

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT BẢN SỐNG GIẢI ÁP LỐI SAU ĐẶT ỐC KHỐI BÊN VÀ HÀN XƯƠNG LIÊN MÁU KHỚP CHO BỆNH LÝ TỦY CỔ VÙNG C3-7

Nguyễn Hữu Thuyết^{1}, Huỳnh Thống Em¹, Nguyễn Hoàng Thuận¹, Lâm Khải Duy¹, Thạch Thanh Tùng¹, Đặng Phước Giàu²*

1. Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bsnguyenhuuthuyet@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý tủy cổ thường gây ra do sự chèn ép lên tủy sống ở vùng cổ, nguyên nhân có thể kể đến như thoái hóa cột sống gây mất vững, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, cốt hóa dây chằng dọc sau hay là các bướu vùng cột sống. Để điều trị bệnh lý tủy cổ thì phương pháp phẫu thuật cắt bản sống giải áp lối sau, cố định cột sống cổ bằng ốc khối bên và hàn xương liên máu khớp được chọn hàng đầu vì kỹ thuật dễ thực hiện, nguy cơ xảy ra biến chứng thấp, cung cấp đủ độ vững của cột sống cổ. **Mục tiêu nghiên cứu:** nhằm đánh giá mức độ phục hồi chức năng thân kinh theo thang điểm JOA, tỉ lệ hàn xương liên máu khớp trên phim X quang và biến chứng sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp hồi cứu và tiền cứu, nghiên cứu được thực hiện trên 59 bệnh nhân (53 nam, 6 nữ) được chỉ định phẫu thuật cắt bản sống giải áp lối sau, đặt ốc khối bên và hàn xương liên máu khớp cho cột sống cổ đoạn C3-C7 từ tháng 1/2018 đến 12/2019. **Kết quả:** Qua thời gian theo dõi trung bình là $17,51 \pm 6,5$ tháng, tỉ lệ phục hồi JOA sau mổ có giá trị trung bình là 65,07% (thấp nhất là 29% và cao nhất là 88%). Tỉ lệ lành xương là 96,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào bị biến chứng về thân kinh, mạch máu, lỏng ốc vít sau phẫu thuật. **Kết luận:** phẫu thuật cắt bản sống giải áp lối sau, cố định dụng cụ với ốc khối bên và hàn xương liên máu khớp là phương pháp phẫu thuật đơn giản, an toàn và hiệu quả, với biến chứng thấp cho các điều trị bệnh lý tủy cổ; có khả năng cung cấp sự vững chắc cho cột sống cổ đủ thời gian lành xương và hồi phục tủy sau phẫu thuật giải áp.

Từ khóa: giải áp lối sau, ốc khối bên, hàn xương liên máu khớp, bệnh lý tủy cổ.

ABSTRACT

RESULTS OF POSTERIOR DECOMPRESSION WITH LAMINECTOMY, LATERAL MASS SCREWS AND ARTICULATING FACET FUSION IN TREATMENT FOR C3-7 MYELOPATHY

Nguyen Huu Thuyet^{1}, Huynh Thong Em¹, Nguyen Hoang Thuan¹, Lam Khai Duy¹, Thạch Thanh Tùng¹, Dang Phuoc Giàu²*

1. Can Tho Central General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy.

Background: cervical myelopathy usually results from compression on cervical spinal cord, caused by unstable and degenerative spine, cervical disc herniation, ossification of posterior ligamentum flavum or spinal tumors. Posterior decompression with laminectomy, lateral mass screws and articulating facet fusion is the first choice because it is easy to perform, low risk of complications and achieve the stability of cervical spinal structure. **Objectives:** to evaluate recovery rate of Japanese Orthopaedic Association score, healing rate of articulating facet fusion and complications. **Materials and methods:** a cross-sectional study included 59 consecutive patients (53 males, 6 females) that were treated for cervical myelopathy with C3-7 laminectomy, lateral mass screws and articulating facet fusion from 1/2018 to 12/2019. **Results:** median follow-up time was 17.51 ± 6.5 months. Data showed the recovery rate of Japanese Orthopaedic Association score was 65.07% (min 29%, max 88%). The healing rate of articulating facet fusion was 96.1%. There were

no neurologic or vascular complications and postoperative instrumentation failures. Conclusion: posterior decompression with laminectomy, lateral mass screws and articulating facet fusion was a simple, safe and effective procedure that could be achieved stability for spine structure, bone healing and recovery of damaged spinal cord in cervical myelopathy.

Keywords: *posterior decompression, lateral mass screws, articulating facet fusion, cervical myelopathy.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tủy cổ thường là hậu quả của sự chèn ép lên tủy cổ do các bệnh lý thường gặp như thoái hóa cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm, cốt hóa dây chằng dọc sau. Hậu quả có thể làm tổn thương cảm giác và vận động đoạn tủy cổ bị chèn ép. Điều trị cho bệnh lý tủy cổ có nhiều tầng bị tổn thương hoặc hạn chế những biến chứng tiềm tàng của phẫu thuật cột sống cổ lõi trước thì phương pháp phẫu thuật cắt bản sống giải áp lõi sau thường được lựa chọn. Trong trường hợp cần cố định cột sống cổ và hàn xương sau phẫu thuật giải áp cột sống cổ thì phương pháp cố định với ốc khối bên và hàn xương liên mấu khớp được lựa chọn vì phương pháp này đơn giản, dễ thực hiện và tỉ lệ lành xương cũng như việc đạt được cấu trúc vững vàng của cột sống cổ có hiệu quả tốt [5,9]. Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ phẫu thuật điều trị cho những bệnh nhân bệnh lý tủy cổ bằng phương pháp cắt bản sống lõi sau, cố định ốc khối bên và hàn xương liên mấu khớp đã được triển khai nhưng chưa có công trình nghiên cứu, nên nghiên cứu này của chúng tôi được thực hiện nhằm để đánh giá trị mức độ hồi phục chức năng thần kinh theo thang điểm của Hiệp hội chấn thương chỉnh hình Nhật Bản (Japan Orthopedic Association), tỉ lệ hàn xương liên mấu khớp trên phim X quang và những biến chứng xảy ra trong - sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 59 bệnh nhân đã được phẫu thuật giải áp lõi sau qua việc cắt bản sống, cố định ốc khối bên và hàn xương liên mấu khớp được thực hiện từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019 tại khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân có bệnh lý tủy cổ từ C3-C7 \geq 3 tầng có mất vững, nắn chỉnh biến dạng cột sống cổ kèm theo giải áp, làm vững cột sống sau giải áp cắt bướu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có tổn thương khối mấu khớp như mấu khớp biến dạng không thể đặt được vít, nhiễm trùng cột sống cổ, chấn thương cột sống cổ trước đó, hoặc những bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu trong khoảng thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm tuổi, giới.

Kết quả gân: thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, biến chứng trong mổ: chảy máu, tụ máu, rách màng cứng, thang điểm chức năng thần kinh JOA trước mổ và sau mổ.

Kết quả xa: tỉ lệ hồi phục hồi chức năng thần kinh theo công thức tính của Hirabayashi [7], [8]. [3, 7].

$$\text{Tỉ lệ hồi phục (RR)} = \frac{\text{JOA (sau mổ)} - \text{JOA (trước mổ)}}{17 - \text{JOA (trước mổ)}} \times 100$$

(RR>75%: rất tốt, RR>50%: tốt, RR>20%: trung bình, RR<20%: xấu).

Đánh giá biến chứng sau mổ như nhiễm trùng, biến chứng mạch máu-thần kinh, hồng dụng cụ và đánh giá sự lành xương trên phim X quang. (Tiêu chuẩn lành xương trên phim X quang dựa theo tiêu chí của tác giả Do Yeon Kim [3]. [6]).

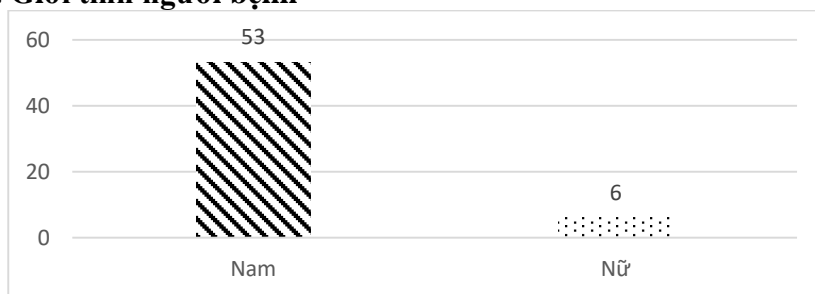
Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được nhập theo bảng thu thập số liệu và lưu bởi phần mềm Excel 2010, sau đó được xử lý qua phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

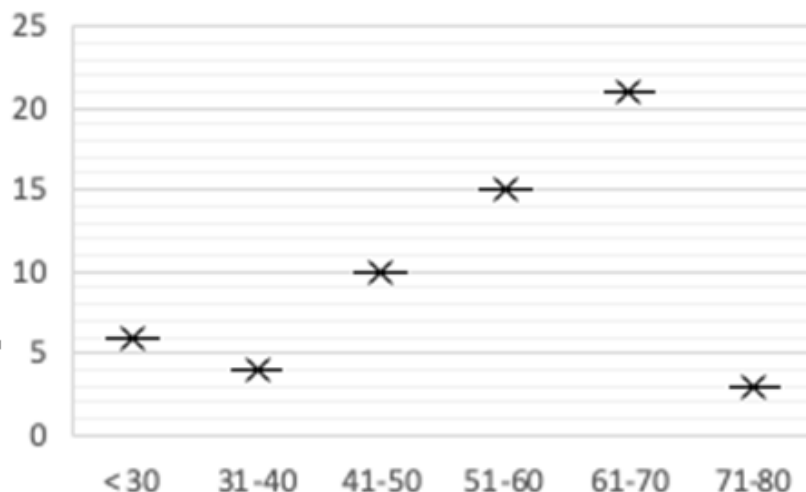
3.1.1. Giới tính người bệnh



Biểu đồ 1: Tỉ lệ mắc bệnh phân biệt theo giới tính

Nhận xét: số lượng bệnh nhân nam là 53 (89,83%) trong khi đó số bệnh nhân nữ có 6 trường hợp (10,17%).

3.1.2. Độ tuổi



Biểu đồ 2: tỉ lệ mắc bệnh được phân theo độ tuổi

Nhận xét: số người mắc bệnh trong độ tuổi từ 61-70 là nhiều nhất, chiếm 21 trường hợp (35,6%).

3.1.3. Thời gian mổ trung bình và số lượng máu mất trung bình

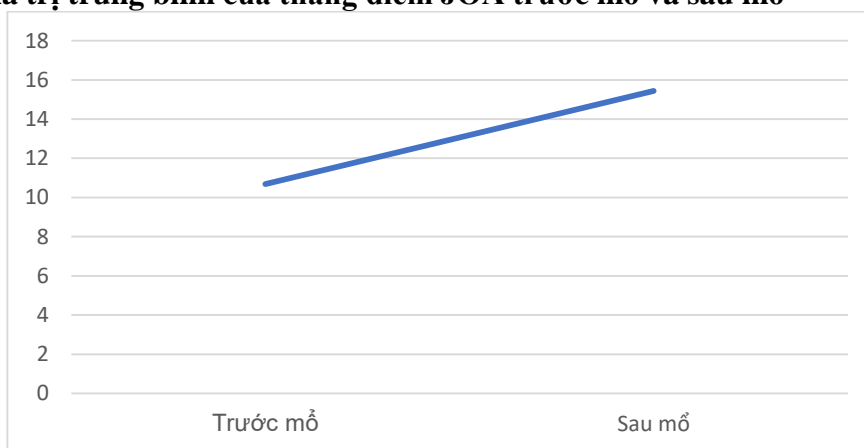
Bảng 1. Bảng đánh giá về thời gian mổ và số lượng máu mất trong mổ.

Bệnh nhân	Thời gian mổ TB (phút)	Lượng máu mất (ml)
n = 59	195,3 ± 68,6	78,8 ± 48,4

Nhận xét: thời gian mổ trung bình là 195,3 ± 68,6 phút, lượng máu mất trung bình cho các ca mổ là 78,8 ± 48,4/ ca mổ.

3.2. Thang điểm chức năng thần kinh theo JOA và tỉ lệ hồi phục JOA sau mổ.

3.2.1. Giá trị trung bình của thang điểm JOA trước mổ và sau mổ



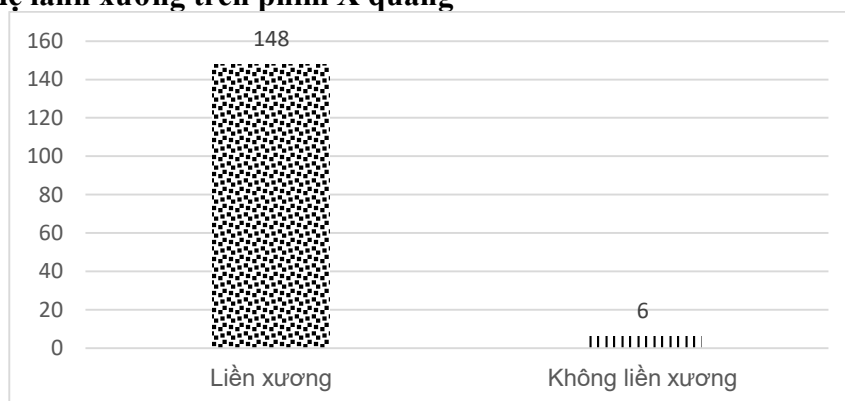
Biểu đồ 3: Biểu đồ diễn biến JOA trước và sau mổ

Nhận xét: Giá trị trung bình của thang điểm JOA trước mổ 10,68 và sau mổ 15,44; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

3.2.2. Tỉ lệ hồi phục thần kinh sau mổ

Tỉ lệ phục hồi JOA sau mổ có giá trị trung bình là 65,07 ± 10%, tỉ lệ phục hồi ít nhất là 29% và nhiều nhất là 88%.

3.2.3. Tỉ lệ lành xương trên phim X quang



Biểu đồ 4: Biểu đồ thể hiện tỉ lệ lành xương sau phẫu thuật.

Nhận xét: Số tầng hàn xương trước mổ là 154 và số tầng liền xương sau mổ là 148 (chiếm tỉ lệ 96,1%).

3.3.4. Tỷ lệ biến chứng mạch máu thần kinh, nhiễm trùng, hồng dụng cụ sau mổ

Bảng 2. tỉ lệ các biến chứng về mạch máu thần kinh, nhiễm trùng, hồng dụng cụ sau mổ.

	mm- thần kinh	Nhiễm trùng	Hồng ốc vít	Viêm phổi
Có	0	0	0	4
Không	59	59	59	59
Tỉ lệ biến chứng (%)	0	0	0	6,78

Nhận xét: tỉ lệ các loại biến chứng về mạch máu thần kinh, nhiễm trùng và hồng dụng cụ là 0%, trong khi đó tỉ lệ viêm phổi ở những bệnh nhân sau mổ là 6,78%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

4.1.1. Phân bố giới tính người mắc bệnh

Tổng số có 59 trường hợp được phẫu thuật giải phóng chèn ép tuỷ bằng phương pháp cắt bỏ bản sừng cổ đường sau, cố định dụng cụ bằng ốc khối bên và hàn xương liên mấu khớp. Với thời gian theo dõi bệnh trung bình là $17,51 \pm 6,5$ tháng; thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 24 tháng. Trong đó tỉ lệ người bệnh nam chiếm 89,83% và tỉ lệ người bệnh nữ chiếm 10,17%. Dựa vào kết quả số người mắc bệnh cho thấy giới nam chiếm đa số.

Nghiên cứu 31 trường hợp phẫu thuật điều trị bệnh lý tuỷ cổ bằng phương pháp tạo hình bản sừng lõi sau, tác giả Lương Minh Quang và cộng sự đã ghi nhận được 19 bệnh nhân nam và 12 bệnh nhân nữ [1]. Qua nghiên cứu 112 trường hợp phẫu thuật cắt bỏ bản sừng và giải áp lõi sau có đặt dụng cụ ốc khối bên, Manoj Dayalal Singrakhia nhận thấy có 99 trường hợp người bệnh là nam giới (88,39%) và 13 trường hợp là nữ giới (11,61%) [6]. [9].

Trong số liệu nghiên cứu của chúng tôi và những nghiên cứu của tác giả khác đều cho thấy tỉ lệ nam và nữ mắc bệnh có sự chênh lệch nhiều và nam lúc nào cũng nhiều hơn nữ. Điều này có thể lí giải do đa số người nam là lao động chính và hầu hết là lao động cần chân tay là sức lực, có thể đây là lý do tại sao tỉ lệ nam và nữ mắc bệnh trong số liệu nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tỉ lệ này ở các nghiên cứu khác trên thế giới.

4.1.2. Đặc điểm độ tuổi người mắc bệnh

Sự thoái hóa của các cơ quan trong cơ thể, đặc biệt là hệ thống xương khớp diễn ra từ những năm 30-40 tuổi của đời người. Trong 59 người bệnh, chúng tôi chia độ tuổi theo mức chênh lệch nhau với khoảng cách là 10 năm. Qua phân tích số liệu, chúng tôi đã ghi nhận được độ tuổi mắc bệnh lý tuỷ cổ - rễ cổ cần được phẫu thuật chiếm nhiều nhất ở độ tuổi từ 61-70; số người bệnh này chiếm 35,6% cỡ mẫu. Với độ tuổi trung bình là $53,51 \pm 13,36$.

Nghiên cứu 31 trường hợp phẫu thuật điều trị bệnh lý tuỷ cổ bằng phương pháp tạo hình bản sừng lõi sau, tác giả Lương Minh Quang và cộng sự đã ghi nhận độ tuổi trung bình mắc bệnh là 57,2 tuổi [1]. Độ tuổi trung bình của người bệnh trong lô nghiên cứu 101 trường hợp phẫu thuật tái tạo bản sừng bằng phương pháp Kurokawa cho người bệnh bị bệnh lý tuỷ cổ có độ tuổi là $63,6 \pm 11,8$ tuổi [10].

Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam là 73,6 tuổi, trong khi đó ở nam giới có tuổi thọ trung bình là 71 tuổi; còn 76,3 là giá trị của tuổi thọ trung bình ở người nữ. Theo kết quả thống kê thì tuổi thọ trung bình của người mắc bệnh về cột sống cổ phù hợp với tình hình mắc bệnh chung của dân số ở người lớn tuổi trong cả nước. Và cũng so sánh với các nghiên cứu khác, lứa tuổi mắc bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với những nghiên cứu của tác giả khác.

4.2.3. Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất

Theo số liệu nghiên cứu, thời gian mổ trung bình là $195,3 \pm 68,6$ phút, lượng máu mất trung bình cho các ca mổ là $78,8 \pm 48,4$ ml ca mổ. Với phương pháp tạo hình bản sống cột sống cổ đường sau, tác giả Lương Đăng Quang [1] nhận thấy qua 31 người bệnh tác giả nhận định thời gian phẫu thuật trung bình là 81 ± 31 phút; lượng máu chảy trung bình trong mổ là 156 ± 47 ml.

Chúng tôi lựa chọn nghiên cứu này để so sánh vì thiết kế nghiên cứu tương tự với chúng tôi về cỡ mẫu, phương pháp can thiệp, tiêu chí phân tích và cùng quốc gia. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy thời gian phẫu thuật của chúng tôi kéo dài hơn so với nghiên cứu trên, trong khi đó lượng máu mất của trong tôi trong mổ từng người bệnh ít hơn. Vì chúng tôi luôn lựa chọn phương pháp bộc lộ cột sống cổ đường sau theo hướng can thiệp tối thiểu điều này làm hạn chế những biến chứng sau mổ như đau dai dẳng cổ sau mổ, teo cơ phía sau cột sống cổ sau mổ, giảm lượng máu mất trong mổ. Sau khi làm sạch vùng sụn vùng liên mấu khớp, lấy bỏ các sụn khớp trước khi đặt xương ghép nhằm gia tăng lượng xương ghép và giương ghép xương; điều này làm tăng cường khả năng lành xương cho mỗi ca mổ; chính vì thế thời gian mổ của chúng tôi kéo dài hơn so với nghiên cứu khác nhưng theo chúng tôi, việc này là hợp lý và cần thiết để thực hiện.

4.2. Giá trị trung bình của JOA trước mổ - sau mổ và tỉ lệ hồi phục JOA sau mổ

4.2.1. Giá trị trung bình của thang điểm JOA trước mổ - sau mổ

Giá trị trung bình về JOA trước mổ và sau mổ của chúng tôi lần lượt là $10,68 \pm 1,29$ so với giá trị JOA sau mổ là $15,54 \pm 0,87$. Khi thực hiện kiểm định T-test so sánh 2 giá trị trung bình của JOA trước mổ và sau mổ chúng tôi nhận thấy sự khác biệt giữa 2 giá trị này có ý nghĩa thống kê với trị số $p < 0,05$. Tác giả Houten đã phẫu thuật 38 người bệnh với trung bình là 4,6 tầng/người bệnh được mổ. Với tỉ lệ hồi phục của JOA lên đến 97% và trị số trung bình của JOA trước mổ là 12,9 so với sau mổ là 15,58 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với trị số $p < 0,05$ [4].5]. Tác giả Manoj Dayalal Singrakhia nhận thấy chỉ số sau mổ về thang điểm chức năng đánh giá theo Hội chấn thương chỉnh hình Nhật Bản có cải thiện rõ rệt. Chỉ số JOA cải tiến trước mổ có giá trị trung bình là 8,56 và sau mổ là 13,57; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [69]. Tác giả Wei Du và công sự phẫu thuật cho 43 người bệnh bị bệnh lý tủy cổ với độ tuổi trung bình là 59,6. Qua thời gian theo dõi trung bình 2,8 năm; tác giả ghi nhận trung bình số tầng được phẫu thuật là 3,97 tầng/người bệnh, giá trị JOA trước mổ và sau mổ có sự thay đổi rất rõ rệt lần lượt là $6,26 \pm 1,9$ so với sau mổ là $14,9 \pm 1,4$ [92].

Qua phân tích số liệu về giá trị của JOA trước mổ và sau mổ so với những nghiên cứu khác cho thấy mức độ cải thiện về giá trị phục hồi thần kinh sau mổ trong lô nghiên cứu của chúng tôi tương đương với sự cải thiện về chức năng thần kinh trong các nghiên cứu khác (ở mức độ JOA trước mổ tương đồng với các nghiên cứu khác). Điều này có thể chứng minh rằng phương pháp can thiệp của chúng tôi phù hợp và hiệu quả so với những nghiên cứu khác.

4.2.2. Tỉ lệ hồi phục JOA sau mổ

Tỉ lệ phục hồi JOA sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị trung bình là $65,07 \pm 10\%$, tỉ lệ phục hồi ít nhất là 29% và nhiều nhất là 88%.

Theo tác giả Lê Đăng Thanh, Tỉ lệ phục hồi trong lô nghiên cứu kết quả rất tốt là 61%, tốt 34,1%, trung bình 4,9%, kém 0%, 14 trường hợp phục hồi hoàn toàn 100%, tỉ lệ phục hồi trung bình là 79,33%. Qua phẫu thuật 101 trường hợp có bệnh lý tủy cổ bằng

phương pháp tạo hình bản sống theo kỹ thuật Kurokawa, với thời gian theo dõi 12 tháng, tác giả Yukawa nhận định trong lô nghiên cứu của mình có tỉ lệ phục hồi JOA là 56,2%; với 63 bệnh nhân có sự phục hồi JOA lớn hơn 50%; trong khi đó có 38 người bệnh có tỉ lệ phục hồi dưới 50% [10].

Tỉ lệ hồi phục JOA này được đề xuất bởi tác giả Hirabayashi [37,8]. Và được phân theo mức độ hồi phục với các giá trị của RR>75%: rất tốt, RR>50%: tốt, RR>20%: trung bình, RR<20%: xấu. Tỉ lệ phục hồi JOA là thể hiện tiến triển của thang điểm JOA sau mổ so với trước mổ, tiếp cận 100% chứng tỏ sự hồi phục này đạt đến tuyệt đối. Theo thang điểm của Hirabayashi thì tỉ lệ hồi phục này đạt ở mức > 50% là tốt. Số liệu của chúng tôi cho thấy mức phục hồi JOA cao nhất là 88% chứng tỏ hiệu quả của phương pháp cải thiện là rất tốt, có vài trường hợp sự cải thiện này < 50% và thấp nhất là 29% ở những người bệnh tổn thương tủy cổ mức độ nặng nhưng xét về tổng thể, mức độ cải thiện về tỉ lệ JOA trung bình khoảng 65% cho thấy phương pháp này đáp ứng được hiệu quả điều trị cho người bệnh.

4.2.3. Tỉ lệ lành xương trên phim X quang

Khác với những phương pháp thực hiện hàn xương cột sống cổ lõi sau đơn thuần, chúng tôi sử dụng phương pháp bóc vỏ xương và sụn vùng liên mấu khớp, sau đó đặt xương ghép tại chỗ vào vùng chuẩn bị ghép giữa các mấu khớp, điều này làm gia tăng diện tích tiếp xúc giữa các xương ghép và khả năng lành xương sau phẫu thuật.

Tác giả Houten đã theo dõi 38 người bệnh với thời gian theo dõi trung bình là 5,9 tháng sau mổ tác giả nhận thấy không có sự thay đổi về chỉ số đường cong trên x quang cột sống cổ nghiêng, điều này chứng tỏ có sự hàn xương vững chắc sau mổ [45]. Tác giả Manoj và cộng sự thực hiện số tầng được cắt bản sống là 342 tầng trong 112 người bệnh [69], với thời gian theo dõi trung bình là 33,24 tháng. Tác giả theo dõi thường qui hình ảnh x quang sau mổ và nhận thấy cột sống sau mổ vẫn duy trì được sự thẳng hàng theo chỉ số cong của cột sống cổ (curvature index) ở tất cả các người bệnh.

Với 59 người bệnh được phẫu thuật, chúng tôi đã thực hiện việc hàn xương tại 154 tầng cột sống cổ, trung bình 2.61 tầng/người bệnh được phẫu thuật. Dựa vào tiêu chuẩn lành xương trên hình ảnh x quang theo tiêu chí của tác giả Do Yeon Kim [36] chúng tôi đánh giá mức độ lành xương xuất hiện ở 148 tầng cột sống cổ được hàn xương so với 154 tầng cột sống đã được thực hiện ghép xương trước mổ. Vậy tỉ lệ lành xương sau phẫu thuật ghép xương liên mấu khớp được thống kê là 96,1%. Cho thấy hiệu quả của phương pháp phẫu thuật này là đủ vững để cố định cột sống cổ và cung cấp đủ số lượng xương và diện tích giường ghép xương tạo sự lành xương vững chắc ở phía sau cột sống cổ.

4.3. Tỉ lệ biến chứng sau mổ

Với phương pháp phẫu thuật giải áp các trường hợp bệnh lý tủy cổ bằng đường mổ phía sau có tạo hình bản sống, tác giả Lương Đăng Quang đã nhận thấy có 3 trường hợp bị liệt rễ cột sống cổ C5 sau mổ. Tác giả còn nhận thấy không có trường hợp nào bị máu tụ ngoài màng cứng tủy cổ, không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ hoặc rò dịch não tủy do rách màng cứng trong mổ [1]. Qua thời gian 50 tháng thực hiện nghiên cứu Lali H. S. Sekhon và cộng sự đã thực hiện phẫu thuật 1026 ốc khối bên có 20 ốc phải mổ lại để thay đổi hướng ốc vì có hiện tượng lỏng ốc, một người bệnh có biểu hiện của tổn thương đốt liên kề cần phải can thiệp phẫu thuật, một người bệnh cần phải phẫu thuật lại vì việc giải áp vẫn chưa thực hiện đủ [8]. Qua thời gian theo dõi ít nhất 6 tháng với nhóm 30 người bệnh được phẫu thuật cắt bản sống và cố định dụng cụ phía sau cột sống cổ tác giả Ali Rabee Kamel Hamdan đã nhận thấy đã làm gãy 2 mấu khớp và có 4 mấu khớp bị thủng khi đặt ốc [24].

Qua số liệu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, không có sự xuất hiện của những biến chứng liên quan đến cuộc mổ như ốc vít bị tụt – lỏng, nhiễm trùng hoặc tụ máu vết mổ, đau hoặc liệt rễ C5 sau mổ, tăng độ cứng cột sống sau mổ. Những tỉ lệ biến chứng này là 0% sau thời gian theo dõi trung bình là 17,51 tháng. Chúng tôi có 4 trường hợp bị viêm phổi sau phẫu thuật. Tất cả các trường hợp viêm phổi sau phẫu thuật đều gặp ở những người bệnh bị liệt tứ chi đối với những người bệnh này những biến chứng do nằm lâu như loét tỳ đè, nhiễm trùng tiểu, viêm phổi, suy mòn rất dễ diễn ra. Ở tất cả bệnh nhân này, việc điều trị nội khoa ổn định, hồi phục và xuất viện an toàn không để lại di chứng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị bệnh lý tủy cổ nhiều tầng từ C3-7 bằng phương pháp cắt bản sống giải áp lõi sau cùng với việc cố định cột sống cổ bằng ốc khối bên và hàn xương liên mấu khớp là phương pháp hiệu quả, an toàn dễ thực hiện ở các cơ sở thực hành chuyên môn; hơn thế nữa phương pháp này còn duy trì được độ vững của cột sống và tỉ lệ lành xương sau hàn xương rất cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Đăng Quang (2016), Hiệu quả của phẫu thuật tạo hình bản sống kiểu mở cửa sổ trong điều trị bệnh lý tủy cổ đa tầng, Thời sự Y học 09/2016, tr 97-101.
2. Ali Rabee Kamel Hamdan (2019), Effect of Sub-axial Cervical Lateral Mass Screw Fixation on Functional Outcome in Patients with Cervical Spondylotic Myelopathy, Asian Journal of Neurosurgery. 14(1).
3. Do Yeon Kim (2012), Radiological efficacy of cervical lateral mass screw insertion and rod fixation by modified Magerl's method (Yoon's method) with minimum 2 years of follow up, Korean J Spine. 9(3), pp 137-141.
4. J. K. Houten (2003), Laminectomy and posterior cervical plating for multilevel cervical spondylotic myelopathy and ossification of the posterior longitudinal ligament: effects on cervical alignment, spinal cord compression, and neurological outcome, Neurosurgery. 52(5).
5. Lali H. S. Sekhon (2005), Posterior Cervical Lateral Mass Screw Fixation - Analysis of 1026 Consecutive Screws in 143 Patients, J Spinal Disord Tech. 0(0), pp 1-7.
6. Manoj Dayalal Singrakhia (2017), Cervical Laminectomy with Lateral Mass Screw Fixation in Cervical Spondylotic Myelopathy: Neurological and Sagittal Alignment Outcome: Do We Need Lateral Mass Screws at each Segment?, Indian journal of orthopaedics. 6(51), pp 658-665.
7. Suda Kuda and Abumi Kuniyoshi (2003), Local kyphosis reduces surgical outcomes of expansive open-door laminoplasty for cervical spondylotic myelopathy, Spine (Phila Pa 1976). 28(12), pp 1258-62.
8. Takahashi H (2009), Prediction of clinical results of laminoplasty for cervical myelopathy focusing on spinal cord motion in intraoperative ultrasonography and postoperative magnetic resonance imaging, Spine (Phila Pa 1976). 34(24), pp 2634-41.
9. Wei Du (2014), Enlarged laminectomy and lateral mass screw fixation for multilevel cervical degenerative myelopathy associated with kyphosis, The Spine Journal. 14, pp 57-64.
10. Yasutsugu Yukawa (2012), Prediction of lower limb functional recovery after laminoplasty for cervical myelopathy: focusing on the 10-s step test, Eur Spine Journal. 21(7), pp 1389-1395.

(Ngày nhận bài: 06/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 05/09/2020)
