

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HẸP ỚNG SỐNG THẮT LƯNG ĐA TẦNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2020

Nguyễn Trung Tĩnh^{1*}, Nguyễn Duy Linh¹, Hà Thoại Kỳ¹, Phạm Văn Linh¹,

Chương Chấn Phước²

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

*Email: Dcnguyentrungtin@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp ống sống thắt lưng là nguyên nhân phổ biến nhất gây nên đi cách hồi thần kinh và đau thắt lưng. Cố định cột sống và hàn khớp liên thân đốt cột sống thắt lưng đường sau được xem là cách điều trị tốt cho bệnh lý này. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh lý. (2) Kết quả điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cố định cột sống và hàn khớp liên thân đốt cột sống thắt lưng đường sau tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 2019-2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả 39 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Đánh giá kết quả điều trị sau 6 tháng sử dụng thang điểm của hiệp hội chấn thương Nhật Bản về điều trị đau thắt lưng. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 57,87 với tỷ lệ giới tính là 0,86/1. 100% trường hợp có đau lưng và đi cách hồi thần kinh. 53,85% trường hợp có cả thoát vị đĩa đệm và dày dây chằng vàng. Kết quả phẫu thuật sau 6 tháng: 23% rất tốt, 46% tốt, 31% trung bình, không có trường hợp nào xấu. **Kết luận:** Hẹp ống sống thắt lưng đa tầng thường gặp ở người trung niên, nữ nhiều hơn nam. Triệu chứng lâm sàng là đau thắt lưng và đi cách hồi thần kinh. Tổn thương thường thấy trên phim là thoát vị đĩa đệm và dày dây chằng vàng. Phẫu thuật cố định cột sống và hàn khớp liên thân đốt cột sống thắt lưng đường sau có hiệu quả cao trong điều trị bệnh lý này.

Từ khóa: hẹp ống sống thắt lưng đa tầng, cố định cột sống và hàn khớp liên thân đốt cột sống thắt lưng đường sau.

ABSTRACT

RESULTS EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT OF MULTISEGMENTAL LUMBAR SPINAL STENOSIS IN CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2020

Nguyen Trung Tinh¹, Nguyen Duy Linh¹, Ha Thoai Ky¹, Pham Van Linh¹,
Chuong Chan Phuoc²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

2. Can Tho General Central Hospital

Background: Lumbar spinal stenosis (LSS) is one of the most common cause of neurogenic claudication and low back pain. Posterior lumbar interbody fusion (PLIF) was considered the standard treatment for LSS. **Objectives:** (1) Characterizing the features of clinical symptoms and magnetic resonance imaging (MRI) of Multisegmental lumbar spinal stenosis (MLSS). (2) Result of surgical treatment of MLSS after 6 months at Can Tho Central General Hospital from 2019 to 2020. **Materials and methods:** Descriptive study of 39 patients with MLSS who underwent surgery by PLIF at Can Tho Central General Hospital. Evaluating the results of surgical treatment after 6 months using Japanese orthopedic association scoring system for treatment of low back pain (JOA score). **Results:** The men age of participants was 57.87 years with sex ratio of 0.86/1. Symptoms: 100% cases had low back pain and neurogenic claudication. 53.85% cases had both disc herniation and hypertrophy of the ligamentum flavum. The result of surgical treatment after 6 months: excellent

23%, good 46%, 31% fair, not any poor cases. **Conclusion:** MLSS is a disease involved in middle-age patient, usually occurred in woman. The characteristic syndrome most commonly is back pain and neurogenic claudication. MRI commonly occurred in disc herniation and heper trophy of the ligamentum flavum. PLIF is a effective surgery in treatment of MLSS.

Keywords: multisegmental lumbar spinal stenosis, posterior lumbar interbody fusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống thắt lưng (lumbar spinal stenosis) là một tình trạng bệnh lý, trong đó ống sống hẹp lại làm chèn ép rễ và dây thần kinh ở các đốt sống là một quá trình lão hóa do sự phì đại của mặt khớp, dày dây chằng, thoái hóa đĩa đệm. Những thay đổi này làm chèn ép các cấu trúc thần kinh và mạch máu một hay nhiều tầng gây nên bệnh lý hẹp ống sống thắt lưng một hay nhiều tầng [10]. Phương pháp phẫu thuật giải ép và làm cứng kết hợp với hàn khớp liên thân đốt sống thắt lưng đường sau đang được sử dụng rộng rãi trong điều trị bệnh lý hẹp ống sống thắt lưng. Trong những năm gần đây, tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ đã tiếp nhận không ít bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng đa tầng, đồng thời đã và đang điều trị bệnh lý này bằng phương pháp trên. Từ đó, chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hẹp ống sống thắt lưng đa tầng tại khoa Ngoại Thần kinh - Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ” bằng phương pháp cố định cột sống và hàn khớp liên thân đốt cột sống thắt lưng đường sau từ 2019 đến 2020 nhằm: (1) Mô tả triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh hẹp ống sống thắt lưng đa tầng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. (2) Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sau 6 tháng của bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng đa tầng dựa trên mức độ cải thiện theo thang điểm JOA (Japanese orthopedic association scoring system for treatment of low back pain) [11]. Qua đó áp dụng thực tiễn để nâng cao chất lượng phục vụ bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân chẩn đoán hẹp ống sống thắt lưng đa tầng và được chỉ định điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 2019 đến 2020.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Hẹp ống sống thắt lưng đa tầng mắc phải; có số tầng cần phẫu thuật tương ứng với số tầng hẹp trên phim cộng hưởng từ cột sống thắt lưng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Hẹp ống sống thắt lưng đa tầng do chấn thương, kèm theo trượt, bệnh lý tân sinh – u bướu, bệnh lý nhiễm trùng, bệnh lý gù vẹo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca.

- **Cỡ mẫu:** 39 bệnh nhân.

- **Phương pháp và nguyên tắc chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, ghi nhận các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh. Thăm khám lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và ghi nhận thông tin bằng bộ câu hỏi. Theo dõi kết quả điều trị sau mổ, khi xuất viện và sau 6 tháng.

- **Phân tích số liệu:** Phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu này, có 39 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, gồm 18 nam (46,15%) và 21 nữ (53,85%). Tuổi trung bình là $57,87 \pm 7,77$ năm, nhỏ nhất là 40 tuổi và

lớn nhất là 70 tuổi.

3.2. Đặc điểm về lâm sàng

Bảng 1. Lý do vào viện của bệnh nhân

	Đau thắt lưng lan xuống chân	Đau lưng	Nhóm khác
n	29	10	0
%	74,36	25,64	0

Nhận xét: Triệu chứng đau thắt lưng lan xuống chân là lý do vào viện nhiều nhất (74,36%), còn lại là vào viện vì đau thắt lưng nổi bật (25,64%).

Bảng 2. Thời gian diễn tiến bệnh cho đến lúc nhập viện điều trị

	< 6 tháng	6 tháng - < 1 năm	1 năm - < 2 năm	2 năm
n	2	22	12	3
%	5,1	56,4	30,8	7,7

Nhận xét: Thời gian diễn tiến bệnh từ 6 tháng đến dưới 1 năm chiếm nhiều nhất (56,4%) và thấp nhất là dưới 6 tháng (5,1%).

Tất cả các trường hợp đều có triệu chứng đi cách hồi thần kinh (100%).

Bảng 3. Nghiệm pháp Lasegue

	70 - 90°	30 - 60°	< 30°
n	0	38	1
%	0	97,44	2,56

Nhận xét: Nghiệm pháp căng rễ dương tính cả 39 trường hợp (100%), trong đó có 1 trường hợp Lasegue <30°.

Bảng 4. Rối loạn cảm giác

	Rối loạn rõ rệt	Rối loạn nhẹ	Không
n	28	11	0
%	71,79	28,21	0

Nhận xét: Số bệnh nhân có rối loạn cảm giác nhẹ chiếm tỷ lệ (28,21%), 28 trường hợp có rối loạn cảm giác rõ rệt (71,79%).

Bảng 5. Rối loạn vận động

	Yếu cơ rõ ràng (Grade 0-3)	Yếu cơ nhẹ (Grade 4)	Không
n	29	10	0
%	74,36	25,64	0

Nhận xét: Triệu chứng rối loạn vận động yếu cơ nhẹ chiếm tỷ lệ (25,64%), yếu cơ rõ ràng chiếm đa số (74,36%).

Điểm JOA trung bình trước phẫu thuật của bệnh nhân là $2,23 \pm 1,65$ điểm. Bệnh nhân có thang điểm JOA trước phẫu thuật thấp nhất là -2 và cao nhất là 8 điểm.

3.3. Hình ảnh cộng hưởng từ

Bảng 6. Nguyên nhân tổn thương trên phim cộng hưởng từ

	Thoát vị đĩa đệm	Thoát vị đĩa đệm kèm dày dây chằng vàng	Thoát vị đĩa đệm kèm phì đại mấu khớp	Có cả 3 loại tổn thương
n	9	21	1	8
%	23,08	53,85	2,56	20,51

Nhận xét: Tổn thương thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm kết hợp dày dây chằng

vàng (53,85%). Ít gặp nhất là thoát vị đĩa đệm kèm phì đại mấu khớp có 1 trường hợp.

3.4. Kết quả trong phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $239,1 \pm 55$ phút. Với trường hợp phẫu thuật lâu nhất là 410 phút và trường hợp phẫu thuật nhanh nhất là 120 phút.

Lượng máu trung bình cần truyền trong phẫu thuật là $542,31 \pm 201,49$ mL. Trường hợp cần truyền nhiều máu nhất đến 1050 mL máu và có 1 trường hợp không cần phải truyền máu.

Thời gian hậu phẫu trung bình $10,05 \pm 3,87$ ngày. Trường hợp hậu phẫu lâu nhất là 20 ngày và ngắn nhất là 3 ngày.

Chỉ có 02 trường hợp rách màng cứng (5,13%), 01 trường hợp có tổn thương rễ (2,56%) và 01 trường hợp vỡ chân cung (2,56%).

Điểm số JOA lúc xuất viện trung bình là $7,49 \pm 2,44$ điểm với cao nhất là 14 điểm và thấp nhất là 3 điểm.

Điểm số JOA sau phẫu thuật 6 tháng: Trung bình là $18,26 \pm 4,33$ điểm, thấp nhất là 10 và cao nhất là 26 điểm.

Bảng 7. Tỷ lệ kết quả lâm sàng sau phẫu thuật 6 tháng

Kết quả	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	9	23
Tốt	18	46
Trung bình	12	31
Xấu	0	0
Tổng cộng	39	100

Nhận xét: Thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng: có 23% trường hợp cho kết quả rất tốt, 46% cho kết quả tốt, 31% cho kết quả trung bình và không có kết quả xấu. Tỷ lệ từ tốt đến rất tốt chiếm 69%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $57,87 \pm 7,77$ năm, thuộc nhóm tuổi trung niên, điều này khác với y văn với độ tuổi nên là nhóm tuổi già. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ:nam = 21:18 (1,17:1). Sự chênh lệch về giới tính (nữ nhiều hơn nam) phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước [3], [4], [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì đau thắt lưng lan xuống chân là triệu chứng lý do nhập viện thường gặp nhất chiếm 74,36% cao hơn so với các tác giả Nguyễn Hiền Nhân (2019) với 56,4% [4] bởi vì đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là hẹp ống sống đã lâu ngày. Tỷ lệ đau thắt lưng trong nghiên cứu của chúng tôi là 100% khá tương đồng với các tác giả: Kwon (2014) là 81% [12], Nguyễn Thế Hanh (2012) là 100% [1], Nguyễn Hiền Nhân (2019) là 97,4% [4]. Tỷ lệ đi cách hồi thần kinh trong nghiên cứu này là 100% và tương đồng với tác giả Issack và cộng sự (2012) là 94% [9], Nguyễn Thế Hanh (2012) là 66% [1], Nguyễn Hiền Nhân (2019) là 97,4% [4]. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tổn thương thường thấy trên phim cộng hưởng từ là thoát vị đĩa đệm kết hợp dày dây chằng vàng chiếm tỷ lệ 53,85% tương tự Hansson (2009) và Luire (2008) [8], [13]. Thời gian hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình 10,05 ngày dài hơn nhiều so với Basques với 2,1 ngày [5]. Lý giải điều kiện chăm sóc sau mổ chưa tốt, chưa có nhiều bệnh viện vệ tinh để giảm tải. Lượng máu cần truyền trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 542,31 mL nhiều hơn tác giả Sheng (2002) [14]. Lý giải việc kỹ thuật chưa tốt, điều kiện trang thiết bị thiếu thốn, tuy nhiên thời gian mổ của chúng tôi trung bình là 239,1 phút lại thấp hơn Sheng (2002) với trung bình

280 phút [14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì điểm JOA trung bình trước phẫu thuật là $2,23 \pm 1,65$ điểm, thấp nhất là -2 và cao nhất là 8. Dohzono và cộng sự (2013) có điểm JOA trung bình trước phẫu thuật là 13,6, thấp nhất là 6 cao nhất là 19 [7]. Nguyễn Hiền Nhân (2019) có điểm JOA trung bình trước phẫu thuật là $13,90 \pm 2,16$, thấp nhất là 10 cao nhất là 18 [4]. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn nhiều với điểm JOA trước phẫu thuật của các tác giả khác, điều này có thể lý giải ở việc hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều lựa chọn đến khi không thể chịu đựng đau thêm nữa mới vào viện dẫn đến đã phần các triệu chứng nặng nề. Theo Nguyễn Hiền Nhân (2019) thì tỷ lệ các trường hợp đạt mức cải thiện rất tốt lúc 12 tháng là 69,2%, đạt mức tốt lúc 12 tháng là 28,2%, chỉ có một trường hợp duy nhất cải thiện mức độ trung bình và không có trường hợp nào đạt mức xấu [4]. Phan Trọng Hậu và cộng sự (2011) ghi nhận trong 28 trường hợp điều trị phẫu thuật hẹp ống sống với mức cải thiện lâm sàng rất tốt 62,5%, tốt 25%, trung bình 12,5% và cũng không có trường hợp nào đạt mức xấu [2]. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi thì tại thời điểm 6 tháng thì tỷ lệ các trường hợp đạt mức cải thiện rất tốt là 23%, đạt mức tốt là 46%, mức độ trung bình là 31% và không có trường hợp nào đạt mức xấu. Kết quả này thấp hơn các tác giả nói trên vì nghiên cứu của chúng tôi chỉ mới dừng ở mức 6 tháng và vì lâm sàng trước mổ cũng nặng nề dẫn đến khả năng hồi phục kém hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận biến chứng trong lúc phẫu thuật có 2 trường hợp rách màng cứng (5,13%) được khắc phục và lại màng cứng và không thấy rò dịch não tủy sau mổ, tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Hiền Nhân (2019) và Chaichana (2014) [4], [6]. Đặc biệt có 1 trường hợp tổn thương rễ thần kinh và 1 trường hợp vỡ chân cung trong lúc phẫu thuật, chiếm tỷ lệ rất nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Đau lưng và đi cách hồi thần kinh là hai triệu chứng rất thường gặp ở bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng đa tầng. Hình ảnh cộng hưởng từ thường gặp là thoát vị đĩa đệm kèm dày dây chằng vàng. Giúp ít cho chẩn đoán bệnh.

Phẫu thuật cố định cột sống kết hợp hàn khớp liên thân đốt cột sống thắt lưng đường sau có hiệu quả điều trị cao đối với bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng đa tầng từ đó áp dụng thực tiễn để nâng cao chất lượng phục vụ bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế Hanh (2012). Điều trị phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng mất vững bằng dụng cụ krypton. *Luận văn Chuyên khoa cấp 2*, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Phan Trọng Hậu (2011). Kết quả phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng do thoái hóa bằng kỹ thuật can thiệp ít xâm nhập qua ống banh. *Y Dược Lâm Sàng*, Tập 108, số 6:256-260.
3. Nguyễn Thế Luyện (2010). Kết quả phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số 14:257-261.
4. Nguyễn Hiền Nhân (2019). Đánh giá sau phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng đa tầng do thoái hóa bằng phương pháp hàn xương liên thân đốt lồi sau tại bệnh viện Trung Vương. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 23, số 6:28-33.
5. Basques, B.A., Varthi, A.G. (2014). Patient characteristics associated with increased postoperative length of stay and readmission after elective laminectomy for lumbar spinal stenosis. *Spine* 39 (10), 833, 2014.
6. Chaichana, K.L., Bydon, M. (2014). Risk of infection following posterior instrumented lumbar fusion for degenerative spine disease in 817 consecutive cases. *J Neurosurg Spine*, 20(1): 45-52.
7. Dohzono, S., Matsumura, A., Terai, H., Toyoda, H. (2013). Radiographic evaluation of

- postoperative bone regrowth after microscopic bilateral decompression via a unilateral approach for degenerative lumbar spondylolisthesis. *J Neurosurg Spine*, 18(5):472-8.
8. Hansson, T., Suzuki, N. (2009). The narrowing of the lumbar spinal canal during loaded MRI: the effects of the disc and ligamentum flavum. *European Spine Journal*, 18(5):679-686.
 9. Issack, P.S., Cunningham, M.E., Pumberger, M., Hughes, A.P., Cammisa, F.P. (2012). Degenerative lumbar spinal stenosis: evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg*, 20(8):527-35.
 10. Kalff, R., Ewald, C., Waschke, A., Gobisch, L., Hopf, C. (2013). Degenerative lumbar spinal stenosis in older people: current treatment options. *Dtsch Arztebl Int*, 110(37):613-23.
 11. Kawakami, M., Tamaki, T., (2004). *Relationships Between Lumbar Sagittal Alignment and Clinical Outcomes After Decompression and Posterolateral Spinal Fusion for Degenerative Spondylolisthesis*, in *Advances in spinal fusion*. p.398-406.
 12. Kwon, Y.J. (2014). Central decompressive laminoplasty for treatment of lumbar spinal stenosis: technique and early surgical results. *J Korean Neurosurg Soc*, 56(3):206-210.
 13. Lurie, J.D., Tosteson, A.N. (2008). Reliability of reading of magnetic resonance imaging features of lumbar spinal stenosis. *Spine*, 33(14), 1605.
 14. Zheng, F., Cammisa, F.P. (2002). Factors predicting hospital stay, operative time, blood loss, and transfusion in patients undergoing revision posterior lumbar spine decompression, fusion, and segmental instrumentation. *Spine*, 27(8): 818-824.

(Ngày nhận bài: 21/6/2021 – Ngày duyệt đăng: 29/7/2021)
