

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRƯỢT ĐÓT SỐNG VÙNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÒA BÌNH

Nguyễn Đạt Hiếu¹, Hà Kim Trung², Trương Như Hiền¹, Bùi Văn Dương¹.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật trượt đốt sống vùng thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống qua cuống có hàn xương liên thân đốt.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu trên 38 bệnh nhân (tỷ lệ nữ/nam tương đương 3/1, độ tuổi trung bình $51,61 \pm 9,15$ tuổi. Tuổi thấp nhất 28 tuổi, cao nhất 65 tuổi), được chẩn đoán trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng, điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình bằng phương pháp phẫu thuật cố định cột sống qua cuống có hàn xương liên thân đốt 03/2018 đến 03/2020. Kết quả phẫu thuật được theo dõi cải thiện theo VAS, ODI, đánh giá theo tiêu chuẩn Macnab.

Kết quả: 38 bệnh nhân trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng. Vị trí thường gặp nhất trượt đốt sống tầng L4L5 (24 BN chiếm 55,3%) sau đó là tầng L5S1 (12BN chiếm 31,7%). trượt độ I chiếm 71,1%; BN trượt độ II là 28,9%. Nguyên nhân chủ yếu do thoái hóa (58,9%), khuyết eo (39,5%). Kết quả theo dõi trung bình $12,3 \pm 5,2$ tháng, trước phẫu thuật với VAS lưng là $5,7 \pm 1,6$, VAS chân là $5,4 \pm 2,3$, đánh giá kết quả xa VAS lưng chỉ còn $1,7 \pm 0,8$, VAS chân $0,9 \pm 0,7$. Chức năng cột sống cải thiện ODI là $49,6 \pm 7,3$ xuống $14,5 \pm 5,6$. Mức liền xương cao, tỉ lệ thành công theo tiêu chuẩn Macnab khá và tốt là 89,6%; có 02 trường hợp rách màng cứng và 01 trường hợp tổn thương đụng dập rễ thần kinh.

Kết luận: phẫu thuật cố định cột sống qua cuống có hàn xương liên thân đốt áp dụng trong điều trị trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng là một phương pháp điều trị hiệu quả.

ABSTRACT

RESULTS OF SUGERY ON THE LUMBAR SPONDYLOISTHESIS SURGERY AT HOA BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective : Evaluate the results of the lumbar spondylolisthesis surgery by using the method of fixing the spine through the stalk with intercostal bone welding.

Subjects and methods: The study on 38 patients (female / male ratio equal to 3/1, average age 51.61 ± 9.15 years. Lowest age 28 years, highest 65 years old), diagnosed with regional spondylolisthesis lumbar, treated at Hoa Binh Provincial General Hospital by surgery to fix the spine through the stalk with intercostal bone welding from March 2018 to March 2020. Surgical results were monitored and improved according to VAS, ODI, and evaluated according to Macnab standards.

Conclusions: 38 patients with lumbar spondylolisthesis. The most common location is L4L5 layer vertebral slide (24 patients accounting for 55.3%), followed by L5S1 layer (12 patients, 31.7%). Sliding level I accounts for 71.1%; Patients with sliding degree II is 28.9%. The main cause is degenerative (58.9%), waist defect (39.5%). The average follow-up result was 12.3 ± 5.2 months, before surgery with back VAS was 5.7 ± 1.6 , VAS legs was 5.4 ± 2.3 , the assessment of far back VAS was only 1.7 ± 0.8 , VAS feet 0.9 ± 0.7 . ODI improvement in spine function was 49.6 ± 7.3 down to 14.5 ± 5.6 . The bone marrow level is high, the success rate according to good and good Macnab standard is 89.6%; there were 02 cases of sclera tear and 01 case of nerve root damage.

Keywords: spondylolisthesis, slip the vertebral region of the same lumbar spine

1.Khoa ngoại Thần Kinh – Ung bướu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình

2.Khoa ngoại thần kinh, Bệnh viện E

Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Đạt Hiếu ĐT: 0915568870. Email: hieuthb2002@gmail.com

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) thắt lưng là bệnh lý khá phổ biến trong chuyên ngành ngoại thần kinh, do sự di chuyển bất thường ra phía trước của thân đốt sống cùng với cuống, mỏm ngang và diện khớp phía trên. Bệnh thường gặp ở tuổi trung niên, thường gặp ở nữ nhiều hơn nam. Theo thống kê tại Mỹ có khoảng 2-3% dân số mắc bệnh này. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng thắt lưng lan xuống hai chân, kèm theo rối loạn cảm giác, giảm khả năng lao động và sinh hoạt. Nếu không điều trị kịp thời sẽ gây hạn chế vận động hai chi dưới và là gánh nặng về kinh tế cho gia đình và xã hội.

Hiện nay, tại nhiều cơ sở y tế chuyên khoa về ngoại thần kinh và cột sống đã tiến hành mổ thường quy bệnh lý này. Phương pháp cố định cột sống qua cuống có hàn xương liên thân đốt được lựa chọn vì phù hợp với điều kiện trang thiết bị thời điểm hiện tại của địa phương và có những ưu điểm rõ ràng là giải phóng rễ thần kinh tốt, hạn chế tổn thương rễ thần kinh, điều kiện lấy bỏ đĩa đệm và hàn xương thuận tiện giúp tỷ lệ liền xương cao. Để hiểu biết một cách chính xác hơn về chỉ định và kết quả của phương pháp này chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật trượt đốt sống vùng thắt lưng cùng bằng phương pháp cố định cột sống qua cuống có hàn xương liên thân đốt.

ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh được chẩn đoán xác định là trượt đốt sống vùng thắt lưng dựa trên các triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh tương ứng.

Bệnh nhân được phẫu thuật lấy đĩa đệm giải ép, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống bằng vít qua cuống.

Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả sau mổ khi bệnh nhân ra viện và có tái khám lại trong các thời điểm khám lại theo nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Các BN không nằm trong tiêu chuẩn lựa chọn.

Có các bệnh mạn tính: Loãng xương (T-score < -2,5), suy gan, suy thận, bệnh tim mạch. Không đầy đủ dữ liệu, hồ sơ nghiên cứu. Không hợp tác, không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Các biến số nghiên cứu

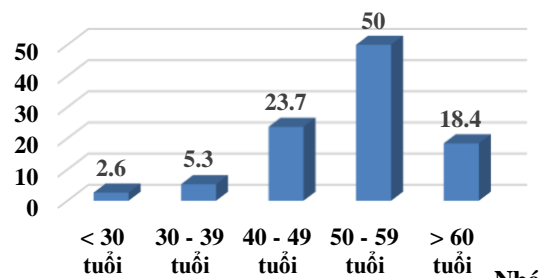
Đặc điểm chung: Tuổi, giới, yếu tố nghề nghiệp, vị trí trượt. Lâm sàng trước và sau phẫu thuật. Chẩn đoán hình ảnh trước và sau phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật, tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Đánh giá kết quả dựa vào thang điểm đánh giá mức độ đau - VAS (Visual Analogue Scale); thang điểm đánh giá chức năng vận động của cột sống - ODI (Oswestry Disability Index) và kết quả phẫu thuật theo Macnab.

Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu của nghiên cứu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các kết quả nghiên cứu được phân tích dưới dạng phần trăm cho biến định tính. Các giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị tối đa, tối thiểu và khoảng tin cậy cho các biến định lượng. Sử dụng các trắc nghiệm thống kê thường dùng trong nghiên cứu y sinh học. Mức ý nghĩa thống kê sử dụng trong nghiên cứu này $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



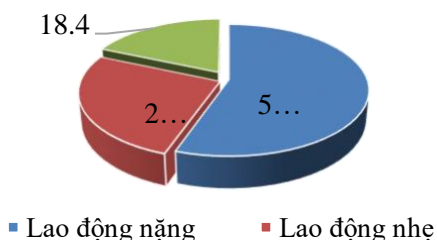
Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là $51,61 \pm 9,15$ tuổi. Tuổi thấp nhất 28 tuổi, cao nhất 65 tuổi. Nhóm gặp nhiều nhất là từ 40-59 tuổi với tổng số 28 BN, chiếm 73,7%.

Giới

Bệnh chủ yếu gặp ở phụ nữ với tỷ lệ nữ/nam tương đương 3/1.

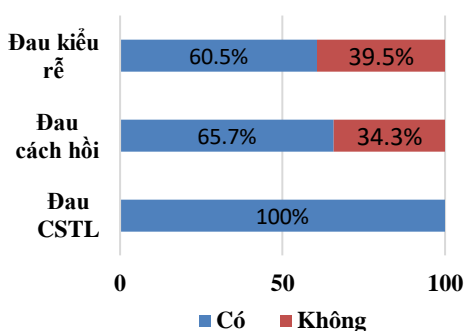
Nghề nghiệp



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh theo nghề nghiệp

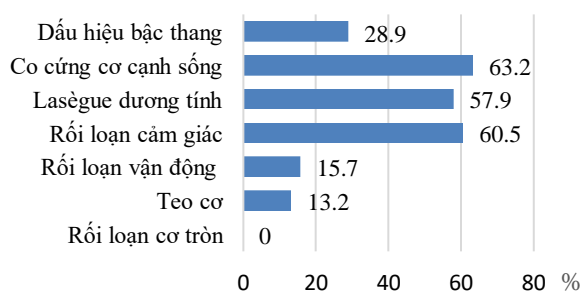
Nhân xét: Bệnh chủ yếu gặp ở những người lao động nặng có nghề nghiệp tác động xấu đến cột sống (55,3%).

Lâm sàng trước mổ



Biểu đồ 3. Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật

Nhân xét: 100% BN đều có đau cột sống thắt lưng. 25 BN đau cách hồi thần kinh chiếm 65,7%. Chỉ 23 BN có biểu hiện chèn ép rễ, chiếm 60,5%.



Biểu đồ 4. Triệu chứng thực thể trước mổ

Nhân xét: Dấu hiệu bậc thang CSTL chỉ thấy ở 11 BN (28,9%). 24 BN (63,2%) có biểu hiện cơ cứng cơ cạnh sống. 22 BN (57,9%) dương tính với nghiệm pháp lasègue. 23 BN (60,5%) biểu hiện rối loạn cảm giác và 06 BN (15,7%) biểu hiện rối loạn

vận động tùy mức độ. Chỉ 5 BN (13,2%) bị teo cơ chi dưới.

Chẩn đoán hình ảnh

Nguyên nhân trượt đốt sống: Nguyên nhân gây TĐS có 15 BN (39,5%) bị TĐS do khuyết eo, còn lại là số BN bị TĐS do thoái hóa chiếm 58,9% và 2,6% nguyên nhân trượt sau phẫu thuật cột sống.

Vị trí trượt đốt sống

Bảng 1. Vị trí trượt đốt sống

Vị trí	n	%
L3L4	1	2,6
L4L5	21	55,3
L5S1	12	31,7
L3L4L5	2	5,2
L4L5S1	2	5,2

Nhân xét: Thường gặp nhất là TĐS tầng L4L5 (24 BN chiếm 55,3%) sau đó là tầng L5S1 (12BN chiếm 31,7%). Ngoài ra trong nghiên cứu này có 1BN (2,6%) trượt tầng L3L4 và có 4 BN TĐS hai tầng liền kề.

Phân loại trượt đốt sống theo Meyerding

Bảng 2. Phân loại theo Meyerding

Phân độ	n	%
Độ 1	27	71,1
Độ 2	11	28,9
Độ 3	0	0
Độ 4	0	0

Nhân xét: Tỷ lệ BN trượt độ I là cao nhất, chiếm 71,1%; BN trượt độ II là 28,9%; không có BN trượt độ III và IV.

Bảng 3. Đánh giá kết quả chụp CHT

Tổn thương	n	%
Hẹp ống sống	25	66,8
Hẹp lỗ liên hợp	18	47,4
Thoái hóa đĩa đệm liền kề	12	31,2
Phi đại diện khớp	9	23,6

Nhân xét: 25 BN (66,8%) có hình ảnh hẹp ống sống. 18 BN (47,4%) có hình ảnh hẹp lỗ liên hợp

và 12 BN (31,2%) có thêm thoái hóa đĩa đệm liên kề, phì đại diện khớp có 9 BN(23,6%)

Đánh giá cải thiện mức độ đau theo VAS và chức năng cột sống (theo dõi trung bình 12,3 ± 5,2 tháng)

Bảng 4. So sánh VAS trước và sau phẫu thuật

Đánh giá đau theo VAS	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Đau CSTL	5,7 ± 1,6	1,7 ± 0,8
Đau kiểu rễ	5,4 ± 2,3	0,9 ± 0,7

Nhân xét: Kết quả xa sau phẫu thuật về lâm sàng thay đổi rõ ở 38 BN: chỉ còn 7,8% BN còn đau CSTL ở các mức độ khác nhau; 5,2% BN còn đau kiểu rễ.

Bảng 5. So sánh ODI trước và sau phẫu thuật

Điểm ODI	Trước mổ	Xa sau mổ
$\bar{X} \pm SD$	49,6 ± 7,3	14,5 ± 5,6
P	< 0,05	

Nhân xét: Chức năng cột sống thắt lưng có sự cải thiện rõ sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05).

Bảng 6. Tiêu chuẩn liên xương theo Bridwell

Tiêu chí đánh giá	n	%
Tốt	34	89,6
Khá	2	5,2
Trung bình	2	5,2
Kém	0	0

xương khá và 5,2% có tỷ lệ liên xương trung bình.

Bảng 7. Đánh giá kết quả điều trị theo tiêu chuẩn của Macnab

Đánh giá	Kết quả theo Macnad	
	n	%
Tốt	24	63,3
Khá	10	26,3
Trung bình	4	10,4
Kém	0	0

Nhân xét: 24/38 BN (63,3%) có kết quả điều trị tốt, 10/38 BN (26,3%) có kết quả điều trị khá, 4/38 BN (10,4%) có kết quả điều trị trung bình.

Các tai biến và biến chứng

Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp bệnh nhân nào phải truyền máu trong mổ , 01 bệnh nhân tổn thương thần kinh đụng dập rễ, rách màng cứng 02 bên nhân, không có rò dịch não tủy cũng như gãy nẹp vít.

BÀN LUẬN

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được mời, gửi thư mời khám lại và ghi nhận các thông số nghiên cứu tại thời điểm khám lại sau 06 tháng trở đi. Nghiên cứu của chúng tôi thời gian khám lại sau phẫu thuật trung bình là 12,3 ± 5,2 tháng.

Nghiên cứu các tác giả cũng cho thấy sự cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt khi theo dõi xa các bệnh nhân sau mổ. Chỉ còn tồn tại một số các triệu chứng lâm sàng mà BN đã bị mạn tính hồi phục chậm hoặc khó hồi phục như rối loạn cảm giác, yếu cổ bàn chân, teo cơ .

Trước phẫu thuật đau CSTL với VAS là 5,7 ± 1,6 điểm, đau kiểu rễ với VAS là 5,4 ± 2,3 điểm. Khi đánh giá kết quả xa đau CSTL điểm VAS chỉ còn 1,7 ± 0,8, đau kiểu rễ điểm VAS còn 0,9 ± 0,7. So sánh với trước và ngay sau phẫu thuật đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Sự cải thiện mức độ đau của BN khi theo dõi xa sau phẫu thuật đã được khẳng định.

Cải thiện về triệu chứng thực thể: 7,8% BN có biểu hiện co cứng cơ cạnh sống; 2,6% BN còn rối loạn cảm giác; 2,6% BN còn yếu cổ bàn chân; 02 BN teo cơ chưa cải thiện hoàn toàn sau điều trị, chiếm 5,2%. Các trường hợp này do bệnh nhân có tiền sử trước phẫu thuật teo cơ và yếu cổ bàn chân 2 bên, sau phẫu thuật đã được tập phục hồi chức năng tuy nhiên mức độ cải thiện triệu chứng chưa nhiều nên vẫn còn tình trạng yếu cổ bàn chân 2 bên tồn tại. BN tổn thương màng cứng và tổn thương rễ trong phẫu thuật đã phục hồi vận động đi lại bình thường và không có rò dịch não tủy.

Trước phẫu thuật chức năng CSTL trung bình ODI là 49,6 ± 7,3 (%). Đánh giá kết quả xa mức độ ODI chỉ còn 14,5 ± 5,6%. Sự khác biệt kết quả xa so với

thời điểm trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Liên xương

Theo tiêu chuẩn của Bridwell tỷ lệ liên xương theo dõi xa sau phẫu thuật của chúng tôi cho kết quả: 89,6% BN liên xương tốt, 5,2% BN liên xương khá và 5,2% BN liên xương mức trung bình, tương ứng có hình thái quang khối xương ghép trên phim chụp kiểm tra.

Kết quả điều trị theo Macnab

Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật với thời gian trung bình $12,3 \pm 5,2$ tháng dựa trên các tiêu chí về lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh có kết quả:

Đánh giá quả điều trị theo Macnab của bệnh nhân: 24/38 BN (63,3%) có kết quả điều trị tốt, 10/38 BN (26,3%) có kết quả điều trị khá, 04/38 BN (10,4%) có kết quả điều trị trung bình.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy điều trị trượt đốt sống vùng thắt lưng bằng phương pháp nẹp vít qua cuống sống có hàn xương liên thân đốt mang lại hiệu quả tốt, ít biến chứng và mức liên xương cao. Phương pháp này đem lại hiệu quả cao phù hợp với điều kiện tuyến tỉnh miền núi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clayton N., K. K. Rudiger. Spondylolisthesis, in *Spinal Disorders: Fundamentals of Diagnosis and Treatment. Springer-Verla, New York. 2008:733-759.*
2. Chester JDonnally, Parthik DPatel, Jose ACanseco. Current Incidence of Adjacent Segment Pathology Following Lumbar Fusion versus Motion-Preserving Procedures: A Systematic Review and Meta-Analysis of Recent Projections. *The Spine Journal. 2020;05.100*
3. Shinya Okuda, Takenori Oda, Ryoji Yamasaki. Posterior lumbar interbody fusion with total facetectomy for low-dysplastic isthmic spondylolisthesis: effects of slip reduction on surgical outcomes: clinical article. *J Neurosurg Spine, 2014. 21(2): 8-171.*
4. Yi-peng Wang, Qi Fei, Gui-xing Qiu. Outcome of posterolateral fusion versus circumferential fusion with cage for lumbar stenosis and low degree lumbar spondylolisthesis. *Chin Med Sci J. 2006; 21(1):7-41.*
5. Vijay Anand Balasubramanian, Balaji Douraiswami, Suresh Subramani. Outcome of transforaminal lumbar interbody fusion in spondylolisthesis – A clinico - radiological correlation. *J Orthop. 2018 Jun; 15(2): 359–362.*
6. Benjamin K Potter, Brett A Freedman, Eric G Verwiebe. Transforaminal lumbar interbody fusion: clinical. *J Spinal Disord Tech and radiographic results and complications in 100 consecutive patients., 2005. (18)4: 46-337.*
7. Suzanne L de Kunder, Sander M J van Kuijk, Kim Rijkers. Transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) versus posterior lumbar interbody fusion (PLIF) in lumbar spondylolisthesis: a systematic review and meta-analysis. *Spine J. 2017;17(11):1712-1721.*
8. K H Bridwell, T A Sedgewick, M F O'Brien. The role of fusion and instrumentation in the treatment of degenerative spondylolisthesis with spinal stenosis. *Journal of Spinal Disorders & Techniques. 1993;6(6): 461-72*