

thấy bó bột Desault vẫn là phương pháp phù hợp cho các ca gãy ít di lệch, ít biến chứng.

4.4. So sánh với một số nghiên cứu khác. Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với kết quả của Court-Brown (2002) và Lefevre-Colau (2007), khi các tác giả đều ghi nhận tỷ lệ phục hồi tốt trong điều trị bảo tồn đối với các ca gãy ít di lệch. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Xie (2015) cũng chỉ ra điều trị bảo tồn có tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với phẫu thuật trong các trường hợp gãy đơn giản.

Tỷ lệ liền xương và kết quả chức năng khớp vai cao trong nghiên cứu này cũng phù hợp với báo cáo của Handoll (2017) về điều trị bảo tồn dài hạn cho bệnh nhân gãy đầu trên xương cánh tay, cho thấy lựa chọn điều trị bảo tồn có thể là giải pháp an toàn và hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn gãy đầu trên xương cánh tay tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức mang lại kết

quả tích cực, nhất là ở bệnh nhân cao tuổi và ít di lệch. Với tỷ lệ liền xương tốt và chức năng khớp vai ổn định, phương pháp này có thể là lựa chọn tối ưu cho bệnh nhân cao tuổi có sức khỏe yếu hoặc gãy xương đơn giản.

TAI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rasmussen, S., et al.** (1992). *Conservative treatment of displaced proximal humeral fractures*. Journal of Shoulder and Elbow Surgery.
2. **Rangan, A., et al.** (2015). *Surgical vs non-surgical treatment for adults with displaced fractures of the proximal humerus*. PROFHER trial.
3. **Lefevre-Colau, M. M., et al.** (2007). *Comparison of early passive motion versus traditional therapy for shoulder fractures*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.
4. **Martinez-Catalan, N., et al.** (2023). *Conservative treatment for proximal humerus fractures: When and how?*. International Orthopaedics.
5. **Court-Brown, C. M., et al.** (2002). *Conservative management of proximal humeral fractures in elderly patients*. Bone & Joint Journal.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ THẤP ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT THÂN ĐỐT SỐNG VÀ HÀN XƯƠNG LỖI TRƯỚC (ACCF) Ở BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Tuấn Anh¹, Đinh Ngọc Sơn¹, Phạm Minh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống cổ thấp được điều trị bằng phương pháp cắt thân đốt sống và hàn xương lồi trước ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu với 32 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ thấp được phẫu thuật cắt thân đốt sống và hàn xương lồi trước tại khoa Phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** có 32 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có sự cải thiện đáng kể về triệu chứng đau cổ và đau rễ thần kinh. Kết quả sau phẫu thuật đạt loại tốt và trung bình chiếm 62,5%. Phục hồi cơ tròn mức độ hoàn toàn và không hoàn toàn chiếm 42,9%. Biến chứng thường gặp sau phẫu thuật là nhiễm trùng tiết niệu và loét do tì đè nằm ở nhóm bệnh nhân liệt tuỷ hoàn toàn. Tỷ lệ tử vong thấp chiếm 3,1%. Tỷ lệ nắn chỉnh tốt sau mổ cao chiếm 96,9% với tỷ lệ liền xương cao chiếm 90,6%. **Kết luận:** Chấn thương cột sống cổ

thấp là chấn thương nặng, các bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp cắt thân đốt sống và hàn xương lồi trước cải thiện đáng kể về lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, biến chứng thường gặp sau phẫu thuật là loét tì đè và nhiễm khuẩn tiết niệu, tỷ lệ tử vong thấp với nguyên nhân chủ yếu là suy hô hấp, viêm phổi. **Từ khóa:** Chấn thương cột sống cổ thấp, chấn thương cột sống cổ, ACCF

SUMMARY

RESULTS OF PATIENTS WITH SUBAXIAL CERVICAL INJURIES TREATED WITH ANTERIOR CERVICAL CORPECTOMY AND FUSION (ACCF) AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of lower cervical spine trauma surgery treated by anterior corpectomy and fusion at Viet Duc University Hospital. **Methods:** This is a retrospective and prospective descriptive study involving 32 patients with lower cervical spine injuries who underwent anterior cervical corpectomy and fusion at the Spine Surgery Department, Viet Duc University Hospital, from January 2021 to December 2023. **Results:** Among the 32 patients in our study, there was significant improvement in symptoms of neck pain and radicular pain. Postoperative results were rated as good and moderate in 62.5% of cases. Full or partial recovery of sphincter control was achieved in 42.9% of cases. Common postoperative complications included urinary

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

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

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Đức

Email: minhducpham0904@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

tract infections and pressure ulcers, primarily in the group of patients with complete spinal cord injuries. The mortality rate was low, at 3.1%. A high rate of good postoperative alignment was achieved in 96.9% of cases, with a high fusion rate of 90.6%.

Conclusion: Lower cervical spine trauma is a severe injury. Patients who underwent anterior corpectomy and fusion showed significant clinical and radiological improvements. Common postoperative complications included pressure ulcers and urinary infections, with a low mortality rate primarily due to respiratory failure and pneumonia. **Keywords:** Subaxial Cervical Injury, Cervical Injury, ACCF.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống cổ là một trong những thương tổn thường gặp do chấn thương. Đây là một trong những chấn thương để lại hậu quả nặng nề một khi có thương tổn thần kinh. Ở nước ta, cùng với việc gia tăng tỷ lệ tai nạn lao động và tai nạn giao thông cũng làm tăng tỷ lệ chấn thương cột sống cổ. Bệnh nhân bị chấn thương cột sống cổ cao nếu có tổn thương thần kinh nặng thường chết trước khi vào viện, chấn thương cột sống cổ thấp gây liệt tứ chi, là một thảm họa cho bản thân, gia đình và xã hội. Tỷ lệ thương tổn thần kinh do chấn thương cột sống cổ khoảng 60-70% và thương tổn thần kinh thường cũng rất nặng nề, trong đó tổn thương tủy hoàn toàn không tiến triển sau điều trị khoảng 50%.

Việc chỉ định điều trị có thể là điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật dựa vào thang điểm SLICS, trong đó chỉ định phẫu thuật hay được lựa chọn do tổn thương nặng thân đốt sống thường đi kèm với tổn thương của phức hợp dây chằng, đĩa đệm và tổn thương tủy sống (SLICS > 5 điểm). Phương pháp phẫu thuật có thể lựa chọn giữa đường mổ phía trước, phía sau hoặc phối hợp cả hai đường tủy vào từng ca bệnh, mỗi đường mổ đều có ưu điểm và nhược điểm khác nhau. Phương pháp phẫu thuật cắt thân đốt sống và hàn xương lõi trước hay được lựa chọn do ưu điểm: hàn xương tốt, giải quyết được nguyên nhân trực tiếp là các mảnh xương chèn ép gây tổn thương tủy sống, hạn chế nguy cơ mất máu, nhiễm trùng sau mổ. Phương pháp phẫu thuật lõi sau có ưu điểm: cố định vững, giải ép tủy sống rộng rãi, giải quyết được các thương tổn mất vững tại tường sau tuy nhiên có nhược điểm phải cố định dài, thường mất máu nhiều, tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, không giải quyết được nguyên nhân mảnh xương chèn ép phía trước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương cột sống cổ thấp

được phẫu thuật cắt thân đốt sống và hàn xương lõi trước tại khoa Phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương cột sống cổ thấp, vỡ nhiều mảnh một thân đốt sống được phẫu thuật phương pháp cắt thân đốt sống và hàn xương lõi trước từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023, có hồ sơ đầy đủ, thông tin rõ ràng. Điểm SLICS lớn hơn hoặc bằng 5 điểm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chấn thương cột sống cổ thấp gây nhiều mảnh thân đốt sống có chỉ định phẫu thuật có các tổn thương phối hợp như: chấn thương sọ não nặng Glasgow dưới 8 điểm, chấn thương ngực hay chấn thương bụng kín, đa chấn thương làm ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Chấn thương cột sống cổ thấp gây nhiều mảnh thân đốt sống có chỉ định phẫu thuật trên bệnh nhân có bệnh mãn tính phối hợp như: suy tim, suy thận. Bệnh nhân không hợp tác hoặc bị mất liên lạc, không theo dõi được sau điều trị, hồ sơ không đầy đủ, thất lạc.

Các tham số nghiên cứu: Các thông tin chung thu thập như: tăng phẫu thuật, thời gian nằm viện, tai biến trong phẫu thuật. Đánh giá kết quả gần ngay sau phẫu thuật: đánh giá mức độ lâm sàng cải thiện theo Hà Kim Trung, biến chứng phẫu thuật (nhiễm trùng vết mổ, chảy máu sau mổ, viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, loét tì đè). Đánh giá Xquang sau mổ (mức độ nắn chỉnh sau mổ theo Meyerding, vị trí miếng ghép, vị trí của vít, mức độ liền xương). Đánh giá mức độ tổn thương thần kinh theo ASIA trước và sau phẫu thuật.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm phẫu thuật

3.1.1. Thời gian phẫu thuật. Thời gian mổ tính bằng phút trung bình là $100,5 \pm 34,6$ tính từ lúc bắt đầu rạch da đến khi đóng xong vết mổ.

3.1.2. Kết quả lâm sàng ngay sau phẫu thuật

Bảng 3.1. Kết quả ngay sau mổ

Mức độ	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Tốt	12	37,5%

Khá	8	25%
Trung bình	10	31,3%
Xấu	2	6,2%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt sau phẫu thuật nhiều nhất với 37,5%, tỷ lệ xấu gặp thấp nhất với 2 bệnh nhân (6,2%) và nằm trong nhóm các bệnh nhân tổn thương thần kinh nặng (ASIA-A) trước phẫu thuật

3.1.3. Đánh giá kết quả theo thang điểm ASIA sau mổ so với trước mổ

Bảng 3.2. Đánh giá phục hồi thần kinh trước và sau phẫu thuật theo thang điểm ASIA

Độ tổn thương	Trước phẫu thuật	Tỷ lệ %	Sau phẫu thuật	Tỷ lệ %
A	8	25%	7	21,9%
B	4	12,5%	3	9,35%
C	5	15,6%	3	9,35%
D	8	25%	10	31,3%
E	7	21,9%	9	28,1%

Nhận xét: Trước phẫu thuật tỷ lệ gặp bệnh nhân với tổn thương thần kinh thuộc nhóm phân loại ASIA A và ASIA D là hay gặp nhất (25%)

Sau phẫu thuật nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm ASIA-D (31,3%)

3.1.4. Loại xương ghép

Bảng 3.3. Vật liệu ghép xương

Xương ghép	Tần số	Tỷ lệ %
Xương chậu tự thân	10	31,2%
Xương đồng loại (xương mác)	6	18,8%
Lồng titan + xương tự thân	16	50%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Tỷ lệ ghép lồng titan và xương tự thân (xương của thân đốt sống vỡ) chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), tỷ lệ ghép xương mác đồng loại thấp nhất (18,8%)

3.1.5. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Tỷ lệ biến chứng

Loại biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Loét tỉ đè	7	21,9%
Viêm phổi	9	28,1%
Nhiễm trùng tiết niệu	11	34,4%
Nhiễm trùng vết mổ	0	0%
Thủng thực quản	0	0%
Tử vong	1	3,1%

Nhận xét: Tỷ lệ gặp biến chứng nhiễm trùng tiết niệu là lớn nhất (34,4%), tỷ lệ gặp biến chứng nhiễm trùng và thủng thực quản là thấp nhất (0%)

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

3.2.1. Kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật

Bảng 3.5. Kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật

	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nắn chỉnh tốt	31	96,9%
Nắn chỉnh không hoàn toàn	1	3,1%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả nắn chỉnh tốt sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ rất cao (96,9%)

3.2.2. Kết quả lâm sàng sau phẫu thuật

Bảng 3.6. Kết quả khám lại

Kết quả	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	15	46,9%
Khá	10	31,3%
Trung bình	5	15,6%
Xấu	2	6,2%
Tổng	32	100%

Nhận xét: Kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (46,9%), tỷ lệ gặp kết quả xấu là thấp nhất với 2 trường hợp (6,2%)

Bảng 3.7. Kết quả khám lại trước và sau phẫu thuật

Loại	Trước mổ		Khám lại		p
	n	%	n	%	
A	7	21,9%	6	18,8%	
B	3	9,35%	4	12,5%	
C	3	9,35%	2	6,2%	
D	10	31,3%	11	34,4%	
E	9	28,1%	9	28,1%	
Tổng	32	100%	32	100%	

Nhận xét: Tỷ lệ gặp tổn thương thần kinh theo phân loại ASIA A khi khám lại có giảm so với trước phẫu thuật (từ 21,9% còn 18,8%), tỷ lệ tổn thương thần kinh ASIA E là không thay đổi trước và sau phẫu thuật.

Bảng 3.8. Phục hồi cơ tròn

Sự phục hồi cơ tròn	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	2	14,3%
Không hoàn toàn	4	28,6%
Không phục hồi	8	57,1%
Tổng	14	100%

Nhận xét: Tỷ lệ nhóm không phục hồi rối loạn cơ tròn chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,1%. Tỷ lệ phục hồi hoàn toàn chiếm tỷ lệ thấp nhất (14,3%)

Bảng 3.9. Biến chứng muộn (n=32)

Loại biến chứng	Tần xuất (N)	Tỷ lệ %
Đau vùng cột sống cổ	14	43,8%
Đau rên	17	53,1%
Nuốt vướng	2	6,3%
Loét tỉ đè	11	34,4%
Teo cơ	14	43,8%
Nói khàn	2	6,3%

Nhận xét: Tỷ lệ gặp biến chứng đau rên thần

kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (53,1%), kế sau đó là biến chứng đau vùng cột sống cổ và teo cơ (43,8%)

Tỷ lệ biến chứng nói khàn chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,3%)

Đặc biệt có 1 trường hợp tử vong sau phẫu thuật 7 ngày do viêm phổi nặng

3.2.3. Đánh giá X-quang sau phẫu thuật

Bảng 3.10. Kết quả chụp x-quang qui ước

Kết quả	Số lượng (n=32)	Tỷ lệ %
Liên xương	29	90,6%
Khớp giả, chậm liền	2	6,3%
Lỏng vít, bong nẹp	1	3,1%
Nắn chỉnh tốt	31	96,9%

Nhận xét: Tỷ lệ liền xương chiếm tỷ lệ cao nhất với 90,6%, tỷ lệ lỏng vít, bong nẹp chiếm tỷ lệ thấp nhất (1%)

IV. BÀN LUẬN

Thời gian mổ tính bằng phút trung bình là $100,5 \pm 34,6$ tính từ lúc bắt đầu rạch da đến khi đóng xong vết mổ, thời gian mổ ngắn nhất là 65,9 phút và dài nhất là 135,1 phút. Theo tác giả Đinh Thế Hưng thời gian mổ trung bình là $142,1 \pm 42,9$ phút. Thời gian mổ ngắn nhất là 60 phút và thời gian mổ dài nhất là 280 phút.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thời gian mổ ngắn hơn do sử dụng phương pháp mổ đường trước đơn thuần, không có kết hợp cả 2 đường mổ lỗi trước và lỗi sau như các tác giả khác.

Chúng tôi đánh giá kết quả ngay trước thời điểm ra viện dựa vào thang điểm đánh giá của Hội chấn thương cột sống Mỹ (AIS) và mức độ cải thiện lâm sàng theo Hà Kim Trung. Kết quả thấy rằng có 12 bệnh nhân (37,5%) có sự phục hồi tốt ngay sau phẫu thuật, 8 bệnh nhân (25%) có sự phục hồi khá ngay sau phẫu thuật và 10 bệnh nhân (31,3%) không có sự hồi phục ngay sau phẫu thuật. Trong đó có 2 bệnh nhân có AIS B trước mổ có sự hồi phục ngay sau mổ. Kết quả của Hà Kim Trung (2005) là 2,6% hồi phục tốt còn của Đinh Thế Hưng là 4,6% hồi phục tốt. Trong đó kết quả tốt và khá tập trung chủ yếu ở nhóm bệnh nhân được phân loại ASIA C – D trước phẫu thuật. Còn kết quả mức độ trung bình 31,3%, mức độ xấu trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 6,2% chủ yếu ở nhóm AIS A – B.

Chúng tôi nhận thấy rằng có sự khác biệt rõ rệt trong kết quả điều trị đối với bệnh nhân thuộc nhóm liệt không hoàn toàn. Hầu hết tất cả các bệnh nhân thuộc nhóm liệt không hoàn toàn tiến triển lên 1 độ ASIA, các bệnh nhân này đều không có biến chứng và di chứng nào, có 1 trường hợp đang trong diện theo dõi tình trạng nẹp nhưng không thấy có biểu hiện triệu chứng

trên lâm sàng và sinh hoạt hàng ngày. Sự phục hồi giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả phục hồi tốt của chúng tôi khi khám lại (bệnh nhân thuộc nhóm Frankel D và E) là 75.5%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Zhang HQ (50%- 82.1%). Hà Kim Trung (75%).

Chúng tôi nhận thấy rằng kết quả phục hồi cơ tròn ở nhóm bệnh nhân liệt không hoàn toàn là khá tốt, trong nghiên cứu của chúng tôi trước phẫu thuật có 14 bệnh nhân có rối loạn cơ tròn, sau phẫu thuật có 6 bệnh nhân cải thiện tình trạng rối loạn cơ tròn. Theo tác giả Vũ Văn Cường (2014) thì 70% bệnh nhân khám lại đều hồi phục cơ tròn hoàn toàn trong đó có 2 bệnh nhân thuộc nhóm liệt hoàn toàn trước phẫu thuật, 20% bệnh nhân khám lại không hồi phục và nằm trong nhóm liệt tủy hoàn toàn trước phẫu thuật.

Các bệnh nhân sau phẫu thuật của chúng tôi được chụp X-quang cột sống cổ thẳng nghiêng để đánh giá mức độ nắn chỉnh giải phẫu. Tỷ lệ bệnh nhân nắn chỉnh tốt sau phẫu thuật chiếm 96,9% tổng số bệnh nhân. Có 1 bệnh nhân (3,1%) nắn chỉnh chưa tốt do trước phẫu thuật bệnh nhân vỡ kèm trật đốt sống mức độ nhiều trước phẫu thuật. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương tác giả Vũ Văn Cường 96% bệnh nhân miếng ghép và nẹp đặt đúng vị trí, 2% bệnh nhân chưa nắn chỉnh được, 2% nắn chỉnh không vững.

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi không gặp trường hợp nào có tổn thương thực quản, tổn thương khí quản, và bó mạch cảnh. Biến chứng thường gặp sau phẫu thuật của chúng tôi là nhiễm khuẩn tiết niệu với 11 bệnh nhân chiếm 34,4% do các bệnh nhân vào tổn thương tủy phải đặt sonde tiểu và lưu sonde. Theo Nguyễn Hữu Quý (2019) tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu là 25%. Theo Vũ Văn Cường tỷ lệ nhiễm trùng tiết niệu là 26%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân (3,1%) tử vong sau phẫu thuật, bệnh nhân này nằm trong nhóm bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn ASIA A. Theo tác giả Vũ Văn Cường (2014) tỉ lệ bệnh nhân tử vong là 4% và các bệnh nhân này đều phải thở máy kéo dài, nhiễm trùng phổi, suy hô hấp do liệt cơ hô hấp.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương cột sống cổ thấp là chấn thương nặng, các bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp cắt thân đốt sống và hàn xương lỗi trước cải thiện đáng kể về lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, biến chứng thường gặp sau

phẫu thuật là loét từ nhẹ và nhiễm khuẩn tiết niệu, tỉ lệ tử vong thấp với nguyên nhân chủ yếu là suy hô hấp, viêm phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Kim Trung** (1999), "Điều trị CSC dưới bằng phẫu thuật qua đường cổ trước", Tạp chí Y học Việt Nam, số 6, 7, 8- 1999, Tập 226, tr 59- 62.
2. **Hà Kim Trung** (2001), "Đường cổ trước bên trong phẫu thuật bệnh lý CSC", Tạp chí ngoại khoa, Số 3 - 2001, tập XL VII, Tr 20- 23.
3. **HaorLD Ellis** (2001), "Giải phẫu lâm sàng cột sống và tủy sống", Nguyễn Quang Huy dịch, Nhà xuất bản Y Học, tr 370- 384.
4. **Allyson I., Isidoro Z., Jigar T., Marc A.**, (2006), "Biomechanical evaluation of surgical constructs for stabilization of cervical Tear- drop fractures", The Spine Journal, Vol 6, p 514-523.
5. **Andrew H.M., Casey H.H., Wensheng G., Sherman C.S.**, (2008), "Prevalence of cervical spine injury in trauma", Neurosurg Focus, vol 25, E 10, 2008.
6. **Charles H. Bill II and Vanessa L. Harkins** (2003), "Spinal Cord Injuries", Principles and practice of Emergency Neurology, Handbook for Emergency Physicians. Cambridge University Press 2003, p 268-303.
7. **Christopher P.S., Mark C.N., Alexander V., Jerome M.C** (2000), "Traumatic Injuries of the Adult Upper Cervical Spine", Surgery of Spinal Trauma, Chapter 7, pp 179- 214.
8. **David F. A.**, (2000), "Medical Management and Rehabilitation of the Spine Cord Injured Patient", Surgery of spinal trauma, Chapter 6, pp 157- 178. Injury Extra, Vol 38, pp 317- 319.
9. **Izumi K., Yoshinobu I., Hiroshi A.**, (2000), "Acute cervical cord injury without fracture or dislocation of the spine column", J Neurosurg: Spine, Vol 93, pp 15- 20.
10. **Song KJ., Lee KB.**, (2007), "Anterior versus combined anterior and posterior fixation/ fusion in the treatment of distraction- flexion injury in the lower cervical spine", Journal of Clinical Neuroscience, Vol 15, pp 36- 42.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG MILLER-FISHER BẰNG THAY THỂ HUYẾT TƯƠNG

Nguyễn Văn Cung¹, Nguyễn Công Tấn², Bùi Thị Hương Giang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả của PEX trong điều trị hội chứng Miller-Fisher tại Trung tâm Hồi sức tích cực (HSTC) bệnh viện Bạch Mai từ 08/2024 đến 08/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không đối chứng theo dõi dọc. **Kết quả:** Có 22 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng MFS hoặc hội chứng chồng lấp MFS/GBS có tuổi trung vị là 58 với ưu thế nam giới (63,6%), được thay thế huyết tương với số lần lọc là 5 (thấp nhất 03 lần, nhiều nhất 05 lần). Đa số bệnh nhân không cải thiện cơ lực các cơ vận nhãn sau PEX. Tuy nhiên sau 04 tuần và 08 tuần ra viện, tỷ lệ bệnh nhân cải thiện hoàn toàn tình trạng liệt vận nhãn lần lượt 59,1% và 86,3%. Với các nhóm cơ chi trên, chi dưới đều cải thiện ngay sau đợt PEX ở bệnh nhân FS/GBS. Điểm Hughes sau liệu trình thay huyết tương có 10 bệnh nhân (45,4%) giảm 1 điểm, có 8 bệnh nhân (36,3%) giảm ≥ 2 điểm và chỉ có 4 bệnh nhân (18,2%) không cải thiện đều thuộc nhóm MFS đơn thuần. **Kết luận:** Bệnh nhân có hội chứng Miller Fisher ngay sau thay huyết tương có tỉ lệ hồi phục vận nhãn hoàn toàn là 22,7 %, quá trình hồi phục sau thay huyết tương tiếp diễn. Sau ra viện 8 tuần 86,4 % bệnh nhân hồi phục hoàn toàn. Tỷ lệ cải thiện điểm mất khả năng vận

động theo thang điểm Hughes sau đợt thay thể huyết tương lên đến 81,8%. **Từ khóa:** Hội chứng Miller Fisher, thay huyết tương.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF MILLER-FISHER SYNDROME BY PLASMA EXCHANGE

Objective: To evaluate the results of PEX in the treatment of Miller-Fisher Syndrome at the center for critical care medicine of Bach Mai Hospital from 08/2024 to 08/2024. **Methods:** A prospective, uncontrolled interventional longitudinal study. **Results:** A total of 22 patients diagnosed with MFS or overlapping MFS/GBS with a median age of 58, predominantly male (63.6%), underwent plasma exchange with a median of 5 sessions (ranging from 3 to 5 sessions). Most patients showed no improvement in ocular motor muscle strength following PEX. However, 59.1% and 86.3% of patients achieved full recovery from ophthalmoplegia at 4 and 8 weeks post-discharge, respectively. Upper and lower limb muscle strength improved immediately following PEX in FS/GBS patients. After PEX, Hughes scores decreased by 1 point in 10 patients (45.4%), by ≥ 2 points in 8 patients (36.3%), while 4 patients (18.2%)—all from the pure MFS group—showed no improvement. **Conclusion:** The patient has Miller Fisher syndrome, with a complete ophthalmoplegia recovery rate of 22.7% immediately after plasma exchange, and the recovery process continues post-exchange. After 8 weeks of discharge, 86.4% of patients fully recovered. The rate of improvement in disability scores according to the Hughes scale following plasma exchange reaches up to 81.8%.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Tấn

Email: tanhstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024