

Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc phát hiện sớm tổn thương đáy mắt để can thiệp kịp thời, hạn chế tiến triển đến các biến chứng nặng hơn như giảm thị lực, phù gai thị, hoặc đột quỵ do tổn thương mạch máu toàn thân.

4. Ý nghĩa lâm sàng

Trong 60 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu có 15 bệnh nhân ngoại trú và 45 bệnh nhân nội trú, số bệnh nhân điều trị nội trú nổi trội hơn chứng tỏ tỷ lệ tăng huyết áp nặng hơn nhiều. Đa số bệnh nhân không có triệu chứng về mắt, chỉ có 7 trường hợp (11,6%) bị mờ mắt.

Tổn thương đáy mắt giúp bác sĩ lâm sàng đánh giá tổn thương cơ quan đích cũng như tiên lượng bệnh nhân tăng huyết áp kết quả nghiên cứu nghi nhận được có 38 trường hợp (63,3%) bất thường của đáy mắt gồm: Bắt chéo tiểu động mạch, bệnh võng mạc do tăng huyết áp trước vỡ hàng rào máu - võng mạc và bệnh võng mạc do tăng huyết áp sau vỡ hàng rào máu - võng mạc.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tổn thương võng mạc ở bệnh nhân tăng huyết áp là tương đối cao. Việc phát hiện sớm và theo dõi định kỳ tình trạng đáy mắt không chỉ giúp đánh giá mức độ ảnh hưởng của tăng huyết áp mà còn góp phần vào việc quản lý toàn diện và phòng ngừa biến chứng tim mạch, thần kinh và thận cho người bệnh.

Các tổn thương của bệnh lý võng mạc sau vỡ hàng rào máu - võng mạc giảm theo thời gian tăng huyết áp.

Các tổn thương của bệnh lý võng mạc tăng huyết áp cho thấy nhạy cảm với độ nặng của

tăng huyết áp, tăng theo độ nặng của tăng huyết áp tâm trương.

Đối với tuổi bệnh nhân, xơ cứng tiểu động mạch và các tổn thương của bệnh võng mạc trước vỡ hàng rào máu - võng mạc có khuynh hướng tăng theo tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Spencer WH.** An Atlas and Textbook (CD-ROM). In: *Systemic diseases with retinal involvement: vascular diseases. Based on: Ophthalmic Pathology.* WB Saunders Co; 1995.
2. **Albert D, Jakobiec F, Christlieb RA.** Based on: Principles and Practice of Ophthalmology (CD-ROM). In: *Hypertension.* WB Saunders Co; 1993.
3. **Yalvac IS, Kulacoglu DN, Satana B, Eksioğlu U, Duman S.** Correlation between optical coherence tomography results and the Scoring Tool for Assessing Risk (STAR) score in patients with ocular hypertension. *Eur J Ophthalmol.* Jun 4 2010;20(6):3.
4. **Prakash D.** Target organ damage in newly detected hypertensive patients. *J Family Med Prim Care.* 2019 Jun;8(6):2042-2046. [PMC free article] [PubMed]
5. **Kabedi NN, Mwanza JC, Lepira FB, Kayembe TK, Kayembe DL.** Hypertensive retinopathy and its association with cardiovascular, renal and cerebrovascular morbidity in Congolese patients. *Cardiovasc J Afr.* 2014 Sep-Oct;25(5):228-32. [PMC free article] [PubMed]
6. **Del Brutto OH, Mera RM, Viteri EM, Pólit J, Ledesma EA, Cano JA, Plaza KJ, Zambrano M, Costa AF.** Hypertensive retinopathy and cerebral microvascular disease in rural Ecuadorian Indigenous people: The Atahualpa Project. *International Journal of Cardiology.* 01/09/2016; 218:65-68. [PubMed]
7. **Wong TY, Mitchell P.** Hypertensive retinopathy. *N Engl J Med.* November 25, 2004; 351 (22):2310-7. [PubMed]

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỔ ĐỊNH LỐI SAU VÀ GIẢI ÉP LỐI TRƯỚC TRONG 2 LẦN MỖ ĐIỀU TRỊ LAO CỘT SỐNG NGỰC, THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Đinh Văn Lượng^{1,2}, Đỗ Đăng Hoàn¹, Nguyễn Khắc Tráng¹

TÓM TẮT

¹ Bệnh viện Phổi Trung ương

² Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Lượng

Email: dinhvanluong66@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2026

Ngày duyệt bài: 7.4.2026

Laο cột sống là bệnh lý nguy hiểm, nếu không được điều trị có thể gây tàn phế, thậm chí tử vong cho người bệnh. Hiện nay các nghiên cứu đều thống nhất phương pháp phẫu thuật cổ định cột sống lối sau và giải ép thần kinh lối trước là phương pháp triệt để, đem lại hiệu quả tối đa cho người bệnh. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật cổ định lối sau và giải ép lối trước trong 2 lần mổ điều trị lao cột sống ngực, thắt lưng tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ 1/10/2022 đến 1/10/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng vừa hồi cứu vừa tiến cứu. **Kết quả:** người bệnh phục hồi tương đối tốt với đau cột sống giảm rõ

rệt, điểm VAS trung bình tại thời điểm khám lại: $0,73 \pm 0,9$ điểm. Người bệnh đều phục hồi liệt ở các mức độ khác nhau, không còn người bệnh liệt A, B trong nhóm nghiên cứu, điểm vận động trung bình tại thời điểm khám lại: $92,0 \pm 4,7$ điểm ở nhóm lao cột sống ngực và đoạn bản lề ngực- thắt lưng; $97,6 \pm 2,5$ điểm ở nhóm lao cột sống thắt lưng. Góc gù trung bình tại thời điểm khám lại: $7,2^{\circ} \pm 3,6^{\circ}$ ở nhóm lao cột sống ngực và đoạn bản lề ngực- thắt lưng; $-2,3^{\circ} \pm 2,7^{\circ}$ ở nhóm lao cột sống thắt lưng. Kết quả phẫu thuật theo Macnab: 75 người bệnh (78,1%) kết quả rất tốt; 16 người bệnh (16,7%) đạt kết quả tốt; 5 người bệnh (5,2%) kết quả trung bình. Không có người bệnh có kết quả kém. **Kết luận:** Phẫu thuật cố định lõi sau và giải ép lõi trước trong 2 lần mổ điều trị lao cột sống ngực, thắt lưng là phẫu thuật an toàn, triệt để, giúp người bệnh hồi phục tối đa để trở về cuộc sống lao động, sinh hoạt bình thường.

Từ khóa: Lao cột sống; giải ép lõi trước, cố định lõi sau.

ABSTRACT

ASSESS THE OUTCOMES OF POSTERIOR SPINAL FIXATION AND ANTERIOR DECOMPRESSION PERFORMED ACROSS TWO SEPARATED SURGICAL INSTANCES FOR TREATING THORACIC AND LUMBAR SPINAL TUBERCULOSIS AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Spinal tuberculosis is a serious illness that can result in disability or death if not treated appropriately. At present, research indicates that posterior spinal fixation combined with anterior nerve decompression are the most efficient and comprehensive treatments for patients. **Objective:** To assess the outcomes of posterior spinal fixation and anterior decompression performed across two separate surgical instances for treating thoracic and lumbar spinal tuberculosis at the National Lung Hospital between October 1, 2022, and October 1, 2024. **Method:** Retrospective and prospective descriptive clinical study. **Results:** Patients demonstrated considerable improvement, experiencing a notable decrease in spinal pain. The average VAS score at the time of follow-up examination was 0.73 ± 0.9 points. All patients experienced varying degrees of recovery from paralysis. The patients in the study group did not have any instances of A or B paralysis. The average motor score at the time of follow-up examination was 92.0 ± 4.7 points in the thoracic and thoracic-lumbar junction tuberculosis group; and 97.6 ± 2.5 points in the lumbar spine tuberculosis group. The average kyphotic angle at the time of follow-up examination was 7.20 ± 3.60 in the thoracic and thoracic-lumbar junction tuberculosis group; and -2.30 ± 2.70 in the lumbar spine tuberculosis group. Macnab surgical results: 75 patients (78.1%) had very good results; 16 patients (16.7%) had good results; and 5 patients (5.2%) had average results. No patients had poor results. **Conclusion:** The combination of posterior fixation and anterior decompression performed in two separate surgical sessions for thoracic and lumbar spinal tuberculosis is a safe and effective strategy,

enabling patients to attain full recovery and return to their everyday work and life activities.

Key words: spinal tuberculosis, anterior decompression, posterior fixation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao cột sống là bệnh lao thứ phát, chiếm khoảng 75% các bệnh lý lao xương khớp. Có nhiều phương pháp phẫu thuật lao cột sống, chỉ định tùy theo thể bệnh và giai đoạn bệnh. Đối với lao cột sống giai đoạn toàn phát, chúng tôi nhận thấy phương pháp phẫu thuật cố định cột sống lõi sau bằng hệ thống vít qua cuống và giải ép lõi trước là phương pháp phẫu thuật triệt để. Tại bệnh viện Phổi Trung ương chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đánh giá phẫu thuật cố định cột sống lõi sau bằng hệ thống vít qua cuống và giải ép lõi trước trong một lần mổ cho thấy kết quả phục hồi người bệnh rất tốt. Tuy nhiên, trong một số trường hợp người bệnh cao tuổi, người bệnh mắc nhiều bệnh mạn tính khác, người bệnh mắc lao đa cơ quan, người bệnh có thể trạng gày yếu thì phẫu thuật đồng thời cố định cột sống lõi sau bằng hệ thống vít qua cuống và giải ép lõi trước tỏ ra là một phẫu thuật quá nặng, làm cho thể trạng người bệnh càng suy kiệt và quá trình hồi phục diễn ra chậm, thậm chí người bệnh tử vong. Với lý do trên, chúng tôi đã thực hiện tách phẫu thuật cố định cột sống lõi sau bằng hệ thống vít qua cuống và giải ép lõi trước thành 2 lần mổ: lần 1: cố định lõi sau, lần 2: giải ép lõi trước cho kết quả bước đầu tương đối khả quan. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện đề tài "Nhận xét kết quả phẫu thuật cố định lõi sau và giải ép thần kinh lõi trước trong 2 lần mổ điều trị lao cột sống ngực, thắt lưng tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ 1/10/2022 đến 1/10/2024."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu.

- 96 người bệnh lao cột sống ngực, thắt lưng được phẫu thuật cố định lõi sau và giải ép lõi trước trong 2 lần mổ tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Phổi Trung ương từ 1/10/2022 đến 1/10/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

Người bệnh có tổn thương lao cột sống ngực, thắt lưng giai đoạn III theo GATA có biến

chúng thần kinh dựa vào lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, xác định lại sau phẫu thuật với bằng chứng vi sinh và (hoặc) mô bệnh học. Được phẫu thuật 2 lần tại khoa Ngoại Tổng hợp, bệnh viện Phổi Trung ương. Lần 1: cố định cột sống lõi sau bằng hệ thống vít qua cuống; Lần 2: giải ép thần kinh lõi trước.

- Tiêu chuẩn loại trừ.
+ Người bệnh tổn thương lao nhiều đốt sống không liền kề.

+ Người bệnh có hồ sơ thất lạc hoặc không đầy đủ.

+ Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả lâm sàng vừa hồi cứu vừa tiến cứu. Nghiên cứu hồi cứu gồm 61 người bệnh được phẫu thuật từ 1/10/2022 đến 1/1/2024. Nghiên cứu tiến cứu gồm 35 người bệnh được phẫu thuật từ 2/1/2024 đến 1/10/2024. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau mỗi 1 năm.

- Cỡ mẫu và lựa chọn cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến liên tục được thống kê dưới dạng trung bình. So sánh kết quả giữa các biến liên tục bằng thuật toán kiểm định test T Student. Các biến thứ tự và rời rạc được trình bày dưới dạng %. So sánh kết quả của các biến rời rạc bằng thuật toán kiểm định χ^2 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu.

- Nghiên cứu được sự đồng ý của hội đồng khoa học bệnh viện Phổi Trung ương.

- Người bệnh được giải thích kỹ về nghiên cứu và phương pháp phẫu thuật, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Các thông tin cá nhân của người bệnh được giữ kín.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố tuổi, giới tính của nhóm nghiên cứu

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: $55,5 \pm 15,5$ tuổi, độ tuổi thường gặp nhất: 60-69 tuổi, chiếm 27,1%.

- Giới tính: Nam giới chiếm 54% trong nhóm nghiên cứu, cao hơn nữ giới (46%).

3.2. Tổn thương lao tại cơ quan khác của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Tổn thương lao tại cơ quan khác

Tổn thương lao cơ quan khác	n	%
Lao phổi	15	15,6
Lao hạch	12	12,5
Lao màng phổi	15	15,6
Lao xương vị trí khác	8	8,3
Lao màng bụng	5	5,2
Lao màng não	5	5,2
Tổng	60	62,4

3.3. So sánh mức độ đau trước phẫu thuật và khi khám lại.

Bảng 3.2: Mức độ đau trước phẫu thuật và khi khám lại

Mức độ đau theo VAS	Mức độ đau theo VAS trước phẫu thuật	Mức độ đau theo VAS khi khám lại	P
0	0	52	< 0,01
1-2	0	41	
3-4	16	3	
5-6	26	0	
7-8	42	0	
9-10	12	0	
Điểm VAS trung bình	6,5 ± 1,7	0,73 ± 0,9	

3.4. So sánh mức độ liệt trước phẫu thuật và khi khám lại.

Bảng 3.3: So sánh mức độ liệt trước phẫu thuật và khi khám lại

Liệt theo ASIA	Trước phẫu thuật	Khi khám lại	P
A	10	0	< 0,01
B	18	0	
C	36	9	
D	31	23	
E	0	63	
Điểm vận động trung bình	75,8 ± 10,4	93,8 ± 5,2	

3.5. So sánh mức độ gù cột sống trước phẫu thuật và khi khám lại.

Bảng 3.4: So sánh mức độ gù trước phẫu thuật và khi khám lại

Góc gù trung bình	Trước phẫu thuật	Khi khám lại	P
Đốt sống ngực	$16,0^0 \pm 6,6^0$	$7,2^0 \pm 3,6^0$	< 0,05
Đốt sống thắt lưng	$1,9^0 \pm 4,0^0$	$-2,3^0 \pm 2,7^0$	< 0,05

3.6. Các tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Bảng 3.5: Các tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Các tai biến trong mổ	n	%
Các tai biến trong mổ cố định cột sống lõi sau		
Vỡ cuống sống	2	2,1
Vít vào ống sống	1	1
Vít vào khoảng gian đĩa	1	1
Các tai biến trong mổ giải ép lõi trước		
Rách nhu mô phổi	2	2,1
Gãy xương sườn	2	2,1
Các biến chứng sau phẫu thuật		
Viêm phổi	4	4,2
Nhiễm trùng vết mổ	8	8,3
Chảy máu sau mổ	1	1
Tụ máu vùng mổ	2	2,1

3.7. Kết quả phẫu thuật theo Macnab**Bảng 3.6: Kết quả phẫu thuật theo Macnab.**

Kết quả phẫu thuật	n	%
Rất tốt	75	78,1
Tốt	16	16,7
Trung bình	5	5,2
Kém	0	0
Tổng số	96	100

IV. BÀN LUẬN**4.1. Một số đặc điểm trước phẫu thuật của nhóm nghiên cứu.**

Tuổi: độ tuổi thường gặp nhất: 60-69, chiếm 27,1%, tuổi trung bình: 55,5 ± 15,5 tuổi. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Khắc Tráng (2018): nhóm tuổi thường gặp nhất: 51-60 tuổi, chiếm 26%, tuổi trung bình: 47,3 ± 14,6 tuổi. Xu (2022): tuổi trung bình 45,8 ± 13,8 tuổi, nam giới chiếm 59,5%.

Giới tính: Tỷ lệ nam giới chiếm 54% nhóm nghiên cứu. Tương tự các tác giả khác: Nguyễn Khắc Tráng (2018): nam giới chiếm 61%. Xu (2022): nam giới chiếm 59,5%. Điều này cho thấy tỷ lệ nam giới mắc lao cột sống cao hơn nữ giới. Đây cũng là một khó khăn cho người bệnh khi nam giới thường là trụ cột trong gia đình.

Tổn thương lao tại cơ quan khác: 62,4% bệnh nhân có tổn thương lao tại cơ quan khác. Trong đó, lao phổi 15,6%, lao màng phổi 15,6%, lao hạch 12,5%, lao xương tại vị trí khác 8,3%, lao màng bụng 5,2%, lao màng não 5,2%. Như vậy đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có bệnh cảnh lao đa cơ quan. Đây là thể lao nặng, cần theo dõi điều trị trong thời gian dài và điều trị trước mổ tốt để hạn chế tối đa các tai biến, biến chứng. Đặc biệt là biến chứng nhiễm trùng

máu, nhiễm khuẩn hô hấp, tiết niệu do cơ thể suy kiệt, hệ thống miễn dịch suy yếu, tạo điều kiện cho vi khuẩn khác ngoài lao gây bệnh. Đối với người bệnh lao cột sống, lao xương khớp, chúng tôi thấy vi khuẩn gây bệnh đi kèm hay gặp nhất là tụ cầu vàng và liên cầu đường ruột.

4.2. Mức độ đau của người bệnh trước phẫu thuật và khi khám lại.

Điểm VAS trung bình của người bệnh khi khám lại: 0,73 ± 0,9 điểm. Trong đó 0 điểm chiếm 54,2%; 1- 2 điểm chiếm 42,7%, chỉ còn 3,1% có điểm VAS 3 - 4 điểm. So sánh với mức độ đau trước mổ chúng tôi thấy có sự giảm rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Điều này cho thấy hiệu quả rõ rệt của phương pháp điều trị. Nó không chỉ giúp người bệnh có thể tập luyện để trở lại cuộc sống lao động, sinh hoạt trước kia mà còn có ý nghĩa hơn về mặt tâm lý, giúp người bệnh thoát khỏi cơn đau dai dẳng đồng thời làm cho người bệnh tin tưởng vào phương pháp điều trị hơn.

4.2. Mức độ liệt của người bệnh trước phẫu thuật và khi khám lại.

Các người bệnh trong nhóm nghiên cứu đều có mức độ liệt trước điều trị từ A đến D theo ASIA Khi khám lại, đa số người bệnh đều hết liệt với 78,1% người bệnh hết liệt, vận động, đi lại hoàn toàn bình thường. 16,7% số người bệnh còn liệt D, những người bệnh này bao gồm cả nhóm lao cột sống ngực và thắt lưng. Người bệnh có thể vận động được chân nhưng còn yếu, đi phải có khung hỗ trợ và người giúp đỡ. 5,2% số người bệnh trong nhóm nghiên cứu còn liệt C khi khám lại. Những người bệnh này đều ở nhóm lao cột sống đoạn ngực và bàn lẽ ngực, thắt lưng, trước phẫu thuật có mức độ liệt A theo ASIA. Không có bệnh nhân nào liệt A hoặc B khi khám lại. Kết quả trên cho thấy liệt do lao cột sống có thể hồi phục. Tuy nhiên, mức độ hồi phục và thời gian hồi phục phụ thuộc vào nhiều yếu tố bao gồm vị trí đốt sống bị tổn thương, cơ chế liệt, mức độ liệt... Như vậy, đối với lao cột sống, nếu điều trị đúng nguyên tắc, đúng phương pháp, điều trị sớm khi phát hiện bệnh thì có thể hồi phục liệt hoàn toàn.

4.3. Góc gù cột sống của người bệnh trước điều trị và khi khám lại.

Trong nhóm nghiên cứu đa số người bệnh được chỉnh gù tốt, khám lại sau 1 năm chúng tôi thấy 38 người bệnh lao cột sống đoạn ngực, ngực thắt lưng (58,5%) và 28 người bệnh lao cột sống đoạn thắt lưng (90,3%) được chỉnh hình cột sống về góc gù sinh lý bình thường. Số còn lại 27 người bệnh lao cột sống ngực, ngực thắt

lưng (41,5%) và 3 người bệnh lao cột sống đoạn thắt lưng (9,7%) còn gù cột sống nhẹ ở mức độ chấp nhận được, không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Phân tích sâu hơn chúng tôi nhận thấy đây là nhóm người bệnh có tổn thương nặng thân đốt sống kèm theo loãng xương nặng, góc gù trước phẫu thuật lớn. Như vậy phương pháp phẫu thuật có hiệu quả rất tốt trong chỉnh hình gù vẹo.

4.3. Các tai biến, biến chứng của phẫu thuật

- Tai biến trong phẫu thuật cố định lõi

saу: 2 người bệnh (2,1%) vỡ cuống sống khi bắt vít qua cuống. Cuống sống bị vỡ của 1 người bệnh là D5 và người còn lại là D6 đây đều là đốt sống ngực cao, cuống sống đoạn này nhỏ và chéo. Độ vát của hướng vít và đường kính của vít lựa chọn chưa phù hợp dẫn đến vỡ 1 cuống sống. Một người bệnh có 1 vít sát vào thành bên ống sống khi kiểm tra lại trên phim cắt lớp vi tính, mặc dù gây hẹp ống sống nhưng không có biểu hiện suy yếu chức năng thần kinh, người bệnh vẫn hồi phục bình thường, không liệt khi khám lại. 1 người bệnh có 1 vít đâm vào khoảng gian đĩa. Đây là một lỗi kỹ thuật do người bệnh này có tình trạng loãng xương lớn, mức độ gù trước phẫu thuật cao (25,5⁰).

- Tai biến trong phẫu thuật giải ép lõi

trước: hai người bệnh (2,1%) rách nhu mô phổi khi phẫu thuật giải ép phía trước. Đây là hai trường hợp lao phổi kèm theo lao màng phổi, phải gỡ dính, bóc vỏ khoang màng phổi khi tiếp cận tổn thương, Tổn thương được khâu lại bằng chỉ lin 2.0. Hai người bệnh (2,1%) được ghi nhận gãy xương sườn trong quá trình banh khoang liên sườn bằng Finocchetto. Tổn thương này cũng được xử trí bằng khâu ổ gãy bằng chỉ safil số 2.

- Các biến chứng sau phẫu thuật: Chúng tôi ghi nhận 4 người bệnh (4,2%) có viêm phổi sau mổ ngày thứ 2, 3. Trong đó 2 người bệnh có bệnh nền là tiểu đường type 2, viêm khớp dạng thấp và 2 người bệnh có bệnh nền là tiểu đường type 2, gout mạn. Triệu chứng khởi đầu là sốt, SpO2 giảm, tăng tiết đờm, nghe phổi có ral ẩm 2 phổi. người bệnh được sử dụng kháng sinh phổ rộng sau đó sử dụng theo kháng sinh đồ khi có kháng sinh đồ. Các người bệnh trên đều hồi phục sau điều trị. 8 người bệnh (8,3%) có nhiễm trùng vết mổ phía sau gây lộ vít và gai sau đốt sống, những người bệnh này đều được cắt lọc vết thương, đặt máy VAC hút liên tục và khâu lại vết mổ khi tổ chức hạt lên tốt. Cả 8 bệnh nhân đều liền vết mổ, không để lại đường rò khi khám lại. Hai người bệnh có tụ máu vùng mổ sau mổ giải ép lõi trước. Khối máu tụ được xác định là

do mạch máu trong cơ bị tụt trong thì rạch cơ chéo bụng. 2 người bệnh này được theo dõi, điều trị kháng sinh dự phòng, khối máu tụ biến mất sau 2 tuần, người bệnh không cần phẫu thuật lại lấy máu tụ. Một người bệnh chảy máu sau mổ giải ép lõi trước ngày thứ 3. Người bệnh biểu hiện bằng tụ huyết áp, da, niêm mạc nhợt, chụp CT thấy khối máu tụ cạnh sống, xét nghiệm công thức máu thấy số lượng hồng cầu, haemoglobin giảm. Người bệnh được phẫu thuật cấp cứu kiểm tra thấy điểm chảy máu từ động mạch thân đốt sống do nút cầm máu bằng dao điện bị bật ra. Người bệnh sau đó được buộc thắt lại động mạch thân đốt sống, sau mổ hồi phục hoàn toàn.

4.4. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo Macnab

Chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật sau mổ 1 năm nhận thấy: 75 người bệnh (78,1%) đạt kết quả rất tốt, người bệnh trở lại cuộc sống lao động, sinh hoạt bình thường. 16 người bệnh (16,7%) đạt kết quả tốt, người bệnh còn đau nhẹ, có thể trở lại lao động nếu công việc được thay đổi phù hợp. 5 người bệnh (5,2%) đạt kết quả trung bình, có cải thiện một số chức năng, tuy nhiên người bệnh vẫn cần hỗ trợ, chưa thể trở lại lao động, sinh hoạt bình thường. không người bệnh nào có kết quả phẫu thuật kém.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 96 người bệnh lao cột sống ngực, thắt lưng được phẫu thuật cố định cột sống lõi sau và giải ép lõi trước trong 2 lần mổ tại Bệnh viện Phổi Trung ương, chúng tôi nhận thấy đây là phương pháp phẫu thuật triệt để, giúp người bệnh phục hồi sớm, tối đa các triệu chứng đau, liệt, gù vẹo do lao cột sống gây ra. Đồng thời, đây là phương pháp phẫu thuật an toàn, các tai biến, biến chứng xảy ra với tần suất thấp và có thể khắc phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leowattana W, Leowattana P, Leowattana T.** Tuberculosis of the spine. *World J Orthop.* 2023 May 18;14(5):275-293. doi: 10.5312/wjo.v14.i5.275. PMID: 37304201; PMCID: PMC10251269.
2. **Ruparel S, Tanaka M, Mehta R, Yamauchi T, Oda Y, Sonawane S, Chaddha R.** Surgical Management of Spinal Tuberculosis-The Past, Present, and Future. *Diagnostics (Basel).* 2022 May 24;12(6):1307. doi: 10.3390/diagnostics12061307. PMID: 35741117; PMCID: PMC9221609.
3. **Nguyễn Khắc Tráng** (2018). Kết quả phẫu thuật giải ép lõi trước và cố định lõi sau ở bệnh nhân lao cột sống ngực, thắt lưng có biến chứng thần

- kinh. Tạp chí Y Học Thực Hành (1087). Số 12/2018.
4. **Xu, Z., Zhang, Z., Wu, Y. et al.** Posterior transforaminal debridement and interbody fusion with instrumentation for multi-segment thoracic spinal tuberculosis: a midterm follow-up study. *Sci Rep* 12, 18244 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23169-x>
 5. **Nguyễn Văn Trường, Đinh Ngọc Sơn** (2025). Kết quả điều trị lao cột sống ngực, thắt lưng bằng kết quả vít qua cứng lõi sau và thay thân lõi bên. Tạp chí Y Học Việt Nam, tập 547 TH, số 1, 2025.
 6. **Ligu L, Jini M** (2020). Debridement and stabilization with transpedicular screws in thoracolumbar spinal tuberculosis. *J Orthop Spine* 2020;8:52-6.
 7. **Shi J, Tang X, Xu Y et al** (2014) Single-stage internal fixation for thoracolumbar spinal tuberculosis using 4 different surgical approaches. *J Spinal Disord Tech* 27:E247-E257. <https://doi.org/10.1097/BSD.0000000000000100>
 8. **Assaghir YM, Refae HH, Alam-Eddin M** (2016) Anterior versus posterior debridement fusion for single-level dorsal tuberculosis: the role of graft-type and level of fixation on determining the outcome. *Eur Spine J* 25:3884-3893. <https://doi.org/10.1007/S00586-016-4516-2>

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SỎI TIẾT NIỆU CAO CỦA NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Nguyễn Thu Hương³, Nguyễn Ngọc Trung^{1,2}, Vũ Quang Hưng¹,
Phan Minh Công¹, Nguyễn Văn Phụng¹, Lê Đức Minh Hiếu¹,
Nông Thuỳ Trinh¹, Nguyễn Diễm My¹, Lâm Tuệ Khanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh sỏi tiết niệu cao của người bệnh được chụp cắt lớp vi tính điều trị tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 136 người bệnh. Kết quả: Về phân bố của sỏi: Tỷ lệ mắc sỏi thận đơn thuần là 37,5%, sỏi niệu quản đơn thuần là 30,9% và tỷ lệ có đồng thời sỏi thận và niệu quản chiếm 31,6%. **Đặc điểm của sỏi thận:** Đài thận nhóm S0 chiếm tỷ lệ ưu thế với 55,3% (n = 94); Trên từng đơn vị thận, tỷ lệ sỏi S0 là 65,6%; Sỏi bể thận S1 hay sỏi đài - bể thận S2 chỉ chiếm lần lượt là 3,2% và 11,7%. Về số lượng: Tỷ lệ đơn vị thận có ≥ 3 sỏi bên phải là 40,7%, bên trái với 42,2%; Tỷ lệ đơn vị thận có 2 sỏi bên phải và trái lần lượt là: 20,3% và 14,0%. Về kích thước: Nhóm sỏi < 20mm chiếm đa số với tỷ lệ 56,4%. Về tỷ trọng của sỏi: 59,4% sỏi thận có tỷ trọng < 950HU và 40,6% sỏi có tỷ trọng ≥ 950HU. **Đặc điểm của sỏi niệu quản:** Vị trí 1/3 trên chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,3% ((n = 96). Về số lượng: một sỏi chiếm tỷ lệ cao nhất (90,6%). Về kích thước sỏi niệu quản: Lớn nhất có kích thước trung bình là 14,1 ± 7,4mm; Sỏi > 10mm chiếm tỷ lệ cao

nhất (63,5%), từ 6 - 10mm chiếm 25,9%. Về tỷ trọng: 57,6% trường hợp đạt ≥ 1000HU.

Từ khóa: Sỏi; Cắt lớp vi tính; Hounsfield.

ABSTRACT

IMAGING CHARACTERISTICS OF HIGH URINARY STONES IN PATIENTS TREATED BY COMPUTED TOMOGRAPHY AT THAI BINH UNIVERSITY MEDICAL HOSPITAL

Objective: To describe the imaging characteristics of high urinary tract stones in patients treated with computed tomography at Thai Binh University Medical Center. **Subjects and methods:** A retrospective, descriptive cross-sectional study was conducted on 136 patients. **Results:** Regarding the distribution of stones: The incidence of isolated kidney stones was 37.5%, isolated ureteral stones was 30.9%, and the incidence of coexisting kidney and ureteral stones was 31.6%. **Characteristics of kidney stones:** The S0 group of renal calyces predominated with 55.3% (n = 94); Within each renal unit, the proportion of S0 stones was 65.6%. Kidney stones in the S1 pelvis or S2 renal calyces/pelvis account for only 3.2% and 11.7%, respectively. Regarding quantity: The percentage of renal units with ≥ 3 stones on the right side is 40.7%, and on the left side is 42.2%; the percentage of renal units with 2 stones on the right and left sides is 20.3% and 14.0%, respectively. Regarding size: The majority of stones are < 20mm, accounting for 56.4%. Regarding stone density: 59.4% of kidney stones have a density < 950HU, and 40.6% have a density ≥ 950HU. **Characteristics of ureteral**

¹ Trường Đại học Y Dược Thái Bình

² Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

³ Bệnh viện Vinmec Timescity

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Trung

Email: trungnn@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026