

- Có sự không đồng nhất kết quả giữa các nghiên cứu và thời gian theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật. Đa phần cho kết quả tốt sau phẫu thuật nhưng vẫn có 1 tỷ lệ nhỏ không cải thiện hoặc triệu chứng nặng hơn.

## V. KẾT LUẬN

Ngạt mũi là triệu chứng chính khiến bệnh nhân VMDU có kèm theo DHVN phải đi khám và đây cũng là triệu chứng cải thiện chính sau phẫu thuật CHVN.

Nghiên cứu hiện tại cho thấy ở những bệnh nhân viêm mũi dị ứng có kèm theo dị hình vách ngăn thì vai trò của phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn không chỉ cải thiện đáng kể tình trạng ngạt mũi, mà còn có sự cải thiện đáng kể cả trong việc kiểm soát viêm mũi dị ứng (giảm mức độ VMDU và giảm việc sử dụng thuốc chống dị ứng).

Điều trị nội khoa đúng và đủ đối với bệnh VMDU có kèm DHVN nên là ưu tiên hàng đầu đối với những trường hợp này để đạt kết quả tối đa. Cần tiếp tục điều trị nội khoa viêm mũi dị ứng sau phẫu thuật CHVN để đạt được kết quả hài lòng.

Cần có thêm nhiều nghiên cứu để đánh giá chính xác hơn vai trò của phẫu thuật CHVN ở bệnh nhân VMDU.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan QĐ. Nghiên cứu một số đặc điểm người bệnh viêm mũi dị ứng trên địa bàn Hà Nội. Tạp Chí Y học Thực Hành. 2009;(2/2009):644-645.
2. Hytönen M, Blomgren K, Lilja M, Mäkitie AA. How we do it: septoplasties under local anaesthetic are suitable for short stay surgery; the clinical outcomes. Clin Otolaryngol. 2006; 31(1):64-68. doi:10.1111/j.1749-4486.2006.01139.x

3. Sokoya M, Gonzalez JR, Winkler AA. Effect of allergic rhinitis on nasal obstruction outcomes after functional open septorhinoplasty. Am J Otolaryngol. 2018;39(3):303-306. doi:10.1016/j.amjoto.2018.03.014
4. Ad K, G F, J M, J Z, H I, Ga V. Septoplasty outcome in patients with and without allergic rhinitis. Rhinology. 2009;47(4). doi:10.4193/Rhin08.126
5. Maniyar HR, Parmar DH. Role of septoplasty in allergic rhinitis. International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. 2020;6(9):1667-1671. doi:10.18203/issn.2454-5929.ijohns20203570
6. Ghosh SK, Dutta M, Haldar D. Role of Bilateral Inferior Turbinoplasty as an Adjunct to Septoplasty in Improving Nasal Obstruction and Subjective Performance in Patients With Deviated Nasal Septum Associated With Allergic Rhinitis: An Interventional, Prospective Study. Ear Nose Throat J. Published online May 10, 2021: 1455613211015440. doi:10.1177/01455613211015440
7. Dhinakaran Natarajan, Saravanamuthu Subiah and Raghuram Nataraj. (2018); A STUDY OF IMPACT OF SEPTOPLASTY ON ALLERGIC RHINITIS IN A TERTIARY CARE CENTER. Int. J. of Adv. Res. 6 (May). 1394-1410] (ISSN 2320-5407).doi: 10.21474/IJAR01/7171
8. Garcia-Paz V, Chamorro-Petronacci CM, Paineira-Villar R, et al. Allergic rhinitis improvement after septorhinoplasty in a sample of allergic rhinitis patients with septal deviation: a quasi-experimental study. Sao Paulo Med J. 2022;140(1):17-23. doi:10.1590/1516-3180.2021.0236.R1.03052021
9. Ho YT, Lee TJ, Fu CH. Association between Clinical Factors and Surgical Outcomes for Patients with Persistent Allergic Rhinitis. Ear Nose Throat J. Published online April 19, 2022: 1455613221091098. doi:10.1177/01455613221091098

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÍT QUÁ KHỚP ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG MẮT VỮNG C1-C2 THEO DÕI SAU 10 NĂM

Hoàng Gia Du\*, Lê Đăng Tân\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị xa các bệnh nhân (BN) chấn thương mắt vững C1-C2 được điều trị bằng phương pháp vít qua khớp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu theo dõi lại 32 BN được chẩn đoán xác định chấn thương mắt vững C1-C2 và phẫu thuật vít qua khớp C1-C2

đường cổ sau tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2006 đến 06/2011. **Kết quả:** Tuổi trung bình 31,58, tỷ lệ nam/nữ  $\approx$  2, nguyên nhân chính chấn thương là tai nạn giao thông chiếm 87,5%; triệu chứng cơ năng trước mổ đau cổ và cứng cổ ở 100% BN, sau mổ 10 năm chỉ còn 1 BN đau cổ và 2 BN cứng cổ. 5 BN có liệt thần kinh trước mổ A (C) sau mổ đều hồi phục tốt A(E). 2 trường hợp đau cổ và cứng cổ do gãy vít qua khớp ở 1 bên. **Kết luận:** Phẫu thuật vít qua khớp đường sau điều trị chấn thương mắt vững C1-C2 là một phẫu thuật an toàn và có hiệu quả lâu dài. Tuy nhiên cần cần nhắc chỉ định trong các trường hợp BN mắc cách bệnh lý gây tăng trương lực hoặc rối loạn vận động cơ vùng cổ vì nguy cơ gãy vít cao. **Từ khóa:** vít qua khớp, chấn thương mắt vững C1-C2.

\*Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023

**SUMMARY****EVALUATION RESULTS OF TRANSARTICULAR SCREW SURGERY FOR C1-C2 INSTABILITY FRACTURE LONGTERM FOLLOWUP**

**Objectives:** To evaluate the results of distant treatment of C1-C2 instability fracture patients treated by the transarticular screw surgery. **Subjects and method:** Retrospective study to follow up 32 patients with confirmed C1 - C2 instability injury and C1 - C2 transarticular screw surgery at the posterior cervical line at Viet Duc hospital from June 2006 to June 2011. **Results:** Average age 31.58, male/female ratio  $\approx$  2, the leading cause of injury is traffic accident, accounting for 87.5%; Functional symptoms before surgery neck pain and stiff neck in 100% of patients, ten years after surgery only one patient with neck pain and two patients with a stiff neck. Five patients with preoperative nerve paralysis A (C) after surgery recovered well A (E). There were 2 cases of neck pain and stiffness due to a fracture of the transarticular screw on one side. **Conclusion:** Transarterial screw surgery after treatment of C1-C2 instability injury is a safe and effective long-term surgery. However, it should be considered in the case of patients with pathological conditions that cause hypertonia or dyskinesia in the neck muscles because of the high risk of screw breakage. **Keywords:** transarticular screw, C1-C2 unstable fracture.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Điều trị chấn thương mất vững C1-C2 tùy thuộc vào tổn thương giải phẫu mà có kỹ thuật điều trị khác nhau như: buộc vòng cung sau C1-C2, vít qua khớp C1-C2, vít trực tiếp mỏm nha, vít khối bên C1 cứng C2 (kỹ thuật Harms), vít khối bên C1 cứng sau C2 (kỹ thuật Wright), nẹp cổ chẩm... Với các trường hợp trật C1-C2 nặng, việc điều trị trước mổ như kéo liên tục, kéo khung Halo cũng được áp dụng để giúp cho quá trình nắn chỉnh giải phẫu trước khi can thiệp phẫu thuật để đạt tối đa hiệu quả nắn chỉnh, phục hồi giải phẫu. Trên thế giới, kỹ thuật vít qua khớp C1, C2 đường cổ sau được Magerl giới thiệu đầu tiên vào năm 1979. Tác giả áp dụng kỹ thuật này chủ yếu cho tổn thương trật C1, C2 và gãy mỏm nha [1]. Cho đến nay cũng có nhiều báo cáo tại các hội nghị chuyên ngành về điều trị tổn thương mất vững C1-C2 với nhiều kỹ thuật khác nhau như kỹ thuật vít qua khớp, vít trực tiếp mỏm nha, kỹ thuật vít khối bên C1 và cứng C2, kỹ thuật vít khối bên C1 và cứng sau C2 (kỹ thuật Wright) đã được triển khai thực hiện tại Việt nam. Trước đây điều trị phẫu thuật tổn thương mất vững C1-C2 áp dụng kỹ thuật buộc vòng cung sau đơn thuần. Do vậy khả năng nắn chỉnh tổn thương không được như mong muốn, tỉ lệ đứt vật liệu buộc, cũng như khớp giả cao. Đến 2004 Hà Kim Trung lần đầu tiên thực

hiện kỹ thuật vít qua khớp trong điều trị tổn thương mất vững C1-C2 cho kết quả ban đầu tương đối khả quan. Chúng tôi cũng đã có các nghiên cứu về phẫu thuật Vít qua khớp từ năm 2012 và các báo cáo điều trị các trường hợp trật nặng C1-C2 bằng phương pháp này [2]. Tuy nhiên chưa có báo cáo nào về kết quả xa trên 10 năm của phẫu thuật nào. Do đó dựa trên số liệu của 52 BN trong nghiên cứu năm 2012 chúng tôi đã tiến hành hồi cứu và theo dõi lại để đánh giá hiệu quả cũng như tính an toàn và các biến chứng xa có thể gặp của phẫu thuật này.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu lại 52 BN trong nghiên cứu của Hoàng Gia Du và cộng sự năm 2012 chẩn đoán xác định chấn thương mất vững C<sub>1</sub> - C<sub>2</sub> và được phẫu thuật vít qua khớp C<sub>1</sub> - C<sub>2</sub> đường cổ sau tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2006 đến 06/2011. Chúng tôi đã liên lạc và khám lại được 32 BN (trong 20 BN còn lại: 18 BN không liên lạc được, 2 BN đã tử vong).

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán xác định chấn thương mất vững C<sub>1</sub> - C<sub>2</sub> dựa vào các thăm khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh tương ứng và được phẫu thuật bằng phương pháp vít qua khớp C<sub>1</sub> - C<sub>2</sub> đường cổ sau theo kỹ thuật mổ của Magerl. Không phân biệt tuổi, giới tính. BN trong nghiên cứu của Hoàng Gia Du năm 2012 [2].

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đầy đủ hồ sơ nghiên cứu; không liên lạc hoặc theo dõi được tại thời điểm khám lại.

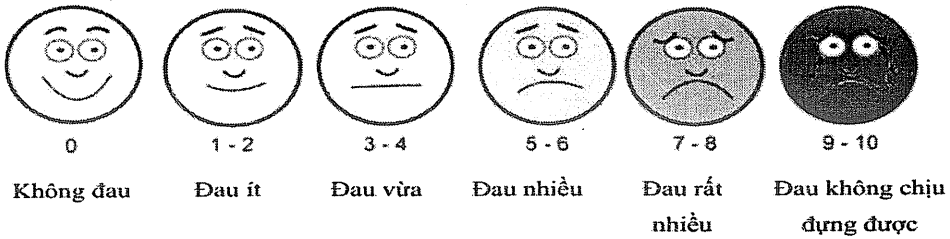
**2.2 Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu. Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 22.

**2.3 Các biến nghiên cứu**

**Thông tin chung:** Tuổi (năm) tính tại thời điểm phẫu thuật; giới (nam, nữ); nguyên nhân tai nạn.

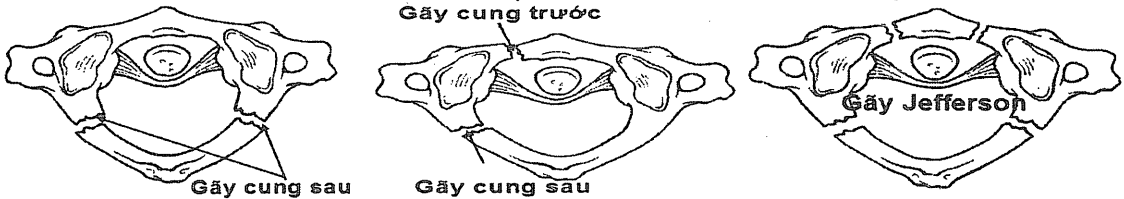
**Lâm sàng trước mổ:** Triệu chứng cơ năng (đau cổ, cứng cổ, hạn chế vận động cổ, rối loạn cảm giác); triệu chứng thực thể (đánh giá tổn thương thần kinh dựa theo ASIA [3]); đánh giá chỉ số giảm chức năng cột sống cổ theo Howard và Vernom - NDI (< 10%: Không ảnh hưởng; NDI (10 -30%): Nhẹ; NDI (30 - 50%): Trung bình; NDI (50 - 70%): Nặng; NDI (> 70%): Ảnh hưởng hoàn toàn [4]); Đánh giá mức độ đau dựa vào thang điểm VAS.

**Hồi cứu lại các chỉ số trong mổ:** cách thức ghép xương, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian mổ, chiều dài vít trung bình. **Gọi điện khám lại** cho BN vào cùng một thời điểm đánh giá các triệu chứng cơ năng và các thang điểm: VAS, NDI, ASIA.



**Hình 2.1: Thang điểm đánh giá mức độ đau [5]**

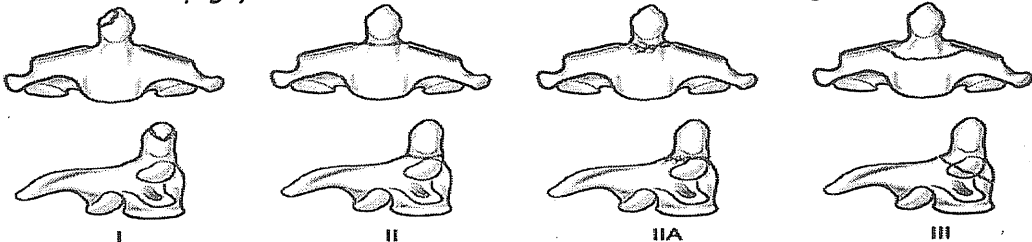
Chẩn đoán hình ảnh trước mổ: Phân loại vỡ C1 theo Levin và Edwards gồm 3 loại:



**Hình 2.2: Phân loại vỡ C1 theo Levin và Edwards**

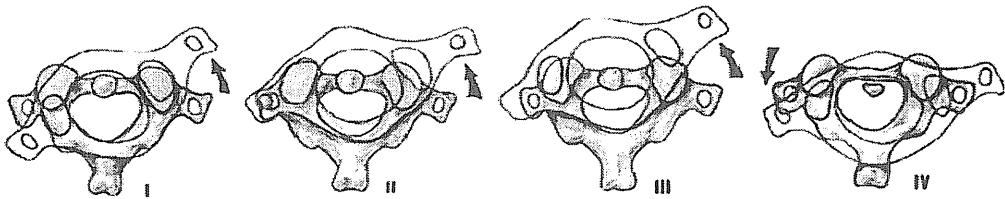
(Loại 1, loại 2, loại 3 theo thứ tự trái sang phải) [6]

Phân loại gãy mỏm nha C2 theo Anderson và D'Alonzo 1974 gồm 3 loại:



**Hình 2.3: Phân loại gãy mỏm nha C2 theo Anderson và D'Alonzo [6]**

Phân loại trật C1-C2 theo Fielding gồm 4 loại:



**Hình 2.4: Phân loại tổn thương giải phẫu trật C1-C2 [6]**

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1 Đặc điểm chung

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (N=32)**

Đặc điểm		n	%
Tuổi	TB ± SD	31,58 ± 11,73	
	Min-Max	16 - 65	
Giới	Nam	20	62,5
	Nữ	12	37,5
Nguyên nhân tai nạn	Tai nạn giao thông	28	87,5
	Ngã cao	3	9,4
	Vật nặng rơi vào đầu	1	3,1

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 31,58, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 65

tuổi. Nam cao hơn gấp gần 2 lần nữ giới. Nguyên nhân chính chấn thương là tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ 87,5%; ngã cao và vật nặng rơi vào đầu chiếm 9,4% và 3,1%.

3.2 Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trước mổ

**Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của chấn thương mất vững C1-C2 trước phẫu thuật (N=32)**

Đặc điểm		n	%
Triệu chứng cơ năng	Đau cổ	32	100
	Cứng cổ	32	100
	Tê bì tứ chi	1	3,13
	Tê bì chẩm gáy	2	6,25
Triệu chứng thực thể	Liệt vận động	8	25,00
	Tăng phản xạ gân	5	15,6

	xương		
	Teo cơ	1	3,1
Thang điểm ASIA	C	5	15,63
	D	3	9,38
	E	24	75,0
NDI trước mổ	TB	27,42 ± 11,47	
	Min - Max	16 - 39	
VAS trước mổ	TB	6,0 ± 1,372	
	Min - Max	3-8	

**Nhận xét:** Triệu chứng cơ năng trước mổ phổ biến nhất là đau cổ và cứng cổ với tỉ lệ 100%; liệt vận động gấp ở 8 BN (25%). Hầu hết các BN trong nghiên cứu không có tổn thương thần kinh với ASIA E chiếm 75%; ASIA C và D chiếm lần lượt 15,63 và 9,38%. Chỉ số giảm chức năng cột sống trước mổ trung bình 27,42%. Mức độ đau cột sống cổ trước mổ VAS trung bình 6,0 (nhỏ nhất 3 điểm và lớn nhất 8 điểm).

**Bảng 3.3. Đặc điểm tổn thương chẩn đoán hình ảnh và phân loại tổn thương**

**Bảng 3.4. Các đặc điểm trong mổ (N=32)**

Đặc điểm		n	%	
Các chỉ định phẫu thuật	Vỡ C <sub>1</sub> mất vững	5	15,63	
	Gãy mỏm nha loại 2 đơn thuần	10	31,25	
	Trật C <sub>1</sub> - C <sub>2</sub>	Gãy mỏm nha	10	31,25
		Khớp giả mỏm nha	6	18,75
	Phối hợp (gãy mỏm nha + vỡ C <sub>2</sub> )	1	3,13	
Ghép xương	Buộc vòng cung sau kiểu Sontag	31	96,86	
	Điện cắt và cung sau C <sub>1</sub>	1	3,13	
Thời gian phẫu thuật (phút)	78,94 ± 25,405 phút (60 - 150)			
Lượng máu mất (ml)	122,31 ± 46,468 ml (50 - 300)			
Thời gian nằm viện (ngày)	5,31 ± 2,762 (4 - 14 ngày)			
Chiều dài vít trung bình (mm)	41,23 ± 2,016 mm (35 - 44)			

**Nhận xét:** Chỉ định chính của phẫu thuật vít qua khớp trong nghiên cứu gãy mỏm nha đơn thuần hoặc phối hợp trật C1-C2, có 10 BN và chiếm 31,25%. BN được ghép xương bằng phương pháp buộc vòng cung sau kiểu Sontag với 31 BN chiếm 96,86%. Thời gian phẫu thuật trung bình 78,94 phút; lượng máu mất trung bình 122,31ml; thời gian nằm viện trung bình 5,31 ngày; chiều dài vít trung bình 41,23mm.

**3.3 Theo dõi tại thời điểm khám lại trên 10 năm**

**Bảng 3.5. Đặc điểm tại thời điểm khám lại trên 10 năm và so sánh với trước mổ (N=32)**

		Trước mổ		Sau mổ >10 năm		p
		n	%	n	%	
Triệu chứng cơ năng	Đau cổ	32	100	1	3,13	<0,001*
	Cứng cổ	32	100	2	6,25	
	Tê bì tứ chi	1	3,13	0	0	
	Tê bì chẩm gáy	2	6,25	0	0	
ASIA	C	5	15,63	0	0	<0,001*
	D	3	9,38	4	12,5	
	E	24	75,0	28	87,5	
VAS	TB	6,0 ± 1,372		1,2 ± 0,67		<0,001**
	Min - Max	3-8		0-2		
NDI (%)	TB	27,42 ± 11,47		21,25 ± 9,37		<0,001**
	Min - Max	16 - 39		11 - 31		

**trước mổ (N=32)**

Phân loại		n	%
Vỡ C1	Loại 1	0	0
	Loại 2	4	12,5
	Loại 3	1	3,13
Chỉ số Spence (mm) (BN vỡ C1)	TB	8,38 ± 1,105	
	Min - Max	7 - 9,9	
Vỡ mỏm nha C2	Loại 2	20	62,5
	Loại 3	1	3,13
Trật C1-C2	Loại 2	3	9,38
	Loại 3	4	12,5
	Loại 4	2	6,25

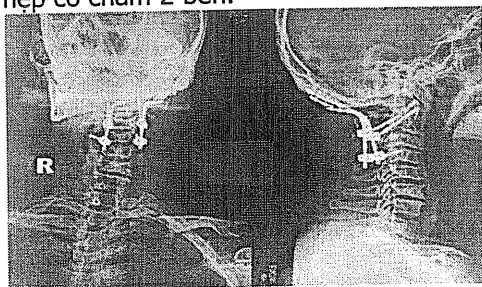
**Nhận xét:** Tổn thương phổ biến nhất vỡ mỏm nha C2 loại 2 với 20 BN chiếm 62,6%. Có 5 BN vỡ C1 chiếm 15,63% trong đó có 4 BN vỡ C1 loại 2, chỉ có 1 BN vỡ C1 loại 3. Các BN vỡ C1 có chỉ số Spence trung bình 8,38mm. Có 9 BN trật C1-C2 (28,13%) trong đó chủ yếu trật loại 3 với 4 BN.

**Đặc điểm trong mổ**

\*Test khi bình phương

\*Pair Simple T Test.

Nhìn chung về lâm sàng sau hơn 10 năm ở nhóm những BN khám lại cải thiện rất tốt so với trước mổ có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ . Các triệu chứng cơ năng còn tồn tại như đau cổ 1 BN, cứng cổ 2 BN. Về thần kinh vẫn còn 4 BN ASIA-D. Ngoài ra, trong nghiên cứu này có 2 trường hợp đau cổ và cứng cổ sau chụp phim kiểm tra lại phát hiện gãy vít qua khớp ở 1 bên, trong đó có 1 trường hợp BN mắc hội chứng Down được tư vấn phẫu thuật lại nhưng gia đình chưa đồng ý; 1 trường hợp BN bị rối loạn vận động kiểu TICS (hội chứng Tourette) được phẫu thuật lại bằng nẹp chằm - C3 cách 5 năm. Tuy nhiên, sau đó 2 năm BN lại xuất hiện đau cổ, chụp lại phát hiện gãy vít qua khớp bên trái và gãy nẹp cổ chằm 2 bên.



**Hình 3.1:** Gãy vít qua khớp C1-C2 bên trái, gãy nẹp chằm 2 bên sau phẫu thuật

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 31,58 (thấp nhất 16 tuổi, cao nhất 65 tuổi). Theo Vacaro và cộng sự, tỷ lệ chấn thương hay gặp ở hai nhóm tuổi, với nhóm thứ nhất hay gặp ở lứa tuổi 14 - 54 tuổi và nhóm thứ hai gặp ở lứa tuổi từ 65-80 tuổi. Chấn thương cột sống cổ gặp ở 2,6% BN trên 65 tuổi, thường là chấn thương năng lượng thấp hoặc ngã trên nền nhà. Trong nghiên cứu của Daniel Kim và cộng sự tỷ lệ chấn thương C1 chiếm 10-13% trong số chấn thương cột sống cổ. Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm đã được quan sát thấy tăng gần 700% và ước tính là 157 trên một triệu BN cao tuổi. Về chấn thương cột sống cổ nói chung, không có sự khác biệt về giới tính. Tuy nhiên trong các loại bệnh lý khác nhau, tỷ lệ này có thể sẽ thay đổi. Nhiều nghiên cứu dịch tễ học về chấn thương nói chung và chấn thương cột sống nói riêng, tỉ lệ nam/ nữ thường thay đổi trong phạm vi từ 3/1 đến 4/1, ngược lại, trong các nghiên cứu liên quan đến mất vững C1-C2 do viêm khớp dạng thấp, nữ giới có thể cao gấp 5 lần so với nam giới [7].

Triệu chứng cơ năng trước mổ phổ biến nhất là đau cổ và cứng cổ với tỉ lệ gặp là 100%; liệt vận động gặp ở 8 BN (25%). Hầu hết các BN trong nghiên cứu không có tổn thương thần kinh với thang điểm ASIA E chiếm 75%; ASIA C và D chiếm tỉ lệ lần lượt là 15,63 và 9,38%. Chỉ số giảm chức năng cột sống trước mổ trung bình là 27,42%. Mức độ đau cột sống cổ trước mổ theo thang điểm VAS trung bình là 6,0 (nhỏ nhất là 3 điểm và lớn nhất là 8 điểm). Nghiên cứu khác của tác giả Charles Tatter (2022) đánh giá kết quả phẫu thuật 78 BN chấn thương mất vững C1-C2 bằng kỹ thuật vít qua khớp (26 BN) và cố định C1-C2 bằng kỹ thuật Harms (52 BN) tại thời điểm sau mổ trung bình 6,8 năm nhận thấy triệu chứng cơ năng thường gặp là đau vùng cổ, cứng cổ và hạn chế vận động cột sống cổ. Các tác giả khác cũng ghi nhận các triệu chứng này với tỷ lệ từ 88 - 100% [8]. Có thể nói đây là triệu chứng tuy không đặc hiệu nhưng quan trọng và có tính chất gợi ý nhất tới chấn thương C1-C2, khi xuất hiện các triệu chứng này ở người bệnh chấn thương cột sống cổ nên khảo sát kỹ hình ảnh nhằm đánh giá tổn thương cột sống cổ cao. Các triệu chứng này thường cải thiện rất tốt sau phẫu thuật. Sau mổ 98,1% các BN cải thiện triệu chứng đau cổ [2]. Do vậy sau mổ nếu BN còn đau cổ cần tìm hiểu kỹ nguyên nhân. Trong việc đánh giá các tổn thương, vỡ đốt sống C2 gặp phổ biến gấp 3 lần so với vỡ đốt sống C1, tỷ lệ chấn thương C2 có tỷ lệ vào khoảng 6/100000 người và tỷ lệ này thường cao hơn ở các BN cao tuổi. Tổn thương vùng chằm tương đối hiếm gặp, dao động trong khoảng 0,3-0,7% ở nhiều báo cáo khác nhau. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng ở những BN CTCS cổ C1- C2, có 34,5% kèm tổn thương tủy sống, gãy đốt C1 đơn thuần có tỷ lệ rất thấp, chiếm 1-2% trong toàn bộ chấn thương cột sống và gãy mỏm nha đơn thuần chiếm khoảng 20% trong tổng số chấn thương cột sống cổ, kết hợp chấn thương cả C1 và C2 chiếm tới 4,6% [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương phổ biến nhất vỡ mỏm nha C2 loại 2 chiếm 62,6%. Có 5 BN vỡ C1 chiếm 15,63%, chỉ số Spence trung bình là 8,38mm. Có 9 BN trật C1-C2 (28,13%) trong đó chủ yếu là trật loại 3 với 4 BN.

Khi theo dõi 10 năm sau phẫu thuật chúng tôi nhận thấy các triệu chứng cải thiện rất tốt, trong 32 BN chúng tôi theo dõi được chỉ có 2 trường hợp đau cổ và cứng cổ sau chụp phim kiểm tra lại phát hiện gãy vít qua khớp ở 1 bên, trong đó có 1 trường hợp BN mắc hội chứng Down được tư vấn phẫu thuật lại nhưng gia đình

chưa đồng ý; 1 trường hợp BN bị rối loạn vận động kiểu TICS (hội chứng Tourette) được phẫu thuật lại bằng nẹp chẩm – C3 cách 5 năm. Tuy nhiên, sau đó 2 năm BN lại xuất hiện đau cổ, chụp lại phát hiện gãy vít qua khớp bên trái và gãy nẹp cổ chẩm 2 bên. Rối loạn vận động kiểu TICS trong hội chứng Tourette là một bệnh lý thần kinh bẩm sinh biểu hiện bằng sự chuyển động cơ (giật cơ) đột ngột, lặp đi lặp lại, không theo nhịp điệu, rập khuôn hoặc phát ra âm thanh liên quan đến các nhóm cơ riêng biệt [10]. Khi các chuyển động cơ không tự ý này xảy ra ở cột sống cổ và tăng trương lực có thể là nguyên nhân gây gãy vít và gãy nẹp ở BN này. BN được thay nẹp và ghép xương vùng chẩm – cổ, tiếp tục theo dõi.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật vít qua khớp đường sau điều trị chấn thương mất vững C1-C2 là một phẫu thuật an toàn và có hiệu quả lâu dài. Tuy nhiên cần cần nhắc chỉ định trong các trường hợp BN mắc cách bệnh lý gây tăng trương lực hoặc rối loạn vận động cơ vùng cổ như hội chứng Down hoặc hội chứng Tourette vì nguy cơ gây gãy vít cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Magerl F. và Seeman PS. (2005), "Stable posterior fusion of the atlas and axis by transarticular screw fixation. In Germán Ochoa:

- "Surgical management of odontoid fractures", Injury, Int. J. Care Injured, **36**, S-B54-S-B64.
2. Hoàng Gia Du (2012), Nghiên cứu chẩn đoán và phẫu thuật vít qua khớp trong điều trị chấn thương mất vững C1 - C2, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
  3. T. T. Roberts, G. R. Leonard và D. J. Cepela (2017), "Classifications In Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale", Clin Orthop Relat Res, **475**(5), tr. 1499-1504.
  4. H. Vernon và S. Mior (1991), "The Neck Disability Index: a study of reliability and validity", J Manipulative Physiol Ther, **14**(7), tr. 409-15.
  5. W. I. Campbell và S. Lewis (1990), "Visual analogue measurement of pain", Ulster Med J, **59**(2), tr. 149-54.
  6. Alexander R. Vaccaro. (2002), Fractures of the cervical, thoracic and lumbar spine, Marcel Dekker, Inc.
  7. Hà Kim Trung (2005), "Nghiên cứu chẩn đoán và phẫu thuật chấn thương cột sống cổ có thương tổn thần kinh tại Bệnh viện Việt Đức", Luận án tiến sĩ y học - Trường Đại học Y Hà Nội.
  8. C. Michel, C. Dijanic, G. Abdelmalek và các cộng sự. (2022), "Upper cervical spine instability systematic review: a bibliometric analysis of the 100 most influential publications", J Spine Surg, **8**(2), tr. 266-275.
  9. M. H. Bloch và J. F. Leckman (2009), "Clinical course of Tourette syndrome", J Psychosom Res, **67**(6), tr. 497-501.
  10. Joachim K. Krauss và Joseph Jankovic (1996), "Severe motor tics causing cervical myelopathy in Tourette's syndrome", Movement Disorders, **11**(5), tr. 563-566.

# HIỆU QUẢ HỖ TRỢ GIẢM CÂN CỦA BỘ SẢN PHẨM THỰC PHẨM CHỨC NĂNG ageLOC TR90 TRÊN NGƯỜI THỪA CÂN, BÉO PHÌ NGUYÊN PHÁT

Vũ Minh Hoàn\*, Nguyễn Thị Lan Phương\*\*, Nguyễn Thị Thanh Tú\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả hỗ trợ giảm cân của bộ sản phẩm thực phẩm chức năng ageLOC TR90 trên người thừa cân, béo phì nguyên phát. **Đối tượng:** 60 đối tượng được chẩn đoán thừa cân, béo phì nguyên phát tại cộng đồng từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh kết quả trước sau. **Kết quả:** Sau 90 ngày sử dụng sản phẩm có sự thay đổi các chỉ số cơ thể: BMI trung bình giảm  $1,11 \pm 0,63$ ; 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); chu vi vòng đùi

trung bình, chu vi bắp tay trung bình, chu vi bắp chân trung bình giảm có ý nghĩa thống kê; 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) ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy bộ sản phẩm thực phẩm chức năng ageLOC TR90 có tác dụng hỗ trợ giảm cân trên người thừa cân, béo phì nguyên phát.

**Từ khóa:** Bộ thực phẩm chức năng ageLOCTR90, thừa cân, béo phì.

## SUMMARY

**EFFICACY SUPPORT WEIGHT LOSS OF THE AGELOC TR90 DIETARY SUPPLEMENT SET ON PRIMARY OVERWEIGHT AND OBESE PATIENTS**

**Objective:** Evaluation of the efficacy support weight loss of ageLOC TR90 dietary supplement set on primary overweight and obese patients. **Subjects:** 60 patients diagnosed with being primary overweight and obesity in the community from January 2022 to December 2022. **Methods:** Clinical intervention study,

\*Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội

\*\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2023

Ngày duyệt bài: 6.2.2023