

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VEỌ THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG KỸ THUẬT BẮT VÍT QUA CUỐNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trịnh Xuân Khánh¹, Hoàng Gia Du¹, Đinh Mạnh Hải²,
Nguyễn Văn Trung¹, Vũ Xuân Phước¹, Nguyễn Đức Hoàng¹,
Lê Đăng Tân¹, Trịnh Minh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng lâm sàng và chỉ số trên phim X-quang toàn bộ cột sống của người bệnh veọ cột sống do thoái hóa trước và sau phẫu thuật bắt vít qua cuống chỉnh veọ cột sống thắt lưng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 36 người bệnh được chẩn đoán veọ thoái hóa cột sống thắt lưng và điều trị bằng phẫu thuật bắt vít qua cuống chỉnh veọ cột sống trong khoảng thời gian từ tháng 1/2017 đến 12/2022 tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $64,08 \pm 7,6$ tuổi. Tỷ lệ nữ giới chiếm 81%, nam giới chiếm 19%. Sự khác biệt về góc Cobb veọ trước mổ $22,73 \pm 6,5^\circ$ và sau mổ là $2,92 \pm 2,5^\circ$, độ ưỡn trung bình cột sống trước mổ là $21,4^\circ$ sau mổ là $38,66 \pm 9,02^\circ$. Điểm đau VAS tại cột sống thắt lưng, chi dưới, và chất lượng cuộc sống bệnh nhân qua chỉ số ODI cải thiện rõ rệt sau mổ có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Phẫu thuật bắt vít qua cuống là phương pháp giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng, chất lượng cuộc sống của người bệnh đồng thời đem lại kết quả tốt trong phục hồi biến dạng cột sống trên X-quang.

Từ khóa: Biến dạng cột sống, veọ thoái hóa cột sống thắt lưng, chỉnh veọ thoái hóa

SUMMARY

THE OUTCOME OF POSTERIOR SPINAL FUSION FOR TREATMENT OF DEGENERATIVE LUMBAR SCOLIOSIS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: Evaluate the improvement of clinical manifestation via preoperative and postoperative VAS, and ODI scores of lumbar spine region, and radiographical parameters of entire spinopelvic axis on full-length radiographs of Degenerative Lumbar Scoliosis (DLS) Patients treated with posterior lumbar fusion. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 36 patients diagnosed with DLS, surgically treated by posterior spinal fusion over a 5-year period (between 1/2017 and 12/2022) at Bach Mai Orthopedic and Spinal Department. **Results:** The mean age of the patients was $64,08 \pm 7,6$ years old. 81% of patients were female (29/36), and the

male comprises of 19%. The pre-operative and post-operative scoliosis Cobb angles were $22,73 \pm 6,5^\circ$ and $2,92 \pm 2,53^\circ$, respectively. The mean preoperative and postoperative lumbar lordosis (LL) on X-ray films were $21,4^\circ$ and $2,92 \pm 2,53^\circ$, in turns. Average VAS scores and ODI were significantly improved at final follow-up compared with baseline, differences were statistically significant. **Conclusion:** Posterior spinal fusion provides good outcomes in term of sagittal balance on Radiographical parameters and improvement in ODI.

Keywords: Spinal deformity, Degenerative lumbar scoliosis, scoliosis reduction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Veọ cột sống thoái hóa được định nghĩa là sự biến dạng cột sống ở người trưởng thành do nguyên nhân thoái hoá với góc Cobb đo tại vùng cột sống khảo sát lớn hơn 10° trên phim X-quang cột sống tiêu chuẩn trong mặt phẳng trán. Tỷ lệ veọ cột sống thoái hoá ở người trưởng thành tăng dần theo tuổi dao động từ 8,3% đến 68% dân số theo một số nghiên cứu.¹ Veọ thoái hoá thường gặp ở vị trí cột sống thắt lưng (Degenerative Lumbar Scoliosis, DLS), ít gặp ở cột sống ngực. Tuy vậy trong một số trường hợp có thể diễn ra quá trình tự cân chỉnh cột sống dẫn đến veọ cột sống ngực thứ phát trên người bệnh.

Vấn đề điều trị veọ cột sống vô căn tuổi thanh thiếu niên đã được đề cập đến trong nhiều báo cáo trước đây, tuy nhiên hiệu quả điều trị phẫu thuật đối với bệnh lý veọ cột sống do nguyên nhân thoái hoá vẫn chưa có nhiều nghiên cứu được công bố. Trong đa số các trường hợp, người bệnh thường được điều trị bảo tồn nhiều năm trước khi tìm đến can thiệp phẫu thuật. Tỷ lệ điều trị nội khoa thành công có thể đạt 27% qua một số báo cáo, tuy nhiên, quá trình điều trị nội khoa thường không đem lại sự cải thiện lâm sàng lâu dài, do bản chất quá trình điều trị không can thiệp sửa chữa được các thương tổn giải phẫu gây mất cân bằng và mất vững giải phẫu cột sống vốn là nguồn gốc gây ra các biểu hiện triệu chứng trên người bệnh.² Cùng với sự già hoá dân số trên quy mô toàn cầu và nhu cầu chăm sóc sức khoẻ nâng cao chất lượng cuộc sống, điều trị veọ thoái hoá cột sống thắt lưng đã trở thành vấn đề sức khoẻ

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Xuân Khánh

Email: trinxuanphanh1997@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2024

Ngày duyệt bài: 27.3.2024

được quan tâm hàng đầu do đây là một trong những nguyên nhân gây ra đau đớn và tàn tật ở người cao tuổi. Vẹo thoái hóa cột sống thắt lưng gây ra sự mất cân bằng phân bố trọng lực trên quy mô toàn bộ cột sống diễn ra trong cả mặt phẳng đứng ngang và mặt phẳng đứng dọc. Do đó mục tiêu của điều trị phẫu thuật không chỉ là vấn đề giải ép cấu trúc thần kinh mà còn phải phục hồi sự cân bằng giải phẫu của cột sống. Tại Việt Nam, vẫn chưa có nhiều báo cáo mô tả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, cũng như kết quả điều trị phẫu thuật đối với bệnh lý vẹo thoái hóa cột sống thắt lưng ở người trưởng thành. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm cung cấp thông tin về một phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 36 Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán vẹo thoái hóa cột sống thắt lưng, điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bắt vít qua cuống cổ định cột sống trong thời gian nghiên cứu (1/2017-12/2022) tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống, Bv Bạch Mai.

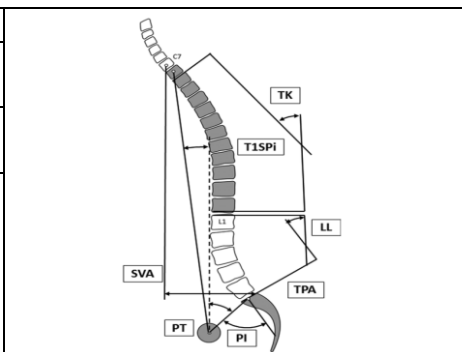
Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán: Vẹo cột sống thắt lưng do thoái hóa
- Không có tiền sử vẹo vô căn từ trước
- Có đầy đủ hồ sơ
- Bệnh nhân tuân thủ điều trị, đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bảng phân loại SRS-Schwab

Các chỉ số góc sử dụng trong nghiên cứu
Giá trị PI – LL. 0: <10°, (+): Trung bình 10-20°, (+ +): >20°.
Trục đứng dọc cột sống (SVA): 0: SVA < 4cm, (+): SVA 4 - 9.5 cm, (+ +): SVA > 9.5 cm.
Góc nghiêng chậu (PT): 0: PT < 20°, (+): PT 20-30°, (+ +): PT >30°
Hình 2.1. Minh họa các chỉ số góc vùng cột sống thắt lưng đo trên phim Xquang toàn bộ cột sống⁴



2.3. Xử lý số liệu. Số liệu của nghiên cứu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Người bệnh và gia đình NB đồng ý tham gia nghiên cứu, và được giải thích cụ thể tỉ mỉ về phương pháp điều trị (ưu nhược điểm, các rủi ro có thể gặp phải...).

• Những trường hợp vẹo thoái hóa cột sống thắt lưng được phẫu thuật theo phương pháp không cố định cột sống

- Bệnh nhân đang có những bệnh nội, ngoại khoa cấp tính
- Bệnh nhân đã phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng, các biến dạng cột sống sau chấn thương, nhiễm trùng,...
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ
- Người bệnh có thông tin trong hồ sơ không đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện, thu thập tất cả người bệnh thỏa mãn điều kiện trong thời gian nghiên cứu

2.2.3. Biến số nghiên cứu và đo lường

- Lâm sàng: Phân tích các triệu chứng lâm sàng, mức độ đau cột sống thắt lưng, chi dưới theo thang điểm VAS, chức năng cột sống thắt lưng theo thang điểm OWESTRY (ODI) tại các thời điểm trước và sau phẫu thuật.

- Cận lâm sàng: Đánh giá góc vẹo theo phương pháp Cobb, các chỉ số góc tại vùng cột sống thắt lưng đo trên XQuang toàn bộ cột sống: Sagittal Vertical Axis (SVA), Lumbar lordosis (LL), Pelvic incidence (PI), Pelvic Tilt (PT), Sacral Slope (SS).

- Kết quả phẫu thuật: Đánh giá thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, số tầng phẫu thuật, số tầng hàn xương liên thân đốt. Phân loại biến dạng đứng dọc theo bảng phân loại SRS-Schwab.³

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung

Bảng 3.1: Trung bình tuổi và phân bố bệnh nhân theo các nhóm tuổi

Giới tính	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	X ± SD
	Nam		7	
Nữ		29	81	

Tuổi	≤ 50	1	2,78	64.08 ± 7.64
	50 - 60	12	33,33	
	60 - 70	14	38,89	
	> 70	9	25,00	

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nữ giới (chiếm 81%), tỷ lệ nữ/nam là 4,1. Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 64,08 tuổi, chủ yếu thuộc nhóm tuổi 60-70 tuổi (chiếm 38,9%).

Bảng 3.2: Đặc điểm chung phẫu thuật

		Min-Max	X ± SD
Đặc điểm phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)	160-360	301,67 ± 40,11
	Lượng máu mất (ml)	250-1250	1030,56 ± 160
	Số tầng bắt vít (tầng)	5 - 9	7,08 ± 1,13
	Số tầng hàn xương liên thân đốt	2 - 4	2,61 ± 0,69
	Thời gian nằm viện sau mổ	10-15	11,89 ± 1,39

Nhận xét: Trung bình thời gian phẫu thuật mỗi ca mổ kéo dài 301 phút, ngắn nhất 160 phút và dài nhất là 360 phút. Trung bình thể tích máu

Bảng 3.4. Mức độ cải thiện chỉ số ODI trước và sau phẫu thuật

Thời điểm	Phân loại ODI								X ± SD (điểm)	P*
	Nhẹ		Trung bình		Nặng		Rất nặng			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Trước phẫu thuật	0	0	1	2,78	32	88,89	3	8,33	48.19±6,69	<0,001
Thời điểm tái khám	18	50	18	50	0	0	0	0	21.14±10,08	

Nhận xét: Điểm ODI trung bình tại thời điểm khám lại giảm so với trước phẫu thuật (tương ứng 48.19 ± 6.69 và 21.14 ± 10.08). Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.5. Sự thay đổi góc Cobb trước và sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật X ± SD (°)	Khám lại X ± SD (°)	Cobb trước pt - sau pt X ± SD (°)	P*
Góc Cobb	22.73 ± 6.51	2.92 ± 2.53	19.81 ± 6.23	< 0.001

Nhận xét: Sự thay đổi góc Cobb trung bình tại thời điểm trước và sau phẫu thuật là 19,8°, Trung bình góc Cobb vùng đo tại thời điểm khám lại (2.92 ± 2.53°) thấp hơn so với trước mổ (22.73 ± 6.51°), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.6. Sự thay đổi chỉ số các góc đo trên X-quang theo phân loại SRS-Schwab

Chỉ số		Trước mổ (N=36)		Khám lại (N=36)		p*
		n	%	n	%	
PI-LL (°)	<10	0	0	1	2,78	0,984
	10 - 20	3	8,33	3	8,33	
	> 20	33	91,67	32	88,89	
	X ± SD	36,28 ± 12,59		29,40 ± 10,82		
SVA (°)	< 4	16	44,44	28	77,78	0.009
	4 - 9.5	18	50,00	8	22,22	
	> 9.5	2	5,56	0	0	
	X ± SD	5,17 ± 1,92		3,10 ± 1,42		
PT (°)	< 20	9	25,00	15	41,67	0.223
	20 - 30	15	41,67	9	25,00	
	> 30	12	33,33	12	33,33	
	X ± SD	28,67 ± 14,39		25,68 ± 9,00		

*Chi-square test; biến định tính biến đổi n (%).

mất mỗi ca mổ là 1030 ml, ít nhất là 250ml và nhiều nhất là 1250ml. Trung bình số đốt sống cố định là 7, số đốt cố định ngắn nhất là 5, và dài nhất là 9 đốt. Trung bình số tầng hàn xương liên thân đốt là 2,6, số tầng hàn xương ngắn nhất là 2, và dài nhất là 4 tầng. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 12 ngày.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.3. Mức độ cải thiện triệu chứng đau theo thang điểm VAS

Vị trí đau	Trước phẫu thuật	Sau khám lại	P*
	X ± SD	X ± SD	
VAS lưng	5.83 ± 0.77	2.44 ± 1.13	<0,001
VAS chân	5.78 ± 0.59	2.00 ± 1.31	<0,001

*Pair samples T test

Nhận xét: Mức độ đau cột sống thắt lưng tại thời điểm khám lại là 2,44 ± 1,13 điểm, thấp hơn so với thời điểm trước phẫu là 5.83 ± 0.77 điểm. Tương tự, điểm VAS chân tại thời điểm khám lại thấp hơn so với trước mổ, tương ứng 2,00 ± 1,31 và 5.78 ± 0.59. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001

Nhận xét: Sau phẫu thuật, SVA tại thời điểm khám lại có giá trị trung bình là $3,10 \pm 1,42$ thấp hơn so với trước mổ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt về hiệu số góc (PI – LL) và PT trước và sau phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Biến chứng sau mổ (n=36)

Biến chứng	Số lượng	Phần trăm (%)
Nhiễm trùng	2	5,5
Tổn thương thần kinh	0	0
Đau khớp cùng chậu	1	2,7
Hội chứng liền kề	1	2,7
Lỏng vít, nhổ vít	1	2,7
Khớp giả	1	2,7
Chung	6	16,7

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung là 16,7%(6/36 bệnh nhân).

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cố định cột sống bằng cấu trúc toàn vít trong điều trị vẹo thoái hóa cột sống thắt lưng là một phẫu thuật phức tạp, có thể gặp nhiều tai biến biến chứng, thời gian phẫu thuật thường kéo dài phụ thuộc vào đoạn cột sống nắn chỉnh.

Về đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu, tuổi trung bình BN là 64,08 tuổi, nhỏ nhất là 44 tuổi, lớn nhất là 77 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (63,8%). Các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng cho kết quả tương tự như của Saubo và cộng sự (2019) tuổi trung bình là 70,26,⁵ Kim và cộng sự (2017) là 68 tuổi (58-78 tuổi).⁶ Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 80,5% (29/36 BN). Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của tác giả Saubo và cộng sự (2019) tỷ lệ nữ giới là 79,6%.⁵

Về đặc điểm lâm sàng, triệu chứng đau lưng và đau chân là hai triệu chứng gặp ở tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu. Đau lưng là kết quả của những biến đổi cấu trúc giải phẫu diễn ra ở đĩa đệm, khớp liên mấu, sự hình thành các chồi xương thoái hóa, phì đại dây chằng vàng, và sự mất vững cột sống gây nên bởi quá trình thoái hóa.⁷ Bên cạnh đó, sự mất cân bằng cột sống do sự phân bố trọng lượng cơ thể không đều giữa hai bên vùng vẹo thoái hóa gây ra sự căng cứng của hệ thống cơ nội tại, điều này cũng có thể gây ra triệu chứng đau lưng. Mức độ đau cột sống có thể không tương xứng với mức độ cong vẹo cột sống, tuy nhiên, sự trượt xoay và mất cân bằng trong mặt phẳng đứng dọc có thể làm trầm trọng thêm tình trạng đau lưng. Triệu chứng đau chân do chèn ép thần kinh gây ra bởi tình trạng hẹp lỗ liên hợp, là hậu quả của giảm chiều cao đĩa, phì đại diện khớp, cốt hoá dây chằng do cấu trúc phía sau của đốt sống

phải tăng chịu tải. Phì đại khớp cùng bên và phì đại khớp bên có liên quan đến hẹp lỗ liên hợp.

Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi là $301,67 \pm 40,11$ phút, lượng máu mất trung bình Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $1030,56 \pm 160$. Phẫu thuật cố định cột sống điều trị vẹo thoái hóa là phẫu thuật lớn, mất nhiều thời gian và mất máu nhiều, vì thế cần thực hiện ở những trung tâm có trình độ gây mê hồi sức tốt. Số đốt sống cố định trong nghiên cứu là $7,13 \pm 1,08$ đốt, trong đó có $2,61 \pm 0,69$ tầng hàn xương liền thân đốt. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu là $11,89 \pm 1,39$ ngày.

Sau phẫu thuật, các thông số về mặt phẳng đứng dọc, đứng ngang cải thiện. Góc Cobb trước phẫu thuật là $22,73 \pm 6,5$, giảm xuống còn $2,9 \pm 2,5$, Trung bình sự thay đổi góc Cobb là 19,8 độ; có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phương pháp bắt vít qua cuống chỉnh sửa tốt về biến dạng cột sống theo mặt phẳng đứng ngang. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của tác giả Sabou và cộng sự năm 2019 nghiên cứu 65 bệnh nhân tại Anh có sự thay đổi giá trị góc Cobb trung bình trước và sau phẫu thuật là 22,6 độ.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự cải thiện ưỡn cột sống LL trước phẫu thuật là $21,46 \pm 7,59$, sau phẫu thuật là $38,66 \pm 9,02$, Trung bình sự thay đổi góc Cobb là 17,2 độ; có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các BN đều có sự cải thiện mức độ đau lưng, đau chân khi đi khám lại theo thang điểm VAS. Điểm VAS lưng trung bình trước phẫu thuật là $5,83 \pm 0,77$, giảm xuống còn $2,44 \pm 1,1$ và điểm VAS chân trước phẫu thuật là $5,78 \pm 0,59$, giảm xuống còn $2 \pm 1,31$, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Trung bình ODI trước mổ và tại thời điểm khám lại, cho thấy, giá trị trung bình trước mổ là $48,19 \pm 6,69$, sau khi khám lại là $21,14 \pm 10,08$. Sự cải thiện độ giảm chức năng cột sống ODI sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Phương pháp bắt vít qua cuống không chỉ cải thiện biến dạng ở mặt phẳng đứng ngang mà còn chỉnh sửa biến dạng do vẹo thoái hóa cột sống thắt lưng ở mặt phẳng đứng dọc, làm phục hồi độ ưỡn cột sống thắt lưng. Trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 1 tầng hàn xương có thể giảm góc Cobb xuống 5,5 độ và tăng góc ưỡn cột sống LL lên 7,7 độ. Sau phẫu thuật, sự cải thiện chỉ số SVA có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt về chỉ số PI-LL và PT trước và sau phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Theo Sansur và cộng sự (2011) nghiên cứu

4980 trường hợp BN từ năm 2004 đến năm 2007, tỷ lệ chung các biến chứng là 13,4%, tỷ lệ nhiễm trùng vết thương bề mặt là 0,9%, tỷ lệ nhiễm trùng vết thương sâu là 1,5%, tỷ lệ thiếu hụt thần kinh cấp tính là 1%.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung là 16,7%. Tỷ lệ nhiễm trùng nông chiếm 5,5 % (02/36 bệnh nhân). 02 bệnh nhân này được điều trị cắt chỉ vết mổ làm sạch, thay băng hàng ngày kết hợp điều trị kháng sinh trong 2 tuần. Tình trạng nhiễm trùng của bệnh nhân giảm dần và chấm dứt sau 2 tuần điều trị. 01/36 trường hợp lỏng vít, 01/36 bệnh nhân xuất hiện khớp giả. Có 01/36 BN chiếm 2,7% bị hội chứng liên kề. BN sau khi cố định cột sống T12-S1, trên lâm sàng bệnh nhân có đau đoạn cột sống ngực, XQ có hình ảnh gù đoạn T10-T12. Một số yếu tố nguy cơ của gù đoạn kế cận (PJK) là cố gắng nâng chình biến dạng lớn, tuổi già, SVA lớn, PI-LL cao.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý vẹo thoái hóa cột sống thắt lưng gặp chủ yếu ở người cao tuổi, tỷ lệ nữ giới gặp nhiều hơn nam giới. Triệu chứng thường gặp là đau lưng, đau chân ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Phẫu thuật bắt vít qua cuống giúp sửa chữa mất cân bằng cột sống và giải ép thần kinh giúp cải thiện được chất lượng cuộc sống và phục hồi biến dạng cột sống sau phẫu thuật. Tuy nhiên cần nghiên cứu dài hạn hơn để theo dõi đánh giá về kết quả phẫu thuật cũng như biến chứng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schwab F, Dubey A, Gamez L, et al. Adult Scoliosis: Prevalence, SF-36, and Nutritional Parameters in an Elderly Volunteer Population: Spine. 2005; 30(9): 1082-1085. doi:10. 1097/01.brs.0000160842.43482.cd
2. Savage JW, Patel AA. Fixed Sagittal Plane Imbalance. Global Spine Journal. 2014;4(4):287-295. doi:10.1055/s-0034-1394126
3. Slattery C, Verma K. Classification in Brief: SRS-Schwab Classification of Adult Spinal Deformity. Clin Orthop Relat Res. 2018;476(9):1890-1894. doi:10.1007/s11999-000000000000264
4. Ferrero E, Liabaud B, Henry JK, et al. Sagittal alignment and complications following lumbar 3-column osteotomy: does the level of resection matter? J Neurosurg Spine. 2017;27(5):560-569. doi:10.3171/2017.3.SPINE16357
5. Sabou S, Carrasco R, Verma R, Siddique I, Mohammad S. The clinical and radiological outcomes of multilevel posterior lumbar interbody fusion in the treatment of degenerative scoliosis: a consecutive case series with minimum 2 years follow up. J Spine Surg. 2019;5(4):520-528. doi: 10.21037/jss.2019.12.02
6. Kim KT, Jo DJ, Lee SH, Seo EM. Oblique retroperitoneal approach for lumbar interbody fusion from L1 to S1 in adult spinal deformity. Neurosurg Rev. 2018;41(1):355-363. doi:10.1007/s10143-017-0927-8
7. Glassman SD, Bridwell K, Dimar JR, Horton W, Berven S, Schwab F. The impact of positive sagittal balance in adult spinal deformity. Spine (Phila Pa 1976). 2005;30(18):2024-2029. doi:10.1097/01.brs.0000179086.30449.96
8. Sansur CA, Smith JS, Coe JD, et al. Scoliosis Research Society Morbidity and Mortality of Adult Scoliosis Surgery: Spine. 2011;36(9):E593-E597. doi:10.1097/BRS.0b013e3182059bfd

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U VÙNG THÂN ĐUÔI TỤY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC TỪ THÁNG 1/2015 ĐẾN THÁNG 12/2022

Vũ Thị Phương Anh¹, Dương Trọng Hiền²,
Trịnh Quốc Đạt¹, Phạm Quang Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Phẫu thuật liên quan điều trị u tủy luôn là một thách thức đối với các nhà ngoại khoa không chỉ về mặt kỹ thuật mà còn như xử lý các biến chứng sau phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi điều trị u vùng thân đuôi tủy luôn là một phẫu thuật khó tuy nhiên qua

một số báo cáo mang lại có nhiều ưu thế như giảm tỉ lệ đau, chảy máu, nhiễm trùng... **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u thân đuôi tủy. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu mô tả trên 35 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị u vùng thân tủy, tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tỉ lệ nam : nữ là 1/11. Tuổi trung bình 49±16 tuổi (13-76). Thời gian mổ trung bình là 186,3 phút (100-240). Đa số bệnh nhân (33/35 trường hợp) cắt thân đuôi tủy kèm lách, 2 trường hợp cắt thân đuôi tủy bảo tồn lách. Tỷ lệ mổ phẫu thuật nội soi thành công có 28/35 trường hợp chiếm 80%, có 10 trường. Biến chứng sau mổ nội soi hoàn toàn bao gồm: 7 trường hợp rò tủy trong đó có 1 trường hợp rò tủy độ B được dẫn lưu ổ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Phương Anh

Email: vuanh2945@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024