

CLINICAL AND IMAGING FEATURES OF PATIENTS WITH 3-LEVEL TLIF SURGERY

Ha Van Dai^{1,2*}, Hoang Gia Du^{1,2}, Nguyen Van Trung²

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

²Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Phuong Dinh Ward, Dong Da Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 24/08/2024

Revised: 20/09/2024; Accepted: 20/11/2024

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical characteristics and imaging diagnosis of patients with multilevel lumbar spinal stenosis due to degeneration, undergoing spinal fixation surgery, and posterior 3-level interbody bone grafting.

Subjects and methods: Study of 30 patients with multilevel lumbar spinal stenosis due to degeneration, undergoing spinal fixation surgery, and posterior 3-level interbody bone grafting at Bach Mai Hospital from June 2020 to June 2023 with complete medical records and research data, agreeing to participate in the study.

Results: All patients had symptoms of neurogenic claudication, 63.4% less than 100m. Half of the patients had severe back pain. In the legs, patients had only moderate (43.3%) or mild (56.7%) pain. All patients were positive for the Lasègue test. The rate of Lasègue below 30 degrees was 36.7% and Lasègue 30-70 degrees was 60%. 1/30 patients had movement disorders and 24/30 had sensory disorders in the form of paresthesia. The average ODI score for spinal dysfunction was 34.0 ± 4.8 (25 – 47). On X-ray, 70% of patients had spondylolisthesis. On MRI, spinal stenosis in the L3/4L4/5S1 region accounted for 96.7%.

Conclusion: The clinical and imaging symptoms of patients with multilevel lumbar spinal stenosis due to degeneration are quite typical with symptoms of back and leg pain; claudication, decreased life function and decreased patellar tendon and Achilles tendon reflexes, spondylolisthesis on X-ray (70%) and spinal stenosis in the L3/4L4/5S1 region (96.7%).

Keywords: Multilevel lumbar spinal stenosis, degeneration, clinical features, imaging.

*Corresponding author

Email: abcxyz@gmail.com Phone: (+84) 984578492 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD11.1760>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TLIF 3 TẦNG

Hà Văn Đại^{1,2*}, Hoàng Gia Du^{1,2}, Nguyễn Văn Trung²

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, P. Phương Đình, Q. Đống Đa, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/08/2024

Chỉnh sửa ngày: 20/09/2024; Ngày duyệt đăng: 20/11/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trên người bệnh hẹp ống sống thắt lưng đa tầng do thoái hóa phẫu thuật cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt 3 tầng lồng sau.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu 30 người bệnh hẹp ống sống thắt lưng đa tầng do thoái hóa được phẫu thuật cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt 3 tầng lồng sau tại bệnh viện Bạch Mai từ 6/2020 đến 6/2023 có đầy đủ hồ sơ bệnh án và dữ liệu nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Kết quả: Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau cách hồi thần kinh, 63,4% dưới 100m. Một nửa số bệnh nhân đau lưng nặng. Tại chân, bệnh nhân chỉ đau ở mức vừa (43,3%) hoặc nhẹ (56,7%). Tất cả bệnh nhân dương tính với nghiệm pháp Lasègue. Tỷ lệ Lasègue dưới 30 độ là 36,7% và Lasègue 30-70 độ là 60%. Có 1/30 bệnh nhân có rối loạn vận động và 24/30 người có rối loạn cảm giác dạng dị cảm. Điểm đo giảm chức năng cột sống ODI trung bình là $34,0 \pm 4,8$ (25 – 47) điểm. Trên phim X-quang 70% số bệnh nhân có trượt đốt sống. Trên MRI, hẹp ống sống ở khu vực L34L45L5S1 chiếm 96,7%.

Kết luận: Các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học của người bệnh hẹp ống sống thắt lưng đa tầng do thoái hóa khá đặc trưng với triệu chứng đau lưng, chân; đau cách hồi thần kinh, giảm chức năng cuộc sống và giảm phản xạ gân xương bánh chè, gân gót, hình ảnh trượt đốt sống trên Xquang (70%) và hẹp ống sống khu vực L3L4L5S1 (96,7%).

Từ khóa: Hẹp ống sống thắt lưng đa tầng, thoái hóa, đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống thắt lưng là sự giảm kích thước đường kính trước sau hoặc đường kính ngang của ống sống do những thay đổi của thoái hóa cột sống. 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 (≥ 2 tầng) [1, 2].

Hẹp ống sống thắt lưng là bệnh lý bị ảnh hưởng theo độ tuổi. Do đó, hiện tượng “dân số hóa già” không chỉ làm tăng tỉ lệ người già trong dân số mà còn làm tăng số lượng bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng trong độ tuổi này. Trước đây, việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý hẹp ống sống thắt lưng chủ yếu dựa vào lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán bằng kỹ thuật xâm lấn hay có độ nhạy thấp nên dễ bỏ sót nhiều trường hợp có dạng lâm sàng không điển hình. Ngày nay, sự xuất hiện của nhiều phương tiện chẩn đoán hiện đại như chụp cắt lớp điện toán đa lát cắt hay cộng hưởng từ đã hỗ trợ đắc lực

trong việc chẩn đoán cũng như lựa chọn phương pháp phẫu thuật.

Để cung cấp các thông tin khoa học phục vụ cho chẩn đoán và điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trên người bệnh hẹp ống sống thắt lưng đa tầng do thoái hóa phẫu thuật cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt 3 tầng lồng sau.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2020 – 6/2023 tại Khoa chấn thương chỉnh hình và cột sống – Bệnh viện Bạch Mai.

*Tác giả liên hệ

Email: abcxyz@gmail.com Điện thoại: (+84) 984578492 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD11.1760>

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những người bệnh hẹp ống sống thắt lưng đa tầng do thoái hóa được phẫu thuật cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt 3 tầng lồng sau tại bệnh viện Bạch Mai từ 6/2020 đến 6/2023 có đầy đủ hồ sơ bệnh án và dữ liệu nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, kỹ thuật chọn mẫu toàn bộ. Tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian thu thập số liệu. Kết quả thực hiện trên 30 người bệnh đủ tiêu chuẩn.

2.5. Biến số: Nghiên cứu quan tâm các nhóm biến số: 1) Thông tin chung của đối tượng; 2) Đặc điểm lâm sàng; 3) Đặc điểm hình ảnh học.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Thu thập thông tin trực tiếp từ hồ sơ bệnh án phẫu thuật vào một bệnh án nghiên cứu có cấu trúc do tác giả thiết kế.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nghiên cứu được nhập liệu bằng excel và phân tích bằng phần mềm stata 14.0. Các thông kê mô tả được áp dụng.

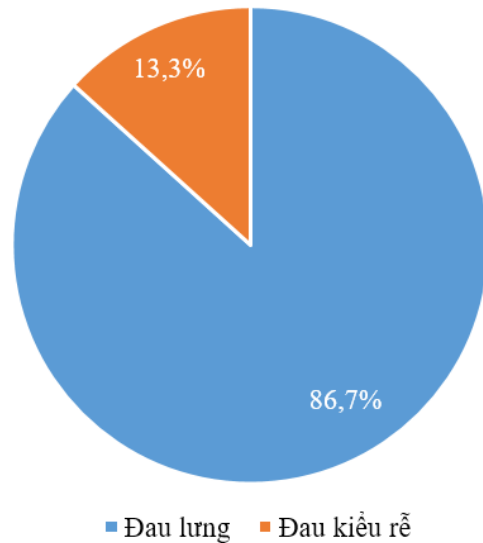
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $59,9 \pm 7,2$ tuổi, chủ yếu trong nhóm 50 – 69 tuổi, chiếm 80%. Tỷ lệ nữ/nam là 4:1.

Bảng 1. Đặc điểm khởi phát bệnh

Đặc điểm khởi phát		Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Thời gian khởi phát	<3 tháng	0	0
	3 - 12 tháng	7	23,3
	13 – 36 tháng	12	40,0
	37 tháng-60 tháng	11	36,7
	TB ± SD (Min - Max)	32,4±18,7 (3-60)	
Cách khởi phát	Từ từ	30	100
Khởi phát	Tự phát	30	100
Tổng		30	100

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều tự phát và khởi phát bệnh từ từ. Hầu hết bệnh nhân khởi phát bệnh từ trên 1 năm, có 23,3% số người bệnh bắt đầu phát bệnh từ một năm trở xuống và không có ai có thời gian khởi phát bệnh dưới 3 tháng.



Biểu đồ 1. Lý do vào viện

Hầu hết người bệnh vào viện với lý do đau lưng, chiếm 86,7%, còn lại là đau kiểu rễ chiếm 13,3%.

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng khi nhập viện

Triệu chứng cơ năng	Tần suất	Tỷ lệ (%)	
Đau cách hồi thần kinh	Không	0	0
	Dưới 100m	19	63,4
	100-500m	10	33,3
	Trên 500m	1	3,3
Điểm đau VAS lưng	Đau nhẹ (3-4)	1	3,3
	Đau vừa (5-6)	14	46,7
	Đau nặng (7-8)	15	50,0
	TB ± SD (Min - Max)	6,4 ± 1,0 (4 - 8)	
Điểm đau VAS chân	Đau nhẹ (3-4)	13	43,3
	Đau vừa (5-6)	17	56,7
	TB ± SD (Min - Max)	4,6 ± 1,0 (3 - 6)	
Tổng		30	100

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau cách hồi thần kinh, chỉ 1/30 người đau trên 500m. Một nửa số bệnh nhân đau lưng nặng, còn lại đau ở mức vừa (46,7%) và nhẹ (3,3%). Tại chân, bệnh nhân chỉ đau ở mức vừa (43,3%) hoặc nhẹ (56,7%). Điểm đau VAS trung bình tại lưng là $6,4 \pm 1,0$ (4 – 8) và chân là $4,6 \pm 1,0$ (3 – 6) điểm.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể khi nhập viện

Triệu chứng thực thể		Tần suất	Tỷ lệ(%)
Nghiệm pháp Lasègue	< 30°	11	36,7
	30°- 70°	18	60,0
	>70°	1	3,3
Phản xạ gân xương gân bánh chè	Giảm	1	3,3
	Bình thường	29	96,7
Phản xạ gân xương gân gót	Giảm	1	3,3
	Bình thường	29	96,7
Teo cơ		0	0
Rối loạn cơ tròn		0	0
Rối loạn vận động		1	3,3
Rối loạn cảm giác	Không	6	20,0
	Dị cảm	24	80,0
Giảm chức năng cột sống ODI	Mức 1 (0≤ODI≤20%)	0	0
	Mức 2 (21≤ODI≤40%)	29	96,7
	Mức 3 (41≤ODI≤60%)	1	3,3
	TB ± SD (Min – Max)	34,0 ± 4,8 (25 – 47)	
Điểm JOA (TB ± SD (Min – Max))		10,1 ± ,8 (8 – 12)	
Tổng		30	100

Trước mổ, tất cả bệnh nhân dương tính với nghiệm pháp Lasègue. Tỷ lệ đạt dưới 30 độ là 36,7% và 30-70 độ là 60%. Có 3,3% số người bệnh có phản xạ gân xương bánh chè và gân gót giảm, còn lại phản xạ gân xương bình thường. Không có bệnh nhân nào có teo cơ, rối loạn cơ tròn. Có 1/30 bệnh nhân có rối loạn vận động và 24/30 người có rối loạn cảm giác dạng dị cảm. Điểm đo giảm chức năng cột sống ODI trung bình là 34,0 ± 4,8 (25 – 47) điểm. Hầu hết ở mức 2 (21≤ODI≤40%), chiếm 96,7%. Điểm JOA trung bình trước mổ là 10,1 ± ,8 (8 – 12) điểm.

Bảng 4. Kết quả chụp Xquang cột sống thẳng lưng quy ước

X-quang cột sống thẳng lưng		Tần suất	Tỷ lệ(%)
Trượt đốt sống	Không	9	30,0
	Có	21	70,0
TB ± SD		Min-Max	
Góc ưỡng cột sống thắt lưng LL		37,1 ± 11,3	16 – 60
Góc gù vùng		29,0 ± 9,4	12 – 50
Góc Cobb vùng		2,7 ± 3,3	0 – 12

Trên phim X-quang cột sống thẳng lưng quy ước thấy 70% số bệnh nhân có trượt đốt sống. Các góc góc ưỡn cột sống thắt lưng LL, góc gù vùng, góc Cobb vùng lần lượt là 37,1 ± 11,3 (16-60), 29,0 ± 9,4 (12-50) và 2,7 ± 3,3 (0-12) độ.

Bảng 5. Hẹp ống sống trên phim chụp MRI cột sống thẳng lưng quy ước

Hình ảnh MRI		Tần suất	Tỷ lệ(%)
Vị trí hẹp ống sống	L23L34L45	1	3,3
	L34L45L5S1	29	96,7
Hẹp ống sống tầng 1	Độ 2	22	73,3
	Độ 3	8	26,7
Hẹp ống sống tầng 2	Độ 1	1	3,3
	Độ 2	12	40,0
	Độ 3	17	56,7
Hẹp ống sống tầng 3	Độ 2	24	80,0
	Độ 3	6	20,0
	Độ 3	19	63,3
Thoái hóa đĩa đệm tầng 1	Độ 4	10	33,3
	Độ 5	1	3,3
	Độ 2	1	3,3
Thoái hóa đĩa đệm tầng 2	Độ 3	14	46,7
	Độ 4	12	40,0
	Độ 5	3	10,0
Thoái hóa đĩa đệm tầng 3	Độ 3	17	56,7
	Độ 4	8	26,7
	Độ 5	5	16,6

Kết quả chụp MRI cho thấy vị trí hẹp ống sống hầu hết ở khu vực L34 L45 L5 S1, chiếm 96,7%. Chỉ 1/30 bệnh nhân hẹp ống sống ở vị trí L23 L34 L45. Không có trường hợp nào hẹp ống sống độ 1 ở tầng 1 và tầng 3. Gần ¾ số trường hợp hẹp ống sống tầng 1 là độ 2 (73,3%), 4/5 số trường hợp hẹp ống sống tầng 3 là độ 2. Ở tầng 2 có 1/30 trường hợp hẹp độ 1, còn lại 56,7% hẹp độ 3 và 40% hẹp độ 2. Trên MRI, tất cả bệnh nhân đều thoái hóa đĩa đệm độ 2 trở lên. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm tầng 1 độ 3 là 63%, độ 4 là 33,3% và độ 5 là 3,3%. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm tầng 3 độ 2,3,4 và 5 lần lượt là 3,3%; 46,7%; 40% và 10%. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm tầng 3 độ 3,4 và 5 lần lượt là 56,7%; 26,7% và 16,6%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $59,9 \pm 7,2$ tuổi. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu trong nhóm 50 – 69 tuổi, chiếm 80%, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Hẹp ống sống thắt lưng có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở lứa tuổi trên 40, nhiều nhất là lứa tuổi trên 65 do tỷ lệ thoái hóa đốt sống đĩa đệm và dây chằng tăng cao ở người bệnh trung và cao tuổi.

Nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ nữ/nam là 4:1. Kết quả tương đồng với các nghiên cứu trước đó cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở nữ so với nam [3, 4]. Các nguyên nhân có thể là do thay đổi nội tiết tố trong thời kỳ mang thai dẫn tới thay đổi về mặt sinh học ở cột sống và xương chậu, hoặc là vai trò truyền thống và trách nhiệm của phụ nữ bao gồm công việc nhà, nuôi dạy con cái..., làm tăng nguy cơ căng thẳng và chấn thương cơ xương vùng lưng ở phụ nữ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hầu hết bệnh nhân khởi phát bệnh từ trên 1 năm, có 23,3% số người bệnh bắt đầu phát bệnh từ một năm trở xuống và không có ai có thời gian khởi phát bệnh dưới 3 tháng. Kết quả này tương đồng với trong báo cáo của Nguyễn Văn Tú [5].

Biểu hiện lâm sàng đặc trưng của hẹp ống sống thắt lưng là sự phối hợp của: hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ. Mức độ biểu hiện phụ thuộc vào nguyên nhân gây bệnh, thời gian diễn biến bệnh, mức độ hẹp, mức độ chèn ép rễ thần kinh của từng trường hợp cụ thể. Hầu hết người bệnh vào viện với lý do đau lưng, chiếm 86,7%, còn lại là đau kiểu rễ chiếm 13,3%.

Đau lưng là triệu chứng phổ biến nhưng không đặc hiệu của bệnh hẹp ống sống thắt lưng. Đặc điểm của đau thắt lưng là âm ỉ kéo dài, đau thắt lưng có thể đơn thuần hoặc lan ra hai mông và sau đùi, đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi. Tuy nhiên đây là triệu chứng khó chịu khiến bệnh nhân phải tới nhập viện và điều trị. Đau lưng được giải thích là do vòng sợi bị biến đổi lỏng ra sau hoặc do toàn bộ đĩa đệm dịch chuyển về phía

sau (nhưng vòng sợi đĩa đệm vẫn không bị tổn thương - phình đĩa đệm) từ đó kích thích vào dây chằng dọc sau và bao màng cứng, đây là thành phần có phân bố thần kinh cảm giác kích thích cơ học đầu tiên.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng đau cách hồi thần kinh, và đau cả lưng và chân khi vào viện. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Văn Công (2018) [6]; Hoàng Gia Du (2018) [7], Nguyễn Văn Tú [5], Vũ Minh Hải là [8], và Lê Văn Công (2018) [6]. Đau cách hồi thần kinh là dấu hiệu đặc trưng trong hẹp ống sống thắt lưng. Triệu chứng đi cách hồi thần kinh được giải thích là do sự chèn ép bao màng cứng, chùm đuôi ngựa, rễ thần kinh khi đứng trong tư thế ưỡn hay đi làm thiếu máu nuôi rễ thần kinh gây nên cách hồi thần kinh. Việc đo khoảng cách đi cách hồi có ý nghĩa tiên lượng bệnh. Nghiên cứu cho thấy 63,4% số bệnh nhân đi cách hồi dưới 100m, 33,3% số bệnh nhân đi cách hồi 100-500m và chỉ 3,3% số bệnh nhân đi cách hồi hơn 500m. Kết quả này nghiêm trọng hơn so với những báo cáo trước đó [5, 9]. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân chỉ đến khám và điều trị khi các triệu chứng trở lên nghiêm trọng, gây khó chịu cản trở đến sinh hoạt hằng ngày.

Nghiên cứu đo lường mức độ đau lưng và chân bằng thang điểm VAS 10, với 0 là không đau và 10 là đau rất nghiêm trọng. Kết quả nghiên cứu chỉ ra, một nửa số bệnh nhân đau lưng nặng, còn lại đau ở mức vừa (46,7%) và nhẹ (3,3%). Tại chân, bệnh nhân chỉ đau ở mức vừa (43,3%) hoặc nhẹ (56,7%). Kết quả này khác biệt so với các báo cáo trước đó [5]. Theo Y văn, thời gian diễn biến bệnh có ảnh hưởng nhất định đến mức độ đau của người bệnh. Bệnh nhân đến viện muộn thì càng đau nhiều hơn. Có thể thấy người bệnh trong nghiên cứu đã có ý thức đi khám và điều trị bệnh sớm hơn so với những báo cáo trước đó.

Nghiệm pháp Lasègue là nghiệm pháp làm căng rễ thần kinh gây kích thích đau lan dọc theo kiểu rễ, nhằm đánh giá khách quan sự chèn ép rễ thần kinh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả bệnh nhân dương tính với nghiệm pháp Lasègue. Tỷ lệ Lasègue dưới 30 độ là 36,7% và Lasègue 30-70 độ là 60%. Tỷ lệ dương tính với Lasègue trong nghiên cứu này cao hơn so với các báo cáo trước đó [5, 10].

Boos và cộng sự cho rằng các thay đổi phản xạ, sức cơ, teo cơ hay rối loạn cơ vòng thường ít gặp. Trong đó, thay đổi phản xạ gối (10-50%) và gót (50-68%), yếu và teo cơ (18-52%), hiếm khi xuất hiện rối loạn cơ vòng. Các triệu chứng này thường cũng không rõ ràng, các thay đổi phản xạ thường thấy ở bệnh nhân lớn tuổi [11]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 3,3% số người bệnh có phản xạ gân xương bánh chè và gân gót giảm, còn lại phản xạ gân xương bình thường. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hiền Nhân và cộng sự với 10,3% giảm phản xạ gân xương [3].

Teo cơ là biểu hiện của tổn thương rễ thần kinh, thường gặp ở những BN có biểu hiện bệnh kéo dài, rễ thần kinh

bị chèn ép lâu gây xơ hóa khó hồi phục. Trong nghiên cứu này, không có bệnh nhân nào có teo cơ, trong khi các nghiên cứu gần đây đều phát hiện những tỷ lệ nhất định [5, 12].

Rối loạn cơ tròn là triệu chứng nặng, chỉ gặp khi tiến triển đến giai đoạn nặng, chèn ép chum đuôi ngựa và hầu hết các trường hợp cần phải phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy không có trường hợp nào có rối loạn cơ tròn. Tỷ lệ này cũng tương đối thấp trong các nghiên cứu trước đây [5, 6].

Theo Boos và cộng sự (2008), rối loạn cảm giác chiếm tỷ lệ 32 - 58% trong bệnh lý hẹp ống sống thắt lưng [11]. Tuy nhiên, đa phần các thay đổi cảm giác này mang tính chất mơ hồ xuất hiện lúc nghỉ ngơi, hiếm khi theo phân bố của rễ và phụ thuộc nhiều sự chú quan của bệnh nhân. Rối loạn cảm giác là triệu chứng xuất hiện ở giai đoạn tổn thương thần kinh nặng hơn sau giai đoạn kích thích rễ. Thường khởi phát với triệu chứng chủ quan là dị cảm với biểu hiện tê bì - kiến bò... sau đó bệnh nhân có giảm dần cảm giác hoặc mất cảm giác dọc theo đường đi mà rễ thần kinh bị chèn ép chi phối, chủ yếu bệnh nhân có biểu hiện giảm cảm giác nông. Đây là triệu chứng có giá trị trong việc chẩn đoán định khu rễ thần kinh bị chèn ép có thương tổn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra 24/30 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có rối loạn cảm giác dạng dị cảm trước phẫu thuật., chiếm 80%. Tỷ lệ này tương đương với phát hiện của Nguyễn Văn Tý là 88,2% [5].

Rối loạn vận động là triệu chứng xuất hiện muộn hơn rối loạn cảm giác nhưng lại là nguyên nhân chủ yếu khiến bệnh nhân tới viện. Rối loạn vận động do yếu hoặc liệt các nhóm cơ mà rễ thần kinh chi phối. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1/30 bệnh nhân có rối loạn vận động trước mổ, chiếm 3,3%. Kết quả này tích cực hơn so với những nghiên cứu trước đây [5, 6, 13].

Nhằm đánh giá mức độ ảnh hưởng đến chức năng cột sống vùng thắt lưng, chúng tôi dựa trên bảng đánh giá Oswestry. Điểm đo giảm chức năng cột sống ODI trung bình trong nghiên cứu là $34,0 \pm 4,8$ (25 - 47) điểm. Hầu hết ở mức 2 ($21 \leq \text{ODI} \leq 40\%$), chiếm 96,7%. Kết quả này tích cực hơn so với trong báo cáo của Nguyễn Văn Tú, điểm ODI trung bình là $55,91 \pm 11,91$ [5].

Điểm JOA trung bình là $10,1 \pm 8$ (8 - 12) điểm. Kết quả này thấp hơn so với các báo cáo trong và ngoài nước trước đó [14, 15].

4.3. Đặc điểm hình ảnh học

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được chụp X-quang cột sống thắt lưng thẳng nghiêng trước mổ. Với phim chụp X-quang cột sống thắt lưng có thể đánh giá được một vài dấu hiệu: mất đường cong sinh lý, hẹp khe khớp, gai xương, trượt và mức độ trượt. Kết quả nghiên cứu trên phim X-quang cột sống thẳng lưng quy ước thấy 70% số bệnh nhân có trượt đốt sống.

Trong nghiên cứu này, cả 30 bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng, và đều được chẩn

đoán xác định hẹp ống sống thắt lưng dựa trên việc đo kích thước ống sống trên phim cộng hưởng từ. Hẹp ống sống thắt lưng thường xảy ra ở vị trí cột sống thắt lưng thấp, đặc biệt là tầng L4-L5 do cấu trúc cột sống cong hình chữ S nên đoạn L4-L5 đóng vai trò như một điểm tựa cho đòn bẩy trong vận động của vùng thắt lưng cùng, thường xuyên chịu tải trọng lớn của cơ thể và lực bổ sung dẫn đến thoái hóa thường xuất hiện sớm và hay gặp ở vị trí này. Kết quả chụp MRI cũng cho thấy vị trí hẹp ống sống hầu hết ở khu vực L3L4L5S1, chiếm 96,7%. Chỉ 1/30 bệnh nhân hẹp ống sống ở vị trí L2L3L4L5. Không có trường hợp nào hẹp ống sống độ 1 ở tầng 1 và tầng 3. Gần 3/4 số trường hợp hẹp ống sống tầng 1 là độ 2 (73,3%), 4/5 số trường hợp hẹp ống sống tầng 3 là độ 2. Ở tầng 2 có 1/30 trường hợp hẹp độ 1, còn lại 56,7% hẹp độ 3 và 40% hẹp độ 2. Như vậy, mức độ hẹp vừa và nặng chiếm chủ yếu, điều này cũng tương đương với lâm sàng bệnh nhân thường đến viện khi các triệu chứng đã rầm rộ nên bệnh thường ở giai đoạn nặng, mức độ hẹp nhiều.

Kết quả chụp cộng hưởng từ cũng cho thấy, tất cả bệnh nhân đều thoái hóa đĩa đệm độ 2 trở lên. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm tầng 1 độ 3 là 63%, độ 4 là 33,3% và độ 5 là 3,3%. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm tầng 3 độ 2,3,4 và 5 lần lượt là 3,3%; 46,7%; 40% và 10%. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm tầng 3 độ 3,4 và 5 lần lượt là 56,7%; 26,7% và 16,6%. Bệnh nhân thường có thoái hóa đĩa đệm tại tầng hẹp. Các đĩa đệm liền kề cũng có thể bị ảnh hưởng nhất định, các đĩa đệm liền kề bị thoái hóa làm tăng mức độ trầm trọng của hẹp ống sống thắt lưng, ảnh hưởng đến chức năng cột sống, triệu chứng lâm sàng thường nặng hơn, nguy cơ mất vững tầng liền kề cao hơn... Thoái hóa đĩa đệm là một trong những nguyên nhân gây đau lưng. Nó cũng là một trong những nguyên nhân gây mất vững cột sống.

5. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học của người bệnh hẹp ống sống thắt lưng đa tầng do thoái hóa khá đặc trưng với triệu chứng đau lưng, chân; đau cách hồi thần kinh, giảm chức năng cuộc sống và giảm phản xạ gân xương bánh chè, gân gót, hình ảnh trượt đốt sống trên X-quang (70%) và hẹp ống sống khu vực L3L4L5S1 (96,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Norbert Boos và M. Aebi (2008), Spinal disorders fundamentals of diagnosis and treatment, chủ biên, Springer,, Berlin ; New York, tr. xxxiii, 1166 p.
- [2] R. Kalf, C. Ewald, A. Waschke và các cộng sự. (2013), "Degenerative lumbar spinal stenosis in older people: current treatment options", Dtsch Arztebl Int, 110(37), tr. 613-23; quiz 624.
- [3] Nguyễn Hiền Nhân, Nguyễn Tài Tuấn, Trịnh

- Quốc Minh và các cộng sự. (2019), "Đánh giá kết quả 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".
- [4] Luyện Nguyễn Thế (2010), "Kết quả phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14(phụ bản của số 1), tr. 257-261.
- [5] Nguyễn Văn Tú (2021), Kết quả phẫu thuật điều trị hẹp ống sống thắt lưng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Đại học Y Thái Nguyên.
- [6] Lê Văn Công, Phạm Trịnh Quốc Khanh và Nguyễn Văn Lâm (2018), "Kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng cùng do thoái hóa bằng phẫu thuật giải ép kết hợp hàn xương liên thân đốt sống tại bệnh viện Quân Y 121 năm 2016-2017", Tạp chí Y - Dược học Cần Thơ, 15, tr. tr.62-69.
- [7] Hoàng Gia Du (2018), "Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt", Tạp chí Y học Việt Nam 465, tr. tr.30-35.
- [8] Vũ Minh Hải (2016), "Kết quả điều trị phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình", Y học Việt Nam, 2, tr. tr.143-147.
- [9] Nguyễn Duy Luật, Nguyễn Văn Thạch, Nguyễn Hoàng long và các cộng sự. (2013), "Đánh giá kết quả ứng dụng dụng cụ cố định động cột sống liên gai sau trong hỗ trợ phẫu thuật mở cửa sọ xương điều trị bệnh lý hẹp ống sống thắt lưng", Tạp chí Y - Dược học quân sự, 4, tr. tr.97-104.
- [10] Nguyễn Hiền Nhân, Nguyễn Tuấn Tài và Trịnh Quốc Minh (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", Y học TP Hồ Chí Minh, 23(6), tr. tr.28-33.
- [11] Boos N and Aebi M (2008), " Lumbar Spinal Stenosis, Spinal disorders fundamentals of diagnosis and treatment", Springer Berlin, New York, tr. 513-584.
- [12] Nguyễn Vũ (2015), Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống thắt lưng qua cuống kết hợp hàn xương liên thân đốt, Vũ, ed, Luận văn tiến sỹ, Đại học Y Hà Nội.
- [13] Vi Trường Sơn và Phan Trọng Hậu (2018), "Đánh giá kết quả phẫu thuật ít xâm lấn giải chèn ép qua ống bánh dưới kính vi phẫu điều trị hẹp ống sống do thoái hóa vùng thắt lưng", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 13(1), tr. tr.74-80.
- [14] S. Dohzono, A. Matsumura, H. Terai và các cộng sự. (2013), "Radiographic evaluation of postoperative bone regrowth after microscopic bilateral decompression via a unilateral approach for degenerative lumbar spondylolisthesis", J Neurosurg Spine, 18(5), tr. 472-8.
- [15] 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 bánh", Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108, 6, tr. 256-260.