

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HẸP ỐNG SỐNG THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA SỬ DỤNG DỤNG CỤ ROCKER TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÒA BÌNH 2018-2019.

*Nguyễn Đạt Hiếu, Trương Như Hiền, Bùi Văn Dương
Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống thắt lưng (HOSTL) là sự giảm kích thước đường kính trước sau hoặc đường kính ngang của ống sống do bẩm sinh hoặc mắc phải gây chèn ép các thành phần thần kinh trong ống sống [4]. Bệnh lý này được Sachs và Frankel [9] mô tả lần đầu tiên vào năm 1900. Trong giai đoạn đầu các tác giả chỉ mô tả đơn thuần về các biểu hiện lâm sàng của bệnh như: đi lại khó khăn, rối loạn tiểu tiện, đau mỗi một bên hoặc hai bên chân khi đi lại... mà không hiểu biết được cơ chế bệnh sinh cũng như tổn thương mô bệnh học của HOSTL.

Tuy nhiên tại Việt Nam dụng cụ Rocker chưa được thực hiện mà mới chỉ bước đầu được áp dụng tại khoa Ngoại Thần kinh – Ung bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình và bước đầu có những kết quả khả quan. Để hiểu biết một cách chính xác hơn về chỉ định của phương pháp này cũng như kết quả của nó. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm hai mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cận lâm sàng của hẹp ống sống thắt lưng do thoái hóa.*
- 2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng do thoái hóa sử dụng dụng cụ liên gai sau Rocker.*

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng do thoái hóa được phẫu thuật giải ép và đặt dụng cụ liên gai sau Rocker từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2019 tại khoa ngoại Thần kinh - Ung bướu Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu, không đối chứng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ: 2/1.

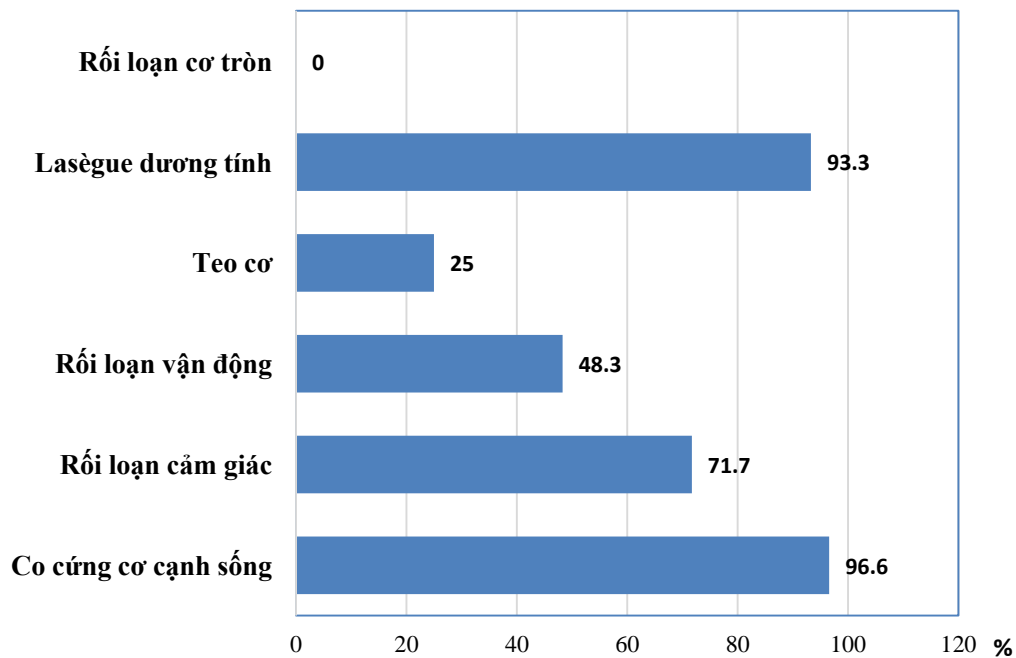
Tuổi trung bình của nghiên cứu là 44.87 ± 12.34 với tuổi cao nhất là 69 và thấp nhất là 20. Với tuổi hay gặp đều là trong độ tuổi lao động từ 20 đến 60 (91,3%).

Nghiên cứu của chúng tôi bệnh tập trung chủ yếu vào những người lao động nặng 86,7%, bao gồm những công việc ảnh hưởng tới vận động cột sống quá mức (công nhân khuôn vác, thợ xây, làm ruộng, lái xe). Còn lại 13,3% BN là thuộc nhóm lao động nhẹ: nhân viên văn phòng, hưu trí. Cột sống của những BN này thường xuyên phải chịu những vi chấn thương do thay đổi tư thế ngồi hay các hoạt động đột ngột (bê vác nặng quá mức, ngồi lâu, chơi thể thao...). Những vận động này làm tăng quá trình thoái hóa cột sống..

2. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

Biểu hiện lâm sàng đặc trưng của HOS là sự biểu hiện của hội chứng cột sống, dấu hiệu chèn ép rễ. Mức độ biểu hiện bệnh phụ thuộc vào thời gian khởi bệnh và mức độ chèn ép. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: đa số các BN đến viện khi đã có biểu hiện cả hội chứng cột sống, dấu hiệu chèn ép rễ.

Tỷ lệ các triệu chứng



Biểu đồ 1: Triệu chứng thực thể trước phẫu thuật

Như vậy bệnh cảnh lâm sàng chính của bệnh TDS thất lung cùng là sự kết hợp của hai hội chứng: hội chứng cột sống, hội chứng hẹp ống sống và dấu hiệu chèn ép rễ. Bệnh khởi phát ở những BN thường lao động nặng, có tiền sử đau CSTL từ trước, khởi phát đau CSTL, thoái hóa cột sống phối hợp với rối loạn cảm giác kiểu tê bì và rối loạn vận động theo thương tổn rễ thần kinh chi phối. Khám thấy có biểu hiện kích thích rễ và tổn thương rễ từ nhẹ đến nặng (yếu chi, teo cơ); đặc biệt là đau cách hồi thần kinh.

Hình ảnh tổn thương trên Xquang

Trên phim Xquang chụp tư thế thẳng, nghiêng và chếch cho ta đánh giá được tổn thương xương như các tổn thương biến dạng cột sống, mất đường cong sinh lý, phì đại xương vùng khớp và hẹp khe gian đốt sống, hẹp lỗ tiếp hợp... là các hình ảnh có giá trị trong chẩn đoán thoái hóa hẹp ống sống.

Trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi gặp 25% mất đường cong sinh lý, hẹp khe gian đốt chiếm 26,7% và hẹp lỗ liên hợp chụp cột sống tư thế nghiêng và chếch phát hiện 11,7% có hẹp. Bên cạnh đó nhóm BN nghiên cứu chúng tôi có tới 20% phát hiện phì đại diện khớp, đây cũng là nguyên nhân làm hẹp ống sống và chèn ép rễ thần kinh đi ra từ tủy sống.

Hình ảnh cộng hưởng từ

Đây là phương pháp giúp khảo sát rất tốt các tổ chức phần mềm cột sống thất lung, là một phương pháp có độ nhạy trong chẩn đoán nguyên nhân, vị trí gây hẹp và kích thước ống sống trong bệnh lý hẹp ống sống thoái hóa và giúp cho việc chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý về cột sống khác.

Về vị trí HOSTL, L4L5 là đoạn hẹp gặp nhiều nhất (100%), tỷ lệ này của nghiên cứu cũng phù hợp với các tác giả Nguyễn Duy Tuyên [11] 84.1%, Chao L [12] là 94.4%. Để giải thích cho sự thường gặp hẹp ở đoạn L4L5 nhiều tác giả cho rằng đây là đoạn cột sống hoạt động nhiều nhất và phải chịu lực nhiều nhất.

Số tầng hẹp, hẹp ống sống thất lung có thể gặp ở một tầng hoặc nhiều tầng. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp một tầng (86,7%), hẹp 2 tầng có 8 bệnh nhân (13,3%).

Nguyên nhân gây hẹp chủ yếu gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là phì đại diện khớp kết hợp 50 bệnh nhân, phối hợp phì đại dây chằng vàng với phì đại diện khớp có 21 bệnh

nhân. Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu hẹp ống sống do thoái hóa có kèm theo thoát vị chiếm tỉ lệ cao 93,3%.

Bảng 2: Nguyên nhân gây hẹp ống sống

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ %
Phi đại diện khớp	50	83,3
Phi đại dây chằng vàng	30	50
Thoát vị đĩa đệm phối hợp	56	93,3
Phối hợp diện khớp và dây chằng vàng	21	35

Nói chung dựa vào chẩn đoán hình ảnh vừa để chẩn đoán và đặc biệt hơn biết rõ tăng hẹp, nguyên nhân hình thái hẹp chúng ta đưa ra phương pháp can thiệp hiệu quả để giải phóng chèn ép thần kinh.

3.Đánh giá kết quả xa sau mổ

Nghiên cứu của chúng tôi thời gian khám lại sau phẫu thuật trung bình là 12,3±5,2 tháng, nhiều nhất là 26 tháng và ít nhất là 06 tháng. 50% BN chủ yếu được khám lại tại khoảng thời gian từ 12 đến 24 tháng.

Cải thiện triệu chứng cơ năng tương đối rõ rệt qua bảng sau:

Bảng 3: Sự cải thiện triệu chứng đau

Các triệu chứng lâm sàng	Trước mổ		Xa sau mổ	
	n	%	n	%
Đau CSTL	60	100	6	10
Đau kiểu rễ	56	93,3	4	6,7
Đau cách hồi thần kinh	53	88,3	2	3,3
Đánh giá đau theo VAS				
VAS lưng	7,2 ± 1,6		1,8± 0,9	
VAS chân	6,4 ± 1,5		1,6± 0,7	

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 phẫu thuật. 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. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi các triệu chứng thực thể có sự cải thiện rõ rệt: rối loạn cảm giác trước mổ 71,7% kết quả xa giảm xuống còn 3,3%, rối loạn vận động từ 48,3 giảm xuống còn 3,3%. Tuy nhiên dấu hiệu teo cơ là tổn thương khó hồi phục mà cần phải có sự kiên trì tập luyện của bệnh nhân trước mổ 26,8% khi khám lại hồi phục còn 8,3%.

Trước phẫu thuật chức năng CSTL trung bình ODI là $56,7 \pm 7,3$ (%). Đánh giá kết quả xa mức độ ODI chỉ còn $14,5 \pm 5,6$ %. Sự khác biệt kết quả xa so với thời điểm trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện rõ rệt biểu hiện triệu chứng đau chân và chức năng cột sống. Nhận xét này của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả. Theo các tác giả này sự duy trì tình trạng cải thiện triệu chứng đau chân cũng như chức năng cột sống có được là do tác dụng của dụng cụ Rocker.

Đánh giá quả điều trị theo Macnab của bệnh nhân: 44/60 BN (7,3%) có kết quả điều trị tốt, 11/60 BN (18,4%) có kết quả điều trị khá, 04/60 BN (6,7%) có kết quả điều trị trung bình và có 1,6% kết quả kém.

IV. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 60 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng do thoái hóa tại Khoa Phẫu thuật Thần kinh – Ung bướu Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019 chúng tôi thấy:

Hẹp ống sống thắt lưng chủ yếu do thoái hóa gặp nam/nữ sấp xỉ là 2/1 lần, tuổi trung bình $44,87 \pm 12,34$, tuổi thấp nhất 20, tuổi cao nhất là 69, gặp ở những người lao động nặng là 83,4%, thời gian phát hiện triệu chứng trung bình trung bình $16,28 \pm 11,59$ tháng. Dấu hiệu cách hồi thần kinh 83,3%. Đau lan xuống hai chân (93,3%), rối loạn cảm giác (71,7%). Teo cơ cẳng chân 25%, rối loạn vận động 48,3%

So sánh chỉ số VAS đau lưng, đau chân trước và sau mổ nhận thấy có sự cải thiện về triệu chứng lâm sàng. Sự cải thiện trước và sau mổ này có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$. So sánh chỉ số ODI (chức năng cột sống) trước và sau mổ nhận thấy có sự cải thiện về chức năng của cột sống. Sự cải thiện trước và sau mổ này có khác biệt về ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Văn Minh (2001). Giải phẫu người. Nhà Xuất Bản Y học. tr 3-11.
2. Nguyễn Duy Tuyên (2003). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng, thắt lưng-cùng tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú. Đại học Y Hà Nội.
3. Frank H.Netter. Atlas giải phẫu người. *Nhà xuất bản Y học*. 2007.
4. L J Kadish, E H Simmons. Anomalies of the lumbosacralnerve roots. An anatomical investigation and myelographic study. *J Bone Joint Surg Br* .1984;66(3):411-6.
5. I Macnab. Negative disc exploration. An analysis of the causes of nerve-root involvement in sixty-eight patients.*J Bone Joint Surg Am*, 1971; 53(5): 891-903.
6. Y Ishimoto, N Yoshimura, S Muraki et al. (2013). Associations between radiographic lumbar spinal stenosis and clinical symptoms in the general population: the Wakayama Spine Study. *Osteoarthritis and Cartilage*, 21(6), 783-788.
7. Avraam Ploumis, Pavlos Christodoulou, Dimitrios Kapoutsis et al. (2012). Surgical treatment of lumbar spinal stenosis with microdecompression and interspinous distraction device insertion. A case series. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 7(1), 35.
8. Weimin Huang, Zhengqi Chang, Jingtao Zhang et al. (2015). Interspinous process stabilization with Rocker via unilateral approach versus X-Stop via bilateral approach for lumbar spinal stenosis: a comparative study. *BMC musculoskeletal disorders*, 16(1), 328.
9. Björn H Strömqvist, Svante Berg, Paul Gerdhem et al. (2013). X-stop versus decompressive surgery for lumbar neurogenic intermittent claudication: randomized controlled trial with 2-year follow-up. *Spine*, 38(17), 1436-1442.
10. Ferdinand Krappel, Marco Brayda-Bruno, Giovanni Alessi et al. (2017). Herniectomy versus herniectomy with the DIAM spinal stabilization system in patients with sciatica and concomitant low back pain: results of a prospective randomized controlled multicenter trial. *European Spine Journal*, 26(3), 865-876.

