

3.4 Sự thay đổi các chỉ số cơ thể trung bình**Bảng 4: Sự thay đổi các chỉ số cơ thể trung bình ở các thời điểm**

Thời điểm Chỉ số ($\bar{X} \pm SD$)	D0	D15	D30	D60	D90
Chu vi vòng đùi TB (cm) p (so với D0)	50,43 ± 3,75	50,36 ± 3,34 > 0,05	49,66 ± 4,04 < 0,05	48,76 ± 3,48 < 0,05	47,81 ± 3,52 < 0,001
Chu vi bắp tay TB (cm) p (so với D0)	30,03 ± 2,65	30,41 ± 3,40 > 0,05	29,86 ± 2,77 > 0,05	28,98 ± 2,57 < 0,05	28,18 ± 2,66 < 0,001
Chu vi bắp chân TB (cm) p (so với D0)	38,10 ± 3,36	37,77 ± 3,72 > 0,05	37,23 ± 3,26 < 0,05	36,61 ± 3,17 < 0,001	35,62 ± 3,28 < 0,001
Độ dày nếp gấp da dưới xương bả vai TB (cm) p (so với D0)	3,75 ± 0,83	3,66 ± 0,84 < 0,05	3,46 ± 0,81 < 0,001	3,17 ± 0,77 < 0,001	2,87 ± 0,81 < 0,001
Độ dày nếp gấp da mạng sườn TB (cm); p (so với D0)	4,81 ± 0,97	4,62 ± 1,00 > 0,05	4,36 ± 0,88 < 0,05	4,12 ± 0,89 < 0,001	3,59 ± 0,87 < 0,001

Chu vi vòng đùi TB, chu vi bắp tay TB, chu vi bắp chân TB, độ dày nếp gấp da dưới xương bả vai TB và độ dày nếp gấp da mạng sườn TB giảm có ý nghĩa thống kê so với thời điểm ngày đầu tiên can thiệp ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, 60 đối tượng thừa cân, béo phì tham gia nghiên cứu đã được sử dụng bộ sản phẩm thực phẩm chức năng ageLOC TR90 gồm 4 sản phẩm. Qua phân tích các thành phần của bộ sản phẩm ageLOC TR90 cho thấy các sản phẩm có nhiều chiết xuất từ các hoa quả tự nhiên có chứa hỗn hợp Protein Pharnanex, các chất xơ và nhiều vitamin, có hàm lượng chống oxy hóa cao. Các thành phần này có tác dụng ngăn chặn sự thềm ăn tạo cảm giác no, ức chế sự tích tụ chất béo và tăng cường quá trình oxy hóa chất béo, cải thiện việc kiểm soát đường huyết dẫn đến giảm cân và khối lượng chất béo [7], [8]. Vì vậy, khi dùng bộ sản phẩm này các đối tượng nghiên cứu giảm BMI thông qua việc giảm cân nặng nhưng không thấy mệt mỏi và các hoạt động lao động, công tác hoàn toàn bình thường, đồng thời hình dáng cơ thể được cải thiện rõ.

Sau 90 ngày sử dụng bộ sản phẩm chức năng, mức chênh BMI so với D0 là $1,11 \pm 0,63$ ($p < 0,001$). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu sản phẩm này ở Mỹ năm 2014 có BMI giảm $1,3 \pm 0,2$ [6]. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán béo phì của IDF 2005 chỉ số BMI và chỉ số vòng eo có liên quan chặt chẽ với nhau. Vòng eo càng cao cùng chỉ số BMI cao sẽ là yếu tố nguy cơ mắc các bệnh khác càng cao. Sau 90 ngày sử dụng sản phẩm, vòng eo trung bình giảm còn $83,78 \pm 8,13$ (cm), so với ban đầu giảm $5,10 \pm 3,25$ (cm), sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chỉ số BMI là chỉ số được sử dụng rộng

rãi trên khắp thế giới để đánh giá tình trạng thừa cân – béo phì. Tuy nhiên chỉ số này chỉ tính đến cân nặng chung của cơ thể mà không xét đến vị trí và khối lượng mỡ cơ thể. Vì vậy, có thể đánh giá béo phì bằng tỷ số vòng bụng/vòng hông, tỷ số vòng eo/vòng hông. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm, các tỷ số này tăng là yếu tố nguy cơ cao làm tăng tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân có rối loạn chuyển hóa [2]. Sau 90 ngày sử dụng bộ sản phẩm TPCN ageLOC TR90 vòng hông trung bình giảm được $4,55 \pm 3,63$ cm ($p < 0,001$). Như vậy bên cạnh sự giảm cân nặng, số đo vòng eo trung bình và vòng hông trung bình của các đối tượng nghiên cứu giảm đi làm thay đổi vóc dáng của cơ thể. Một số nghiên cứu cho thấy cấu tạo của đùi và bắp chân phức tạp do đó nếu béo ở đùi thì rất khó để giảm mỡ. Mỡ đùi có thể hình thành do thói quen ít vận động; hoặc tập trung ở phụ nữ lớn tuổi do khả năng đốt cháy calo bị giảm khi vào tuổi trung niên. Cánh tay là vị trí khó tích mỡ do có ít tế bào mỡ hơn. Tuy nhiên nếu cân nặng tăng quá mức kiểm soát thì mỡ sẽ tích tụ đều ở các bộ phận trên cơ thể trong đó có ở vùng cánh tay. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy chu vi vòng eo, chu vi vòng hông của các đối tượng nghiên cứu giảm nhiều hơn so với chu vi vòng đùi và chu vi bắp chân.

V. KẾT LUẬN

Sau 90 ngày sử dụng bộ sản phẩm thực phẩm chức năng ageLOC TR90 trên 60 đối tượng thừa cân, béo phì nguyên phát, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

+ Chỉ số BMI trung bình giảm $1,11 \pm 0,63$ ($p < 0,001$).

+ Chu vi vòng eo trung bình giảm $5,10 \pm 3,25$ (cm); chu vi vòng hông trung bình giảm $4,55 \pm 3,63$ (cm) ($p < 0,001$). Chu vi vòng đùi

trung bình, chu vi bắp tay trung bình, chu vi bắp chân trung bình giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

+ Độ dày nếp gấp da dưới xương bả vai trung bình giảm $0,88 \pm 0,70$ (cm); độ dày nếp gấp da mạng sườn trung bình giảm $1,24 \pm 0,97$ (cm). Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kết quả điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam.** Accessed June 12, 2022. <https://tihe.org.vn/tin-tuc/chi-tiet/176-Ket-qua-dieu-tra-quoc-gia-yeu-to-nguy-co-benh-khong-lay-nhiem-o-Viet-Nam>
2. **Nguyễn Thị Thơm.** Nghiên Cứu Chỉ Số Kháng Insulin và Mối Liên Quan Với Một Số Chỉ Số Sinh Học Khác ở Người Có Hội Chứng Chuyển Hóa. Luận văn thạc sỹ Đại học Y Hà Nội; 2008:30-50
3. **Obesity and overweight.** Accessed June 15, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. **Song HJ, Hwang J, Pi S, et al.** The impact of obesity and overweight on medical expenditures and disease incidence in Korea from 2002 to 2013. *PloS One.* 2018;13(5):e0197057. doi: 10.1371/journal.pone.0197057
5. **Weiss Edward C, Galuska Deborah A, et al. (2007),** "Weight regain in US adults who experienced substantial weight loss, 1999–2002", *American journal of preventive medicine*, 33(1), pp. 34-40.
6. **Pharmanex. A Phase IV, Open-Label, Parallel Group, Single-Center Study on the Effects of a Nutritional Supplement Combination on Body Weight Management Over a 90-Day Period.** clinicaltrials.gov; 2014. Accessed November 9, 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01725958>
7. **Karimi-Nazari E, Nadjarzadeh A, Masoumi R, et al.** Effect of saffron (*Crocus sativus* L.) on lipid profile, glycemic indices and antioxidant status among overweight/obese prediabetic individuals: A double-blinded, randomized controlled trial. *Clin Nutr ESPEN.* 2019;34:130-136. doi:10.1016/j.clnesp.2019.07.012
8. **Makino-Wakagi Y, Yoshimura Y, Uzawa Y, Zaima N, Moriyama T, Kawamura Y.** Ellagic acid in pomegranate suppresses resistin secretion by a novel regulatory mechanism involving the degradation of intracellular resistin protein in adipocytes. *Biochem Biophys Res Commun.* 2012; 417(2):880-885. doi:10.1016/j.bbrc.2011.12.067

ĐẶC ĐIỂM X-QUANG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT BỆNH LÝ HẸP ỐNG SỐNG CỔ ĐA TẦNG DO THOÁI HÓA

Hoàng Gia Du¹, Nguyễn Văn Trung^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh X-quang và cộng hưởng từ cột sống cổ của bệnh nhân hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa được điều trị phẫu thuật cố định cột sống, giải ép. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 31 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa có chỉ định phẫu thuật cố 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. **Kết quả:** Trên X-quang cột sống cổ tiêu chuẩn, 87,1% bệnh nhân có hình ảnh thoái hóa cột sống cổ từ độ II trở lên, 38,7% có hình ảnh trượt mất vững cột sống cổ trên phim X-quang cột sống cổ động. Trên Cộng hưởng từ, số tầng hẹp ống sống trung bình là $3,42 \pm 0,56$ tầng, chỉ số SAC vị trí hẹp nhất trung bình $6,45 \pm 1,397$ mm, 87,1% có mức độ hẹp ống sống $\geq 60\%$. Hai vị trí hẹp ống sống cổ gặp nhiều nhất là C4-C5 và C5-C6 tương ứng 100% và 96,8%. **Kết luận:** X-

quang cột sống cổ thường quy, X-quang cột sống cổ động có giá trị trong chẩn đoán thoái hóa cột sống cổ, và tình trạng mất vững cột sống cổ. Cộng hưởng từ có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá vị trí, mức độ hẹp ống sống, số lượng đĩa đệm thoái hóa gây hẹp ống sống cổ.

Từ khóa: Hẹp ống sống cổ; X-quang, cộng hưởng từ cột sống cổ, mất vững cột sống cổ.

SUMMARY

X-RAY AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING CHARACTERISTICS IN SURGICAL PATIENT CAUSED BY MULTILEVEL DEGENERATIVE CERVICAL STENOSIS

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 deformed-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:** On standard cervical spine X-ray, 87.1% patients have images of cervical spondylosis from grade II or higher, 38.7% cases have images of cervical spine instability on dynamic cervical spine X-ray films. On Magnetic Resonance Imaging, the average number of levels of spinal stenosis is $3.42 \pm$

¹Bệnh viện Bạch Mai.

²Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023

0.56, the mean SAC index at the narrowest position is 6.45 ± 1.397 mm. 87.1% patients have severe spinal stenosis ($\geq 60\%$). The two most frequent places for cervical stenosis are C4-C5 and C5-C6 with 100% and 96.8%, respectively. **Conclusion:** Cervical spine standard X-ray and dynamic X-ray are crucial in diagnosis of cervical spine degeneration and spine instability. Magnetic Resonance Imaging has essential role in assessing the position and degree of degenerative cervical discs leading to cervical spine stenosis. **Keywords:** Cervical stenosis; X-ray; MRI; cervical spine instability.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống (HOS) cổ do thoái hóa là tình trạng thu hẹp đường kính ống sống cổ do nguyên nhân thoái hóa có thể gây nên các triệu chứng lâm sàng thần kinh do chèn ép tủy và các cấu trúc xung quanh.¹ Bệnh thường xảy ra ở người lớn chủ yếu trên 50 tuổi, ít gặp ở người dưới 40 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh ước tính 605/1.000.000 người.² 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.³ Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, theo một số báo cáo cho thấy hẹp ống sống cổ do thoái hóa có thể gặp với tỷ lệ 51% thoái hóa cột sống nói chung ở người trưởng thành.⁴ 85% người trưởng thành trên 60 tuổi có biểu hiện thoái hóa cột sống cổ trên phim X-quang.¹ Có nhiều yếu tố tham gia vào cơ chế bệnh sinh trong bệnh lý tủy cổ do thoái hóa, được chia thành cơ chế chèn ép tủy động và tĩnh. Sự chèn ép tủy động là kết quả của việc lặp lại liên tục các chuyển động vượt quá tầm vận động của cột sống cổ gây ra trượt và gập góc các thân đốt sống, hoặc chông chéo các cung sau và gập lớp dây chằng vàng. Các yếu tố nguy cơ gây chèn ép tĩnh gồm: hẹp ống sống cổ bẩm sinh, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, chồi xương thoái hóa, và sự phì đại các dây chằng. Các thành phần trên gây chèn ép tủy trực tiếp dẫn đến tình trạng thiếu máu tại chỗ và khởi động quá trình chết theo chương trình của các tế bào thần kinh gây nên các triệu chứng. Trong đó, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là nguyên nhân chính dẫn đến hẹp ống sống cổ.¹ Do triệu chứng lâm sàng thần kinh đa dạng, không đặc hiệu, thường âm thầm diễn biến trong nhiều năm, hẹp ống sống cổ do thoái hóa dễ bị bỏ sót và chẩn đoán muộn. Điều này có thể để lại các di chứng chèn ép cấu trúc thần kinh nặng nề không hồi phục.^{1,3} Sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong những năm gần đây đóng vai trò quan trọng trong chuẩn đoán các tổn thương thoái hóa, hẹp ống sống cổ, trên cơ sở đó giúp đưa ra phương

án điều trị sớm và phù hợp cho người bệnh. Phim chụp X-quang cột sống cổ thường quy là phương tiện đầu tiên được sử dụng tại các cơ sở y tế trong cả nước, tuy nhiên khi nghĩ đến các tổn thương hẹp ống sống cổ cũng như các tổn thương mất vững cột sống cổ do thoái hóa chúng ta nên chụp thêm X-quang cột sống cổ động (X-quang dynamic) cùng Cộng hưởng từ (CHT) cột sống cổ. Tại Việt Nam, việc sử dụng X-quang và CHT trong chẩn đoán thoái hóa cột sống cổ đã được tiến hành thường quy, tuy nhiên việc đánh giá kết quả khi ứng dụng vào thực tế còn ít được đề cập đến, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Đặc điểm X-quang và cộng hưởng từ bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa*" nhằm đánh giá các đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh và góp phần chẩn đoán bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **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) Bệnh nhân được chụp đầy đủ X-quang cột sống cổ thường quy, dynamic, và cộng hưởng từ (3). Đặc điểm X-quang và CHT có tổn thương thoái hóa cột sống cổ gây HOS đoạn tương ứng, và HOS từ 3 tầng liên tiếp trở lên trên phim CHT. (3) BN có mất vững cột sống cổ, và mức độ HOS nặng trên đoạn cột sống cổ cần phẫu thuật cổ định và giải ép. (4) Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ BN không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ quy trình theo dõi tập luyện sau mổ.
+ Lao, ung thư, viêm cột sống, đĩa đệm.
+ Các bệnh nhân không có đủ hồ sơ bệnh án và phim chụp X-quang, CHT cột sống cổ.

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

2.3. Cỡ mẫu. Sử dụng cỡ mẫu không xác xuất (mẫu thuận tiện). Lựa chọn tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

- **Đặc điểm hình ảnh X-quang thường quy:** Thoái hóa cột sống cổ phân loại tổn thương theo Kellgren chia làm 5 độ: độ 0 (không có thoái hóa), độ 1, độ 2, độ 3, độ 4.⁵

- **Đặc điểm hình ảnh X-quang động:** Xác

định vị trí mất vững cột sống theo tiêu chuẩn White-Panjabi, gồm: Trượt đốt sống $\geq 3,5\text{mm}$, hoặc hiệu số góc (gù - uốn) giữa hai đốt sống liền kề $\geq 11^\circ$.

- Đặc điểm hình ảnh CHT:

+ Xác định vị trí, số tầng hẹp ống sống cổ.
 + Chỉ số SAC (Space available for the cord): khoảng không còn lại của ống sống. Chia làm 3 độ: hẹp nhẹ (SAC $> 14\text{ mm}$), hẹp trung bình (SAC từ $6 - 14\text{ mm}$), hẹp nặng (SAC $< 6\text{ mm}$).³

+ **Mức độ hẹp ống sống:** tính theo công thức (AP - SAC)/AP x 100 (%). Hẹp ống sống nặng nếu mức độ hẹp ống sống $\geq 60\%$. Đường kính trước-sau ống sống (Anterior-Posterior, AP) (mm): là khoảng cách từ bờ sau thân đốt sống đến bờ trước cung sau đo tại vị trí hẹp ống sống.

Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm X-quang cột sống cổ thường quy

Bảng 3.1. Mức độ thoái hóa cột sống cổ theo Kellgren trên X-quang thường quy

Phân loại	n	%
Độ 1	4	12,9
Độ 2	7	22,6
Độ 3	14	45,2
Độ 4	6	19,4
Tổng	31	100,0

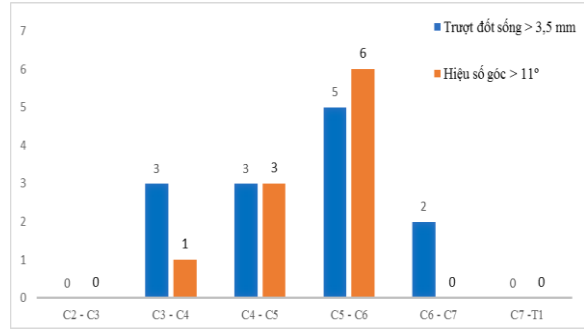
Nhận xét: Trong nhóm BN nghiên cứu, 87,1% có hình ảnh thoái hóa cột sống cổ từ độ 2 trở lên. Tỷ lệ thoái hóa cột sống cổ độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất, gặp ở 14/31 BN (45,2%), độ 1 ít gặp nhất với 4/31 BN (12,9%), độ 2 (7/31 BN) và độ 4 (6/31 BN) gần như tương đương nhau lần lượt với tỷ lệ 22,6% và 19,4%.

3.2. Đặc điểm X-quang cột sống cổ động

Bảng 3.2. Đánh giá mất vững cột sống cổ trên X-quang cột sống cổ nghiêng và X-quang cột sống cổ động theo tiêu chuẩn White-Panjabi

Mất vững cột sống cổ		n	%
Độ trượt thân đốt sống $>3,5\text{mm}$	Có	12	38,7
	Không	19	61,3
Tổng		31	100,0
Hiệu số góc (gù-uốn) giữa 2 đốt sống liền kề $>11^\circ$	Có	10	32,3
	Không	31	66,7
Tổng		31	100,0

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 12/31 (38,7%) trường hợp trượt mất vững cột sống cổ, và 10/31 (32,3%) trường hợp có hiệu số góc (gù-uốn) $>11^\circ$.



Biểu đồ 3.1. Vị trí mất vững đốt sống cổ

Nhận xét: Vị trí mất vững hay gặp nhất là C5 - C6 với 6/31 BN (19,35%), tiếp theo đó là vị trí C4-C5 với 3/31 BN (9,67%), C3-C4 với 1/31 BN (3,2%). Không gặp BN nào mất vững tại vị trí C2-C3, C6-C7 và C7-T1.

3.3. Đặc điểm cộng hưởng từ. Trong nghiên cứu, chúng tôi đánh giá số tầng hẹp ống sống, vị trí hẹp ống sống và mức độ hẹp ống sống dựa trên phim CHT cột sống cổ thì T2W, qua đó thu được kết quả: Số tầng hẹp ống sống trung bình là: $3,42 \pm 0,56$ (tầng) (3 - 4); Chỉ số SAC vị trí hẹp nhất trung bình $6,45 \pm 1,397\text{ mm}$.

Bảng 3.3. Chỉ số SAC, mức độ hẹp ống sống, và vị trí hẹp ống sống trên phim cộng hưởng từ cột sống cổ

Chỉ số		N	%
SAC	$< 6\text{ mm}$	7	22,6
	$6 - 14\text{ mm}$	24	77,4
	$> 14\text{ mm}$	0	0,0
	Tổng	31	100
	X \pm SD (mm) (Min - Max)	$11,28 \pm 0,778$ (9,9 - 12,7)	
Mức độ hẹp ống sống	$\geq 60\%$	27	87,1
	$< 60\%$	4	12,9
	Tổng	31	100
Vị trí hẹp ống sống cổ	C2-3	0	0
	C3-4	27	87,1
	C4-5	31	100
	C5-6	30	96,8
	C6-7	18	58,1
	C7-T1	0	0

Nhận xét: Nhóm BN có SAC từ 6 - 14mm là chủ yếu với 24/31 BN (77,4%). Có 7/31 BN có SAC $< 6\text{ mm}$ (22,6%). Không có BN nào có chỉ số SAC $> 14\text{mm}$. Phần lớn BN có mức độ hẹp ống sống nhẹ ($< 60\%$) với 27/31 BN, chiếm 87,1%. Có 4/31 BN có mức độ hẹp ống sống nặng ($\geq 60\%$), tương ứng 12,9%.

Trong 31 BN nghiên cứu, vị trí hẹp ống sống cổ gặp nhiều nhất là C4-C5 với 31/31 (100%), theo đó là các vị trí C5 - C6 30/31 BN (96,8%) và C3 - C4 27/31 BN (87,1%); ít gặp hơn là C6 -

C7 với 18/31 BN (58,1%). Có 16/31 BN hẹp ống sống cổ 3 tầng (51,6%), 15/31 BN hẹp ống sống cổ 4 tầng (48,4%), không gặp trường hợp nào hẹp ống sống cổ 5 tầng.

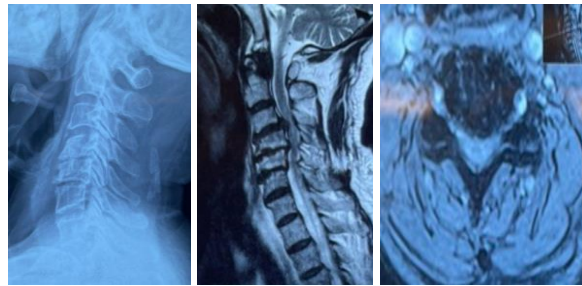
IV. BÀN LUẬN

Qua khảo sát phim X-Quang cột sống cổ ở 31 BN nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ thoái hóa cột sống cổ độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất, gặp ở 14/31 BN (45,2%), độ 1 ít gặp nhất với 4/31 BN (12,9%), độ 2 (7/31 BN) và độ 4 (6/31 BN) gần như tương đương nhau lần lượt với tỷ lệ 22,6% và 19,4%. Theo nghiên cứu của Johnathon, 85% người trưởng thành trên 60 tuổi có biểu hiện thoái hóa cột sống cổ trên phim X-quang.¹ Vị trí mất vững cột sống cổ theo tiêu chuẩn White-Panjabi trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp nhất là C5 – C6 với 6/31 BN (19,35%), tiếp theo đó là vị trí C4-C5 với 3/31 BN (9,67%). Kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới.^{7,8} Tình trạng thoái hóa đĩa đệm cột sống liên quan mật thiết đến cơ chế bệnh sinh của sự trượt thân đốt sống, theo Teraguchi và cộng sự, vị trí thoái hóa đĩa đệm cột sống hay gặp nhất trên lâm sàng là C5-C6 (51,5%), tiếp đến là vị trí C6 – C7 (43,5%) và C3-C4 (38,6%) tỷ lệ gần như tương đương ở hai giới.⁹ Cũng theo nghiên cứu của tác giả Akinobu Suzuki,⁸ vị trí đĩa đệm hay bị thoái hóa nhất là C5-C6, theo sau là C4-C5 và C3-C4, rất ít gặp thoái hóa đĩa đệm tại vị trí C2-C3 và C7-T1; các đĩa đệm thoái hóa thường nằm gần và liên tiếp, hiếm gặp tình trạng thoái hóa đĩa đệm nằm xen kẽ nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số SAC trung bình $11,28 \pm 0,778\text{mm}$, AP lớn nhất là 12,7mm, nhỏ nhất là 9,9 mm, đa phần có BN có SAC từ 6 - 14mm (chiếm 77,4%). Không có BN nào có SAC > 14mm. Mức độ HOS trung bình $42,93 \pm 12,526\%$ mức độ HOS <60% gặp ở 87,1% BN. Trong nghiên cứu của tác giả Matsunaga và cộng sự, Trong 247 BN nghiên cứu, có 80 BN (32,4%) có hội chứng chèn ép tủy cổ tại lần khám đầu tiên có SAC < 6mm, những BN có SAC $\geq 14\text{mm}$ không có hội chứng chèn ép tủy cổ và không có mối liên hệ nào giữa những BN có SAC từ 6 – 14mm với sự có mặt hay không có hội chứng chèn ép tủy cổ.¹⁰ Nhiều tác giả trên thế giới cho rằng ống tủy hẹp tiến triển là yếu tố quan trọng trong sự khởi phát hội chứng tủy cổ. Ono và cộng sự nhận thấy đường kính trước sau ống sống giảm 40% đã nghi ngờ có dấu hiệu thần kinh. Hầu hết BN có triệu chứng chèn ép thần kinh khi mức độ hẹp ống

sống $\geq 60\%$, khi đường kính trước sau ống sống giảm 50% có thể gặp tỷ lệ là 57% BN có chèn ép tủy cổ.

Trong 31 BN nghiên cứu, số BN có hẹp ống sống từ 3 tầng trở lên chiếm 51,6% (16/31 BN). Hẹp 4 tầng chiếm 48,4% (15/31 BN), và không gặp trường hợp nào hẹp ống sống cổ 5 tầng. Vị trí hẹp ống sống cổ gặp nhiều nhất là C4-C5 với 31/31 BN (100%), theo đó là các vị trí C5-C6 30/31 BN (96,8%) và C3-C4 27/31 BN (87,1%); ít gặp hơn là C6-C7 với 18/31 BN (58,1%); không gặp BN nào có hẹp ống sống tại vị trí C2-C3 và C7-T1. Theo Hua Zhou và cộng sự, trong nghiên cứu về bệnh lý chèn ép tủy do thoái hóa, có 73,34% có chèn ép tủy cổ do thoái hóa 3 tầng cột sống cổ, 6,67% BN có chèn ép tủy cổ từ 4 tầng trở lên. Vị trí hay gặp nhất là từ C3-C6 (53,34%), ít gặp hẹp ống sống cổ ở vị trí C2-C3 và C7-T1.⁷ Cũng theo Akinobu, Các vị trí thoát vị đĩa đệm hay gặp là ở vị trí C3-C4, C4-C5 và C5-C6, ít gặp ở vị trí C2-C3, và C7-T1.⁸ Theo Teraguchi và cộng sự, trong nghiên cứu về tỷ lệ và sự phân bố các đĩa đệm thoái hóa ở toàn bộ cột sống trên 975 BN với độ tuổi từ 21-97.⁹ Các vị trí đĩa đệm hay thoái hóa nằm ở các vùng cột sống có tính chất linh động cao như cột sống cổ và cột sống thắt lưng; các đĩa đệm có tín hiệu trên CHT cột sống cổ độ 4 và độ 5 theo phân độ của Pfirrmann thể hiện rõ sự thoái hóa; tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm độ 4 và độ 5 tại cột sống cổ cao nhất gặp ở C5-C6 (51,5% nam, 46% nữ), tiếp đến là C6-C7 (43,5% nam, 33,3% nữ) và C4-C5 (38,6% nam, 35,8% nữ), C3-C4 (30,2% nam, 24,8% nữ), C2-C3 (28,3% nam, 21,9% nữ) và C7-T1 ít gặp nhất. (28,6% nam, 13,6% nữ).



Hình 4.1. Hình ảnh thoái hóa, thoát vị đĩa đệm hẹp ống sống cổ C34, C45, C56
(BN Hồ Bá P, Nam, 63 tuổi, PID: 210259123)

V. KẾT LUẬN

X-quang cột sống cổ thường quy, X-quang cột sống cổ động có ý nghĩa trong đánh giá mức độ thoái hóa, mất vững cột sống cổ trên bệnh nhân hẹp ống sống cổ đa tầng do thoái hóa. Cộng hưởng từ đóng một vai trò quan trọng