

trị là 2/17=11,7%.

V. KẾT LUẬN

ĐM não bao gồm hệ ĐM cảnh và hệ ĐM đốt sống - thân nền, nối thông với nhau qua đa giác Willis ở nền sọ, cấp máu cho nhu mô não. Trong đó các túi phình động mạch não thuộc vòng tuần hoàn phía sau nếu không điều trị khi vỡ đều cho tai biến rất nặng nề. Phương tiện chẩn đoán hình ảnh chính thường được sử dụng trong chẩn đoán PĐMN là CLVT đa dây và CHT có từ trường cao. Chụp mạch số hoá xoả nền ngày nay chủ yếu được sử dụng trong điều trị can thiệp mà ít sử dụng để chẩn đoán do tính xâm lấn, đồng thời CLVT và CHT đã làm thay vai trò của chụp mạch do độ phân giải hình ảnh cao, tương hợp gần như hoàn toàn với chụp mạch, ngoài ra còn có thể đánh giá rất tốt nhu mô não cũng như các hình thái chảy máu do túi phình vỡ gây nên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wanke. I et al (2005)**, Intracranial Aneurysms, Book, ed, Institute of Diagnostic and Interventional Radiology,, University of Essen, Germany.
2. **Randall T. Higashida (2014)**, "What You Should Know About Cerebral Aneurysms", StrokeAssociation.org. .
3. **Yasuo Murai (2012)**, "Aneurysm", www.

- Intechopen.com, ISBN 978-953-51-0730-9, tr. 249-266.
4. **Clemens Maria Schirmer (2003)**, "Endovascular treatment of posterior circulation aneurysm", Munich.
 5. **Vũ Đăng Lưu, Trần Anh Tuấn và Phạm Minh Thông (2008)**, "Nghiên cứu giá trị chụp mạch cắt lớp vi tính đa dây chẩn đoán phình động mạch não", Tạp chí Y học Việt Nam.
 6. **Guglielmi.G; Vinuela. F; Duckwiler.G et al (1992)**, "Endovascular treatment of posterior circulation aneurysms by electrothrombosis using electrically detachable coils", J Neurosurg, **77(4)**, tr. 515-24.
 7. **Mordasini P; Schroth G; Guzman R et al (2005)**, "Endovascular treatment of posterior circulation cerebral aneurysms by using Guglielmi detachable coils: a 10-year single-center experience with special regard to technical development", AJNR Am J Neuroradiol, **26(7)**, tr. 1732-8.
 8. **Pasquale Mordasini, Gerhard Schroth, Raphael Guzman và các cộng sự. (2005)**, "Endovascular treatment of posterior circulation cerebral aneurysms by using Guglielmi detachable coils: a 10-year single-center experience with special regard to technical development", American Journal of Neuroradiology, **26(7)**, tr. 1732-1738.
 9. **Moret. J; Cognard. C; Weill. A; và cộng sự (1997)**, "Reconstruction technic in the treatment of wide-neck intracranial aneurysms. Long-term angiographic and clinical results. A propos of 56 cases", J Neuroradiol, **24(1)**, tr. 30-44.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BỆNH LÝ HẸP ỚNG SỐNG CỔ ĐA TẦNG DO THOÁI HÓA

Nguyễn Văn Trung^{1,2}, Hoàng Gia Du¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 31 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán hẹp ống sống (HOS) cổ đa tầng do thoái hóa có chỉ định phẫu thuật cố định cột sống cổ bằng vít qua cuống phối hợp mở cung giải ép tại bệnh viện Bạch Mai từ 1/2018 đến tháng 6/ 2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 63,26 ± 9,63 tuổi. Nam giới chiếm 74,2%, gấp gần 3 lần nữ giới (24,8%). Thời gian khởi phát triệu chứng đến khi tiếp cận phẫu thuật là 27,5 tháng. 100 % bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy, 32,3% có chèn ép tủy và chèn ép rễ phối hợp. Các triệu chứng thường gặp bao gồm: đau mỏi cổ (83,9%), rối loạn cảm giác tứ chi (90,3%), rối loạn

vận động tứ chi (93,5%). Chèn ép tủy cổ mức độ trung bình theo JOA chiếm 83,9%. Mức độ suy giảm chức năng cột sống cổ nặng theo NDI chiếm 51,2%, tương đồng giữa hai giới. **Kết luận:** Hẹp ống sống cổ đa tầng do nguyên nhân thoái hóa thường gặp ở tuổi trung niên, triệu chứng lâm sàng thần kinh đa dạng.

Từ khóa: Hẹp ống sống cổ; Thoái hóa cột sống cổ; Bệnh lý chèn ép tủy cổ do thoái hóa

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF SURGICAL PATIENTS WITH MULTI-LEVEL DEGENERATIVE CERVICAL MYELOPATHY

Objectives: Describe the clinical characteristics of patients with multilevel cervical stenosis due to spinal degeneration. **Material and Method:** A retrospective study was conducted on 31 patients diagnosed with multilevel cervical stenosis indicated operative treatment by the cervical pedicle screw fixation combined with laminectomy technique in Bach Mai hospital from January 2018 to June 2020. **Results:** The average age was 63,26 ± 9,63 years old. The proportion of men (74.2%) was 3 times as much as number of women (24.8%). Mean duration counting from the onset of symptoms to the operation

¹Bệnh viện Bạch Mai.

²Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023

was 27,5 months. 100% patients with cervical myelopathy, and 32% with radiculopathy symptoms. The common symptoms consist of neck pain (83,9%), sensory dysfunction in extremities (90,3%), motor function abnormalities (93,5%). Severe cervical compressive myelopathy by JOA account for 83,9%, severe disability classified by NDI comprised of 51,6%, equally in both genders. **Conclusion:** Degenerative multilevel cervical stenosis often happened in middle-aged patients. The neurological clinical symptoms were variety.

Keywords: Cervical stenosis; Cervical degenerative, degenerative cervical myelopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống cổ do thoái hóa là tình trạng thu hẹp đường kính ống sống cổ do nguyên nhân thoái hóa tăng dần theo tuổi có thể gây nên các triệu chứng lâm sàng thần kinh do chèn ép tủy và các cấu trúc xung quanh [1]. Đây là một tình trạng bệnh lý rối loạn chức năng thần kinh với biểu hiện lâm sàng đa dạng, tiến triển theo thời gian thường được chẩn đoán muộn [2], đồng thời cũng là nguyên nhân thường gặp nhất gây tổn thương tủy sống ở người trưởng thành. Đây là một tình trạng bệnh lý không hiếm gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam và có xu hướng ngày càng tăng, tỷ lệ mắc bệnh ước tính 605/1.000.000 người [3, 4]. Bệnh thường xảy ra ở người lớn chủ yếu trên 50 tuổi, ít gặp ở người dưới 40 tuổi. Thoái hóa cột sống cổ có mối liên quan đến các yếu tố tuổi, giới tính, tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật cột sống trước đây [2, 3]. Tỷ lệ người bệnh có hẹp ống sống cổ do thoái hóa phải can thiệp phẫu thuật trên thế giới ước tính 1,6/100.000 người [2]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của một số tác giả cho thấy hẹp ống sống cổ do thoái hóa ngày càng thường gặp với tỷ lệ 51% thoái hóa cột sống nói chung.[5] Các đặc điểm lâm sàng của bệnh lý hẹp ống sống cổ do thoái hóa thường đa dạng, không đặc hiệu, dễ bị bỏ sót và chẩn đoán muộn, cũng như mức độ ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và khả năng lao động của người bệnh, việc hiểu biết về các đặc điểm lâm sàng của bệnh đóng một vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán, và cung cấp thêm thông tin để đánh giá quá trình điều trị cũng như phẫu thuật. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu "*Mô tả các đặc điểm lâm sàng bệnh nhân điều trị phẫu thuật bệnh lý hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 31 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống (HOS) cổ đa tầng do thoái hóa có chỉ định phẫu thuật cổ định cột sống cổ bằng vít qua cuống phổi hợp

mở cung giải ép tại bệnh viện Bạch Mai từ 1/2018 đến tháng 6/2020 thỏa mãn các tiêu chuẩn.

a. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán HOS cổ đa tầng do thoái hóa có chỉ định và điều trị phẫu thuật cổ định cột sống cổ bằng vít qua cuống phổi hợp mở cung sau giải ép trong thời gian nghiên cứu, thỏa mãn các điều kiện: (1) BN có triệu chứng chèn ép tủy cổ, chèn ép rễ do HOS cổ trên lâm sàng, (2) Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh có tổn thương thoái hóa cột sống cổ gây hẹp ống sống cổ tương ứng, và HOS từ 3 tầng liên tiếp trở lên trên phim Cộng Hưởng Từ (MRI), hoặc HOS từ 2 tầng trở lên do các nguyên nhân chèn ép từ phía sau. (3) BN có mất vững cột sống cổ trên đoạn cột sống cần phẫu thuật cổ định và giải ép. (4) Có hồ sơ bệnh án đầy đủ. (5) BN đồng ý tham gia nghiên cứu và có sử dụng O-arm trong phẫu thuật.

b. Tiêu chuẩn loại trừ. (1) BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ quy trình theo dõi tập luyện sau mổ. (2) Tổn thương hẹp ống sống do lao, ung thư, viêm cột sống, đĩa đệm. (3) Các BN có chống chỉ định với phẫu thuật.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp mô tả hồi cứu

2.3. Cỡ mẫu. Sử dụng cỡ mẫu không xác xuất (mẫu thuận tiện)

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

Các đặc điểm chung: tuổi, giới tính, yếu tố chấn thương cột sống cổ, tiền sử phẫu thuật cột sống cổ trước đây. Triệu chứng khởi phát bệnh (đau mỏi cổ, rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, rối loạn cơ tròn, teo cơ), triệu chứng lâm sàng khác (tê bì, yếu tứ chi, đau cách hồi thần kinh), thời gian khởi phát và diễn biến bệnh, mức độ đau theo thang điểm VAS, hội chứng chèn ép tủy, hội chứng chèn ép rễ.

JOA (Japanese Orthopedic Association): thang điểm đánh giá hội chứng tủy cổ của Hội chấn thương chỉnh hình Nhật Bản. **NDI (Neck disability index):** Chỉ số giảm chức năng cột sống cổ.

2.5 Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)	X ± SD (Min-Max)
Giới tính	Nam	24	77,4	-
	Nữ	7	22,6	

Tuổi	< 60 tuổi			
	40 – 50	1	3,2	63,26 ± 9,63
	50 – 59	5	16,1	
	≥ 60 tuổi			Min- Max: 35 - 84
	60 – 69	17	54,8	
70 – 79	7	25,8		
≥ 80	1	3,2		
Nghề nghiệp	Lao động nhẹ			-
	Lao động trung bình	5	16	
	Lao động nặng	14	45	
	Lao động rất nặng	10	32	
		2	7	

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới gặp gần 3 lần nữ giới (23/31 bệnh nhân). BN thuộc nhóm tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất với 17/31 BN (54,8%). Phần lớn BN ngoài 60 tuổi chiếm 25/31 (80,6%). Chỉ có 1 BN (3,2%) dưới 50 tuổi và 1 BN (3,2%) trên 80 tuổi.

BN thuộc nhóm nghề lao động trung bình gặp nhiều nhất với 14/31 BN (45,2%), tiếp theo là nhóm lao động nặng 10/31 BN (32,3%), lao động nhẹ và lao động rất nặng gặp ít hơn với tỷ lệ lần lượt là 5/31(16,1%) và 2/31 BN (6,5%). BN có mức độ lao động từ trung bình – rất nặng trở lên chiếm đa số (83,9%). Trong nghiên cứu nhóm BN nữ giới chủ yếu làm các nghề thuộc nhóm có mức độ lao động nhẹ (62,5%) và trung bình (37,5%); nhóm BN nam giới chủ yếu làm các nghề có mức độ lao động trung bình (39,1%) và nặng (43,5%), tỷ lệ nam giới làm các nghề thuộc nhóm lao động nhẹ và rất nặng chiếm tỷ lệ nhỏ (8,7%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng khởi phát	n	%
Đau mỏi cổ	26	83,9
Rối loạn cảm giác	28	90,3
Rối loạn vận động	29	93,5
Rối loạn cơ tròn	2	6,5
Triệu chứng lâm sàng		
Tê cứng 2 bàn tay	28	90,3
Tê bì 2 chân	25	80,6
Yếu 2 chi trên	29	93,5
Yếu 2 chi dưới	28	90,3
Dáng đi mất vững	11	35,5
Tăng phản xạ gân xương cơ nhị đầu	21	67,7
Tăng phản xạ gân xương bánh chè	18	58,1
Rối loạn cơ tròn	2	6,5
Teo cơ – chi trên và dưới	16	51,6
Các hội chứng		
Hội chứng chèn ép tủy	31	100

Hội chứng chèn ép rễ đơn thuần	0	0
Kết hợp hội chứng chèn ép tủy và rễ	10	32,3

Nhận xét: Ba triệu chứng lâm sàng khởi phát thường gặp nhất theo thứ tự là: rối loạn vận động (93,5%), rối loạn cảm giác (90,3%) và đau mỏi cổ (83,9%); ít gặp rối loạn cơ tròn (6,5%) và teo cơ (3,2%).

Rối loạn vận động biểu hiện bởi yếu 2 chi trên - tê cứng trong các hoạt động của hai bàn tay và yếu 2 chi dưới - dáng đi mất vững lần lượt chiếm các tỷ lệ 90,3% (28/31 BN) và 35,5% (11/31 BN). Teo cơ gặp 16/31 (chiếm 51,6%), trong đó chiếm phần lớn là teo cơ chi trên, đặc biệt khu trú ở bàn tay và cẳng tay, trong đó có 4 BN teo cơ 2 chi dưới. Rối loạn cảm giác: trong nghiên cứu, 28/31 BN (90,3%) đến khám có biểu hiện rối loạn cảm giác như tê bì, kiến bò, đau nhức hoặc buốt 2 tay, 2 chân hoặc cả tứ chi. Rối loạn phản xạ gân xương: 21/31 (67,7%) BN có triệu chứng tăng phản xạ gân xương gân cơ nhị đầu và 18/31 (58,1%) BN tăng phản xạ gân xương gân bánh chè. Rối loạn cơ tròn: 2/31 BN (6,5%) có biểu hiện rối loạn tiểu tiện nặng phải đặt sonde tiểu. Hội chứng chèn ép tủy cổ gặp ở tất cả BN, trong đó có 10/31 BN có cả biểu hiện chèn ép tủy và chèn ép rễ (chiếm 32,3%); không có BN nào chỉ gặp hội chứng chèn ép rễ đơn thuần.

3.3. Thời gian khởi phát và diễn biến bệnh

Bảng 3.3. Thời gian khởi phát và diễn biến bệnh

Thời gian	Khởi phát		Nặng lên	
	N	%	N	%
≤ 3 tháng	9	29,0	23	74,2
4 – 6 tháng	4	12,9	4	12,9
7 – 12 tháng	8	25,8	4	12,9
> 12 tháng	10	32,3	0	0
Tổng	31	100	31	100
X ± SD (tháng) (Min – Max)	27,50 ± 51,062 (1 – 240)		2,88 ± 3,425 (0,25 – 12)	

Nhận xét: Nhiều BN khởi phát bệnh từ nhiều tháng đến hàng năm trước khi đi khám bệnh, số BN khởi phát trên 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 32,3% (10/31 BN) và thời gian diễn biến triệu chứng nặng dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 74,2% (23/31 BN).

Bảng 3.4. Mức độ tổn thương tủy cơ theo JOA và mức độ suy giảm chức năng cột sống cổ theo NDI

Thang điểm	N	%	X ± SD
JOA			
Nhẹ	1	3,2	10,06 ±

	Trung Bình	26	83,9	2,06 (5-13)
	Nặng	4	12,9	
	Tổng	31	100	
NDI	Không ảnh hưởng	0	0,0	50,64 ± 12,74 (30-90)
	Nhe	0	0,0	
	Trung Bình	14	45,2	
	Nặng	16	51,6	
	Anh hưởng hoàn toàn	1	3,2	
	Tổng	31	100	

Nhận xét: Trong nhóm BN nghiên cứu chủ yếu tổn thương thần kinh mức độ trung bình (83,9%). Tổn thương mức độ nặng gặp ở 4 trường hợp (12,9%) và tổn thương mức độ nhẹ gặp ở 1 trường hợp (3,2%). Chỉ số giảm chức năng cột sống cổ trung bình là $50,64 \pm 12,747$ (%). Trong đó mức độ giảm chức năng cột sống cổ thấp nhất là 30% và cao nhất là 90%. Có 14 BN bị ảnh hưởng ở mức độ trung bình (45,2%). Có 16 BN bị ảnh hưởng ở mức độ nặng (51,6%). Có 1 trường hợp bị ảnh hưởng hoàn toàn (3,2%).

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới, độ tuổi trung bình của thoái hóa cột sống cổ là 56 tuổi [4], và tỷ lệ thoái hóa cột sống cổ tăng dần theo tuổi và gặp nhiều ở tuổi trung niên và người già, tần suất tăng lên rõ rệt sau tuổi 50 và tần suất lớn nhất gặp ở sau tuổi 60 [6]. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất với 17/31 BN (54,8%). Phần lớn người bệnh ngoài 60 tuổi chiếm 25/31 (80,6%). Tuổi trung bình là $63,2581 \pm 9,6227$ tuổi. Tuổi thấp nhất và cao nhất tương ứng là 35 và 84 tuổi. Nam giới chiếm (74,2%) gấp gần 3 lần nữ giới (24,8%). Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu cao hơn so với độ tuổi trung bình trên do thói quen thăm khám bệnh và điều trị của các bệnh nhân trong nghiên cứu diễn ra ở giai đoạn muộn.

Trong nhiều nghiên cứu báo cáo, thoái hóa cột sống cổ ở nam và nữ là tương đương nhau [6, 7]. Tỷ lệ thoái hóa cột sống cổ ở nhóm bệnh nhân lao động nặng tăng lên rõ rệt ở độ tuổi 55 – 59 so với nhóm lao động nhẹ [8, 9]. Trong nghiên cứu, bệnh nhân nữ giới đa số có nghề nghiệp thuộc nhóm lao động nhẹ và trung bình lần lượt chiếm tỷ lệ 62,5% và 37,5%. BN nam giới đa số có nghề nghiệp thuộc nhóm lao động nặng 10/23 bệnh nhân (43,5%) và trung bình 9/23 bệnh nhân (39,1%), nhóm lao động nhẹ và rất nặng gặp ít nhất với 2/23 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 8,7%. Sự khác biệt về tỷ lệ nam nữ trong

nhóm bệnh nhân nghiên cứu có thể do thói quen lao động và sinh hoạt của nam giới.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có biểu hiện triệu chứng đau mỏi vai gáy, rối loạn vận động, rối loạn cảm giác ở các mức độ từ nhiều tháng thậm chí nhiều năm trước khi nhập viện hoặc đã được phát hiện và chẩn đoán thoái hóa cột sống cổ, điều trị nội khoa nhiều tháng trước khi nhập viện phẫu thuật. Điển hình nhất và hay gặp nhất trên lâm sàng là hội chứng chèn ép tủy, hoặc hội chứng chèn ép rễ - tủy phối hợp, không gặp hội chứng chèn ép rễ đơn thuần. Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng khởi phát rất đa dạng, hay gặp nhất là các rối loạn vận động (93,5%) như yếu 2 chi trên (93,6), yếu 2 chi dưới (90,3%), hay yếu tứ chi (83,9%); các rối loạn cảm giác (90,3%) như tê bì 2 tay (87,1%), tê bì tứ chi (83,9%); và đau mỏi vai gáy (83,9%)... Các triệu chứng có thể tiếp tục tăng lên và tiến triển trong nhiều tháng nhiều năm lan dần xuống cả 2 chi dưới gây khó khăn khi đi lại, dáng đi mất vững (35,5%) hoặc rối loạn đại tiểu tiện (gặp 2/31 BN chiếm 6,4%). Nhiều bệnh nhân khởi phát bệnh từ nhiều tháng đến hàng năm trước khi đi khám bệnh, số bệnh nhân khởi phát trên 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 32,3% và thời gian diễn biến triệu chứng nặng dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 74,2%. Thời gian khởi phát triệu chứng sớm nhất là 0,25 tháng (1 tuần), tuy nhiên cũng có bệnh nhân khởi phát và diễn biến triệu chứng trong 240 tháng (20 năm) mới đi khám bệnh và nhập viện. Phần lớn bệnh nhân có thời gian khởi phát trên 12 tháng (32,3%), trung bình là 27,50 tháng.

Phần lớn các triệu chứng thoái hóa cột sống cổ diễn ra âm thầm tăng dần trong nhiều năm, các triệu chứng một khi đã khởi phát thì không thể đảo ngược [2, 4, 10]. 75% BN trải qua các triệu chứng của thoái hóa cột sống cổ dưới nhiều mức độ trong nhiều năm trước khi được chẩn đoán và điều trị [4]. Có nghiên cứu chỉ ra rằng có khoảng 5% các BN có thoái hóa cột sống cổ bắt đầu biểu hiện triệu chứng chèn ép tủy qua mỗi năm dù trước đây không có triệu chứng gì [2]. Tuy nhiên vẫn có những bệnh nhân nhập viện trong bệnh cảnh chèn ép tủy cấp tính. Hầu hết các bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng chèn ép tủy cấp tính và rầm rộ thường theo sau một chấn thương cột sống cổ thông thường dù trước đây không có biểu hiện lâm sàng chèn ép tủy, đôi khi có thể tiến triển liệt tứ chi hoàn toàn [10]. Theo một số nghiên cứu, thời gian trung bình chẩn đoán hội chứng tủy cổ và thoái hóa

cột sống cổ đoán là $2,2 \pm 2,3$ năm. Người bệnh thường được chẩn đoán trước đây với các bệnh lý chèn ép thần kinh ngoại vi như hội chứng ống cổ tay và thường trải qua thăm khám trung bình 5 bác sĩ trước khi được chẩn đoán xác định [2]. Nghiên cứu trên 9161 bệnh nhân hẹp ống sống cổ do thoái hóa của Danielsen và cộng sự năm 2022 cho thấy, tỷ lệ nhóm bệnh nhân có chỉ số NDI mức độ nặng và ảnh hưởng hoàn toàn lần lượt là 29,4% và 16,8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy cổ mức độ nặng và trung bình theo JOA chiếm lần lượt 12,9% và 83,9%. Chỉ số NDI trung bình tại thời điểm nhập viện là $50,64 \pm 12,74$ (%) trong đó nhất là 30% và cao nhất là 90%. Có 14/31 (45,2%) BN bị ảnh hưởng ở mức độ trung bình, 16/31 BN (51,6%) bị ảnh hưởng nặng, và 2/31 BN (6,4%) ảnh hưởng hoàn toàn. Không có sự khác biệt về chỉ số NDI giữa hai giới trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Điểm NDI của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu cao hơn và tỷ lệ bệnh nhân bị ảnh hưởng nặng và rất nặng cao hơn so với báo cáo trên do người bệnh được thăm khám và tiếp cận chẩn đoán muộn và tại thời điểm nhập viện đều đã có chỉ định phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa là một bệnh lý có các triệu chứng lâm sàng thần kinh đa dạng. 100% bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy, 32,3% có chèn ép tủy và chèn ép rễ phối hợp. Các triệu chứng thường gặp bao gồm: đau mỏi cổ (83,9%), rối loạn cảm giác tứ chi (90,3%), rối loạn vận động tứ chi (93,5%). Chèn ép tủy cổ mức độ

trung bình theo JOA chiếm 83,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AJSea, J.R.M.**, Cervical Spondylotic Myelopathy: A Guide to Diagnosis and Management. The Journal of the American Board of Family Medicine, 2020. **33**(2): p. 303 -313.
2. **Davies, B.M.**, Degenerative cervical myelopathy. The BMJ, 2018. **5**: p. 1 - 4.
3. **Đức, T.M.**, Kết quả phẫu thuật cố định cột sống cổ bằng vít qua cuống phổi hợp mở cung sau giải ép trong điều trị bệnh lý hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa, in Bệnh viện Bạch Mai. 2019, Trường Đại Học Y Hà Nội.
4. **Christopher D. Witiw MD**, Five things to know about Degenerative cervical myelopathy. CMAJ, 2016. **189**(3): p. 1 - 4
5. **Hồng, N.T.A.**, Hẹp ống sống cổ: Giá trị MRI qua khảo sát 300 trường hợp. Tạp chí y học Việt Nam, 1999. **6**: p. 126 - 129.
6. **Chang Huynh Oh, J.C.**, Whole Spine Disc Degeneration Survey according to the Ages and Sex Using Pfirrmann Disc Degeneration Grades. Korean Journal Spine, 2017. **14**(4): p. 148 - 154.
7. **Yu, Y.**, Ranges of Cervical Intervertebral Disc Deformation During an In Vivo Dynamic Flexion-Extension of the Neck. Journal of Biomechanical Engineering, 2017. **139**(6).
8. **A. Bjelle, M.H.**, Occupational and individual factors in acute shoulder-neck disorders among industrial worker. British journal of industrial Medicine, 1989. **6**(1).
9. **Hult, L., Cervical**, Dorsal and Lumbar Spinal Syndromes: A Field Investigation of a Non-Selected Material of 1200 Workers in Different Occupations with Special Reference to Disc Degeneration and SoCalled Muscular Rheumatism. Acta Orthop Scand Suppl, 1954. **17**(1).
10. **Meyer, F.**, Degenerative cervical spinal stenosis: current strategies in diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int, 2008. **105**(20): p. 366 - 372.

THỰC TRẠNG SÂU RĂNG SỬA Ở TRẺ DƯỚI 36 THÁNG TUỔI TẠI TRƯỜNG MẦM NON NGUYỄN KHÊ, ĐÔNG ANH, HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Thị Thảo¹, Nguyễn Thị Hồng Minh¹, Lê Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng sâu răng của trẻ dưới 36 tháng tuổi tại Trường mầm non Nguyễn Khê, Đông Anh, Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 121 trẻ dưới 36 tháng tuổi, qua thăm khám lâm sàng và đánh giá tình trạng vệ sinh răng

miệng, áp dụng chỉ số DI của OHI-S, phân loại làm 3 mức độ: tốt, trung bình, kém. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ bị sâu răng chiếm 71,1%; trong đó độ tuổi sâu răng phổ biến là 24-36 tháng tuổi (chiếm 82,6%). Chỉ có 6,6% trẻ đạt vệ sinh răng miệng (VSRM) tốt, trong khi tỷ lệ VSRM trung bình là 24% và VSRM kém là 69,4%. Tỷ lệ sâu răng cao nhất ở nhóm trẻ VSRM kém (khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Số răng sâu trung bình của trẻ là $3,08 \pm 3,1$ răng; trong đó chủ yếu là tại cung hàm trên. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc sâu răng cao nhất ở nhóm VSRM kém, chiếm 98,8%, tỷ lệ sâu răng cao nhất tập trung ở nhóm tuổi 24-36 tháng (82,6%). Nhóm răng trước là nhóm gặp phải tình trạng sâu nhiều nhất đặc biệt là nhóm răng cửa hàm trên. Tỷ lệ trẻ đạt vệ sinh răng miệng tốt còn rất thấp chiếm

¹Bệnh viện RHMTW Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thảo

Email: thaonguyenrte@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2023

Ngày duyệt bài: 9.2.2023