

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG CỐ ĐỊNH VÍT CUỐNG CUNG VÀ HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT

Võ Bá Tường¹, Đoàn Văn Hùng¹,
Nguyễn Thanh Long¹, Cao Ngọc Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng tại Bệnh viện Trung ương Huế- cơ sở 2.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 17 bệnh nhân bị trượt đốt sống được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế- cơ sở 2, từ tháng 10 - 2016 đến tháng 2 - 2018.

Kết quả: Có 15 bệnh nhân được cố định 1 tầng và 2 bệnh nhân được cố định 2 tầng đốt sống, không có tai biến trong mổ. Kết quả sau mổ theo Prolo: tỷ lệ khá-tốt: 88,23% trung bình: 11,77%.

Kết luận: Điều trị phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng bằng vít cuống cung và hàn xương liên thân đốt giúp bệnh phục hồi vận động sớm, mức độ can xương chắc.

Từ khóa: trượt đốt sống thắt lưng, vít cuống cung, hàn xương

ABSTRACT

EVALUATION OF SURGICAL RESULT OF LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS BY PEDICLE SCREW FIXATION AND BONE GRAFT INTERBODY FUSION

Vo Ba Tuong¹, Doan Van Hung¹,
Nguyen Thanh Long¹, Cao Ngoc Thang¹

Objective: We evaluated the clinical examination, imaging finding and surgical results of lumbar spondylolisthesis at Hue Central Hospital- base 2.

Method and materials: Retrospective review of 17 cases of lumbar spondylolisthesis undergone surgical treatment from October - 2016 to February- 2018.

Results: There were 15 patients undergone one level fusion, and 2 patients two level fusion. There were no intraoperative complication. Result based on Prolo classification: good: 88.23%, medium: 11.77%

Conclusion: Surgical treatment for lumbar spondylolisthesis by pedicle screw fixation and bone graft interbody fusion help patient in motor recovery earlier, bone graft firm.

Key words: lumbar spondylolisthesis, pedicle screw fixation, bone graft.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống là sự di chuyển bất thường của đốt sống trên so với đốt sống dưới [3]. Bệnh lý trượt

đốt sống thắt lưng là một trong những nguyên nhân gây đau lưng, làm hạn chế khả năng sinh hoạt và lao động của người bệnh.

1. BVTW Huế cơ sở 2

- Ngày nhận bài (Received): 31/5/2018; Ngày phản biện (Revised): 11/6/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 25/6/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Võ Bá Tường
- Email: vbtuong001@gmail.com; ĐT: 0905997679

Nguyên nhân thường gặp là do thoái hóa cột sống và khuyết eo cung sau đốt sống, bên cạnh đó còn gặp trong một số bệnh lý khác như: Loạn sản, lao cột sống, ung thư di căn cột sống... Tổn thương thường gặp là đốt sống thắt lưng L4-L5 và thắt lưng cùng L5-S1 [1].

Bệnh lý trượt đốt sống ngày càng được chẩn đoán và điều trị kịp thời, đặc biệt là điều trị phẫu thuật, cùng với sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như: X quang, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ và các phương tiện phẫu thuật đã góp phần chẩn đoán và điều trị bệnh lý này ngày càng chính xác và hiệu quả hơn [2].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

- *Mô tả các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học trượt đốt sống thắt lưng.*

- *Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống bằng phẫu thuật cố định vít cuống cung và hàn xương liên thân đốt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Có 17 bệnh nhân, trong đó có 15 bệnh nhân trượt 1 đốt sống và 2 bệnh nhân trượt 2 đốt sống thắt lưng do thoái hóa hoặc khuyết eo cung sau được phẫu thuật kết hợp xương và hàn xương liên thân đốt tại Bệnh viện Trung ương Huế- cơ sở 2, từ tháng 10 - 2016 đến tháng 2- 2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Đau cột sống thắt lưng có hoặc không đau theo rễ thần kinh trên lâm sàng khi điều trị nội khoa không đỡ.

- Hình ảnh trượt trên phim X-quang quy ước thẳng nghiêng hoặc CT-Scanner kèm yếu tố mất vững khi góc trượt $\geq 15^\circ$ trên phim X-quang cột sống thắt lưng động cúi và ngửa tối đa.

- Hẹp ống sống và/hoặc chèn ép rễ thần kinh trên MRI.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Trượt đốt sống thắt lưng trên bệnh nhân bị các bệnh lý đi kèm: đái tháo đường, cao huyết áp, suy thận... chưa được điều trị ổn định.

- Bệnh lý khác gây đau thắt lưng và đau theo rễ thần kinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

2.2.1. Nghiên cứu đặc điểm chung

- Giới tính

- Tuổi

- Thời gian khởi bệnh

2.2.2. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng

- Triệu chứng mất vững

+ Đau thắt lưng + Ấn đau cạnh sống

+ Giảm biên độ vận động + Đau động

+ Biến dạng cột sống + Đau tĩnh

- Hội chứng hẹp ống sống

+ Đi lặc cách hồi + Rối loạn cảm giác

+ Yếu 2 chi dưới + Teo cơ

- Hội chứng chèn ép rễ thần kinh

+ Đau theo rễ thần kinh

+ Dấu Lasègue

- Đánh giá thang điểm Prolo trước mổ[6]

Thang điểm Prolo đánh giá khả năng làm việc/ vận động và tình trạng đau

Bảng 2.1. Thang điểm Prolo

Điểm	Làm việc/ vận động
1	Hoàn toàn không có khả năng vận động
2	Không làm được công việc nhẹ, bao gồm cả việc nhà và những hoạt động nghỉ ngơi
3	Làm việc/ vận động được nhưng không bằng trước khi bị bệnh
4	Làm việc/ vận động nhưng còn giới hạn
5	Hồi phục hoàn toàn
Điểm	Tình trạng đau
1	Đau không chịu được
2	Đau thắt lưng từ mức độ trung bình đến mức độ nặng
3	Đau thắt lưng hàng ngày nhưng mức độ nhẹ
4	Có một hay nhiều đợt đau thắt lưng hoặc đau dây thần kinh tọa
5	Hồi phục hoàn toàn, không còn những đợt đau thắt lưng

Xếp loại theo tổng điểm của 2 mục làm việc/vận động và tình trạng đau

<5 điểm: kém 7-8 điểm: khá
5-6 điểm: trung bình 9-10 điểm: tốt

2.2.3. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh học

- Vị trí tổn thương: Tầng trượt

+ Tầng L3-L4 + Tầng L3-L4 và L4-L5

+ Tầng L4-L5 + Tầng L4-L5 và L5-S1

+ Tầng L5-S1

- Mức độ trượt: Theo Meyerding [4]

Chia mức độ trượt thành 5 độ, dựa vào Xquang quy ước đo phần trăm trượt ra trước của thân đốt sống trên so với đốt sống dưới.

Độ I: trượt < 25%

Độ II: trượt từ 25% đến < 50%

Độ III: trượt từ 50% đến < 75%

Độ IV: trượt từ 75% đến 100%

Độ V: Trượt hoàn toàn > 100 %

- Góc trượt [3]

+ Từ 15° đến dưới 25°

+ Từ 25° trở lên

- Hẹp ống sống trên MRI: Đo đường kính trước sau của ống sống

+ Dưới 11mm: hẹp nặng

+ Từ 11 đến dưới 15mm: hẹp vừa

2.2.4. Đánh giá kết quả điều trị

- Thời gian nằm viện sau mổ

- Đánh giá kết quả phẫu thuật khi ra viện: Lâm sàng dựa vào thang điểm Prolo, cận lâm sàng dựa vào hình ảnh X- quang quy ước thẳng nghiêng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố theo giới tính

Gới	Bệnh nhân	n	%
Nam		12	70,56
Nữ		5	29,44
Tổng cộng		17	100%

Bảng 3.2 Phân bố theo tuổi

Bệnh nhân	n	%
Nhóm tuổi		
40 -50	5	29,41
51- 60	10	58,82
≥ 61	2	11,77
Tổng cộng	17	100%

Tuổi nhỏ nhất 43, tuổi lớn nhất 65

Bảng 3.3. Thời gian khởi bệnh:

Thời gian khởi bệnh	n	%
≤1 năm	1	5,88
>1-2 năm	5	29,41
>2-3 năm	9	52,95
> 3 năm	2	11,76
Tổng cộng	17	100%

Bảng 3.4. Các triệu chứng mất vững

Bệnh nhân	n	%
Triệu chứng		
Đau thắt lưng	17	100
Đau động	16	94,12
Đau tĩnh	11	64,71
Ấn đau cạnh sống	16	94,12
Giảm biên độ vận động	15	88,24

Bảng 3.5. Hội chứng hẹp ống sống

Bệnh nhân	n	%
Triệu chứng		
Đi lạc cách hồi	14	82,35
Yếu 2 chi dưới	11	64,71
Rối loạn cảm giác	10	58,82
Teo cơ	6	35,29

Bảng 3.6. Hội chứng chèn ép rễ thần kinh

Bệnh nhân	n	%
Triệu chứng		
Đau theo rễ thần kinh	14	82,35
Dấu Lasègue	10	58,82

Bảng 3.7. Lâm sàng trước mổ theo thang điểm Prolo

Bệnh nhân	n	%
Thang điểm Prolo		
Tốt	0	0,00
Khá	2	11,77
Trung bình	10	58,82
Xấu	5	29,41

Điểm cao nhất:7, thấp nhất: 2

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.8. Vị trí thương tổn

Bệnh nhân	n	%
Tầng trượt		
L3-L4	1	5,88
L4-L5	8	47,06
L5-S1	6	35,29
L3-L4 và L4-L5	1	5,88
L4-L5 và L5-S1	1	5,88
Tổng	17	100

Bảng 3.9. Mức độ trượt

Bệnh nhân	n	%
Độ trượt		
I	0	0,00
II	10	58,82
III	7	41,18
IV	0	5,88
Tổng	17	100

Bảng 3.10. Góc trượt

Góc trượt	n	%
15° - <25°	9	52,94
≥25°	8	47,06
Tổng	17	100

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Bảng 3.11. Thời gian bệnh nhân nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ	n	%
≤7 ngày	1	5,88
>7-10 ngày	14	82,35
>10 ngày	2	11,77
Tổng cộng	17	100%

Bảng 3.12. Tình trạng bệnh nhân sau mổ theo thang điểm Prolo

Tình trạng	Tốt	Khá	TB	Kém	Tổng
Bệnh nhân					
n	5	10	2	0	17
%	29,41	58,82	11,77	0,00	100

Bảng 3.13. Mức độ trượt đốt sống trước và sau mổ

Sau mổ	Bình thường	Độ I	Độ II	Tổng
Trước mổ				
Bình thường	0			
Độ I	0	0		0
Độ II	3	7	0	10
Độ III		4	3	7
Tổng	3	11	3	17

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu còn ngắn và số lượng bệnh nhân được phẫu thuật còn ít, chưa đủ cơ sở để rút ra kết luận có ý nghĩa thống kê. Kết quả trong nghiên cứu này chỉ là đánh giá ban đầu và tiếp tục được theo dõi, đánh giá với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

Theo phân độ trượt của Meyerding, chúng tôi gặp đa số bệnh nhân bị trượt độ II chiếm tỷ lệ cao

nhất (58,82%), không có trượt độ IV và độ V. Theo tác giả Gaines R.W, trượt đốt sống thường trong khoảng 30% rất ít trường hợp trượt trên 50% [5].

Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cho thấy tầng trượt chủ yếu L5-S1. Trong nghiên cứu của tác giả Rosa G.L trượt L5-S1 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,67%), tiếp đến tầng L4-L5 (43,33%), không thấy xuất hiện ở các tầng cao hơn như tầng L1-L2, tầng L2-L3 [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi,

chủ yếu gặp ở tầng L4-L5 (47,06%), trượt 2 tầng là (11,76%), chưa thấy trượt ở tầng cao hơn

Tất cả các bệnh nhân sau khi phẫu thuật, trước khi ra viện chúng tôi đều chụp X-quang cột sống thất lưng quy ước và ghi nhận rằng không có trường hợp nào gây vít cuống cung, gãy thanh nối dọc, tuột thanh nối dọc, bung ốc vít trong, miếng ghép đĩa đệm sai vị trí, nhảu tầng trượt, vít sai vị trí và ghi nhận mức độ nắn chỉnh.

Trong quá trình phẫu thuật ở lõi sau rất dễ tổn thương các rễ thần kinh, đặc biệt khi phẫu tích để giải phóng rễ thần kinh và trong khi đặt miếng ghép và xương vào giữa hai đốt sống. Tuy nhiên,

trong các trường hợp đã được phẫu thuật, chúng tôi không bị tai biến trong mổ. Y văn thế giới ghi nhận biến chứng hay gặp nhất đó là bắt vít cuống cung sai vị trí khoảng 4,2%. Tổn thương rễ thần kinh thường do bắt vít sai vị trí vào ống sống gây chèn ép rễ [5].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương cuống cung và ghép xương liên thân đốt cho bệnh nhân bị trượt đốt sống thất lưng là phương pháp đem lại hiệu quả cao, giảm đau, phục hồi thần kinh và giúp bệnh nhân sớm phục hồi vận động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Balderston R.A. (2003), “Degenerative and Isthmic Spondylolisthesis: Evaluation and Management”, *Principles and Practice of Spine Surgery*, Mosby, pp. 527-538.
2. Blondel B. (2012), “Management of Degenerative Lumbar Stenosis and Spondylolisthesis”, *Schmidek & Sweet Operative Neurosurgical Techniques: indications, methods, and result*, Saunders, 6th, pp.1891-1898.
3. Butt S. (2005), “The Imaging of Lumbar Spondylolisthesis”, *Clinical radiology*, 60, pp.533-546.
4. Fessler R.G. (2009), “Management of lumbar spondylolisthesis”, *Practical Handbook of Neurosurgery*, Vol 3, Springer Wien New York, pp.79-92.
5. Gaines RW. (2011), “The Use of Pedicle-Screw Internal Fixation for the Operative Treatment of Spinal Disorders”, *J. Bone Joint Surg Am*, pp.1458-1476.
6. Kraft C.N. (2008), “Spondylolisthesis”, *Spinal Disorders Fundamentals of Diagnosis and Treatment*, Springer, pp.733-759.
7. Rosa GL. et al (2001), “Posterior fusion compared with posterior interbody fusion in segmental spinal fixation for adult spondylolisthesis”, *Neurosurgical Focus*, 10(4), pp. 1-7.