

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRƯỢT ĐÓT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Kiều Đình Hùng, Nguyễn Vũ, Đinh Mạnh Hải, Trần Quang Trung[✉]
Trần Trung Kiên, Hoàng Minh Tân

Khoa Ngoại Thần Kinh Cột Sống, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật hàn khớp liên thân đốt qua lỗ liên hợp trong điều trị trượt đốt sống thắt lưng bao gồm 2 loại phẫu thuật trượt đốt sống: phẫu thuật mở mở hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp và phẫu thuật hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp ít xâm lấn. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống bằng phẫu thuật mở mở hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp và phẫu thuật hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp ít xâm lấn. Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 85 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng năm 2020 được phẫu thuật bằng hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp mở mở (47 bệnh nhân) và phẫu thuật hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp ít xâm lấn (38 bệnh nhân). Kết quả cho thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là 56,1, điểm VAS trung bình đau cột sống thắt lưng và đau kiểu rẽ cải thiện từ $5,7 \pm 0,8$ và $6,3 \pm 0,6$ trước mổ tới $1,8 \pm 0,7$ và $0,8 \pm 0,4$ sau mổ. ODI trung bình trước mổ là $58,8 \pm 6,2\%$, sau mổ là $20,4 \pm 1,3\%$. Chiều cao đĩa đệm cải thiện từ $7,3 \pm 2,4\text{mm}$ trước mổ sang $11,3 \pm 0,6\text{mm}$ sau mổ. Hầu hết các bệnh nhân có trượt đốt sống độ I, II và 92% bệnh nhân được nắn chỉnh hoàn toàn sau mổ. Tỷ lệ liền xương là 100% sau theo dõi 6 tháng. Phẫu thuật hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp mở mở và phẫu thuật hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp ít xâm lấn trong điều trị trượt đốt sống mang lại sự cải thiện tốt về lâm sàng, nắn chỉnh trượt và liền xương tốt.

Từ khóa: Trượt đốt sống thắt lưng, TLIF (TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION), MIS TLIF (Minimally - Invasive Surgical TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION), ALIF (Anterior lumbar interbody fusion).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) là hiện tượng dịch chuyển của đốt sống phía trên so với phía dưới. Hầu hết các bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng diễn biến âm thầm không có triệu chứng. Khi người bệnh đến viện khám thường đã có triệu chứng chèn ép thần kinh, đau cột sống thắt lưng do mất vững, giai đoạn muộn có thể tổn thương thần kinh nặng hơn như liệt ở các mức độ khác nhau. Có nhiều nguyên nhân trượt đốt sống khác nhau như: trượt đốt sống do thoái hóa, trượt đốt sống do khuyết hở eo, trượt đốt sống sau mổ giải ép mở cung sau, trượt đốt

sống do khối u... Tuy nhiên hay gặp nhất vẫn là trượt đốt sống do khuyết hở eo và thoái hóa.¹

Phẫu thuật điều trị trượt đốt sống thắt lưng nhằm mục đích giải ép thần kinh và cố định làm vững chắc cột sống. Có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng trong điều trị trượt đốt sống như: cố định cột sống lối sau và ghép xương; lấy đĩa đệm giải ép, ghép xương và cố định cột sống thắt lưng lối trước (ALIF); lối sau (PLIF); lối sau qua lỗ liên hợp (TLIF). Phẫu thuật ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp (TLIF: Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) được Harms J. và Rolinger H. mô tả đầu tiên vào năm 1982 với 41 trường hợp trượt đốt sống được thực hiện phẫu thuật này kết hợp cố định cột sống bằng thanh giằng Harrington. Hầu hết bệnh nhân hồi phục sau 6

Tác giả liên hệ: Trần Quang Trung

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: trantrungdhy@gmail.com

Ngày nhận: 17/09/2021

Ngày được chấp nhận: 21/10/2021

tháng.² Hiện nay nhiều tác giả còn ứng dụng các phương pháp mổ khác nhau như: XLIF (phẫu thuật lấy đĩa đệm, ghép xương lõi bên), phẫu thuật hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp ít xâm lấn MIS TLIF (Minimally Invasive Surgery Transforaminal Lumbar Interbody Fusion). Foley K.T thực hiện phẫu thuật MIS TLIF lần đầu năm 2003 cho các kết quả tốt như vết mổ nhỏ, giảm thiểu tổn thương cơ, phục hồi sớm, giảm thời gian nằm viện.³

Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, phẫu thuật TLIF và MISTLIF đã và đang là lựa chọn phổ biến điều trị bệnh lý trượt đốt sống thắt lưng và hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả phẫu thuật trượt đốt sống. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh trượt đốt sống thắt lưng và đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng TLIF và MISTIF tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu gồm 85 bệnh nhân được chẩn đoán xác định trượt đốt sống thắt lưng độ được điều trị phẫu thuật TLIF và MISTLIF tại Khoa Ngoại Thần Kinh Cột sống Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2020 - 12/2020.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu các ca lâm sàng.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

85 bệnh nhân và chọn mẫu thuận tiện.

Chỉ tiêu nghiên cứu

Lâm sàng: Phân tích các triệu chứng lâm sàng, mức độ đau theo thang điểm VAS, chức năng cột sống thắt lưng theo thang điểm OWESTRY (ODI). Cận lâm sàng: Đánh giá đặc điểm trượt đốt sống trên X - quang thẳng, nghiêng, nghiêng cúi - uốn tối đa. Đánh giá chiều cao đĩa đệm trước mổ, phân loại nguyên

nhân trượt đốt sống, phân độ trượt đốt sống theo phân loại của Meyerding.

- Độ 1: trượt 0 - 25% thân đốt sống.

- Độ 2: trượt 26 - 50% thân đốt sống.

- Độ 3: trượt 51 - 75% thân đốt sống.

- Độ 4: trượt 76 - 100% thân đốt sống.

- Độ 5: trượt hoàn toàn, đốt trên hoàn toàn rơi khỏi bề mặt thân đốt dưới.

MRI đánh giá hẹp ống sống hay lỗ liên hợp

Kết quả phẫu thuật: Thời gian mổ, mất máu, biến chứng, thời gian nằm viện. Sau mổ và sau khám lại: Đánh giá sự cải thiện lâm sàng cơ năng, VAS, chỉ số ODI sau mổ và sau khám lại. Đánh giá độ vững, độ nắn chỉnh sau mổ, sự liền xương, tình trạng vít trên X-quang, CT scanner. Đánh giá kết quả điều trị theo MacNab.

Chỉ định phẫu thuật

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định TĐS đoạn thắt lưng một tầng, độ I hay độ II theo phân loại Meyerding dựa vào thăm khám lâm sàng kết hợp với chẩn đoán hình ảnh đầy đủ (X quang quy ước, X quang động và cộng hưởng từ cột sống thắt lưng).

- Có triệu chứng lâm sàng tương ứng với CLS và điều trị nội khoa thời gian trên 06 tháng thất bại.

- Chưa trải qua phẫu thuật ở bất cứ vùng cột sống nào trước đó.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim ảnh ghi nhận tất cả các dữ liệu cần thu thập trong nghiên cứu.

- Bệnh nhân được giải thích kỹ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

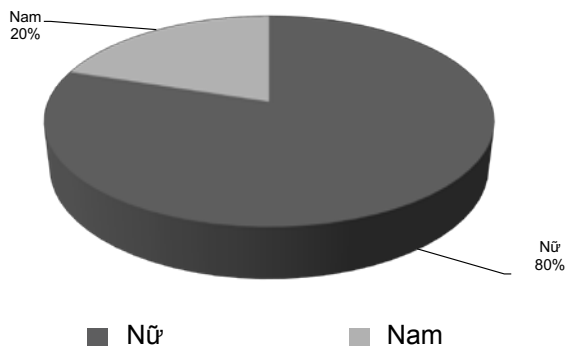
Các biến định tính, số lượng và tỷ lệ phần trăm được sử dụng để mô tả. Các biến định lượng thì giá trị trung bình và độ lệch chuẩn là các thông số được dùng để mô tả. Mức ý nghĩa thống kê sử dụng trong nghiên cứu này là $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được giải thích, chấp nhận phẫu thuật và tham gia nghiên. Toàn bộ thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1. Phân bố giới tính của bệnh nhân

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,1 tuổi (từ 23 - 75 tuổi), tỷ lệ nữ/nam là 80% và 20% (biểu đồ 1). Bệnh chủ yếu gặp ở những bệnh nhân lao động nặng (91,2%), 100% bệnh nhân có biểu hiện đau thắt lưng; 96,2% bệnh nhân có đau lưng kết hợp đau kiểu rễ. 22,8% có đau cách hồi thần kinh. Thời gian đau trung bình 9 tháng (từ 2 - 24 tháng). VAS lưng trước mổ trung bình $5,7 \pm 0,8$ điểm, VAS đau kiểu rễ $6,3 \pm 0,6$ điểm. 25 bệnh nhân (29,4%) có dấu hiệu bậc thang. 72 bệnh nhân (84,7%) có biểu hiện co cứng cơ cạnh sống. 58 bệnh nhân (68,2%) dương tính với nghiệm pháp lasègue. 56 bệnh nhân (65,9%) biểu hiện rối loạn cảm giác chân và 12 bệnh nhân (14,1%) có rối loạn vận động tùy mức độ (2 bệnh nhân cơ lực 2 điểm; 05 bệnh nhân cơ lực 3 điểm và 5 bệnh nhân cơ lực 4 điểm). Có 6 bệnh nhân (7,05%) bị teo cơ chi. ODI trước mổ trung bình $58,8 \pm 6,2$ % (40 - 70%).

Bảng 1. Phân bố các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (85)	Tỷ lệ%
Đau thắt lưng	85	100%
Đau rễ	82	96,2%
Dấu hiệu bậc thang	25	29,4%
Nghiệm pháp Lasegue dương tính	56	65,9%
Rối loạn cảm giác	12	14,1%

2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Có 28 bệnh nhân (32,9%) bị trượt đốt sống do khuyết eo, 67,1% do thoái hóa. Trượt độ I chiếm 81,7%, còn lại độ II. Trượt 1 tầng 76 bệnh nhân (89,4%) Trượt 2 tầng 9 bệnh nhân (10,6%) Chiều cao đĩa đệm trước mổ trung

binh $7,3 \pm 2,4$ mm (1 - 10 mm). 78 bệnh nhân (91,8%) có hình ảnh hẹp ống sống, 22 bệnh nhân (25,9%) có hình ảnh hẹp lỗ liên hợp trên phim MRI.



Hình 1. Trượt L45 trên X-quang và MRI (Bn Phí Thị H. 58 tuổi)

III. KẾT QUẢ

Thời gian phẫu thuật trung bình: TLIF trung bình 125 phút với trượt 1 tầng, và 190 phút với trượt 2 tầng. MIS TLIF 150 phút với trượt 1 tầng, và 215 phút với trượt 2 tầng. Lượng mất máu trong mổ trung bình là 260 ml. Không có biến chứng như rách màng cứng hoặc tổn thương rễ thần kinh trong mổ. Sau mổ, 100% các trường hợp có đau vết mổ. Sau 3 ngày mổ VAS lưng $6,7 \pm 2,2$, VAS chân $2,3 \pm 0,6$. Độ chính xác của vít theo tiêu chuẩn của Lonstein đạt 95,5%. 94% bệnh nhân có vị trí miếng ghép nhân tạo nằm ở 2/3 trước thân đốt sống trượt. 92% trượt được nắn chỉnh hoàn toàn. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $6,6 \pm 0,8$ ngày. Sau khám lại 76 bệnh nhân sau mổ 1 tháng VAS lưng trung bình $1,8 \pm 0,7$ điểm, VAS rễ trung bình $0,8 \pm 0,4$ điểm. 6 bệnh nhân còn yếu cổ bàn chân do tổn thương trước mổ, 6 bệnh nhân có cải thiện vận động. ODI trung bình $20,4 \pm 1,3$ % (10 - 50%). Chiều cao gian đốt không thay đổi so với sau mổ, trung bình $11,3 \pm 0,6$ mm. Khám 36 bệnh nhân sau 6 tháng 100% bệnh nhân liền xương tốt, không có trường hợp nào khớp giả. Đánh giá theo MacNab có 88,7% kết quả tốt, 11,3% có kết quả khá cho cả 2 phẫu thuật MIS TLIF và TLIF.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung

Tuổi trung bình trong nghiên cứu 56,1 tuổi (23 - 75 tuổi) tương đương với các nghiên cứu trong, ngoài nước. Nghiên cứu của Phan Trọng Hậu, tuổi trung bình là 41,5 (30 - 50) tuổi. Chủ yếu nhóm tuổi bị bệnh nằm trong độ tuổi lao động, là những người cột sống chịu gánh nặng nhiều hơn. Điều này cho thấy vai trò của hoạt động thể lực trong cơ chế bệnh sinh của trượt đốt sống. Tỷ lệ nữ giới có phần cao hơn so với nam giới 4:1 (80% và 20%). Các tác giả trong nước cũng có kết quả bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới. Phan Trọng Hậu (2002) là 3,67:1.¹ Tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc bệnh cao hơn có thể do điều kiện kinh tế của nước ta còn thấp nên số lượng phụ nữ vẫn lao động như nam giới. Đa phần bệnh nhân là những người lao động nặng (70%) trong đó có phụ nữ là những người thường xuyên phải lao động chân tay. Những vận động này làm tăng quá trình mất vững cột sống.

Đặc điểm lâm sàng

Cơ năng: Đa số các bệnh nhân đến viện khi có biểu hiện hội chứng cột sống (100%), dấu hiệu chèn ép rễ (96,2%) và 22,8% có biểu hiện lâm sàng của hẹp ống sống. Nguyên nhân gây chèn ép thần kinh trong trượt đốt sống có thể do đĩa đệm thoát vị, gai xương, bờ sau trên của thân đốt sống bị trượt, hoặc

tổ chức xơ của khe hở eo, máu khớp phì đại dẫn tới rễ thần kinh có thể bị chèn ép trong hoặc ngoài lỗ liên hợp. Những thành phần trên kích thích dây chằng dọc sau, màng cứng hay bao rễ thần kinh. Đây là những tổ chức nhận cảm đau khi bị kích thích, nhất là bao rễ thần kinh được chi phối bởi dây thần kinh cảm giác cột sống và khi bao rễ bị kích thích sẽ gây phản xạ co thắt mạch, thiếu máu cục bộ cũng có thể gây đau. Ngoài ra nguyên nhân gây đau còn do rễ thần kinh bị phù nề khi bị chèn ép trong hoặc ngoài lỗ liên hợp. Tương đương với nghiên cứu của Phan Trọng Hậu có 91% bệnh nhân đau CSTL, 80% đau kiểu rễ.¹ Nguyễn Vũ: 100% bệnh nhân có đau CSTL và đau kiểu rễ.⁴

Kết quả mức độ đau tại lưng và chân trước phẫu thuật của các bệnh nhân là đau lưng điểm VAS trung bình là $5,7 \pm 0,8$ điểm, VAS đau kiểu rễ $6,3 \pm 0,6$. Thực tế: Dấu hiệu bậc thang là dấu hiệu biến dạng đặc trưng trong chẩn đoán lâm sàng trượt đốt sống. Tuy nhiên dấu hiệu này khó phát hiện ở những bệnh nhân trượt độ I và bệnh nhân to béo. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 25 bệnh nhân (29,4%) có dấu hiệu bậc thang. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ là 58,1%;⁴ Phan Trọng Hậu là 87%.¹

Rối loạn cảm giác: Chúng tôi ghi nhận 56 bệnh nhân (65,9%) có rối loạn cảm giác, chủ yếu là tê bì 90% bệnh nhân, giảm cảm giác 3,3% bệnh nhân và 6,7% bệnh nhân gặp cả hai biểu hiện trên. Nghiên cứu của các tác giả: Phan Trọng Hậu có 80% bệnh nhân có rối loạn cảm giác;¹ tác giả Nguyễn Vũ là 97,7%.⁴

Rối loạn vận động: Nghiên cứu của chúng tôi 12 bệnh nhân (14,1%) có rối loạn vận động các mức độ. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Schnee là 15%.⁵

Teo cơ: là biểu hiện của tổn thương rễ thần kinh kéo dài, thường gặp ở những bệnh nhân có diễn biến bệnh từ lâu, là tổn thương khó hồi

phục. Nghiên cứu của chúng tôi, 6 bệnh nhân (7,05%) bị teo cơ chi dưới. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ gặp ở 32,6% bệnh nhân. Biểu hiện lâm sàng này ít được đề cập ở các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Chức năng cột sống (ODI) trước mổ trung bình $58,8 \pm 6,2\%$ (40 - 70%), Nghiên cứu của Nguyễn Bá Hậu, ODI trước mổ trung bình $46,8 \pm 6,1$.⁶ Nghiên cứu của Kuang L và cộng sự, ODI trước mổ $68.43 \pm 12.81\%$.⁷

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Xquang: Trên phim Xquang cột sống thắt lưng có 67,1% bệnh nhân bị trượt đốt sống do thoái hóa, có 32,9% bị trượt đốt sống do khuyết eo gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi. Đánh giá mức độ trượt đốt sống theo Meyerding, trượt độ I chiếm 81,7%, còn lại độ II. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác như: Phan Trọng Hậu trượt độ I là 51,4%, độ II là 41,4%, độ III là 7,2%. Chiều cao đĩa đệm đốt sống trượt trước mổ trung bình $7,3 \pm 2,4$ mm (3 - 10 mm). Nghiên cứu của H. N. Herkowitz và cộng sự, chiều cao đĩa đệm trung bình là 6,8 mm.⁸ Giải thích điều này chúng tôi cho rằng nhóm bệnh nhân của chúng tôi thấp tuổi hơn, tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm gặp ít hơn.

Cộng hưởng từ: Nghiên cứu của chúng tôi có 78 bệnh nhân (91,8%) có hình ảnh hẹp ống sống. Chỉ định mổ phụ thuộc vào đường kính ống sống dưới 10mm, kết hợp với các hình ảnh khác như đĩa đệm thoát vị, phì đại máu khớp và dây chằng vàng do thoái hóa và lâm sàng bệnh nhân có triệu chứng rễ thần kinh, hoặc đau cách hồi. Nghiên cứu của Phan Trọng Hậu cho kết quả hẹp ống sống trên cộng hưởng từ là 44,3%.¹ Hẹp ống sống, lý do phổ biến cho phẫu thuật vùng thắt lưng ở người lớn trên 65 tuổi, bệnh nhân thường có biểu hiện đau cách hồi thần kinh, liên quan nhiều đến tư thế ngồi, đi lại và vận động. Hẹp lỗ liên hợp gây chèn ép rễ do di lệch trượt của thân

đốt sống về phía trước và do giảm chiều cao đĩa đệm, ngoài ra máu khớp phì đại gây nên. Trong nghiên cứu của chúng tôi hình ảnh hẹp lỗ liên hợp có 10% bệnh nhân. Như vậy có thể thấy hẹp lỗ liên hợp là một trong những nguyên nhân gây đau rễ thần kinh.

Kết quả điều trị

Cải thiện triệu chứng lâm sàng: Nghiên cứu chúng tôi không có bệnh nhân nào gặp tai biến trong mổ. Ngay sau mổ, 100% bệnh nhân đau vết mổ do trong mổ tàn phá cơ, xương nhiều. 3 ngày sau mổ VAS trung bình $76,7 \pm 2,2$ điểm. Như vậy, vấn đề điều trị giảm đau sau mổ vẫn chưa đạt hiệu quả. Có 6 bệnh nhân (16,7%) còn rối loạn vận động do tổn thương từ trước mổ. Vận động cổ bàn chân yếu do tổn thương thần kinh đã lâu, cần thời gian tập phục hồi chức năng kèm theo. Không còn bệnh nhân nào có triệu chứng lasègue, những bệnh nhân cảm giác tê bì đều giảm hoặc hết. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ cũng cho kết quả tương tự với 81,3% bệnh nhân còn đau cột sống thắt lưng.⁴

Chẩn đoán hình ảnh sau mổ

Mức độ nắn chỉnh độ trượt: Trước mổ đa phần bệnh nhân trượt độ I (81,7%). X-quang sau mổ 92% bệnh nhân đã được nắn chỉnh hết trượt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Việc nắn chỉnh cột sống có thể làm thương tổn thần kinh thứ phát. Trên thực tế việc nắn chỉnh biến dạng cột sống không đơn giản, phụ thuộc vào kỹ thuật, kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên. Nắn chỉnh hoàn toàn di lệch đốt sống làm tăng diện ghép xương đem lại kết quả tốt, điều này thực hiện dễ ở bệnh nhân có trượt độ I, II như trong nghiên cứu của chúng tôi. Những bệnh nhân có độ trượt nặng nhiều tác giả quan điểm không cố gắng nắn chỉnh hết di lệch trượt để hạn chế các thương tổn thứ phát.



Hình 2. Hình ảnh X-quang sau mổ (bệnh nhân Phí Thị H. 58 tuổi)

Cải thiện chiều cao gian thân đốt sống trượt: Chiều cao gian thân đốt sống trượt chính là chiều cao khối xương ghép. Trên X-quang sau mổ độ cân quang của ổ xương ghép đậm, không có sự di chuyển của miếng ghép nhân tạo và xương vào trong ống sống. Trước mổ chiều cao gian đốt sống trượt $7,3 \pm 2,4$ mm, sau mổ được cải thiện rõ, trung bình $11,3 \pm 0,6$ mm ($p < 0,05$). Nghiên cứu của McAfee và cộng sự cũng có sự cải thiện chiều cao gian đốt sau mổ từ trung bình 5,6mm đến 9,3mm.⁹

Các tai biến và biến chứng gần: Chúng tôi ghi nhận mặc dù trong mổ không có BN nào phải truyền máu trong mổ nhưng sau mổ có 7 bệnh nhân phải truyền máu bổ sung. Lý giải cho điều này chúng tôi cho rằng một số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tuổi cao, sau mổ chưa hồi phục lượng máu trong cơ thể nên cần phải truyền máu bổ sung.

Cải thiện triệu chứng lâm sàng

Chúng tôi khám lại 76 bệnh nhân 1 tháng sau mổ. Trước mổ VAS lưng trung bình $5,7 \pm 0,8$ điểm, VAS đầu gối $6,3 \pm 0,6$ điểm. Khi đánh giá kết quả xa, VAS lưng trung bình $1,8 \pm 0,7$ điểm, VAS gối trung bình $0,8 \pm 0,4$ điểm (p

< 0,05), nhiều bệnh nhân hầu như có biểu hiện lâm sàng hoàn toàn bình thường. Sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê, đánh giá kết quả điều trị. Trung bình VAS lưng trước phẫu thuật $7,9 \pm 1,2$, sau phẫu thuật $3,7 \pm 1,5$; VAS chân trước phẫu thuật $7,9 \pm 1,1$, sau phẫu thuật $3,2 \pm 1,6$. Mức độ cải thiện chưa nhiều theo chúng tôi do thời gian theo dõi trung bình nghiên cứu của tác giả còn sớm. Đánh giá kết quả xa mức độ ODI chỉ còn ODI trung bình $20,4 \pm 1,3$ % (10 - 50%), ODI cao ở một số bệnh nhân yếu cổ bàn chân, teo cơ chưa hồi phục. Sự khác biệt so với thời điểm trước mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chẩn đoán hình ảnh sau phẫu thuật

Chiều cao gian đốt sống trượt: Chiều cao gian đốt sống được khôi phục sau phẫu thuật trung bình $11,3 \pm 0,6$ mm, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật ($p < 0,05$). So với thời điểm sau mổ không có sự khác biệt, cho thấy sự chắc chắn của khối xương ghép. Độ liền xương: 100% bệnh nhân được sử dụng dụng cụ ghép xương là miếng ghép nhân tạo và xương cung sau tự thân cắt nhỏ. Ngoài những ưu điểm có độ cứng thích hợp, đạt tỷ lệ liền xương cao, ghép xương cung sau cắt nhỏ còn nhiều ưu điểm như: tiện lợi không phải thêm vết phẫu thuật, không có biến chứng tại chỗ lấy xương, rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm lượng máu mất, giảm chi phí. Trước phẫu thuật đa phần bệnh nhân bị trượt độ I, song Xquang quy ước sau phẫu thuật 92% bệnh nhân không còn trượt. Theo dõi xa các bệnh nhân đều không trượt tiến triển, không có bệnh nhân gãy vít sau phẫu thuật và di lệch miếng ghép.

Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật với thời gian trung bình 6 tháng dựa trên các tiêu chí về lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh có kết quả: 88,7% có kết quả điều trị tốt, 11,3% có kết quả điều trị khá. Những bệnh nhân kết quả điều trị khá một phần do có tổn thương thần kinh nặng ngay từ trước mổ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thất lưng bằng phương pháp phẫu thuật TLIF tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bước đầu cho kết quả tốt trong cải thiện triệu chứng lâm sàng, như cải thiện thang điểm VAS trong đau cột sống thất lưng và đau kiểu rễ, cải thiện ODI cũng như 92% bệnh nhân đạt được sự nắn trượt hoàn toàn và 100% liền xương ghép trên chẩn đoán hình ảnh. Cần được tiếp tục nghiên cứu và phát triển thêm trong thời gian dài hơn nhằm đánh giá chức năng cột sống thất lưng và hội chứng đĩa đệm liền kề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hậu PT. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trượt đốt sống thất lưng do hở eo ở người trưởng thành. *Thư viện quốc gia*. 2006:111.
2. Harms J, Rolinger H. A one-stager procedure in operative treatment of spondylolistheses: dorsal traction-reposition and anterior fusion (author's transl). *Z Orthop Ihre Grenzgeb*. 1982;120(3):343-347. doi:10.1055/s-2008-1051624.
3. Foley KT, Holly LT, Schwender JD. Minimally invasive lumbar fusion. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003; 28(15 Suppl):S26-35. doi:10.1097/01.BRS.0000076895.52418.5E.
4. Vũ N. Chẩn đoán và kết quả phẫu thuật trượt đốt sống thất lưng bằng cố định qua cuống kèm hàn xương liên thân đốt tại bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học thực hành*. 2010:733-734.
5. Schnee CL, Freese A, Ansell LV. Outcome analysis for adults with spondylolisthesis treated with posterolateral fusion and transpedicular screw fixation. *J Neurosurg*. 1997;86(1):56-63. doi:10.3171/jns.1997.86.1.0056.
6. Hậu NB. Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống thất lưng bằng cố định cột sống lồng sau và ghép xương liên thân đốt. *Tạp chí Y học thực hành* 235.

7. Kuang L, Xu D, Li G, Liu C, Wang L, Tian J. Surgical treatment of lumbar spondylolisthesis by transforaminal lumbar interbody fusion. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2014;94(29):2293-2296.
8. Herkowitz HN, Kurz LT. Degenerative lumbar spondylolisthesis with spinal stenosis. A prospective study comparing decompression with decompression and intertransverse process arthrodesis. *J Bone Joint Surg Am*. 1991;73(6):802-808.
9. McAfee PC, DeVine JG, Chaput CD, et al. The indications for interbody fusion cages in the treatment of spondylolisthesis: analysis of 120 cases. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005;30(6 Suppl):S60-65. doi:10.1097/01.brs.0000155578.62680.dd.

Summary

TREATMENT OF SPINAL LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS IN HA NOI MEDICAL UNIVESITY HOSPITAL

Transforaminal lumbar interbody fusion was the most popular surgery in the treatment of spinal lumbar spondylolisthesis. At Hanoi Medical University Hospital, two types of spondylolisthesis surgery have been implemented: open surgery to weld the intervertebral body through the foramen fusion (TLIF) and the surgery to weld the intervertebral body through the small joint invasive (MIS TLIF). This is a retrospective study of 85 patients with lumbar spondylolisthesis operated by TLIF (47 patients) or MIS TLIF (38 patients). The mean age in the study was 56.1 age, the mean VAS score for lumbar spine pain and radicular pain improved from 5.7 ± 0.8 and 6.3 ± 0.6 before surgery to 1.8 ± 0.7 and 0.8 ± 0.4 after surgery. The average ODI before surgery was $58.8 \pm 6.2\%$, after surgery was $20.4 \pm 1.3\%$. Disc height improved from $7.3 \pm 2.4\text{mm}$ before surgery to $11.3 \pm 0.6\text{mm}$ after surgery, statistically significant with $p < 0.05$. Most of the patients had spondylolisthesis grade I, II and 92% of the patients were fully corrected after surgery. The rate of bone healing was 100% after 6 months of follow-up. TLIF and MISTLIF surgery in the treatment of spondylolisthesis brought good clinical improvement, good slip correction and bone healing.

Keywords: Lumbar spondylolisthesis, TLIF, MIS TLIF, intervertebral bone graft.