

chiều dài, trục và di lệch xoay của chi, đặc biệt hiệu quả trong các trường hợp gãy thân xương đùi có di lệch nhiều và các hình thái gãy thuộc nhóm A, B và cả nhóm C theo phân loại AO. Ngoài ra, kỹ thuật này phù hợp với điều kiện của nhiều bệnh viện tuyến tỉnh, trong đó có Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.

Từ các kết quả trên có thể thấy rằng, việc đánh giá đầy đủ đặc điểm lâm sàng kết hợp với hình ảnh X-quang đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn chiến lược điều trị. Nghiên cứu đã cung cấp cái nhìn tổng quan và thực tiễn về đặc điểm gãy kín thân xương đùi ở người lớn tại một cơ sở y tế tuyến tỉnh, góp phần làm cơ sở cho việc chỉ định và nâng cao hiệu quả điều trị bằng đinh SIGN có chốt trong thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 44 bệnh nhân gãy kín thân xương đùi ở người lớn tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình cho thấy chủ yếu gặp ở nam giới và tập trung cao nhất ở độ tuổi lao động từ 18-30 tuổi. Tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến gãy xương, các triệu chứng lâm sàng điển hình như sưng nề đùi, biến dạng chi và gãy chi; hình ảnh X-quang cho thấy hình thái gãy đơn giản chiếm tỷ lệ cao nhất và đa số các trường hợp đều có mức độ di lệch nhiều. Từ thực tiễn nghiên cứu, phương pháp đóng đinh SIGN có chốt cho thấy sự phù hợp và hiệu quả

trong việc điều trị gãy thân xương đùi với các hình thái gãy khác nhau như nhóm A, B và C theo phân loại AO; cố định xương vững chắc, phục hồi tốt trục chi và chiều dài chi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ricci W.M, Gallagher B, Haidukewych G.J. Intramedullary nailing of femoral shaft fractures: current concepts. J Am Acad Orthop Surg. May 2009;17(5):296-305.
2. Zirkle L.G. Injuries in developing countries-How can we help? The role of orthopaedic surgeons. Clin Orthop Relat Res. Oct 2008;466(10):2443-50.
3. Vũ Trường Thịnh, Dương Ngọc Lê Mai, Trần Minh Long Triều và cs. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi phức tạp bằng đinh SIGN tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 12/14 2021;145(9):158-169.
4. Moraes F.B, Silva L.L, Ferreira F.V et al. Epidemiological and radiological evaluation of femoral shaft fractures: study of 200 cases. Rev Bras Ortop. Jan 2009;44(3):199-203.
5. Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Mạnh Linh, Nguyễn Việt Hoàng và cs. Kết quả điều trị gãy thân xương đùi bằng phương pháp đóng đinh nội tủy kín trên bàn chỉnh hình dưới màn tăng sáng tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Nghệ An năm 2021 - 2022. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2024;65(11):120-124.
6. Lê Quang Minh. Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và Xquang ở bệnh nhân gãy thân xương đùi tại Bệnh viện Đà Nẵng. Tạp chí khoa học và Công nghệ - Đại học Đà Nẵng, 2025;23(9A):101-103.
7. Denisiuk M, Afsari A. StatPearls. Femoral Shaft Fractures. Bookshelf, 2025.

SO SÁNH KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GIẢI ÉP TRONG HẸP ỔNG SỐNG NGỰC CÓ TỔN THƯƠNG TUỖ SỬ DỤNG DAO CẮT XƯƠNG SIÊU ÂM VÀ PHƯƠNG PHÁP GIẢI ÉP TRUYỀN THỐNG SỬ DỤNG KERRISON Ở BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả phẫu thuật giải ép trong hẹp ống sống ngực có tổn thương tuỷ sử dụng dao cắt xương siêu âm và phương pháp giải ép truyền thống sử dụng Kerrison tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng

1/2022-1/2024. **Phương pháp:** mô tả hồi cứu 2 nhóm: Nhóm A gồm 55 bệnh nhân giải ép truyền thống. Nhóm B gồm 50 bệnh nhân giải ép sử dụng dao cắt xương siêu âm. **Kết quả:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, điểm mJOA trước mổ ở nhóm A trung bình là $5,1 \pm 1,2$ còn ở nhóm B là $5,4 \pm 1,3$. Sau mổ, điểm mJOA ở nhóm A cải thiện lên $7,1 \pm 1,4$ còn ở nhóm B là $9,2 \pm 1,5$, các bệnh nhân nhóm B cải thiện điểm mJOA hơn đáng kể so với nhóm A ($P < 0,01$). Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và thời gian nằm viện ở nhóm B thấp hơn đáng kể nhóm A ($P < 0,01$). Nhóm A có 5 bệnh nhân tổn thương thần kinh chiếm 9,1% so với nhóm B có 1 bệnh nhân tổn thương thần kinh chiếm 2%. Rách màng cứng ở nhóm A là 12,7% so với nhóm B là 6%. **Kết luận:** Việc sử dụng dao siêu âm để giải ép trong hẹp ống sống ngực có thể giảm nguy cơ tổn thương thần kinh và cải thiện

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: 27.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

chức năng thần kinh sau mổ so với phương pháp truyền thống. Ngoài ra, sử dụng dao siêu âm cũng góp phần giảm lượng máu mất, thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện

Từ khóa: hẹp ống sống, hẹp ống sống ngực, giải ép hẹp ống sống ngực, dao cắt xương siêu âm

SUMMARY

A COMPARATIVE STUDY OF SURGICAL DECOMPRESSION OUTCOMES FOR THORACIC SPINAL STENOSIS WITH MYELOPATHY USING AN ULTRASONIC OSTEOTOME VERSUS THE TRADITIONAL KERRISON RONGEUR AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To compare the surgical outcomes of decompression for thoracic spinal stenosis with myelopathy using an ultrasonic osteotome versus the traditional Kerrison-assisted decompression method at the Spine Surgery Department of Viet Duc University Hospital from January 2022 to January 2024.

Methods: This was a retrospective, descriptive study involving two groups: Group A, consisting of 55 patients who underwent traditional decompression, and Group B, with 50 patients who underwent decompression using an ultrasonic osteotome.

Results: Among the study patients, the mean preoperative mJOA score was 5.1 ± 1.2 in Group A and 5.4 ± 1.3 in Group B. Postoperatively, the mJOA score improved to 7.1 ± 1.4 in Group A and 9.2 ± 1.5 in Group B. Patients in Group B showed a significantly greater improvement in mJOA scores compared to Group A ($P < 0.01$). Operative time, blood loss, and hospital stay were all significantly lower in Group B than in Group A ($P < 0.01$). Neurological injury occurred in 5 patients in Group A (9.1%) compared to 1 patient in Group B (2%). Dural tears were observed in 12.7% of patients in Group A versus 6% in Group B.

Conclusion: The use of an ultrasonic osteotome for decompression in thoracic spinal stenosis may reduce the risk of neurological injury and improve postoperative neurological function compared to the traditional method. Additionally, the use of an ultrasonic bone scalpel contributes to reduced blood loss, operative time, and hospital stay.

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

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 tuỷ hoặc rễ thần kinh dẫn đến các biểu hiện lâm sàng ở các mức độ khác nhau.

Hẹp ống sống ngực có tổn thương tuỷ thường đi kèm với nguy cơ cao xảy ra biến chứng liệt hai chân sau phẫu thuật (chiếm 11,5% đến 33%)^{1,3}. Tổn thương này hay xảy ra

hơn ở tuỷ ngực so với các vùng khác do thiếu máu cục bộ và tổn thương tuỷ trực tiếp vì đặc trưng giải phẫu của vùng này khiến không gian để thao tác phẫu thuật rất hẹp^{1,2}. Kết quả giải ép tuỷ ngực hiệu quả đạt được khi giải ép đầy đủ, rộng rãi tuỷ ngực và an toàn. Theo các phương pháp truyền thống, người ta thường sử dụng Kerrison để cắt xương, phần mũi của nó khi đưa vào ống sống dễ gây nguy cơ chèn ép và tổn thương tuỷ. Do đó những thập kỉ gần đây, khoan mài tốc độ cao được áp dụng và phát triển nhằm cải thiện nhược điểm này của Kerrison⁴. Tuy nhiên, khoan mài tốc độ cao vẫn tạo ra nhiệt gây nguy cơ tổn thương tuỷ, có thể gây rách màng cứng^{5,6}. Hiện nay, một bước tiến vượt bậc khi phát triển hệ thống dao cắt xương siêu âm có thể khắc phục các nhược điểm trên^{7,8}. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu so sánh hiệu quả giải ép trong hẹp ống sống ngực của dao cắt xương siêu âm so với các phương pháp truyền thống. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm chứng minh tính hiệu quả, an toàn của dao cắt xương siêu âm trong phẫu thuật hẹp ống sống ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống ngực có tổn thương tuỷ được phẫu thuật giải ép tuỷ ngực được chia thành 2 nhóm: nhóm A: sử dụng kerrison theo phương pháp truyền thống và nhóm B: có sử dụng dao cắt xương siêu âm tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2022-1/2024.

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 tuỷ 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 tuỷ ngực có sử dụng khoan mài.

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 tuỷ,...

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 tuỷ 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 tuỷ,...)

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 phẫu thuật

Bảng 3.1. Đặc điểm của phẫu thuật

Đặc điểm	Nhóm A (Truyền thống)	Nhóm B (Dao siêu âm)	P
Thời gian phẫu thuật (phút)	125,4 (110-160)	96,3 (80-110)	p<0,01
Lượng máu mất (ml)	300,8 (250-520)	250,6 (150-350)	p<0,01
Thời gian nằm viện (ngày)	6,2 (4-7)	5,4 (4-7)	p<0,01

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và thời gian nằm viện ở nhóm B thấp hơn đáng kể nhóm A (P<0,01).

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.2. So sánh mức độ cải thiện điểm mJOA giữa 2 nhóm

Kết quả	Nhóm A (n=55)	Nhóm B (n=50)
Rất tốt (75-100%)	0	12(24%)
Tốt (50-74%)	21(38,2%)	31(62%)
Trung bình (25-49%)	28(50,9%)	6(12%)
Không tốt (0-24%)	6(10,9%)	1(2%)

Nhận xét: Bệnh nhân sau mổ ở nhóm A có kết quả chủ yếu ở mức tốt và trung bình chiếm lần lượt là 38,2% và 50,9% còn ở nhóm B có kết quả chủ yếu ở mức rất tốt và tốt chiếm lần lượt là 24% và 62%.

Bảng 3.3. So sánh sự cải thiện điểm mJOA giữa 2 nhóm

	Nhóm A (n=55)	Nhóm B (n=50)
Điểm mJOA trung bình trước mổ	5,1 ± 1.2	5,4 ± 1.3
Điểm mJOA trung bình sau mổ	7,1 ± 1,4	9,2 ± 1,5

P<0,01

Nhận xét: Sự cải thiện ở nhóm B tốt hơn

đáng kể so với nhóm A (P<0,01).

Bảng 3.4. Biến chứng trong và ngay sau mổ

Biến chứng	Nhóm A (n=55)	Nhóm B (n=50)
Tổn thương tuỷ	5(9,1%)	1(2%)
Rách màng cứng	7(12,7%)	3(6%)

Nhận xét: Nhóm A có 5 bệnh nhân tổn thương thần kinh chiếm 9,1% so với nhóm B có 1 bệnh nhân tổn thương thần kinh chiếm 2%. Rách màng cứng ở nhóm A là 12,7% so với nhóm B là 6%.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, hẹp ống sống ngực vẫn là một trong các bệnh lí khó và là thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên cột sống vì nguy cơ tổn thương tuỷ cao. Do đó đòi hỏi sự phát triển của các dụng cụ phẫu thuật cũng như các kĩ thuật mổ nhằm hạn chế nguy cơ tổn thương tuỷ khi giải ép tuỷ và đạt được hiệu quả lâm sàng cao hơn cho bệnh nhân. Những thập kỉ gần đây, việc áp dụng khoan mài đã mang đến những cải tiến đáng kể nhằm đảm bảo an toàn trong giải ép tuỷ ngực. Tuy nhiên khoan mài tốc độ cao vẫn có khả năng làm tổn thương tuỷ sống do nhiệt hoặc mũi khoan mài quá bản xương và gây đưng dập tuỷ. Máy khoan cũng có thể xoáy vào bông phẫu thuật hoặc gạc, điều này khiến phẫu thuật phải dừng lại làm tăng thời gian phẫu thuật và mất máu trong mổ. Hơn nữa việc sử dụng khoan mài cũng cần thiết phải bơm rửa liên tục để tránh nhiệt lượng quá cao khi mài mỏng điện khớp và cung sau. Cơ chế rách màng cứng chủ yếu là do Kerrison và các dụng cụ hỗ trợ trong bước giải ép cuối cùng, việc đưa phần mũi của Kerrison vào bên dưới phần xương cung sau có thể dẫn đến đưng dập tuỷ và kích thích tuỷ gây ảnh hưởng đến nguồn cung cấp máu của tuỷ. Mặc dù đã hết sức cẩn thận trong các kỹ thuật vi phẫu nhưng nguy cơ tổn thương các cấu trúc nhạy cảm lân cận vẫn tồn tại gây các thiếu sót thần kinh không mong muốn. Tuy nhiên, tỉ lệ tổn thương đã giảm so với việc chỉ sử dụng các dụng cụ cầm tay để giải ép tuỷ ngực. Việc sử dụng dao siêu âm là một công cụ mới trong phẫu thuật cột sống, nó mang lại độ chính xác cao hơn trong việc cắt xương và giảm khả năng gây tổn thương các cấu trúc lân cận. Dao cắt dao siêu âm dựa trên các vi rung siêu âm để cắt xương dẫn cho pháp cắt xương một cách chọn lọc và bảo tồn không tổn thương các mô mềm quan trọng đặc biệt là tuỷ sống. Về mặt lí thuyết, dao siêu âm không có nguy cơ làm tổn thương màng cứng và thần kinh.

Chúng tôi còn nhận thấy một số lợi ích lớn

mặc dù khó để định lượng một cách khách quan. Đó là lượng máu chảy từ bề mặt xương được cắt gần như không có và lượng máu chảy từ ngoài màng cứng giảm đi nhiều so với phương pháp truyền thống. Do đó, lượng máu mất trong mổ giảm đáng kể. Điều này cũng được xác nhận trên cừu⁸.

Việc sử dụng dao cắt xương siêu âm vẫn là một cải tiến còn khá mới mẻ ở Việt Nam và chỉ được áp dụng ở một số trung tâm phẫu thuật cột sống. Dao cắt xương siêu âm giúp hạn chế các nguy cơ tổn thương tuỷ so với các phương pháp truyền thống khác vì cắt xương từ bên ngoài, không can thiệp trực tiếp vào ống sống nên tránh cơ chế tổn thương tuỷ trực tiếp.

V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng dao siêu âm để giải ép trong hẹp ống sống ngực có thể giảm nguy cơ tổn thương thần kinh và cải thiện chức năng thần kinh sau mổ so với phương pháp truyền thống. Ngoài ra, sử dụng dao siêu âm cũng góp phần giảm lượng máu mất, thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yamazaki M, Mochizuki M, Ikeda Y, Sodeyama T, Okawa A, Koda M, et al. 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(13): 1452-60. doi: 10.1097/01.brs.0000220834.22131
2. Young WF, Baron E. Acute neurologic deterioration after surgical treatment for thoracic spinal stenosis. *J Clin Neurosci*. 2001; 8(2): 129-32. doi: 10.1054/jocn.1998.0785
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(11): 1199-208
4. Kerawala CJ, Martin IC, Allan W, Williams ED. The effects of operator technique and bur design on temperature during osseous preparation for osteosynthesis self-tapping screws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999; 88(2): 145-50. doi: 10.1016/s1079-2104(99)70108-3.

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA ĐÒ HỌNG RA DA SAU CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN

Bùi Thế Hưng¹, Nguyễn Khánh Dư¹, Lý Xuân Quang^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Đò họng ra da là biến chứng thường gặp sau cắt thanh quản toàn phần, với tỉ lệ mắc dao động từ 13.7% đến 39.1%. Biến chứng này ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống, làm kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng chi phí điều trị. Việc đánh giá các yếu tố liên quan của đò họng ra da giúp phòng ngừa, phát hiện cũng như quản lí hiệu quả biến chứng này. **Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố liên quan đến đò họng ra da ở các bệnh nhân sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi thu thập 122 trường hợp ung thư thanh quản có đầy đủ hồ sơ bệnh án, bệnh sử, tiền sử, thăm khám, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại BVDHYDTPHCM từ 01/2021 đến 01/2025. **Kết quả:** Trong 122 bệnh nhân có 28 trường hợp đò họng ra da chiếm tỉ lệ 23%. Đối với các biến số: tuổi, BMI, hút thuốc, uống

rượu, tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, xạ trị, mở khí quản, giai đoạn TNM, phương pháp phẫu thuật, nồng độ haemoglobin trước và sau mổ, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm đò họng ra da và không đò họng ra da ($p > 0.05$). Chỉ có các yếu tố bao gồm: số lượng bạch cầu sau mổ ($p < 0.001$), CRP sau mổ ($p < 0.001$), albumin trước mổ < 35 g/L ($p = 0.0076$) là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê tới biến chứng đò họng ra da. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy albumin trước mổ thấp, bạch cầu và CRP sau mổ tăng cao là các chỉ số cận lâm sàng có giá trị tiên đoán biến chứng đò họng ra da sau mổ cắt thanh quản toàn phần. Việc theo dõi sát các yếu tố này có thể giúp phòng ngừa, phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và góp phần giảm thiểu tỷ lệ biến chứng này sau phẫu thuật.

Từ khóa: ung thư thanh quản, đò họng ra da.

SUMMARY

RISK FACTORS FOR PHARYNGOCUTANEOUS FISTULA FOLLOWING TOTAL LARYNGECTOMY

Introduction: Pharyngocutaneous fistula (PCF) is a frequent postoperative complication following total laryngectomy, with an incidence ranging from 13.7% to 39.1%. This complication markedly affects patient quality of life, prolongs hospitalization, and increases

¹Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026