

sống cổ. Tạp chí nghiên cứu Y học, 103(5), 17-23.
6. Lê Thúy Oanh (2010). Cây chỉ, NXB Y học, Hà Nội.
7. Học viện Quân y - Bộ môn vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng (2014). Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội.

8. Bộ Y tế (2013). Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013 Về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC GÂY CỘT SỐNG CỔ KIỂU GIỌT LỆ

Ngô Quang Hùng¹, Vũ Văn Hoè², Hà Kim Trung³, Nguyễn Thành Bắc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Xquang quy ước, cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT) của gãy cột sống cổ kiểu giọt lệ do chấn thương. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiền cứu, mô tả lâm sàng có can thiệp không có nhóm chứng 43 BN gãy đốt sống cổ kiểu giọt lệ được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 1 năm 2016 – tháng 12 năm 2019. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 4/1. Tuổi trung bình là 38,02 ± 12,56 tuổi. Đau cổ (100%) và đau kiểu rễ (55,81%) là hai triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Phân loại tổn thương tùy theo thang điểm ASIA, nhóm A (30,23%) và nhóm D (27,91%) có tỷ lệ nhiều nhất. Tỷ lệ tổn thương thần kinh là 79,07%. Phân loại hội chứng tùy cổ theo thang điểm mJOA trước mổ, tỷ lệ tổn thương mức độ trung bình đến nặng chiếm 62,8%. Tổn thương đốt sống C5 là thường gặp nhất chiếm 39,53%. Chủ yếu tổn thương do cơ chế quá gập. **Kết luận:** Gãy đốt sống cổ kiểu giọt lệ thường gặp ở nam giới độ tuổi lao động do tai nạn lao động ngã cao và tai nạn giao thông xe máy. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là đốt sống C5 và tổn thương theo cơ chế gập. Hình thái tổn thương trên CLVT và CHT có liên quan tới tổn thương thần kinh trên lâm sàng.

Từ khóa: vỡ đốt sống cổ kiểu giọt lệ, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học, tổn thương thần kinh.

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING FEATURES OF CERVICAL TEARDROP FRACTURES

Objectives: To describe clinical and imaging features of cervical teardrop fractures. **Methods:** We implemented a prospective non-controlled interventional study of 43 cervical teardrop fractures at Viet Duc University Hospital and Saint Paul Hospital from January 2016 to December 2019. **Results:** Male-to-female ratio was 4/1. Mean age was 38.02 ± 12.56 years. Neck pain (100%) and radiculopathy (55,81%)

were the most common symptoms. ASIA grade A and D were the most prevalent. Neurological deficit occurred in 79,07%. 62.7% of patients had mJOA score at severe and moderate stage. C5 fracture accounted for 39.53%. Flexion teardrop fracture was the main mechanism. **Conclusion:** Cervical teardrop fractures usually occurred in working age man and the main cause were occupational and traffic accidents. Flexion teardrop fracture of C5 was the most frequent. Pathognomonic features of CT and MRI were associated with neurological deficits.

Keywords: Cervical teardrop fractures, clinical features, imaging features, neurological deficits.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đốt sống cổ kiểu giọt lệ (Cervical Teardrop Fracture, CTF), được mô tả đầu tiên bởi Schneider và Kahn (1956) [4] là tình trạng vỡ góc trước dưới của thân đốt sống cổ. Có hai cơ chế gây gãy đốt sống cổ kiểu giọt lệ là: (1) cơ chế cổ gập quá mức và (2) cơ chế cổ uốn quá mức. Trên thế giới, tỷ lệ gãy đốt sống cổ kiểu giọt lệ gặp khoảng 8,8-23% (trung bình 13,8%) [3]. Tại Việt Nam theo Hà Kim Trung (2005), thương tổn kiểu giọt lệ chiếm khoảng 8,1% chấn thương cột sống cổ có tổn thương thần kinh [1].

Gãy đốt sống cổ kiểu giọt lệ thường gây nên các triệu chứng lâm sàng nặng nề; tổn thương tủy sống hoàn toàn có thể gặp trong 38% - 91% các trường hợp [7]. Phần lớn là các tổn thương tủy sống không hoàn toàn, trong đó hội chứng tủy sống trước chiếm tới 80% [8]. Tổn thương thần kinh trong gãy đốt sống cổ này phụ thuộc vào loại của tổn thương và vào sự di lệch của mảnh xương vỡ vào trong ống sống, vì vậy cần thiết phải mô tả đầy đủ tổn thương dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ cột sống cổ.

Hiện nay trên thế giới có nhiều nghiên cứu mô tả về hình thái và đặc điểm lâm sàng của gãy đốt sống cổ kiểu giọt lệ. Các tác giả đều nhận định rằng cơ chế chấn thương, hình thái tổn thương đốt sống, và mức độ tổn thương thần kinh là những yếu tố tiên lượng quan trọng [5, 6]. Tại Việt Nam, tác giả Phan Thanh Hào năm 2012 cũng đã mô tả 39 bệnh nhân vỡ đốt sống cổ

¹Bệnh viện Xanh Pôn

²Bệnh viện Quân Y 103

³Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Hùng

Email: drhungpttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2021

Ngày duyệt bài: 6.9.2021

giọt lệ tại Bệnh viện Việt Đức [2]. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu về gãy cột sống cổ kiểu giọt lệ vẫn còn khá khiêm tốn. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Xquang quy ước, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ của gãy cột sống cổ kiểu giọt lệ do chấn thương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán gãy đốt sống cổ kiểu giọt lệ dựa vào chẩn đoán hình ảnh: có hình ảnh vỡ đốt sống cổ kiểu giọt lệ trên phim Xquang và cắt lớp vi tính cột sống cổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đầy đủ hồ sơ nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 1 năm 2016 – tháng 12 năm 2019.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng có can thiệp không có nhóm chứng, đánh giá kết quả trước và sau điều trị của từng bệnh nhân

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu và cỡ mẫu thuận tiện. Lựa chọn tất cả người bệnh có đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu và điều trị tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 1 năm 2016 – tháng 12 năm 2019

Nội dung, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc trưng cá nhân: Tuổi, giới, nghề nghiệp
- Lâm sàng: Nguyên nhân chấn thương, thời gian từ khi bị tai nạn đến khi vào viện, sơ cứu ban đầu, triệu chứng cơ năng (đau cột sống cổ; nuốt vướng; đau kiểu rẽ; mất cảm giác dưới tổn thương; rối loạn cơ tròn), triệu chứng thực thể (liệt vận động, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ tròn). Đánh giá tổn thương thần kinh dựa vào thang điểm đánh giá hội chứng tủy cổ của Hội chấn thương chỉnh hình Nhật Bản sửa đổi (mJOA - modified Japanese Orthopaedic Association).

- Hình ảnh học: Vị trí đốt sống vỡ và biến dạng cột sống cổ trên XQuang quy ước. Đặc điểm và hình thái tổn thương trên cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ cột sống cổ.

Bảng 1. Thang điểm mJOA

Điểm rối loạn vận động chi trên

0- Không thể vận động tay.
1- Không thể sử dụng thìa để ăn, có thể di chuyển được tay.
2- Có thể sử dụng thìa nhưng không thể cài khuy áo.

3- Có thể cài khuy áo nhưng rất khó khăn.
4- Có thể cài khuy áo nhưng hơi khó.
5- Không có rối loạn.

Điểm cảm giác chi trên

0- Mất hoàn toàn cảm giác của tay
1- Giảm cảm giác tay nặng hoặc đau
2- Giảm cảm giác hai tay nhẹ
3- Cảm giác tay bình thường

Điểm chức năng tiểu tiện

0- Không có khả năng tiểu tiện tự chủ
1- Khó tiểu rõ rệt
2- Khó tiểu nhẹ đến vừa
3- Tiểu tiện bình thường

Điểm rối loạn vận động chi dưới

0- Mất hoàn toàn chức năng cảm giác và vận động.

1- Cảm giác được bảo tồn trong khi không thể vận động được 2 chân.

2- Có thể dịch chuyển 2 chân nhưng không thể đi.

3- Có thể đi trên bề mặt phẳng có dụng cụ hỗ trợ (gậy hoặc nạng).

4- Có thể đi và/hoặc xuống cầu thang khi vịn tay vào lan can.

5- Dáng đi mất vững từ vừa đến nặng, nhưng vẫn có khả năng đi và hoặc xuống cầu thang mà không cần vịn tay vào lan can.

6- Dáng đi mất vững nhẹ nhưng đi bộ một mình được dễ dàng

7- Không rối loạn

2.5. Quy trình nghiên cứu

Thu thập thông tin: Bệnh nhân được hỏi bệnh và khám bệnh trực tiếp, chụp XQuang quy ước cột sống cổ thẳng-nghiêng, cắt lớp vi tính cột sống cổ, cộng hưởng từ cột sống cổ.

Phương pháp thu thập số liệu

- Thông tin nghiên cứu được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất:

- Trực tiếp hỏi bệnh, thăm khám và đánh giá tình trạng lâm sàng và các kết quả chẩn đoán hình ảnh của BN theo bệnh án mẫu nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu

Toàn bộ số liệu được mã hoá, làm sạch. Sau đó được phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 18.0.

Đạo đức nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng xét duyệt của Học viện Quân Y do Bộ Quốc phòng, Bộ Giáo dục và Đào tạo quyết định. Nghiên cứu được bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Xanh Pôn và Học viện Quân Y chấp nhận.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích kỹ về mục đích nghiên cứu, lợi ích và nguy cơ, ký cam kết tham gia nghiên cứu và có thể ngừng tham gia nghiên cứu bất kỳ lúc nào. Đối

tương dưới 18 tuổi: Cha mẹ hoặc người giám hộ đại diện ký cam kết.

- Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo bí mật và chỉ để phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung	Gãy cột sống cổ kiểu giọt lệ (n = 43)
Giới:	
Nam	34 (79,07%)
Nữ	9 (20,93%)
Tuổi (năm)	
Trung bình ± SD	38,02 ± 12,56
Min-max	17-75
Nghề nghiệp	
Tri thức, lao động nhẹ	6 (13,95%)
Nông dân, lao động nặng	37 (86,05%)
Nguyên nhân chấn thương	
Tai nạn giao thông xe máy	16 (37,21%)
Tai nạn lao động: ngã cao	14 (32,56%)
Tai nạn lao động: Vật nặng đập vào đầu cổ	6 (13,95%)
Tai nạn giao thông khác	4 (9,30%)
Tai nạn sinh hoạt: trượt chân ngã	3 (6,98%)
Sơ cứu ban đầu	
Có	36 (83,72%)
Không	7 (16,28%)
Thời gian từ khi tai nạn đến khi vào viện (giờ)	46,06 ± 72,86

Nhận xét: Trong vòng 4 năm, qua nghiên cứu 43 bệnh nhân được chẩn đoán vỡ đốt sống cổ kiểu giọt lệ tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Xanh Pôn, chúng tôi thu được kết quả như sau: Nam giới chiếm 79,07%; tỷ lệ Nam/Nữ ≈ 4/1. Tuổi trung bình là 38,02 ± 12,56 tuổi. Đối tượng bị bệnh chủ yếu thuộc nhóm nông dân, lao động nặng với 37 bệnh nhân (86,05%). Hai nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông xe máy (37,21%) và tai nạn lao động do ngã cao (32,56%) (bảng 1).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng gãy cột sống cổ kiểu giọt lệ

Lâm sàng	Gãy cột sống cổ kiểu giọt lệ (n = 43)
Triệu chứng cơ năng	
Đau cổ	43 (100%)
Đau kiểu rê	24 (55,81%)

Nuốt vướng	21 (48,84%)
Mất cảm giác dưới tổn thương	18 (41,86%)
Rối loạn cơ tròn	19 (44,19%)
Phân loại tổn thương tủy theo thang điểm ASIA	
Nhóm A	13 (30,23%)
Nhóm B	3 (6,98%)
Nhóm C	6 (13,95%)
Nhóm D	12 (27,91%)
Nhóm E	9 (20,93%)
Phân loại hội chứng tủy cổ theo thang điểm mJOA trước mổ	
Nặng	19 (44,2%)
Trung bình	8 (18,6%)
Nhe	5 (11,6%)
Không có hội chứng tủy cổ	11 (25,6%)
Tổn thương phối hợp	
Chấn thương sọ não	2 (4,65%)
Chấn thương ngực kín	5 (11,63%)
Gãy xương chi	2 (4,65%)
Vỡ các đốt sống cổ khác	13 (30,23%)

Nhận xét: Đau cổ (100%) và đau kiểu rê (55,81%) là hai triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Phân loại tổn thương tủy theo thang điểm ASIA, nhóm A (30,23%) và nhóm D (27,91%) có tỉ lệ nhiều nhất. Phân loại hội chứng tủy cổ theo thang điểm mJOA trước mổ, tỉ lệ tổn thương mức độ trung bình đến nặng chiếm 62,8%. Tổn thương phối hợp thường gặp nhất là kèm theo vỡ các đốt sống cổ khác (30,23%) và chấn thương ngực kín (11,63%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương trên XQuang cột sống cổ

Cận lâm sàng	Gãy cột sống cổ kiểu giọt lệ (n = 43)
Vị trí đốt sống tổn thương	
C2	8 (18,6%)
C3	7 (16,28%)
C4	4 (9,3%)
C5	17 (39,53%)
C6	5 (11,63%)
C7	2 (4,65%)
Cơ chế tổn thương	
Quá gập	34 (79,07%)
Quá ưỡn	9 (20,93%)
Góc Cobb C2C7 (trung bình ± độ lệch chuẩn) (độ)	9,15 ± 10,58

Nhận xét: Tổn thương đốt sống C5 là thường gặp nhất chiếm 39,53% (17 BN). Không có bệnh nhân nào gãy kiểu giọt lệ ở hai đốt sống cổ. Chủ yếu tổn thương do cơ chế quá gập với 34 BN (79,07%).

Bảng 5. Liên quan giữa cơ chế chấn thương với mức độ tổn thương thần kinh theo ASIA (N=43)

Loại	Số lượng	ASIA A	ASIA B	ASIA C	ASIA D	ASIA E	Tỉ lệ tổn thương thần kinh (%)
Quá gấp	34	13	3	6	10	2	94,12%
Quá uốn	9	-	-	-	2	7	22,22%
Tổng	43	13	3	6	12	9	79,07%

Nhận xét: Chấn thương theo cơ chế gấp gây tổn thương thần kinh tới 94,12%, trong khi tổn thương quá uốn chỉ gây tổn thương 22,22%.

Bảng 6. Đặc điểm tổn thương trên phim CLVT và liên quan với lâm sàng (N=43).

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Có tổn thương thần kinh	Không tổn thương thần kinh
Cột hóa dây chằng dọc sau	1	2,33	1 (100%)	-
Mỏ xương	10	23,26	9 (90%)	1 (10%)
Tổn thương cung sau	23	53,49	22 (95,65%)	1 (4,35%)
Tổn thương cuống	3	6,98	3 (100%)	-
Tổn thương khối bên	15	34,88	14 (93,33%)	1 (6,67%)
Cài diện khớp	6	13,95	5 (83,33%)	1 (16,67%)
Tổn thương khớp	30	69,77	24 (80%)	6 (20%)

Nhận xét: Tổn thương khớp trên CLVT có tỷ lệ cao nhất với 30 BN (69,77%), trong đó 80% BN có tổn thương thần kinh. Tổn thương cung sau với 23 BN (52,49%), trong đó 96,65% BN có tổn thương thần kinh. Tổn thương khối bên gặp ở 15 BN (34,88%), có tỉ lệ tổn thương thần kinh là 93,33%. Cột hóa dây chằng dọc sau chỉ gặp ở 1 BN (2,33%) tuy nhiên tỉ lệ tổn thương thần kinh là 100%.

Bảng 7. Đặc điểm tổn thương trên cộng hưởng từ và liên quan với lâm sàng

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Có tổn thương thần kinh	Không tổn thương thần kinh	
Tổn thương đĩa đệm	40	93,02	32 (80%)	8 (20%)	
Tổn thương dây chằng dọc sau	8	18,60	8 (100%)	-	
Thoát vị đĩa đệm dưới đốt tổn thương	12	27,91	11 (91,67%)	1 (8,33%)	
Thoát vị đĩa đệm trên đốt tổn thương	11	25,58	10 (90,91%)	1 (9,09%)	
Tổn thương phức hợp dây chằng phía sau	35	81,40	33 (94,29%)	2 (5,71%)	
Đụng dập tủy	Không đụng dập	14	32,56	5 (35,71%)	9 (64,29%)
	Tại chỗ	11	25,58	11 (100%)	-
	Lan tỏa	18	41,86	18 (100%)	-
Tụ máu trước cột sống	Không có	13	30,23	9 (69,23%)	4 (30,77%)
	Tại chỗ	9	20,93	6 (66,67%)	3 (33,33%)
	Lan tỏa	21	48,84	19 (90,48%)	2 (9,52%)

Nhận xét: Trên cộng hưởng từ, tổn thương đĩa đệm xuất hiện với tỷ lệ cao nhất (93,02%), tiếp đến là tổn thương phức hợp dây chằng (81,4%).

IV. BÀN LUẬN

Đau cổ và đau kiểu rễ là các triệu chứng có giá trị gợi ý trên lâm sàng hướng tới chấn thương cột sống cổ. Có thể coi đau mỗi cổ là dấu hiệu gợi ý cho những tổn thương vùng cột sống cổ nhằm có biện pháp sơ cấp cứu thích hợp khi gặp chấn thương. Theo Võ Văn Thành thì đau cổ chiếm 93,1%, theo Hà Kim Trung tỉ lệ này là 88,6% [1].

Phân loại tổn thương tủy theo thang điểm ASIA, nhóm A (30,23%) và nhóm D (27,91%) có tỉ lệ nhiều nhất. Theo Hyeon Jun Kim và Lee Kyu

Yeol có đến 15/25 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ kiểu giọt lệ có tổn thương tủy (60%) trong đó 5/25 tổn thương tủy hoàn toàn (20%) [5], còn theo Phạm Thanh Hào, tỉ lệ này cao hơn là 21/39 (53,85%) [2].

Tại Việt Nam các tác giả khác như Hà Kim Trung, Võ Văn Thành và Đào Văn Nhân nghiên cứu về chấn thương cột sống cổ nói chung thì vị trí thương tổn hay gặp nhất cũng là C5 [1]. Gãy kiểu giọt lệ theo tác giả Fisher, Charles G. MD và cộng sự cũng thống kê cho thấy vị trí hay gặp nhất là C5, theo Lee Kyu Yeol vị trí C5 gặp ở 36% BN [5]. Điều này được giải thích do đặc

điểm giải phẫu C5 uốn cong sinh lý, nên khi chịu lực tác động dọc trục từ đầu truyền xuống dễ bị tổn thương.

Chấn thương theo cơ chế gập gây tổn thương thần kinh tới 94,12%, trong khi tổn thương quá uốn chỉ gây tổn thương 22,22%. Điều này cũng đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Tổn thương theo cơ chế quá gập là tổn thương nặng hơn, làm mất vững cột sống nghiêm trọng, gây ra nhiều biến dạng cho cột sống và tổn thương thần kinh cũng nặng nề hơn. Hầu hết bệnh nhân vỡ đốt sống kiểu giọt lệ với cơ chế quá uốn là không có triệu chứng lâm sàng và khoảng 2/3 số bệnh nhân vỡ đốt sống kiểu giọt lệ theo cơ chế quá gập là có triệu chứng lâm sàng [5, 6].

Trên cộng hưởng từ, tổn thương đĩa đệm xuất hiện với tỷ lệ cao nhất (93,02%), tiếp đến là tổn thương phức hợp dây chằng (81,4%). Đây là những tổn thương theo cơ chế gập – giãn và tỷ lệ tổn thương thần kinh trong các tổn thương này là khá cao. Điều này cho thấy mức độ tổn thương và mất vững nặng ở gãy đốt sống kiểu giọt lệ. Tương tự, các đặc điểm trên CHT có tỷ lệ tổn thương thần kinh cao hơn 90% gồm: tổn thương dây chằng dọc sau, thoát vị đĩa đệm trên hoặc dưới đốt tổn thương, tổn thương phức hợp dây chằng phía sau, đưng dập tủy tại chỗ hoặc lan tỏa.

V. KẾT LUẬN

Gãy đốt sống kiểu giọt lệ do chấn thương thường gặp ở nam giới độ tuổi lao động do tai

nan lao động ngã cao và tai nạn giao thông xe máy. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là đốt sống C5, tổn thương theo cơ chế gập. Hình thái tổn thương trên CLVT và CHT có liên quan tới tổn thương thần kinh trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Kim Trung.** Chẩn đoán và điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống cổ có tổn thương thần kinh tại bệnh viện Việt Đức, Luận án tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội. 2004
2. **Phan Thanh Hào.** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị phẫu thuật gãy cột sống cổ kiểu tear-drop tại Bệnh viện Việt Đức, Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.
3. **C. Argenson, F. de Peretti, A. Ghabris và các cộng sự.** "Classification of lower cervical spine injuries", *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology* 1997; **7(4)**, tr. 215-229.
4. **E. A. Kahn và R. C. Schneider.** "Chronic neurological sequelae of acute trauma to the spine and spinal cord. I. The significance of the acute-flexion or tear-drop fracture-dislocation of the cervical spine", *J Bone Joint Surg Am* 1956; **38-a(5)**, tr. 985-97.
5. **H. J. Kim, K. Y. Lee và W. C. Kim.** "Treatment outcome of cervical tear drop fracture", *Asian Spine J* 2009; **3(2)**, tr. 73-9.
6. **L.N. Bomela. N.S. Motsitsi.** "Tear-drop Fractures of the Cervical Spine.", *East and Central African Journal of Surgery* 2009; **14(2)**, tr. 4.
7. **S. Aito, M. D'Andrea và L. Werhagen.** "Spinal cord injuries due to diving accidents", *Spinal Cord* 2005; **43(2)**, tr. 109-16.
8. **S. K. Rao, C. Wasyliv và D. B. Nunez, Jr.** "Spectrum of imaging findings in hyperextension injuries of the neck", *Radiographics* 2005; **25(5)**, tr. 1239-54.

ĐẶC ĐIỂM CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA PHỔ BỆNH VIÊM TỦY THỊ THẦN KINH

Nguyễn Văn Sỹ¹, Nguyễn Văn Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cộng hưởng từ của bệnh nhân phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh (NMOSD). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu 42 bệnh nhân được chẩn đoán xác định NMOSD dựa vào tiêu chuẩn quốc tế 2015. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ não và tủy sống, trong đó 85,7% bất thường tủy sống, 42,9% não, cả não và

tủy sống 33,3%, dây thần kinh thị giác 23,8%. Cộng hưởng từ não: tổn thương mặt lưng hành tủy 19%, quanh màng não thất thân não/ tiểu não 26,2%, vùng dưới đồi, quanh màng não thất III là 16,7%, quanh màng não thất bên 14,3%, tổn thương chất trắng sát sừng chẩm não thất bên 4,8%. Cộng hưởng từ tủy sống: tổn thương tủy ở vùng trung tâm 100%, đa số tổn thương có độ dài từ 3 đốt sống trở lên 83,3% và ở những bệnh nhân AQP4 dương tính (86,1%), dưới 3 đốt sống 16,7%, phù tủy 50%, ngấm thuốc đối quang từ 73,8% và tổn thương tủy cổ chiếm 52,8%. **Kết luận:** Tổn thương trên cộng hưởng từ NMOSD không chỉ ở tủy sống và dây thần kinh thị giác mà còn tổn thương cả ở não: thân não, gian não, bán cầu não.

Keywords: Viêm tủy thị thần kinh, Phổ bệnh viêm tủy thị thần kinh, Cộng hưởng từ

¹Đại học y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2021

Ngày duyệt bài: 3.9.2021