

mờ cạnh tim 2 bên và hình ảnh đông đặc nhu mô phổi.

V. KẾT LUẬN

Khò khè là triệu chứng hô hấp thường gặp ở trẻ em. Viêm tiểu phế quản là căn nguyên gây khò khè thường gặp nhất ở nhóm < 12 tháng tuổi và thường liên quan đến kiểu hình khò khè khởi phát sớm với những đợt khò khè lần đầu tiên. Trong khi đó hen phế quản là nguyên nhân khò khè thường gặp ở nhóm > 24 tháng tuổi thường liên quan đến tình trạng khò khè dai dẳng nhiều đợt và kiểu hình khò khè khởi phát muộn.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn bệnh nhi và gia đình trẻ đã tham gia, hợp tác tốt trong quá trình nghiên cứu. Xin cảm ơn Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội và khoa Nhi đã tạo điều kiện thuận lợi để nhóm nghiên cứu có thể thu thập số liệu và hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, et al.** Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax*. 2007;62(9):758-766.
2. **Ana María Herrera Gana, et al.** Wheezing and asthma epidemiology in infants and preschoolers. Accessed June 19, 2025.
3. **Mandhane PJ, Greene JM, Cowan JO, Taylor DR, Sears MR.** Sex Differences in Factors Associated with Childhood- and Adolescent-Onset Wheeze. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;172(1):45-54.
4. **Nguyễn Thị Huyền,** "Kiểu hình khò khè của trẻ em dưới 5 tuổi tại Quảng Ninh." Trường Đại học Hà Nội, 2021.
5. **Hoàng Thị Thanh Mai,** "Nghiên cứu một số kiểu hình khò khè thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương." Trường Đại Học Hà Nội, 2018.
6. **Nguyễn Thị Hà,** "Nghiên cứu nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng theo nguyên nhân gây khò khè tái diễn và/hoặc dai dẳng ở trẻ dưới 5 tuổi." Trường Đại Học Hà Nội, 2013.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ CHỈNH HÌNH VẠO CỘT SỐNG KHỞI PHÁT SỚM Ở TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP BÓ BỘT

Trần Thái Hưng¹, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Vẹo cột sống khởi phát sớm(EOS) có thể tiến triển rất nhanh gây biến dạng lớn về cột sống, lồng ngực, ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân, là thách thức đối với bác sĩ và phẫu thuật viên cột sống. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu điều trị chỉnh hình vẹo cột sống khởi phát sớm ở trẻ em bằng phương pháp bó bột. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 18 bệnh nhân, với chẩn đoán vẹo cột sống khởi phát sớm, được điều trị chỉnh hình bằng phương pháp bó bột tại khoa Phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2025. Kết quả: Bó bột giúp giảm trung bình góc Cobb 15,2° và RVAD 9,4°. Trong quá trình điều trị ghi nhận sự gia tăng rõ rệt về chiều dài T1-T12 (trung bình 34.71mm), CCW(trung bình 18.7mm), SAL trái(trung bình 15.02mm), SAL phải (trung bình 17.51mm). Tốc độ tăng trưởng hàng năm cao hơn đáng kể ở những trẻ có góc Cobb và RVAD trước điều trị thấp. **Kết luận:** Bó bột trong điều trị chỉnh hình vẹo cột sống không chỉ hiệu quả trong việc chỉnh sửa biến dạng cột sống mà còn hỗ trợ sự phát triển của

lồng ngực và chiều dài cột sống ở trẻ mắc EOS.

Từ khóa: Vẹo cột sống; bó bột; sự phát triển cột sống, lồng ngực; dụng cụ chỉnh hình, trẻ nhỏ

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF CASTING METHOD IN THE TREATMENT OF EARLY ONSET SCOLIOSIS IN CHILDREN

Introduction: Early-onset scoliosis(EOS) can progress rapidly, leading to severe spinal and thoracic deformities that significantly impact patient health. It presents a major challenge for physicians and spine surgeons. **Objective:** To evaluate the preliminary outcomes of orthotic treatment for early-onset scoliosis in children using serial casting. **Methods:** A retrospective descriptive study of 18 patients diagnosed with early-onset scoliosis, treated with serial casting at the Spine Surgery Department, Viet Duc University Hospital, from May 2023 to May 2025. **Results:** Serial casting resulted in an average reduction of 15.2° in Cobb angle and 9.4° in RVAD. During treatment, there was a marked increase in T1-T12 spinal length (mean 34.71mm), chest circumference width (CCW, mean 18.7mm), left-side SAL(mean 15.02mm), and right-side SAL (mean 17.51mm). Annual growth rates were significantly higher in children with lower pre-treatment Cobb angles and RVAD. **Conclusion:** Serial casting for early-onset scoliosis is not only effective in correcting spinal deformities but also supports thoracic development and spinal growth in affected children

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hưng

Email: drthaihung98gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

Keywords: scoliosis; casts; spine/growth and development; thorax/growth and development; orthotic devices; child; preschool; infant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vẹo cột sống khởi phát sớm (EOS) định nghĩa là những đường cong cột sống lớn hơn 10 độ và khởi phát trước 10 tuổi¹. Vẹo khởi phát sớm là yếu tố nguy cơ cao đối với sức khỏe của người bệnh, đồng thời là thách thức đối với bác sĩ và phẫu thuật viên. Đường cong vẹo trong EOS có thể tiến triển rất nhanh gây biến dạng lớn về cột sống, lồng ngực ảnh hưởng tới sự phát triển, chức năng tim phổi. Nếu sự phát triển của cột sống bị rối loạn trong giai đoạn này, thể tích lồng ngực có thể bị hạn chế, cản trở phát triển của phổi dẫn đến suy giảm chức năng hô hấp lâu dài^{2,3}. Điều trị kịp thời trong giai đoạn vàng của sự phát triển cột sống và lồng ngực là điều thiết yếu^{4,5}.

Việc điều trị EOS là theo dõi sát sự tiến triển của đường cong và đưa ra quyết định điều trị đúng phương pháp và đúng thời điểm. Việc điều trị biến dạng cột sống bằng bó bột đã được ứng dụng trên thế giới từ năm 1877 bởi Lewis Sayre và được hoàn thiện bởi Mehta và Cotrel từ năm 1979⁶. Tại Việt Nam việc ứng dụng bó bột trong điều trị vẹo khởi phát sớm bắt đầu được ứng dụng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu điều trị chỉnh hình vẹo cột sống khởi phát sớm ở trẻ em bằng phương pháp bó bột, dựa trên mục tiêu chính về định lượng sự thay đổi về các chỉ số trên phim chụp X-quang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định vẹo cột sống khởi phát sớm, được điều trị bằng phương pháp bó bột tại khoa Phẫu thuật Cột sống bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán vẹo cột sống bao gồm:

- + Lâm sàng: Mắt cân đối trực dọc cột sống, tam giác cạnh thân hai bên
- Lệch vai, lệch thân mình
- + Cận lâm sàng: đường cong vẹo trên X-quang có góc Cobb ≥ 20 độ.

Góc Cobb tiến triển nhanh khi theo dõi định kỳ (Chỉ số APR > 10 độ khi theo dõi).

Chênh lệch góc sườn - cột sống (RVAD) ≥ 20 độ.

+ Được điều trị bằng phương pháp bó bột tại khoa Phẫu thuật cột sống, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

+ Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên

cứ, không đủ các biến số nghiên cứu, không tuân thủ điều trị và theo dõi.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2023 đến tháng 5/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Thực tế thu được 18 người bệnh.

2.2.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu: Sử dụng bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa trên các biến số và chỉ số phù hợp với mục tiêu.

Các biến số trong bệnh án nghiên cứu bao gồm: thông tin chung của người bệnh, đặc điểm về các chỉ số được đo lường trên Xq, kết quả sau điều trị.

2.2.4. Quy trình bó bột theo phương pháp Mehta: Bệnh nhân được mê nội khí quản, nằm ngửa, tư thế vuông góc với hai bàn mông đặt song song nhau, vai thân mình và khung chậu được cố định đặt nằm giữa khoảng trống giữa hai bàn mông. Cuộn lớp vải và bông lót từ dưới hõm nách 5cm đến dưới khớp mu. Tiến hành vừa cuốn bột, vừa nắn chỉnh xoay trục thân mình, bên lồi (convex side) được đẩy ra phía trước, bên lõm (concave side) đẩy ra phía sau. Tạo khoảng trống ở phía trước và phía sau bột. Thay bột khoảng 3 tháng/lần.



Hình 1: Bệnh nhân được gây mê toàn thân, thực hiện bó bột trong phòng mổ

2.2.5. Các phép đo lường trên phim X-quang: Đánh giá tại 2 thời điểm chính

(1) Trước khi bó bột lần đầu

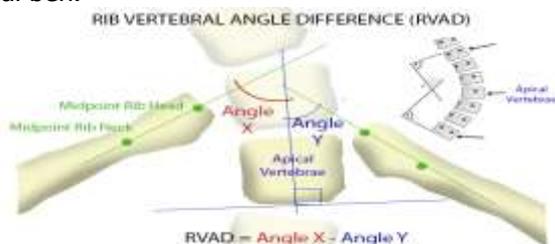
(2) Sau khi tháo bột lần gần nhất

Các thông số được đo từ phim X-quang cột sống tư thế đứng, sử dụng phần mềm MINERVA PACS

- Góc Cobb: Góc tạo bởi hai đường thẳng vẽ vuông góc với bờ trên của đốt sống tận phía trên và bờ dưới của thân đốt sống tận phía dưới của đường cong, đốt sống tận là đốt sống bị nghiêng nhất trong đường cong so với đường nằm ngang.

- Góc RVAD: Tính tại đốt sống đỉnh của đường cong, là hiệu số giữa hai góc tạo bởi

đường vuông góc với bờ dưới đốt sống đỉnh và đường nối hai đầu xương sườn và thân đốt sống hai bên.



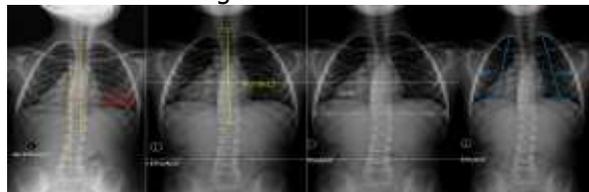
Hình 2: Chênh lệch góc sườn - cột sống

- Cân bằng mặt phẳng đứng ngang(mm): là khoảng cách đặt từ mẫu gai sau đốt C7 lệch sang bên so với gai sau xương cùng, lệch sang phải mang giá trị(+), trái mang giá trị(-)

- Chiều dài cột sống ngực T1-T12(khoảng cách từ đốt sống ngực thứ nhất đến đốt sống ngực thứ mười hai)

- Chiều rộng lồng ngực ở mặt phẳng đứng ngang: là khoảng cách ngang lớn nhất giữa hai mặt trong của xương sườn tại mức T8, phản ánh sự phát triển theo chiều ngang của lồng ngực.

- Không gian dành cho sự phát triển của phổi (SAL) ở bên trái (SAL-L) và bên phải (SAL-R) của lồng ngực (mm): được xác định riêng cho mỗi bên bằng khoảng cách thẳng đứng từ điểm giữa của xương sườn cao nhất đến trung tâm của cơ hoành cùng bên.



Hình 3: Các phép đo trên X-quang đánh giá trong bài viết

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

Kiểm định Shapiro-Wilk được dùng để đánh giá tính phân phối chuẩn của dữ liệu.

Với các so sánh theo thời gian của các thông số trên X-quang, nếu dữ liệu phân phối chuẩn, phân tích ANOVA được áp dụng. Phân tích tương quan giữa các biến ban đầu (Góc Cobb, RVAD.) và các kết quả tăng trưởng (T1-T12, SAL, CCW) được thực hiện bằng hệ số tương quan Spearman.

Mức ý nghĩa thống kê sử dụng trong nghiên cứu này là $p=0,05$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Tất cả

các bệnh đều được giải thích kĩ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Toàn bộ những thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. 18 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, trong đó có 10 nam và 8 nữ. Độ tuổi trung bình tại thời điểm bắt đầu bó bột là 2,88 tuổi. Mỗi bệnh nhân được bó bột trung bình 4 lần, khoảng cách giữa các lần bó bột trung bình là 10,6 tuần.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (%)
Nam	10(55)
Nữ	8(45)
Tuổi bắt đầu bó bột{trung bình (SD)}(tháng)	34,67(4,58)
Tuổi thời điểm bột lần cuối{trung bình (SD)}(tháng)	61(11,1)
Số lần bó bột trung bình{trung bình (SD)}	4,16(0,98)
Phương pháp điều trị tiếp theo	
Tiếp tục bó bột	14(77.78)
Mang áo nẹp	3(16.67)
Phẫu thuật	1(5.55)
Biến chứng	
Không có biến chứng	9(50)
Kích ứng da	3(16.68)
Lỏng bột	2(11.11)
Buồn nôn	2(11.11)
Không tuân thủ điều trị	1(5.55)
Tiến triển độ cong	1(5.55)

3.2. Hiệu quả chỉnh sửa biến dạng bằng phương pháp bó bột trên hình ảnh X-quang

Tại thời điểm lần tháo bột gần nhất, ghi nhận sự cải thiện rõ rệt về biến dạng cột sống trên X-quang sau khi thực hiện bó bột theo phương pháp Mehta liên tiếp

Góc Cobb trung bình giảm từ 40.5° (độ lệch chuẩn $SD=10.81^\circ$, khoảng 22.09-58.35) lúc ban đầu xuống còn trung bình 25.3 ($SD=10.47$, khoảng 9.74-45.79) tại thời điểm tháo bột gần nhất, mức giảm trung bình là 15.2.

Tương tự chênh lệch góc sườn- đốt sống (RVAD) cải thiện từ 24.2 ($SD=3.96$, khoảng 20.16-36.14) lúc ban đầu xuống còn 14.8 ($SD=4.79$, khoảng 8.12-29.64) tại thời điểm tháo bột gần nhất, mức giảm trung bình là 9.4.

Những thay đổi này cho thấy hiệu quả rõ rệt ở cả mặt phẳng đứng ngang và mặt phẳng xoay trục. Các giá trị chi tiết từng thông số được trình

bày ở bảng dưới

Bảng 2: Các thông số trên X-quang tại thời điểm ban đầu, lần gần nhất điều trị ở trẻ mắc EOS (n=18). Tính phân phối chuẩn của dữ liệu đánh giá bằng kiểm định Sapiro-Wilk

Thông số	Thời điểm	Giá trị TB	SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Tính phân phối chuẩn (Sapiro-Wilk)
Góc Cobb(°)	Trước điều trị	40.55	10.81	22.09	58.35	Có
Góc Cobb(°)	Lần gần nhất	25.27	10.47	9.74	45.79	Có
RVAD(°)	Trước điều trị	24.17	3.96	20.16	36.14	Có
RVAD(°)	Lần gần nhất	14.78	4.79	8.12	28.64	Có
T1-T12(mm)	Trước điều trị	166.95	12.41	132.18	187.81	Có
T1-T12(mm)	Lần gần nhất	201.67	13.24	167.33	230.46	Có
CCW(mm)	Trước điều trị	178.36	6.37	164.19	191.96	Có
CCW(mm)	Lần gần nhất	197.06	5.57	189.24	210.33	Có
SAL-L(mm)	Trước điều trị	116.67	13.59	98.82	143.24	Có
SAL-L(mm)	Lần gần nhất	131.69	12.46	113.74	155.12	Có
SAL-R(mm)	Trước điều trị	113.26	14.49	95.64	146.97	Có
SAL-R(mm)	Lần gần nhất	130.78	14.12	110.16	160.14	Có

Ký hiệu: RVAD, rib-vertebra angle difference; CCW, coronal chest width; SAL, space available for lung; SD, standard deviation

3.3. Đánh giá hiệu quả trên sự phát triển cột sống và lồng ngực. Chiều dài đoạn cột sống ngực T1-T12 trung bình tăng từ 166.95mm (trước điều trị) lên 201.67 (tại thời điểm đánh giá) tương ứng với mức kéo dài trung bình là 34.71mm (SD=5.2, dao động từ 25.25 – 47.15)

Chiều rộng lồng ngực ở mặt phẳng đứng ngang tăng trung bình 18.7mm (SD=2.82, dao động từ 13.26 – 26.93) từ 178.36 lên 197.06mm.

Khoảng không gian dành cho phổi cũng được mở rộng: Phổi trái tăng trung bình 15.02 mm (SD=3.04, dao động 9.98-23.31) từ 116.67 lên 131.69mm. Phổi phải tăng trung bình 17.51 mm (SD=5.4 dao động 10.65-31.59) từ 113.26 lên 130.78mm.

Các kết quả trên cho thấy bó bột không chỉ giúp tăng chiều dài cột sống mà còn thúc đẩy sự phát triển lồng ngực hai bên.

3.4. Đánh giá tốc độ tăng trưởng trung bình hàng năm của cột sống và sự phát triển lồng ngực (tính theo năm). Tốc độ tăng của chiều dài T1-T12 trung bình 19.1mm (SD=6.89, dao động 11.72-36.57).

Tốc độ tăng của chiều rộng lồng ngực mặt phẳng đứng ngang trung bình 10.44mm (SD=4.64mm, dao động 6.57mm – 24.94mm)

Không gian dành cho phổi trái (SAL-L) tăng với tốc độ 8.67mm/năm (SD=5.04, dao động 4.62- 25.62). Không gian dành cho phổi phải (SAL-R) tăng với tốc độ 10mm/năm (SD=6.13, dao động 5.11 – 30.99)

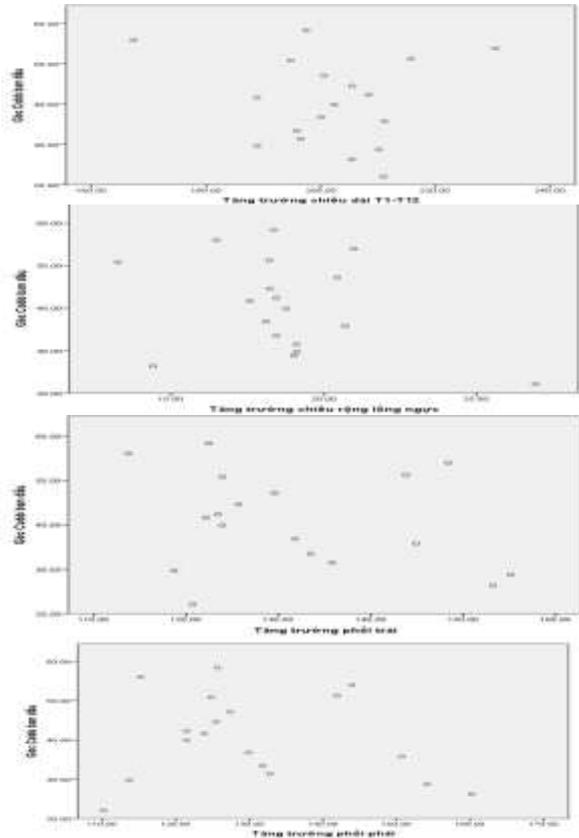
3.5. Môi liên quan giữa mức độ biến dạng ban đầu và sự phát triển cột sống và lồng ngực trong quá trình bó bột

Góc Cobb ban đầu có tương quan âm với + Tăng trưởng chiều dài cột sống T1-T12(r=-0.2)

+ Chiều rộng lồng ngực ở mặt phẳng đứng ngang CCW(r=-0.36)

+ Không gian dành cho phổi trái (SAL-L)(r=-0.28) và phổi phải (SAL-R)(r=-0.21)

➔ Các bệnh nhân có đường cong ban đầu với mức độ nhẹ hơn đạt được cải thiện cấu trúc lớn hơn



Góc RVAD ban đầu cũng cho thấy xu hướng tương tự với hệ số tương quan

+ Tăng trưởng chiều dài cột sống T1-T12($r=-0.24$)

+ Chiều rộng lồng ngực ở mặt phẳng đứng ngang CCW($r=-0.32$)

+ Không gian dành cho phổi bên trái (SAL-L)($r=-0.26$) và phổi bên phải (SAL-R)($r=-0.31$)

IV. BÀN LUẬN

Vẹo cột sống khởi phát sớm (EOS) là một thách thức rất lớn do liên quan đến biến dạng tiến triển của cột sống, suy giảm sự phát triển của lồng ngực². Trong nghiên cứu này, chúng ta thấy rằng bó bột không chỉ đạt hiệu quả chỉnh sửa đáng kể mà còn hỗ trợ sự phát triển của cột sống và lồng ngực. Góc Cobb trung bình giảm hơn 15° và RVAD giảm khoảng 9.4° phản ánh sự cải thiện rõ rệt ở cả mặt phẳng đứng ngang và mặt phẳng xoay. Trong đó mỗi tương quan có thể thấy được giữa góc Cobb và RVAD trước điều trị thấp và với sự phát triển của cột sống và lồng ngực lớn hơn cho thấy rằng các biến dạng nhẹ và được phát hiện sớm có khả năng đáp ứng tốt hơn với điều trị không phẫu thuật. Điều này củng cố quan điểm rằng bó bột đạt hiệu quả cao nhất khi được áp dụng sớm, đặc biệt ở những bệnh nhân có đường cong mềm dẻo và vô căn^{7,8}.

Đánh giá trên phim X-quang theo hai mốc thời gian chính cho thấy sự gia tăng đo lường được về chiều dài T1-T12, chiều rộng lồng ngực (CCW) và không gian dành cho phổi(SAL) hai bên. Tốc độ tăng trưởng hàng năm của các thông số cột sống và lồng ngực xác nhận rằng sự phát triển vẫn tiếp tục trong suốt quá trình bó bột. Hơn nữa mức độ biến dạng ban đầu, đặc biệt là góc Cobb và RVAD là yếu tố dự đoán kết quả, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc can thiệp điều trị sớm và có mục tiêu cụ thể.

Theo các nghiên cứu trước đây của Yang (2016), Ashebo (2023) đã ghi nhận hiệu quả của bó bột chỉnh hình vẹo cột sống trong việc chỉnh sửa đường cong trong EOS, đặc biệt khi bắt đầu trước 3 tuổi^{4,9}. Các phân tích của Ferodak (2019), Ballhause (2019) cũng cho thấy sự giảm đáng kể của góc Cobb, góc RVAD ở EOS với nhiều nguyên nhân khác nhau¹⁰. Tuy nhiên phần lớn các nghiên cứu này tập trung vào chỉnh sửa đường cong trên mặt phẳng đứng dọc và kết quả lâm sàng, trong khi rất ít nghiên cứu đánh giá tác động của bó bột đến sự phát triển của cột sống và lồng ngực.

Demirkiral (2015) ghi nhận tốc độ tăng trưởng chiều dài cột sống T1-T12 trung bình là 8,1mm/năm (dao động từ 6,2mm-10.6mm/năm)

ngay cả khi có dị tật bẩm sinh. Cao J(2017) so sánh tốc độ tăng trưởng hàng năm giữa nhóm có và không có dị tật bẩm sinh về cột sống, kết luận rằng nhóm không có dị tật có tốc độ phát triển cao hơn nhóm có dị tật. Li H(2024) ghi nhận sự gia tăng cả về chiều cao cột sống T1-T12 và chiều rộng lồng ngực. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ước tính trên X-quang về tốc độ tăng trưởng hàng năm của chiều dài đoạn cột sống ngực T1-T12 trung bình tăng 19.1mm/năm. Tốc độ tăng của chiều rộng lồng ngực mặt phẳng đứng ngang trung bình 10.44mm/năm. Không gian dành cho phổi trái (SAL-L) 8.67mm/năm, phổi phải (SAL-R) 10mm/năm. Qua đó chúng tôi củng cố giả thuyết rằng bó bột có thể bảo tồn, thậm chí thúc đẩy sự phát triển của cột sống và lồng ngực trong các giai đoạn phát triển quan trọng. Ngoài ra kết quả cũng cho thấy rằng hiệu quả điều trị không đồng nghĩa với thời gian bó bột kéo dài mà tốt hay không liên quan tới mức độ đường cong ban đầu và mức độ chỉnh sửa^{8,10}. Qua đó thấy rằng nên tiếp cận điều trị bệnh nhân theo từng cá thể, trong đó đánh giá X-quang ban đầu một cách tỉ mỉ có thể dự đoán tiên lượng và hỗ trợ quá trình điều trị.

Một số hạn chế của nghiên cứu như cỡ mẫu nhỏ. Cỡ mẫu nhỏ phản ánh tính hiếm gặp của EOS và tiêu chí chọn cỡ mẫu khắt khe. Tuy vậy các chỉ số kết quả chính vẫn cho thấy sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, củng cố độ tin cậy dù số lượng mẫu hạn chế. Việc không có nhóm đối chứng không bó bột cũng hạn chế khả năng so sánh trực tiếp với các phương pháp điều trị khác. Ngoài ra việc sử dụng các mốc thời gian trên phim X-quang có thể có sự biến thiên trên đo lường do có sự khác biệt về thời gian theo dõi và tốc độ phát triển cá nhân. Việc thiếu các phép đo về chức năng hô hấp khiến không thể đánh giá liên hệ của sự mở rộng thể tích lồng ngực và chức năng hệ hô hấp.

V. KẾT LUẬN

1. Nghiên cứu này cho thấy rằng bó bột chỉnh hình vẹo cột sống có thể hỗ trợ cả việc chỉnh sửa đường cong và sự phát triển của cột sống, lồng ngực ở bệnh nhân EOS, đặc biệt khi được áp dụng sớm cho các đường cong mềm dẻo.

2. Đánh giá mức độ nặng của đường cong vẹo cột sống sớm nhất có thể để xác định khả năng phù hợp với điều trị không phẫu thuật.

3. Tiến hành quy trình theo dõi chặt chẽ, kiểm soát mức độ tăng trưởng và cải thiện đường cong trên X-quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Williams BA, Matsumoto H, McCalla DJ, et al.** Development and initial validation of the Classification of Early-Onset Scoliosis (C-EOS). *J Bone Joint Surg Am.* 2014;96(16):1359-1367. doi:10.2106/JBJS.M.00253
2. **Moreno Mateo F, Bovonratwet P, Peiró García A.** Early-onset scoliosis. *Curr Opin Pediatr.* 2024; 36(1): 105-111. doi:10.1097/MOP.0000000000001318
3. **Karol LA.** The Natural History of Early-onset Scoliosis. *J Pediatr Orthop.* 2019;39(Issue 6, Supplement 1 Suppl 1): S38-S43. doi:10.1097/BPO.0000000000001351
4. **Yang S, Andras LM, Redding GJ, Skaggs DL.** Early-Onset Scoliosis: A Review of History, Current Treatment, and Future Directions. *Pediatrics.* 2016;137(1). doi:10.1542/peds.2015-0709
5. **Campbell RM, Smith MD, Mayes TC, et al.** The characteristics of thoracic insufficiency syndrome associated with fused ribs and congenital scoliosis. *J Bone Joint Surg Am.* 2003; 85(3): 399-408. doi:10.2106/00004623-200303000-00001
6. **Zampini JM, Sherk HH, Lewis A.** Sayre: the first Professor of Orthopaedic Surgery in America. *Clin Orthop.* 2008;466(9): 2263-2267. doi:10.1007/s11999-008-0349-6
7. **Mehta MH.** Growth as a corrective force in the early treatment of progressive infantile scoliosis. *J Bone Joint Surg Br.* 2005;87(9):1237-1247. doi:10.1302/0301-620X.87B9.16124
8. **Fedorak GT, MacWilliams BA, Stasikelis P, et al.** Age-Stratified Outcomes of Mehta Casting in Idiopathic Early-Onset Scoliosis: A Multicenter Review. *J Bone Joint Surg Am.* 2022;104(22): 1977-1983. doi:10.2106/JBJS.22.00344
9. **Ashebo L, Anari JB, Cahill PJ.** Update on the Diagnosis and Management of Early-onset Scoliosis. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2023; 16(10):447-456. doi:10.1007/s12178-023-09848-w
10. **Fedorak GT, D'Astous JL, Nielson AN, MacWilliams BA, Heflin JA.** Minimum 5-Year Follow-up of Mehta Casting to Treat Idiopathic Early-Onset Scoliosis. *J Bone Joint Surg Am.* 2019; 101(17): 1530-1538. doi:10.2106/JBJS.18. 01268

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ THỂ VI NHÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Đinh Thị Lan Anh¹, Lê Thị Yến^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ung thư biểu vủ thể vi nhú xâm nhập tại bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân ung thư vú thể vi nhú xâm nhập được điều trị tại bệnh viện K trong giai đoạn từ 01/2019 đến 10/2024. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 70 bệnh nhân UTV thể vi nhú xâm nhập điều trị tại bệnh viện K, tuổi trung bình là 51,1 tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là bệnh nhân tự phát hiện u vú (65,7%); bệnh giai đoạn III thường gặp nhất chiếm 52,9%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 83,5%, sống thêm không bệnh 5 năm là 73,8%. Giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng bệnh. **Kết luận:** Ung thư vú thể vi nhú xâm nhập có một số đặc điểm lâm sàng đặc trưng khác với các thể ung thư biểu mô khác. BN giai đoạn sớm đạt hiệu quả tốt sau điều trị.

Từ khóa: Ung thư vú thể vi nhú xâm nhập

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF INVASIVE MICROPAPILLARY CARCINOMA BREAST

¹Bệnh viện K

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leynbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

CANCER IN K HOSPITAL

Objective: To identify the clinical characteristics, the laboratory characteristics, the result of treatment, and the prognostic factors of Invasive Micropapillary Carcinoma breast cancer (IMPC). **Patients:** The patients were diagnosed invasive micropapillary carcinoma breast cancer and treated at Vietnam National Cancer Hospital from January 2019 to October 2024. **Method:** Retrospective combined prospective study, convenience sampling. **Results:** We collected 70 patients who were eligible for study. The average age at diagnosis was 51,1. The main presenting symptom was mass breast palpable (65,7%). The rate of stage III was 52,9%. The five-year overall survival rate was the five-year disease-free survival rate was 73,8%. The stage of disease was the main prognostic factor. **Conclusion:** Invasive Micropapillary Carcinoma breast cancer shows distinct features compared to other breast cancer subtypes. The majority of patients with early stage had excellent survival. **Keywords:** Invasive Micropapillary Carcinoma breast cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh lý ung thư thường gặp, có tỷ lệ mắc cao nhất trong các bệnh lý ung thư ở nữ giới¹. UTV thể vi nhú xâm nhập là thể hiếm gặp chiếm khoảng 2-7% ung thư vú xâm nhập^{2,3}. UTV thể vi nhú có đặc điểm lâm sàng khác biệt so với các thể bệnh khác, thường được chẩn đoán các bệnh nhân lớn tuổi, khối u lớn đã di căn hạch, khối u đã xâm nhập mạch, xâm