

- Võ Văn Thành.** Theo dõi lâu dài điều trị mất vững cột sống thắt lưng do thoái hóa bằng phẫu thuật cố định ốc chân cung và hàn liên thân đốt lỗi sau bằng nệm PROSPACE. Thời sự y học. 2016. 53-60.
- Liang Y, Shi W, Jiang C, et al.** Clinical 147 (11) – 2021 outcomes and sagittal alignment of single-level unilateral instrumented transforaminal lumbar interbody fusion with a 4 to 5-year follow-up. Eur Spine J. 2015;24(11):2560-2566. doi:10.1007/s00586-015-3933-y
- Panjabi M. M.** Clinical spinal instability and low back pain. Journal of electromyography and kinesiology: official journal of the International Society of Electrophysiological Kinesiology. 2003. 13(4):371–379, doi:10.1016/s1050-6411(03) 00044-0.
- Nguyễn Anh Tuấn.** Điều trị mất vững cột sống thắt lưng bằng phẫu thuật kết hợp xương và hàn xương liên thân đốt lỗi sau với một lồng xương. Luận án chuyên khoa II. Đại học y dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2014. 63-92.
- Sakeb N.** Comparison of the early results of transforaminal lumbar interbody fusion and posterior lumbar interbody fusion in symptomatic lumbar instability. Indian journal of orthopaedics. 2013. 47(3), 255–263, doi: 10.4103/0019-5413.111484.
- Kakadiya D. G.** Clinical, radiological and functional results of transforaminal lumbar interbody fusion in degenerative spondylolisthesis. North American Spine Society journal. 2020. 2, doi:10.1016/j.xnsj.2020.100011.
- Kiều Đình Hùng.** Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng tại bệnh viện đại học y Hà Nội. Tạp chí nghiên cứu y học. 2021. 147(11), 169-176.
- Mohi Eldin MM, Eissa EM, Elmorsy HM.** Safety and Efficacy of Mini Open Transforaminal Lumbar Interbody Fusion. Korean J Spine. 2016;13(4): 190-195. doi:10.14245/kjs.2016.13.4.190
- Pakzaban P.** Modified Mini-open Transforaminal Lumbar Interbody Fusion: Description of Surgical Technique and Assessment of Free-hand Pedicle Screw Insertion. Spine (Phila Pa 1976). 2016; 41(18): E1124-E1130. doi:10.1097/BR5.0000000000001510

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT MỘT THÌ ĐIỀU TRỊ VIÊM XƯƠNG TỦY MẠN TÍNH SỬ DỤNG CÁC HẠT CALCI HYDROXYAPATITE TẮM KHÁNG SINH: BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH

Lê Mạnh Sơn¹, Đoàn Lê Vinh¹, Nguyễn Văn Phan¹,
Nguyễn Thành Luân¹, Phạm Vũ Anh Quang¹,
Ngô Đức Quang¹, Đào Ngọc Việt Hùng¹

TÓM TẮT

Viêm xương tủy mạn tính là một bệnh lý phức tạp và điều trị khó khăn. Hiệu quả của phẫu thuật 2 thì với thì 1 nạo viêm lấy xương chết sử dụng xi măng PMMA chứa kháng sinh, thì 2 tháo xi măng ghép xương đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu tuy nhiên vẫn có một số nhược điểm. Chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật một thì điều trị cho loạt ca bệnh gồm 3 bệnh nhân viêm xương tủy mạn tính sử dụng các hạt calci hydroxyapatite tẩm kháng sinh. Tất cả 3 bệnh nhân đều cho kết quả bước đầu an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Viêm xương tủy mạn tính, phẫu thuật 1 thì, calci hydroxyapatite, kháng sinh.

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF ONE-STAGE SURGERY TREATMENT OF CHRONIC OSTEOMYELITIS USING CALCIUM HYDROXYAPATITE IMPREGNATED WITH ANTIBIOTIC: A CASE SERIES

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Lê Vinh

Email: Drdoanlevinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

Chronic osteomyelitis is a complex disease and difficult to treat. The effectiveness of two-stage surgery with the first stage of debridement and antibiotic-loaded PMMA cement, the second stage of cement removal and bone grafting has been reported in many studies, but there are still some disadvantages. We performed one-stage surgery for a series of 3 patients with chronic osteomyelitis using calcium hydroxyapatite impregnated with antibiotic. All 3 patients showed preliminary safe and effective results. **Keywords:** chronic osteomyelitis, one-stage surgery, calcium hydroxyapatite, antibiotic.

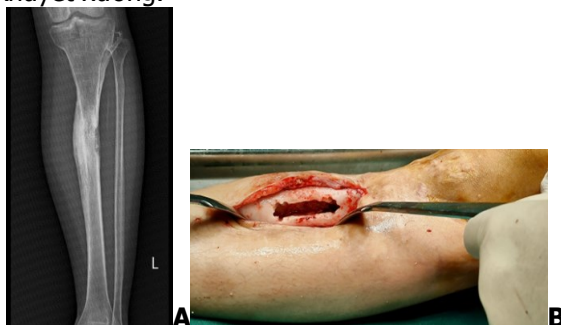
I. TỔNG QUAN

Viêm xương tủy mạn tính (Chronic Osteomyelitis) là một quá trình viêm mạn tính của xương và các thành phần liên quan với tác nhân là các vi sinh vật chủ yếu là vi khuẩn đặc trưng bởi sự hiện diện của xương chết và đường rò¹. Điều trị viêm xương tủy mạn tính thường khó khăn, thời gian nằm viện và phục hồi chức năng kéo dài, phẫu thuật nhiều lần, tổn kém, có thể dẫn đến việc trì hoãn sự liền xương, mất chức năng chi thể hoặc thậm chí là cắt cụt chi. Xi măng sinh học bản chất là Polymethylmethacrylate (PMMA) lần đầu tiên được hai tác giả Buchholz và Klemm sử dụng làm

vật liệu mang và phân phối kháng sinh tại chỗ năm 1970². Phẫu thuật 2 thì với thì 1 là nạo viêm, lấy xương chết, đặt xi măng kháng sinh, thì 2 được thực hiện sau 4-6 tuần để tháo bỏ xi măng, ghép xương đã cho thấy hiệu quả cao trong điều trị viêm xương tủy mạn tính. Tuy nhiên xi măng PMMA cũng cho thấy một số nhược điểm như không có khả năng phân hủy sinh học vì vậy cần phải phẫu thuật thì 2 để lấy bỏ và ghép xương³, phản ứng trùng hợp tạo nhiệt độ cao, không giải phóng hết hoàn toàn lượng kháng sinh, giải phóng các monomer không được trùng hợp ra xung quanh...⁴. Calci hydroxyapatite (CHA) là một dạng xương nhân tạo thuộc nhóm calci photphate có khả năng phân hủy sinh học và có tính tương thích sinh học cao với mô cơ thể người. Vật liệu này có thể mang và phân phối kháng sinh tại chỗ đồng thời có khả năng cảm ứng xương và dẫn truyền xương giúp hình thành xương mới tại ổ khuyết xương mà không cần tháo bỏ hay ghép xương thì 2⁵. Ở Việt Nam chưa có báo cáo nào đánh giá kết quả ứng dụng CHA kết hợp kháng sinh trong phẫu thuật một thì điều trị viêm xương tủy mạn tính. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu của phẫu thuật một thì điều trị viêm xương tủy mạn tính cho 3 trường hợp sử dụng PerOssal® (OSARTIS, Germany) với thành phần là CHA được tẩm với kháng sinh đặt vào vùng khuyết xương.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Ca bệnh 1: Bệnh nhân nữ 16 tuổi, tiền sử gãy kín xương chày trái được phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít cách 2 năm, sau mổ 5 tháng xuất hiện rò dịch, đã được phẫu thuật tháo nẹp, nạo viêm nhiều lần. Sau mổ vẫn tiếp tục rò dịch qua một lỗ rò mặt trước ngoài vị trí 1/3 trên cẳng chân kích thước 3mm, dịch đục mùi hôi. Cấy dịch cho kết quả trực khuẩn mủ xanh. XQ: hình ảnh ổ viêm xương 1/3 trên xương chày trái có mảnh xương chết. Bệnh nhân được phẫu thuật nạo viêm, lấy xương chết, đặt các hạt CHA kết hợp kháng sinh meropenem vào khoảng khuyết xương.

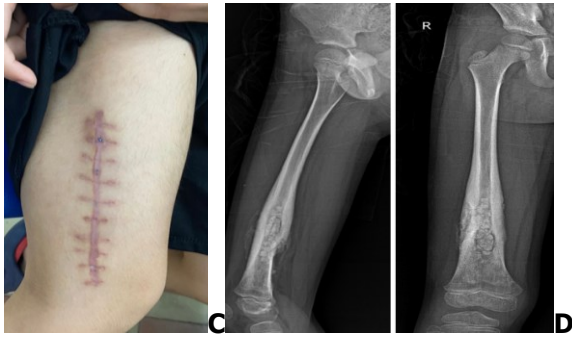


Hình 1: Các hình ảnh về ca bệnh 1

A. XQ trước mổ, B. Hình ảnh trong mổ khoảng khuyết xương sau nạo viêm lấy xương chết, C. Hình ảnh trong mổ sau khi đặt các hạt CHA vào khoảng khuyết xương, D. Hình ảnh lọ PerOssal® và dung dịch kháng sinh, E. XQ ngay sau mổ, F. Hình ảnh phần mềm tại chỗ sau mổ 2 tháng, G. XQ sau mổ 2 tháng.

Ca bệnh 2: Bệnh nhân nam 7 tuổi, tiền sử không phát hiện bệnh lý đặc biệt. Cách vào viện 10 ngày, bệnh nhân sốt cao, đau, hạn chế vận động đùi phải. Bệnh nhân vào bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong tình trạng đau và sưng nề vùng đùi phải, XQ + MRI có hình ảnh viêm xương tủy 1/3 dưới xương đùi phải. Bệnh nhân được phẫu thuật nạo viêm, lấy xương chết, đặt các hạt CHA kết hợp với kháng sinh vancomycin và meropenem.

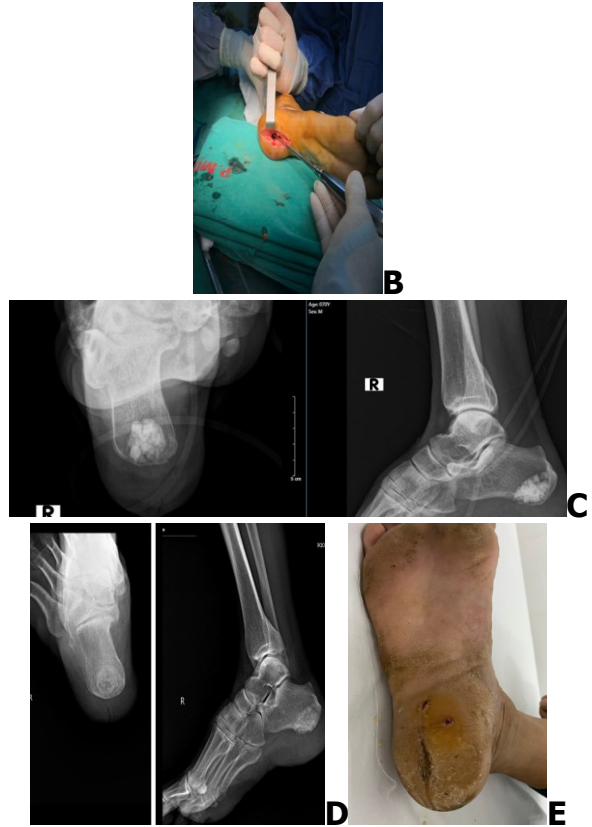




Hình 2: Các hình ảnh về ca bệnh 2

A. Hình ảnh MRI trước mổ, B. Hình ảnh XQ ngay sau mổ, C. Hình ảnh phần mềm tại chỗ sau mổ 2 tháng, D. Hình ảnh XQ sau mổ 2 tháng.

Ca bệnh 3: Bệnh nhân nam 70 tuổi, tiền sử đái tháo đường điều trị không thường xuyên. Cách vào viện 10 ngày, BN đâm vào đinh ở gót chân phải. Sau 3 ngày xuất hiện sưng tấy vết thương, chảy dịch đục, bệnh nhân được chích rạch, làm sạch và điều trị kháng sinh đường uống. Bệnh nhân vào Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong tình trạng gót phải sưng nề tấy đỏ, vết thương nhiều dịch mủ đục. Nuôi cấy vi khuẩn kết quả Klebsiella. XQ và MRI: hình ảnh viêm xương tủy xương gót phải. Bệnh nhân đã được phẫu thuật nạo viêm, lấy xương chết, đặt các hạt CHA kết hợp kháng sinh meropenem và gentamycin.



Hình 3: Các hình ảnh ca bệnh 3

A. Hình ảnh MRI trước mổ, B. Hình ảnh khuyết xương gót trong mổ, C. Hình ảnh XQ ngay sau mổ, D. Hình ảnh XQ sau mổ 2 tháng, E. Hình ảnh phần mềm tại chỗ sau mổ 2 tháng.

Sau phẫu thuật, các bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch theo kết quả kháng sinh đồ cho đến khi kết quả xét nghiệm máu lắng, CRP, số lượng bạch cầu trở về mức bình thường, sau đó chuyển kháng sinh phổ rộng đường uống thêm 4 tuần. Các bệnh nhân được hẹn khám lại định kỳ cách 4 tuần sau mổ để đánh giá tình trạng nhiễm trùng trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của 3 ca bệnh

Đặc điểm lâm sàng		Ca bệnh 1	Ca bệnh 2	Ca bệnh 3
1. Loại viêm xương		Đường trực tiếp	Đường máu	Đường trực tiếp
3. Loại vi khuẩn gây viêm xương		Trực khuẩn mủ xanh	Tụ cầu vàng	Klebsiella Pneumoniae
2. Kích thước khuyết xương		3cm	4cm	4cm
4. Loại kháng sinh sử dụng		Meropenem	Meropenem+ Vancomycin	Meropenem + Gentamycin
5. Thời gian nằm viện		7 ngày	7 ngày	7 ngày
6. Thời gian khô vết thương		12 ngày	5 ngày	4 ngày
7. Xét nghiệm máu 2 tuần sau mổ	Số lượng bạch cầu (G/L)	9.08	9.82	9.39
	Tốc độ máu lắng 1h (mm)	2	14	16
	CRP (mg/dl)	4.6	1.05	4.3

8. Xét nghiệm máu 8 tuần sau mổ	Số lượng bạch cầu (G/L)	9.8	12.23	9.3
	Tốc độ máu lắng 1h (mm)	7	11	10
	CRP (mg/dl)	1.18	1.09	2

III. BÀN LUẬN

Viêm xương tủy ngày nay vẫn là một thách thức lớn trong chuyên ngành chấn thương chỉnh hình có thể dẫn đến tàn tật và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Chi phí điều trị gãy xương nhiễm trùng có thể cao gấp 1.2-6 lần so với chi phí điều trị gãy xương không nhiễm trùng. Đặc điểm lâm sàng của viêm xương tủy mạn tính là sự xuất hiện của xương chết và đường rò¹. Các nguyên tắc chung của điều trị viêm xương tủy mạn tính bao gồm phẫu thuật cắt lọc lấy bỏ xương chết và mô hoại tử, quản lý "không gian chết" bằng cách lấp đầy khoảng trống khuyết xương, che phủ phần mềm và điều trị kháng sinh toàn thân⁶. Sau khi cắt lọc, nạo viêm, lấy bỏ xương chết và mô hoại tử thường để lại một khoảng trống khuyết xương, đây chính là nơi đọng dịch, tụ máu, giảm phân phối kháng sinh làm tăng nguy cơ nhiễm trùng tái phát. Mặt khác kháng sinh toàn thân liều cao và kéo dài được sử dụng sau phẫu thuật có thể gây tác dụng phụ và độc tính toàn thân cho người bệnh. Để khắc phục những rủi ro này, liệu pháp kháng sinh tại chỗ đã ra đời và chứng minh được hiệu quả để lấp đầy khoảng trống khuyết xương và cung cấp nồng độ kháng sinh tại chỗ ở mức cao, kéo dài mặt khác ít tác dụng phụ hơn so với kháng sinh toàn thân đường tĩnh mạch⁷.

Polymethylmethacrylate (PMMA) được sử dụng lần đầu tiên cách đây hơn 50 năm trong phẫu thuật 2 thì đã trở thành tiêu chuẩn vàng cho một vật liệu mang và phân phối kháng sinh tại chỗ trong điều trị viêm xương tủy. Tuy nhiên PMMA có một số nhược điểm. Thứ nhất, đây là một vật liệu không phân hủy, không có đặc tính cảm ứng xương và dẫn truyền xương vì vậy cần phải phẫu thuật 2 để lấy bỏ và ghép xương, đồng nghĩa với việc tăng nguy cơ phẫu thuật, tăng chi phí điều trị và ảnh hưởng tâm lý người bệnh³. Thứ hai, không phải loại kháng sinh nào cũng có thể trộn được vào PMMA do phản ứng trùng hợp tạo nhiệt gây phá hủy và biến tính kháng sinh. Mặt khác một số nghiên cứu chỉ ra rằng với nhiệt độ >100 độ C tạo ra do phản ứng trùng hợp, các bề xương và nguyên bào xương khi tiếp xúc với PMMA có thể bị phá hủy và bất hoạt⁴. Thứ ba, không phải tất cả lượng kháng sinh trộn vào PMMA được giải phóng hoàn toàn, chỉ có 20% lượng kháng sinh được giải phóng ở vùng bề mặt do vậy gây lãng phí cho người

bệnh. Thứ tư, tỉ lệ trùng hợp giữa các monomer chỉ đạt được 96% ở vùng trung tâm và 84% vùng ngoại vi, do vậy sẽ giải phóng một lượng monomer nhất định tại chỗ dẫn đến lo ngại nguy cơ gây tác dụng phụ như hạ huyết áp trong thay khớp háng có xi măng⁴.

Chính vì những nhược điểm này, một số vật liệu mang và phân phối kháng sinh đã ra đời như Calci sulfate, calci carbonat, calci phosphate... CHA là vật liệu có thành phần hóa học giống với thành phần vô cơ của xương. Vật liệu này có thể lấp đầy khoảng trống khuyết xương do có tính tương thích sinh học cao, khả năng tự phân hủy do vậy không phải phẫu thuật 2 để lấy bỏ⁸. Với đặc điểm cấu tạo như một ma trận có các lỗ rỗng nhỏ li ti liên kết với nhau giúp chúng có khả năng mang và phân phối kháng sinh đồng thời tạo điều kiện để các tế bào tạo xương xâm nhập và phát triển⁵. Đặc điểm không tạo nhiệt và toàn bộ kháng sinh được trộn đều giải phóng hoàn toàn tạo nên những đặc tính vượt trội của CHA so với PMMA.

Năm 1998, Y.Yamashita sử dụng CHA điều trị cho 18 bệnh nhân viêm xương tủy mạn tính, theo dõi sau ít nhất 24 tháng kết quả cho thấy không có bệnh nhân nào tái phát nhiễm trùng⁵. Năm 2018, Visani và cộng sự báo cáo kết quả của một nghiên cứu hồi cứu bao gồm 97 bệnh nhân viêm xương tủy trong đó có 52 bệnh nhân được sử dụng PerOssal® để lấp đầy khoảng trống khuyết xương sau khi nạo viêm lấy xương chết. Kết quả cho thấy tỉ lệ khỏi bệnh ở nhóm được điều trị bằng PerOssal® là 86.5%, cao hơn đáng kể so với các nhóm khác⁶. Báo cáo của chúng tôi về 3 bệnh nhân trong đó có 2 bệnh nhân viêm xương tủy đường máu và 1 bệnh nhân đường trực tiếp, các bệnh nhân này được sử dụng các hạt CHA tẩm kháng sinh được lựa chọn theo kết quả kháng sinh đồ đặt vào khoảng trống khuyết xương sau khi nạo viêm lấy xương chết. Bệnh nhân 1 có kết quả cấy khuẩn là trực khuẩn mủ xanh, chúng tôi sử dụng kháng sinh là meropenem, bệnh nhân 3 có kết quả cấy khuẩn trước mổ là Klebsiella nên chúng tôi phối hợp giữa meropenem và gentamycin. Bệnh nhân 2 chưa có kết quả kháng sinh đồ trước mổ nên chúng tôi lựa chọn 2 kháng sinh phổ rộng là vancomycin và meropenem. Kết quả bước đầu sau 2 tháng theo dõi, cả 3 bệnh nhân đều có tình trạng tại chỗ ổn định, vết mổ liền sẹo, không viêm rò, không sưng nề tấy đỏ. Các xét

nghiệm máu như số lượng bạch cầu, CRP, tốc độ máu lắng của các bệnh nhân đều trong giới hạn bình thường.

IV. KẾT LUẬN

Vật liệu calci hydroxyapatite là loại vật liệu có khả năng phân hủy sinh học và phân phối kháng sinh tại chỗ đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu hiệu quả và an toàn của loạt 3 bệnh nhân viêm xương tủy mạn tính được điều trị bằng phẫu thuật một thì nạo viêm lấy xương chết, đặt các hạt CHA tẩm kháng sinh. Tuy nhiên cần có thêm nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn, thời gian theo dõi dài và các thử nghiệm lâm sàng để chứng minh được hiệu quả và tính an toàn của vật liệu này trong phẫu thuật một thì điều trị viêm xương tủy mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schmitt SK.** Osteomyelitis. Infect Dis Clin North Am. 2017; 31(2): 325-338. doi:10.1016/j.idc.2017.01.010
2. **Hw B, Hd G.** [Infection prevention and surgical management of deep insidious infection in total endoprosthesis]. Chir Z Alle Geb Oper Medizen. 1972;43(10). Accessed June 18, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5084870/>
3. **Grimsrud C, Raven R, Fothergill AW, Kim HT.** The in vitro elution characteristics of antifungal-loaded PMMA bone cement and calcium sulfate bone substitute. Orthopedics. 2011; 34(8): e378-381. doi:10.3928/01477447-20110627-05
4. **Staćzyk M, van Rietbergen B.** Thermal analysis of bone cement polymerisation at the cement-bone interface. J Biomech. 2004;37(12): 1803-1810. doi:10.1016/j.jbiomech.2004.03.002
5. **Yamashita Y, Uchida A, Yamakawa T, Shinto Y, Araki N, Kato K.** Treatment of chronic osteomyelitis using calcium hydroxyapatite ceramic implants impregnated with antibiotic. Int Orthop. 1998;22(4): 247-251. doi:10.1007/s002640050252
6. **Visani J, Staals EL, Donati D.** Treatment of chronic osteomyelitis with antibiotic-loaded bone void filler systems: an experience with hydroxyapatites calcium-sulfate biomaterials. Acta Orthop Belg. 2018;84(1):25-29.
7. **Wassif RK, Elkayal M, Shamma RN, Elkhesheh SA.** Recent advances in the local antibiotics delivery systems for management of osteomyelitis. Drug Deliv. 2021;28(1):2392-2414. doi:10.1080/10717544.2021.1998246
8. **Jiamton C, Apivatgaroon A, Aunaramwat S, et al.** Efficacy and Safety of Antibiotic Impregnated Microporous Nanohydroxyapatite Beads for Chronic Osteomyelitis Treatment: A Multicenter, Open-Label, Prospective Cohort Study. Antibiotics. 2023;12(6):1049. doi:10.3390/antibiotics12061049

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM NANG LÔNG VÙNG CÙNG CỤT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Thị Hằng¹, Quách Văn Kiên^{1,2}, Nguyễn Xuân Hùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh viêm nang lông vùng cùng cụt là tình trạng viêm mãn tính vùng cùng cụt, chủ yếu gặp ở người trẻ tuổi, là nhóm bệnh không đồng nhất, chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và không có sự đồng thuận về phương pháp điều trị. Nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật viêm rò xoang lông vùng cùng cụt tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án của 48 bệnh nhân (38 nam, 10 nữ, tuổi từ 15 đến 39) viêm nang lông vùng cùng cụt được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới với tỉ lệ nam:nữ xấp xỉ

4:1. Độ tuổi trung bình 21,7±5,8 tuổi. Bệnh nhân thừa cân béo phì chiếm gần nửa dân số nghiên cứu (41,7%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp chảy dịch mủ vùng cùng cụt (85,4%), lông trong nang (87,5%), đau (83,3%), lở rò ngoài da vùng cùng cụt (75%), khối sưng phồng (60,4%). Thời gian liền thương trung bình và tỉ lệ tái phát của các phương pháp phẫu thuật được thực hiện, rạch mở ổ viêm/cắt toàn bộ để hở vết thương là 5,6±4,2 tuần, không có ghi nhận tái phát; cắt toàn bộ xoang viêm đóng vết mổ với đường khâu nằm trên đường giữa là 5±2,1 tuần, tỉ lệ tái phát 5,3%; cắt toàn bộ xoang viêm đóng vết mổ với đường khâu nằm ngoài đường giữa (kỹ thuật Karydakis) là 7,6±4,3 tuần, không có ghi nhận tái phát; phẫu thuật nội soi đường rò là 5,3±2,9 tuần, tái phát 27,3%. Thời gian liền thương ngắn nhất là 14 ngày. Tỷ lệ thương giải phẫu bệnh 100% là lành tính, không phát hiện tế bào ác tính. Kết quả điều trị khỏi bệnh 44/48 (91,7%), tái phát 4/48 (8,3%). Thời gian liền thương trung bình 5,5±3,4 tuần. **Kết luận:** phẫu thuật cắt toàn bộ xoang viêm để hở vết thương và cắt toàn bộ đường rò, đóng vết mổ đường lệch giữa là kỹ thuật đơn giản, an toàn và hiệu quả trong điều trị viêm rò xoang lông vùng cùng cụt. **Từ khóa:** viêm nang lông vùng cùng cụt, bệnh tổ lông

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024