

4. Caudwell, Sickertrg et al (1948) "The bronchial arteries; an anatomic study of 150 human cadavers" Surg Gynecol obstet 1948 apr 86(4): 395-412
5. Dupree HJ., Lewejohann., Gleiss J., Muhl E., Bruch HP. (2001), "Fiberoptic bronchoscopy of intubated patients with life-threatening hemoptysis", World J Surg ; 25:104-107
6. Giron J., Sans N., Senac J. P. (1998). Manuel dimagerie thoracique. 2^e Edition, 1998, 337-348
7. Goh PYT., Lia M., Teo N., Wong DES (2002) "Embolisation for hemoptysis: a six year review" Cardiovasc Interven Radiol 25: 12 – 25

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG ĐOẠN BÀN LỀ NGỰC THẮT LƯNG MẤT VỮNG CÓ TỔN THƯƠNG TỬY KHÔNG HOÀN TOÀN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2016

Nguyễn Lê Bảo Tiến*, Đinh Ngọc Sơn*, Võ Văn Thanh*

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân chấn thương cột sống đoạn bàn lề ngực thắt lưng mất vững có tổn thương tủy không hoàn toàn **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả lâm sàng. **Kết quả:** 100% bệnh nhân có rối loạn cảm giác và rối loạn vận động, 61,8% BN có rối loạn cơ tròn. Tổn thương thần kinh theo ASIA: nhiều nhất là AIS_D chiếm 55,1%; AIS_C chiếm 32,6%, còn lại AIS_B chiếm 12,3%. X-quang và CLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán CTCS mất vững. Vị trí tổn thương có 85,4% tổn thương một đốt đơn thuần và 14,6% tổn thương hai đốt liên tiếp. Gặp nhiều nhất là tổn thương đốt sống L1 chiếm 48,3%, L2 chiếm 19,1%, T12 chiếm 15,7%, T11 gặp ít nhất 2,2%. Tỷ lệ hẹp ống sống càng nặng thì nguy cơ tổn thương thần kinh càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TỪ KHÓA: lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, chấn thương cột sống đoạn bàn lề ngực thắt lưng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, DIAGNOSTIC IMAGES OF THORACOLUMBAR INJURY AT THE VIETNAMESE GERMAN HOSPITAL IN 2016

Objective: To describe clinical features, imaging of patient instability thoracolumbar injury has not fully cord injury. **Methods:** A prospective study of the clinical description. **Results:** 100% of patients with disorders of sensation and movement disorders, 61.8% of patients with disorders of circular muscle. Nerve damage according ASIA: most are accounted for 55.1% AIS_D; Accounting for 32.6% AIS_C remaining 12.3% AIS_B. X-rays and CT-scanner have an important role in the diagnosis of spinal instability. Position with 85.4% hurt a burning lesions and 14.6% pure burned two consecutive injuries. Meet at most

lesions accounted for 48.3% vertebrae L1, L2 accounted 19.1%, accounting for 15.7% T12, T11 having at least 2.2%. The rate more severe spinal stenosis, the risk of nerve damage higher, the difference was statistically significant at $p < 0.05$.

Keywords: clinical, diagnostic imaging, thoracolumbar injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống nói chung là loại chấn thương thường gặp trong tai nạn lao động, giao thông và sinh hoạt. Trong đó chấn thương cột sống ngực- thắt lưng (CTCSLT) chiếm tới 70%. Hậu quả nặng nề nhất của CTCS ở đoạn này là gây mất vững cột sống và tổn thương thần kinh, tuy không đe dọa đến tính mạng như CTCS cổ, nhưng để lại nhiều di chứng nặng nề ảnh hưởng đến khả năng lao động và sinh hoạt hàng ngày, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại Mỹ, mỗi năm được ghi nhận có khoảng 20-64/100.000 trường hợp bị CTCS [1]. Tại bệnh viện Việt Đức từ 1996 đến 9/1997 trong 20 tháng thống kê có 63 trường hợp CTCS, nhưng tới 2002-2003 chỉ trong một năm riêng số trường hợp CTCS ngực thắt lưng đã lên đến 106 trường hợp [2]. Tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh, năm 2005 có 184 trường hợp chấn thương CSLT trong tổng số 234 bệnh nhân bị CTCS điều trị tại viện [3]. Ngày nay nhờ sự tiến bộ của y học, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh ngày càng phát triển hoàn thiện như X-quang quy ước, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ giúp công tác chẩn đoán chấn thương cột sống có nhiều thuận lợi và chính xác hơn [1],[3]. Nhóm chấn thương cột sống vùng bàn lề ngực- thắt lưng có mất vững và liệt tủy không hoàn toàn chiếm tỷ lệ khá cao nhưng chưa có những đánh giá riêng đầy đủ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu "Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến

Email: dtrtien@vnsppine@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 3.01.2017

Ngày duyệt bài: 10.01.2017

bệnh nhân chấn thương cột sống đoạn bản lể ngực thất lưng mất vững có tổn thương tủy không hoàn toàn tại khoa Phẫu thuật cột sống - Bệnh viện Việt Đức”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 89 bệnh nhân bị chấn thương cột sống đoạn bản lể ngực thất lưng mất vững có tổn thương tủy không hoàn toàn được điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật cột sống - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 9/2015 đến hết tháng 5/2016.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả lâm sàng, đánh giá kết quả trước và sau điều trị.

2.3 Thu thập số liệu: Số liệu được thu thập vào bệnh án đã được xây dựng sẵn. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả trong

quá trình điều trị tại bệnh viện Việt Đức. Khám lại bệnh nhân sau khi kết thúc nghiên cứu.

2.4 Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được nhập và phân tích theo phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 89 bệnh nhân được nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 44.29 ± 13.95, tuổi cao nhất, thấp nhất là 13. Nhóm tuổi lao động từ 20 đến 60 tuổi chiếm tới 87,6%, còn lại nhóm tuổi dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,4% và nhóm tuổi trên 60 là 9,0%. Tỷ lệ nam/nữ là 1.87/1. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn lao động (42,7%), tai nạn sinh hoạt chiếm 32,6% và tai nạn giao thông chiếm 24,7%.

3.2 Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau lưng	89	100
Rối loạn cảm giác	89	100
Rối loạn vận động	89	100
Rối loạn cơ tròn	55	61.8
Rối loạn dinh dưỡng	0	0
Hội chứng sóc tủy	0	0
Hội chứng Brown - Sequard	4	4.5

Trong 89 bệnh nhân đều gặp các triệu chứng đau vùng lưng, có biểu hiện rối loạn vận động và cảm giác ở các mức độ khác nhau chiếm tỷ lệ 100%. Rối loạn cơ tròn gặp ở 55 trường hợp chiếm 61.8%.

Tổn thương thần kinh: Thương tổn thần kinh AIS_D chiếm tỷ lệ cao nhất 55,1% với 49 bệnh nhân. Thương tổn thần kinh AIS_C chiếm 32,6% với 29 bệnh nhân. Thương tổn thần kinh AIS_B chiếm 12,3% với 11 bệnh nhân

3.3 Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Bảng 3.4. Vị trí đốt sống tổn thương

Vị trí tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
T11	2	2.2
T11- T12	1	1.1
T12	14	15.7
T12- L1	8	9.0
L1	43	48.3
L1- L2	4	4.5
L2	17	19.1
Tổng số	89	100

Trong 89 bệnh nhân nghiên cứu có 13 bệnh nhân tổn thương 2 đốt sống chiếm 14.6%. Các trường hợp tổn thương 1 đốt sống có: Tổn thương ở vị trí L1 gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 48,3%. Tổn thương ở vị trí L2 chiếm tỷ lệ 19,1%. Tổn thương ở vị trí T12 chiếm tỷ lệ 15,7%. Tổn thương ở vị trí T11 chiếm tỷ lệ 2,2%.

Bảng 3.7. Đặc điểm tổn thương trên X-quang quy ước và CLVT

Loại tổn thương	Kỹ thuật	X-quang quy ước		CLVT	
		n	%	n	%
Vỡ thân		87	97.6	89	100
Vỡ cường		6	6.7	16	18.0
Vỡ cung sau		4	4.5	48	53.9
Gãy mỏm gai		20	22.5	23	25.8
Gãy mỏm ngang		41	46.1	42	47.2

Vỡ mòm khớp	3	3.4	11	12.4
Xương vỡ chèn ống tủy gây HOS	0	0	80	89.88

Tổn thương vỡ xương gây hẹp ống sống chỉ phát hiện trên CLVT gặp 80 trường hợp (89.88%), phim X-quang không đánh giá được. Vỡ cung sau trên X-quang có 4,5%, trên CLVT là 53,9%

Bảng 3.9. Liên quan giữa tổn thương thần kinh theo ASIA và mức độ hẹp ống sống trên CLVT

AIS	Hẹp ống sống <50%		Hẹp ống sống >50%	
	n	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
AIS B	2	18.18	9	81.82
AIS C	14	51.85	13	48.15
AIS D	31	73.81	11	26.19
Tổng số	47	58.75	33	41.25

Nhóm bệnh nhân AIS B có tới 9/11 bệnh nhân hẹp ống sống trên 50% chiếm 81.82%, trong khi nhóm AIS D chỉ có 11/42 bệnh nhân có hẹp ống sống trên 50%. Nhóm có hẹp ống sống dưới 50% tỷ lệ AIS B là 2/47 trong khi bên nhóm hẹp ống sống trên 50% là 9/33. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$.

Ngoài ra, có 16/79 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trước phẫu thuật. Tổn thương gặp nhiều nhất là đưng dập tủy 12/16 trường hợp (75%). Tổn thương tụ máu ngoài màng cứng, thoát vị đĩa đệm gặp 5 trường hợp chiếm 31.25%. Tổn thương phức hợp dây chằng phía sau gặp 11/18 trường hợp, trong đó đứt hoàn toàn có 4 trường hợp chiếm 25%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng

Đau vùng lưng là triệu chứng sớm nhất sau chấn thương cột sống và chiếm tỉ lệ cao. Có 100% bệnh nhân vào viện đều đau vùng lưng sau chấn thương, đây là triệu chứng chủ quan của người bệnh, khi khám có thể giúp định hướng vị trí tổn thương đốt sống. Theo Võ Xuân Sơn (1998) có 122/150 (82,7%) bệnh nhân chấn thương cột sống lưng- thắt lưng được phẫu thuật biểu hiện rối loạn cảm giác [4].

Trước phẫu thuật chúng tôi gặp 55/89 bệnh nhân (61,8%) có rối loạn cơ tròn, biểu hiện là rối loạn đại tiểu tiện, không có khả năng tự chủ, không có cảm giác muốn đi tiểu phải đặt sonde niệu. Ngô Tuấn Tùng (2015) có 42,1% bệnh nhân rối loạn cơ tròn [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn có thể do đối tượng của chúng tôi đều là những trường hợp có tổn thương thần kinh.

Chúng tôi sử dụng bảng điểm vận động và cảm giác của Hội chẩn thương cột sống Mỹ (ASIA-2006), từ đó phân loại tổn thương thần kinh theo các mức độ khác nhau. Trong tổng số 89 bệnh nhân chấn thương cột sống đoạn bản lể ngực thắt lưng mất vững có liệt tủy không hoàn toàn tỷ lệ AIS B là 11 trường hợp (12,3%),

AIS C là 29 trường hợp (32,6%), cao nhất là AIS D với 49 trường hợp (55,1%).

4.2 Đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh

X-quang: Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được chụp phim lấy dây đờn đoạn cột sống tổn thương dựa vào định hướng trên lâm sàng ở hai tư thế thẳng và nghiêng. chúng tôi quan sát được vị trí tổn thương 1 đốt gặp nhiều nhất là L1 chiếm 48,3%, tiếp theo L2 chiếm 19,1%, T12 chiếm 15,7%, T11 gặp ít nhất 2,2%. Như vậy tỷ lệ tổn thương L1 cao hơn hẳn các vị trí khác, kết quả tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác. Nguyên nhân có thể giải thích là do L1 là vị trí bản lể, vị trí chịu lực lớn nhất khi bị tác động với cả lực ép từ trên xuống và lực dồn lại từ dưới lên.

Chụp cắt lớp vi tính: So với X-quang, phim chụp cắt lớp vi tính giúp chúng ta xác định được chính xác hơn các tổn thương vỡ xương, tình trạng khớp hay mảnh xương di lệch gây hẹp ống sống (bảng 3) Các tổn thương về xương thấy được trên phim về thân đốt sống gặp 100%, vỡ cung sau gặp 53,3%, gãy mòm ngang gặp 47,2%; gãy mòm gai gặp 25,8%, vỡ cuống sống gặp 18%, đặc biệt tổn thương gây hẹp ống sống do mảnh xương chèn phát hiện ở 80/89 bệnh nhân chiếm 89,88%.

Dựa vào bảng 3.9 chúng tôi thấy mức độ hẹp ống sống càng cao thì tỷ lệ tổn thương thần kinh càng nặng. Trong số 11 bệnh nhân AIS B thì có tới 9 bệnh nhân hẹp ống sống trên 50% chiếm 81,82%, con số này ở nhóm AIS D chỉ có 26,19%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ khi so sánh mức độ hẹp ống sống ở các nhóm tổn thương thần kinh khác nhau. Kết quả tương tự nghiên cứu của Robert Meves và cộng sự nghiên cứu 198 trường hợp khi ống sống bị hẹp 25%, 50% và 75% thì nguy cơ tổn thương thần kinh tương ứng là 12%, 41% và 78% [6].

Chụp cộng hưởng từ: Các tổn thương phát hiện được thể hiện trong bảng 3.10 cho thấy ưu điểm của phim cộng hưởng từ khi phát

hiện được những thương tổn không thể đánh giá được trên X-quang quy ước và CLVT. Đó là có 12 rường hợp có tổn thương đưng dập, đứt tủy, 5 rường hợp tụ máu ngoài màng cứng, 11 trường hợp tổn thương phức hợp dây chằng phía sau.../liệt phát hiện tình trạng thương tổn tủy sống giúp ta có đầy đủ thông tin hơn, xác định được ổ thương tổn để từ đó đưa ra phương pháp điều trị phẫu thuật phù hợp đạt kết quả cao nhất.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là 44.29 ± 13.95 , gặp nhiều nhất ở lứa tuổi lao động từ 20 đến 60 với 87,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,87/1. Nguyên nhân chủ yếu do FNLD chiếm 42,7%, TNSH 32,6%.

Triệu chứng lâm sàng: 100% bệnh nhân có rối loạn cảm giác và rối loạn vận động, 61,8% 3N có rối loạn cơ tròn.

Tổn thương thần kinh theo ASIA: nhiều nhất ở AIS_D chiếm 55,1%; AIS_C chiếm 32,6%, còn lại AIS_B chiếm 12,3%.

X-quang và CLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán CTCS mất vững. Trong khi X-quang giúp đánh giá cột sống một cách tổng thể thì CLVT cho thấy chính xác tổn thương các thành phần của cột sống giúp phân loại Denis. Vị trí tổn thương có 85,4% tổn thương một đốt đơn thuần và 14,6% tổn thương hai đốt liên tiếp. Gặp nhiều

nhất là tổn thương đốt sống L1 chiếm 48,3%, L2 chiếm 19,1%, T12 chiếm 15,7%, T11 gặp ít nhất 2,2%. Tỷ lệ hẹp ống sống càng nặng thì nguy cơ tổn thương thần kinh càng cao, sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Knoeller S.M., Seifried C. (2000).** Historic Perspective: History of spinal surgery. *Spine*, 2 (21), 2838-2843.
2. **Nguyễn Lê Bảo Tiên (2004).** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật chấn thương gãy cột sống lưng-thắt lư dây chằng qua cương với dụng cụ Moss Miami tại bệnh viện Việt Đức, Trường ĐH Y Hà Nội.
3. **Võ Văn Thành (2006).** Lịch sử hình thành và phát triển ngành cột sống Việt Nam trong hơn 150 năm qua (1975-2006) tại TP. Hồ Chí Minh, 1 yếu hội nghị thường niên lần thứ XIII - Hội chuyên ngành chỉnh hình, Hội y học TP. HCM, 94-103.
4. **Võ Xuân Sơn (1998).** Áp dụng phương pháp Rol Camille trong mổ chấn thương cột sống lưng-thắt lư tại Bệnh viện Chấn Thương cột sống 6/1994 - 1/1996. *Tạp chí y học Việt Nam*, 6,7,8 (1998), 72-82.
5. **Ngô Tuấn Tùng (2015).** Đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống đoạn bản lẻ ngực thắt lưng mất vững tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội.
6. **Robert F., McLain (2006).** The biomechanics of long versus short fixation for thoracolumbar spin fractures. *Spine*, 31, 70-79.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG LO SỢ THEO DAS (DENTAL ANXIETY SCALE) TRƯỚC KHI CAN THIỆP PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ lo sợ trước phẫu thuật răng khôn hàm dưới. **Đối tượng:** 162 bệnh nhân (nam: 111 và nữ: 51), tuổi từ 18 - 60, ASA I - II, tiến hành tại khoa Phẫu thuật Trong miệng. **Phương pháp:** Đánh giá mức độ lo sợ trước phẫu thuật theo thang điểm DAS của Corah: 20 điểm, trong đó: (< 4 điểm: không lo sợ; 4 - 8 điểm: lo sợ nhẹ; 9 - 12 điểm: lo sợ vừa; 13 - 20 điểm: lo sợ nặng). **Kết quả:** 88,27% lo sợ trước phẫu thuật răng khôn hàm dưới với các mức độ (41,98% nhẹ, 38,27% vừa, 8,02% nặng) và mức lo sợ trung bình là $9,04 \pm 3,65$ điểm. **Kết luận:** trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới hầu

Nguyễn Quang Bình*, Phạm Hoàng Tuấn

như bệnh nhân đều lo sợ trước phẫu thuật và ở mức lo sợ vừa.

Từ khóa: răng khôn, lo sợ, DAS

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE DENTAL ANXIETY SCALE BEFORE REMOVE WISDOM - TOOTH

Purpose: assessment of the dental anxiety scale before remove wisdom - tooth. **Participants:** 162 patients (male: 111 and female: 51), ASA I - II, age 18 - 60 in Oral surgery department. **Methods:** 1 measure anxiety scale before operation by CDAS with 20 points (in which: < 4 no anxiety, 4-8 lower anxiety level, 9 - 12 moderate anxiety level, 13-20 high anxiety level). **Result:** 88,27 % patients indicated anxiety in 41,98 % lower level, 38,27 % moderate level, 8,02 % high level. Mean anxiety level $9,04 \pm 3,65$ points. **Conclusion:** almost patients were nervous moderate level before remove wisdom - tooth.

Keywords: wisdom - tooth, anxiety, DAS

**Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội*
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn
 Email: nguyenvinh3010@gmail.com
 Ngày nhận bài: 7.11.2016
 Ngày phản biện khoa học: 6.01.2017
 Ngày duyệt bài: 18.01.2017