

- plasty_for_patients.96.aspx
7. **Tăng XH, Trần ML, Lê XT.** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ bẩm sinh theo kỹ thuật push back tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An năm 2018 - 2021. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;511(1). doi:10.51298/vmj.v511i1.2060
 8. **Funayama E, Yamamoto Y, Nishizawa N, et al.** Important points for primary cleft palate repair for speech derived from speech outcome after three different types of palatoplasty. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2014;78(12):2127-2131. doi:10.1016/j.ijporl.2014.09.021
 9. **Huang Y, Shi B, Zheng Q, Li J.** The impact of flap dehiscence on the long-term speech outcome of furrow palatoplasty. BMC Surg. 2025; 25(1):326. doi:10.1186/s12893-025-03038-w

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GIẢI ÉP HẸP ỚNG SỐNG NGỰC DO CỐT HOÁ DÂY CHẰNG VÀNG CÓ TỔN THƯƠNG TUYỂN SỬ DỤNG KERRISON THEO PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN THỐNG Ở BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng^{1,2,3}, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật giải ép hẹp ống sống ngực tổn thương tủy do cốt hoá dây chằng vàng sử dụng Kerrison theo phương pháp truyền thống tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2020-1/2025. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ là 1,55/1, độ tuổi trung bình là 51,7 ± 11,6. Phẫu thuật bao gồm: số tầng giải ép trung bình 1,8 ± 1,2, thời gian phẫu thuật trung bình 62,8 ± 15,4 phút, lượng máu mất trung bình là 288,4 ± 66,8 ml và thời gian nằm viện trung bình 5,8 ± 2,2 ngày. Bệnh nhân sau mổ có kết quả chủ yếu ở mức tốt và trung bình chiếm lần lượt là 41,2% và 48,4%. Các bệnh nhân có biến chứng tổn thương tủy chiếm 9,2%, rách màng cứng chiếm 11,8%, rò dịch não tủy sau mổ chiếm 8,5% và máu tụ ngoài màng cứng tủy chiếm 7,8%. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,6%, chậm liền xương ghép chiếm 3,3% và gãy, lỏng dụng cụ kẹp vít chiếm 1,9%. **Kết luận:** Hẹp ống sống ngực là bệnh lí không thường gặp với các triệu chứng tiến triển âm thầm có thể dẫn đến chèn ép và tổn thương tủy nặng. Phẫu thuật giải ép tủy ngực trong hẹp ống sống ngực có nguy cơ tổn thương thần kinh trong và sau mổ cao. Đây là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên.

Từ khóa: hẹp ống sống, hẹp ống sống ngực, giải ép hẹp ống sống ngực

SUMMARY

OUTCOMES OF TRADITIONAL KERRISON-ASSISTED DECOMPRESSION FOR THORACIC SPINAL STENOSIS WITH MYELOPATHY DUE TO OSSIFICATION OF

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026

FLAVUM LIGAMENT (OLF) AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of traditional Kerrison-assisted decompression for thoracic spinal stenosis with myelopathy caused by ossification of the ligamentum flavum at the Spine Surgery Department of Viet Duc University Hospital from January 2020 to January 2025. **Methods:** This was a retrospective, and descriptive study. **Results:** Among the study patients, the male-to-female ratio was 1.55:1, and the mean age was 51.7 ± 11.6 years. Surgical details included: an average of 1.8 ± 1.2 decompressed levels, a mean operative time of 62.8 ± 15.4 minutes, an average blood loss of 288.4 ± 66.8 mL, and a mean hospital stay of 5.8 ± 2.2 days. Postoperative outcomes were primarily good and fair, accounting for 41.2% and 48.4% of patients, respectively. Complications included spinal cord injury (9.2%), dural tears (11.8%), postoperative cerebrospinal fluid (CSF) leakage (8.5%), and epidural hematoma (7.8%). Incisional infection accounted for 2.6% of complications, delayed bone fusion for 3.3%, and implant failure for 1.9%. **Conclusion:** Thoracic spinal stenosis is an uncommon condition with insidious progression that can lead to severe spinal cord compression and injury. Surgical decompression of the thoracic spinal cord carries a high risk of intraoperative and postoperative neurological injury. This presents a major challenge for surgeons.

Keywords: stenosis, thoracic spinal stenosis, decompression for thoracic spinal stenosis with myelopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống ngực là bệnh lí không thường gặp và thường được chẩn đoán bằng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại. Đây là bệnh được đặc trưng bởi sự giảm đường kính ống sống ngực và thường kết hợp với sự chèn ép tủy hoặc rễ thần kinh dẫn đến các biểu hiện lâm sàng ở các mức độ khác nhau. Các rối loạn về chức năng thần kinh do hẹp ống sống ngực chèn ép tủy thường khó điều trị và các biến chứng trong và sau mổ thường hay xảy ra.

Nguyên nhân của hẹp ống sống ngực bao gồm các nguyên nhân chính: cốt hoá dây chằng vàng (OLF), cốt hoá dây chằng dọc sau (OPLL), thoát vị đĩa đệm, bệnh tăng tạo xương lan toả vô căn (DISH), gai xương phía sau,...

Hầu hết các bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng âm thầm tê hai chân, đến yếu hoặc thậm chí liệt hoàn toàn hai chân, dáng đi mất vững, cách hồi thần kinh, tăng phản xạ hai chân và rối loạn cơ tròn. Do đó việc hiểu được các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hẹp ống sống ngực để chẩn đoán và điều trị sớm là vô cùng cần thiết để mang lại hiệu quả điều trị tốt cho bệnh nhân.

Đối với các bệnh nhân hẹp ống sống ngực có tổn thương tủy thì phẫu thuật giải ép tủy ngực là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Tuy nhiên đây là vùng có không gian phẫu thuật hẹp do các đặc tính về giải phẫu cũng như sự nhạy cảm của tủy ngực nên nguy cơ tổn thương thần kinh rất cao cùng với các biến chứng khác như rách màng cứng, rò dịch não tủy, đặc biệt đối với thể cốt hoá dây chằng vàng.

Hiện có không nhiều báo cáo về kết quả giải ép hẹp ống sống ngực, do đó nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật giải ép hẹp ống sống ngực bằng Kerrison theo phương pháp truyền thống tại khoa Phẫu thuật cột sống - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống ngực có tổn thương tủy do cốt hoá dây chằng vàng (OLF) được phẫu thuật giải ép tủy ngực bằng Kerrison theo phương pháp truyền thống tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2020-1/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân có 1 trong các biểu hiện chèn ép tủy ngực: yếu chân, mất thăng bằng khi đi, tê bì hai chân hoặc da bụng, đau cách hồi thần kinh, khó khăn khi đi tiểu tiện, đại tiện hoặc rối loạn cương dương. Bệnh nhân được chụp CLVT và MRI xác định các nguyên nhân gây hẹp ống sống ngực là cốt hoá dây chằng vàng. Bệnh nhân được phẫu thuật giải ép tủy ngực bằng Kerrison theo phương pháp truyền thống.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có biểu hiện chèn ép thần kinh do các nguyên nhân như

máu tụ ngoài màng cứng, chấn thương, lao cột sống, u tủy,...

Các tham số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm chung (tuổi, giới), khảo sát lâm sàng (triệu chứng lâm sàng, thang điểm VAS), khảo sát cận lâm sàng trên cộng hưởng từ (mức độ hẹp ống sống ngực, tình trạng phù tủy ngực, thoát vị đĩa đệm cột sống ngực,...), CT cột sống ngực (mở xương, cốt hoá dây chằng vàng, cốt hoá dây chằng dọc sau,...). Đánh giá lâm sàng sau mổ (VAS, mJOA,...), biến chứng trong và sau mổ (máu tụ ngoài màng cứng, rách màng cứng, rò dịch não tủy,...

Đạo đức 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 chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Kết quả (n=153)
Tỉ lệ nam/nữ	1,55/1
Tuổi trung bình	51,7 ± 11,6

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân nam lớn hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ là 1,55/1, với độ tuổi trung bình 51,7 ± 11,6

3.2. Đặc điểm vị trí hẹp ống sống ngực

Bảng 3.2. Vị trí hẹp ống sống ngực

Nguyên nhân	Số lượng	Tỉ lệ %
Cột sống ngực trên (T1-T4)	9	5,9%
Cột sống ngực giữa (T5-T8)	15	9,8%
Cột sống ngực thấp (T9-T12)	129	84,3%

Nhận xét: Hẹp ống sống ngực thường xảy ra nhất ở đoạn cột sống ngực thấp với tỉ lệ 84,3%

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.3. Đặc điểm của phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả (n=153)
Số tầng được giải ép	1,8 ± 1,2
Thời gian phẫu thuật (phút)	62,8 ± 15,4
Lượng máu mất (ml)	288,4 ± 66,8
Thời gian nằm viện (ngày)	5,8 ± 2,2

Nhận xét: 153 bệnh nhân được phẫu thuật với số tầng giải ép 1,8 ± 1,2, thời gian phẫu thuật trung bình 62,8 ± 15,4 phút, lượng máu mất 288,4 ± 66,8 ml và thời gian nằm viện 5,8 ± 2,2 ngày.

Bảng 3.4. Kết quả phẫu thuật theo mJOA

Kết quả	Số lượng	Tỉ lệ %
---------	----------	---------

Rất tốt (75-100%)	3	1,9%
Tốt (50-74%)	63	41,2%
Trung bình (25- 49%)	74	48,4%
Không tốt (0-24%)	13	8,5%

Nhận xét: Bệnh nhân sau mổ có kết quả chủ yếu ở mức tốt và trung bình chiếm lần lượt là 41,2% và 48,4%.

Bảng 3.5. Biến chứng trong và ngay sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Tổn thương tuỷ	14	9,2%
Tổn thương rễ thần kinh thoáng qua	12	7,8%
Rách màng cứng	18	11,8%
Rò dịch não tuỷ	7	8,5%
Máu tụ ngoài màng cứng tuỷ	12	7,8%
Viêm phổi	5	3,3%

Nhận xét: Bệnh nhân có biến chứng tổn thương tuỷ chiếm 9,2%, rách màng cứng chiếm 11,8%, rò dịch não tuỷ sau mổ chiếm 8,5% và máu tụ ngoài màng cứng tuỷ chiếm 7,8%.

Bảng 3.6. Biến chứng dài hạn sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Nhiễm trùng vết mổ	4	2,6%
Chậm liền xương	5	3,3%
Gãy, lỏng dụng cụ nẹp vít	3	1,9%

Nhận xét: Bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,6%, chậm liền xương ghép chiếm 3,3% và gãy, lỏng dụng cụ nẹp vít chiếm 1,9%.

IV. BÀN LUẬN

153 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật với số tầng giải ép $1,8 \pm 1,2$, thời gian phẫu thuật trung bình $62,8 \pm 15,4$ phút, lượng máu mất $288,4 \pm 66,8$ ml và thời gian nằm viện $5,8 \pm 2,2$ ngày. Krishnan A¹ và cộng sự đã báo cáo trên 55 bệnh nhân được phẫu thuật giải ép hẹp ống sống ngực bằng phương pháp truyền thống sử dụng Kerrison với số lượng tầng giải ép trung bình là 2 (2-3), thời gian phẫu thuật trung bình là 140 phút (140-160 phút), lượng máu mất trung bình là 350ml (320-380 ml), thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày (4-6 ngày).

Bệnh nhân sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả chủ yếu ở mức tốt và trung bình chiếm lần lượt là 41,2% và 48,4%. Trong nghiên cứu của Krishnan A¹ và cộng sự, tỉ lệ các bệnh nhân có kết quả tốt là 38,2% và trung bình là 50,9%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có biến chứng tổn thương tuỷ chiếm 9,2%, rách màng cứng chiếm 11,8%, rò dịch não tuỷ sau

mổ chiếm 8,5% và máu tụ ngoài màng cứng tuỷ chiếm 7,8%. Baorong He² và cộng sự theo dõi 69 bệnh nhân có tỉ lệ tổn thương tuỷ trong mổ là 13%, rách màng cứng là 8,7%, rò dịch não tuỷ là 4,3%, máu tụ ngoài màng tuỷ là 1,4%. Tổn thương tuỷ trong mổ hẹp ống sống ngực không phải hiếm gặp do đặc tính giải phẫu của vị trí này. Nguyên nhân chính của tổn thương tuỷ trong bệnh lý này là do tổn thương trực tiếp, vì sự hạn chế không gian khi giải ép, sự nhạy cảm của tuỷ ngực cùng với nguyên nhân tái tưới máu. Takahata³ và cộng sự đã báo cáo 33% bệnh nhân tổn thương tuỷ trong mổ khi phẫu thuật cho 30 bệnh nhân hẹp ống sống ngực. Tác giả cũng khuyến cáo sự dụng liệu phẫu thuật corticoid bolus sau khi có dấu hiệu tổn thương tuỷ. Rách màng cứng thường xảy ra trong giải ép hẹp ống sống ngực, đặc biệt khi màng cứng bị dính vào các cấu trúc xung quanh như gai xương, OLF,... Lie⁴ và cộng sự báo cáo 4 bệnh nhân bị rách màng cứng trong tổng số 31 bệnh nhân được mổ hẹp ống sống ngực. Tuỷ theo mức độ rách màng cứng có thể vá trực tiếp bằng chỉ nếu vết rách gọn, nhỏ, không khuyết lớn màng cứng hoặc vá bằng cân cơ, miếng vá sinh học, keo sinh học nếu màng cứng rách rộng, khuyết màng cứng lớn. Tuy nhiên nguy cơ rò dịch não tuỷ vẫn tiềm tàng khi màng cứng không được vá kín. Yamazaki⁵ và cộng sự đã báo cáo 8 bệnh nhân rò dịch não tuỷ sau mổ trên 51 bệnh nhân hẹp ống sống ngực do OPLL. Máu tụ sau mổ có thể xảy ra ở trong hoặc ngoài của ống sống, thường xảy ra ngay trong ngày sau phẫu thuật, thường do sự cầm máu không hoàn toàn trong mổ, dẫn lưu bị tắc hoặc bệnh lí đông cầm máu. Máu tụ ở trong ống sống có thể gây tổn thương tuỷ với các hậu quả nặng nề nếu không được điều trị cấp cứu. Trong nghiên cứu của Baorong He² và cộng sự, 1 bệnh nhân đã tiến triển máu tụ trong ống sống, và bệnh nhân này đã được điều trị bằng phẫu thuật cấp cứu dẫn lưu máu tụ và đảm bảo cầm máu hoàn toàn và được đặt dẫn lưu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có biến chứng nhiễm trùng vết mổ chiếm 2,6%, chậm liền xương ghép chiếm 3,3% và gãy, lỏng dụng cụ nẹp vít chiếm 1,9%. Trong nghiên cứu của Baorong He² và cộng sự, tỉ lệ chậm liền vết mổ là 4,3%, chậm liền xương là 2,9% và gãy dụng cụ nẹp vít là 1,4%.

V. KẾT LUẬN

Hẹp ống sống ngực là bệnh lí không thường gặp với các triệu chứng tiến triển âm thầm có thể dẫn đến chèn ép và tổn thương tuỷ nặng. Nguyên nhân thường gặp nhất là cốt hoá dây

chằng vàng và cốt hoá dây chằng dọc sau. Phẫu thuật giải ép hẹp ống sống ngực luôn là thách thức đối với các phẫu thuật viên vì nguy cơ tổn thương tủy, rách màng cứng, rò dịch não tủy và máu tụ ngoài màng cứng tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krishnan A, MS Orth, Samal P et al.** Thoracic Spine Stenosis: Does Ultrasonic Osteotome Improve Outcome in Comparison to Conventional Technique?. Malaysian Orthopaedic Journal 2021 Vol 15 No 2. doi: <https://doi.org/10.5704/MOJ.2107.010>
2. **Baorong He et al.** Treatment strategies for the surgical complications of thoracic spinal stenosis: a retrospective analysis of two hundred and eighty three cases. Int Orthop. 2013 Sep 22; 38(1): 117–122. doi: 10.1007/s00264-013-2103-2
3. **Takahata M, Ito M, Abumi K, Kotani Y, Sudo H, Minami A.** Clinical results and complications of circumferential spinal cord decompression through a single posterior approach for thoracic myelopathy caused by ossification of posterior longitudinal ligament. Spine (Phila Pa 1976) 2008;33: 1199–1208. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181714515
4. **Li M, Meng Z, Du J, Tao H, Luo Z, Wang Z.** Management of thoracic myelopathy caused by ossification of the posterior longitudinal ligament combined with ossification of the ligamentum flavum-a retrospective study. Spine J. 2012;12: 1093–1102. doi: 10.1016/j.spinee.2012. 10.022.
5. **Yamazaki M, Mochizuki M, Ikeda Y, Sodeyama T, Okawa A, Koda M, Moriya H.** Clinical results of surgery for thoracic myelopathy caused by ossification of the posterior longitudinal ligament: operative indication of posterior decompression with instrumented fusion. Spine (Phila Pa 1976) 2006;31:1452–1460. doi: 10.1097/01.brs.0000220834.22131
6. **Taher F, Lebi DR, Cammisa FP, Pinter DW, Sun DY, Girardi FP.** Transient neurological deficit following midthoracic decompression for severe stenosis: a series of three cases. Eur Spine J. 2013; 22:S416–S420. doi: 10.1007/s00586-013-2829-y

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỞ SỌ GIẢM ÁP Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO ĐIỆN RỘNG TẠI TRUNG TÂM ĐỘT QUỴ TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Minh Đức^{1,3}, Nguyễn Huy Ngọc^{1,4}, Đào Việt Phương^{1,2,5}

TÓM TẮT

Đột quỵ não là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, để lại gánh nặng rất lớn cho gia đình và xã hội. Nhồi máu não điện rộng là tình trạng bệnh lý nặng, tỷ lệ tử vong cao. Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị mở sọ giảm áp ở người bệnh nhồi máu não điện rộng tại trung tâm đột quỵ tỉnh Phú Thọ trên 48 người bệnh thu được các kết quả: Tỷ lệ tử vong tại thời điểm ra viện 16,7% và trong vòng 90 ngày 25%. Tỷ lệ người bệnh có kết cục lâm sàng với điểm Rankin sửa đổi (mRS) bằng 3 sau 90 ngày 18,8%. Thời điểm phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là 22,7 giờ với 70,8% người bệnh phẫu thuật trước 24 giờ. 56,3% người bệnh sau phẫu thuật có cải thiện về lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não.

Từ khóa: Nhồi máu não ác tính, tắc động mạch não lớn, mở sọ giảm áp.

SUMMARY

OUTCOMES OF DECOMPRESSIVE

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

⁴UBND tỉnh Phú Thọ

⁵Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Phương

Email: daovietphuong85@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.01.2026

HEMICRANIECTOMY FOR LARGE HEMISPHERIC INFARCTION AT PHU THO PROVINCIAL STROKE CENTER

Cerebral stroke is one of the common causes of long-term disability, significantly impacting patients' quality of life and imposing a substantial burden on families and society. Malignant cerebral infarction is a severe pathological condition associated with a high mortality rate. In Vietnam, decompressive craniectomy for large hemispheric infarction has primarily been adopted by major hospitals equipped with Neurosurgery and large Stroke Centers. This study evaluated the outcomes of decompressive craniectomy in patients with large hemispheric infarction at Phu Tho Provincial Stroke Center. The results from a cohort of 48 patients were as follows: The mortality rate was 16,7% at the time of discharge and 25% at 90 days. The rate of patients with an acceptable clinical outcome, defined as an mRS score of 3 at 90 days, was 18,8%. The mean time from stroke onset to surgery in the study was 22,7 hours, with 70,8% of patients undergoing surgery within 24 hours. Post-surgery, 56,3% of patients showed clinical and cranial CT scan improvement.

Keywords: Malignant cerebral infarction, Large Vessel Occlusion, decompressive hemicraniectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân thường gặp gây ra di chứng tàn phế, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, để lại gánh nặng rất lớn cho gia đình và xã