

nghĩa thống kê đối với giá trị tuyệt đối của các chỉ số FVC và FEV1, tuy nhiên các chỉ số phần trăm dự đoán của hai chỉ số này không thay đổi giữa trước mổ và theo dõi sau 2 năm, 5 năm và 10 năm. Có thể thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn nên ít chịu tác động từ những yếu tố ngoại cảnh cho kết quả tình trạng của bệnh nhân có nhiều cải thiện về chức năng hô hấp sau phẫu thuật 1 năm.

Kết quả chung và mối liên quan với một số đặc điểm của bệnh nhân. Nhìn chung, kết quả chung cho thấy tình trạng của bệnh nhân sau phẫu thuật tương đối tốt và có tỷ lệ cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Long có 89,5% bệnh nhân đạt kết quả tốt [2]. Điều này có thể do sự tiến bộ trong kĩ thuật đặc biệt ở việc có sự hỗ trợ của robot định vị như đã nói ở trên sự hỗ trợ của robot rất có ý nghĩa trong việc căn chỉnh chính xác vị trí bắt vít giúp tăng tỷ lệ thành công của phương pháp phẫu thuật. Đối với kết quả điều trị theo phân độ Lenke, 3 trường hợp bệnh nhân đạt kết quả trung bình xảy ra ở mô hình Lenke I, Lenke III và Lenke IV, thì những trường hợp kết quả trung bình này đều có đoạn cột sống thắt lưng là đường cong cấu trúc cần phải cố định và hàn xương.

V. KẾT LUẬN

- Chiều cao BN tăng sau mổ trung bình: $4,63 \pm 1,24$ cm
- Tỷ lệ % nắn chỉnh của phẫu thuật này đối với đường cong chính là 69,82%
- Có sự cải thiện sau mổ so với trước mổ về giá trị tuyệt đối của dung tích sống thờ mạnh ($p > 0,05$) và thể tích thờ ra gắng sức trong một giây đầu tiên ($p < 0,05$).

Phẫu thuật chỉnh vẹo cột sống lưng-thắt lưng vô cần sử dụng robot định vị ở bệnh nhân tuổi thiếu niên là phương pháp mới đem lại sự cải thiện đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quang Hiền (2012).** Phẫu thuật nắn chỉnh vẹo cột sống bằng cấu hình toàn ốc chân cung. Y Học TP. Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Hoàng Long (2015).** Nghiên cứu điều trị phẫu thuật vẹo cột sống vô cần bằng cấu hình toàn vít qua cường đốt sống, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
3. **J. L. Clement, E. Chau, C. Kimkpe và cộng sự (2008).** Restoration of thoracic kyphosis by posterior instrumentation in adolescent idiopathic scoliosis: comparative radiographic analysis of two methods of reduction. Spine (Phila Pa 1976), 33 (14), 1579-1587.
4. **Y. J. Kim, L. G. Lenke, K. H. Bridwell và cộng sự (2005).** Pulmonary function in adolescent idiopathic scoliosis relative to the surgical procedure. J Bone Joint Surg Am, 87 (7), 1534-1541.
5. **Y. J. Kim, L. G. Lenke, S. K. Cho và cộng sự (2004).** Comparative analysis of pedicle screw versus hook instrumentation in posterior spinal fusion of adolescent idiopathic scoliosis. Spine (Phila Pa 1976), 29 (18), 2040-2048.
6. **S. I. Suk, W. J. Kim, J. H. Kim và cộng sự (1999).** Restoration of thoracic kyphosis in the hypokyphotic spine: a comparison between multiple-hook and segmental pedicle screw fixation in adolescent idiopathic scoliosis. J Spinal Disord, 12 (6), 489-495.
7. **R. Vedantam, L. G. Lenke, K. H. Bridwell và cộng sự (2000).** A prospective evaluation of pulmonary function in patients with adolescent idiopathic scoliosis relative to the surgical approach used for spinal arthrodesis. Spine (Phila Pa 1976), 25 (1), 82-90.
8. **S. L. Weinstein (1999).** Natural history. Spine (Phila Pa 1976), 24 (24), 2592-2600.

HỘI CHỨNG TRÓI BUỘC TỤY SỐNG Ở TRẺ EM: CALÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Trần Kiên Hào¹, Nguyễn Thị Mỹ Linh¹

TÓM TẮT.

Hội chứng trói buộc tủy sống là một rối loạn chức năng kéo dài liên quan đến hiệu ứng cố định (buộc) của các mô không đàn hồi trên tủy sống, làm hạn chế sự chuyển động của tủy sống trong ống sống. Sự bất

thường này có liên quan đến sự phát triển dài ra và tăng sức căng của tủy sống khi trẻ lớn, dẫn đến một loạt các triệu chứng thần kinh và các triệu chứng khác. Do sự thay đổi về tốc độ tăng trưởng của tủy sống và cột sống, sự tiến triển của các dấu hiệu và triệu chứng thần kinh rất khác nhau. Chúng tôi báo cáo một trường hợp rất hiếm gặp của bệnh nhi mắc hội chứng trói buộc tủy sống có biểu hiện đại tiểu tiện không tự chủ từ khi sinh ra và sự tiến triển yếu dần cả hai chi dưới. Các chức năng liên quan khác và kết quả chẩn đoán hình ảnh cũng được thảo luận.

Từ khóa: Hội chứng trói buộc tủy sống, dị tật bẩm sinh cột sống, thần kinh, tiết niệu, không tự chủ, nón tủy sống bám thấp, thoát vị màng não tủy

¹Trung tâm Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Kiên Hào
 Email: trankiemhao@bvh@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 3.2.2020
 Ngày phản biên khoa học: 23.3.2020
 Ngày duyệt bài: 26.3.2020

SUMMARY**TETHERED CORD SYNDROME: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

Tethered cord syndrome is a stretch-induced functional disorder associated with the fixation (tethering) effect of inelastic tissue on the caudal spinal cord, limiting its movement. This abnormal attachment is associated with progressive stretching and increased tension of the spinal cord as a child ages, potentially resulting in a variety of neurological and other symptoms. Due to the variation of the growth rate of the spinal cord and the spinal column, the progression of neurological signs and symptoms is highly variable. We report a very rare case of young patient of tethered cord syndrome presented with incontinence of urine and stool since birth & progressive weakness of both lower limbs. Other associated features & radiological findings are also discussed.

Key Words: Tethered cord syndrome, Occult spinal dysraphism, neurological, Urological, Incontinence, Low conus medullaris, Myelomeningocele

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trói buộc tủy sống được định nghĩa là có một sự gắn kết bất thường của tủy sống với các mô bao quanh nó. Thuật ngữ này có một số ý nghĩa khác nhau theo thời gian. Khái niệm này đã được áp dụng để mô tả các bất thường trên X Quang và tập hợp các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng khác nhau. Ví dụ, vào năm 1976, Hoffman và các đồng nghiệp [1] đã sử dụng cụm từ "tủy sống bị trói buộc" để xác định chẩn đoán X quang - một tủy sống với nón tủy sống bám thấp và sự dày lên của chùm đuôi ngựa có đường kính từ 2 mm trở lên, không bao gồm các tình trạng khác như "thoát vị tủy-màng tủy-mỡ", thoát vị màng não, thoát vị tủy - màng tủy, tật nứt đốt tủy sống, và các khối choán chỗ trong nội sọ như u nang bì, thoát vị màng não trong cột sống, u nang thần kinh, và u quái [1]. Đa số các bệnh lý trên ngày nay được xem là đại diện điển hình của hội chứng trói buộc tủy sống.

Trói buộc tủy sống được mô tả thực thể là một loạt các dị tật bẩm sinh, bao gồm các hệ thống da, tiết niệu, thần kinh và hệ vận động. Do sự bám bất thường của tủy sống thứ phát sau một bệnh lý tiến triển mắc phải hoặc sau phẫu thuật. Không giống như tật nứt đốt sống (tức là thoát vị tủy - màng tủy), được chẩn đoán dễ dàng trước khi sinh, bệnh gai đôi cột sống ẩn thường biểu hiện âm thầm hơn. Kết quả là, những khiếm khuyết kín này thường được phát hiện khi đã xuất hiện triệu chứng hoặc tình cờ phát hiện ngẫu nhiên thông qua các bệnh lý không liên quan khác. Do tiên lượng của hội chứng này phụ thuộc nhiều vào thời gian xuất hiện triệu chứng, quan trọng là tất cả các chuyên

ngành liên quan (tiết niệu, chỉnh hình, da liễu, bác sĩ nhi khoa, v.v..) nhận biết được tình trạng này vì sự chậm trễ trong chẩn đoán có thể dẫn tới những ảnh hưởng lâu dài.

II. TÓM TẮT TRƯỜNG HỢP

Trẻ trai 11 tuổi vào viện vì lý do đại tiểu tiện không tự chủ từ khi sinh ra và yếu cả hai chi dưới. Đại tiểu tiện không tự chủ lần đầu tiên được cha mẹ để ý khi bệnh nhi không thể tự đi tiểu và đi đại tiện ở tuổi mà một đứa trẻ bình thường có thể làm được. Sự yếu liệt của cả hai chi dưới đã được ba mẹ bệnh nhi ghi nhận từ lúc trẻ 1 tuổi, tình trạng trở nên xấu hơn sau các hoạt động liên quan đến uốn cong cột sống. Trẻ không có tiền sử co giật, đau đầu và suy giảm trí tuệ. Các dấu hiệu quan trọng khác đều bình thường. Khám tổng quát cho thấy có một lump đồng tiền nhỏ kích thước 2 x 2 cm trên vùng xương cụt có một búi lông che phủ, biến dạng bàn chân ở dạng bàn chân lõm và vẹo trong. Thăm khám hệ thần kinh trung ương cho thấy cơ lực giảm (3/5) ở cả hai chi dưới, phản xạ gân sâu: phản xạ đầu gối/mắt cá chân giảm, dấu hiệu Babinski âm tính. Thăm khám hệ thống cảm giác bình thường. Kiểm tra hệ cơ quan khác bình thường.

Chụp cộng hưởng từ não và cột sống cho thấy sự giãn nhẹ của não thất bên còn não thất ba và não thất tư bình thường, chuỗi xung cắt dọc trên T2W cho thấy hình ảnh không trực quan của đốt sống xương cụt và giảm tín hiệu kéo dài từ da đến vùng xương cụt. Đầu dưới ngang mức L3-L4.

Hình ảnh cộng hưởng từ bụng và xương chậu cho thấy bàng quan giãn lớn do bệnh lý bàng quang thần kinh.

Từ các dữ kiện về tiền sử, bệnh sử và hình ảnh cộng hưởng từ cột sống, bệnh nhân được chẩn đoán: Hội chứng trói buộc tủy sống.



Hình 1: Chuỗi sagittal MRI-Spine-T2W cho thấy sự bất thường của đốt sống xương cụt và đường giảm tín hiệu kéo dài từ da đến vùng xương cụt với đầu dưới của dây tạn cùng đạt đến mức L3-L4.

III. BÀN LUẬN

3.1. Lịch sử. Ngay từ giữa thế kỷ 19, đã có những mô tả về tình trạng trói buộc tủy sống và triệu chứng liên quan. Johnson, vào năm 1857, đã thảo luận về một khối u xương mỡ dính với màng cột sống ở một đứa trẻ. Năm 1891, tại Anh, Jones đã thực hiện can thiệp đầu tiên thành công cho tình trạng trói buộc tủy sống. Năm 1910, Fuchs đã quan sát thấy sự không tự chủ uốn cong cột sống của bệnh nhân thoát vị tủy – màng tủy được cho là do sự gia tăng áp lực lên trên tủy sống [2,3]. Trong khi tại thời điểm đó chỉ có một số nhà nghiên cứu khác thảo luận về các quan sát có liên quan đến tình trạng trói buộc tủy sống, thì mãi đến năm 1976, thuật ngữ “trói buộc tủy sống” cuối cùng đã xuất hiện một cách phổ biến hơn; Hoffman et al. đặt ra cụm từ để mô tả một loạt 31 bệnh nhân phẫu thuật với tình trạng nón tủy sống ở vị trí thấp bất thường và chùm đuôi ngựa dày (> 2mm) và các triệu chứng được cải thiện sau khi cắt chùm đuôi ngựa [1]. Một số tác giả đã cố gắng xác định ngang mức nào sẽ cấu tạo nên một nón tủy bình thường. Phát hiện của họ thay đổi từ T12 đến L2, cuối cùng phổ biến nhất là trên hoặc ngang mức L1/L2 [4,5]. Trong phần còn lại của báo cáo này, nón tủy bình thường là ngang mức hoặc trên thân đốt sống L2.

3.2. Phôi thai học. Quá trình hình thành tủy sống là kết quả của hai quá trình riêng biệt: sự tạo ống thần kinh nguyên phát và thứ phát. Sự tạo ống thần kinh nguyên phát đòi hỏi sự tăng sinh và gấp của ngoại bì thần kinh vào ống thần kinh mà cuối cùng chứa đựng tủy sống. Quá trình này bắt đầu vào ngày thứ 18 sau khi thụ thai. Lớp biểu bì ngoài da (cuối cùng trở thành da) tách ra khỏi ngoại bì thần kinh và hợp nhất trên đường giữa trong một quá trình quan trọng được gọi là “phân ly”. Lớp trung bì phôi tạo thành xương sau và các mô mềm. Sự gián đoạn của giai đoạn này sẽ gây ra nhiều bệnh lý tủy sống, bao gồm, thoát vị tủy – màng tủy (không phân ly), thoát vị tủy – màng tủy – mỡ (phân ly sớm) và ống nang bì (phân ly không hoàn toàn). Việc đóng ống thần kinh bắt đầu vào khoảng ngày thứ 22 tại vị trí của cổ tương lai; nó đứng về phía trước cả phần đầu và phần đuôi. Sự đóng của phần đầu và phần đuôi ống thần kinh phôi xảy ra tương ứng vào ngày thứ 26 và thứ 28. Sự hình thành của não và tủy sống đánh dấu sự kết thúc của quá trình tạo ống thần kinh nguyên phát. Thất bại trong quá trình phát triển ống thần kinh nguyên phát có thể dẫn đến dị tật ống thần kinh hở.

Quá trình tạo ống thần kinh thứ phát đề cập đến sự hình thành các yếu tố của cột sống từ đầu đến đuôi S2 cũng như chùm đuôi ngựa. Giai đoạn phát triển này xảy ra giữa ngày thứ 28 và thứ 48. Từ phần đuôi ngoại bì thần kinh đến phía sau ống thần kinh phôi, còn được gọi là khối tế bào đuôi, bắt đầu sự tạo ống. Trong quá trình này, các không bào hình thành ở giữa kết hợp với các không bào nằm trong kênh trung tâm của ống thần kinh. Sau đó, tốc độ tăng trưởng không cân xứng giữa tủy sống và cột sống khiến cho tủy sống phát triển và tách ra khỏi các phần dính vào xương cứng. Chùm đuôi ngựa được hình thành từ các rãnh thần kinh kéo dài để phù hợp với sự phát triển khác biệt. Quá trình biệt hóa ngược này tiếp tục cho đến khi phần nón đạt đến cấp độ trưởng thành sau ba tháng tuổi. Các lỗi xảy ra trong quá trình tạo ống hoặc hồi quy được cho là góp phần vào sự hình thành của nón tủy bám thấp, u mỡ dây tặn cùng/u nang tủy sống và bệnh lý sợi mỡ.

3.3. Sinh lý bệnh. Sự hiểu biết của chúng tôi về sinh lý bệnh của trói buộc tủy sống chủ yếu được xây dựng dựa trên công trình nghiên cứu tiến hành bởi Yamada trong 30 năm qua. Các tác giả đã quy định rằng khi tác động một lực kéo tăng dần từ thấp đến trung bình đặt trên dây tặn sẽ làm giảm cytochrome a, a₃, dẫn tới tình trạng thiếu máu cục bộ. Sử dụng trên mô hình động vật, nhóm của Yamada cho thấy mức độ của lực kéo trên tủy sống tương quan với mức độ nghiêm trọng của tình trạng suy nhược thần kinh thứ phát do suy giảm chuyển hóa oxy hóa [6]. Họ cũng cho thấy sự giảm tỷ lệ lưu lượng máu tủy sống liên quan đến lực kéo, được gọi là “lực kéo gây thiếu oxy” [6]. Mô hình của họ cũng cho thấy khi dây tủy chịu một áp lực kéo dài thì chỉ cần bổ sung một lực kéo nhỏ có thể gây ra thiệt hại nghiêm trọng, vĩnh viễn. Một nghiên cứu được thực hiện bởi Stetler cho thấy sự trói buộc của dây tặn cùng làm giảm lưu lượng máu lên tủy sống, dẫn đến tình trạng thiếu oxy mô do rối loạn chức năng oxy hóa khử của ty thể [7]. Rối loạn chuyển hóa đã được điều chỉnh sau khi phục hồi lưu lượng máu; tuy nhiên, nếu dòng máu bị gián đoạn trong thời gian dài hơn, sự phục hồi chỉ là một phần. Trong những trường hợp này, nếu như phải chịu một áp lực quá mức có thể gây ra những thay đổi không thể phục hồi và rối loạn chức năng vĩnh viễn sẽ không được hồi phục sau khi tình trạng trói buộc được giải phóng.

3.4. Triệu chứng lâm sàng. Các dấu hiệu và triệu chứng thường gặp bao gồm các dấu hiệu ở da liên quan đến bệnh hở ống sống dạng

đóng (59%); bàng quang thần kinh (18%), yếu chi dưới, tê hoặc co cứng (12%), chênh lệch chân hoặc bàn chân (6%), biến dạng bàn chân, biến dạng cột sống và đau chân /đau lưng không liên quan vùng da (6%)[8]. Trong khi trẻ em thường xuất hiện với sự kết hợp của các triệu chứng, các triệu chứng cũng có thể được phân

lập thành một hệ thống. Biểu hiện đa dạng của bệnh là một trong những lý do tại sao nó rất quan trọng đối với các bác sĩ để làm quen với bối cảnh lâm sàng của trẻ bị bại liệt tủy sống. Các bác sĩ khi đánh giá bệnh nhân nên chẩn đoán các hội chứng khác nhau, vì cả hai bệnh này thường liên quan với nhau.

Bảng 1: Biểu hiện thường gặp của hội chứng trói buộc tủy sống

Da liễu	U máu, hốc/ xoang da, rậm lông, u mỡ dưới da, "bồng thuốc lá", phần thừa vùng thắt lưng cùng, bốt cafe.
Thần kinh	Dấu hiệu UMN: tăng phản xạ, co cứng. Dấu hiệu LMN: suy nhược, teo cơ. Dấu hiệu nơ ron vận động trên và dưới hỗn hợp Mất cảm giác chân/tăng sinh môn. Đau lưng/chân. Dáng đi bất thường/đi chậm
Tiết niệu	Tăng phản xạ cơ chóp, Nhiễm trùng đường tiết niệu thường xuyên, Không tự chủ, chậm tự đi đại/tiểu tiện
Chỉnh hình	Biến dạng bàn chân, móng không đối xứng, dị tật cột sống, vẹo cột sống
Cột sống	Tật nứt đốt cột sống, cơ quan sinh dục, bất sản xương cùng, Khiếm khuyết mảnh, bất sản đốt sống 1 bên

Các dấu hiệu ở da có thể được gặp trong tới 3% dân số nói chung, ở những bệnh nhân mắc hở ống sống dạng đóng, tỷ lệ mắc lên tới 80% và có nhiều khả năng sẽ phát hiện nhiều tổn thương khi thăm khám kỹ càng. Đôi khi, những dấu hiệu này có thể là triệu chứng duy nhất của các dị tật tiềm ẩn. Các dấu hiệu khác biệt ở da bao gồm các mảng lông, u máu, hốc / xoang, tăng sắc tố, u mỡ dưới da, dấu hiệu "bồng thuốc lá", phần thừa vùng thắt lưng cùng và bốt cafe. Mặc dù sự xuất hiện của bất kỳ dấu hiệu nào nói trên là đủ để nghi ngờ. Siêu âm là phương pháp đơn giản để thực hiện và dễ dàng hơn so với chụp cộng hưởng từ tại một thời điểm sau đó khi đứa trẻ có triệu chứng và sẽ cần dùng thuốc an thần.

Rối loạn chức năng tiết niệu là rối loạn ban đầu thường gặp nhất trong bệnh hở ống sống dạng đóng liên quan đến sự trói buộc tủy sống. Bệnh nhân gặp phải các vấn đề từ sự không tự chủ rõ ràng đến những thay đổi khó quan sát được trong các nghiên cứu về niệu động học. Biểu hiện có thể bao gồm tiểu không tự chủ, tiểu gấp, tăng tần số tiết niệu và nhiễm trùng đường tiểu ngược dòng; ở trẻ em, những triệu chứng này có xu hướng khó phát hiện hơn các dấu hiệu lâm sàng khác. Bởi vì rối loạn chức năng bàng quang rất khó đánh giá ở trẻ sơ sinh, những vấn đề này có thể không trở nên rõ ràng cho đến khi trẻ lớn. Các triệu chứng tiết niệu phổ biến nhất ở trẻ mới biết đi là trẻ không thể hoặc chậm tự biết đi tiểu; trong quá trình thử nghiệm, tăng phản xạ cơ chóp là dấu hiệu phổ biến nhất. Bởi vì sự rối loạn trong niệu động học thường xảy ra trước các triệu chứng lâm sàng,

điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá niệu động học để giảm tình trạng chẩn đoán và điều trị chậm trễ. Bên cạnh dấu hiệu tăng phản xạ cơ chóp, các triệu chứng phổ biến khác bao gồm rối loạn chức năng thần kinh cơ bàng quang, rối loạn chức năng cơ thắt ngoài, giảm cảm giác và giảm chức năng co bóp của bàng quang.

Các vấn đề về thần kinh biểu hiện trong trói buộc tủy sống liên quan đến sự gián đoạn của quá trình vận động và cảm giác của các chi dưới. Mặc dù chúng bao gồm các yếu tố của rối loạn chức năng neuron vận động trên và dưới, nhưng giảm vận động phổ biến hơn so với giảm cảm giác. Giảm cảm giác, nếu có, ở bàn chân hoặc đáy chậu hoặc ở trẻ em có thể bị loét không đau ở bàn chân / chân.

Bất thường chỉnh hình được tìm thấy ở hơn 90% bệnh nhân bị trói buộc tủy sống. Ở trẻ em, dị tật bàn chân là phổ biến nhất. Những dị tật này hầu hết là kết quả của sự mất cân bằng thần kinh cơ tại thời điểm xương đang phát triển và sắp xếp; dị tật không có khả năng phát sinh sau này trong cuộc sống nếu sự sai lệch không xảy ra trong giai đoạn này. Những bất thường khác bao gồm sự khác biệt về chiều dài chi, móng không cân xứng, dị tật đốt sống và vẹo cột sống. Vẹo cột sống tiến triển hoặc gù có thể gặp khoảng 25% trẻ em bị trói buộc tủy sống và có thể góp phần gây đau. Bất thường cột sống thường thấy ở trẻ mắc trói buộc tủy sống. Bao gồm tật nứt đốt sống, dị tật mảnh, đốt sống kém phát triển một bên và bất sản xương cùng. Lỗi phân đoạn có thể là gặp nhiều và những bất thường về xương có thể được quan sát thấy ở khoảng 95% trẻ em bị trói buộc tủy sống.

3.5. Chẩn đoán. Chẩn đoán trói buộc tủy sống đòi hỏi sự phối hợp của các triệu chứng lâm sàng với các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh liên quan. Hiện tại, theo hiểu biết của chúng tôi, chưa bao giờ có trường hợp trói buộc tủy sống nào được báo cáo với kết quả chẩn đoán hình ảnh bình thường. Trong số các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác nhau hiện có, chụp X-Quang đơn giản nhưng có ứng dụng hạn chế nhất; chủ yếu được sử dụng để theo dõi sự tiến triển của vẹo cột sống. Siêu âm phù hợp cho trẻ sơ sinh vì không cần phải xạ trị hoặc dùng an thần. Siêu âm cũng được báo cáo là có độ nhạy 96% và độ đặc hiệu 96%. Nhưng siêu âm bị giới hạn bởi kinh nghiệm năng lực của người đọc và thường khó diễn giải. Ngoài ra, việc sử dụng siêu âm bị giới hạn ở trẻ sơ sinh 4 - 6 tháng tuổi vì sự cốt hóa xương sống làm giảm độ tin cậy của kết quả siêu âm. Tuy nhiên, siêu âm có thể hoạt động như một phương pháp sàng lọc. Nếu kết quả siêu âm là bình thường trong trường hợp có lúm đồng tiền ở xương cùng hoặc u máu đơn độc, thì khả năng mắc trói buộc tủy sống tương đối thấp và chụp cộng hưởng từ có thể trì hoãn.

Chụp cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn để đánh giá hồ ồng sống dạng đóng/trói buộc tủy sống. Hình ảnh có tỷ trọng T1 cung cấp chi tiết giải phẫu rõ ràng của mô thần kinh và sợi. Điều này cho phép hình dung các đốt sống, vị trí nón tủy và sự hiện diện của chất béo/cốt hóa/đường rò. Ở mặt cắt dọc cho biết mức độ khu trú định vị trong khi ở mặt trục hiển thị chất béo và đường kính của dây tạn cùng. Như đã đề cập trước đó, vị trí của dây tạn cùng dưới thân đốt sống L2 hoặc dây hơn 2mm được coi là bất thường ở trẻ em. Thiếu sự chuyển động trên hình ảnh cộng hưởng từ khi thay đổi giữa tư thế nằm ngửa và nằm sấp để cũng giúp chẩn đoán trói buộc tủy sống [1]. Hình ảnh cộng hưởng từ cũng có thể cho thấy di chứng tiết niệu, chẳng hạn như bàng quang bị căng phồng. Hình ảnh có tỷ trọng T2 cho phép xác định khối u tủy sống và các cấu trúc chứa chất lỏng. Hình ảnh hoàn chỉnh của toàn bộ hệ thần kinh là rất quan trọng để sàng lọc các tổn thương có thể bỏ sót, hay các bất thường khác thường thấy khi kết hợp với trói buộc tủy sống (ví dụ, thoát vị tủy-màng tủy, dị tật nứt tủy sống, khối u ở da và khối u mỡ, v.v.)

Dựa vào tiền sử bệnh và thăm khám có thể xác định nguyên nhân gây ra rối loạn chức năng bàng quang ở trẻ em mà không cần sự hỗ trợ của các thăm dò về niệu động học. Do sự thay đổi của các triệu chứng trói buộc tủy sống có liên quan đến thời gian rối loạn chức năng, bệnh nhân sẽ có

cơ hội tốt hơn để đạt được hiệu quả điều trị tốt nếu các thăm dò về niệu động học được thực hiện sớm để giúp chẩn đoán xác định.

IV. KẾT LUẬN

Việc chẩn đoán sớm trói buộc tủy sống vẫn là một thách thức lâm sàng lớn. Một số trở ngại góp phần vào thách thức đó là sự mơ hồ của triệu chứng, các biểu hiện khác biệt nhau và sự thiếu hiểu rõ về sinh lý bệnh trong phần lớn các trường hợp hồ ồng sống dạng đóng dẫn bệnh trói buộc tủy sống ở trẻ em. Những yếu tố này đặc biệt liên quan đến chẩn đoán và điều trị kịp thời cho trẻ em. Những yếu tố này đặc biệt liên quan đến chẩn đoán và điều trị kịp thời cho trẻ em. Bởi vì thời gian trói buộc là một yếu tố quyết định chính trong tình trạng khuyết tật và phục hồi, điều quan trọng nhất là các bác sĩ từ các chuyên ngành khác nhau nên có sự hiểu biết thống nhất về sinh lý, biểu hiện lâm sàng, phân loại và điều trị. Ngoài ra, biểu hiện của bệnh có thể bị giới hạn ở những thay đổi nhỏ trong nghiên cứu về niệu động học, điều bắt buộc là cần một nhóm chuyên gia đa chuyên khoa (bao gồm bác sĩ tiết niệu nhi khoa, bác sĩ phẫu thuật thần kinh nhi khoa, bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình nhi, bác sĩ phục hồi chức năng). Trong khi tỷ lệ mắc bệnh thực sự chưa được biết rõ, nhưng những tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh, nhận thức lâm sàng rõ ràng hơn và các báo cáo liên quan liên tục hỗ trợ giúp các bác sĩ đưa ra chẩn đoán chính xác hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoffman HJ, Hendrick EB, Humphreys RP.** The tethered spinal cord: its protean manifestations, diagnosis and surgical correction. *Childs Brain* 1976;2(3):145-55.
- Hertzler DA, DePowell JJ, Stevenson CB, Mangano FT (2010).** Tethered cord syndrome: a review of the literature from embryology to adult presentation. *Neurosurg Focus* 29: e1.
- Fuchs A (1910).** Euberbeziehungen der enuresis nocturna zu rdimentaformen der spina bifida occulta (myelodisplasie). *Wien Med Wochenschr* 80: 1569-1573
- McLone D, Warf B (2001).** Pathophysiology of tethered cord syndrome *Pediatric Neurosurgery: Surgery of the Developing Nervous system.* (4th edn), 20: 282-288.
- Drake J (2007).** Surgical management of tethered spinal cordwalking the fine line. *Neurosurg Focus* 23: E8.
- Yamada S, Zinke DE, Sanders D (1981).** Pathophysiology of 'tethered cord syndrome'. *J Neurosurg* 54: 494-503.
- Stetler WR, Park P, Sullivan S (2010).** Pathophysiology of adult tethered cord syndrome: review of the literature. *Neurosurg Focus* 29: e2.
- Bui CJ, Tubbs RS, Oakes WJ (2007).** Tethered cord syndrome in children: a review. *Neurosurg Focus* 23: e2.

ÁP DỤNG KỸ THUẬT TẠO HÌNH KIỂU CHỮ B CẢI TIẾN TRONG PHẪU THUẬT BẢO TỒN UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Hồng Quang*

TÓM TẮT.

Điều trị bảo tồn ung thư vú là một bước tiến lớn trong điều trị bệnh ung thư vú. Phẫu thuật bảo tồn kiểu chữ B cải tiến là kỹ thuật tạo hình ung thư được áp dụng rộng rãi và đóng vai trò quan trọng trong điều trị ung thư tuyến vú giai đoạn I, II. **Mục tiêu:** (1) Đánh giá mức độ an toàn về mặt ung thư học và (2) đánh giá kết quả thẩm mỹ sau điều trị ngoại khoa bảo tồn ung thư vú sử dụng kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến. **Đối tượng và phương pháp:** 78 bệnh nhân ung thư vú $\frac{1}{4}$ trên ngoài giai đoạn I, II được phẫu thuật tại khoa Ngoại vú, bệnh viện K trong giai đoạn 2015-2019. Nghiên cứu cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Kỹ thuật để áp dụng, không có tai biến, biến chứng. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 5.9 ngày. Tỷ lệ diện cắt thường quy dương tính và cắt lại 2.6%. Vú đẹp và tốt chiếm 94.9%, tỷ lệ rất hài lòng và hài lòng 100%.

Từ khóa: ung thư vú, vạt chữ B

SUMMARY

APPLICATION OF MODIFIED B TECHNIQUE IN BREAST-CONSERVING SURGERY OF BREAST CANCER AT K HOSPITAL

Background: Breast conserving therapy (BCT) is a big step in treating breast cancer. Breast conservative surgery using modified B technique plays an important role in the surgical treatment of stage I,II breast cancer. **Objectives:** (1) To evaluate the oncologic safety and (2) to evaluate cosmetic results after conservative surgical treatment of breast cancer using modified B technique. **Methods:** The study recruited 78 stage I, II breast-cancer patients at the Breasts surgery Department, K Hospital from 2015 to 2019. This was a cross-sectional study. **Results and conclusions** This is an applicable and safe technique with no complications. The average duration of hospitalization was 5.9 days. Positive margin rate and re-excision rate were 2.6%. Excellent and good cosmetic results were 94.9%. Satisfaction rate was 100%.

Keywords: breast cancer, B technique

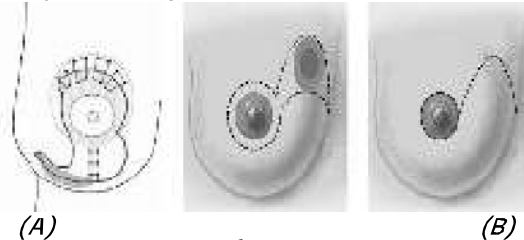
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị bảo tồn ung thư vú bao gồm phẫu thuật bảo tồn và xạ trị toàn vú sau mổ là một bước tiến lớn trong điều trị bệnh ung thư vú. Các nghiên cứu lớn gần đây đều khẳng định điều trị bảo tồn không kém hơn phẫu thuật triệt căn về

sống thêm [1].

Trong phẫu thuật bảo tồn ung thư vú, hai đối tượng được quan tâm nhiều nhất là khả năng đạt được diện cắt an toàn và hiệu quả thẩm mỹ. Diện cắt dương tính làm tăng nguy cơ tái phát tại chỗ hơn 2.5 lần [2]. Mặt khác, hiệu quả thẩm mỹ của phẫu thuật bảo tồn kém hơn khi thể tích tuyến vú bị cắt nhiều hơn. Do vậy, cần cắt rộng bao nhiêu để đảm bảo diện cắt an toàn nhưng vẫn đạt được kết quả thẩm mỹ tốt là vấn đề cần cân nhắc khi tiến hành phẫu thuật bảo tồn. Phẫu thuật tạo hình ung thư cho phép cắt được thể tích mô vú lớn hơn, tỉ lệ diện cắt an toàn cao hơn, tỉ lệ tái phát thấp hơn trong khi hiệu quả thẩm mỹ cao hơn khi so sánh với phẫu thuật cắt rộng đơn thuần [3].

Kỹ thuật tạo hình chữ B được mô tả lần đầu bởi Regnault P năm 1974 trong phẫu thuật tạo hình tuyến vú phì đại, sa trễ [4]. Kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến được áp dụng trong phẫu thuật bảo tồn nhờ ưu điểm cho phép cắt rộng nhu mô vú và cho phép hai vạt da với chiều dài khác nhau được khâu khép lại dễ dàng cho kết quả thẩm mỹ cao.



Hình 1: Kỹ thuật cắt giảm thể tích kiểu chữ B của Regnault (A) và đường rạch trong phẫu thuật bảo tồn kiểu chữ B cải tiến (B)

Tại Việt Nam, kích thước tuyến vú tương đối nhỏ khi so sánh với các nước phương Tây. Đặc thù này đặt ra nhu cầu áp dụng thường xuyên các kỹ thuật tạo hình ung thư trong điều trị bảo tồn ung thư vú. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm giải quyết hai mục tiêu: thứ nhất, đánh giá mức độ an toàn về mặt ung thư học và thứ hai là đánh giá kết quả thẩm mỹ sau điều trị ngoại khoa bảo tồn ung thư vú sử dụng kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nữ ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn I, II theo xếp

*Khoa Ngoại Vú – Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang

Email: bslequang@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2020

Ngày duyệt bài: 30.3.2020