

Kuntscher, kết hợp xương bằng nẹp vít.

+ Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả điều trị 100% chỉnh hình hết di lệch hoặc còn di lệch ít, kết quả phục hồi chức năng cho kết quả tốt và rất đạt 98,6%.

+ Tuy nhiên phương pháp đóng đinh nội tủy bằng đinh SIGN có mở ổ gãy vẫn có một số nhược điểm như để lại sẹo mổ mặt trước xương chày, trong quá trình mở ổ gãy không bảo tồn được tối đa các thành phần tham gia vào quá trình liền xương, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ nhiều hơn. Mặc dù đây là một kỹ thuật không quá khó nhưng đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm, có đầy đủ đủ trang thiết bị để thực hiện. Đinh SIGN là đinh đặc nên tính đàn hồi giảm, nếu không chọn kích cỡ đinh phù hợp nhiều khi vỡ toác xương khi đóng vào ống tủy.

V. KẾT LUẬN

- Kết quả liền xương theo thang điểm RUST: liền xương tốt 98,6%, trung bình 1,4%, không có trường hợp nào chậm liền, không liền.

- Kết quả liền xương sau 6 tháng phẫu thuật:

+ Điểm liền xương theo thang điểm RUST đạt kết quả tốt là 98,6%, trung bình là 1,4%, không có bệnh nhân cho kết quả kém

+ Trên lâm sàng, kết quả liền xương thẳng trục đạt 93,1%, liền xương lệch trục ít là 6,9%, không có bệnh nhân chậm liền và không liền.

- Kết quả phục hồi chức năng:

+ Vận động khớp gối và khớp cổ chân: Tỷ lệ vận động khớp gối và khớp cổ chân bình thường sau mổ là 94,4% và 91,7%. Hạn chế ít là 5,6% và 9,3%. Không có bệnh nhân nào cứng khớp sau mổ.

+ Tình trạng teo cơ cẳng chân: Tỷ lệ bệnh nhân không teo cơ chiếm 94,4%, teo cơ ít là

5,6%, không có bệnh nhân nào teo cơ nhiều.

+ Tình trạng ngắn chi: 93,1% bệnh nhân không ngắn chi, 5,6% (04BN) bệnh nhân ngắn chi < 1cm, chỉ có 1,4% (01BN) ngắn chi > 1cm.

- Kỹ thuật bắt vít chốt đầu dưới đơn thuần cho tỉ lệ rất tốt là 100%, kỹ thuật bắt vít chốt 2 đầu cho tỉ lệ rất tốt là 88,1%.

- Tổng hợp kết quả xa: 98,6% sau mổ cho kết quả tốt và rất tốt, chỉ có 1,4% bệnh nhân cho kết quả trung bình.

- Đóng đinh SIGN là kỹ thuật không quá khó, không cần trang bị nhiều thiết bị đắt tiền, tuy nhiên cho kết quả tốt. Kỹ thuật này phù hợp với các cơ sở y tế chưa có đầy đủ trang thiết bị chuyên dụng và tốt nhất cho chuyên ngành chấn thương chỉnh hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Dũng (2002), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân bằng nẹp vít, Luận văn thạc sỹ - trường đại học y Hà Nội tr 43-44.
2. Mosheiff R., Leung F. (2015), "Tibia, Diaphysis", Intramedullary Nailing: A Comprehensive Guide, pp. 347 - 374.
3. Jessisca.S.Fisher, J.Jacob Kazman, (2018) "Radiologic Evaluation of Fracture Healing", Skeletal Radiology, pp. 351-355.
4. Trần Xuân Sang (2012), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy tại bệnh viện 7B- Quận 7, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Học Viện Quân Y, tr65-71.
5. Nguyễn Việt Dũng và cộng sự (2017), Đánh giá kết quả kết xương chày bằng đinh nội tủy có chốt và kết xương mác bằng nẹp vít, điều trị gãy kín 1/3 dưới 2 xương cẳng chân, Tạp chí Y học Việt Nam, Số 1, tập 470, Tr 67-71.
6. Nguyễn Hải Dương (2018), Đánh giá kết quả điều trị gãy thân hai xương cẳng chân bằng đinh nội tủy có chốt xương chày, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Học Viện Quân Y, tr46-80.

GÙ CỘT SỐNG NGỰC CAO BẨM SINH GÂY TỔN THƯƠNG TỦY: NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Đình Thế Hưng*, Vũ Văn Cường*,
Đỗ Mạnh Hùng*, Tạ Ngọc Hà*, Đình Ngọc Sơn*

TÓM TẮT

Gù cột sống bẩm sinh là một biến dạng không thường gặp do bệnh lý thân đốt sống ngay từ khi sinh

* Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đình Thế Hưng

Email: hungvllv@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022

ra gây nên sự mất cân bằng theo chiều dọc của cột sống [1]. Gù cột sống cột sống ngực cao chỉ chiếm 3.6% trong tổng số gù cột sống bẩm sinh. Tuy nhiên trong quá trình theo dõi thấy rằng 50% bệnh nhân gù cột sống ngực cao bẩm sinh xuất hiện triệu chứng tổn thương tủy [1]. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp bệnh nhân 4 tuổi liệt 2 chân do gù cột sống T5 bẩm sinh tiến triển 4 tháng. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thân T5, ghép xương mác đồng loại, giải ép rộng rễ tủy sống, chỉnh gù, cố định cột sống lồng sau đơn thuần. Sau 1 tuần bệnh nhân bắt đầu có sự hồi phục

về thần kinh và sau 3 tháng bệnh nhân có thể tự đi lại được.

Từ khóa: Gù cột sống bẩm sinh, cột sống ngực cao, tổn thương tủy

SUMMARY

COMPRESSIVE MYELOPATHY IN CONGENITAL KYPHOSIS OF THE UPPER THORACIC SPINE: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Congenital kyphosis is an uncommon deformity of the vertebrae, in which there is imbalance in the longitudinal growth of the spine [1]. The Congenital Kyphosis of the Upper Thoracic Spine were rare 3.6%. 50% of these patients developed paraplegia, which may indicate higher risk of neurological comorbidity in congenital kyphosis of the upper thoracic spine [1]. A 4 years old female developed sudden onset of paraparesis for 4 months. She underwent a posterior approach vertebral column resection (VCR) T5 for decompression and kyphosis correction. There was motor and sensory return after 1 week and can walk after 3 months.

Keywords: Congenital kyphosis, Upper Thoracic Spine, Compressive Myelopathy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

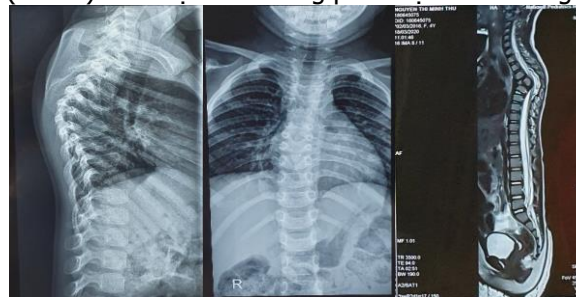
Gù cột sống bẩm sinh là một biến dạng không thường gặp do bệnh lý thân đốt sống ngay từ khi sinh ra gây nên sự mất cân bằng theo chiều dọc của cột sống [1]. Gù cột sống bẩm sinh được chia làm 3 loại: Loại I: gù cột sống do rối loạn quá trình hình thành, loại II: do rối loạn quá trình phân chia, loại III: do phối hợp rối loạn cả 2 quá trình trên [2]. Mặc dù gù cột sống bẩm sinh ít gặp hơn vẹo cột sống bẩm sinh nhưng lại có nguy cơ cao hơn gây tổn thương tủy sống. Theo nghiên cứu của Macter và cộng sự năm 1999 cho thấy tỷ lệ tổn thương tủy ở bệnh nhân gù cột sống bẩm sinh là 10% và chủ yếu gặp ở loại I và loại III, ít khi gặp ở loại II [1].

Gù cột sống cột sống ngực cao chỉ chiếm 3.6% trong tổng số gù cột sống bẩm sinh. Tuy nhiên trong quá trình theo dõi thấy rằng 50% bệnh nhân gù cột sống ngực cao bẩm sinh xuất hiện triệu chứng tổn thương tủy [1]. Như vậy việc theo dõi, phẫu thuật sớm các trường hợp gù cột sống ngực cao bẩm sinh là rất quan trọng để tránh các biến chứng thần kinh không hồi phục. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp tổn thương tủy do gù cột sống ngực cao bẩm sinh.

II. CA LÂM SÀNG

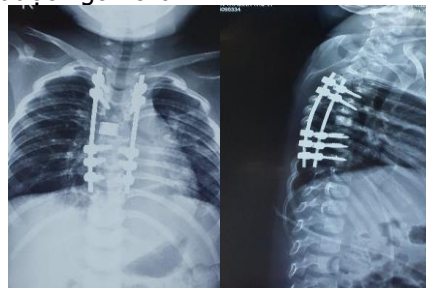
BN nữ, 4 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không có cơ chế chấn thương. Bệnh nhân đột ngột xuất hiện yếu 2 chân tăng dần 4 tháng. Bệnh nhân đã đi nhiều bệnh viện chưa xác định nguyên nhân. Khám vào viện: Bn tỉnh, không sốt, không có dấu hiệu màng não, cơ lực 2 chân 1/5, cơ lực 2 tay 5/5, tê bì 2 chân nhiều, tăng phản xạ gân xương

2 chân, tiểu qua sonde. Xquang và MRI toàn bộ cột sống: Gù cột sống do dị tật nửa thân T5 với góc Cobb là 78 độ gây chèn ép và tổn thương tủy (hình 1). MRI sọ não: không phát hiện bất thường.



Hình 1: Xquang và MRI trước mổ

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thân T5, ghép xương mác đồng loại, giải ép rộng rãi tủy sống, cố định cột sống lối sau đơn thuần. Phim Xquang sau mổ góc Cobb gù giảm xuống còn 14 độ (hình 2). Sau 1 tuần bệnh nhân bắt đầu cử động được ngón chân.



Hình 2: Xquang sau mổ

Sau 3 tháng tập phục hồi chức năng bệnh nhân bắt đầu tự đi lại được những bước đầu tiên (hình 3).









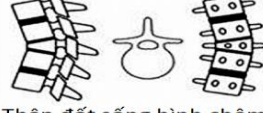
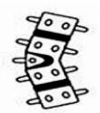
Hình 3: Bệnh nhân bắt đầu đi lại

III. BÀN LUẬN

Winter và cộng sự đã đưa ra phân loại về gù cột sống bẩm sinh đầu tiên từ năm 1973 sau đó được hoàn thiện bởi VanSchrack và đưa vào sử dụng phổ biến bởi Lombard and Le Ge'nissel [3,4]. Gù cột sống bẩm sinh được chia làm 3 loại: Loại I: Gù cột sống do rối loạn quá trình

hình thành, loại II do rối loạn quá trình phân chia, loại III do phối hợp rối loạn cả 2 quá trình

trên (hình 4). Như vậy bệnh nhân của chúng tôi báo cáo thuộc loại I và dị tật 1/2 sau thân đốt sống.

Rối loạn phân chia đốt sống	Rối loạn hình thành đốt sống		Hỗn hợp
 Không hoàn toàn	 1/4 sau bên thân đốt sống	 Thân đốt sống cánh bướm	
 Hoàn toàn	 1/2 sau thân đốt sống	 Thân đốt sống hình chêm	

Hình 4: Phân loại gù cột sống bẩm sinh [5].

Theo báo cáo của Master và cộng sự trên 112 bệnh nhân cho thấy gù cột sống bẩm sinh tiến triển suốt trong quá trình vị thành niên và nhanh nhất ở giai đoạn dậy thì khoảng 10 tuổi. Nghiên cứu cũng cho thấy 10% bệnh nhân gù cột sống bẩm sinh xuất hiện triệu chứng tổn thương tủy trong quá trình phát triển và chỉ gặp ở loại I và III, không gặp ở loại II. Trong gù cột sống bẩm sinh loại I thì gù cột sống do dị tật 1/4 sau có sự phát triển nhanh nhất khoảng 2,5 độ/năm trước 10 tuổi và 5 độ/năm sau đó. Đỉnh của gù thường gặp ở vị trí từ T10 đến L1 chiếm tỷ lệ 66%. Với đỉnh gù ở cột sống ngực cao như bệnh nhân của chúng tôi thì chỉ chiếm 3.6% (4 bệnh nhân) trong tổng số gù cột sống bẩm sinh. Tuy nhiên 2 trong số 4 bệnh nhân gù cột sống ngực cao bẩm sinh có biểu hiện chèn ép tủy trong quá trình phát triển. Không ghi nhận các triệu chứng chèn ép tủy của vị trí đỉnh gù từ đốt sống 12 trở xuống [1]. Triệu chứng chèn ép tủy bắt đầu xuất hiện ở 8 đến 11 tuổi ở 4/11 bệnh nhân, 14 đến 18 tuổi ở 6/11 bệnh nhân và trên 18 tuổi ở 1 bệnh nhân. Với bệnh nhân của chúng tôi xuất hiện triệu chứng chèn ép thần kinh khi mới 4 tuổi và đã khám qua nhiều bệnh viện 4 tháng. Trên X quang và MRI có hình ảnh gù cột sống do dị tật 1/2 sau thân đốt sống T5. Điều này cho thấy đây là 1 trường hợp gù cột sống ngực cao bẩm sinh xuất hiện triệu chứng tổn thương thần kinh sớm tuy nhiên chưa được chẩn đoán chính xác ngay từ đầu nên triệu chứng chèn ép thần kinh đã nặng khi vào viện. Như vậy trong quá trình khám và theo dõi bệnh nhân gù cột sống bẩm sinh, chúng ta cần xác định rõ gù cột sống bẩm sinh thuộc loại nào, theo dõi sát với các bệnh nhân gù cột sống bẩm sinh loại I, trong giai đoạn dậy thì. Đặc biệt cần tiên lượng nguy cơ tổn thương tủy

cao ở bệnh nhân gù cột sống bẩm sinh loại I có đỉnh gù ở cột sống ngực cao để có các phương án điều trị sớm trước khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng.

Cơ chế gây tổn thương tủy trong bệnh lý gù cột sống bẩm sinh do phối hợp của chèn ép tủy, kéo giãn tủy, teo tủy hay các bất thường khác trong tủy có thể xác định trên MRI. Chèn ép tủy là do đốt sống dị tật vị trí đỉnh gù tạo góc gù là góc nhọn và thân đốt sống dị tật luôn có xu hướng đẩy ra sau. Nghiên cứu của Zhang và cộng sự năm 2015 cho thấy đường kính ống sống ở vị trí đỉnh gù có thể giảm từ 40 đến 80% [6]. Bên cạnh đó gù cột sống làm kéo giãn tủy gây tình trạng thiếu máu cục bộ tủy, teo tủy. 1 tỷ lệ nhỏ tổn thương tủy do các bất thường trong ống sống như u mỡ, u thần kinh gây nên. Bệnh nhân của chúng tôi được chụp MRI toàn bộ cột sống và không thấy các bất thường trong ống sống chỉ thấy tủy sống đoạn đỉnh gù teo nhỏ và có hiện tượng phù tủy tương ứng.

Phẫu thuật giải ép, chỉnh gù và hàn xương được coi là phương pháp tối ưu điều trị gù cột sống bẩm sinh. Có 2 phương pháp tiếp cận phẫu thuật cho bệnh nhân là phẫu thuật phối hợp đường trước, đường sau và phẫu thuật đường sau đơn thuần. Các phương pháp này cho phép giải phóng thần kinh, chỉnh sửa được biến dạng nhưng đây lại là kỹ thuật khó đầy thách thức cho phẫu thuật viên và nguy cơ cao chấn thương tủy trong quá trình phẫu thuật. Theo báo cáo Jalanko và cộng sự năm 2011 cho thấy tỷ lệ biến chứng thần kinh trong phẫu thuật cao hơn ở phương pháp sử dụng đường sau đơn thuần so với phương pháp phẫu thuật 2 đường [7]. Tuy nhiên bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật cắt toàn bộ thân đốt sống T5 qua đường sau đơn

thuần, ghép xương mác và cố định cột sống. Chúng tôi lựa chọn phương pháp này do chúng tôi đã có nhiều kinh nghiệm với phương pháp cắt thân đường sau trong các bệnh lý gù, vẹo hay các bệnh lý khác. Bên cạnh đó với phương pháp này chúng tôi có thể cắt toàn bộ thân đốt sống dị tật, chỉnh gù mà không ảnh hưởng tới phổi trong phẫu thuật, từ đó tránh được các nguy cơ tổn thương phổi do với phẫu thuật cả đường trước và đường sau đặc biệt với trẻ 4 tuổi.

Theo nghiên cứu của Zhang về các trường hợp gù cột sống ngực cao có tổn thương tủy được phẫu thuật thấy rằng các yếu tố tiên lượng xấu sau mổ bao gồm: Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tổn thương tủy tới khi phẫu thuật lớn, mức độ tổn thương thần kinh trước phẫu thuật nặng, tuổi bệnh nhân lớn hơn 20, góc cobb gù lớn hơn 120 độ. Trong đó mức độ tổn thương thần kinh trước mổ và thời gian xuất hiện triệu chứng là 2 yếu tố quyết định tới khả năng hồi phục của bệnh nhân. [6]. Với bệnh nhân của chúng tôi thời gian xuất hiện triệu chứng trên 4 tháng, cơ lực lúc vào viện là 1/5, rối loạn cảm giác và cơ tròn rõ với góc cobb gù trên Xquang là 78 độ. Đây là yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân của chúng tôi. Điều này càng khẳng định việc theo dõi sát phát hiện các triệu chứng thần kinh sớm, phẫu thuật sớm đóng vai trò quyết định tới kết quả phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Gù cột sống ngực cao bẩm sinh là một dị tật không thường gặp nhưng có nguy cơ gây tổn thương tủy trong quá trình phát triển. Vì vậy việc theo dõi sát, phân loại gù cột sống, phát hiện sớm các triệu chứng thần kinh và phẫu thuật cần được chú ý và đóng vai trò quyết định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McMaster MJ, Singh H.** Natural history of congenital kyphosis and kyphoscoliosis: a study of one hundred and twelve patients. *J Bone Joint Surg.* 1999;81-A:1367–1383.
2. **Winter RB, Moe JH, Wang JK.** Congenital kyphosis: its natural history and treatment as observed in a study of one hundred and thirty patients. *J Bone Joint Surg.* 1973;55-A:223–256.
3. **Lombard P, Le Ge'nissel.** Cyphoses congenitales. *Rev Orthop* 1938;25: 532–50.
4. **Van Schrick FG.** Die angerborene Kyphose. *Zeitschr Orthop Chir* 1932;56: 238–59
5. **Justin S. Smith, M.D., Ph.D,** Decision Making In Pediatric Spinal Deformity, *Neurosurgery* 63:A54–A68, 2008.
6. **Zhengfeng Zhang,** Compressive Myelopathy in Congenital Kyphosis of the Upper Thoracic Spine, A Retrospective Study of 6 Cases, *J Spinal Disord Tech* 2015;00:000–000.
7. **Jalanko T, Rintala R, Puisto V, et al.** Hemivertebra resection for congenital scoliosis in young children: comparison of clinical, radiographic, and health-related quality of life outcomes between the anteroposterior and posterolateral approaches. *Spine.* 2011; 36:41–49.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CỦA ĐỘNG MẠCH HÀM TRONG HỔ DƯỚI THÁI DƯƠNG

Lê Thùy Dung¹, Ngô Văn Công²,
Trần Hạnh Uyên², Trần Minh Trường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động mạch hàm là nhánh lớn nhất của động mạch cảnh ngoài ở vùng cổ. Động mạch hàm đi qua hố dưới thái dương và là nguồn cung cấp máu chủ yếu cho hốc mũi và khoang miệng, răng và màng cứng. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước về giải phẫu của động mạch hàm vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Khảo sát đường đi của động mạch hàm so với cơ chân bướm ngoài và đặc điểm giải phẫu các nhánh chính của động mạch hàm đoạn nằm trong hố dưới thái dương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu

cắt ngang mô tả. Từ tháng 9/2020 đến tháng 6/2021, chúng tôi phẫu tích 20 vùng hố dưới thái dương trên xác tươi tại bộ môn Giải Phẫu – Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh và ghi lại đặc điểm của động mạch hàm. **Kết quả:** 90% trường hợp động mạch hàm nằm phía ngoài cơ chân bướm ngoài. Đường kính động mạch màng não giữa, động mạch huyết răng dưới và động mạch cơ cắn tại nguyên ủy lần lượt là $2,08 \pm 0,17$ mm; $1,12 \pm 0,17$ mm và $0,87 \pm 0,18$ mm. Khoảng cách từ góc hàm đến nơi xuất phát động mạch màng não giữa, động mạch huyết răng dưới và động mạch cơ cắn lần lượt là $40,07 \pm 1,78$ mm; $36,38 \pm 1,56$ mm và $43,50 \pm 3,07$ mm. **Bàn luận:** Đặc điểm giải phẫu của động mạch hàm biến đổi và kết quả của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Nằm rõ các đặc điểm này giúp giảm thiểu các biến chứng xuất huyết khi thực hiện phẫu thuật tại vùng hố dưới thái dương.

Từ khóa: Động mạch hàm, hố dưới thái dương, cơ chân bướm ngoài, động mạch màng não giữa, động mạch huyết răng dưới, động mạch cơ cắn.

¹Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thùy Dung

Email: lethuydungmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022