

trong 26 bệnh nhân tiến hành ETV/CPC có tiến triển nặng, tử vong. Phương pháp nội soi mở thông sàn não thất III bể đáy kết hợp đốt đám rối mạch mạc (ETV-CPC) trong điều trị não úng thủy lần đầu tiên được đề xuất bởi Giáo sư Benjamin Warf vào khoảng năm 2000⁶. ETV/CPC bao gồm việc đốt đám rối mạch mạc để giảm tiết dịch não tủy và mở nội soi một kênh khác để tái hấp thu dịch não tủy bằng cách mở thông sàn não thất III và được khuyến nghị nên áp dụng cho bệnh nhi dưới 2 tuổi. Đến nay, phương pháp này ngày càng phổ biến và được coi là phương pháp tốt ở trẻ sơ sinh khi nó cho thấy hiệu quả điều trị lâu dài và biến chứng là thấp hơn. Cụ thể, so với phương pháp shunt, tuy ETV/CPC đòi hỏi yêu cầu kỹ thuật cao và trang thiết bị hiện đại hơn, nhưng phương pháp này cho thấy khả năng thành công cao hơn, đặc biệt trong trường hợp xảy ra biến chứng sau phẫu thuật và bệnh nhân không được chăm sóc phẫu thuật tốt thì bệnh nhân phẫu thuật shunt dễ tử vong hơn. Hơn nữa, bệnh nhân phẫu thuật theo phương pháp ETV/CPC cũng được báo cáo có tỷ lệ gặp rủi ro thất bại trong lần phẫu thuật tiếp theo thấp hơn so với phương pháp đặt dẫn lưu. Do đó, những bằng chứng này có thể giải thích nguyên nhân phương pháp ngày càng được áp dụng rộng rãi trên thế giới trong điều trị não úng thủy ở trẻ sơ sinh. Trong nghiên cứu hiện tại của chúng tôi, đa số bệnh nhi được áp dụng phương pháp ETV/CPC với 86,7% và 13,3% bệnh nhi được áp dụng phương pháp ETV/CPC kết hợp với đặt dẫn lưu ngoài (EVD). Trong đó, EVD được coi là một thủ thuật quan trọng xử lý trong các trường hợp não úng có mũ não thất và sau xuất huyết não thất trong mổ. Tuy nhiên,

ETV/CPC kết hợp EVD tiềm ẩn nhiều nguy cơ xảy ra biến chứng hơn so với ETV/CPC nên ít được áp dụng.

IV. KẾT LUẬN

Phương pháp nội soi ống mềm mở thông sàn não thất III và đốt đám rối mạch mạc là phương pháp an toàn hiệu quả trong điều trị não úng thủy ở trẻ sơ sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Filis AK, Aghayev K, Vrionis FD.** Cerebrospinal fluid and hydrocephalus: physiology, diagnosis, and treatment. *Cancer Control*. 2017;24(1):6-8.
2. **Dewan MC, Rattani A, Mekary R, et al.** Global hydrocephalus epidemiology and incidence: systematic review and meta-analysis. *Journal of neurosurgery*. 2018;130(4):1065-1079.
3. **Tully HM, Dobyns WB.** Infantile hydrocephalus: a review of epidemiology, classification and causes. *European journal of medical genetics*. 2014;57(8):359-368.
4. **Grunert P, Charalampaki P, Hopf N, Filippi R.** The role of third ventriculostomy in the management of obstructive hydrocephalus. *Min-Minimally Invasive Neurosurgery*. 2003;46(01):16-21.
5. **Lê Xuân Trung.** Trần dịch não thất. *Bệnh học phẫu thuật thần kinh. Nhà xuất bản Y học*; 2003.
6. **Bệnh viện Nhi Trung Ương.** Phẫu thuật nội soi điều trị não úng thủy: kỹ thuật mang lại tương lai tươi sáng hơn cho những đứa trẻ "đầu to". 05 Feb 2025. Accessed 05 Feb, 2025. <https://benhviennhitrunguoc.gov.vn/phau-thuat-noi-soi-dieu-tri-nao-ung-thuy-ky-thuat-mang-lai-tuong-lai-tuoi-sang-hon-cho-nhung-dua-tre-dau-to.html>
7. **Warf BC, Weber DS, Day EL, et al.** Endoscopic third ventriculostomy with choroid plexus cauterization: predictors of long-term success and comparison with shunt placement for primary treatment of infant hydrocephalus. *J Neurosurg Pediatr*. Aug 1 2023;32(2):201-213. doi:10.3171/2023.4.Peds2310

PHẪU THUẬT KẾT HỢP HAI LỖI TRƯỚC SAU TRONG MỘT THÌ CHO LAO CỘT SỐNG NGỰC VÀ THẮT LƯNG CÓ BIẾN CHỨNG

Hồ Nhật Tâm¹, Võ Ngọc Thiên Ân², Lê Minh Trí²,
Phan Thanh Trọng¹, Huỳnh Minh Tâm¹, Võ Văn Thành¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson) để điều trị lao cột sống kèm biến chứng nặng vẫn còn

¹Bệnh viện Trưng Vương, TP.HCM, Việt Nam

²Bệnh viện Chấn thương Chính hình, TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Nhật Tâm

Email: bshonhattam@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025

giá trị kể từ 1956 đến nay. Bệnh nhân sau mổ còn phải nằm giường lâu chờ hàn xương trước đây. Với dụng cụ cố định hiện đại, phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson) kết hợp lỗi trước và cố định kèm nắn chỉnh lỗi sau cho phép bệnh nhân sớm ngồi lên tập luyện phục hồi chức năng. Báo cáo này nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật lao cột sống ngực và vùng nối ngực- thắt lưng có biến chứng bằng phẫu thuật kết hợp hai lỗi với tư thế nằm ngang trong một thì mổ. **Phương pháp nghiên cứu:** Hội cứu mô tả loạt ca. Phẫu thuật kết hợp hai lỗi: phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson) lỗi trước và cố định-nắn chỉnh lỗi sau bằng

cấu hình ốc chân cung trong một thì mổ: Lối trước để dọn dẹp ổ lao, hút mủ, lấy xương chết, ghép xương. Lối sau: Cố định và nắn chỉnh gù-còng bằng cấu hình ốc chân cung. Nghiên cứu 30 ca (17 Nam, 13 Nữ) lao cột sống ngực có biến chứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình, từ 01/01/2010 - 31/12/2012. Tuổi trung bình: 43 tuổi (21 - 74). Trước mổ: Số ca liệt hoàn toàn hai chi dưới: 14 ca (47%), liệt một phần hai chi dưới: 13 ca (41%), không liệt: 3 ca (10%). liệt bàng quang: 10 ca (33%). Trước mổ có mức độ đau nhẹ là 24%, đau vừa là 26%, đau nặng là 50% (theo VAS). 29 ca bị lao cột sống liên tục, chỉ có 1 ca là lao cách quãng (2 tầng). **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình: 311 phút (150 - 510 phút). Lượng máu mất trong lúc mổ trung bình là 1106 ml (200 - 2500 ml). Lượng máu truyền trong mổ trung bình: 700 ml (375 - 1500 ml). Sau mổ: Lượng máu truyền trung bình: 1332 ml (0 - 1050 ml). Giải phẫu bệnh: Lao xương và mô mềm: 14/30 ca (47%), viêm xương mạn không có nang lao (mô hoại tử, xương chết): 6 ca (20%), không thực hiện: 10/30 ca (33%). PCR lao sau mổ: dương tính: 17/30 ca, âm tính: 2/30 ca, không thực hiện: 11/30 ca. Thời gian theo dõi trung bình 52,5 tháng (28 - 74). Hết đau: 100%. Phục hồi vận động theo Frankel: 100% (B,C,D => E). Phục hồi rối loạn cơ vòng bàng quang: 100%. Độ sửa còng: Góc riêng vùng trước mổ: 29,3 độ; ngay sau mổ: 13 (51.4%) độ, sau mổ 3 tháng: 15.6 (42.8%) độ, theo dõi lần chót: 18 độ (34.7%). Hàn xương sau tải khảm lần chót: 100%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ 10%: 1 ca nhiễm trùng vết mổ (3%) 2 ca gãy dụng cụ (7%): 1 ca hàn xương 9 tháng sau mổ, 1 ca hàn xương sau mổ 12 tháng) tại nơi đốt sống ngực bị tổn thương lao. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp hai lối với một tư thế nằm ngang trong một thì mổ giúp kiểm soát cả phẫu trường trước và sau. Phẫu thuật kết hợp hai lối giúp bệnh nhân sớm ngồi lên, đi lại, tập luyện phục hồi chức năng sớm, đạt kết quả phục hồi sớm.

SUMMARY

EVALUATION OF CLINICAL OUTCOMES OF ONE-STAGE ANTERIOR AND POSTERIOR SURGICAL TREATMENT FOR THORACIC AND THORACOLUMBAR SPINAL TUBERCULOSIS

Background: Hong Kong surgery (Hodgson's anterolateral approach) still remains an effective surgical treatment for spine tuberculosis (Pott's disease) accompanied by serious complications from 1956 until now. The patient had to be staying in bedrest in post-op for about three months in waiting for the spinal fusion. With modern surgical implants and instruments, combined anterolateral Hong Kong (Hodgson) surgery and posterior correction-fixation allow patients to sit up immediately in post-op for early rehabilitation. The objective of this study is to evaluate the results of the combined anterior decompression Hong Kong (Hodgson) and posterior correction-fixation by whole pedicle screws construct in one stage surgery with patient in lateral position for thoracic and thoracolumbar spinal tuberculosis with complicated. **Methods:** Retrospective descriptive, a case series study. Anterior approach: Hong Kong (Hodgson) technique for debridement the tuberculous focus, remove the caseum, suppuration, sequestrae,

necrotic tissue; spinal cord decompression; and interbody fusion. Posterior approach: kyphotic correction-fixation by pedicle screws construct. **Materials:** From January 1st, 2010 to December 31st, 2012, 30 patients suffering from spine tuberculosis complicated with neurological damage were surgically treated by a one-stage combined anterior and posterior approach in Ho Chi Minh City Hospital of Trauma and Orthopedic. Mean age: 43 years old (21-74). There were 17 males and 13 females. Lower extremities preoperative paralysis were: paralysis for 14 cases (47%), incomplete paralysis for 13 cases (41%), normal motor function for 3 cases (10%). 10 cases for bladder dysfunction (33%). Preoperative mild pain: 24%, moderate pain: 26%, severe pain: 50%. There were 29 cases for consecutive spinal tuberculosis, and 1 case with two levels of spinal tuberculosis. **Results:** Average surgical time: 311 minutes (150 - 510 minutes). Mean blood loss: 1106 ml (200 - 2500 ml). Mean intra-op allogenic blood transfusion: 700 ml (375 - 1500ml). Mean postop allogenic blood transfusion: 1332 ml (0 - 1050 ml). Post-op pathologic results: skeletal and soft tissue tuberculosis: 14/30 cases (47%), chronic osteomyelitis (necrosis, caseous): 6 cases (20%), 10/30 (33%) not available. Post-op PCR (intra-op collected pus and caseous sample): TB positive: 17/30 cases, TB negative 2/30 cases, 11/30 cases didn't tested PCR. Pain recovery: 100%. Neurological improvement: 100% (Frankel B,C,D => E). Bladder function recovery: 100%. Kyphotic angle correction: pre-op: 29.3°. post-op: 13° (51.4% correction rate). 3-month follow-up: 15.6° (42.8% correction rate). Final follow-up: 18° (34.7% correction rate). Fusion rate at final follow-up: 100%. Post-op complications- 10%: 1 case with wound infection (3%), 2 cases with implant failure (rod fracture) (7%)- 1 of them fused completely at 9month follow up and 1 fused at 12-month follow up. **Conclusion:** The one-stage surgery with patient in lateral position in using the combined anterior decompression Hong Kong (Hodgson) technique and posterior correction-fixation by whole pedicle screws construct helps control both surgical fields; and allows the patients to sit up, walk-in post-op and starting very early rehabilitation, improving the outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao cột sống ngực thường có biến chứng liệt nhiều. Điều trị phẫu thuật lao cột sống kinh điển thường dùng như phương pháp Hồng Kông (Hodgson),⁴⁻⁷ sau phẫu thuật bệnh nhân buộc phải nằm lâu đến hai hay ba tháng chờ hàn xương. Tuy phẫu thuật này hữu hiệu, nhưng thời gian nằm giường lâu có thể ảnh hưởng viêm phổi, chậm tập luyện phục hồi chức năng, không ngồi lên, đi lại sớm được.

Hiện nay, với sự tiến bộ của các dụng cụ cố định ốc chân cung và thanh nối, phẫu thuật kết hợp hai lối: phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson) lối trước và cố định-nắn chỉnh lối sau^{1,2,8}, giúp bệnh nhân sớm ngồi lên, tập luyện phục hồi chức

nặng ngay sau mổ, giúp mau phục hồi và tránh hẳn các biến chứng do nằm lâu.

Nghiên cứu này nhằm trình bày kỹ thuật và kết quả điều trị của phương pháp phẫu thuật kết hợp hai lối nêu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật kết hợp hai lối: Lối vào trước thực hiện phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson) với đường mổ nhỏ và lối vào sau phẫu thuật nắn chỉnh-cổ định bằng ốc chân cung phía sau.

Chỉ định phẫu thuật:

- Liệt vận động một phần hay toàn phần; liệt vận động tiến triển khi đang điều trị.

- Mất vững cột sống
- Còng-gù gây liệt vận động.
- Còng-gù nhiều liệt muện.
- Áp-xe khi đang điều trị bằng kháng lao.

Chuẩn bị tiền phẫu:

Dinh dưỡng

Phục hồi chức năng: tập thở, dinh dưỡng.

Kỹ thuật phẫu thuật:

Tư thế kê bệnh:
Lao cột sống N3 - N7

- Bệnh nhân nằm ngang tựa lồng ngực phải xuống bàn mổ.

- Một gối được kê dưới nách phải để nâng cao đoạn cột sống vùng này.

- Tay trái được kéo lên cao ra sau càng xa càng tốt; Lao cột sống N8 - N12

- Bệnh nhân được đặt nằm ngang so với mặt giường, hông- ngực phải tựa giường mổ.

- Kê gối cố định với các miếng chêm tựa vào xương mu, phần trên lồng ngực ở phía trước và vùng mông ở phía sau

Lối vào trước: Mở lồng ngực

Lao cột sống N3 - N7

- Đường vào nách bên

Lao cột sống N8 - N12

- Đường mổ nhỏ mở lồng ngực

Lao cột sống vùng nối N12-TL1-TL2: - Mở lồng ngực, xẻ cơ hoành xuống tới TL2.

- Hoặc vào bằng đường Digby hay Fey. Kỹ thuật mổ: Giải ép lối trước

- Dọn dẹp ổ lao: lấy hết mủ, xương chết, mô hư, dải mô xơ... - Giải ép tủy sống bị chèn ép.

Lối vào sau:

- Bộc lộ bản sống, khối mấu khớp.

- Đặt ốc chân cung theo phương pháp chân cung hình phễu cải biên (kỹ thuật VVT).

- Nắn chỉnh gù (còng) và cố định vững chắc cấu hình ốc.

Chống đỡ lối trước

- Ghép xương: mào chậu hay xương sườn.

- Làm hố mông vào thân đốt sống lành trên và dưới.

- Đo chiều dài ghép.
- Cắt đoạn xương ghép.
- Đặt ghép vững chắc vào khe.

Đặt dẫn lưu phổi với hệ thống kín, rút ra khoảng 48 giờ sau.

Đóng vết mổ từng lớp kỹ tránh hở mô dưới da.

Phục hồi chức năng sau mổ:

- Bệnh nhân tiếp tục tập thở ngay sau khi tỉnh và rút ống thông khí quản.

- Đánh giá phục hồi ngay sau mổ: vận động, cảm giác, cơ vòng (bàng quang, ruột).

- Cho bệnh nhân tập ngồi, tập đứng, tập đi sau khi rút dẫn lưu phổi thường chỉ hai hay ba ngày sau mổ với sự trợ giúp của kỹ thuật viên phục hồi chức năng và phương tiện hỗ trợ như: xe lăn, khung tập đi...

Dùng thuốc kháng lao sau phẫu thuật:

- Công thức hiện sử dụng: RHZ hoặc RH, RHE, RHZE. Thời gian điều trị thuốc kháng lao là: 12 tháng.

- Khi có lao phổi kèm hay các lao thứ phát khác kèm, dùng bốn thứ cho người lớn:

12 RHEZ.

Liều dùng:

- Rifampicine (R): 12mg/kg cân nặng/ ngày.

- Isoniazid (H): 10 mg/kg cân nặng/ ngày.

- Pyrazinamide (Z): 30mg/kg cân nặng/ ngày.

- Ethambutol (E): 25 mg/kg cân nặng/ngày.

III. TƯ LIỆU BỆNH NHÂN

Từ 01/01/2010 - 31/12/2012 tại Khoa Cột Sống A, Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình 30 ca lao cột sống ngực có biến chứng được phẫu thuật với phương pháp này.

- Phái: 17 nam (57%) và 13 nữ (43%). Tuổi trung bình: 43 tuổi (21 - 74).

- Trước mổ có mức độ đau nhẹ là 24%, mức độ đau vừa là 26%, mức độ đau nặng là 50% (theo VAS).

- Biến chứng thần kinh:

- Liệt vận động: 47% (14/30) Frankel B, 16% (5/30) Frankel C, 25% (8/30) Frankel D và không liệt 10% (3/30) Frankel E.

- Liệt bàng quang: không liệt 67% (20/30), có liệt 33% (10/30).

Bảng 1. Số đốt sống bị lao liên tục

Số đốt bị lao liên tục	Số ca	Tỉ lệ % (n=30)
2 đốt	15	50
3 đốt	7	23
4 đốt	2	7
5 đốt	2	7
6 đốt	3	10
8 đốt	1	3

Chỉ có 1 ca lao hai tầng cách quãng.

Vị trí đốt sống lao



Hình 1. Vị trí đốt sống lao

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Thời gian phẫu thuật trung bình từ 311 phút (150 - 510 phút).
- Lượng máu mất trong lúc mổ trung bình là 1106 ml (200 - 2500 ml).
- Lượng máu truyền trong mổ trung bình: 700 ml (375 – 1500 ml).
- Lượng máu truyền sau mổ trung bình: 1332 ml (0 – 1050 ml).
- Giải phẫu bệnh sau mổ: Lao xương và mô mềm: 14/30 ca (47%), viêm xương mạn không có nang lao (mô hoại tử, xương chết): 6 ca (20%), không thực hiện: 10/30 ca (33%).
- PCR lao sau mổ: dương tính: 17/30 ca, âm tính: 2/30 ca, không thực hiện: 11/30 ca.
- Tất cả bệnh nhân đều không đau sau lần tái khám cuối cùng.
- Tất cả bệnh nhân đều phục hồi thần kinh hoàn toàn sau lần tái khám cuối cùng.

Bảng 2. Theo dõi góc còng

n=30	Trước mổ	Sau mổ	Sau mổ 3 tháng	Theo dõi cuối
Góc còng riêng vùng (độ)	29.3	13	15.6	18
Độ sửa còng (%)	N/A	16.3	13.7	11.3

- Hàn xương: tỉ lệ hàn xương sau tái khám lần chót chiếm 100%.
- 90% không có biến chứng, có 2 ca bị gãy thanh nối dọc 2 bên (chiếm 7%) (1 ca hàn xương 9 tháng sau mổ, 1 ca hàn xương sau mổ 12 tháng) tại nơi đốt sống ngực bị tổn thương lao, và 1 ca nhiễm trùng vết mổ chiếm 3%.
- Thời gian theo dõi cuối trung bình 52,5 tháng (28-74).

V. BÀN LUẬN

Điều trị lao cột sống chủ yếu với thuốc kháng lao: loại diệt trùng (Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide) và Streptomycine hay kìm trùng (Ethambutol) với công thức hàng hai phổi hợp ít nhất hai thứ thuốc diệt trùng cho cả điều trị bảo tồn hay phẫu thuật.⁸

- Phổi hợp hai đến ba thứ thuốc trong đó có ít nhất hai thuốc diệt trùng. Các công thức được áp dụng: RH, RHZ, RHE, RHEZ. Trong đó chúng

tôi chọn công thức RHZ uống liên tục.

- Thuốc kháng lao phải được uống một lần vào buổi sáng lúc bụng đói.
- Thuốc phải được uống hai tuần trước ngày phẫu thuật.
- Thời gian điều trị kháng lao đủ lâu dài, thường kéo dài hơn ba tháng so với công thức trị lao phổi. Thời gian điều trị này là mười hai tháng cho lao cột sống với công thức hàng hai (TD: RHZ).

Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật triệt để cho lao cột sống áp dụng lối vào trước là tiêu chuẩn vàng từ năm 1954 cho đến nay từ khi Ralph Arthur Hodgson triển khai ở Hồng Kông.⁴⁻⁷ Trong nước ta, Hoàng Tiến Bảo và cộng sự đã thực hiện phương pháp phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson) từ năm 1970.³

Năm 2000, tác giả Võ Văn Thành đã áp dụng vào việc cố định và nắn chỉnh lao cột sống người lớn phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson) một lối trước với đường mổ nhỏ dùng lối vào trước kèm dụng cụ nẹp-ốc hay thanh nối áp dụng cho lao cột sống khu trú ít tầng hay ít còng. Bệnh nhân được cho ngồi lên sớm sau mổ thay vì phải nằm lâu hai ba đến tháng sau mổ chờ hàn xương và phòng gù thêm như trước kia.¹

Năm 2002, tác giả Võ Văn Thành lần đầu tiên áp dụng phẫu thuật một thì kết hợp hai lối trước sau trong tư thế nằm ngang.¹

1. Lối vào trước thực hiện phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson) giải ép tủy sống hay rễ thần kinh.

2. Lối vào sau đặt ốc chân cung trong tư thế nằm ngang để nắn chỉnh-cố định cột sống.

3. Trở lại lối trước để đặt ghép xương liên đốt hay dụng cụ chống đỡ cột trước (sau khi đã nắn chỉnh lối sau). Phương pháp này được chỉ định cho lao cột sống nhiều tầng thân đốt sống hay biến chứng còng-gù nặng. Bệnh nhân có thể ngồi dậy, tập đi lại trong vòng một tuần sau mổ, tập luyện phục hồi chức năng rất sớm.

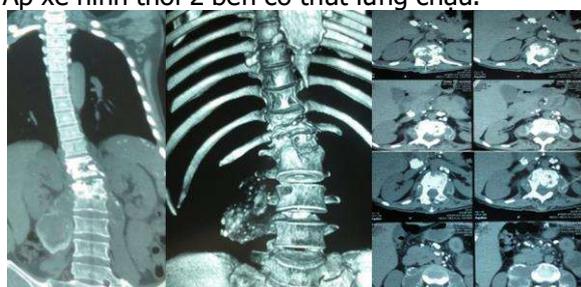
Ca lâm sàng minh họa: Đinh Thị Hường, Nữ, 35 tuổi. Địa chỉ: Ấp Tài Văn, Xã Mỹ Xuyên, Sóc Trăng. Nghề nghiệp: Làm nông. Nhập viện vì đau nhiều vùng ngực, thắt lưng không kèm liệt. Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị lao cột sống tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch 8 tháng. Chẩn đoán: Lao cột sống N10, N11, N12, TL1, TL2, đau nhiều vùng ngực, thắt lưng, không liệt, không bí tiểu. Phẫu thuật ngày: 24/05/2011. thực hiện phẫu thuật Hong Kong thì một: đường mổ mini-open lối trước để giải ép lối trước bên, dọn dẹp ổ lao kết hợp thì hai phẫu thuật nắn chỉnh và cố định lối sau bằng ốc chân cung TL2, TL3, TL4 & N8, N9, N10, sau đó trở lại lối trước đặt xương ghép mào chậu lối trước vào N11-TL1. Thời gian mổ: 320ph. Lượng máu mất:

200ml. Lượng máu truyền trong mổ 1.5 đv HCL, sau mổ: 9 đv HCL. Dụng cụ cố định: XIA (Stryker). Biến chứng: không. Sau mổ bệnh nhân phục hồi ngay. Theo dõi: 57 tháng. Phục hồi vận động hoàn toàn.

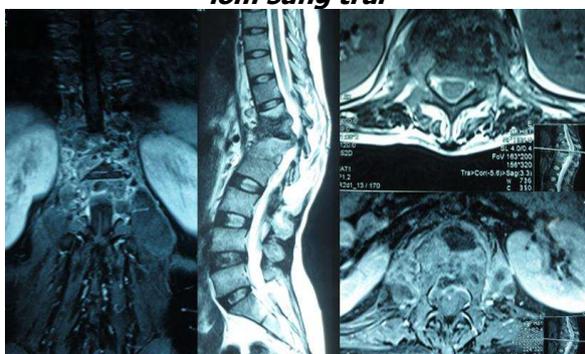


Hình 1. XQuang trước mổ, góc cùng N9-TL3: 41°, góc nghiêng N9-TL3: 23°

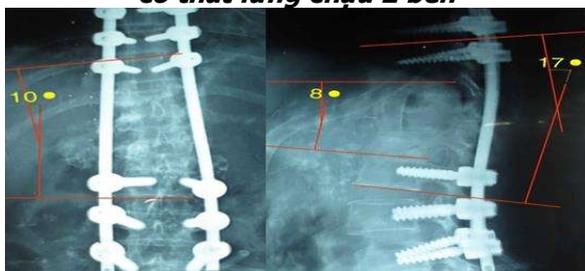
Áp xe hình thoi 2 bên cơ thắt lưng chậu.



Hình 2. Hình ảnh XQ Cắt lớp điện toán hủy đốt sống: N10, N11, N12, TL1, TL2. Vẹo cột sống ngực lưng, đỉnh vẹo ngang N12, bề lõm sang trái



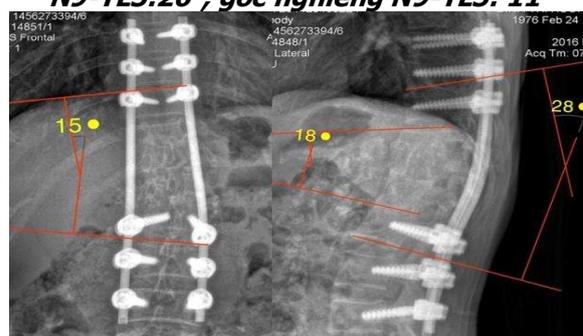
Hình 3. Hình ảnh MRI hình ảnh áp xe quanh thân đốt N10, N11, N12, TL1, TL2 & cơ thắt lưng chậu 2 bên



Hình 4. XQuang sau mổ, góc cùng N9-TL3: 17°, góc nghiêng N9-TL3: 10°



Hình 5. XQuang sau mổ 3 tháng, góc cùng N9-TL3: 26°, góc nghiêng N9-TL3: 11°



Hình 6. XQuang tái khám sau 60 tháng, góc cùng N4-N9: 28°, góc nghiêng N9-TL3: 15°



Hình ảnh 7. Khám thực tế lâm sàng

Thuận lợi của tư thế nằm ngang:

- Bộc lộ và kiểm soát cả hai trường mổ trước và sau đồng thời.
- Hợp lý trong các bước phẫu thuật:
- Thực hiện sự giải ép phía trước hoàn chỉnh, trước khi thao tác nắn chỉnh phía sau.
- Thao tác nắn chỉnh phía sau, đặc biệt khi nén các đầu ốc chân cung, sửa chữa cồnggù sẽ giảm độ cồng và tăng độ ưỡn phía trước.

- Sự kiểm soát đồng thời hai phẫu trường giúp việc thực hiện đặt dụng cụ chống đỡ phía trước, sau khi nắn chỉnh phía sau một cách hợp lý. Các bước thao tác rất hợp lý trong việc nắn chỉnh còng-gù nặng an toàn.

- Rất hiệu quả trong điều trị lao cột sống từ Ngực 3 xuống Thắt Lưng 3 hay Thắt Lưng 4

Thuận lợi của phẫu thuật kết hợp hai lối:

Lối vào trước thực hiện phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson) với đường mổ nhỏ và lối vào sau phẫu thuật nắn chỉnh-cổ định bằng ốc chân cung phía sau cho lao cột sống ngực & thắt lưng:

- Bệnh nhân ngồi dậy sớm trong vòng một tuần sau mổ.

- Di chuyển sớm để thực hiện các bài tập Phục Hồi Chức Năng sớm. Thúc đẩy sự phục hồi nhanh chóng hơn trước.

- Phòng tránh viêm phổi, xẹp phổi do nằm lâu vài tháng chờ lành ghép như trước khi với phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson).

- Phòng tránh lún cột sống phía trước, giữ được độ nắn chỉnh còng do dụng cụ cố định phía sau vững.

Kỹ thuật đặt ốc chân cung hình phễu cải biên:

- Đây là kỹ thuật đặt ốc chân cung dò theo đường cơ thể học tự nhiên của lòng chân cung, việc đặt ốc an toàn không cần phải dùng đến máy giám sát chức năng tủy sống. Thời gian đặt nhanh hơn kỹ thuật đặt ốc chân cung hình phễu kinh điển mô tả bởi Robert Gaines và Eldin Karaikovic, thường cần thời gian kiểm tra mỗi con ốc với X Quang kiểm tra cánh tay C. Kỹ thuật kỹ thuật đặt ốc chân cung hình phễu cải biên áp dụng rất hiệu quả trong các nước đang phát triển không phải dùng đến phương tiện dụng cụ hiện đại khó trang bị.

Bất lợi của phương pháp này:

- Thời gian phẫu thuật lâu.

- Chảy máu nhiều.

- Kỹ thuật đặt ốc trong tư thế nằm ngang yêu cầu kỹ năng cao, chuyên sâu.

Nghiên cứu này có 2 trường hợp gãy dụng cụ do lành xương không tốt tại nơi ghép xương, nhưng sau đó tạo lực nén do xương ghép có thể giúp cho hàn xương ghép. Tuy nhiên tỉ lệ liền xương 28/30 ca (chiếm 93%) điều này chứng tỏ phương pháp mổ 2 lối, lối trước giải ép, ghép xương, lối sau đặt ốc chân cung và thanh nối dọc nắn chỉnh gù (còng) khá vững chắc để xương có thời gian hàn xương tốt.

VI. KẾT LUẬN

Phẫu thuật một thì trong tư thế nằm ngang rất hiệu quả, hợp lý và hữu ích khi áp dụng phẫu

thuật kết hợp hai lối: lối vào trước thực hiện phẫu thuật Hồng Kông (Hodgson) với đường mổ nhỏ vào ngực hay thắt lưng và lối vào sau phẫu thuật nắn chỉnh-cổ định bằng ốc chân cung phía sau cho lao cột sống ngực & thắt lưng trên đốt sống TL4. Kỹ thuật đặt ốc trong tư thế nằm ngang theo đường đi cơ thể học tự nhiên không phải dùng XQ cánh tay C rút ngắn thao tác, thời gian và rất thuận lợi cho bệnh nhân quá mập mà tư thế nằm sấp khó thực hiện, ảnh hưởng gây mê.

Phẫu thuật hai lối thực hiện trong một thì mổ với tư thế nằm ngang cho phép bệnh nhân ngồi dậy sớm, di chuyển sớm không cần nẹp thân. Phẫu thuật này đóng góp thêm một chọn lựa trong điều trị phẫu thuật lao cột sống mau phục hồi.

* Không có bất cứ hình thức lợi ích nào nhận từ các công ty thương mại dịch vụ y tế liên quan đến nghiên cứu này dù gián tiếp hay trực tiếp. Không nhận bất cứ nguồn tài trợ nào cho nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Âu Dương Huy - Võ Văn Thành** (2016), Phẫu Thuật Nội Soi Với Đường Mổ Nhỏ Cho Lao Cột Sống Thắt Lưng. Thời sự y học 09/2016-chuyên đề cột sống. trang 74 – 78.
2. **Erturer E, Tezer M, Aydogan M, Mirzanli C, Ozturk I.** The results of simultaneous posterior-anterior surgery in multilevel tuberculosis spondylitis associated with severe kyphosis. Eur Spine J.
3. **Hoàng Tiên Bảo, Nguyễn Văn Điền và cộng sự** (1980), Nhận xét về 100 trường hợp mổ lao xương sống ở người lớn dùng lối vào trước. Tập san Y học Việt Nam số 1, trang 1- 15.
4. **Hodgson A.R.; Stock F.F.** (1956), Anterior spinal fusion. A preliminary communication on the radical treatment of Pott's disease and Pott's paraplegia. British Journal Surgery, 44: 226- 275.
5. **Hodgson, A.R. and Stock F.E.** (1960), Anterior spinal fusion for the treatment of tuberculosis of the spine. The operative findings and results of treatment in the first one hundred cases. Journal of Bone and Joint Surg. 42-2: 295-310.
6. **Hodgson, A.R., Stock F. E., et al** (1960), Anterior spinal fusion. The operative approach and pathological findings in 412 patients with Pott's disease of the spine. British Journal Surgery, 48: 172-178.
7. **Hodgson, A.R., Skinsness O.K. Leong, C.Y.** (1967), The pathogenesis of Pott's Paraplegia, Journal of Bone and Joint Surg. 49-A: 1147-1156
8. **Võ Văn Thành** (1995), Điều trị phẫu thuật lao cột sống dùng lối vào trước. Luận án phó tiến sĩ khoa học Y Dược, trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
9. **Weiy Zhong, Guangzhong Xiong, Bing Wang, Chang Lu, Zhihui Dai, Guohua Lv** (2015), Research Article – Surgical Management for Thoracic Spinal Tuberculosis Posterior Only versus Anterior VideoAssisted Thoracoscopic Surgery.