

cứ có 86,7% bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị mức tốt, cao hơn so với nhóm đối chứng có 63,3% ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt.** Chăm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc. Nhà xuất bản Y học; 2013.
2. **Nguyễn Mạnh Nhâm.** Bệnh trĩ. Những điều cần biết ở vùng hậu môn trực tràng. Nhà xuất bản Y học; 1995:29-35.
3. **Tạ Đăng Quang, Lê Thị Thu Hương.** Hiệu quả giảm đau điện châm nhóm huyết Thượng Liều, Thử Liều, Trung Liều trên bệnh nhân sau mổ trĩ theo phương pháp Milligan Morgan từ ngày thứ 2. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2022;158(10):78-84. doi:10.52852/tcncyh.v158i10.1029.
4. **Nguyễn Anh Việt.** Bước đầu đánh giá tác dụng Chè ngâm trĩ VHN sau phẫu thuật điều trị trĩ bằng phương pháp triệt mạch khâu treo. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở. Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội; 2011.
5. **Khan Raziq Mohd, Itrat M, Ansari Abdul Haseeb, Zulkifl Mohd, Ehtisham.** A study on associated risk factors of haemorrhoids. J Biol Sci Opin. 2015;3:36-38. doi:10.7897/2321-6328. 0318.
6. **Riss Stefan, Weiser Friedrich A, Schwameis Konrad, et al.** The prevalence of hemorrhoids in adults. Int J Colorectal Dis. 2012;27(2):215-220. doi:10.1007/s00384-011-1316-3.
7. **Sun Zhiming, Migaly Joseph.** Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management. Clin Colon Rectal Surg. 2016;29(1): 22-29. doi:10.1055/s-0035-1568144.

THEO DÕI LÂU DÀI HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT NẪN CHỈNH, CỐ ĐỊNH VẸO CỘT SỐNG TẠI ĐƠN VỊ CỘT SỐNG BỆNH VIỆN TRUNG VƯƠNG - TPHCM

Hồ Nhựt Tâm¹, Huỳnh Chí Hùng², Huỳnh Minh Tâm¹, Phan Thanh Trọng¹, Võ Văn Thành²

TÓM TẮT

Mở đầu: Vẹo cột sống (VCS) là một tật thể hiện trên lâm sàng trên mặt phẳng trán, khi cột sống lệch sang bên phải hay trái khỏi đường giữa. Vẹo cột sống có thể kèm theo kém cồng hay quá cồng. Vẹo cột sống tuổi thanh thiếu niên thường gặp nhất. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả phẫu thuật nắn chỉnh, cố định vẹo cột sống cấu hình toàn ốc chân cung tại Đơn Vị Cột Sống, BV Trưng Vương. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả loạt ca. **Kết quả:** Phương pháp phẫu thuật: (1) Cố định nắn chỉnh lõi sau: 32 ca (94%), (2) Giải phóng lõi trước và cố định lõi sau 2 thì với hai thanh nối: 1 ca. (3) Giải phóng lõi trước và cố định lõi sau 2 thì với ba thanh nối: 1 ca. Có 34 ca: Nữ: 26, Nam: 8. Tuổi trung bình: 17.6 tuổi. Nguyên nhân gồm Vô căn: 14 ca, Hội chứng: 14 ca, Bẩm sinh: 5 ca. Sẹo co rút: 1 ca. Vẹo cột sống nặng (40-60°): 14 ca, VCS rất nặng (> 60°): 20 ca. Vị trí vẹo: Ngực chính: 24 ca, Thắt lưng chính: 10 ca. Thời gian trung bình theo dõi lần cuối: 12.4 tháng. Độ nắn chỉnh sau mổ trung bình: 66.5%. Cao thêm sau mổ: +2.7 cm. Mất độ nắn chỉnh trung bình theo dõi lần cuối: 0.3°. Biến chứng: Trần máu màng phổi: 1 ca, liệt một phần chân phải do ốc đặt bể thành trong chân cung TL1 phải: 1 ca, mổ lại để chỉnh sửa vai cân: 1 ca, mổ lại do ốc chân cung N10 bên trái thủng thành trước, đứt ốc gần động mạch chủ: 1 ca. **Kết luận:** Đánh giá trước mổ VCS rất quan trọng cho việc chọn

lựa phương pháp mổ cũng như cấu hình nắn chỉnh vẹo phù hợp. Phẫu thuật nắn chỉnh-cố định với cấu hình toàn ốc chân cung với ý lược các điểm đặt ốc đúng thì cấu hình vững, ít mất độ nắn chỉnh. Kỹ thuật đặt ốc chân cung hình phễu cải biên áp dụng đúng mức không cần màn tạng sáng, giảm tỷ lệ biến chứng đặt ốc. **Từ khóa:** phẫu thuật VCS, cấu hình toàn ốc chân cung, truyền máu hoàn hồi.

SUMMARY

LONG-TERM FOLLOW-UP FOR TREATMENT EFFECTIVENESS FOR SCOLIOSIS CORRECTION & FIXATION SURGERY IN SPINE UNIT-TRUNG VUONG HOSPITAL, HCMC

Background: Scoliosis is a spinal deformity with lateral rotating curve on coronal plane; this condition is often accompanied by hypokyphosis or hyperkyphosis. Scoliosis is most common in adolescent patients. In addition to aesthetic issues that affect the psychology of patients, affect learning or marriage, daily activities; scoliosis mainly affects the respiratory and cardiovascular systems, as scoliosis progresses more and more with the development of the skeleton, especially during puberty. Surgical indication is strictly dedicated to severe scoliotic patients. **Objectives:** This purpose of this study is to assess the results of Scoliosis Surgery of the Spine Unit, Trung Vuong hospital since 2017. **Method:** Retrospective, case-series study. **Results:** Surgical method: Posterior correction/fixation: 32 cases (94%), two-stage anterior releasing and posterior correction-fixation with double rods system: 1 case, two-stage anterior releasing and posterior correction-fixation with triple rods system: 1 case. Patients data: Gender: Female: 26 cases, Male: 8 cases. Average age: 17.6 y.o. Etiologies include Idiopathic: 14 cases, syndrome 14 cases, Congenital 5 cases, Scar constricture 1 case. Severity: Severe

¹Bệnh viện Trưng Vương, TP.HCM, Việt Nam

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Nhựt Tâm

Email: bshonhattam@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025

scoliosis (40-60°): 14 cases and very severe scoliosis (>60°): 20 cases. Classification: Main Thoracic Scoliosis 24 cases and Main Lumbar Scoliosis 10 cases. The mean follow-up: 12.4 months. Average postop correction rate: 66.5%. Post-op height increase: +2.7 cm. Loss correction follow-up: 0.3°. Complications: Hemothorax: 1 case, partial paraplegia due to medially inserted displacement of right L1:1 case, revision surgery to correct shoulder balance: 1 case, removing surgery of T10 screw penetrated the anterior body cortex with its tip close to the aorta: 1 case.

Conclusion: Preoperative assessment of scoliosis is very important for choosing the appropriate surgical method as well as the appropriate pedicle construction for scoliosis correction. Posterior correction-fixation surgery with whole pedicle screws construct and precise entry point offer good stability, with little change after long-term follow-up. The modified natural anatomical technique to insert pedicle screws allows freehand without the use of C-arm reduces the complications. **Keywords:** Surgery for Scoliosis, whole pedicle screw construct, cell saver transfusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vẹo cột sống (VCS) là một tật thể hiện trên lâm sàng trên mặt phẳng trán, khi cột sống lệch sang bên phải hay trái khỏi đường giữa. Vẹo cột sống có thể kèm theo kém còng hay quá còng. Vẹo cột sống tuổi thanh thiếu niên thường gặp nhất. Nguyên nhân VCS: vô căn, hội chứng (Chiari, rối loạn tủy sống...), bẩm sinh (dính thân hay bản sống, dính xương sườn, xương sườn...) và thần kinh cơ (bại não, sốt bại liệt...). Ngoài vấn đề thẩm mỹ khiến ảnh hưởng tâm lý, ảnh hưởng học tập hay lập gia đình; VCS còn ảnh hưởng hô hấp-tim mạch, sinh hoạt hằng ngày khi độ vẹo diễn biến ngày càng nặng theo sự phát triển bộ xương của các ca VCS đang tuổi dậy thì. Tác giả Võ Văn Thành áp dụng cấu hình toàn ốc chân cung rất sớm tại BV Chấn thương Chỉnh hình TP. HCM cho thấy hiệu quả trong điều trị phẫu thuật VCS trong nước.⁸ Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nắn chỉnh VCS tại Đơn vị cột sống, BV Trưng Vương từ năm 2017.

Tổng quan. Vẹo cột sống là một tật biến dạng cột sống, đã đặt ra một mối quan tâm rất lớn từ xưa của ngành Trực-Nhi, nhất là khi tật xảy ra ở thanh thiếu niên ảnh hưởng đến sinh hoạt, chất lượng cuộc sống và tương lai. Điều trị phẫu thuật đóng vai trò rất quan trọng khi các phương pháp điều trị bảo tồn, mang nẹp, tập phục hồi chức năng thất bại.

Lịch sử điều trị phẫu thuật liên quan đến các ý niệm điều trị từ xâm nhập cột sống⁶ đến ít xâm nhập cột sống.² Sự nắn chỉnh trong không gian hai chiều bằng phương pháp kết hợp kéo tạ đầu-đuôi và hàn sau đã nhường chỗ cho dụng cụ Harrington đem lại hiệu quả tốt hơn trong thập

niên 1960. Khái niệm phẫu thuật nắn chỉnh trong không gian ba chiều lỗi sau của Luque⁶ bằng cách cột chỉ thép luồn dưới bản sống vào thanh nối chữ nhật hay chữ L (xâm nhập ống sống) hay ít xâm nhập ống sống của Cotrel-Dubousset^{1,2} bằng dụng cụ toàn móc bản sống, chân cung. Ốc chân cung compact-CD và các thế hệ ốc chân cung mới ngày càng thuận lợi cho phẫu thuật đã đem lại kết quả đáng ngạc nhiên khi áp dụng cấu hình lai ốc-móc^{1,2} và sau năm 1995 nghiêng hẳn về áp dụng cấu hình toàn ốc chân cung nắn chỉnh VCS trên thế giới nhất là Hàn, Đức và Mỹ.^{5,7} Ở Việt Nam chúng ta áp dụng khá sớm phương pháp này từ năm 2002.⁸

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân vẹo cột sống có góc vẹo đường cong chính > 40° phẫu thuật tại Đơn vị Cột Sống- Bệnh viện Trưng Vương, từ tháng 07/2017 đến tháng 11/2019

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân vẹo cột sống có góc vẹo đường cong chính > 40° được phẫu thuật tại Đơn vị Cột Sống- Bệnh viện Trưng Vương.

Tiêu chuẩn loại trừ. Các ca bệnh thiếu dữ liệu hay dữ liệu bị mất.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

Thu thập dữ liệu. Nghiên cứu viên sử dụng hồ sơ bệnh án để hoàn thành phiếu thu thập số liệu bao gồm: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, FEV1, BMI, góc vẹo, góc còng N5N12, bệnh lý kèm theo, nguyên nhân vẹo, độ nặng, phương pháp mổ, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, lượng máu truyền hoàn hồi, lượng máu truyền, số tầng hàn xương.

Phân tích dữ liệu. Nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1, số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

Các biến nhị giá và thứ tự được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình (giá trị nhỏ nhất - giá trị lớn nhất).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Dữ liệu chung

- Giới tính: Nam: Nữ= 8: 26. Tuổi trung bình: 17.6 tuổi (12- 33) gồm: 24 ca < 18 tuổi; 10 ca trên 18 tuổi.

- Nguyên nhân: 14 ca VCS hội chứng, 14 ca VCS vô căn, 5 ca VCS bẩm sinh, 1 ca VCS do sẹo co rút do nhiễm trùng hoại tử cân cơ da từ nhỏ.

- Phân bố theo độ nặng: 14 ca VCS nặng (40-60°), 20 ca VCS rất nặng (>60°).

- Vị trí đường cong vẹo chính: VCS ngực chính: 24 ca, 10 ca VCS Thắt lưng chính: 10 ca.

Kết quả điều trị:

- Phương pháp phẫu thuật:
 - o Chỉ cố định nắn chỉnh lõi sau: 32 ca.
 - o Giải phóng lõi trước và cố định lõi sau 2 thì với hai thanh nối: 1 ca.
 - o Giải phóng lõi trước và cố định lõi sau 2 thì với ba thanh nối: 1 ca.
- Thời gian phẫu thuật trung bình: 355 phút (240- 690).
- Số tầng hàn xương trung bình: 13 tầng (6-16).
- Lượng máu mất trung bình: 1060 ml (300-2000).
- Máu truyền trong mổ trung bình: 245 ml (0-1400).
- Máu hoàn hồi truyền trung bình: 595 ml (125-1200).
- Máu truyền sau mổ trung bình: 471 ml (0-1400).
- Tổng lượng máu truyền HCL trung bình: 716 ml (0- 2800).
- Thời gian theo dõi trung bình (FU): 12.4 tháng (1.2- 31.7).

Bảng 1: Kết quả điều trị và theo dõi VCS

	Trước mổ	Sau mổ	Theo dõi chốt
Chiều cao (cm)	156.8 (142-171)	160.1 (149-175)	159.8 (150-175)
Cân nặng (kg)	48.5 (37-70)	49.3 (35-72)	49.2 (36-76)
BMI (kg/m ²)	19.7 (14.5-27.3)	19.3 (13.7-25.8)	19.2 (14.2-27.6)
FEV1 (%)	83.6 (58-102)	59.1 (40- 82)	79.5 (59-107)
Góc vẹo chính (°)	66 (40- 123)	23.6 (4-59)	23.9 (4-59)
Góc còng N5-N12 (°)	25 (5-82)	21.2 (7-49)	24.2 (10-53)
Tỷ lệ nắn chỉnh (%)		66.5% (43.3-91.5)	
Mất độ nắn chỉnh (°)			0.3 (-3-5)

Nhận xét:

- Chiều cao của bệnh nhân tăng lên thêm 2.7 cm sau khi nắn chỉnh VCS.
- Tỷ lệ nắn chỉnh VCS đạt 66.5% và mất độ nắn chỉnh không đáng kể (0.3°).
- FEV1 của bệnh nhân giảm khoảng 25% sau đó phụ hồi gần về mức trước mổ.

Biến chứng: Có 4 ca (12%): 1 ca tràn máu màng phổi; 1 ca liệt vận động một phần do ốc đặt ra ngoài- phục hồi hoàn toàn sau chỉnh sửa ốc, 1 ca mổ lại để chỉnh sửa vai cân; biến chứng

cơ học: 1 ca ốc N10 bên trái thủng thành trước, đầu ốc gần động mạch chủ (mổ lấy ra an toàn).

Không ca nào bị nhiễm trùng. Không ca nào bị hội chứng mạc treo tràng trên.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ định mổ. Chỉ định mổ được đặt ra khi góc vẹo >40°. VCS sớm sẽ dễ đưa đến sự phát triển nhanh và ảnh hưởng lên vấn đề phổi tim mạch. VCS vô căn thường trở nặng rất nhanh khi đến tuổi dậy thì. VCS bẩm sinh xảy ra từ nhỏ càng có nguy cơ nặng hơn VCS vô căn. Điều trị phẫu thuật cho các ca VCS sớm, tiến triển nhanh rất quan trọng, giúp phòng tránh biến chứng tim phổi, không chỉ là vấn đề thẩm mỹ. Góc VCS trung bình 64.5° (40-110) với 10 ca độ vẹo >60°, số tầng cần nắn chỉnh-hàn xương trung bình là 13 tầng (6-15). Những ca VCS đến muộn do bẩm sinh hay sốt bại liệt, góc vẹo thường rất nặng khiến cuộc mổ rất khó khăn, sử dụng dụng cụ nhiều, chi phí rất cao, lại có nhiều rủi ro tai biến biến chứng. Đây là những yếu tố xem xét trước phẫu thuật.

Phẫu thuật nắn chỉnh càng khó khi độ vẹo càng nặng. Khi độ vẹo nặng, thường có các vấn đề suy hô hấp mạn tính kèm theo khiến sự can thiệp phẫu thuật phải được cân nhắc kỹ. Phải tập thở tích cực và cải thiện chức năng hô hấp tốt trước khi can thiệp. Phẫu thuật nắn chỉnh lõi trước hay sau, chức năng hô hấp luôn luôn giảm sau phẫu thuật 20%-30%. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy FEV1 giảm 24.5% sau mổ: FEV1 trước mổ trung bình: 83.6% (58- 102), FEV1 sau mổ trung bình: 59.1 % (40- 82). Phải mất thời gian lâu sau mổ tập thở chức năng hô hấp mới trở lại ngưỡng gần bình thường FEV1 FU 79.5% (59-107), lúc theo dõi lần cuối trung bình khoảng 12.4 tháng (1.2- 31.7). Tập thở tích cực trước mổ cũng giúp BN mau phục hồi chức năng hô hấp khi tiếp tục tập thở sau mổ tuy mất thời gian khá lâu vài tháng.

Phương pháp phẫu thuật. Nghiên cứu chúng tôi thực hiện mổ một thì trong 32 ca, nắn chỉnh phía sau qua một lần mổ. Quyết định phẫu thuật hai thì khi đường cong VCS đã cứng ngắt trong 02 ca (6%). Hai ca mổ này được thực hiện hai thì: cắt đĩa sống giải phóng lõi trước kèm theo kéo tạ để nắn chỉnh đường cong cứng ngắt trước khi mổ cố định-nắn chỉnh phía sau:

1. BN nữ 20 tuổi, VCS rất nặng hiếm gặp do sẹo co rút từ năm 2 tuổi, kéo dài 18 năm, với đường cong thắt lưng rất cứng, góc Cobb 85° và còng nặng N10-TL2: 45°; giải phóng lõi trước trước sau đó kéo tạ thời gian 7 ngày, trọng lượng tạ 8-14 kg, kết quả đạt giảm 35° và sau

đó nắn chỉnh lõi sau với mức độ sửa chữa khá tốt sau mổ nắn chỉnh cố định (48.2%). BN hài lòng sau mổ.



Tỉ lệ nắn chỉnh vẹo trước và sau phẫu thuật trên phim EOS: Góc Cobb T4-T10: 17° (từ 51°), T11-L4: 43° (từ 85°), độ cong cột sống ngực T5-T12: 28° (từ 34°), T10-L2: 11° (từ 45°), độ uốn cột sống thắt lưng T11-S1: 63° (từ 45°), độ sửa vẹo ở đỉnh gù so với trước phẫu thuật: 51%. Cải thiện chiều cao 4cm sau phẫu thuật (1m63 – 1m67).

2. BN nam, 17 tuổi VCS Marfan rất nặng đã tiến triển từ khi mới sinh, 3 đường cong, góc Cobb 123° kèm theo độ cong N5-N12: 82° và N10-TL2: 102°, mổ một tuần sau sau khi giải phóng lõi trước do kéo không hiệu quả sau giải phóng lõi trước. Khi đường cong nặng và cứng ngắt, rõ ràng cắt đĩa sống lõi trước và kéo nắn sau mổ không giúp cải thiện đường cong, nên chúng tôi quyết định ngưng kéo, mổ sớm. Đây là trường hợp quá nặng khi biến dạng đường cong vừa vẹo vừa cong đã dính cứng ngắt, sự giải phóng lõi trước không hữu ích do dính thành khối mẫu khớp phía sau nơi đỉnh vẹo. Đây cũng là ca duy nhất áp dụng kỹ thuật cố định ba thanh nối với cấu hình ốc chân cung tại đơn vị chúng tôi.



Trước và sau phẫu thuật 1 tuần

Vấn đề truyền máu: Phẫu thuật nắn chỉnh cố định VCS thường lượng mất máu lớn, cần phải truyền máu sau mổ. Kết quả nghiên cứu trong nhóm 34 BN này cho thấy có nhu cầu dùng hồng cầu lắng truyền thêm trong và sau mổ trung bình là 716 ml (0 - 2800). Có 33/34 ca được truyền máu hoàn hồi, lượng truyền máu hoàn hồi trung bình 595 ml (125-1200) cho mỗi ca mổ. Số lượng máu truyền ít hơn kết quả nghiên cứu năm 2004⁸ khi chưa sử dụng thường

quy máy truyền máu hoàn hồi, giúp giảm biết chứng truyền máu lượng lớn.

Mất nắn chỉnh khi theo dõi: Về theo dõi góc Cobb trong thời gian lâu dài, chúng tôi nhận thấy độ sửa chữa góc Cobb giảm đi theo thời gian không nhiều, chung cho các nhóm VCS nguyên nhân khác nhau là khoảng 0.3 độ, cho thấy cấu hình dụng cụ vững và đạt sự hàn xương tốt. Kết quả này tuy tốt hơn các tác giả kinh điển nhưng cần thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá chính xác. Se Il Suk ghi nhận kết quả mất độ nắn chỉnh cho ba nhóm: 1% cho nhóm cấu hình toàn ốc chân cung đạt độ nắn chỉnh 72%, 2% nhóm cấu hình lai móc-ốc đạt độ nắn chỉnh 66% và 6% cấu hình toàn móc với đạt độ nắn chỉnh 49%.⁷

Liljenqvist ghi nhận kết quả mất độ nắn chỉnh sau theo dõi cuối giữa 2 đến 12 năm cho nhóm 99 ca VCS ngực vô căn gồm: 49 ca cấu hình toàn móc CD và 50 ca cấu hình lai ốc chân cung thắt lưng và móc đầu trên ngực hay cấu hình toàn ốc chân cung, cho thấy mất độ nắn chỉnh đường cong chính ít hơn ở nhóm có dùng ốc chân cung 5.7%, so với nhóm toàn móc 10.6%.⁵ Tác giả kết luận đặt toàn bộ ốc chân cung hoặc cấu hình lai móc-ốc cho kết quả nắn chỉnh đường cong vẹo tốt hơn cho VCS ngực vô căn thanh thiếu niên. Tác giả Yongjung Kim ghi nhận mất độ nắn chỉnh sau theo dõi cuối (trung bình 2 năm) cấu hình toàn ốc (5.4%) ít hơn cấu hình toàn móc (8%) cho hai nhóm VCS vô căn (26 ca phẫu thuật bằng cấu hình toàn móc và 26 ca phẫu thuật cấu hình toàn ốc).⁴ Võ văn Thành 2004 ghi nhận mất độ nắn chỉnh sau theo dõi cuối (trung bình 9.6 tháng) trong báo cáo sơ khởi kết quả nắn chỉnh với cấu hình toàn ốc chân cung là 1.14°.⁸

Chức năng hô hấp: Nhóm 34 BN này có FEV1 sau mổ giảm khoảng 25% và tăng dần đến khi theo dõi lần chót khoảng 79.5%. Nanci Yuan ghi nhận ảnh hưởng của phẫu thuật VCS lên chức năng hô hấp ngay sau phẫu thuật, giảm lên đến 60% so với trước mổ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sự giảm chức năng hô hấp và nguyên nhân vẹo cũng như giữa các phương pháp phẫu thuật.¹⁰ Có 12 ca theo dõi lâu dài cho thấy chức năng hô hấp ở nhiều ca trở về bình thường sau 1 -2 tháng sau phẫu thuật. Sau theo dõi 6 tháng, giá trị chức năng hô hấp đạt 70% chức năng hô hấp bình thường.¹⁰

Francesc Faro nghiên cứu 54 ca VCS vô căn cho thấy sự phục hồi chức năng hô hấp (FEV1) không hoàn toàn khi theo dõi 3 tháng và một năm. Phương pháp phẫu thuật lõi sau cho thấy: chức năng hô hấp giảm sau mổ ít hơn và phục

hồi tốt hơn so với nhóm phẫu thuật lỗi trước.³ Ravishankar Vedantam nghiên cứu 98 ca sự thay đổi chức năng phổi (FVC, TLC, FEV1) sau mổ VCS vô căn cho thấy nhóm không can thiệp lồng ngực chức năng phổi được cải thiện 3 tháng sau mổ so với nhóm can thiệp lồng ngực giảm 3 tháng sau mổ. Sự cải thiện FVC, FEV1 sau 2 năm và theo dõi cuối ở nhóm không can thiệp lồng ngực tốt hơn so với nhóm can thiệp lồng ngực.⁹

V. KẾT LUẬN

Đánh giá trước mổ VCS rất quan trọng cho việc chọn lựa phương pháp mổ cũng như cấu hình nắn chỉnh vẹo phù hợp. Phẫu thuật nắn chỉnh-cổ định với cấu hình toàn ốc chân cung cho cấu hình vững, ít mất độ nắn chỉnh. Kỹ thuật đặt ốc chân cung hình phễu cải biên không cần màn tăng sáng, giảm tỷ lệ biến chứng đặt ốc. Đơn Vị Cột Sống, Bệnh Viện Trưng Vương thực hiện tất cả các yếu tố trên. Đây là những yếu tố góp nên kết quả tốt đẹp, khiến bệnh viện Trưng Vương thành nơi tin cậy cho ca VCS khắp trong nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cotrel, Y., J. Dubousset, M. Guillaumat.** New universal instrumentation in spinal surgery. Clin Orthop Relat Res. 1988; 227(10-23).
2. **Dubousset, J., Y. Cotrel.** Application technique of Cotrel-Dubousset instrumentation for scoliosis deformities. Clin Orthop Relat Res.1991;264):103-10.
3. **Faro, F. D., M. C. Marks, P. O. Newton, et al.** Perioperative changes in pulmonary function after anterior scoliosis instrumentation: thoracoscopic

- versus open approaches. Spine (Phila Pa 1976). 2005; 30(9):1058-63. 10.1097/01.brs.0000160847.06368.bb.
4. **Kim, Yongjung, Lawrence G. Lenke, Samuel K. Cho, et al.** Comparative Analysis of Pedicle Screw Versus Hook Instrumentation in Posterior Spinal Fusion of Adolescent Idiopathic Scoliosis. Spine. 2004; 29(2040-2048).
 5. **Liljenqvist, U., U. Lepsien, L. Hackenberg, et al.** Comparative analysis of pedicle screw and hook instrumentation in posterior correction and fusion of idiopathic thoracic scoliosis. Eur Spine J. 2002; 11(4):336-43. 10.1007/s00586-002-0415-9.
 6. **Luque, E. R.** The anatomic basis and development of segmental spinal instrumentation. Spine (Phila Pa 1976). 1982; 7(3):256-9. 10.1097/00007632-198205000-00010.
 7. **Suk, S. I., C. K. Lee, W. J. Kim, et al.** Segmental pedicle screw fixation in the treatment of thoracic idiopathic scoliosis. Spine (Phila Pa 1976). 1995; 20(12):1399-405.
 8. **Thành, Võ Văn, Trần Quang Hiến, Âu Dương Huy, et al.** Báo cáo sơ khởi về nắn chỉnh vẹo cột sống nặng lối sau bằng ốc chân cung áp dụng kỹ thuật đặt ốc hình phễu. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2004; 8(1):
 9. **Vedantam, R., L. G. Lenke, K. H. Bridwell, et al.** A prospective evaluation of pulmonary function in patients with adolescent idiopathic scoliosis relative to the surgical approach used for spinal arthrodesis. Spine (Phila Pa 1976). 2000; 25(1): 82-90. 10.1097/00007632-200001010-00015.
 10. **Yuan, N., J. A. Fraire, M. M. Margetis, et al.** The effect of scoliosis surgery on lung function in the immediate postoperative period. Spine (Phila Pa 1976). 2005; 30(19):2182-5. 10.1097/01.brs.0000181060.49993.4a.

TÁC ĐỘNG CỦA THỜI ĐIỂM THỰC HIỆN NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP DO SỎI ỐNG MẬT CHỦ

Bồ Kim Phương¹, Nguyễn Thị Quỳnh Mai¹,
Hồ Thanh Nhật Trường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi ống mật chủ là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây viêm tụy cấp (VTC) với tỷ lệ diễn tiến nặng và tử vong cao. Điều trị nội khoa kết hợp với nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) đã góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên, thời điểm thực hiện ERCP vẫn còn nhiều tranh cãi trong việc tối ưu hóa kết quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân VTC do sỏi ống mật chủ, tác động của thời điểm nội

soi mật tụy ngược dòng đến kết quả điều trị VTC do sỏi ống mật chủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi trên 53 bệnh nhân VTC do sỏi ống mật chủ được điều trị bằng nội soi mật tụy ngược dòng tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 01/2024 đến 02/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình $63,8 \pm 19,4$ tuổi. Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm 63,5%. Nữ giới chiếm 74% gấp khoảng 3 lần nam giới. Đau bụng là triệu chứng gặp ở tất cả bệnh nhân (100%). Tỷ lệ bệnh nhân VTC có viêm đường mật là 45,3%. Tỷ lệ điều trị thành công là 98,1%. Can thiệp ERCP sớm dưới 24 giờ làm cải thiện sớm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân ($p < 0,001$). Can thiệp ERCP sớm dưới 48 giờ làm giảm thời gian nằm viện ($p = 0,008$) và cải thiện sớm triệu chứng lâm sàng ($p = 0,005$). Tỷ lệ biến chứng sau ERCP chiếm 3,8%. **Kết luận:** VTC do sỏi ống mật chủ nên can thiệp sớm trong 48 giờ đầu giúp cải thiện

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thanh Nhật Trường
Email: truongho231196@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025
Ngày duyệt bài: 29.5.2025