

EVALUATION OF SURGICAL RESULTS OF ANTERIOR ARTIFICIAL SPINE REPLACEMENT AND POSTERIOR SPINE FIXATION IN THE TREATMENT OF THORACIC SPINE TUBERCULOSIS AT NATIONAL LUNG HOSPITAL IN 2022

Phan Thanh Tuan*, Do Dang Hoan, Nguyen Khac Trang

National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received: 20/02/2024

Revised: 20/03/2024; Accepted: 11/04/2024

ABSTRACT

Introduction: Spinal tuberculosis accounts for less than 2% of the tuberculosis group. The disease progresses silently but causes serious consequences. The typical stage of the disease often causes severe pain and sequelae if not treated promptly. Anterior spinal decompression surgery, removal of tuberculosis lesions, artificial vertebra replacement and posterior spinal fixation is a superior method that brings high efficiency in the treatment of spinal tuberculosis.

Objective: Evaluate the effectiveness of anterior spinal decompression surgery, artificial spinal body replacement and posterior spinal fixation in the treatment of thoracic spinal tuberculosis at the National Lung Hospital.

Method: Cross-sectional and retrospective description of the characteristics of 47 patients diagnosed with spinal tuberculosis who were treated with tuberculosis drugs according to the regimen and had surgery using the above method in 2022.

Results: High neurological recovery efficiency, VAS and ASIA scores improved significantly after surgery, bone healing rate reached 100%, no disease recurrence, good surgical effectiveness reached 95,2%; Deep corrective surgery with a pedicle screw system has good kyphosis correction effect, the average kyphosis angle decreased from $27,2^{\circ} \pm 8,9^{\circ}$ before surgery to $11,1^{\circ} \pm 5,6^{\circ}$ after surgery ($p < 0,05$).

Conclusion: Anterior decompression surgery with artificial vertebra replacement and posterior spinal fixation with a pedicle screw system is an effective and thorough method in treating spinal tuberculosis and should be widely applied.

Keywords: Spinal tuberculosis, surgical treatment of spinal tuberculosis, tuberculosis, bone and joint tuberculosis.

*Corresponding author

Email address: Bstuanbvp@gmail.com

Phone number: (+84) 905444268

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1115>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY ĐÓT SỐNG NHÂN TẠO LỐI TRƯỚC VÀ CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG LỐI SAU TRONG ĐIỀU TRỊ LAO CỘT SỐNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2022

Phan Thanh Tuấn*, Đỗ Đăng Hoàn, Nguyễn Khắc Tráng

Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/02/2024

Chỉnh sửa ngày: 20/03/2024; Ngày duyệt đăng: 11/04/2024

TÓM TẮT

Giới thiệu: Lao cột sống chỉ chiếm tỷ lệ dưới 2% trong nhóm bệnh lao, bệnh diễn biến âm thầm nhưng gây hậu quả nặng nề, giai đoạn điển hình bệnh thường gây đau đớn dữ dội và để lại di chứng nếu không được điều trị kịp thời. Phẫu thuật giải ép tủy lối trước, lấy bỏ tổn thương lao, thay đốt sống nhân tạo và cố định cột sống lối sau là 1 phương pháp ưu việt mang lại hiệu quả cao trong điều trị lao cột sống.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật giải ép tủy lối trước thay thân đốt sống nhân tạo và cố định cột sống lối sau trong điều trị lao cột sống ngực tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu các đặc điểm của 47 người bệnh được chẩn đoán lao cột sống đã được điều trị thuốc lao theo phác đồ và phẫu thuật bằng phương pháp trên vào năm 2022.

Kết quả: Hiệu quả phục hồi thân kinh cao, điểm VAS, ASIA cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật, tỷ lệ liền xương đạt 100%, không tái phát bệnh, hiệu quả tốt phẫu thuật đạt 95,8%; Phẫu thuật chỉnh hình lối sau bằng hệ thống vít qua cuống có hiệu quả chỉnh gù tốt, góc gù trung bình giảm từ $27,2^\circ \pm 8,9^\circ$ trước mổ xuống còn $11,1^\circ \pm 5,6^\circ$ sau mổ ($p < 0,05$).

Kết luận: Phẫu thuật giải ép lối trước thay đốt sống nhân tạo và cố định cột sống lối sau bằng hệ thống vít qua cuống là phương pháp có hiệu quả tốt, triệt để trong điều trị lao cột sống, nên được áp dụng rộng rãi.

Từ khóa: Lao cột sống, phẫu thuật điều trị lao cột sống, bệnh lao, lao xương khớp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis* gây ra. Lao cột sống đã được ghi nhận xuất hiện trên xác ướp Ai Cập cổ đại 5000 năm. Bệnh được mô tả lần đầu năm 1779 bởi Percival Pott, chỉ chiếm tỷ lệ 1 - 2% các bệnh lao nói chung, nhưng cho đến nay số người mắc lao cột sống không giảm mà có xu hướng tăng lên do phương tiện chẩn đoán ngày càng hiện đại [1].

Bệnh lao cột sống diễn biến chậm và âm thầm, thời gian để bệnh toàn phát có thể từ vài tháng tới vài năm, trung

binh từ 4 đến 11 tháng, triệu chứng khởi đầu thường là đau mỗi cột sống khi vận động, do đó dễ nhầm lẫn với các bệnh lý đau cột sống do chấn thương, viêm khác và thoái hóa. Thông thường, NB chỉ tìm đến bác sĩ khi đau trở lên dữ dội, có các biến dạng nặng như gù, vẹo cột sống hoặc làm mất chức năng thân kinh: liệt vận động, liệt cơ tròn, từ đó để lại di chứng nặng nề cho người bệnh, gây nên những gánh nặng về kinh tế và xã hội cho người bệnh, gia đình.

Hiện nay, lao cột sống có thể chữa khỏi được hoàn toàn bằng việc kết hợp điều trị thuốc lao, tập phục hồi chức năng và phẫu thuật. Cùng với sự phát triển về khoa

*Tác giả liên hệ

Email: Bstuanbvp@gmail.com

Điện thoại: (+84) 905444268

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1115>

học kỹ thuật, chuyên ngành phẫu thuật lao cột sống đã có nhiều phát triển, với những đặc thù riêng và đã thu được nhiều thành công góp phần đáng kể vào mục tiêu chấm dứt bệnh lao trên toàn cầu. Phẫu thuật giải ép tủy lõi trước, lấy bỏ tổn thương lao, thay đốt sống nhân tạo và cố định cột sống lõi sau là 1 phương pháp tiên tiến, với nhiều ưu việt mang lại hiệu quả cao trong điều trị lao cột sống.

Nhóm tác giả tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu quả của phẫu thuật giải ép tủy lõi trước thay thân đốt sống nhân tạo và cố định cột sống lõi sau trong điều trị lao cột sống ngực tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Nghiên cứu được thực hiện trên 47 người bệnh đã được chẩn đoán xác định lao cột sống ngực, đã được điều trị Nội khoa và phẫu thuật bằng phương pháp trên vào năm 2022.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu áp dụng thiết kế mô tả cắt ngang. Nghiên cứu thực hiện trên nhóm bệnh nhân gồm 47 NB được chẩn đoán xác định lao cột sống ngực khi có ít nhất 1 trong 3 bằng chứng sau:

- Bằng chứng về vi sinh: Nhuộm soi AFB hoặc nuôi cấy trực khuẩn lao dương tính trong mũ áp xe cột sống hoặc mảnh tổ chức sinh thiết.

- Bằng chứng về gen: Genxpert hoặc LPA dương tính trong mũ áp xe cột sống hoặc mảnh sinh thiết.

- Giải phẫu bệnh: Tổn thương viêm lao

Tất cả các NB đều được điều trị thuốc lao trước mổ ít nhất 2 tuần, theo phác đồ B1: 2RHZE/10RHE (Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc H, R, Z, E dùng hàng ngày. Giai đoạn duy trì kéo dài 10 tháng, gồm 3 loại thuốc là R, H, E dùng hàng ngày). Sau khi có kết quả kháng thuốc, sẽ điều chỉnh theo phác đồ cá thể đối với các NB kháng thuốc; sau đó được phẫu thuật bằng phương pháp giải ép lõi trước thay thân đốt sống nhân tạo và cố định cột sống lõi sau bằng hệ thống vít qua cuống tại Bệnh viện Phổi Trung ương, thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2022.

Nghiên cứu thực hiện phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.2. Nội dung nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành thu thập thông tin về tình trạng lâm sàng của NB trước và sau phẫu thuật được đánh giá theo các thang điểm:

- Thang điểm VAS (Visual analog scale), được sử dụng để đánh giá mức độ đau trước và sau phẫu thuật.

- Tình trạng tổn thương thần kinh của BN được đánh giá bằng thang ASIA (American spinal injury association).

- Mức độ liền xương được đánh giá theo G.H. Tan.

- Góc gù cột sống: Đo theo phương pháp Cobb.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa theo tiêu chuẩn MacNab (MacNab Criteria).

2.3. Phương pháp phân tích và quản lý số liệu

Số liệu được ghi nhận và nhập vào hệ thống dữ liệu điện tử bằng phần mềm EpiData. Dữ liệu sau đó được rà soát và làm sạch để đảm bảo tính tin cậy và logic của bộ số liệu. Quá trình phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0 với cách tiếp cận thống kê mô tả. Các chỉ số tần số, tỉ lệ được sử dụng cho biến số định tính. Giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn được sử dụng để báo cáo cho các biến định lượng.

Thống kê phân tích thực hiện kiểm định t-test để so sánh hai biến định lượng, kiểm định Chi bình phương được sử dụng để phân tích sự khác biệt giữa hai biến định tính. Ý nghĩa thống kê được kết luận ở ngưỡng 95%.

3. KẾT QUẢ

47 NB có độ tuổi trung bình là $52,8 \pm 15,6$ tuổi (cao nhất là 81 tuổi, nhỏ nhất là 25 tuổi), trong đó có 30 NB nam (63,8%) và 17 NB nữ (36,2%). Các NB được theo dõi, đánh giá lại sau phẫu thuật ít nhất là 13 tháng, thời gian theo dõi trung bình của nhóm nghiên cứu là $15,4 \pm 2,7$ tháng.

Các tiêu chí đánh giá về mức độ liệt, đau, góc gù trung bình được thể hiện ở Bảng 1.

Bảng 1. Đánh giá các đặc điểm về mức độ liệt, đau, góc gù của nhóm người bệnh trước và sau phẫu thuật

Tiêu chí đánh giá	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật		p
	n	%	n	%	
Mức độ liệt theo ASIA:					
A	8	17	2	4,3	< 0,05
B	5	10,6	0	0	
C	22	46,9	0	0	
D	12	25,5	6	12,8	
E	0	0	39	82,9	
Mức độ đau (VAS)	5,6 ± 0,6		0,44 ± 0,68		< 0,05
Góc gù trung bình	27,2° ± 8,9°		11,1° ± 5,6°		< 0,05

Trước phẫu thuật NB chủ yếu liệt C chiếm 46,9%, và 17% NB liệt A; điểm đau trung bình của người bệnh là $5,6 \pm 0,6$ điểm (mức độ đau nhiều); Góc gù trung bình giảm từ $27,2^\circ \pm 8,9^\circ$; Sau phẫu thuật tình trạng liệt NB phục hồi dần, chỉ có 2 NB (4,3%) không hồi phục liệt; điểm đau trung bình chỉ còn $0,44 \pm 0,68$; và góc gù

trung bình còn $11,1^\circ \pm 5,6^\circ$ sau phẫu thuật. Các sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Về mức độ liền xương, di chứng biến chứng, kết quả được thể hiện tại Bảng 2.

Bảng 2. Đánh giá mức độ liền xương, các di chứng biến chứng và kết quả sau phẫu thuật của nhóm người bệnh

Tiêu chí đánh giá	n	%	
Mức độ liền xương	47	100	
Di lệch thân đốt sống hoặc dụng cụ nẹp vít	0	0	
Áp xe tồn dư sau phẫu thuật	0	0	
Biến chứng, di chứng	0	0	
Kết quả phẫu thuật	Rất tốt	3	6,4
	Tốt	42	89,4
	Trung bình	2	4,2
	Kém	0	0

Mức độ liền xương của phương pháp khi sử dụng thân đốt sống nhân tạo là 100%, không bị di lệch mảnh ghép, không có áp xe tồn dư hoặc tái phát. Kết quả phẫu thuật mức tốt và rất tốt đạt 95,8%, không có kết quả kém.

4. BÀN LUẬN

Lao cột sống đoạn ngực chiếm khoảng 42% trong tổng số lao cột sống, bệnh thường phá hủy cấu trúc thân đốt sống ngực, hình thành ổ áp xe, xương chết gây ra các di chứng gù vẹo cột sống hoặc chèn ép vào tủy sống gây tổn thương thần kinh; trong một số trường hợp ổ áp xe có thể vỡ vào khoang màng phổi hoặc nhu mô phổi hình thành ổ cận màng phổi, viêm phổi. Chỉ định phẫu

thuật lao cột sống ngực được đặt ra khi: Có áp xe lớn cạnh sống và hoặc trong khoang màng phổi; Có mất vững cột sống; Có mất chức năng thần kinh tiến triển; Có biến dạng gù cột sống [2]. Vấn đề đặt ra trong phẫu thuật lao cột sống là làm sạch tổn thương lao (phẫu thuật giải ép) và phục hồi lại các biến dạng cột sống (phẫu thuật chỉnh hình).

Phẫu thuật giải ép tủy dùng lối vào trước được mô tả từ lâu bởi Gerard (1750), Maisoneuve (1852), Rodolf (1859). Ito, Tsuchiya, Asami (1934), tại Nhật, là những người đầu tiên thực hiện phẫu thuật dùng lối vào trước điều trị cho NB lao cột sống. Các tác giả đã dùng lối vào trước sau phúc mạc trong 8 ca, đặt ghép liền đốt trong 2 ca và ghép kiểu Albee ở lần mổ thứ 2 trong 5

ca. Hoddson và Stock bắt đầu thực hiện những ca đầu tiên tại Hồng Kông, năm 1954, báo cáo vào năm 1960. Vào thời điểm đó phẫu thuật dùng lối vào trước là một đại phẫu thuật khiến các tác giả châu Âu và Bắc Mỹ rất dè dặt, thậm chí không tin là đã thực hiện với kết quả tốt [3]. Debeyre (1961) tổ chức hội thảo chuyên đề về lao cột sống tại hội nghị chấn thương chỉnh hình Pháp, nhiều tác giả tên tuổi đã tham dự như Hodgson, Cauchoix, Ferand, Kastert; họ báo cáo điều trị phối hợp kháng lao và phẫu thuật triệt để vào ổ lao dùng lối vào trước cho kết quả rất tốt. Các báo cáo cho thấy 85% tốt, 80% hàn xương, tử vong 1- 4%. Sau đó lần lượt nhiều tác giả khác nhau đã thực hiện điều trị kháng lao phối hợp phẫu thuật lối vào trước cho kết quả rất khả quan: Aguilar (1968, Philipin), Michel Martini (1988), Balley (1972), Lifeso (1985), Rajasekaran (1987)... Tại Việt Nam, phẫu thuật lối trước giải ép và hàn xương được Hoàng Tiến Bảo thực hiện từ 1970 tại bệnh viện Bình Dân, sau đó có sự tham gia của Võ Văn Thành, Vũ Tam Tinh. Năm 2018 tác giả Nguyễn Khắc Tráng sử dụng phương pháp này để điều trị cho 104 NB lao cột sống có biến chứng thần kinh, tỷ lệ tốt và rất tốt đạt 96,1%. Phương pháp này có ưu điểm là dọn triệt để ổ lao, giải phóng chèn ép tủy, đồng thời có thể ghép được xương trong trường hợp tổn thương huỷ hoại xương, đĩa đệm gây mất vững. Tuy nhiên, trong những trường hợp khuyết hồng xương rộng nên sử dụng thân đốt sống nhân tạo để thay thế [3][4]. Đến nay phẫu thuật giải ép lối trước vẫn được coi là “tiêu chuẩn vàng” để loại bỏ tổn thương lao và áp dụng phổ biến tại các trung tâm phẫu thuật lớn [5].

Trong những nghiên cứu gần đây, một số tác giả trong nước và trên thế giới đã nhận thấy, với các phương pháp phẫu thuật kinh điển, lao cột sống mặc dù đã được phẫu thuật triệt để ổ bệnh lao nhưng người bệnh cần nằm bất động thời gian dài để mảnh xương ghép được liền đồng thời nhận thấy nhưng góc gù cột sống vẫn gia tăng, khả năng phục hồi chức năng thần kinh kém. Từ đó các tác giả đã tiến hành đưa các dụng cụ chỉnh hình áp dụng điều trị trong lao cột sống và đã có những thành công đáng kể.

Đối với phẫu thuật trong bệnh lao cột sống, các phẫu thuật viên có thể đặt dụng cụ trực tiếp vào ổ vi khuẩn kết hợp sử dụng thuốc chống lao mà không làm vi khuẩn phát triển thêm. Nghiên cứu của Olga M và cộng sự (1993) trên 18 ca lâm sàng và nuôi cấy vi sinh cho thấy không trường hợp nào còn tồn tại hoặc tái phát vi khuẩn lao sau khi đặt dụng cụ, đồng thời dụng cụ cột sống đem đến sự vững cột sống ngay lập tức [6],[7].

Phẫu thuật đặt dụng cụ chỉnh hình phía sau bằng hệ thống vít qua cuống được thực hiện bởi Roy - Camille (1960), Rene Louis (1971), Edward (1984) [8]. Ngày nay phẫu thuật bắt vít qua cuống được áp dụng rộng rãi trong phẫu thuật cột sống, không chỉ riêng chuyên ngành lao mà còn trong chấn thương, chỉnh hình cột

sống. Ưu điểm của phương pháp phẫu thuật này là cố định cột sống vững chắc, NB có thể tập phục hồi chức năng sớm. Khả năng chỉnh gù, vẹo tốt, được chứng minh về lâu dài có khả năng chỉnh góc gù tốt hơn so với cố định cột sống lối trước. Tuy nhiên nhược điểm của phẫu thuật lao cột sống lối sau sử dụng hệ thống vít qua cuống là không giải quyết triệt để tổn thương phía trước làm thuốc chống lao kém tác dụng, kéo dài thời gian điều trị, dễ gây kháng thuốc. Không thể giải quyết trực tiếp các nguyên nhân gây chèn ép tủy phía trước như mảnh xương chết, mô xơ ngoài màng cứng, áp xe ngoài màng cứng. Nếu kết hợp mở cung sau hoặc cắt sụn sườn, mổ ngang để ra trước lấy áp xe, giải ép thần kinh dễ gây mất vững thêm cột sống, nguy cơ thất bại trong cố định cột sống lối sau, đồng thời phương pháp này tiềm ẩn nhiều tai biến trong quá trình giải quyết tổn thương phía trước từ phía sau. Trong trường hợp tổn thương nhiều thân đốt, mức độ phá hủy thân đốt nặng, nếu chỉ cố định cột sống lối sau mà không phục hồi phía trước thân đốt sống, cột sống vẫn bị mất vững, nguy cơ gù lại hoặc bong, gãy nẹp cao.

Để tận dụng các ưu điểm và khắc phục nhược điểm của phương pháp phẫu thuật giải ép lối trước và phương pháp chỉnh hình cột sống lối sau bằng hệ thống vít qua cuống các tác giả: VJ Laheri (2001); Chen (2002); Klockner (2003); Jadav (2007). Đặc biệt, Pandey (2011) [9] đã nghiên cứu phương pháp mở 2 đường phía trước và sau có thể trong cùng một lần mổ hoặc hai lần mổ khác nhau, thực hiện phẫu thuật cho 30 NB bằng phương pháp giải ép lối trước và cố định lối sau thu được kết quả: Điểm đau trung bình trước mổ: 8 điểm, khi khám lại, điểm đau trung bình 2 điểm. Về khả năng cải thiện liệt: Trước mổ có 2 NB liệt mức A; 3 NB liệt B; 9 NB liệt C, 11 NB liệt D; 5 NB không liệt, khi khám lại 2 NB liệt A không có dấu hiệu phục hồi, 4 NB còn liệt D. Về khả năng chỉnh gù: Góc gù trung bình trước mổ: 22,9° (từ -3° đến 46°), sau mổ góc gù trung bình 12,5°, khi tái khám góc gù tiến triển thêm 2,9°. Từ các nghiên cứu trên, các tác giả đã thống nhất phương pháp mổ kết hợp 2 đường: Đường mổ phía trước làm sạch, giải ép thần kinh, ghép xương hoặc thay thế thân đốt sống nhân tạo; đường mổ phía sau đặt dụng cụ chỉnh hình cột sống là phẫu thuật điều trị lao cột sống triệt để, đồng thời giải quyết 2 vấn đề: Lấy bỏ sạch tổn thương tạo điều kiện cho hàn xương và nắn chỉnh cột sống về tư thế ban đầu. Các tai biến, biến chứng của phương pháp ít xảy ra, nếu có đều được kiểm soát và điều trị tốt. Để đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật giải ép lối trước và kết hợp xương lối sau bằng hệ thống vít qua cuống trong điều trị lao cột sống, các tác giả thường dựa vào các tiêu chí chính là mức độ giảm đau, cải thiện liệt, khả năng chỉnh gù vẹo, mức độ hàn xương, tái phát lao sau phẫu thuật...

Xiao Bin Wang [10] (Trung Quốc, 2012): Phẫu thuật cố định lối sau và giải ép lối trước cho 2 NB liệt ASIA B, 6 ASIA C, 5 ASIA D, khi khám lại còn 1 NB liệt C,

1 NB liệt D, 11 NB không liệt. góc gù trung bình trước mổ: $53,6^\circ \pm 13,6^\circ$; góc gù trung bình sau mổ: $11^\circ \pm 9,3^\circ$; khám lại góc gù tiến triển thêm $1,6^\circ$.

Wenpinglin [11] (Trung quốc, 2017): Phẫu thuật giải ép lõi trước và cố định lõi trước hoặc lõi sau cho 58 NB có biến chứng thần kinh, kết quả: 28 NB ASIA D phục hồi hoàn toàn; 7 NB ASIA B hồi phục đến ASIA D, 1 NB ASIA B hồi phục hoàn toàn; 6 NB ASIA C hồi phục đến ASIA D, 16 NB ASIA C hồi phục hoàn toàn.

Youngchun Zhou [12] (Trung Quốc, 2018), phẫu thuật giải ép lõi trước và cố định lõi sau 30 NB lao cột sống. Điểm đau trung bình trước mổ: $5,6 \pm 0,9$ (điểm); điểm đau trung bình sau mổ: $2,3 \pm 0,7$ (điểm).

Nghiên cứu của Nguyễn Khắc Tráng (2019) trên 104 NB cho kết quả: Triệu chứng đau sau mổ giảm rõ rệt: Điểm VAS từ $7,4 \pm 0,83$ giảm xuống còn $0,14 \pm 0,67$ sau 12 tháng; tỷ lệ liệt giảm mạnh sau thời gian ngắn và đa số NB phục hồi liệt hoàn toàn: Trước phẫu thuật: 9 NB liệt ASIA A (8,7%); 11 liệt B (10,6%); 67 liệt C (64,4%); 17 liệt D (16,3%). Khám lại sau phẫu thuật 12 tháng: 96 NB không liệt (93,2%); 7 NB còn liệt D (6,8%). Khả năng chỉnh gù tốt, góc gù trung bình trước phẫu thuật: $28,2^\circ \pm 9,3^\circ$; sau phẫu thuật: $9,8^\circ \pm 5,5^\circ$; khám lại sau 1 năm: $11,7^\circ \pm 5,7^\circ$, góc gù tiến triển thêm không đáng kể; Không trường hợp nào tái phát áp xe, tỷ lệ liền xương đạt 98,2% ở nhóm ghép xương chậu tự thân và 97,9% ở nhóm ghép bằng vật liệu nhân tạo. Kết quả phẫu thuật theo Macnab: Tốt và rất tốt đạt 96,1% [4].

Những kết quả nghiên cứu trên đều phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật này cho NB lao cột sống. Rõ ràng, đây là phương pháp ưu việt, an toàn, hiệu quả trong điều trị lao cột sống ngực, đây vẫn là phương pháp “tiêu chuẩn” trong giải quyết triệt để tổn thương lao, đặc biệt đối với lao cột sống ngực có phá hủy thân đốt mức độ nặng, phá hủy nhiều thân đốt sống. Tuy nhiên, đây vẫn là phẫu thuật tương đối khó, thời gian phẫu thuật kéo dài, đòi hỏi phẫu thuật viên và bác sĩ gây mê có kinh nghiệm.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật giải ép lõi trước lấy bỏ tổ chức lao, giải phóng chèn ép, thay thân đốt sống nhân tạo mang lại hiệu quả phục hồi thần kinh cao, điểm VAS, ASIA cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật, tỷ lệ liền xương đạt 100%, không tái phát bệnh, hiệu quả tốt phẫu thuật đạt 95,8%; Phẫu thuật chỉnh hình lõi sâu bằng hệ thống vít qua cuống có hiệu quả chỉnh gù tốt, góc gù trung bình giảm từ $27,2^\circ \pm 8,9^\circ$ trước mổ xuống còn $11,1^\circ \pm 5,6^\circ$ sau mổ ($p < 0,05$).

Từ kết quả trên cho thấy phẫu thuật giải ép lõi trước thay đốt sống nhân tạo và cố định cột sống lõi sau bằng hệ thống vít qua cuống là phương pháp có hiệu quả tốt, triệt để trong điều trị lao cột sống, nên được áp dụng rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Luk KT, Tuberculosis of the spine in the new millenium. Eur Spine J. 1999;8(5):338–45, 1999.
- [2] Jutte PC, Routine surgery in addition to chemotherapy for treating spinal tuberculosis (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006.
- [3] Hodgson AR, Stock FE, Anterior spine fusion for the treatment of tuberculosis of the spine. J bone joint surg, 42, p.295-310, 1960.
- [4] Nguyễn Khắc Tráng, Nghiên cứu phẫu thuật cố định lõi sau và giải ép lõi trước trong điều trị lao cột sống ngực và thắt lưng có biến chứng thần kinh. Luận án Tiến sĩ, trường Đại Học Y Hà Nội, 2019.
- [5] Tuli SM, Tuberculosis of the spine: Historical review. Clinical Orthop Relat Res 2007 Vol. 460 pages 29–38.
- [6] JSD Brito, A Tirado, Surgical Treatment of Spinal tuberculosis Complicated with Extensive Abscess. Iowa Orthop I. 2014; 34: 129-136, 2014.
- [7] S Basu, S Chatterjee, M Bhattacharyya, Efficacy and safety of instrumentation in caries spine. Spine, 2006, 40:2, 78-81.
- [8] MB Kabin, JN Wenstein, The history of vertebral screw and pedical screw fixation. Iowa orthopaedic Journal, vol 11, 127-135, 1991.
- [9] Pandey BK, Sangondimath GM, Chhabra HS, Single state posterior instrumentation and anterior interbody fusion for tuberculosis of dosal and lumbar spines”.. Nepal Orthopaedic Association Journal, Volume 2, Number 1, 2011.
- [10] Xao-bin W, Jing L, Gu-hua L et al., Single-stage posterior instrumentation and anterior debridement for active tuberculosis of the thoracic and lumbar spine with kyphotic deformity. International Orthopaedics (SICOT) 36:373–380, 2012.
- [11] W Lin, S Wang, Q Ke, Single-Stage Anterior Debridement, Autogenous Bone Grafting and Anterior or Posterior Instrumentation for Spinal Tuberculosis. Annals of Orthopedics and Musculoskeletal Disorders Journal, 1:1, 2017.
- [12] Yongchun Z et al., Comparison of single posterior debridement, bone grafting and instrumentation with singlestage anterior debridement, bone grafting and posterior instrumentation in the treatment of thoracic and thoracolumbar spinal tuberculosis. BMC Surgery 18:71 <https://doi.org/10.1186/s12893-018-0405-4>, 2018.