

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT XÂM LẤN TỐI THIỂU HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT QUA LỖ LIÊN HỢP ĐIỀU TRỊ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG

Dương Tùng Anh¹, Nguyễn Hoàng Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học trượt đốt sống thắt lưng của bệnh nhân được phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp và đánh giá kết quả phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp tại khoa Phẫu thuật cột sống-Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiền cứu 41 bệnh nhân được chẩn đoán xác định trượt đốt sống thắt lưng có chỉ định can thiệp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp tại khoa Phẫu thuật cột sống-Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Tuổi trung bình 47,6±12,4; tỷ lệ nữ/nam 1,4; nguyên nhân thường gặp do gãy eo 29,3% và thoái hóa 63,4%; tầng trượt hay gặp nhất L4 53,7%, L5 34,1%; các triệu chứng bao gồm đau lưng 100%, đau rễ thần kinh 78%, rối loạn cảm giác 51,2%, đau cách hồi thần kinh 65,9%; VAS lưng, chân trước phẫu thuật 6,4±0,9, 5,4±2,3; ODI trước phẫu thuật 24±8,1%; tăng % trượt X-quang động so với X-quang thường 3,9±2,5% (p<0,01); thời gian phẫu thuật trung bình 140±35 phút; lượng máu mất trung bình 270±110ml; không biến chứng; thời gian nằm viện trung bình 6±2,1 ngày; thời gian đi lại sau mổ trung bình 2,4±0,7 ngày; có sự khác biệt giữa VAS lưng, chân trước phẫu thuật so với khi ra viện (p<0,001); giảm độ trượt trước phẫu thuật so với ra viện (p<0,001); 100% vít và miếng ghép đúng vị trí; chiều cao LTD trước phẫu thuật 2,9±0,15mm, sau phẫu thuật 5±1mm (p<0,001), kết quả sau 18 tháng theo Macnab: Rất tốt 12,2%; tốt 74,4%; khá 7,4%. **Kết luận:** Trượt đốt sống thắt lưng là một bệnh thường gặp ở độ tuổi trung niên do hai nguyên nhân chính là gãy eo và thoái hóa, các triệu chứng chính là đau lưng, đau rễ thần kinh, rối loạn cảm giác, việc phẫu thuật xâm lấn tối thiểu giúp giảm lượng máu mất, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm biến chứng, phục hồi sớm cho người bệnh.

Từ khóa: đau lưng, trượt đốt sống thắt lưng, thang điểm VAS, thang điểm ODI.

SUMMARY

RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY TRANSFOMIRANAL LUMBAR INTERBODY FUSION TO TREATMENT LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS

Objective: The aims of the study is to describe

the characteristics of clinical, imaging and evaluate results of minimally invasive surgery transformiranla lumbar interbody fusion to treatment lumbar spondylolisthesis. **Study method:** Across-sectional descriptive, retrospective, prospective method was carried out on 41 patients was diagnosed with benign lumbar spondylolisthesis who was indicated to minimally invasive surgery transformiranal lumbar interbody fusion in Spine Surgery Department in Viet Duc Hospital. **Result:** The average age 47,6±12,4; ratio female/male 1,4; common cause is par defect 29,3% and degenerative 63,4%; most common level is L4 56%, L5 36,6%; patients had symptom include back pain 100%, radiculopathy 78%, paraesthesia 51,2%, neurologic claudication 65,9%; preoperative VAS back, leg is 6,4±0,9 and 5,4±2,3; ODI 24±8,1%, percent of spondylolisthesis increase on dynamic X-ray imaging was 3,9±2,5% (p<0,001); the average surgery time 140±35mins; the average blood loss 270±110ml; no complication; the average time in hospital stay 6±2,1days; the postoperative average time to go 2,4±0,7; the different preoperative VAS and spondylolisthesis grade versus postoperative has statistical significance (p<0,001); 100% screws and graphs positions was right; preoperative interbody height versus postoperative was 2,9±0,15mm, 5±1mm and the different has statistical significance (p<0,001), 18 months postoperative follow-up of Macnab: Very good 12,2%; Good 74,4%; Fair 7,4%. **Conclusion:** Lumbar spondylolisthesis disease is common in middle-age, cause by par defect and degenerative, symptom include back pain, radiculopathy, paraesthesia, patients who underwent minimally invasive surgery was decreased blood loss, time in hospital, complication and come back daily life soon.

Keyword: back pain, lumbar spondylolisthesis, VAS, ODI questionnaire

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) là sự di chuyển bất thường ra phía trước của thân đốt sống cùng với cuống, mỏm ngang và diện khớp phía trên [1]. Cơ chế của bệnh khá phức tạp và còn nhiều tranh cãi, tuy nhiên nguyên nhân được chấp thuận nhiều nhất là do những vi chấn thương lặp đi lặp lại. Bệnh thường gặp nhất ở lứa tuổi thanh thiếu niên, vị trí hay gặp nhất là đoạn thấp của lưng, L5 khoảng 95% và giảm dần lên cao, theo Alan G. Shamrock và cộng sự 2019, tỷ lệ này là 90% đoạn L5-S1.

Mục tiêu điều trị là giảm đau và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, điều trị nội khoa khi bệnh nhân chưa có biểu hiện về chèn ép thần kinh. Chỉ định phẫu thuật trong trường hợp điều trị nội khoa không kết quả, bệnh nhân

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Dương Tùng Anh

Email: tungmu31071994@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2021

Ngày duyệt bài: 7.6.2021

đau lưng mạn tính, độ trượt tiến triển, hoặc trong trường hợp bệnh nhân có biểu hiện chèn ép thần kinh.

Hiện nay, tại các trung tâm phẫu thuật thần kinh chuyên khoa đã tiến hành phẫu thuật thường quy kỹ thuật cố định cột sống thắt lưng bằng nẹp vis qua cuống và hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp (TLIF) đem lại kết quả khả quan. Theo Nicandro 2004 nghiên cứu trên 24 bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp TLIF cho kết quả rất tốt 83,3% bệnh nhân cải thiện triệu chứng đau. Theo Kunder 2017 so sánh giữa TLIF và PLIF cho thấy giảm lượng máu mất trong mổ 418ml so với 350ml, giảm tỷ lệ biến chứng rách màng cứng[7], tuy nhiên kỹ thuật phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp (MIS-TLIF) cho kết quả tốt hơn, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy MIS-TLIF giảm lượng máu mất trong phẫu thuật, giảm đau sau phẫu thuật tốt hơn, ít tổn thương mô mềm, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật[6]. Mặc dù vậy, cho đến nay tại Việt Nam vẫn còn ít nghiên cứu về kỹ thuật cũng như hiệu quả điều trị của phương pháp phẫu thuật này. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học trượt đốt sống thắt lưng và đánh giá kết quả phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp điều trị trượt đốt sống thắt lưng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân chẩn đoán xác định trượt đốt sống thắt lưng, được chỉ định phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp tại Khoa Phẫu thuật cột sống- Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 01/2019 đến 06/2021, thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định trượt đốt sống thắt lưng qua khám lâm sàng và cận lâm sàng như X-quang qui ước, X-quang động, MRI, CLVT cột sống thắt lưng.

- Bệnh nhân có triệu chứng thần kinh cấp hoặc triệu chứng thần kinh tăng dần mà điều trị nội khoa dài ngày không đỡ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

- Trượt đốt sống độ 3, 4.

- Trượt đốt sống không có triệu chứng.

- Đã phẫu thuật ghép xương sau bên trước đó.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ 01/2019 – 06/2021 tại khoa Phẫu thuật cột

sống – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang

Cỡ mẫu: Dựa công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả: Chọn $p=0.919$ (tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt sau mổ của nghiên cứu trước khoảng 91,9%); d : sai số cho phép (độ chính xác tuyệt đối) $=0,0919$. Tính được $n=34$, thực tế lấy 41 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

Chọn mẫu: Có chủ đích

2.4. Chỉ số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

- Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS.

- Đánh giá mức hạn chế chức năng cột sống theo thang điểm ODI.

- Đánh giá kết quả chung theo tiêu chuẩn Macnab.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 41 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có chỉ định phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật cột sống- Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, thu được kết quả như sau:

Bảng 1: Phân bố bệnh theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$
18-29	2	4,9	47,6±12,4
30-49	21	51,2	
50-69	17	41,5	
≥70	1	2,4	

Nhận xét: Tuổi trung bình $47,6 \pm 12,4$ tuổi, trong đó nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất từ 30-49 tuổi 51,2%, tiếp đó là 50-69 tuổi 41,5%.

Bảng 2: Tỷ lệ bệnh theo giới

Giới	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	17	41,5
Nữ	24	58,5

Nhận xét: Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam là 1,4.

Bảng 3. Nguyên nhân trượt đốt sống thắt lưng

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thoái hóa	26	63,4
Khuyết eo	12	29,3
Vi chấn thương	3	7,3
Tổng	41	100

Nhận xét: Nguyên nhân gây trượt đốt sống do thoái hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 63,4%, tiếp đó do khuyết eo chiếm tỷ lệ 29,3% và thấp nhất do vi chấn thương chiếm tỷ lệ 7,3%.

Bảng 4. Vị trí trượt đốt sống thắt lưng

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
L1	0	0
L2	1	2,5
L3	2	4,9
L4	23	56
L5	15	36,6

Nhận xét: Vị trí trượt đốt sống thắt lưng hay gặp nhất là L4 chiếm tỷ lệ 56%, tiếp đó là L5 chiếm tỷ lệ 36,6%, thấp nhất là tầng L2 L3 chiếm tỷ lệ 2,5% và 4,9%.

Bảng 5. Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật

Các triệu chứng cơ năng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau lưng đơn thuần	9	22
Đau lưng có chèn ép rễ thần kinh		
1 bên	16	39
2 bên	16	39
Đau cách hồi thần kinh		
< 100m	10	24,4
100 – 500m	10	24,4
> 500m	7	17,1

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật bao gồm đau lưng có hoặc không đau rễ thần kinh 1 bên hay 2 bên và đau cách hồi thần kinh.

Bảng 8. Mức độ đau trước phẫu thuật theo thang điểm VAS

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	\bar{X}	SD
VAS lưng				
3-4				
5-6	22	53,7	6,4	0,9
7-8	19	46,3		
VAS chân				
0	3	7,3		
1-2	3	7,3		
3-4	2	4,8	5,4	2,2
5-6	18	43,9		
7-8	15	36,7		

Nhận xét: Mức độ đau lưng và đau chân của bệnh nhân trước phẫu thuật nằm nhiều nhất trong khoảng VAS 5-6 điểm và 7-8 điểm.

Bảng 9. Triệu chứng thực thể của trượt đốt sống trước phẫu thuật

Triệu chứng thực thể	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dấu bậc thang	8	19,5
Co cứng cơ cạnh sống	40	97,6
Giảm phản xạ gân xương chi dưới	1	2,4
Tăng phản xạ gân xương chi dưới	2	4,9
Rối loạn cảm giác		

Tê, dị cảm	18	43,9
Tê + giảm cảm giác	3	7,3
Không rối loạn	20	
Rối loạn vận động		
Sức cơ 2/5	0	
Sức cơ 3/5	1	
Sức cơ 4/5	0	2,4
Sức cơ 5/5	40	

Nhận xét: Triệu chứng thực thể của bệnh nhân trước phẫu thuật thường gặp nhất là co cứng cơ cạnh sống chiếm tỷ lệ 97,6%, dị cảm 43,9%, dấu hiệu bậc thang 19,5%, một số ít trường hợp có rối loạn vận động và phản xạ gân xương.

Bảng 10. Mức độ giảm chức năng cột sống ODI trước phẫu thuật

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	\bar{X} (%)	SD (%)
ODI				
Mức 1	11	26,8		
Mức 2	28	68,3		
Mức 3	2	4,9	24	8,1
Mức 4	0	0		
Mức 5	0	0		

Nhận xét: Mức độ giảm chức năng cột sống ODI trước phẫu thuật ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 68,3%, tiếp đó mức 1 26,8% và thấp nhất là mức 3 với tỷ lệ 4,9%.

Bảng 11. Đặc điểm hình ảnh trượt đốt sống trên X-quang động và so sánh với X-quang qui ước

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	\bar{X} (%)	p
Mức độ TDS				
Độ 1	35	85,4		
Độ 2	6	14,6		
Tăng % độ trượt:				
Có	41	100	3,9 ± 2,5	p < 0,01
Không				

Nhận xét: Trên X-quang động trượt độ I chiếm tỷ lệ 85,4%, độ II 14,6%, tăng 3,9±2,5% so với xquang qui ước, sự so sánh này có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Bảng 12. Thời gian mổ và lượng máu mất trong phẫu thuật

	$\bar{X} \pm SD$
Thời gian mổ (phút)	140±35
Lượng máu mất (ml)	270±110
Lượng máu phải truyền (ml)	0

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 140±35 phút, lượng máu mất trung bình là 270±110ml, không có bệnh nhân nào phải truyền máu.

Bảng 13. So sánh điểm VAS trước và lúc ra viện

VAS	$\bar{X} \pm SD$	P
Trước phẫu		
Lúc ra		

	thuật	viện	
Lưng	6,4±0,9	2,1±0,6	0,000
Chân	5,4±2,3	2,1±0,6	0,000

Nhận xét: Mức độ đau lưng và chân tính theo thang điểm VAS trước phẫu thuật và lúc ra viện có sự khác biệt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 14. Đánh giá mức độ nắn chỉnh trượt sau mổ

		Độ trượt trước mổ		Tổng	p<0,001
Độ trượt sau mổ	Độ 0	34	1	35	
	Độ 1	1	5	6	
Tổng		35	6	41	

Nhận xét: Độ trượt sau phẫu thuật giảm so với trước phẫu thuật, có sự khác biệt giữa độ trượt trước phẫu thuật và sau phẫu thuật. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 15. So sánh chiều cao liên thân đốt trước và sau mổ lúc ra viện

	$\bar{x} \pm SD$		p
	Trước mổ	Lúc ra viện	
Chiều cao LTD (mm)	2,9±0,15	5±1	P<0.001

Nhận xét: Chiều cao liên thân đốt sau phẫu thuật tăng so với trước phẫu thuật, có sự khác biệt giữa chiều cao liên thân đốt trước và sau phẫu thuật, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 16. Kết quả điều trị sau phẫu thuật 18 tháng theo MacNab

MacNab	Số lượng (n=27)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	5	12,2
Tốt	20	74,1
Khá	2	7,4
Xấu	0	0

Nhận xét: Kết quả điều trị sau phẫu thuật 18 tháng theo Macnab cho kết quả rất tốt 12,2%; kết quả tốt 74,1%, khá 7,4%

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng trượt đốt sống thắt lưng

Triệu chứng cơ năng. Đau lưng mãn tính, đau theo rễ và đau cách hồi thần kinh là những triệu chứng cơ năng rất thường gặp trong TĐS thắt lưng. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy rằng tất cả các BN TĐS đều có triệu chứng đau thắt lưng, trong đó 39% đau thắt lưng kèm theo đau rễ 1 bên và 39% đau thắt lưng kèm theo đau rễ 2 bên, có 22% chỉ có đau thắt lưng không đau theo rễ.

Theo Denark 2010 nghiên cứu trên 92 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng, tỷ lệ bệnh nhân

có đau lưng là 63%, biểu hiện chèn ép thần kinh 33%, dị cảm 18%, yếu cơ 18%. Theo Nayak 2015 nghiên cứu trên 56 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng, 100% bệnh nhân có đau lưng, trong đó 42,9% đau lưng lan xuống 2 chân, 35,7% đau lưng lan xuống 1 bên chân trái, 21,4% đau lưng lan xuống 1 bên chân phải.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ đau được đánh giá theo thang điểm VAS. Điểm đau trung bình ở lưng là 6,4 ± 0,9, ở chân là 5,4 ± 2,2. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của các tác giả khác như Nguyễn Vũ, điểm VAS lưng trung bình là 6,62 ± 1,35, VAS chân trung bình là 6,02 ± 1,53. Võ Văn Thanh ghi nhận điểm VAS lưng trung bình là 5,6 ± 1,6, VAS chân là 5,3 ± 2,3. Phạm Vô Kỳ điểm đau trung bình ở lưng là 6,98 ± 0,78, ở chân là 7,24 ± 1,07.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có 24,4% đau cách hồi thần kinh với khoảng cách 100-500m và 24% đau cách hồi thần kinh <100m. Đây là triệu chứng được cho là do hẹp ống sống gây nên, thường gặp trong TĐS do thoái hóa.

Nghiên cứu Võ Văn Thanh cũng cho thấy tỷ lệ BN đau cách hồi khá cao, chiếm 67,6% với đau cách hồi dưới 100m. Phan Trọng Hậu ghi nhận tỷ lệ này là 63%. Nghiên cứu Phạm Vô Kỳ 38,7% đau cách hồi thần kinh với khoảng cách 100-500m và 3,2% đau cách hồi thần kinh <100m.

Triệu chứng thực thể. Triệu chứng trượt đốt sống thường không đặc hiệu dễ nhầm với một số bệnh lý khác như thoát vị đĩa đệm, thoái hóa cột sống, bệnh lý khớp cùng chậu, bệnh lý thần kinh cơ

Dấu hiệu bậc thang mặc dù là dấu hiệu đặc trưng của trượt đốt sống tuy nhiên không dễ để phát hiện đặc biệt trong trường hợp độ trượt thấp, bệnh nhân béo phì, trong nghiên cứu này chúng tôi phát hiện 8 trường hợp (19,5%) bệnh nhân có dấu hiệu bậc thang. Nghiên cứu Phạm Vô Kỳ 27,4% bệnh nhân có dấu hiệu bậc thang, Nguyễn Vũ phát hiện có 23,3% BN có dấu hiệu bậc thang. Một nghiên cứu khác của Võ Văn Thanh thấy có 35,3% BN có dấu hiệu này. Phan Trọng Hậu cũng nhận thấy dấu hiệu này lại khá thấp khoảng 7% trong bệnh lý TĐS.

Rối loạn cảm giác, dị cảm ở da kiểu tê bì trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 51,2%, nghiên cứu Phạm Vô Kỳ 79%, Võ Văn Thanh nhận thấy rối loạn cảm giác ở 61,8% BN, chủ yếu là dị cảm da. Theo Denark 2010 nghiên cứu trên 92 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng trong đó bệnh nhân có biểu hiện dị cảm 18%.

Đặc điểm hình ảnh học

Xquang qui ước. Phân loại độ trượt theo Mayerding trên Xquang qui ước tư thế nghiêng. Chúng tôi phát hiện TĐS độ I 85,4%, độ II 14,6%. Kết quả này tương đồng với các tác giả khác như: Phạm Vô Kỳ TĐS độ I chiếm đa số với 79% và 21% trượt độ II, Phan Trọng Hậu trượt độ I là 51,4%, độ II là 41,4%. Nghiên cứu của Võ Văn Thanh cũng có kết quả tương tự, TĐS độ I chiếm 63,2%, trượt độ II là 30,9%.

Khuyết eo phát hiện 36,6% trường hợp. Phạm Vô Kỳ phát hiện 27,7% trường hợp khuyết eo trên X-quang qui ước.

Xquang động. 100% bệnh nhân tăng phần trăm trượt trên Xquang động so với Xquang qui ước, với 2 tư thế cúi và uốn tối đa giúp phát hiện chính xác độ trượt, gãy eo mà đôi khi Xquang qui ước còn bỏ sót.

Cộng hưởng từ. Trong nghiên cứu này chúng tôi phát hiện 48,8% bệnh nhân có gãy eo, 75,6% bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm, 92,7% bệnh nhân có hẹp lỗ liên hợp trong đó 90,2% bệnh nhân có chèn ép rễ trong lỗ liên hợp, phì đại mấu khớp 85,4%.

Phân độ thoái hóa đĩa theo Pfirman tại tầng trượt chủ yếu là độ III 70,7% đó là hình ảnh đĩa đệm mất nước giảm tín hiệu trên T2, không còn phân biệt được giữa vòng xơ và nhân nhầy, chiều cao liên đốt giảm nhẹ đến trung bình, dưới tầng trượt độ I 34,1%, trên tầng trượt độ I 75,6%.

Kết quả phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình 140±35 phút, lượng máu mất trung bình 270±110 ml, không có trường hợp nào phải truyền máu. Nghiên cứu của Lê Ngọc Quang lượng máu mất trung bình là 114,52 ml. Nghiên cứu của Arikat A. và CS, thời gian mổ trung bình 170 phút, lượng máu mất 148 ml. Theo Phạm Vô Kỳ thời gian mổ trung bình 157,34 phút, lượng máu mất trung bình 158,55ml. Theo Lee H.J và CS (2016), thời gian mổ là 182 phút, lượng máu mất 249ml. Một nghiên cứu khác của Tender G.C. và CS có thời gian mổ 189 phút, lượng máu mất là 170ml. Theo Millimaggi D.F. và CS (2017), cũng cho kết quả tương đồng với các tác giả trên, rất ít mất máu trong mổ với 170ml và thời gian phẫu thuật trung bình là 230 phút. Điều này chứng tỏ ưu điểm của phẫu thuật ít gây tổn thương mô mềm, hạn chế lượng máu mất.

Mức độ đau của bệnh nhân được cải thiện so với trước mổ từ VAS lưng 6,4 xuống 2,1, VAS chân 5,4 xuống 2,1 ($p < 0,001$), thời gian nằm viện trung bình 6±2,1 ngày, đi lại sau mổ trung bình 2,4±0,7 ngày, không có trường hợp nào phát hiện biến chứng. Điều đó chứng tỏ hiệu quả của phương pháp phẫu thuật rút ngắn thời

gian nằm viện, giảm đau sau mổ hiệu quả, khả năng ngồi dậy, phục hồi đi lại được rút ngắn, từ đó giúp bệnh nhân tiết kiệm được kinh tế đồng thời trở lại sớm hơn với hoạt động và công việc thường ngày.

V. KẾT LUẬN

Trượt đốt sống thắt lưng biểu hiện lâm sàng chủ yếu bởi các triệu chứng đau lưng, đau rễ thần kinh, rối loạn cảm giác, bệnh dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác như thoát vị đĩa đệm, thoái hóa cột sống, bệnh lý khớp cùng chậu, việc chẩn đoán xác định dựa vào chụp X-quang, cộng hưởng từ, trong đó X-quang động có giá trị hơn so với X-quang qui ước, việc chụp cộng hưởng từ đánh giá tình trạng đĩa đệm, lỗ liên hợp, phát hiện chèn ép rễ thần kinh trong lỗ liên hợp. Phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp điều trị trượt đốt sống thắt lưng ít làm tổn thương mô mềm, hạn chế lượng máu mất, rút ngắn thời gian nằm viện, phục hồi sớm, tiết kiệm kinh tế, sớm quay lại với công việc và hoạt động thường ngày so với các phương pháp phẫu thuật trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Vũ (2015).** "Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống qua cuống kết hợp hàn xương liên thân đốt". Luận án Tiến sĩ Y học.
2. **Phạm Vô Kỳ (2018).** "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu điều trị trượt đốt sống thắt lưng một tầng". Luận án Tiến sĩ Y học.
3. **Lê Ngọc Quang (2013).** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật bắt vít chân cung tối thiểu có sử dụng ống banh CASPAR điều trị trượt đốt sống thắt lưng một tầng. Luận án chuyên khoa II, Học viện Quân y.
4. **Nguyễn Hùng Minh, Nguyễn Xuân Phương (2010).** Đánh giá lâm sàng, kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bệnh lý bằng phẫu thuật nẹp vis qua cuống sống tại bệnh viện 103. Y học thực hành, 716:82-86.
5. **Phan Trọng Hậu (2006).** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trượt đốt sống thắt lưng do hở eo ở người trưởng thành. Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
6. **Transforaminal Lumbar Interbody Fusion for the Treatment of Single-Level Spondylolisthesis Grades 1 and 2: A Systematic Review and Meta-Analysis".** World Neurosurg, **122** 180-189.
7. **Kunder S, Rijkers K, Caelers I, et al (2017).** "Lumbar Interbody Fusion, A Historical Overview and A Future Perspective". SPINE, **43** 1.
8. **Denard P J, Holton K F, Miller J, et al (2010).** "Back pain, neurogenic symptoms, and physical function in relation to spondylolisthesis among elderly men". The Spine Journal, **10 (10)**, 865-873.
9. **Vazan M, Gempt J, Meyer B, et al (2017).** "Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion versus open transforaminal lumbar interbody fusion: a technical description and review of the literature". Acta Neurochirurgica, **159**