

treo và cho ăn sớm sau mổ được xem là chiến lược giảm biến chứng, cải thiện hồi phục và rút ngắn thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy khe hở thành bụng là dị tật bẩm sinh nặng, cần can thiệp sớm và lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật phù hợp. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2018–2023, phần lớn bệnh nhân được điều trị bằng đóng bụng hai thì có hỗ trợ túi silo, với thời gian can thiệp rút ngắn và tỷ lệ sống đạt 71%. Tử vong chủ yếu do sốc nhiễm khuẩn và suy hô hấp, song có xu hướng giảm qua các năm. Kiểm soát tốt quy trình đặt túi silo, áp lực ổ bụng và cho ăn sớm sau mổ góp phần cải thiện kết quả điều trị, nhấn mạnh vai trò của chẩn đoán sớm, vận chuyển kịp thời và hồi sức ban đầu đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paul D. Losty, Alan W. Flake RJR. Rickham's Neonatal Surgery. Vol Abdominal Wall Defects. ebook.
2. Rentea RM, Gupta V. Gastroschisis. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024. Accessed April 7, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557894/>
3. Muniz VM, Lima Netto. Influence of birthplace on gastroschisis outcomes in a state in the southeastern region of Brazil. Jornal de Pediatria.

2021;97(6):670-675.

doi:10.1016/j.jpeds.2021.02.004

4. Obeida A, El-Hussein R, NasrEldin HM, et al. Assessment of transfer-time and time-to-surgery as risk factors to survival in Gastroschisis (GS) in a LMIC; an eight-year review. Pediatr Surg Int. 2024;40(1):295.doi:10.1007/s00383-024-05872-0
5. Lee R, Dassios et al. Predictors of outcomes in infants with gastroschisis treated with a preformed silo. Pediatr Surg Int. 2024;41(1):22. doi:10.1007/s00383-024-05922-7
6. Oyinloye, et al. Challenges and Outcome of Management of Gastroschisis at a Tertiary Institution in North-Eastern Nigeria. Front Surg. 2020;7. doi:10.3389/fsurg.2020.00008
7. Okoro PE, Ngaikedi C. Outcome of management of gastroschisis: comparison of improvised surgical silo and extended right hemicolectomy. Annals of Pediatric Surgery. 2020; 16(1):5. doi:10.1186/s43159-019-0012-x
8. Räsänen L, Lilja HE. Outcome and management in neonates with gastroschisis in the third millennium—a single-centre observational study. Eur J Pediatr. 2022;181(6): 2291-2298. doi:10.1007/s00431-022-04416-9
9. Đinh Quang Lê Thanh. Đánh giá kết quả ngắn hạn của điều trị phẫu thuật hở thành bụng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh, 2018.
10. Nguyễn Văn Linh, Nguyễn Thanh Liêm, Bùi Đức Hậu. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị khe hở thành bụng bằng túi SILO tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Nghiên cứu Y học Tp Hồ Chí Minh. Published online 2011.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG THẮT LƯNG - GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT QUA LỖ LIÊN HỢP ĐIỀU TRỊ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG Ở BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Đức Cường¹, Đinh Mạnh Hải², Bùi Huy Mạnh³,
Nguyễn Thành Tam², Phạm Thị Bạch Diệp², Trần Thị Thùy Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp điều trị trượt đốt sống thắt lưng ở bệnh nhân loãng xương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 48 bệnh nhân trượt đốt có loãng xương được phẫu thuật cố định cột sống ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2023 đến 12/2023. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung

bình là $64,6 \pm 5,2$ (từ 55-81 tuổi). Tỷ lệ nữ/nam là 7/1. Có 14,6% bệnh nhân điều trị loãng xương trước phẫu thuật. 100% bệnh nhân đau thắt lưng kèm theo cách hồi thần kinh. VAS lưng trước mổ trung bình $6,96 \pm 0,98$ điểm, VAS chân kiểu rể trung bình $6,63 \pm 1,19$. Có 29,2% bệnh nhân có dấu hiệu bậc thang. 6,2% bệnh nhân rối loạn cơ tròn. Điểm ODI trung bình trước phẫu thuật là $60,1 \pm 8,1$. Có 11 bệnh nhân trượt đốt sống do khuyết eo (22,9%). Có 34% bệnh nhân có hẹp ống sống kèm theo (70,1%). Mật độ xương trung bình trước phẫu thuật là $-2,9 \pm 0,4$. Thời gian phẫu thuật trung bình là $109,1 \pm 22,4$. Biến chứng trong mổ gặp phải là rách màng cứng ở 2 bệnh nhân (4,3%). Triệu chứng lâm sàng bệnh nhân sau mổ cải thiện rõ rệt. Thời gian nằm viện trung bình là $8,6 \pm 2,6$ ngày. Điểm đau lưng và chân theo VAS giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ tại thời điểm khám lại 1 tháng, 6 tháng. ODI giảm đáng kể thời điểm khám lại sau 6 tháng. Tỷ lệ liền xương tốt và khá lần lượt là 72,9% và 20,8% thời điểm khám lại sau 6 tháng. Sau 12 tháng có 3 bệnh nhân bị lún miếng

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Cường

Email: cuongnguyenduc.yhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025

ghép đĩa đệm (6,3%) và 4 bệnh nhân bị lỏng vít (8,3%). **Kết Luận:** Phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp điều trị trượt đốt sống thắt lưng cùng ở bệnh nhân loãng xương có hiệu quả về lâm sàng giúp cải thiện đáng kể VAS, ODI. Tỷ lệ liền xương cao và biến chứng thấp. Việc tuân thủ điều trị loãng xương có vai trò quan trọng. **Từ khóa:** Trượt đốt sống thắt lưng, loãng xương, cố định cột sống ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

SUMMARY

OUTCOME OF TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION IN THE TREATMENT OF LUMBOSACRAL SPONDYLOLISTHESIS IN OSTEOPOROTIC PATIENTS

Objective: To evaluate the outcomes of transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) surgery in the treatment of lumbosacral spondylolisthesis in osteoporotic patients. **Methods:** A retrospective descriptive study of 48 osteoporotic patients with lumbar spondylolisthesis who underwent transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) at Hanoi Medical University Hospital from January 2023 to December 2023. **Results:** In our study, the average age was 64.6 ± 5.2 years (ranging from 55 to 81). The female-to-male ratio was 7:1. Only 14.6% of patients received osteoporosis treatment prior to surgery. All patients presented with low back pain accompanied by neurological claudication. The average preoperative VAS score for back pain was 6.96 ± 0.98 , and for radicular leg pain, it was 6.63 ± 1.19 . Step-off sign was observed in 29.2% of patients. Sphincter dysfunction was noted in 6.2%. The average preoperative ODI score was 60.1 ± 8.1 . Isthmic spondylolisthesis was found in 11 patients (22.9%). Coexisting spinal canal stenosis was present in 34% of patients (70.1%). The average preoperative bone mineral density (BMD) was -2.9 ± 0.4 . Mean operative time was 109.1 ± 22.4 minutes. Intraoperative complication of dural tear occurred in 2 patients (4.3%). Postoperative clinical symptoms improved significantly. The average hospital stay was 8.6 ± 2.6 days. VAS scores for back and leg pain showed statistically significant improvement at 1 and 6 months postoperatively ($p < 0.01$). ODI scores also improved significantly at the 6-month follow-up. The rates of good and fair fusion at 6 months were 72.9% and 20.8%, respectively. At 12 months, 3 patients (6.3%) experienced cage subsidence and 4 patients (8.3%) had screw loosening. **Conclusion:** Transforaminal lumbar interbody fusion is clinically effective in treating lumbar spondylolisthesis in osteoporotic patients, with significant improvements in VAS and ODI scores, high fusion rates, and low complication rates. Adherence to osteoporosis treatment plays an important role. **Keywords:** Lumbar spondylolisthesis, osteoporosis, transforaminal lumbar interbody fusion, Hanoi Medical University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương (LX) được định nghĩa là mật độ khoáng xương thấp do cấu trúc vi mô của xương

bị thay đổi làm tăng độ giòn của xương. Loãng xương dẫn đến giảm đáng kể chất lượng cuộc sống, làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và tàn tật¹. Loãng xương được coi là một vấn đề sức khỏe lớn hiện nay vì nó ảnh hưởng đến một tỷ lệ không nhỏ dân số trên 50 tuổi. Ở các nước phát triển, 2% đến 8% nam giới và 9% đến 38% nữ giới bị ảnh hưởng¹. Tại Việt Nam tỷ lệ này là 30% ở nữ giới và 10% ở nam giới². Dân số già đang tăng nhanh trên thế giới, kéo theo sự gia tăng các trường hợp bệnh lý cột sống kèm theo loãng xương.

Trượt đốt sống (TĐS) thắt lưng là sự di chuyển bất thường của đốt sống trên so với đốt sống dưới ở vùng thắt lưng. Bệnh lý này là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau thắt lưng, bệnh ảnh hưởng lớn tới đời sống và kinh tế của người bệnh, đồng thời là gánh nặng cho xã hội... TĐS là bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây ra như bẩm sinh, thoái hoá, khuyết eo, chấn thương... bệnh cảnh lâm sàng thường đa dạng, dễ nhầm lẫn với nhiều bệnh thoái hoá cột sống khác. Về điều trị, TĐS thắt lưng trên bệnh nhân loãng xương có thể được điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật. Phẫu thuật được đặt ra khi có bằng chứng của sự mất vững cột sống, chèn ép thần kinh làm giảm chức năng và chất lượng cuộc sống.

Phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng bằng vít qua cuống và hàn xương liên thân đốt sống qua lỗ liên hợp điều trị trượt đốt sống được áp dụng rộng rãi trên thế giới cũng như tại Việt Nam nhiều thập niên qua. Phương pháp này có ưu điểm hạn chế tổn thương rễ thần kinh do không cần thao tác vén rễ và tỷ lệ liền xương cao. Tuy nhiên ở những bệnh nhân loãng xương phẫu thuật này gặp phải một số khó khăn, do có mật độ xương thấp nên độ cố định của vít trong xương giảm đáng kể, dẫn đến tăng nguy cơ lỏng vít, nhổ vít, không liền xương, lún miếng ghép đĩa đệm vào thân đốt sống. Để khắc phục tình trạng này phẫu thuật viên có thể lựa chọn các phương pháp: tăng chiều dài, đường kính vít, sử dụng vít 2 bước ren, vít rỗng lòng có bơm xi măng^{3,4}...

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân trượt đốt sống có loãng xương (Tscore $\leq -2,5$) đã được phẫu thuật bằng cố định cột sống ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp sử dụng vít ren đôi tại Khoa Ngoại thần kinh cột sống, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu các ca lâm sàng

Cỡ mẫu: 48 bệnh nhân, chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân trượt đốt sống có loãng xương ($Tscore \leq -2,5$) được phẫu thuật TLIF

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng, hồ sơ bệnh án không đầy đủ

Các chỉ số nghiên cứu: Thông tin chung: tuổi, giới, tiền sử điều trị loãng xương. Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng đau thắt lưng, đau lan kiểu rễ theo thang điểm VAS, dấu hiệu bậc thang, rối loạn cơ tròn. Đặc điểm hình ảnh xquang, MRI về mức độ trượt, tổn thương đĩa kèm theo. Kết quả sau phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, mức độ cải thiện các triệu chứng, thời gian nằm viện, biến chứng, mức độ phục hồi khi khám lại, mức độ liền xương, lỏng vít, lún miếng ghép.

Đạo đức trong 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 lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ

Đặc điểm		Số lượng (N=48)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	6	12,5
	Nữ	42	87,5
Tuổi	<60 tuổi	8	16,7
	≥ 60 tuổi	40	83,3
	X±SD (Min - Max)	64,6 ± 5,2 (55-81)	

Nhận xét: Tỷ lệ nữ/nam là 7/1. Độ tuổi trung bình là 64,6 ± 5,2.

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau thắt lưng	48	100
Đau kiểu rễ	48	100
Dấu hiệu bậc thang	19	39,6
Rối loạn vận động	7	14,6
Rối loạn cơ tròn	3	6,3

Nhận xét: Đau thắt lưng và đau kiểu rễ gặp ở 100% bệnh nhân, dấu hiệu bậc thang ở 19 bệnh nhân chiếm 39,6%. Có 3 bệnh nhân rối loạn cơ tròn (6,3%) và 7 bệnh nhân rối loạn vận động trước mổ (14,6%)

Bảng 3.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Đặc điểm	Số lượng (N=48)	Tỷ lệ (%)
Độ trượt	Độ 1	41
	Độ 2	7

Khuyết eo	11	22,9
Thoái hóa	37	77,1

Nhận xét: Có 85,4% bệnh nhân trượt đốt sống độ I, 22,9% bệnh nhân trượt đốt sống có khuyết eo.

Bảng 3.4. Mật độ xương trước mổ

Mật độ xương	Số lượng (N=48)	Tỷ lệ (%)
-2,5 đến -3,5	41	85,4
<-3,5	7	14,6
Tổng	48	100

Nhận xét: Có 14,6 % bệnh nhân loãng xương có mật độ xương nhỏ hơn -3,5. Mật độ xương trung bình trước phẫu thuật là $-2,9 \pm 0,4$.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.5. Thời gian phẫu thuật và nằm viện

	Thời gian phẫu thuật (phút)	Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)
Trung bình	109,1 ± 22,4	8,6 ± 2,6
Min-Max	60-210	5 – 17

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình 109,1 ± 22,4, ngắn nhất là 60 phút và dài nhất 210 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 8,6 ± 2,6

Bảng 3.6. Mức độ cải thiện lâm sàng theo mức độ loãng xương

		Mật độ xương		p
		-2,5 đến -3,5	< -3,5	
Mức độ cải thiện triệu chứng (Trước-sau) trung bình	VAS lưng	4,85±1,06	3,71±0,95	0,012
	VAS chân	5,27±1,37	5,28±0,48	0,57
	ODI %	38±9,4	32,1±6,73	0,11

Nhận xét: Điểm VAS lưng giảm trung bình 4,85 ± 1,06 ở nhóm có mật độ xương từ -2,5 đến -3,5 và giảm 3,71 ± 0,95 điểm ở nhóm có mật độ xương < -3,5 với p = 0,012.

Bảng 3.6. Liên quan mức độ liền xương và điều trị loãng xương

		Điều trị loãng xương		Tổng
		Có	Không	
Mức độ liền xương theo Bridwell	Tốt	26	7	33
	Khá	6	6	12
	Trung bình	0	3	3
Tổng		32	16	48

$P=0,008$

Nhận xét: Có 26/33 bệnh nhân tuân thủ điều trị loãng xương ở nhóm liền xương tốt. Có 3/3 bệnh nhân không tuân thủ điều trị loãng xương ở nhóm bệnh nhân liền xương trung bình với p=0,008.

Bảng 3.7. Biến chứng khi tái khám

Biến chứng	Số lượng (N=50)	Tỷ lệ (%)
Lồng vít	4	8,3
Nhổ vít	1	2,1
Lún miếng ghép đĩa đệm	3	6,3

Nhận xét: Khi tái khám có 8,3% bệnh nhân có dấu hiệu lồng vít, 6,3% bệnh nhân bị lún miếng ghép đĩa đệm vào thân đốt sống.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình bệnh nhân là $64,6 \pm 5,2$ và tỷ lệ nữ/nam là 7/1. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Lê Bá Tùng⁴ 2024 với tuổi trung bình là 64,7 và tỷ lệ nữ/ nam là 5,3/1. Hầu hết bệnh nhân loãng xương đều là người cao tuổi, mặt khác nữ giới trên 55 tuổi có nhiều yếu tố gây loãng xương hơn so với nam giới. 100% bệnh nhân có biểu hiện của đau thắt lưng và đau kiểu rẽ, kết quả này tương tự nghiên cứu của Kiều Đình Hùng⁵ 2021 với tỷ lệ đau thắt lưng và đau kiểu rẽ lần lượt 100% và 96,2%. Nguyên nhân chèn ép thần kinh trong trượt đốt sống có thể do thoát vị đĩa đệm, phì đại mấu khớp, bờ sau trên của thân đốt sống hoặc tổ chức xơ của khe hở eo. Dấu hiệu bậc thang là dấu hiệu biến dạng đặc trưng của trượt đốt sống, tuy nhiên cũng khó khám phát hiện những trường hợp trượt do khuyết eo, hay trượt độ I bệnh nhân to béo, trong nghiên cứu của chúng tôi có 39,6% bệnh nhân có dấu hiệu bậc thang, kết quả này tương tự của tác giả Kiều Đình Hùng⁵ 2021 là 29,4%. Rối loạn vận động gập ở 14,6% cũng tương tự của tác giả Kiều Đình Hùng⁵ là 14,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân là trượt độ I theo phân độ của Meyerding với tỷ lệ (85,4%), 77,1% là trượt do thoái hóa. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Kiều Đình Hùng⁵ 2021 với trượt độ I là 81,7% và 67,1% trượt thoái hóa. Mật độ xương trung bình trước phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là $-2,9 \pm 0,4$ SD, kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Bá Tùng⁴ với mật độ xương trung bình là $-3,1$ SD. Thời gian phẫu thuật trung bình 109,1 phút thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Kiều Đình Hùng⁵ 2021 thời gian phẫu thuật trung bình 1 tầng là 125 phút. Có thể do càng về thời gian gần đây khi kỹ thuật càng hoàn thiện thì thời gian phẫu thuật cũng rút ngắn hơn đáng kể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đau thắt lưng giảm đáng kể sau phẫu thuật, ở nhóm bệnh nhân có mật độ xương từ $-2,5$ đến $-3,5$ mức độ giảm VAS lưng trung bình là $4,85 \pm 1,06$ cao hơn so với nhóm có mật độ xương $< -3,5$ là $3,71 \pm 0,95$. Khác biệt có ý nghĩa thống

kê với $P = 0,012$. Mức độ giảm đau chân ở nhóm có mật độ xương từ $-2,5$ đến $-3,5$ và nhóm có mật độ xương $< -3,5$ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tương tự mức độ giảm ODI ở cả 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,11$. Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân có mật độ xương $< -3,5$ thấp hơn nhiều so với nhóm còn lại nên các kiểm định về mối liên quan các biến ở 2 nhóm này thường chưa đủ ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Cho và cộng sự 2018 với điểm VAS lưng trước mổ trung bình là 7,2 giảm xuống còn 3,3 sau mổ 6 tháng, và điểm VAS chân trung bình trước mổ giảm từ 7,2 xuống 1,9. Theo tác giả Đỗ Mạnh Hùng⁶ 2025 ODI trung bình trước mổ và sau mổ 6 tháng lần lượt là $59,8 \pm 11,2\%$ và $18,8 \pm 8,2\%$. Tỷ lệ liền xương tốt và khá trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao với 93,7%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Mạnh Hùng⁶ là 92,5%. Đồng thời có mối liên quan giữa việc tuân thủ điều trị loãng xương sau mổ và mức độ liền xương với $p = 0,008$. Ở nhóm ít loãng xương hơn tỷ lệ liền xương tốt cao hơn, ngược lại ở nhóm loãng xương nặng hơn thì tỷ lệ liền xương kém cao hơn. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự kết quả trong nghiên cứu so sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân có loãng xương và không loãng xương của Cho và cộng sự⁷ 2018 thì tỉ lệ liền xương cao hơn ở nhóm không loãng xương so với nhóm loãng xương với tỷ lệ liền xương lần lượt là 90,6% và 82,1% ở thời điểm khám lại sau 1 năm. Các biến chứng gặp phải tại thời điểm khám lại xa sau phẫu thuật là lồng vít với tỷ lệ 8,3% và lún miếng ghép ở 6,3%. Phẫu thuật ghép xương liên thân đốt ở bệnh nhân loãng xương vẫn là thách thức do chất lượng xương kém dễ dẫn đến lún miếng ghép vào thân đốt hay vít không có lực bám giữ tốt trong thân đốt dẫn đến lồng vít, nhổ vít. Trong nghiên cứu của tác giả Formby⁸ và cộng sự 2016, tỷ lệ lồng vít và di lệch miếng ghép ở nhóm bệnh nhân loãng xương lần lượt là 22,2% và 11,1% cao hơn so với nhóm bệnh nhân không loãng xương với tỷ lệ lần lượt là 8,6% và 1,4%.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp điều trị trượt đốt sống thắt lưng cùng ở bệnh nhân loãng xương có hiệu quả về lâm sàng giúp cải thiện đáng kể VAS, ODI. Tỷ lệ liền xương cao và biến chứng thấp. Mức độ loãng xương trước mổ có liên quan đến kết quả cải thiện lâm sàng của người bệnh. Việc tuân thủ điều trị loãng xương

có vai trò quan trọng giúp tăng tỷ lệ liền xương cũng như hạn chế các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Porter JL, Varacallo M. Osteoporosis. StatPearls: Treasure Island (FL); 2023.
2. Lan HPT, Uyen NTD. Reference ranges for bone mineral density and prevalence of osteoporosis in Vietnamese men and women. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12:1-7.
3. Dai F, Liu Y, Zhang F, et al. Surgical treatment of the osteoporotic spine with bone cement-injectable cannulated pedicle screw fixation: technical description and preliminary application in 43 patients. Clinics. 2015;70:114-119.
4. Lê Bá Tùng, Dương Đại Hà. Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống ở bệnh nhân loãng xương. Tạp Chí Học Cộng Đồng. 2024;65(2).
5. Kiều Đình Hùng, Nguyễn Vũ, Đình Mạnh Hải. Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí nghiên cứu Y học, 2021; 169-175
6. Đỗ Mạnh Hùng, Phạm Minh Đức. Kết quả hàn xương liên thân đốt lồi sau (TLIF) cho bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có loãng xương tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí y học Việt Nam, 2025; 1-3
7. Jae Hwan Cho, Chang Ju Hwang. Effect of osteoporosis on the clinical and radiological outcomes following one-level posterior lumbar interbody fusion. Journal of Orthopaedic Science 2018; 1-8
8. Peter M. Formby, Daniel G. Kang. Clinical and Radiographic Outcomes of Transforaminal Lumbar Interbody Fusion in Patients with Osteoporosis. Global Spine J 2016;6:660-664

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT PHÂN THỦY PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA INDOCYANINE GREEN (ICG): BÁO CÁO KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Khắc Kiềm¹, Mai Văn Tuấn¹, Nguyễn Đình Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi cắt phân thủy phổi dưới hướng dẫn của chất chỉ thị màu huỳnh quang Indocyanine Green (ICG) tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng hồi cứu gồm 10 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IA được chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ cắt phân thủy phổi dưới hướng dẫn của ICG tại Khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện K từ tháng 6 đến tháng 7 năm 2025. Các thông tin được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, phẫu thuật, và kết quả hậu phẫu. Dữ liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê mô tả. **Kết quả:** Tất cả 10 bệnh nhân đều được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giai đoạn IA và được phẫu thuật thành công. Tỷ lệ xác định ranh giới gian phân thủy (ISP) bằng ICG đạt 100%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 87,9 phút, lượng máu mất trung bình 41 mL. Không ghi nhận trường hợp tử vong trong mổ hoặc trong vòng 30 ngày sau mổ. Có 1 ca tràn khí kéo dài được phân độ II theo phân loại Clavien-Dindo. Số lượng hạch trung bình được nạo vét là 8 hạch, không phát hiện di căn hạch trong tất cả các trường hợp. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt phân thủy phổi dưới hướng dẫn của ICG là kỹ thuật khả thi, an toàn và hiệu quả, giúp xác định chính xác mặt phẳng gian phân thủy và đảm bảo diện cắt triệt căn. Kết quả bước đầu cho thấy kỹ thuật này có thể

được ứng dụng rộng rãi tại các cơ sở phẫu thuật lồng ngực tại Việt Nam. **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật cắt phân thủy phổi, nội soi lồng ngực một lỗ, Indocyanine Green.

SUMMARY

INDOCYANINE GREEN (ICG)-GUIDED THORACOSCOPIC PULMONARY SEGMENTECTOMY: INITIAL RESULTS FROM K HOSPITAL

Objective: To describe the technique and evaluate the initial outcomes of indocyanine green (ICG) fluorescence - guided thoracoscopic segmentectomy at K Hospital. **Patients and Methods:** This was a retrospective case series of 10 patients with stage IA non-small cell lung cancer who underwent single-port video-assisted thoracoscopic segmentectomy with ICG guidance at the Department of Thoracic Surgery, K Hospital, from June to July 2025. Data collected included clinical characteristics, surgical details, and postoperative outcomes. Descriptive statistical methods were used for data analysis. **Results:** All 10 patients were diagnosed with stage IA lung adenocarcinoma and successfully underwent surgery. The rate of intersegmental plane (ISP) identification using ICG was 100%. The mean operative time was 87.9 minutes, and the mean estimated blood loss was 41 mL. No intraoperative or 30-day postoperative mortality was recorded. One case of prolonged air leak was observed, graded as Clavien-Dindo II. The mean number of dissected lymph nodes was 8, with no lymph node metastases detected in any case. **Conclusion:** ICG fluorescence-guided thoracoscopic segmentectomy is a feasible, safe, and effective technique that allows precise identification of the intersegmental plane and ensures

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Mai Văn Tuấn

Email: maituan115@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025