PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BẢN SỐNG MỚI- HIRABAYASHI CẢI BIÊN- NÉO ÉP ĐỈNH MẤU GAI VÀO ỐC KHỐI BÊN CHO BỆNH LÝ TỦY SỐNG CỔ

Võ Văn Thành* Ngô Minh Lý* Phạm Ngọc Công* Võ Ngọc Thiên Ân*

Mục tiêu nghiên cứu: Các tác giả trình bày một phương pháp Hirabayashi cải biên điều trị phẫu thuật cho bệnh lý tủy sống cổ. Tạo hình bản sống là kỹ thuật rất hữu ích để giải ép các trường hợp bệnh lý tủy sống cổ (TSC) do chèn ép bởi các nguyên nhân: thoái hóa cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm cổ, cốt hóa dây chằng dọc sau v..v…

Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu

Chẩn đoán dựa vào thăm khám lâm sàng, kết hợp với các khảo sát bằng kỹ thuật hình ảnh học: XQ thường qui kỹ thuật số, X quang cắt lớp điện toán, hình ảnh cộng hưởng từ được thực hiện cho tất cả các ca.

Chỉ định phẫu thuật: (1) Bệnh lý TSC do hẹp ống sống cổ nhiều tầng (ba hay bốn tầng). (2) Bệnh lý TSC do hẹp ống sống cổ một hay hai tầng có kèm theo hẹp ống sống cổ bẩm sinh.

Tóm tắt dữ liệu và kết quả:

72 ca (nam: 57; nữ: 15) với tuổi trung bình 53 (34-87) đã được phẫu thuật từ 21/11/2002 đến 1/12/2005 tại Khoa Cột Sống A, BV Chấn thương Chỉnh hình TP. HCM.

Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cổ: 51. Thoái hóa cột sống cổ: 5. Cốt hóa dây chằng dọc sau: 7. Thoát vị đĩa đệm kèm thoái hóa cột sống cổ: 1. Cốt hóa dây chằng dọc sau kèm dày dây chằng vàng: 1. Thoái hóa cột sống kèm dày dây chằng vàng: 1. Thoái hóa cột sống kèm lồi đĩa đệm: 1. Thoái hóa cột sống kèm lồi đĩa đệm và dày dây chằng vàng: 1. Dày dây chằng vàng kèm lồi đĩa đệm: 1. Thoát vị đĩa đệm cổ kèm cốt hóa dây chằng vàng:1. Thoát vị đĩa đệm cổ kèm cốt hóa dây chằng dọc sau và dây chằng vàng:1. Tầng bệnh: một tầng 34, hai tầng 23, ba tầng: 6, bốn tầng: 8, năm tầng: 1. Hẹp ống sống bẩm sinh: 64 ca. Tổn thương tủy sống trên HACHT thấy trên 52 ca: 19 tổn thương ngang C3-C4, 22 ngang C4-C5, 25 ngang C5-C6 và 3 ngang C6-C7. Dấu Lhermite: 10 ca. Liệt vận động chi dưới: 69 ca. Liệt vận động chi trên: 69 ca. Rối loạn cơ vòng bọng đái: 21. Rối loạn cảm giác chi trên: 67. Rối loạn cảm giác chi dưới: 60. Rối loạn cảm giác thân: 43.

JOA (tính trên 40 ca đủ số liệu theo dõi trung bình 16,4 tháng, ít nhất một tháng và lâu nhất 39 tháng): JOA trước mổ là 9,9 (4-14), JOA sau mổ là 13 (6-15), JOA sau theo dõi lâu dài: 14,6 (11-17). Tỉ lệ phục hồi ngay sau mổ theo JOA: 56%. Tỉ lệ phục hồi sau theo dõi lâu dài JOA: 67%. Thời gian khởi bệnh: 19 tháng (1-85). Thời gian mổ trung bình: 142 phút (95-220). Lượng máu mất trung bình: 293 (80-1600). Chỉ hai ca phải truyền máu: một 500 ml và một 750 ml. Phẫu thuật tạo hình bản sống VVT cho 70 ca và hai ca thực hiện thêm nẹp ốc khối bên hay giải ép và hàn xương lối trước. Chỉ số Torg trung bình thay đổi theo thứ tự trước và sau mổ: ngang C3 là 55%- 83%, ngang C4 là 66%-87%, ngang C5 là 65%-91%, ngang C6 là 64%-79%. Thời gian theo dõi trung bình cho 40 ca đủ dữ liệu: 16,4 tháng (1-39). Một ca tử vong sau hai năm bệnh diễn biến nặng. Bốn ca diễn biến nặng thêm sau một năm. Một ca than mỏi cổ. Không ca nào than đau cổ sau mổ. Hai ca liệt rễ một rễ C5 và một rễ C6. Một ca phục hồi sau hai tháng.

Kết luận: Công trình nguyên thủy của Việt Nam này đã đóng góp thêm một chọn lựa nữa vào các kỹ thuật kinh điển như Kurokawa, Itoh, hoàn toàn khả thi cho các bệnh nhân ở các nước đang phát triển.

Từ khóa: Phẫu thuật tạo hình bản sống mới Hirabayashi cải biên, khối banh mấu gai bằng gốm sứ, phẫu thuật Kurokawa, phẫu thuật Itoh, thoát vị đĩa đệm, thoái hóa thân đốt sống, cốt hóa dây chằng dọc sau, vôi hóa dây chằng dọc sau, cốt hóa dây chằng vàng, bệnh lý tủy sống cổ, ốc khối bên, néo ép.

NEW TECHNIQUE OF LAMINOPLASTY MODIFIED HIRABAYASHI WITH LATERAL MASS SCREWING AND SPINOUS PROCESS WIRING FOR CERVICAL MYELOPATHY

Purpose of study: The authors present an modified Hirabayashi technique for cervical myelopathy. Laminoplasty is very helpful technique for the decompression of compressive myelopathy due to cervical disc herniation, cervical spondylosis, OPLL or OYL.

Methods: Prospective study

Diagnosis: The diagnosis based on the assessment of clinical examination combined with the medical imaging technique offered by computerized radiography, MSCT Scanner, MRI which were applied for all of our patients. Surgical indications: - Myelopathy due to multiple level cervical stenosis (three or four levels) - Myelopathy due to one or two levels cervical stenosis with developmental stenosis.

72 cases were operated from February 22nd, 2002 to December 1st, 2005 in Spinal Surgery Department A, Hospital for Trauma- Orthopedics, HCM City, Viet Nam

Men: 57. Women: 15. Mean age: 53 (34-87). Mean onset: 19 months (1-85). CDH: 51. CS: 5. OPLL: 7. OYL and OPLL: 1. CDH and CSS: 1. CSS and YL hypertrophy: 1. CSS and disc Protrusion: 1. CSS and disc protrusion and YL hypertrophy: 1. YL hypertrophy and disc protrusion: 1. CDH and OPLL: 1. CDH and OPLL and YL hypertrophy: 1. One level: 34. Two levels: 23. Three levels: 6. Four levels: 8. Five levels: 1. Developmental stenosis: 64 cases. Spinal cord injury image on MRI in 52 cases: 19 lesions on C3-C4, 22 on C4-C5, 25 on C5-C6, 3 on C6-C7. Lhermitte 's sign was found out in 10. Neuro-deficits with motor paralysis of upper and lower limb: 69 cases; with bladder dysfunction in 21 cases.

Results:

Surgical time: 142mn (95-220). Blood loss: 293ml (80-1600). No transfusion: 70. Transfusion: 2. FU: 16.4 months (1-39). 70 surgeries is applied by this technique; one combined with lateral mass plating screwing and one combined with ACDF. JOA of 40 cases with full data: Pre-op

**Khoa Cột Sống A- BV Chấn thương Chỉnh hình TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam. Email: thanhvmd@gmail.com*

Công trình nghiên cứu Khoa Cột Sống A- PGS TS BS Võ Văn Thành Bệnh Viện Chấn thương Chỉnh Hình TP. HCM, Việt Nam

JOA: 9.9 (4-14). Post-op JOA: 13 (6-15), JOA with mean FU 16,4 months: 14,6 (11-17). Post-op recovery JOA rate: 56%. FU recovery JOA rate: 67%. Mean Torg index improvement: 55%-83% on C3 level, 66%-87% on C4, 65%-91% on C5, 64%- 79% on C6. Mean FU: 16, 4 months (1-39). One died after two years. There were four with deteriorated results after more than 12 months in FU. No axial pain complaint. There were two with one C5 and one C6 post-op partial paralysis, one with good recovery after two months.

This is a simple technique with less injury to the bone and ligaments, easy to practice and short learning curve with satisfactory results. The training and learning curve for the young surgeons for this technique is very short and safe. They can easily understand the principles, the technique and the maneuvers for screw insertion; then practice without much difficulties. The screws and wire are the least expensive means they can find out easily in any surgery hospital.

Conclusion: This new technique offers one more option to the classical gold standard method as Kurokawa or Itoh and the good results; it is affordable to the patients in development countries.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tủy sống do hẹp ống sống cổ ngày càng được phát hiện nhiều trong nước ta nhờ sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh học gần đây: X quang thường qui kỹ thuật số, X quang cắt lớp điện toán, hình ảnh cộng hưởng từ v…v… Bệnh lý tủy sống do hẹp ống sống cổ từ những nguyên nhân khác nhau như: thoát vị đĩa đệm cổ, thoái hóa thân đốt sống cổ, cốt hóa dây chằng dọc sau, cốt hóa dây chằng vàng, vôi hóa dây chằng vàng, hẹp ống sống cổ với yếu tố động ngang, v…v…Đa số các trường hợp này thường đi kèm theo hẹp ống sống cổ bẩm sinh, một số lớn có nghiều nguyên nhân phối hợp và có nhiều tầng bệnh kế tiếp hay xa nhau. Phương pháp tạo hình bản sống cổ với mục tiêu làm rộng ống sống cổ và giải ép tủy cổ bị chèn ép do các tác giả Nhật Bản đề xuất đã làm thay đổi chỉ định, dự hậu, phòng ngừa còng cột sống cổ.[1,5,6,7,8,9,11,12] Các phương pháp tạo hình bản sống cổ thường được áp dụng như: Kurokawa, Itoh cũng đã được áp dụng trong nước ta từ 1995 [1,5,6,7,8,9,,11,12,18,19] đã đem lại một số kết quả khả quan. Tuy nhiên, những cuộc mổ rất tinh tế, đòi hỏi phương tiện mắc tiền, hoặc cuộc mổ thường kéo dài. Chúng tôi đề xuất phương pháp mổ mới được trình bày trong báo cáo này nhằm khắc phục các nhược điểm nêu trên với kết quả điều trị tốt.

PHƯƠNG PHÁP

1. Phương pháp tiền cứu

2. Chẩn đoán: dựa trên lâm sàng là chủ yếu và tham khảo hình ảnh học đã được khảo sát tỉ mỉ.

3. Phương pháp đánh giá hình ảnh học:

Hình ảnh học (XQTQ kỹ thuật số, X quang cắt lớp điện toán, hình ảnh cộng hưởng từ) được áp dụng cho tất cả bệnh nhân.

- X quang thường qui kỹ thuật số (Computerized radiography) phải được thực hiện cho tất cả các ca với 6 thế: thẳng, ngang, ngang cúi, ngang ngửa, nghiêng ¾ phải, nghiêng ¾ trái) để tìm hình ảnh mất vững (yếu tố động) trong tư thế động ngang và đo chỉ số Torg để chẩn đoán hẹp ống sống cổ bẩm sinh.
- Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) được khảo sát trong tất cả các ca, đánh giá các nguyên nhân và tổn thương tủy sống cổ.
- X quang cắt lớp điện toán được áp dụng đánh giá tổn thương liên quan đến xương như gai sống trong thoái hóa thân đốt sống, cốt hóa dây chằng dọc sau hay dây chằng vàng nếu cần.

4. Chỉ định phẫu thuật:

Chỉ định phẫu thuật dành cho các trường hợp bệnh nhân mắc bệnh lý tủy cổ mạn tính do các nguyên nhân gây chèn ép như thoát vị đĩa đệm, thoái hóa thân đốt sống, cốt hóa dây chằng dọc sau, vôi hóa dây chằng dọc sau, cốt hóa dây chằng vàng hay sự phối hợp nhiều loại của các bệnh lý nêu trên cùng một bệnh nhân. Tuy nhiên, chúng tôi giới hạn chỉ định chỉ thực hiện phẫu thuật này cho:

- Hẹp ống sống cổ nhiều tầng (ba, bốn tầng) không kèm còng cột sống cổ.
- Hẹp ống sống cổ từ một đến bốn tầng kèm theo hẹp ống sống cổ bẩm sinh không kèm còng cột sống cổ.

5. Phương pháp phẫu thuật:

- Bộc lộ các bản sống C3, C4, C5, C6 và một phần trên C7: không cắt dây chằng liên và trên gai, không cắt nơi bám cơ vào đỉnh mấu gai C2. Chúng tôi không cần cắt đỉnh mấu gai C2 rồi đính lại sau đó như một số tác giả khác.
- Bộc lộ rõ: khối mấu khớp hai bên các đốt C3,C4,C5, C6 và phần trên C7. Chú ý không cắt phạm bao khớp, bộc lộ kỹ khối mấu khớp bên dự định đặt ốc, không cần bộc lộ nhiều phía dự định cắt qua hai vỏ xương.
- Dò ranh giới khối mấu khớp và bản sống, rồi cắt qua hai vỏ xương các bản sống C3, C4, C5 và C6 phía bên nào có triệu chứng lâm sàng nặng hơn, bằng khoan mài đính kim cương.
- Cắt qua một vỏ xương các bản sống phía bên

kia, làm thành một rảnh dài qua các bản sống C3, C4, C5 và C6. Đáy rãnh tựa trên một phần khối mấu khớp, một phần trên bản sống để khi mở bản sống lên thì phía này thành một bảng lề.

- Đặt ốc đường kính 3,5mm hay 4mm (hoặc 4,5mm cho người già loãng xương) dài khoảng 14mm vào khối mấu khớp. Các mốc đặt theo kỹ thuật Roy-Camille, nhưng có thay đổi. Chúng tôi đặt thẳng góc vào khối bên, thay vì đặt chéo ra ngoài như tác giả Roy Camille từ C3 đến C5. Riêng C6 chúng tôi đặt ốc hơi chéo ra ngoài khoảng 15 độ.

- Mỗi ốc đặt vào khối mấu khớp đều kèm theo một dây thép buộc vào đỉnh mấu gai C3, C4, C5, C6.

- Siết dây thép trên đỉnh mấu gai từng tầng từ dưới lên trên, khoảng cách của bản sống và khối mấu khớp khi dở bản sống lên khoảng 10-15mm là đủ.

- Cầm máu kỹ bên mở hai vỏ xương của bảng sống, chú ý vùng C2-C3. Nếu có chảy máu từ tĩnh mạch trên màng cứng thì cầm bằng máy đốt lưỡng cực hay surgicel.

- Đóng da từng lớp, dẫn lưu kín, rút ra sau 24g.

6. Theo dõi sau mổ:

Sau mổ, bệnh nhân chỉ cần mang nẹp cổ một tuần.

Bệnh nhân được yêu cầu tập các động tác cổ nhẹ nhàng như cúi, ngửa, xoay phải, xoay trái trong tám tuần đầu. Các cử động cổ phối hợp được yêu cầu sau đó. Mục tiêu tập luyện nhằm tránh sự teo cơ và sớm phục hồi khỏi đau sau mổ. Các bài tập mạnh cơ tay hay di chuyển được thực hiện như thường lệ nhằm phục hồi vận động các chi liệt.

TƯ LIỆU VÀ KẾT QUẢ

72 ca đã được phẫu thuật từ 21/11/2002 đến 1/12/2005 tại Khoa Cột Sống A, BV Chấn thương Chỉnh hình TP. HCM.

Nam: 57; Nữ: 15

Tuổi trung bình: 53 tuổi (34-87)

Thoát vị đĩa đệm cổ: 51 ca.

Thoái hóa cột sống cổ: 5 ca.

Cốt hóa dây chằng dọc sau: 7 ca. Thoát vị đĩa đệm kèm thoái hóa cột sống cổ: 1 ca. Cốt hóa dây chằng dọc sau kèm dày dây chằng vàng: 1 ca. Thoái hóa cột sống kèm dày dây chằng vàng: 1 ca. Thoái hóa cột sống kèm lồi đĩa đệm: 1 ca. Thoái hóa cột sống kèm lồi đĩa đệm và dày dây chằng vàng: 1 ca. Dày dây chằng vàng kèm lồi đĩa đệm: 1 ca. Thoát vị đĩa đệm cổ kèm cốt hóa dây chằng vàng: 1 ca. Thoát vị đĩa đệm cổ kèm cốt hóa dây chằng dọc sau và dây chằng vàng:1 ca.

Tầng bệnh: một tầng 34 ca, hai tầng 23 ca, ba tầng: 6 ca, bốn tầng: 8 ca, năm tầng: 1 ca.

Hẹp ống sống bẩm sinh: 64 ca. Tổn thương tủy sống trên HACHT thấy trên 52 ca: 19 ca tổn thương ngang C3-C4, 22 ngang C4-C5, 25 ngang C5-C6 và 3 ca ngang C6-C7.

Dấu Lhermite: 10 ca. Liệt vận động chi dưới: 69 ca. Liệt vận động chi trên: 69 ca. Rối loạn cơ vòng bọng đái: 21 ca.

Rối loạn cảm giác chi trên: 67. Rối loạn cảm giác chi dưới: 60. Rối loạn cảm giác thân: 43.

JOA (tính trên 40 ca đủ số liệu theo dõi trung bình 16,4 tháng, ít nhất một tháng và lâu nhất 39 tháng): JOA trước mổ là 9,9 (4-14), JOA sau mổ là 13 (6-15), JOA sau theo dõi lâu dài: 14,6 (11-17).

Tỉ lệ phục hồi ngay sau mổ theo JOA: 56%. Tỉ lệ phục hồi sau theo dõi lâu dài JOA: 67%.

Thời gian khởi bệnh: 19 tháng (1-85). Thời gian mổ trung bình: 142 phút (95-220).

Lượng máu mất trung bình: 293 ml (80-1600). Chỉ 2 ca phải truyền máu: một 500 ml và một 750 ml.

Phẫu thuật tạo hình bản sống VVT cho 70 ca và hai ca thực hiện thêm nẹp ốc khối bên hay giải ép và hàn xương lối trước.

Chỉ số Torg trung bình thay đổi theo thứ tự trước và sau mổ: ngang C3 là 55%- 83%, ngang C4 là 66%-87%, ngang C5 là: 65%-91%, ngang C6 là 64%-79%.

Thời gian theo dõi trung bình cho 40 ca đủ dữ liệu: 16,4 tháng (1-39).

Một ca tử vong sau hai năm bệnh diễn biến nặng. Bốn ca diễn biến nặng thêm sau một năm trong đó có một ca kèm hội chứng cột bên teo cơ nặng thêm sau mổ không đánh giá được, ba ca khác diễn biến nặng thêm sau mổ: một ca bị cốt hóa dây chằng dọc sau kèm theo bệnh lý chất trắng ở nảo-tay chân bên phải yếu dần sau theo dõi, một liệt nặng thêm sau mổ trên nền một bên tay chân đã liệt trước mổ và một liệt nặng thêm sau mổ theo dõi lâu dài. Một ca than mỏi cổ. Không ca nào than đau cổ sau mổ. Hai ca liệt một phần sau mổ, một rễ C5 và một rễ C6. Một ca phục hồi sau hai tháng.

BÀN LUẬN

Phẫu thuật Kurokawa và Itoh là hai phẫu thuật thường qui ở Nhật Bản mà chúng tôi đã có dịp học tập tại chỗ. Chúng tôi đã tham quan Sendai, Nhật Bản để học tập phẫu thuật Kurokawa tại Sendai năm 1994. Vào năm 1995, lần đầu tiên thực hiện phẫu thuật tạo hình bản sống trong nước ta theo phương pháp Kurokawa bởi GS Kokubun tại TP. HCM, cho một bệnh nhân nữ 49 tuổi, bị cốt hóa dây chằng dọc sau làm hẹp trên 70% ống sống cổ, gây liệt một phần tứ chi. Bệnh nhân được theo dõi đến nay đã 9 năm với kết quả rất tốt, bệnh nhân đã phục hồi vận động hoàn toàn, trở lại nghề giáo và sinh hoạt bình thường.[19] Chúng tôi cũng đã có dịp tham quan học tập phẫu thuật Itoh tại Hiroshima, Nhật Bản năm 2001 với Bác sĩ Itutshi Baba. Cả hai phẫu thuật này chúng tôi đều đã thực hiện tại TP. HCM với kết quả khả quan.[18,19] Ngoài ra còn các phẫu thuật khác như Chiba, nẹp titan chống đỡ thay ghép, Z plasty.[13-17]

Tuy nhiên có một số nhược điểm mà sự áp dụng trong nước ta các phẫu thuật này đã được ghi nhận:

- Phẫu thuật Kurokawa đòi hỏi cần có bốn miếng gốm sứ BONECERAM mắc tiền (khoảng 150USD/miếng) để đặt vào giữa hai nửa mấu gai được mở ra.[11,12,18,19] Không phải bệnh nhân nào cũng có thể chi trả. Có thể thay miếng gốm sứ bằng ghép tự thân lấy từ mào chậu bệnh nhân. Bất lợi là thời gian mổ dài hơn, đau thêm ở vết mổ lấy ghép. Ngoài ra, khi lấy và gót ghép thành hình thang rất khó đạt yêu cầu kỹ thuật do hình thể ghép không đồng bộ; mất nhiều thời gian cắt gọt.

- Phẫu thuật Itoh[8,9,18,19] đòi hỏi phải xỏ rất nhiều lỗ để: (1) Cột đỉnh mấu gai vào khối mấu khớp một bên, (2) Cột một đầu mảnh ghép vào khối mấu khớp phía bên kia. (3) Cột một đầu còn lại của mảnh ghép vào bản sống phía bên kia. Cần nhiều thao tác, kéo dài thời gian. Cũng nên nhắc lại rằng, phẫu thuật Itoh là một cải biên của phẫu thuật Hirabayashi nguyên thủy[5,6,7] với sự đặt ghép chống đỡ phía bản sống được mở ra. Phẫu thuật Hirabayashi chỉ cột chỉ tơ vào khối cơ bên kia; bản sống dễ sụp xuống làm hẹp ống sống lại sau một thời gian theo dõi khiến kết quả kém đi.

- Các phẫu thuật này đều rất tàn phá: cắt hết dây chằng liên trên gai, cắt hết các đỉnh mấu gai (có hoặc không cắt đỉnh mấu gai C2, sau đó cột lại).[1,5,6,7,8,9,11,12,16,18,19]

- Chúng tôi không bao giờ phải thực hiện phẫu thuật trên C2. Chúng tôi thấy một số tác giả Nhật Bản nới rộng ống sống xuống đến C7 trong một số trường hợp.

Phẫu thuật này khá đơn giản, ít chảy máu. Có 70/72 ca không phải truyền máu. Tuy nhiên, phải rất cẩn thận cầm máu phía cắt qua hai vỏ xương, do có thể chảy máu từ tĩnh mạch trên màng cứng, nhất là khi lên cao vùng giữa C2- C3.

Phẫu thuật do chúng tôi đề xuất, ngược lại mang tính bảo tồn rất cao, vì không phá dây chằng liên gai và trên gai, không cắt đỉnh mấu gai. Thao tác đặt ốc vào khối mấu khớp rất đơn giản và nhanh, thao tác cột chỉ thép rất chủ động, nhanh và nhẹ nhàng. Chỉ số Torg sau mổ cho thấy ống sống rộng hơn so với chỉ số Torg trước mổ. Chỉ số Torg trung bình thay đổi theo thứ tự trước và sau mổ: ngang C3 là 55%- 83%, ngang C4 là 66%-87%, ngang C5 là 65%-91%, ngang C6 là 64%-79%. Kết quả điều trị rất khả quan sau theo dõi hơn 16 tháng (JOA= 67%). Sau mổ, không cần mang nẹp cổ mềm lâu quá hai tuần. Trước đây, thời gian mang nẹp khoảng hai tháng cho các kỹ thuật cũ như Itoh, Kurokawa. Bệnh nhân của chúng tôi không than phiền đau theo trục cổ. Có hai ca liệt rễ một C5 và một C6 thêm sau mổ thoáng qua. Đây là biến chứng đã được kể ra trong y văn do sự co kéo rễ C5 hay C6 khi tủy sống dời nhiều ra sau.[10] Bệnh nhân xuất viện sớm sau mổ vài ngày, hầu hết thỏa mãn với cuộc mổ.

Theo dõi lâu dài cho phép đánh giá sự còng thêm cột sống cổ. Tuy nhiên, do sự bảo tồn tối đa các dây chằng, nên sự còng thêm sau mổ không khác gì hoặc tốt hơn so với phẫu thuật Itoh hay Kurokawa. Một nhược điểm là với chỉ thép, sự làm lại hình ảnh cộng hưởng từ không thể thực hiện được. Nếu dùng ốc titanium và chỉ không tan lớn thì tránh được nhược điểm này, nhưng lực chịu trong thời gian đầu kém hơn dùng chỉ thép. Cần lưu ý không cần ghép xương vào rãnh bên, sau hai tháng sự hàn xương tại rãnh bên làm bản lề xảy ra mà không cần đặt xương ghép.

Có bốn kỹ thuật đặt ốc khối bên cho tới nay: Roy- Camille, Magerl, Anderson và An.[2,3,4] Một kỹ thuật lấy điểm mốc chuẩn theo Raymond Roy-Camille được chọn lựa áp dụng cho phương pháp này. Tuy nhiên chúng tôi đặt ốc thẳng góc với khối mấu khớp cho C3, C4 và C5 (chứ không đặt nghiêng ra ngoài 10 độ như tác giả Roy Camille); riêng C6 được đặt ốc hướng nghiêng ra ngoài là 15 độ. Theo Ebraheim và Yeasting, nếu lấy điểm

đặt ốc khối bên làm mốc theo Roy Camille thì khi bắt thẳng góc, hướng ốc đi ngoài hình chiếu động mạch sống trong các khối bên C3, C4 và C5. Nhưng ở C6, hướng ốc nên đặt chéo ra ngoài trên 6 độ.[2,3] Sự khác biệt chủ yếu là hướng đặt ốc. Chúng tôi dùng ốc đường kính 3,5mm (hoặc 4mm hay 4,5mm) với chiều dài khoảng 14mm là đủ vững chắc và an toàn.[2,3] Wang và cs dùng chỉ Mitek,[20] mà giá mỗi sợi chỉ hằng trăm đô la.

Có hai ca liệt rễ thần kinh một C5 và một C6 sau mổ; một ca phục hồi dần sau ba tháng, một ca không phục hồi. Y văn cũng có nhắc biến chứng này sau mổ phẫu thuật tạo hình bản sống nói chung.[10]

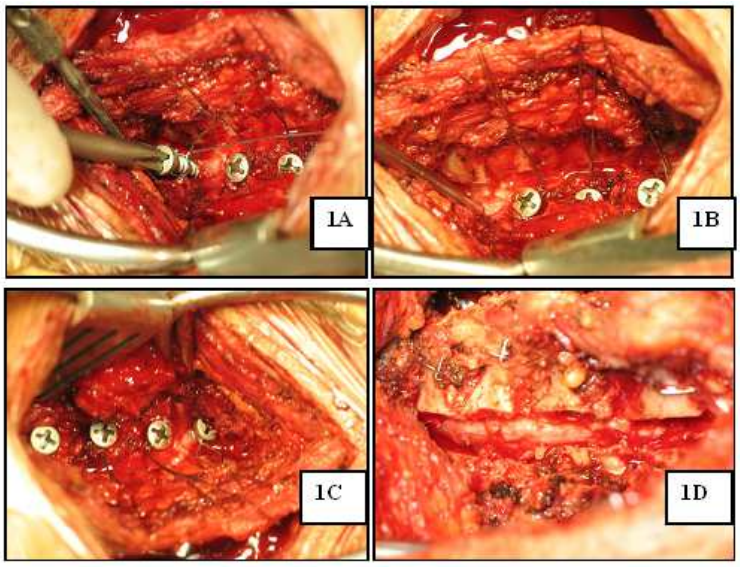
Huấn luyện tay nghề các phẫu thuật viên trẻ cho loại phẫu thuật này không mất thời gian nhiều. Các nguyên tắc, kỹ thuật và thao tác đơn giản cho đặt ốc khối bên rất dễ nắm bắt. Phương pháp này đóng góp thêm một chọn lựa cho việc điều trị bệnh lý tủy cổ, dụng cụ rất dễ tìm và không mắc tiền; dễ dàng thực hiện trong điều kiện các nước đang phát triển hiện nay.

KẾT LUẬN

Phương pháp này hoàn toàn khả thi trong nước ta và là một trong những chọn lựa có giá trị so với các phương pháp tạo hình bản sống khác như Itoh, Kurokawa. Với phương pháp này chúng ta có thể giải quyết một vấn đề khó như bệnh lý tủy sống cổ bằng những phương tiện có sẵn trong tầm tay với kết quả tốt.

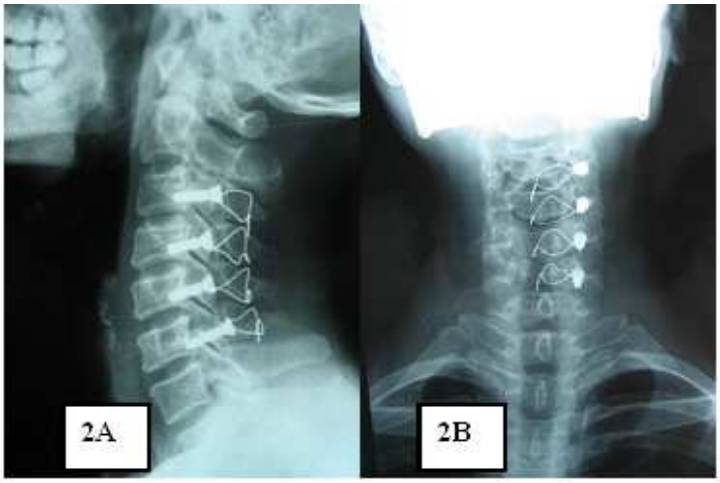
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baba, Hisatoshi; Chen, Quixin; Uchida, Kenzo; Imura, Shinichi; Morikawa, Seiji; Tomita, Katsuro: Laminoplasty With Foraminotomy for Coexisting Cervical Myelopathy and Unilateral Radiculopathy: A Preliminary Report. Spine 15 January 1996; 21(2): 196-202
2. Ebraheim, Nabil A.; Klausner, Todd; Xu, Rongming; Yeasting, Safe Lateral Mass Screw Lengths in The Roy- Camille and Magerl Techniques: An Anatomic Study. Spine 15 August 1998; 23 (16): 1739-42
3. Ebraheim, Nabil; Xu, Rongming; Yeasting, Richard: The Location of The Vertebral Artery Foramen and its Relation to Posterior Lateral Mass Screw Fixation. Spine 1996; 21 (11): 1291-1295
4. Graham, Angus W.; Swank, Michael L.; Kinard, Richard E.; Lowery, Gary L.; Dials, Bill E.: Posterior Cervical Arthodesis and Stabilization With a Lateral Mass Plate: Clinical and Computed Tomographic Evaluation of Lateral Mass Screw Placement and Associated Complications. Spine 1996; 21 (3): 323-328
5. Hirayabashi K, Watanabe K, Wakano K, Expansive open-door lamino-plasty for cervical spine stenotic myelopathy. Spine 1983; 8:693-9.
6. Hirabayashi Kiyoshi; Toyama, Yoshiki; Chiba, Kazuhiro: Expansive Laminoplasty for Myelopathy in Ossification of the Longitudinal Ligament. Clinical Orthopedics and Related Research Feb 1999; 1(359):35-48
7. Hirabayashi, K.; and Satomi, K.: Operative procedure and results of expansive open-door laminoplasty. Spine 1988; 13:870-876.
8. Itoh T.;Tsuji H. : Technical improvements and results of laminoplasty for compressive myelopathy in the cervical spine. Spine 1985; 10:729-36.
9. Itoh Tatsuo: En bloc laminalasty. Posterior cervical spine surgery. Principles and techniques in spine surgery. Lippincott- Raven 1998: 171-187.
10. Kazuhiro Chiba, Yoshiaki Toyama; Morio Matsumoto, Hirofumi Maruiwa; Masahiko Watanabe; Kiyoshi Hirabayashi: Segmental Motor Paralysis After Expansive Open- Door Laminoplasty. Spine 2002; 27 (19):2108-2115
11. Kokubun S; Sato T; Ishii Y; Tanaka Y.: Cervical myelopathy in the Japanese. Clin Orthop 1996; 323: 129-138.
12. Kokubun S.; Sato T.: Cervical myelopathy and its management. Current Orthopedics 1998;12; 7-12.
13. Rick B. Delamarter; J. Scott Smith: Cervical myelopathy with ossification of the posterior longitudinal ligament. Surgery of the cervical spine. Saunders 2003: 124-136.
14. Rongming Xu; Steve P. Haman; Nabil A. Ebraheim; Richard A. Yeasting: The Anatomic Relation of Lateral Mass Screws to the Spinal Nerve. A comparison of Magerl, Anderson, and An Technique. Spine 1999; 24 (19): 2057-2061
15. Sanford E. Emery: Cervical spondylotic myelopathy and cervical kyphosis.. Saunders 2003: 112-123.
16. Tapan K. Daftari; Harry N. Herkwitz: Open door laminaplasty. Posterior cervical spine surgery. Principles and techniques in spine surgery. Lippincott-Raven 1998: 161-170.
17. Thomas J. Puschak; Alexander R. Vacaro; Wolfgang Rauschning; Rajiv V. Taliwal: Relevant surgical Anantomy of the Cervical, Thoracic, and lumbar spine. Principles And Practice Of Spine Surgery: 15-33.
18. Võ Văn Thành và CS: Phẫu thuật tái tạo bảng sống, một số kinh nghiệm đầu tiên trong diều trị hẹp ống sống cổ bằng kỹ thuật KUROKAWA. Y học TP. HCM. Phụ bảng số 4. Tập 1. Năm 1997. Trang 55-60
19. Võ Văn Thành và CS: Nhân một trường hợp bệnh lý tủy cổ mạn tính do cốt hóa dây chằng sau Công trình khoa học 1997. Đại học Y Dược TP. HCM. trang 204-208
20. Wang, J. M.; Roh, K.-J.; Kim, D.J.; Kim, D.W.: A new method of stabilizing the elevated laminae in open door laminoplasty using the anchor system. J Bone Joint Surg [Br] 1998; 80-B; 1005-8.



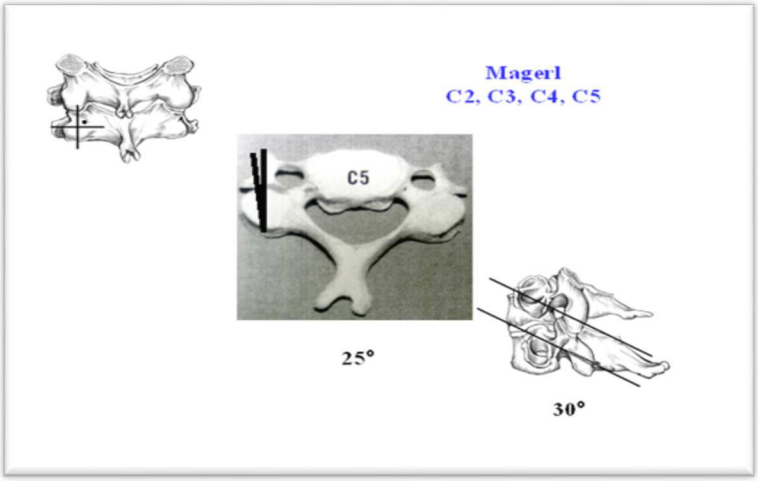
HÌNH MINH HỌA

⇨ Hình 1A, 1B, 1C, 1D. Xẻ một rảnh bên làm bản lề. Đặc ốc khối bên, có kèm chỉ để cột néo vào mấu gai cùng tầng. Chú ý sự dóng hàng của các ốc khối bên. Hình 1D cho thấy bản sống được dở lên khá rộng đủ chỗ cho sự giải ép tủy sống cổ khá dài từ C4 đến C6.

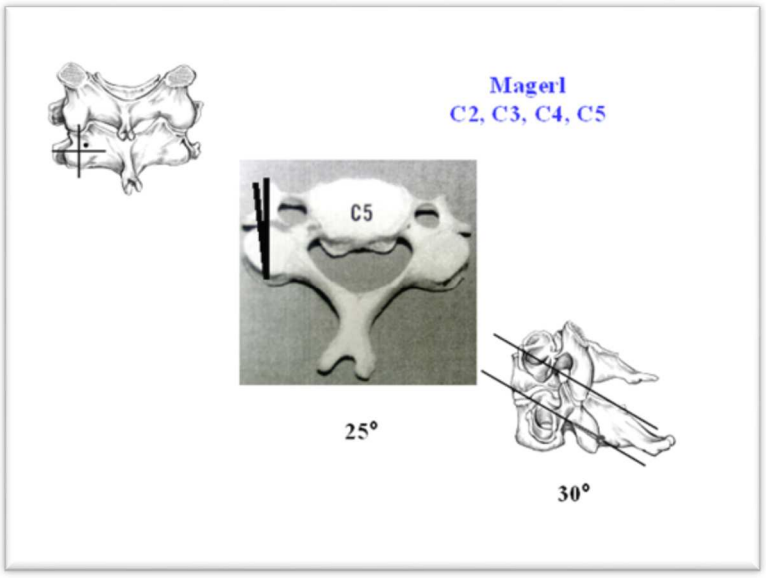


⇨Hình 2A, 2B- Hình x quang sau mổ. Lưu ý sự dóng hàng tốt cả hai mặt phẳng ngang và thẳng.

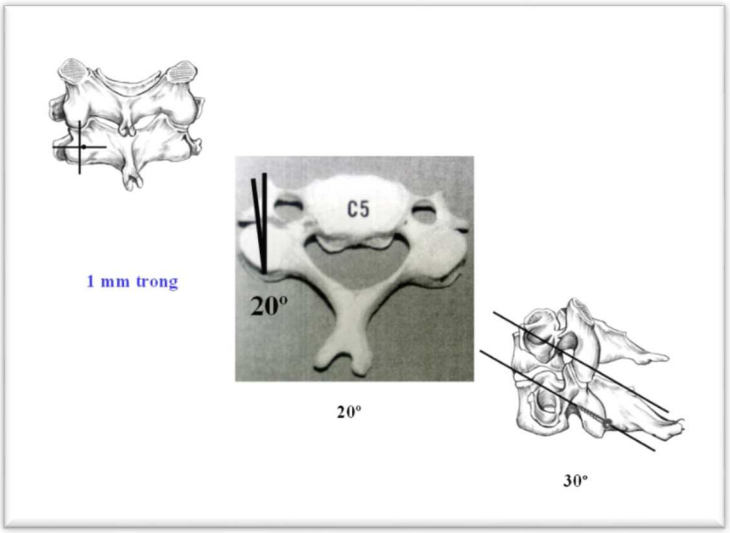
Chú ý tính bảo tồn trong phẫu thuật khá cao với sự gìn giữ nguyên vẹn các dây chằng liên gai, trên gai, bao khớp, và sự không cắt vào đỉnh mấu gai C2 để làm rộng lên C2 như các kỹ thuật kinh điển Kurokawa, Itoh



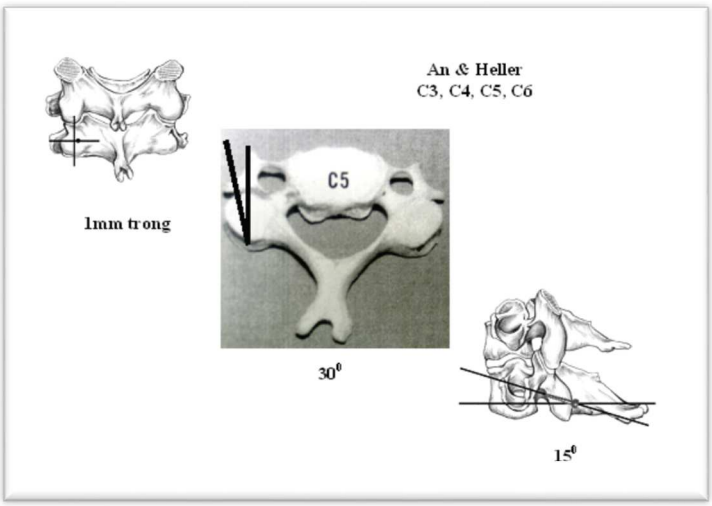
⇨Hình 3A, 3B, 3C- Kỹ thuật Roy Camille. Chọn điểm giữa khối mấu khớp và hướng thẳng ra trước cho các tầng C3, C4, C5, C6



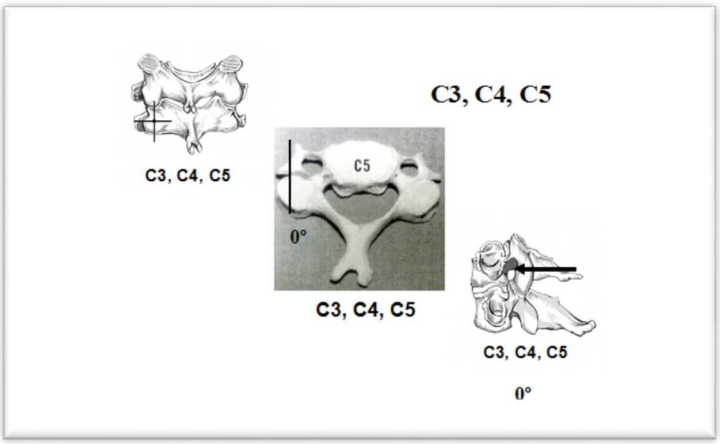
⇨ Hình 4A, 4B, 4C- Kỹ thuật Magerl. Chọn điểm 1mm trong và khoảng 1-2 mm phía đầu



⇨ Hình 5A, 5B, 5C- Kỹ thuật Anderson

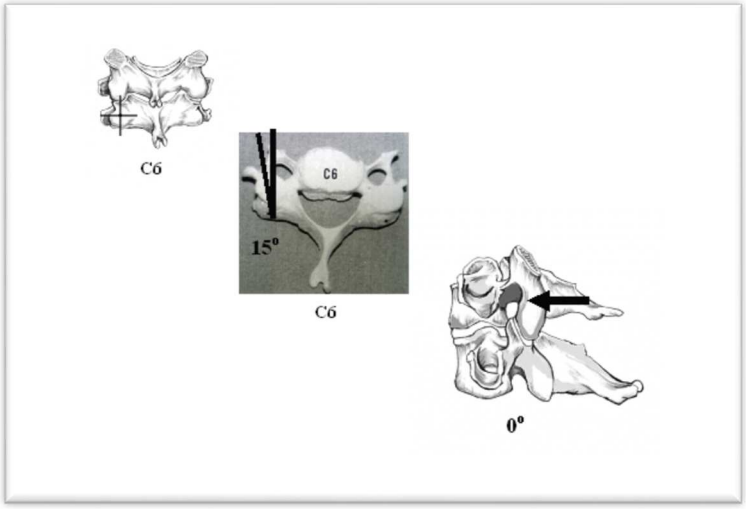


⇨ Hình 6A, 6B, 6C- Kỹ thuật An



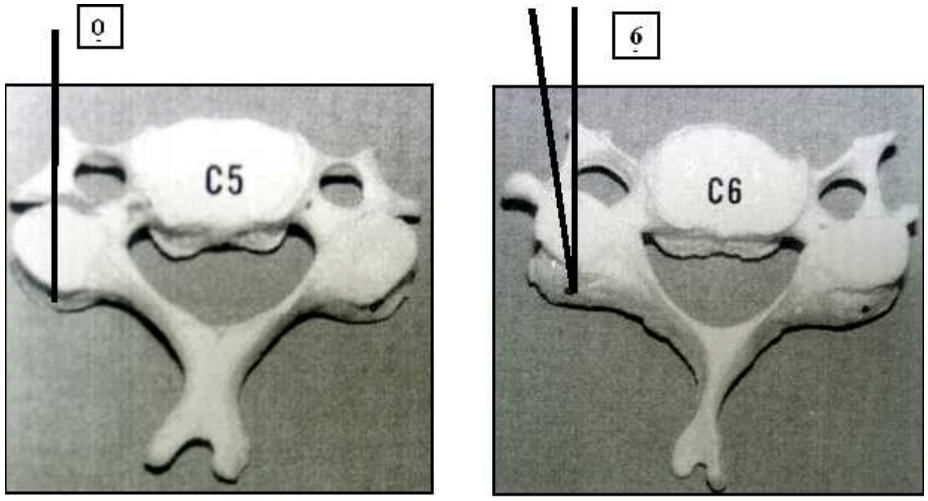
⇨ Hình 7A, 7B, 7C- Kỹ thuật đặt ốc khối bên Võ Văn Thành cho C3, C4, C5

Điểm giữa, hướng thẳng góc, ốc dài 14mm



⇨Hình 8A, 8B, 8C- Kỹ thuật đặt ốc khối bên Võ Văn Thành cho C6

Điểm giữa mấu khớp, chéo ra ngoài 15 độ



⇨Hình 9A, 9B- Góc chiếu từ điểm giữa ở C3, C4, C5 và ở C6 về phía lỗ ngang theo Nabil Ebraheim& cs