

ĐÁNH GIÁ SỰ CẢI THIẾN MỨC ĐỘ TRƯỢT THÂN ĐỐT SỐNG SAU PHẪU THUẬT TLIF DỰA TRÊN X-QUANG THƯỜNG QUY

Assessment of the improvement of versatile slippage after tlif organization based on routine X-Rays

*Phan Thị Lan Phương**, *Hoàng Gia Du***, *Phạm Minh Thông****,
*Vũ Đăng Lưu****

SUMMARY

Aim: The study was carried out with the aim of evaluating the improvement of degree of vertebral body slippage after spinal fixation posterior slide manipulation with disc removal, by combining vertebral body fusion TLIF surgery and assessing the improvement in the level of post-X-ray-based vertebral slip, with clinical comparison.

Method: A total of 39 patients diagnosed with lumbar vertebral stem slide who were surgically treated at the Department of Orthopedic and Spinal Injuries of Bach Mai Hospital between July 2021 and July 2022 were included in the study.

Results: The results of the study showed that patients with lumbar vertebral slippage experienced the most in the L4-L5 position accounting for 67.4%, followed by L3-L4 accounting for 22.5%, L5-S1 accounting for 13.1%. All 100% of patients improved in the height of the disc gap between the vertebrae. No more diseases showed signs of ladder. Signs of intermittent pain also improved, and 80 percent of patients were able to travel longer distances than before.

Conclusion: Postoperative X-ray examination showed that the patients were corrected in surgery quite well, all patients had reduced levels of postoperative slippage and increase intervertebral space height.

Keywords: *routine X-ray, lumbar vertebral stem slide, TLIF surgery*

* Bệnh viện Y học cổ truyền
Trung ương

** Bệnh viện Bạch Mai

*** Trường Đại học Y Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) thắt lưng được định nghĩa là sự di chuyển bất thường ra phía trước của thân đốt sống cùng với cuống, mòm ngang và diện khớp phía trên, hay gặp nhất là ở tầng L4-L5 [1]. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau thắt lưng, ảnh hưởng lớn tới đời sống và kinh tế của người bệnh, đồng thời là gánh nặng cho xã hội... Theo thống kê tại Mỹ, có khoảng 2-3% dân số mắc bệnh TĐS, chi phí hàng năm trên 21 tỷ đô la Mỹ cho việc khám và chữa bệnh. Bệnh lý này do nhiều nguyên nhân gây ra như bẩm sinh, thoái hoá, khuyết eo, chấn thương... Mỗi nguyên nhân của bệnh gây nên một biến đổi giải phẫu riêng, tuy nhiên đặc điểm chung nhất là đều gây nên sự di chuyển bất thường ra phía trước của thân đốt sống cùng với cuống, mòm ngang và diện khớp phía trên [2].

Với những hiểu biết về giải phẫu học, sinh lý bệnh và đặc biệt là sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh cùng với sự ra đời của nhiều loại dụng cụ hỗ trợ điều trị, chúng ta đã có những bước tiến quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh. Bằng phim Xquang cột sống thắt lưng, việc chẩn đoán xác định trượt đốt sống khá dễ dàng các tư thế chụp thẳng, nghiêng, chéch ¾ trái-phải, cúi tối đa và ưỡn tối đa [3, 4].

Để thuận tiện cho tiên lượng và điều trị, có nhiều phân loại về các dạng trượt đốt sống thắt lưng được đề xuất như phân loại năm 1976 của Wiltse-Newman [5] hay Meyerding (1938)[6]. Trong đó phân loại theo đặc điểm hình ảnh Xquang thường quy của Meyerding [6] dựa trên tỷ lệ trượt được tính bằng khoảng cách trượt với độ rộng thân đốt sống trượt được biết đến như một phương pháp khá phổ biến.

Cùng với chẩn đoán bệnh thì điều trị bệnh lý TĐS cũng có nhiều phương pháp. Chỉ định điều trị nội khoa được sử dụng trong những trường hợp trượt mức độ nhẹ, biểu hiện chèn ép thần kinh thoáng qua, phẫu thuật được đặt ra khi điều trị nội khoa thất bại hoặc trong những trường hợp mức độ trượt cao, chèn ép thần kinh dữ dội. Việc theo dõi tiến triển của bệnh nhân sau mổ mang lại nhiều giá trị trong chẩn đoán và phương pháp điều trị. Hiện nay, có rất nhiều kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tiên tiến và hiện đại, xong Xquang thường quy vẫn dùng để

đánh giá bệnh nhân sau mổ, là phương pháp an toàn, không can thiệp, chi phí thấp, mức độ nhiễm xạ ít cho bệnh nhân và thầy thuốc. Năm 2011, Đỗ Huy Hoàng tiến hành một nghiên cứu hồi cứu đánh giá vai trò của chụp Xquang thường quy trong trượt đốt sống thắt lưng trên 60 bệnh nhân tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức [7] . Năm 2016, Nguyễn Vũ cũng đã tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật TLIF [8] trong điều trị trượt thân đốt sống thắt lưng trên 90 bệnh nhân tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, nhóm tác giả và có sử dụng Xquang thường quy để đánh giá hiệu quả điều trị trước và sau phẫu thuật.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu đánh giá sự cải thiện mức độ trượt thân đốt sống sau phẫu thuật TLIF dựa trên Xquang.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1 Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán trượt đốt sống thắt lưng-cùng được điều trị phẫu thuật tại khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2022.

2 Tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ

Tiêu chuẩn lựa chọn gồm:

- Bệnh nhân qua đánh giá lâm sàng và hình ảnh cần thiết (Xquang thường quy, Xquang động, cộng hưởng từ CSTL) để chẩn đoán xác định là TĐS thắt lưng-cùng và được chỉ định phẫu thuật theo Herkowitz[9]: Đau lưng liên tục hoặc tái phát và/hoặc đau chân hoặc đau nhức thần kinh làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống dù đã điều trị giảm đau không phẫu thuật (ít nhất 3 tháng). Suy giảm chức năng thần kinh tiến triển. Có các triệu chứng bàng quang hoặc ruột.

- Bệnh nhân được mổ thống nhất theo một phương pháp cố định cột sống qua cuống nắn trượt lồi sau kèm lấy bỏ đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt hai bên qua lỗ liên hợp (TLIF).

- Được đánh giá kết quả phẫu thuật TLIF sau mổ khi xuất viện bằng Xquang thường quy

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân gồm:

- Bệnh nhân có dị tật hai chi dưới, các bệnh lý nội khoa ảnh hưởng lớn tới chẩn đoán (lao cột sống, viêm màng nhện tuỷ...),

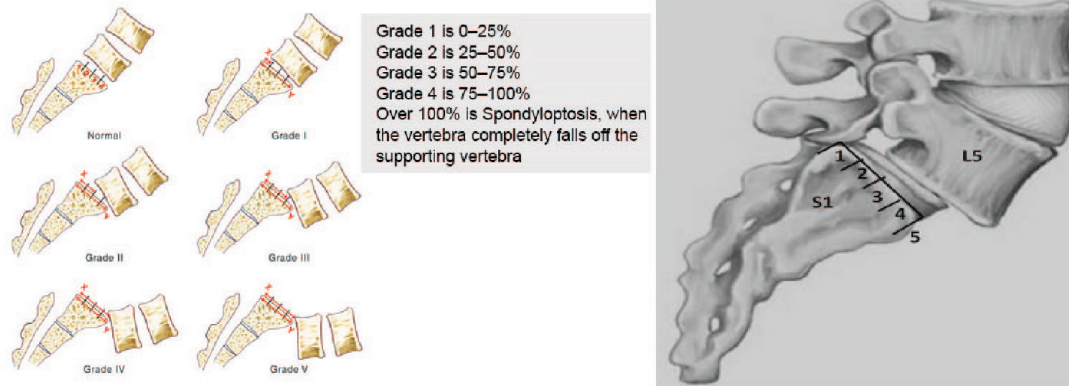
- Bệnh nhân không được thăm khám đánh giá và theo dõi đầy đủ trước cũng như sau phẫu thuật.

3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang theo dõi dọc

Biến số chính: tuổi, giới, đặc điểm hình ảnh Xquang thường quy: vị trí TĐS, đặc điểm thoái hóa, khuyết eo,

hướng di lệch của đốt sống, diện tích di lệch, chiều dài di lệch, chiều cao khoảng gian đĩa đệm, mức độ TĐS theo phân loại Meyerding[6] ...

+ Đánh giá hình ảnh TĐS trên phim chụp Xquang thường quy, mỗi bệnh nhân được chụp 4 tư thế (thẳng, nghiêng, nghiêng cúi tối đa và nghiêng ưỡn tối đa): thân đốt sống phía trên trượt ra trước so với chiều dài trước sau của thân đốt sống phía dưới. Lần lượt, ta có độ I (<25%), độ II (25%<...<50%), độ III (50%<...<75%), độ IV (75%<...<100%), độ V (> 100%).



Hình 1. Phân loại độ trượt thân đốt sống theo Meyerding [6]

+ Đo chiều cao đĩa đệm trên phim Xquang nghiêng tư thế tiêu chuẩn: chiều cao của đĩa đệm thất lưng được tính bằng cách chia tổng chiều cao của đĩa đệm trước, giữa và sau cho 3.



Hình 2. Đo chiều cao của đĩa đệm thất lưng = (a+b+c)/3 [10]

- Đánh giá kết quả nắn chỉnh TĐS bằng phương pháp phẫu thuật TLIF dựa vào hình ảnh chụp Xquang thẳng nghiêng tại thời điểm bệnh nhân ra viện.

4. Phân tích số liệu

Số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học thông thường. Các biến định tính dùng số lượng và tỷ lệ phần trăm và được kiểm định bằng phép kiểm Fisher. Các biến định lượng mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn, được kiểm định bằng phép kiểm T - test có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

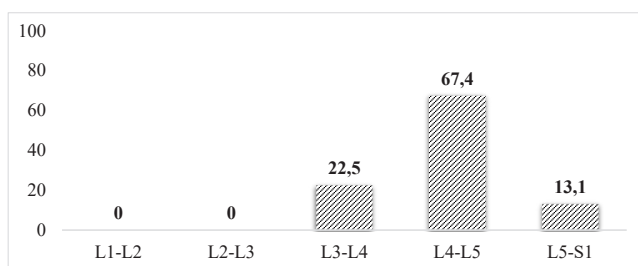
5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp nhận của Hội đồng thông qua đề cương Đại học Y Hà Nội, Ban lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai, Trung tâm Điện Quang Bệnh viện Bạch Mai và Khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống Bệnh viện Bạch Mai. Các thông tin thu thập được giữ bí mật hoàn toàn và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong tổng số 39 bệnh nhân, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu gặp là nữ giới chiếm 74,4%, nam giới chỉ chiếm 25,6%. Bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng chủ yếu nằm ở nhóm tuổi > 50 tuổi, trong đó 50-59 chiếm 30,8%, ≥ 60 chiếm 46,1%, 30-39 chiếm 2,6%, 40-49 chiếm 20,5%. Nguyên nhân gây bệnh trượt đốt sống thắt lưng chủ yếu gặp 2 nguyên nhân chính là do thoái hóa chiếm 56,4%, tiếp đến là do khuyết eo chiếm 43,6%.

Biểu đồ 1 mô tả vị trí trượt đốt sống thắt lưng ở các đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng gặp nhiều nhất ở vị trí L4-L5 chiếm 67,4%, sau đó là L3-L4 chiếm 22,5%, L5-S1 chiếm 13,1%. Không gặp bệnh nhân trượt L1-L2 và L2-L3.



Biểu đồ 1. Vị trí trượt đốt sống thắt lưng

Diện tích trung bình di lệch là $22,6 \pm 6,3\%$, phần lớn di lệch ra trước (97,7%) với chiều dài di lệch trung bình là $8,6 \pm 2,4$ mm. Ở tư thế chụp X-quang có tỉ lệ bệnh nhân phát hiện trượt đốt sống nhiều nhất là tư thế cúi, ngửa tối đa (100%), tiếp đến là tư thế nghiêng (97,4%), tỉ lệ ít nhất ở tư thế thẳng là (17,9%). Phim chụp X-quang quy ước tư thế nghiêng giúp chẩn đoán xác định mức độ TĐS, dựa trên phân loại của Meyerding[6] cho thấy gặp nhiều nhất là trượt độ 1-2 (34 bệnh nhân (87,2%) trượt độ 1 và 5 bệnh nhân (12,8%) trượt độ 2). Với phim chụp X-quang tư thế nghiêng cũng giúp chẩn đoán xác định khuyết eo đốt sống với độ đặc hiệu cao, trong nghiên cứu này có 17 bệnh nhân (43,6%) cho hình ảnh khuyết eo ở cả bn trượt một tầng và hai tầng. 38 bệnh nhân (97,4 %) có hình ảnh thoái hoá cột sống thắt lưng bao gồm hẹp khoang gian đốt, mô xương, phì đại diện khớp. 100% được chụp X-quang tư thế động cúi tối đa và ưỡn tối đa để đánh giá mức độ mất vững của cột sống, có 64,7% bệnh nhân khuyết eo có tăng mức độ trượt và chỉ có

13,6% bệnh nhân không có khuyết eo có tăng độ trượt trên phim X-quang động.

Bảng 1. Đặc điểm X-quang thường quy của bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng – cùng

	n	%
Mức độ trượt so với chiều rộng thân đốt sống dưới (tính qua ImageJ)		
Hướng di lệch (n = 39)		
Ra trước	38	97,7
Ra sau	2	5,13
Sang phải	2	5,13
Sang trái	4	10,3
Diện tích TB di lệch* (n = 39)	22,6 (6,3)	
Chiều dài di lệch TB của đốt sống bị di lệch* (n = 39)	8,6 (2,4)	
Các tư thế chụp X-quang thường quy (n = 39)		
Thẳng	7	17,9
Nghiêng	38	97,4
Cúi, ưỡn tối đa	39	100
Hình ảnh phim XQ quy ước theo Meyerding (n = 39)		
Mức độ TĐS		
Độ 1	34	87,2
Độ 2	5	12,8
Độ 3	0	0
Độ 4	0	0
Khuyết eo	17	43,6
Thoái hóa	38	97,4
Hình ảnh XQ động		
Có hình ảnh khuyết eo (n = 17)		
Tăng độ trượt	16	64,7
Không tăng độ trượt	6	35,3
Không có hình ảnh khuyết eo (n = 22)		
Tăng độ trượt	3	13,6
Không tăng độ trượt	19	86,4

*Trung bình (Độ lệch chuẩn) – T test.

Bảng 2 mô tả mức độ cải thiện độ trượt trước và sau phẫu thuật. X-quang kiểm tra sau mổ cho thấy các bệnh nhân được nắn chỉnh trong mổ khá tốt, tất cả các bệnh nhân đều giảm mức độ trượt sau mổ.

Bảng 2. Mức độ cải thiện độ trượt trên phim chụp X-quang trước và sau phẫu thuật

		Trước mổ				p
		Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	
Sau mổ	Độ 0 (n = 36)	33	3	0	0	< 0,001
	Độ 1 (n = 3)	1	2	0	0	
	n	34	5	0	0	

P kiểm định bằng Fisher

X-quang kiểm tra sau mổ cho thấy các bệnh nhân được nắn chỉnh trong mổ khá tốt, tất cả các bệnh nhân đều tăng chiều cao khoảng gian đĩa đệm giữa các đốt sống.

Bảng 3. Chiều cao khoảng gian đĩa đệm giữa các đốt sống của bệnh nhân trước mổ và khi ra viện

	L3-L4	L4-L5	L5-S1	p
Trước mổ	8,6 ± 1,0	8,1 ± 1,4	6,7 ± 0,8	< 0,001
Khi ra viện	11,4 ± 1,0	12,1 ± 1,4	11,5 ± 1,0	

P kiểm định bằng Fisher

IV. BÀN LUẬN

Các tác giả trong nước và thế giới đều có chung nhận định là bệnh TĐS thắt lưng là bệnh lý khá thường gặp, ảnh hưởng tới sức khỏe và lao động của người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ/ nam là: 2,9, nữ giới chiếm 74,4%. Số liệu của chúng tôi chủ yếu bệnh nhân nằm trong độ tuổi lao động với nhóm tuổi thường gặp nhất là 50-59 chiếm (30,8%) và 40-49 chiếm (20,5%). Trong đó, nguyên nhân hay gặp là do thoái hóa và khuyết eo. 22 bệnh nhân chiếm (56,4%) TĐS do thoái hóa và 43,6% bệnh nhân TĐS do khuyết eo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu trước đây.

Phương pháp chụp X-Quang thường quy là *phương pháp chẩn đoán hình ảnh kinh điển thường quy, kinh tế, hiệu quả và rất có giá trị* trong việc chẩn đoán những thương tổn xương trong bệnh trượt đốt sống như: khuyết eo, thoái hóa, phì đại diện khớp, thiếu sản cung sau-cuống cung đốt sống, các bất thường bẩm sinh như gai đôi, cùng hóa thắt lưng...

Trong nghiên cứu của chúng tôi 39 BN trong nghiên cứu được tiến hành chụp X-Quang cột sống thắt lưng thường quy theo đúng chỉ định và đúng các tư thế chụp thẳng, nghiêng, cúi – ưỡn tối đa và phát hiện được TĐS thắt lưng ở tư thế nghiêng là (98,5 %), cúi và ưỡn tối đa (100%), thẳng (17,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Huy Hoàng (2011) thống kê tỷ lệ phát hiện trượt đốt sống thắt lưng trên phim chụp cụ thể như sau: tư thế chụp nghiêng phát hiện 85% có TĐS thắt lưng, cúi tối đa phát hiện 96,7% và ưỡn tối đa phát hiện 95% bệnh nhân có TĐS, nếu tính tổng của tư thế cúi và ưỡn tối đa trong khi chụp X-quang thường quy, tỷ lệ phát hiện TĐS đạt 100% [7].

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy phần lớn bệnh nhân trượt đốt sống ở vị trí L4-L5 chiếm 67,4%, tiếp theo là vị trí L3-L4 chiếm 22,5 % và L5-S1 là 13,1%. Không xuất hiện ở vị trí L1-L2 và L2-L3. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Vũ (2016) gặp trượt tầng L4 – L5 là 51,1%, tầng L5 – S1 là 38,9%[8]. TĐS có thể xảy ra ở mọi mức độ, nhưng phổ biến hơn là ở vùng thắt lưng dưới.

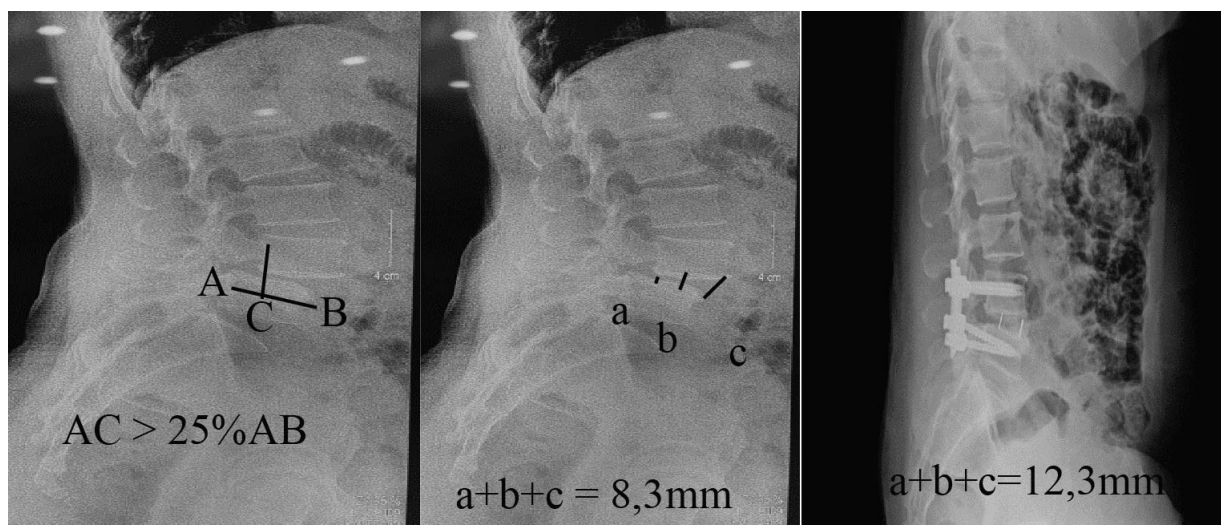
Phim chụp X quang thường quy giúp cho phẫu thuật viên chuẩn bị chương trình mổ cho người bệnh, việc quan sát và đánh giá tốt hệ thống cuống cung (kích thước, hướng chệch trên dưới-trong ngoài, các biến dạng cuống cung) giúp cho việc lựa chọn vít và hướng đặt vít cho người bệnh, quan sát và đánh giá gai ngang, máu khớp giúp tiên lượng đánh giá vị trí bắt vít cuống cung.

Kết quả nghiên cứu cho thấy diện tích trung bình di lệch là 22,6±6,3%, phần lớn di lệch ra trước chiếm 97,7% với chiều dài di lệch trung bình là 8,6±2,4 mm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Gia Du 8,0 ± 2,5 mm (3 – 11 mm)[11], H.

N. Herkowitz và cộng sự là 6,8 mm[12]. Theo phân loại Meyerding, hầu hết BN trong nghiên cứu trượt đốt sống độ I chiếm 87,2%, 12,8% độ II, không có BN nào độ III, IV, V. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng có chung nhận định. Nghiên cứu của L Kuang gặp trượt độ I là 66,7%, trượt độ II là 28,6%, trượt độ III là 4,7%[13]. Theo Nguyễn Vũ (2016) có 72,3% trượt độ I, 18,9% trượt độ II, 4,4% trượt độ III và 4,4% trượt độ IV[8].

Khuyết eo là do sự cốt hóa không đầy đủ ở phần cổng sống. Khuyết eo đốt sống thường gây nên bệnh trượt đốt sống ra trước. Trượt do khuyết eo thân đốt hoàn toàn tự phát, đôi khi sau một cơ hội có chấn thương nhẹ ở cột sống. Thân đốt trượt sẽ vượt ra trước, đường thẳng kẻ vuông góc với mặt trên thân đốt dưới tại góc trước. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 bệnh nhân bị khuyết eo ở 1 đốt sống, trong đó có 58,8% bệnh nhân bị khuyết eo ở L4, 35,3% bệnh nhân khuyết eo ở L5, chỉ có 5,9% bệnh nhân khuyết eo ở L3 và không thấy khuyết eo ở L1, L2. Xquang động (tư thế nghiêng cúi – uốn tối đa) với những bệnh nhân có khuyết eo sẽ cho thấy hình ảnh tăng độ trượt 16 bệnh nhân 64,7%.

Tiến hành chụp Xquang thường quy sau mổ cho 100% bệnh nhân nhằm đánh giá mức độ nắn trượt chúng tôi thu được kết quả sau: 100% bệnh nhân đều được nắn chỉnh giảm mức trượt trong đó 92,3% bệnh nhân được nắn chỉnh tốt hết trượt, 7,7% được nắn về độ 1. Có 2 bệnh nhân trượt độ 2 được nắn chỉnh về độ 1 và 36 bệnh nhân trượt độ 1 được nắn chỉnh hết trượt... Điều này cho thấy việc nắn chỉnh bằng phương pháp mổ TLIF trong nghiên cứu cho kết quả tốt, sự khác biệt về mức độ trượt trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 100% bn đều sau nắn chỉnh thì đều tăng được chiều cao khoảng gian đĩa đệm giữa hai thân đốt sống. Trong đó chiều cao khoảng gian đĩa L3 – L4 trước mổ là $8,6 \pm 1,0$ sau mổ là $11,4 \pm 1,0$. Khoảng gian đĩa L4 – L5 trước mổ là $8,1 \pm 1,4$ sau mổ là $12,1 \pm 1,4$. Khoảng gian đĩa L5 - S1 trước mổ là $6,7 \pm 0,8$ sau mổ là $11,5 \pm 1,0$. Điều này cho thấy việc nắn chỉnh bằng phương pháp mổ TLIF trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tốt, sự khác biệt về chiều cao khoảng gian đĩa trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Hình 3. BN phẫu thuật TLIF từ trượt độ II đốt sống L4 về không trượt và khoảng cách gian đĩa đệm được cải thiện.

(BN Bùi Thị M, Nữ 51 tuổi. MHS 210030655)

V. KẾT LUẬN

Chụp XQuang thường quy có giá trị để chẩn đoán, đánh giá mức độ TĐS của bệnh nhân trước mổ. Phim chụp X quang thường quy giúp cho phẫu thuật viên chuẩn bị tốt kế hoạch mổ cho người bệnh trong việc quan

sát và đánh giá tốt hệ thống cuống cung của đốt sống. Sau mổ, Xquang thường quy được chỉ định cho các bệnh nhân để giúp các bác sĩ đánh giá kết quả nắn chỉnh TĐS và theo dõi sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Norbert B and Max A, *Spinal Disorders Fundamentals of Diagnosis and Treatment*. 2008, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
2. Tenny S and Gillis CC, *Spondylolisthesis*, in *StatPearls*. 2021, StatPearls: Treasure Island.
3. Wang YXJ, Káplár Z, and Deng M at el, *Lumbar degenerative spondylolisthesis epidemiology: A systematic review with a focus on gender-specific and age-specific prevalence*. J Orthop Translat, 2016. 11: p. 39-52.
4. Layegh M and Hejazian E, *Prevalence of Spondylolysis and Spondylolisthesis in Patients Afflicted with Chronic Back Pain in Babol City, Iran, during 2012 and 2013 %J Iranian Journal of Neurosurgery*. Iran J Neurosurg, 2017. 3(1): p. 8-14.
5. Wiltse L.L, Newman P.H, and Macnab I, *Classification of spondylolysis and spondylolisthesis*. Clin Orthop Relat Res, 1976(117): p. 23-9.
6. Meyerding HW, *Spondylolisthesis as an etiologic factor in backache*. Journal of the American Medical Association, 1938. 111 (22): p. 1971-1976.
7. Đỗ Huy Hoàng, *Nghiên cứu vai trò của chụp X-quang động trong đánh giá trượt đốt sống thắt lưng*. 2011, Trường đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
8. Nguyễn Vũ, *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*. 2016, Trường đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
9. Herkowitz H.N, *Spine update. Degenerative lumbar spondylolisthesis*. Spine, 1995. 20(9): p. 1084 - 1090.
10. Lv et al. BMC Musculoskeletal Disorders (2016) 17:341 DOI 10.1186/s12891-016-1193-6
11. Hoàng Gia Du, N.V.T., Vũ Xuân Phước và cộng sự., *Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt*. Y học Việt Nam, 2018. 2(4): p. 30-35.
12. Herkowitz H.N and Kurz L.T, *A prospective study comparing decompression with decompression and intertransverse process arthrodesis*, in *Degenerative lumbar spondylolisthesis with spinal stenosis*. 1991. p. 802 - 808.
13. Kuang, L., et al., *[Surgical treatment of lumbar spondylolisthesis by transforaminal lumbar interbody fusion]*. Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 2014. 94(29): p. 2293-6.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu đánh giá sự cải thiện mức độ trượt thân đốt sống sau phẫu thuật cố định cột sống qua cuống nắn trượt lõi sau kèm lấy bỏ đĩa đệm, kết hợp hàn xương liên thân đốt (TLIF) [67] dựa trên Xquang thường quy. Phương pháp nghiên cứu: Tổng số 39 bệnh nhân được chẩn đoán trượt đốt sống thắt lưng-cùng được điều trị phẫu thuật tại khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2022 được lấy vào nghiên cứu.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy Bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng gặp nhiều nhất ở vị trí L4-L5 chiếm 67,4%, sau đó là L3-L4 chiếm 22,5%, L5-S1 chiếm 13,1%. Tất cả 100% bệnh nhân đều cải thiện giảm mức độ trượt thân đốt sống và tăng chiều cao khoảng gian đĩa đệm giữa các đốt sống. Không còn bệnh nhân nào có biểu hiện dấu hiệu bậc thang. Dấu hiệu đau cách hồi cũng được cải thiện, 80 % bệnh nhân có thể đi lại với quãng đường dài hơn trước.

Kết luận: X-quang kiểm tra sau mổ cho thấy các bệnh nhân được nắn chỉnh trong mổ khá tốt, tất cả các bệnh nhân đều giảm mức độ trượt và tăng chiều cao khoảng gian đĩa đệm sau mổ.

Từ khóa: *X-quang thường quy, trượt thân đốt sống thắt lưng cùng, phẫu thuật TLIF*

Người liên hệ: Phan Thị Lan Phương. Email: Bacsiphuongyhn84@gmail.com

Ngày nhận bài: 6/10/2022. Ngày gửi phản biện: 6/10/2022

Ngày nhận phản biện: 21/10/2022. Ngày chấp nhận đăng: 4/2/2023