả các tổn thương này đều có thể được phát hiện chính xác và nhanh chóng thông qua chụp CLVT, đồng thời phương pháp này cũng yêu cầu kĩ thuật viên thực hiện và bác sĩ chẩn đoán có chuyên môn cao không gây đau đớn kéo dài cho bệnh nhân và tránh bỏ sót tổn thương. Về đặc điểm tổn thương xẹp đốt sống, tỉ lệ xẹp 1 đốt sống cao nhất (71.93%), trường hợp xẹp nhiều đốt sống liên tiếp hiếm gặp hơn. Có 17.54%

bệnh nhân không xếp đốt sống.

4.2.1. Đặc điểm tổn thương cung sau đốt sống. Qua kết quả chụp CLVT về hình ảnh tổn thương cung sau, tổn thương gãy gai ngang chiếm tỉ lệ lớn nhất (15.79%), tổn thương gãy gai sau là ít gặp nhất (1.75%), tổn thương gãy hỗn hợp chiếm 4.61%. Theo nghiên cứu của Wilber R. G, tổn thương gãy hỗn hợp hay gặp nhất (30.4%), gãy gai ngang chiếm 28.3%[5]. Có sự chênh lệch này có thể là do cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu không giống nhau hoặc do số lượng bệnh nhân ở nghiên cứu này của chúng tôi chưa thực sự đủ lớn.

4.2.2. Mức độ trượt đốt sống và hẹp ống sống trên phim chụp CLVT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân không có trượt đốt sống là 50 bệnh nhân. Trong số các bệnh nhân còn lại, tỉ lệ bệnh nhân trượt đốt sống độ I cao hơn cả với 8.78%, trượt đốt sống độ II chiếm 3.51%. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi không gặp các trường hợp tổn thương trượt đốt sống độ III và độ IV, V. Về đặc điểm tổn thương hẹp ống sống, chúng tôi đánh giá mức độ hẹp ống sống dựa vào đo đường kính trước – sau của ống sống trên mặt phẳng axial. Căn cứ theo phương pháp phân độ hẹp ống sống dựa vào kích thước cụ thể của ống sống theo tác giả Modic M.T (1999) đã được đề cập, chúng tôi thống kê được tỉ lệ bệnh nhân ở mức độ hẹp nhẹ ống sống chiếm tỉ lệ cao nhất (8.78%). Tỉ lệ bệnh nhân tổn thương ở mức độ hẹp vừa là 3.51%

Nghiên cứu về hẹp ống sống của A.J.M a.CH trong 357 trường hợp có 272 hẹp 62 ống sống, trong số những trường hợp hẹp có 37,9% hẹp nhẹ, 46,7% hẹp vừa và 15,4% hẹp nặng [3].

Sở dĩ có sự khác biệt trên là do độ chấn thương của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức trung bình nhẹ nên có nhiều có nhiều trường hợp bệnh nhân không có tổn thương tại các xương đốt sống mà chỉ có các tổn thương khác như thoát vị đĩa đệm, tổn thương dây chằng...

4.2.3. Tổn thương cột sống theo Denis.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, gặp chủ yếu là gãy vỡ (38.6%). Trường hợp gãy kiểu đai bảo hiểm là hiếm gặp nhất trong quá trình nghiên cứu (3.51%). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Theo nghiên cứu của Holtas S có 75,9% là gãy vỡ [4]. Sở dĩ có kết quả này là do bệnh nhân đến với chúng tôi đa số là do tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt cơ chế tổn thương chủ yếu là ngã cao, nén ép. Trường hợp gãy "đai bảo hiểm" gặp với tỉ lệ thấp do thói quen thắt dây an toàn khi đi ô

tô ở nước ta chưa được phổ biến và loại gãy này thường xảy ra ở cột sống cổ hơn cột sống thắt lưng.

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi có tỉ lệ chấn thương CSTL nhiều nhất là độ tuổi từ 46-60 tuổi (36.84%)
- Tỉ lệ bệnh nhân nam chấn thương là 56.14%, cao hơn bệnh nhân nữ (43.86%), tỉ lệ nam/nữ là 1.23.
- Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn lao động (40.35%).
- Vị trí tổn thương: đốt sống có tỉ lệ tổn thương cao nhất là L1 (48.15%).
- Tổn thương vỡ thân đốt: tổn thương 1 đốt sống là hay gặp nhất với 39/57 trường hợp (68.42%).
- Tổn thương xếp đốt sống: tỉ lệ xếp 1 đốt sống cao nhất (71.93%), trường hợp xếp nhiều đốt sống liên tiếp hiếm gặp hơn.
- Tổn thương cung sau đốt sống: tổn thương gãy gai ngang chiếm tỉ lệ lớn nhất (15.79%), tổn thương gãy gai sau là ít gặp nhất (1.75%), tổn thương gãy hỗn hợp chiếm 7.02%.
- Mức độ trượt đốt sống: tỉ lệ bệnh nhân có mức độ trượt đốt sống độ I cao nhất (14.04%).
- Tổn thương hẹp ống sống: tỉ lệ bệnh nhân ở mức độ hẹp nhẹ ống sống chiếm tỉ lệ cao nhất (8.78%)
- Tổn thương cột sống theo Denis: kiểu gãy hay gặp nhất là gãy vỡ (38.6%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Thành** (2006), "Lịch sử hình thành và phát triển ngành cột sống Việt Nam trong hơn ba mươi năm qua (1975-2006) tại TP. Hồ Chí Minh", Kỷ yếu hội nghị thường niên lần thứ XIII – Hội chấn thương chỉnh hình, Hội y học Tp. HCM, tr.94-103.
2. **Chirag S Kapoor** (2017), "A Study of Traumatic Dorsal and Lumbar Vertebral Injuries with Neurological Deficit", Apollo Medicine, 14(1). 42-48
3. **A.J.M.a.C.H. Tator** (2012), Advances in stem cell therapy for spinal cord injury", J Clin Invest, 3824-3834
4. **Holtas S, Reiser. MF and Stabler A** (1995), "The Spine", Global textbook radiology, Sweeden, pp. 315-317.
5. **Wilber R.G, Yoo J** (1992), "Diagnostic methods and therapeutic techniques". Painful cervical trauma. Edit, by Tollison C.D. United States Press, pp. 21-26.
6. **Lê Việt Dũng** (2018), "Đặc điểm hình ảnh và ứng dụng của cắt lớp vi tính 64 dãy cho phẫu thuật chấn thương cột sống cổ cao", Luận văn thạc sĩ Y học, trường đại học Y Hà Nội.
7. **Fontijne WP, de Klerk LW, Braakman R, Stijnen T, Tanghe HL, Steenbeek R, van Linge B** (1992), "CT scan prediction of neurological deficit in thoracolumbar burst fractures", J Bone Joint Surg, 74-B(5), pp. 683-685.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN XƯƠNG GÓT BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP KHÓA TẠI KHOA PHẪU THUẬT CHẨN THƯƠNG CHUNG - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Mạnh Sơn¹, Nguyễn Văn Phan¹, Nguyễn Quang Huy¹,
Đoàn Lê Vinh¹, Phạm Vũ Anh Quang¹, Nguyễn Thành Luân¹,
Ngô Đức Quang¹, Nguyễn Văn Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương gót bằng nẹp khóa điều trị gãy kín xương gót. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu 32 BN gãy kín xương gót được điều trị kết hợp xương nẹp khóa từ 10/2020 đến 10/2022. **Kết quả:** Từ 10/2020 đến 10/2022 chúng tôi tiến hành theo dõi và điều trị 32 BN gãy kín xương gót được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa. Tuổi trung bình $39,3 \pm 9,7$. Thời gian theo dõi trung bình là 16,4 tháng. Góc Bohler trước mổ là $-9^\circ \pm 12,6^\circ$ sau mổ đạt $27^\circ \pm 9,3^\circ$, góc Gissane sau mổ trung bình $120,2^\circ \pm 5,6^\circ$. Chức năng bàn chân theo thang điểm Rowe tốt và khá là 93,8%, trung bình 6,2% và không có bệnh nhân nào chức năng kém, đánh giá kết quả chung theo Hall và Pennal tỷ lệ khá và tốt là 90,6%, trung bình 9,4%. **Kết luận:** Phẫu thuật KHX nẹp khóa là lựa chọn tốt cho các trường hợp gãy kín xương gót di lệch mặt khớp

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT OF CLOSED CALCANEAL FRACTURE BY OSTEOSYNTHESIS WITH LOCKING PLATE

Objective: To evaluate result of osteosynthesis by locking calcaneal plate for closed calcaneus fracture. **Method:** A prospective study of 32 patients with closed calcaneal fractures, who had treated by locking calcaneal plate fixation from October 2020 to October 2022. **Result:** we operated 32 cases close calcaneal fractures from 10/2020 to 10/2022. The frequent age of the patients ranged from 18 to 55 years (mean: years). The mean time of follow - up was 16 months. The postoperative radiography to measure Böhler's angle was $27^\circ \pm 9,3^\circ$ and Gissane's angle of the calcaneus was $120,2^\circ \pm 5,6^\circ$. According to the Rowe foot score was 93,8% of patients achieving fair to excellent, average 6,2% and no patients had poor outcome. **Conclusion:** Internal fixation with locking plate is good choice for closed fracture calcaneus with displacement of the joint surface.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương gót là tổn thương tương đối ít

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Mạnh Sơn

Email: lemanhson0911@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

gặp, chiếm khoảng 2% trong tất cả các gãy xương, khoảng 26% các gãy xương chi dưới, chiếm 60% các gãy xương vùng cổ bàn chân. Tuổi hay gặp nhất là ở độ tuổi lao động (90% các trường hợp xảy ra ở tuổi từ 21÷49 tuổi) [1],[2], nguyên nhân chủ yếu do ngã cao, thường gây phức tạp và có tổn thương khác đi kèm. Trước đây gãy xương gót chủ yếu là điều trị bảo tồn. Với sự phổ biến của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như CLVT, cho phép hiểu rõ hơn về cơ chế các loại gãy và tạo cơ sở cho các chiến lược phẫu thuật thì phẫu thuật xương gót mới được áp dụng nhiều hơn. Với lợi thế kiểm soát tốt ổ gãy, thao tác nắn chỉnh mặt khớp dễ dàng và chính xác cùng ứng dụng các loại nẹp khóa thiết kế theo giải phẫu đã cải thiện rõ rệt kết quả phẫu thuật KHX gót.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 32 bệnh nhân từ 18 cho đến 55 tuổi gãy kín xương gót được điều trị bằng phẫu thuật KHX nẹp khóa tại viện CTCH - Bệnh viện Hữu nghị Việt- Đức trong khoảng thời gian từ năm T10/2020 – T10/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Được chẩn đoán gãy kín xương gót có chỉ định phẫu thuật (di lệch mặt khớp trên 2mm; độ II, III, IV theo phân loại Sander), tuổi > 18 và < 55.
- Đầy đủ hồ sơ bệnh án, thông tin địa chỉ rõ ràng, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Gãy hở xương gót, gãy xương bệnh lý.
- Có các CCD phẫu thuật liên quan đến các bệnh lý toàn thân như: mạch vành, ĐTĐ... hoặc tại chỗ như: nhiễm trùng lân cận hoặc tại chỗ vùng phẫu thuật.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu.

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu. Lấy danh sách BN, thu thập hồ sơ bệnh án và phim