

- Bộ Y Tế (2003)**, Chỉ thị 04/CT-BYT ngày 10 tháng 10 năm 2003 về việc tăng cường chất lượng chăm sóc sơ sinh nhằm giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh
- Save the Children International (2013)**, MCH report in three provinces in Vietnam, Hanoi, Vietnam.
- Lê Thiện Thái, Ngô Văn Toàn (2012)**, "Đánh giá hiệu quả các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc sơ sinh của các bà mẹ tại 3 tỉnh Thái Nguyên, Thừa thiên-Huế, Vĩnh Long giai đoạn 2008- 2011", Tạp chí Y học Thực hành, tr. 16-21.
- Lê Anh Tuấn, Bùi Văn Nhơn, Ngô Văn Toàn et al (2012)**, "Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn cho các bà mẹ 15-49 tuổi tỉnh Bô li khăm xay, Lào năm 2011", Tạp chí Y học Thực hành.
- Ngô Văn Toàn, Lương Ngọc Trường, Bùi Văn Nhơn (2015)**, "Kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm và thực hành chăm sóc sơ sinh của cán bộ y tế Bệnh viện huyện và Trạm Y tế tại tỉnh Thanh Hoá 2014-2015", Tạp chí Y học Thực hành, số 11/2015, tr. 135-138.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH GIÃN ĐỘNG MẠCH PHẾ QUẢN TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY Ở BỆNH NHÂN HO RA MÁU

Nguyễn Xuân Hiền*, Trần Văn Biên**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh giãn động mạch phế quản trên chụp cắt lớp vi tính đa dây. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 33 bệnh nhân có tổn thương ĐMPQ trên máy MSCT 64 dây tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2-6/2016. **Kết quả:** cho thấy tổn thương hệ ĐMPQ chiếm tỷ lệ 75,75%, tập chung chủ yếu ở phổi phải với 40,6% và 34,4%. Số thân ĐMPQ tổn thương chủ yếu gặp ở nhóm tổn thương 1 thân với tỷ lệ 71,8%. Kích thước của ĐMPQ tổn thương từ 2 – 3mm chiếm 72,73%. Đa số ĐMPQ tổn thương thường xuất phát ngang vị trí D5 – D6 là 2,7%. Hình thái tổn thương của ĐMPQ là giãn và phình cuống 68,2%. Hình thái tổn thương của ĐM ngoài hệ PQ là tăng sinh mạch và tạo vòng nối với ĐMP. **Kết luận:** Chụp cắt lớp vi tính đa dây có thể xác định được các hình thái tổn thương ĐMPQ theo bệnh nhân ho ra máu do giãn phế quản.

SUMMARY

STUDY CHARACTERISTICS IMAGE OF DILATED BRONCHIAL ARTERIES ON MSCT FILM IN PATIENTS HEMOPTYSIS

Objective: describe some characteristics of dilated bronchial arteries on multislices CT scanner in patients hemoptysis. **Methods:** Descriptive study carried out in 33 patients with bronchial arteries injuries by using 64-slice MSCT scan at Bach Mai hospital from 2/2016-4/2016. The results reveal: the injury at bronchial arteries system is accounted for 75.76%, majority of them focus at right lung (40.6%), and 34.4% of patients have injury in both of lung. Bronchial arteries lesion encounter mainly in group of a trunk (71.8%). The size of lesion from 2-3mm

occupy 72.73%. The majority of bronchial arteries injury is normally starting horizontal position with D5-D6 (72.7%). The shape of injury commonly are dilated and bulge stem (68.2%). The injury shape of artery beyond bronchial system are intense angiogenesis and create connection circle with pulmonary artery. **Conclusion:** MSCT-64 slices can detect all of vessels supply for bronchiectasis which cause hemoptysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các nguyên nhân gây ho ra máu, nguyên nhân có tổn thương các nhánh của động mạch phế quản và các nhánh thuộc động mạch phế quản chiếm khoảng 87–92%. Kỹ thuật chụp động mạch phế quản trên hệ thống CLVT đa dây số hóa xóa nền (Multislice computer tomography- MSCT64) bằng cách cung cấp lớp cắt mỏng, và dựng hình 3D ở các hướng khác nhau còn cho ta hình ảnh đầy đủ và chính xác hệ thống động mạch phế quản, cũng như nhánh động mạch phế quản bệnh lý liên quan tới ho ra máu. Đồng thời cung cấp những thông tin hữu ích cho bác sỹ Xquang can thiệp trong việc chụp chọc lọc động mạch phế quản.

Nhằm tìm hiểu và làm rõ đặc điểm hình ảnh giãn động mạch phế quản trên hệ thống máy MSCT 64 dây. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh giãn động mạch phế quản trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dây ở bệnh nhân ho ra máu tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai" nhằm mục tiêu: Mô tả hình ảnh giãn động mạch phế quản trên phim chụp CLVT đa dây ở bệnh nhân ho ra máu tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 33 bệnh nhân có tổn thương ĐMPQ, ho ra máu, chụp

* Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai

**Bộ môn chẩn đoán hình ảnh, trường Đại học kỹ

thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền

Email: ngochienduylocbmi@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2016

Ngày phân biên khoa học: 4.01.2017

Ngày duyệt bài: 16.01.2017

ĐMQP trên máy MSCT 64 dãy tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2 năm 2016 đến tháng 6 năm 2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: những bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là ho ra máu được chỉ định chụp MSCT 64 dãy động mạch phế quản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.
+ Phân tích và xử lý số liệu: sử dụng phần mềm Microsoft Excel 2010

2.3. Biến số nghiên cứu: tuổi, giới,

+ Số động mạch tổn thương: ĐMQ, ĐM liên sườn
+ Vị trí ĐMQ tổn thương: phổi phải, phổi hoặc cả hai.
+ Số lượng thân ĐMQ bị tổn thương: 1 th 2 thân hoặc >2 thân.
+ Kích thước ĐMQ tổn thương: Từ 2 - 3 r hay >3 mm.
+ Vị trí xuất phát của ĐMQ (từ ĐMC ng, D4, D5 - D6 hay vị trí khác.

III KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Tỷ lệ HRM do giãn ĐMQ theo nhóm tuổi [7]

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 20	0	0,00
20-29	6	18,18
30-39	2	6,06
40-49	2	6,06
50-59	11	33,33
60-69	7	21,21
>70	5	15,15
Tổng	33	100

Nhận xét: Theo nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy, độ tuổi tập trung chủ yếu thuộc nhóm tuổi 50-59 (33,33%), trong đó tuổi thấp nhất 21, tuổi cao nhất 94. Tuổi TB 53.12 ± 18,26. Nguyễn Văn Tý nghiên cứu 60 bệnh nhân ho ra máu có độ tuổi TB là 48,02 ± 16,75. Tuổi thấp nhất là 16 và tuổi cao nhất là 88 [2]. Botenga và cộng sự nghiên cứu 22 bệnh nhân ho ra máu có độ tuổi từ 18- 75 tuổi, tuổi TB 50 tuổi [3]. Dupre HJ

và cộng sự nghiên cứu 48 bệnh nhân có độ tuổi TB 55,7 trong độ tuổi 20 -82 tuổi [5]. Giới: Nữ 57,5%. Nữ 42,5%), tỷ lệ Nam/nữ: 1,36, Nguyễn Văn Tý: Nam là 61,7%. Nữ là 38,3, Dupre HJ nghiên cứu 48 trường hợp ho ra m thì có 39 nam và 9 nữ, ngoài ra các tác giả kh cùng cho kết quả tương tự với tỷ lệ Nam/Nữ 1,6/1 đến 4/1 [5].

3.2. Đặc điểm hình ảnh ĐMQBL

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo ĐMQBL

ĐM tổn thương	ĐMQ	ĐM ngoài hệ phế quản	Tổn thương phổi hợp	Tổng
Số bệnh nhân (n)	25	1	7	33
Tỷ lệ (%)	75,76	3,03	21,21	100

Nhận xét: Bệnh nhân bị tổn thương ở ĐMQ với 25 bệnh nhân (75,76%). Tổn thương phổi h chiếm 21,21%. Theo Nguyễn Văn Tý, trong số 60 bệnh nhân nghiên cứu có 70% nguyên nhân b thường xuất phát từ ĐMQ. Grion J và cộng sự nghiên cứu trên 214 bệnh nhân nhận thấy bệnh nh có tổn thương động mạch phế quản chính thức là 64%. 77 bệnh nhân 36% có ít nhất một đ mạch ngoài hệ phế quản [6]. Goh PYT và cộng sự (2002) [7]. Trên chụp cắt lớp 38 động mạch p quản (27 ĐMQ chính và 11 ĐM ngoài hệ phế quản) được xác định là tổn thương. Trong đó 34 đ mạch phế quản (25 ĐMQ chính thức và 9 động mạch ngoài hệ phế quản) gây ho ra máu.

3.2.1. Tổn thương ĐM thuộc hệ ĐMQ

Bảng 3.3. Phân bố ĐMQBL theo vị trí tổn thương

Vị trí phổi có ĐMQP tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phổi phải	14	42,43
Phổi trái	8	24,24
Hai phổi	11	33,33
Tổng	33	100

Nhận xét: Tổn thương phổi phải chiếm ưu thế với 42,43%. Tổn thương phổi trái 24,24%. Tổn thươ cả hai phổi 33,33%. Nghiên cứu của Dư Đức Thiện kết quả [1] Tổn thương rải rác hai trường phổi 38% Tổn thương một trường phổi phải 37,1%. Tổn thương lan tỏa một trường phổi trái 24, 8%.

Bảng 3.4. Số lượng thân ĐMPQ bị tổn thương

Thân ĐMPQ tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 thân	23	71,8
2 thân	9	28,2
Trên 2 thân	0	0
Tổng	32	100

Nhận xét: Trong số 32 bệnh nhân có tổn thương ĐMPQ, có 23 bệnh nhân có 1 thân ĐMPQ tổn thương (71,8%), 9 bệnh nhân có 2 thân ĐMPQ tổn thương (28,2%). Không có trường hợp nào tổn thương trên 2 thân. Nguyễn Văn Tý nghiên cứu 57 bệnh nhân có thân ĐMPQ tổn thương. Trong đó 49,1% trường hợp có 1 thân ĐMPQ giãn, 33,3% trường hợp có 2 thân ĐMPQ giãn, và tổn thương trên 2 thân ĐMPQ chiếm 17,6% [2].

Bảng 3.5. Kích thước của ĐMPQBL (n = 44)

Kích thước ĐMPQBL	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
2 - 3 mm	32	72,73
>3 mm	12	27,27
Tổng	44	100

Nhận xét: Kích thước của ĐMPQBL từ 2 - 3mm chiếm 72,73%. Kích thước của ĐMPQBL >3 chiếm 27,27%. Nghiên cứu của chúng tôi thấy: Đường kính lớn nhất là 5mm, đường kính nhỏ nhất là 2,2mm. Kích thước thân động mạch chúng tôi chia thành hai mức bởi vì theo một số tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng khi động mạch phế quản lớn hơn 2mm là có tổn thương và trên 3mm được coi là động mạch phế quản bệnh lý.

Bảng 3.6. Vị trí xuất phát của các ĐMPQBL (từ ĐMC)

Vị trí xuất phát của các ĐMPQ	Số ĐM	Tỷ lệ %
D4	9	20,4
D5-6	32	72,7
Vị trí khác	3	6,9
Tổng	44	100

Nhận xét: Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy các ĐMPQBL chủ yếu xuất phát ngang mức D5 - D6 (72,7%). Xuất phát ngang mức D4 ít gặp hơn với 20,4%. 3 trường hợp ĐMPQBL xuất phát từ vị trí khác (6,9%).

Nguyễn Văn Tý, 73,2% động mạch phế quản xuất phát từ thân động mạch chủ ngực ở ngang mức đốt sống D5-6; 23,7% xuất phát từ ngang mức D4, 3,1% xuất phát ở các vị trí khác [2].

Lenke J.C và cộng sự (2007), phần lớn các động mạch phế quản xuất phát từ quai động

mạch chủ xuống ngang mức đốt sống D5- D6. Các động mạch xuất phát ngoài vị trí trên được gọi là các động mạch phế quản phát sinh bất thường có tần xuất từ 8,3-35%.

Caudwell và cộng sự nghiên cứu trên 214 bệnh nhân nhận thấy hầu hết bệnh nhân có động mạch phế quản xuất phát ngang vị trí D5- D6 chiếm 74% (92/124 bệnh nhân) [4].

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng ĐMPQBL chủ yếu xuất phát từ ĐMC ngang mức D5 - D6.

Bảng 3.7. Các tuýp của động mạch phế quản (theo Caudwell)

Tuýp	Đặc điểm từng tuýp ĐMPQ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	2 ĐMPQ trái + 1 thân ĐMPQ phải	16	48,49
2	1 ĐMPQ trái + 2 thân ĐMPQ phải	7	21,21
3	2 ĐMPQ trái + 2 thân ĐMPQ phải	8	24,24
4	1 ĐMPQ trái + 2 thân ĐMPQ phải	2	6,06
Tổng		33	100

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi tuýp 1 gặp nhiều nhất 48,49%. Tuýp 2 là 21,21%. Tuýp 3 và 4 lần lượt là 24,24% và 6,06%.

Theo Caudwell (1948) nghiên cứu thấy tuýp 1 chiếm 40,6%, tuýp 2 chiếm 21,3%, tuýp 3 chiếm 20,6% và tuýp 4 chiếm 9,7% [4].

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tý cho thấy tuýp 1 gặp nhiều nhất 36,9%, tít 2 chiếm 31,6%, tít 3 và 4 chiếm tỷ lệ thấp hơn (19,2% và 12,3%) [2].

Bảng 3.8. Hình thái tổn thương của ĐMPQBL

Dấu hiệu tổn thương của ĐMPQ	ĐMPQ tổn thương	
	Số lượng ĐMPQBL (n)	Tỷ lệ (%)
Giãn và phình cường ĐM	30	68,2
Thân ĐM giãn ngắn ngoài, xoắn vặn	9	20,5

Mạch ngoại vi giãn thành búi	1	2,3
Tổn thương phổi hợp	4	9
Tổng	44	100

Nhận xét: Kết quả của chúng tôi nhận thấy, trong số các ĐMPQ tổn thương hình thái giãn phình cổồng ĐM hay gặp nhất chiếm 68,2%. Hình thái tổn thương thân ĐM kéo dài, xoắn vặn chi 20,5% và tổn thương ngoại vi giãn thành búi chiếm 2,3 %. Tổn thương phổi hợp chiếm 9%, trong chủ yếu bắt gặp kết hợp giữa tổn thương giãn phình cổồng với thân ĐM kéo dài xoắn vặn. Theo Đức Thiên nghiên cứu 108 bệnh nhân trên chụp mạch nhận thấy: Giãn và phình cổồng động mạch chiếm 93,5% (101/108 BN), kéo dài và xoắn vặn thân động mạch 97,2% (105/108 bệnh nhân). Mạch ngoại vi giãn thành búi 94,4%(102/108 BN) [1].

3.2.2. Tổn thương động mạch ngoài hệ phế quản

Bảng 3.9. ĐM bệnh lý xuất hiện từ các ĐM ngoài hệ phế quản (n=10)

Vị trí xuất phát	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
ĐM liên sườn	5	50
Thân sườn cổ	1	10
ĐM hoành dưới	4	40
Tổng	10	100

Nhận xét: Các động mạch ngoài hệ phế quản về vị trí xuất phát chia thành 3 nhóm. Nhóm xuất phát từ động mạch liên sườn 50%. Nhóm có các nhánh xuất phát từ động mạch dưới đòn và động mạch nách như ĐM ngực trên, ĐM ngực ngoài, ĐM vú trong, Thân sườn cổ, thân giáp cổ chiếm 10%. Nhóm xuất phát từ động mạch chủ bụng như nhánh của động mạch hoành dưới chiếm 40%. Trong số vị trí các mạch ngoài hệ phế quản tham gia cấp máu, chúng tôi nhận thấy vị trí xuất phát hay gặp nhất là động mạch liên sườn, tiếp theo là động mạch hoành dưới.

Theo Leneke J. C. Hartemann và cộng : nghiên cứu trên 214 bệnh nhân nhận thấy : 147 động mạch ngoài hệ phế quản đã được n tả, trong đó xuất phát từ động mạch liên sườn chiếm 19%, các nhánh từ động mạch dưới đ chiếm 10,5%, các nhánh từ động mạch hoành dưới là 8,5%.

Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt về tỉ suất xuất hiện của các ĐM ngoài PQ với các t giả khác. Việc này có thể được lý giải do : lượng bệnh nhân của chúng tôi ít hay sự kh khác biệt về vị trí địa lý, thời gian nghiên cứu...

Bảng 3.10. Đặc điểm hình ảnh của các ĐM ngoài hệ phế quản (n=10)

Dấu hiệu	Số ĐMPOBL	Tỷ lệ %
ĐMPQ tăng sinh mạch	4	40
Vòng nối với ĐMP	4	40
Phồng động mạch	2	20
Tổng	10	100

Nhận xét: Trong số bệnh nhân được nghiên cứu chúng tôi nhận thấy dấu hiệu tăng sinh mạch và vòng nối với ĐMP đều bắt gặp với tỷ lệ bằng nhau là 40%. Sau đó đến dấu hiệu phồng động mạch với tỷ lệ 20%. Chúng tôi không bắt gặp trường hợp nào có hình ảnh tăng sinh giả u.

IV. KẾT LUẬN

- Tổn thương hệ ĐMPQ chiếm tỷ lệ cao 75,76%.
- Tổn thương chủ yếu tập chung ở phổi phải với 13/33 bệnh nhân (40,6%), và 34,4% bệnh nhân có tổn thương cả hai phổi.
- Số thân ĐMPQ tổn thương chủ yếu gặp ở nhóm tổn thương 1 thân với tỷ lệ 71,8 %.
- Kích thước của ĐMPQ tổn thương chủ yếu từ 2 – 3mm (72,73%)
- Đa số ĐMPQ tổn thương thường xuất phát ngang vị trí D5 – D6 (72,7%)
- Hình thái tổn thương của ĐMPQ chủ yếu là giãn và phình cổồng 68,2% và thân kéo dài xoắn vặn 20,5 %.

- Hay gặp nhất là ĐM liên sườn(50%), tiếp theo là ĐM hoành dưới(40%).
- Hình thái tổn thương chủ yếu của ĐM ngoài hệ PQ chủ yếu là tăng sinh mạch và tạo vòng n với ĐMP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dư Đức Thiên (2003)**, "Nghiên cứu hình ảnh động mạch phế quản trong một số bệnh phổi mạn tính và khả năng gây tắc mạch điều trị ho ra máu Luận án Tiến sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội. (-16)
2. **Nguyễn Văn Tý (2013)**, "Đặc điểm hình ảnh cắt lát vị tính 64 dãy lồng ngực trên bệnh nhân ho ra máu Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Bệnh viện Bạch Mai.
3. **Botenga A.S.J(1970)** "Selective bronchial arteriography" Leiden H.E, stenfer Krosse19-70.

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 thất 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 thất 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- thất lưng (CTCS TL) 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 thất 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 CSLTL 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- thất 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@vnspsine@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 3.01.2017

Ngày duyệt bài: 10.01.2017