

- for glottic cancer in patients over 75 years old. *The Laryngoscope*, 2022, 132(1): 135-141.
5. **Ümit Tunçel and Ela Cömert.** Preliminary results of diode laser surgery for early glottic cancer. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 2013, 149(3): 445-450.
 6. **A Galli, L Giordano, D Sarandria và cộng sự.** Oncological and complication assessment of CO₂ laser-assisted endoscopic surgery for T1-T2 glottic tumours: clinical experience. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 2016, 36(3): 167.
 7. **Filippo Carta, Fabrizio Bandino, Aurora Marta Olla và cộng sự.** Prognostic value of age, subglottic, and anterior commissure involvement for early glottic carcinoma treated with CO₂ laser transoral microsurgery: a retrospective, single-center cohort study of 261 patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 2018, 275(1199-1210).
 8. **Hani Osama Nasef, Hossam Thabet, Cesare Piazza và cộng sự.** Prospective analysis of functional swallowing outcome after resection of T2 glottic carcinoma using transoral laser surgery and external vertical hemilaryngectomy. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 2016, 273(2133-2140).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỘT SỐNG BẰNG VÍT NỖ CHO BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG NGỰC - THẮT LƯNG CÓ LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cố định cột sống ngực – thắt lưng bằng vít nỡ cho bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng có loãng xương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc và tiến cứu trên 31 bệnh nhân có chấn thương cột sống ngực - thắt lưng có loãng xương được phẫu thuật cố định cột sống bằng vít nỡ tại Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 01/2021 đến 06/2022. **Kết quả:** Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nữ/nam = 1,8/1, độ tuổi trung bình là 65,6 ± 7,2 tuổi. Tất cả các bệnh nhân có biểu hiện đau cột sống ngực – thắt lưng (100%), tổn thương thần kinh chủ yếu ở mức độ trung bình và nhẹ, điểm VAS trung bình trước mổ là 7,1 ± 1,8, chỉ số ODI trước mổ là 70,8 ± 10,2%. Điểm T-score trung bình là -3,2 ± 0,7. Trung bình góc xẹp thân đốt sống là 27,2° ± 4,2°, góc gù vùng trước mổ là 28,5° ± 5,5°. Thời gian phẫu thuật trung bình là 69,7 ± 10,8 phút, lượng máu mất trung bình là 300,5 ± 50,1ml, thời gian nằm viện trung bình là 6,5 ± 2,8 ngày. Trong mổ có rách màng cứng chiếm 3,2%. Biến chứng sau mổ có 3,2% bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ. Chỉ số VAS và ODI 1 tháng và 6 tháng đều giảm đáng kể sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả chỉnh hình cột sống: góc gù thân đốt sống và góc gù vùng đều giảm đáng kể so với trước mổ có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Chất lượng cuộc sống sau mổ 6 tháng cải thiện tốt và rất tốt tính theo thang điểm Macnab đạt 90,4%. Tỷ lệ lỏng vít sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ rất nhỏ 1,6%, gãy vít chiếm 0,8% không có trường hợp nào nhổ vít, gãy rod sau phẫu thuật. **Kết luận:** Kết quả phẫu thuật cố định cột sống bằng vít nỡ ở bệnh nhân chấn thương cột sống ngực – thắt lưng có loãng xương tương đối tốt,

đạt kết quả cải thiện lâm sàng và chỉnh hình cột sống đáng kể. Tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp. **Từ khóa:** vít nỡ, chấn thương cột sống ngực - thắt lưng có loãng xương.

SUMMARY

RESULTS OF EXPANDABLE PEDICLE SCREW FIXATION FOR PATIENT WITH OSTEOPOROTIC THORACOLUMBAR FRACTURE AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Evaluate the outcomes of expandable pedicle screw fixation for patient with osteoporotic thoracolumbar fracture. **Objects and Methods:** A longitudinal descriptive and prospective study on 31 patients underwent expandable pedicle screw fixation surgery due to osteoporotic thoracolumbar fracture Viet Duc Hospital from 01/2021 to 06/2022. **Results:** Among the 31 patients, female/male ratio = 1,8/1; with an average age of 65,6±7,2. All patients had symptoms of thoracolumbar pain (100%), mild to moderate neurological damage, mean preoperative VAS score of 7,1 ± 1,8 and ODI index of 70,8 ± 10,2 %. The average T-score for the sample patients were -3,2±0,7. The average vertebral Cobb angle (V-Cobb) was 27,2° ± 4,2°, and the preoperative fixed segment Cobb angle (S-Cobb) was 28,5° ± 5,5°. The mean surgical time was 69,7 ± 10,8 minutes, with an average blood loss of 300,5 ± 50,1 ml and the average hospital stay of 6,5 ± 2,8 days. Intraoperatively, dural tears accounted for 3,2%, Postoperative complications included surgical site infection in 3,2%. VAS and ODI scores at 1 and 6 months postoperatively significantly decreased with p<0.05. V-Cobb and S-Cobb postoperatively significantly decreased with p<0,05. Macnab quality of life scores at 6 months postoperatively showed good to excellent improvement in 90,4% of cases. Screw loosening rate was low at 1,6% and screw breakage rate was at 0,8%, no cases of rod fracture, pull-out screw postoperatively. **Conclusion:** The result of expandable pedicle screw fixation surgery for patient

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

with osteoporotic thoracolumbar fracture achieves good results and significant clinical improvement and spine alignment correction. The incidence of intraoperative complications and postoperative complications is low.

Keywords: expandable pedicle screw, osteoporotic thoracolumbar fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay loãng xương đang là một trong các bệnh phổ biến và lan rộng khắp thế giới, trở thành gánh nặng cho y tế cộng đồng. Ở Mỹ, mỗi năm có khoảng 10 triệu người trên 50 tuổi bị loãng xương và phải bỏ ra một khoản chi phí khổng lồ khoảng 17 tỉ đô để quản lí bệnh nhân loãng xương. Tại Việt Nam, trong một nghiên cứu 4200 người tại thành phố Hồ Chí Minh có 45% người trên 50 tuổi, trong số này có tới 14% nữ và 5% nam được chẩn đoán loãng xương.²

Đối với các bệnh nhân loãng xương chấn thương cột sống có thể xảy ra với chấn thương rất nhẹ thậm chí không có chấn thương do đốt sống bị ăn mòn và tổn thương vi cấu trúc. Đốt sống bị tổn thương có thể dẫn đến các biến dạng cột sống như gù, vẹo, thậm chí đẩy lùi mảnh xương về phía sau dẫn đến chèn ép tuỷ và liệt hai chi dưới. Các bệnh nhân chấn thương cột sống mức độ nặng đòi hỏi phải phẫu thuật. Tuy nhiên đây là một thách thức vô cùng lớn đối với các phẫu thuật viên vì các nguy cơ về gây mê hồi sức và thất bại trong cố định cột sống. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng tỉ lệ lỏng vít, nhả vít ở các bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng trong vòng 5 năm đạt tới 22,5% đối với vít tiêu chuẩn³. Để khắc phục điều này, hiện nay có nhiều phương pháp phẫu thuật đã được đặt ra như tăng cường xi măng cho vít và bắt vít nở,... Tuy nhiên việc tăng cường xi măng cho vít có các nhược điểm như tỉ lệ rò xi măng ra xung quanh và vào ống sống, khó khăn khi mổ lại. Do đó vít nở hiện đang là một trong các phương pháp có thể thay thế vít được tăng cường xi măng. Tuy nhiên Việt Nam, phẫu thuật cố định cột sống bằng vít nở cho các bệnh nhân chấn thương cột sống ngực - thắt lưng có loãng xương vẫn còn khá mới mẻ. Cho nên việc đánh giá kết quả phẫu thuật cố định cột sống bằng vít nở ở những trường hợp chấn thương cột sống ngực - thắt lưng có loãng xương để từ đó đưa ra những nhận xét, khuyến cáo trong việc chỉ định kỹ thuật và điều trị là rất cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là chấn thương cột sống ngực - thắt lưng được phẫu thuật cố định cột sống bằng vít nở tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức

từ tháng 06/2021 đến 06/2023.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả theo dõi dọc, tiến cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm 31 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có chấn thương cột sống ngực-thắt lưng, có T-score < -2,5. Với các bệnh nhân chấn thương mới: TLIC từ 5 điểm trở lên. Với TLIC 4 điểm thì chỉ định mổ khi có hẹp ống sống từ 30% trở lên hoặc góc xẹp thân đốt sống trên 15°. Với các bệnh nhân chấn thương trên 3 tháng: bệnh nhân đau nhiều dai dẳng không đáp ứng với điều trị nội khoa kèm theo trên Xquang góc gù vùng > 20°, xẹp > 50% chiều cao đốt sống có thể có biểu hiện thiếu hụt thần kinh tiến triển (yếu hai chân, tê bì, rối loạn cơ tròn...).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác hoặc bị mất liên lạc, không theo dõi được sau điều trị. Bệnh nhân suy kiệt, bệnh toàn thân nặng.

Các tham số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm chung (tuổi, giới). Khảo sát lâm sàng (VAS, ODI, Frankel). Khảo sát cận lâm sàng (góc xẹp thân đốt sống, góc gù vùng, T-score). Đặc điểm phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện). Biến chứng trong mổ (rách màng cứng, tổn thương rễ TK, tổn thương tuỷ). Đánh giá cải thiện sau mổ (ODI, VAS, hồi phục thần kinh, Macnab). Đánh giá kết quả chỉnh gù (góc gù vùng, góc gù thân đốt sống). Biến chứng sau mổ (nhiễm trùng, thất bại cố định cột sống,...)

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 chung

- **Tuổi:** Tuổi trung bình : 65,6 ± 7,2

- **Giới:** Tỉ lệ nữ/nam: 1,8/1

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Phân bố triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng (N)	Tỷ lệ%	
Đau cột sống ngực – thắt lưng	Có	31	100%
	Không	0	0%
Tổn thương TK	Frankel A	0	0%
	Frankel B	0	0%
	Frankel C	9	29,0%
	Frankel D	14	45,2%
	Frankel E	8	25,8%
Điểm VAS trung bình	7,1 ± 1,8		

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều đau cột sống ngực – thắt lưng với điểm VAS trung bình $7,1 \pm 1,8$. Đa số bệnh nhân tổn thương thần kinh mức độ nhẹ và trung bình chiếm 74,2%.

3.3. Mức độ loãng xương

- T-score trung bình là $-3,2 \pm 0,7$

3.4. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.2. Bảng đặc điểm chung của phẫu thuật

Đặc điểm	Mean \pm SD	Min-max
Thời gian phẫu thuật (phút)	69,7 \pm 10,8	60-90
Lượng máu mất (ml)	300,5 \pm 50,1	150-500
Số vít bắt vào đốt sống	8,2 \pm 1,8	8-12
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	6,5 \pm 2,8	5-3

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu có số lượng vít bắt vào đốt sống trung bình là $8,2 \pm 1,8$, chủ yếu là cấu hình 8 vít không bắt đốt vỡ.

3.5. Biến chứng trong mổ

Bảng 3.3. Bảng biến chứng trong mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Rách màng cứng	1	3,2%
Tổn thương rễ TK	0	0%
Tổn thương tủy	0	0%
Tụ máu ngoài màng cứng	0	0%
Biến chứng khác	0	0%

Nhận xét: Tỉ lệ biến chứng trong mổ thấp với 3,2% bệnh nhân rách màng cứng.

3.6. Biến chứng sau mổ

Bảng 3.4. Bảng biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Tử vong	0	0%
Chảy máu sau mổ	0	0%
Nhiễm trùng vết mổ	1	3,2%
Nhiễm trùng tiết niệu	0	0%
Loét tí đờ	0	0%
Viêm Phổi	0	0%
Rò dịch não tủy	0	0%
Mổ lại	1	3,2%
Biến chứng khác	0	0%

Nhận xét: Tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp với 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ chiếm 3,2% và 1 bệnh nhân gãy vít phải mổ lại chiếm 3,2%.

3.7. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.5. Bảng đánh giá VAS trước và sau mổ

Điểm VAS	Mean \pm SD	P
Trước phẫu thuật (1)	7,1 \pm 1,8	p(1,2)<0,05 p(1,3)<0,05
Sau 1 tháng (2)	3,8 \pm 1,2	
Sau 6 tháng (3)	2,6 \pm 0,8	

Paired Samples T-Test

Bảng 3.6. Bảng ODI trước và sau phẫu

thuật

Chỉ số ODI	Mean \pm SD	P
Trước phẫu thuật (1)	70,8 \pm 10,2%	P(1,2)<0,001 P(1,3)<0,05 P(2,3)<0,05
Sau 1 tháng (2)	30,4% \pm 6,1%	
Sau 6 tháng (3)	25,8% \pm 8,4%	

Paired Samples T-Test

Nhận xét: Sau phẫu thuật 1 tháng và 6 tháng VAS và ODI của bệnh nhân đều cải thiện đáng kể với độ tin cậy > 95%

Bảng 3.7. Bảng đánh giá chức năng thần kinh của bệnh nhân sau mổ

Mức độ	Trước mổ	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng
Frankel A	0	0	0
Frankel B	0	0	0
Frankel C	9	5	0
Frankel D	14	9	3
Frankel E	8	17	28

Nhận xét: Các bệnh nhân có tổn thương thần kinh trước mổ có sự cải thiện rõ rệt chức năng thần kinh sau mổ 1 tháng và 6 tháng.

Bảng 3.8. Bảng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị

Điểm MacNab	Số lượng	Tỉ lệ %	
Mức độ cải thiện sau 6 tháng	Rất tốt	18	58,1%
	Tốt	10	32,3%
	Trung bình	3	9,6%
	Xấu	0	0
Tổng	31	100%	

Nhận xét: Các bệnh nhân sau mổ 6 tháng cải thiện chất lượng cột sống ở mức tốt và rất tốt với tỉ lệ 90,4%

Bảng 3.9. Bảng đánh giá kết quả chỉnh gù

	Trước phẫu thuật (1)	Sau 1 tháng (2)	Sau 6 tháng (3)	P
Góc gù vùng (S-Cobb)	28,5 $^{\circ}$ \pm 5,5 $^{\circ}$	18,1 $^{\circ}$ \pm 3,6 $^{\circ}$	18,3 $^{\circ}$ \pm 4,2 $^{\circ}$	P(1,2)<0,05 P(2,3)=0,091
Góc xẹp thân đốt sống	27,2 $^{\circ}$ \pm 4,2 $^{\circ}$	16,8 $^{\circ}$ \pm 3,4 $^{\circ}$	15,9 $^{\circ}$ \pm 2,2 $^{\circ}$	P(1,2)<0,05 P(2,3)=0,068

Nhận xét: Góc góc gù vùng và góc xẹp thân đốt sau mổ đã giảm đáng kể so với trước mổ có ý thống kê với p < 0,05

3.8. Đánh giá tình trạng dụng cụ cố định cột sống sau mổ

Bảng 3.10. Bảng đánh giá tình trạng dụng cụ CĐCS của bệnh nhân

Tình trạng dụng cụ	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nhổ vít	1 tháng	0	0%
	6 tháng	0	0%
Lỏng vít	1 tháng	0	0%

	6 tháng	4	1,6%
Gãy vít	1 tháng	0	0,0%
	6 tháng	2	0,8%
Gãy rod	1 tháng	0	0%
	6 tháng	0	0%

Nhận xét: Trong quá trình theo dõi sau 6 tháng chỉ có 4/254 vít bắt cho bệnh nhân bị lỏng vít sau 6 tháng chiếm 1,6%, 2/254 vít bị gãy chiếm 0,8% ở 1/31 bệnh nhân phải mổ lại thay vít.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 31 bệnh nhân nghiên cứu, 90,4% bệnh nhân cải thiện chất lượng cuộc sống ở mức tốt và rất tốt theo MacNab với điểm VAS, ODI và mức độ tổn thương thần kinh theo Frankel của bệnh nhân đều cải thiện đáng kể so với trước phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của Zi-Xiang Wu và cộng sự khi so sánh tỉ lệ lỏng vít giữa các bệnh nhân loãng xương có chấn thương cột sống ngực thắt lưng bằng vít nở và vít tiêu chuẩn, tất cả các bệnh nhân được cố định cột sống bằng vít nở đều đạt được hiệu quả cải thiện lâm sàng và ODI đáng kể⁴.

Khi sử dụng vít nở để cố định cột sống cho bệnh nhân loãng xương, đầu xa của vít sau khi nở ra tạo nên các lá giống như mỏ neo để giữ vít trong đốt sống và không là tăng đường kính của vít qua cuống giúp hạn chế tổn thương cuống cũng như mất xương trong cuống mà vẫn tăng lực giữ vít, giảm nguy cơ lỏng vít nhỏ vít.^{5,6} Điều này đã được chứng minh trong nghiên cứu của Koller H và Vishnubhotla S.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, quá trình theo dõi sau 6 tháng chỉ có 4/254 vít bắt cho bệnh nhân bị lỏng vít sau 6 tháng chiếm 1,6%, 2/254 vít bị gãy chiếm 0,8% ở 1/31 bệnh nhân phải mổ lại thay vít. Theo nghiên cứu của Zi-Xiang Wu và cộng sự đối với 2 nhóm bệnh nhân chấn thương cột sống ngực thắt lưng có loãng xương: nhóm I gồm 80 bệnh nhân được cố định cột sống bằng vít nở và nhóm II gồm 77 bệnh nhân cố định cột sống bằng vít tiêu chuẩn sau 24 tháng. Ở nhóm I có 20 vít bị lỏng chiếm 4,1% ở 6 bệnh nhân, 2 vít bị gãy chiếm 0,4% nhưng không biểu hiện. Ở nhóm II có 48 vít bị lỏng chiếm 12,9% ở 15 bệnh nhân, không có vít nào gãy. Tỉ lệ xương liền ở các bệnh nhân sử dụng vít nở cao hơn đáng kể so với vít tiêu chuẩn. Tỉ lệ lỏng vít ở các bệnh nhân sử dụng vít nở thấp hơn đáng kể so với vít tiêu chuẩn.⁴

Đối với vít nở khi bị gãy thường là ở vị trí đầu vít nở tiếp nối giữa thân vít và các cánh mỏ neo. Một trong các nguyên nhân gây gãy vít là

khớp giả. Để hạn chế lỏng vít, gãy vít và nhỏ vít sau mổ, sự liền xương tốt và ghép xương thành công là vô cùng quan trọng. Việc điều trị loãng xương cho bệnh nhân sau mổ cũng góp phần quan trọng giảm tỉ lệ khớp giả và lỏng vít, nhỏ vít, gãy vít cho bệnh nhân. Chính vì thế việc điều trị loãng xương và ghép xương, theo dõi liền xương cho bệnh nhân là vô cùng quan trọng.^{7,8}

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cố định cột sống bằng vít nở trên bệnh nhân chấn thương cột sống ngực - thắt lưng có loãng xương là phẫu thuật an toàn, cải thiện triệu chứng lâm sàng và kết quả chính hình cột sống rõ rệt. Tỉ lệ lỏng vít, nhỏ vít, gãy rod đều chiếm tỉ lệ rất thấp, giải quyết được vấn đề khó khăn trong phẫu thuật CĐCS trên bệnh nhân loãng xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Hoppe, M.J.B.Keel, et al.** Pedicle screw augmentation in osteoporotic spine: indications, limitations and technical aspects. *Eur J Trauma Emerg Surg* (2017) 43:3-8.
2. **Đỗ Mạnh Hùng** (2018), "Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bóm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương". Luận văn tiến sĩ y học
3. **Vaidya Govindarajan, et al.** "Osteoporosis treatment in patients undergoing spinal fusion: a systematic review and meta-analysis". *Neurosurg Focus Volume 50*. June 2021
4. **Wu Z.-X., Gong F.-T., Liu L., Ma Z.-S., Zhang Y., Zhao X., Yang M., Lei W., Sang H.-X.** A comparative study on screw loosening in osteoporotic lumbar spine fusion between expandable and conventional pedicle screws. *Arch. Orthop. Trauma Surg.* 2012;132:471-476. doi: 10.1007/s00402-011-1439-6
5. **Koller H., Zenner J., Hitzl W., Resch H., Stephan D., Augat P., Penzkofer R., Korn G., Kendell A., Meier O., et al.** The impact of a distal expansion mechanism added to a standard pedicle screw on pullout resistance. A biomechanical study. *Spine J.* 2013;13:532-541. doi: 10.1016/j.spinee.2013.01.038.
6. **Vishnubhotla S., McGarry W.B., Mahar A.T., Gelb D.E.** A titanium expandable pedicle screw improves initial pullout strength as compared with standard pedicle screws. *Spine J.* 2011;11:777-781. doi: 10.1016/j.spinee.2011.06.006.
7. **Jong Hun Seo, Chang Il Ju, Seok Won Kim, Jong Kyu Kim, Ho Shin.** "Clinical efficacy of bone cement augmented screw fixation for the severe osteoporotic spine". *Korean Journal of Spine* 2012;9(2):79-84
8. **Vikas Tandon, Kalyan Kumar Varma Kalidindi, et al.** "A prospective study on the feasibility, safety, and efficacy of a modified technique to augment the strength of pedicle screw in osteoporotic spine fixation". *Asian Spine Journal* 2020;14(3):357-363.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC DO THÙNG TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Quang Huy¹, Phan Lương Huy¹,
Lê Nguyễn Trường Giang¹, Trần Thị Mai Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng và nhận xét kết quả sớm điều trị phẫu thuật viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng tại Bệnh Viện Nhân Dân 115 từ năm 2020 – 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Có 38 bệnh nhân, tỉ lệ nam/nữ là 2,13; 26 TH thủng TTĐT trái và 12 TH thủng TTĐT phải. Tuổi trung bình 58,27 tuổi. Đau bụng là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất (100%). Vị trí đau bụng thường gặp nhất là đau ½ bụng dưới và dễ chẩn đoán lâm với các nguyên nhân đau bụng khác. Kết quả CT Scan chẩn đoán xác định thủng TTĐT là 76,7% và dạng tổn thương hay gặp nhất trên CT bụng là hình ảnh thâm nhiễm mỡ xung quanh ĐT (93%) và dày thành ĐT (80%). Phân độ Hinchey III (VPM phân) chiếm 63,2%. Đa số BN được cắt đoạn đại tràng và làm HMNT (42,6%), số ít được nối ruột tận – tận trong cùng một lần mổ (23,7%). Cắt và khâu túi thừa và đưa chỗ thủng làm HMNT chiếm lần lượt là 10,5% và 7,9%. Tỉ lệ mổ nội soi: 21,3%, mổ mở chiếm 74,5%, và tỷ lệ chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở là 4,3%. Số ngày điều trị trung bình sau mổ là 10,8 ± 5,9 ngày. Biến chứng sớm sau mổ có 9 BN (23,7%), trong đó 8 BN bị nhiễm trùng vết mổ và 1 BN bung thành bụng (2,6%) phải mổ lại khâu tăng cường thành bụng. Không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Chụp CT ổ bụng là phương pháp CDHA có độ nhạy cao (76,7%), giúp hỗ trợ chẩn đoán xác định trước mổ và quyết định phương pháp điều trị sớm cho BN. Điều trị phẫu thuật thủng TTĐT rất đa dạng tùy theo vị trí túi thừa và mức độ tổn thương. **Từ khóa:** Viêm phúc mạc, thủng túi thừa đại tràng, điều trị phẫu thuật.

SUMMARY

ASSESSING THE EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PERITONITIS DUE TO PERFORATION OF THE COLONIC DIVERTICULUM AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

Objective: Describe the clinical and subclinical characteristics of peritonitis due to perforation of the colonic diverticulum and assess the early results of surgical treatment of peritonitis due to perforation of the colonic diverticulum at People's Hospital 115 from 2020 - 2022. **Method:** A retrospective descriptive study of a series of cases. **Results:** There were 38 male-to-female patients; the rate was 2.13; 26 cases

of left colon diverticulitis perforation and 12 cases of right colon diverticulitis perforation. The mean age was 58.27 years old. Abdominal pain was the most common clinical symptom (100%). The most common location of abdominal pain was the lower half of the abdomen and was easily misdiagnosed with other causes of abdominal pain. Computer tomography images detected the diagnosis of perforated diverticulitis was 76.7%, and the most common lesion on abdominal CT image is the image of fat infiltration around the colon (93%) and thickening of the colon wall (80%). Hinchey III degree (fecal peritonitis) accounted for 63.2%. Most patients had a segment of the colon removed and had a colostomy (42.6%), and a few had end-to-end bowel anastomosis in the same operation (23.7%). Cutting and suturing the diverticulum and making an artificial anus at the perforation site accounted for 10.5% and 7.9%, respectively. The rate of laparoscopic surgery was 21.3%, open surgery accounted for 74.5%, and the conversion rate from laparoscopic to open surgery was 4.3%. The mean treatment time after surgery was 10.8 ± 5.9 days. Early postoperative complications occurred in 9 patients (23.7%), of which eight patients had surgical wound infections, and one patient had abdominal wall dehiscence (2.6%) and had to undergo reoperation for abdominal wall reinforcement. There were no deaths. **Conclusion:** Abdominal CT scan is a high-sensitivity imaging diagnostic method (76.7%), helping to support preoperative diagnosis and early treatment decisions for patients. The surgical treatment of colonic diverticulum perforation is very diverse depending on the location of the diverticulum and the degree of injury. **Keywords:** Peritonitis, perforation of the colonic diverticulum, surgical treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa đại tràng (TTĐT) là một bất thường hay gặp trong nhóm bệnh lý về đại tràng, được mô tả lần đầu vào những năm 1700 bởi một bác sĩ phẫu thuật người Pháp là Alexis Littre. Nguyên nhân là do bất thường trong cấu trúc thành ĐT, thường gặp ở những bệnh nhân lớn tuổi, 50%-60% BN > 80 tuổi.

Yếu tố nguy cơ của TTĐT bao gồm: lớn tuổi, sử dụng thuốc kháng viêm, nonsteroid, béo phì, lối sống ít vận động

TTĐT thường không có triệu chứng lâm sàng, khoảng 15%-30% BN có TTĐT có biến chứng như: viêm túi thừa, thủng túi thừa gây viêm phúc mạc, áp xe, xuất huyết tiêu hoá, dò, tắc ruột

Thủng TTĐT là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 15% trong số các

¹Bệnh viện 115, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024