

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Trịnh Quang Khiêm^{1*}, Nguyễn Ngọc Sơn¹
Đàm Quang Kha¹, Vũ Gia Vịnh¹, Nguyễn Văn Hân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả phẫu thuật điều trị trượt đốt sống thắt lưng, tại Bệnh viện quân y 110.

Đối tượng, phương pháp: Tiến cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc không đối chứng 45 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng, được điều trị phẫu thuật cố định cột sống bằng nẹp vít qua cuống, giải phóng chèn ép thần kinh, nắn chỉnh, ghép xương tại Bệnh viện Quân y 110, từ năm 2022 đến 2024.

Kết quả: 75,6% bệnh nhân ở nhóm tuổi 40-59, tuổi trung bình của bệnh nhân là $50,7 \pm 7,2$ tuổi. Số bệnh nhân nữ gấp 3 lần số bệnh nhân nam. 71,1% bệnh nhân là người lao động nặng. Nguyên nhân trượt đốt sống hay gặp là do hở eo (55,6%), thoái hóa (42,2%). 71,1% bệnh nhân có thời gian diễn biến của bệnh từ 1-3 năm. 100% bệnh nhân có hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ thần kinh. 95,6% bệnh nhân trượt 1 tầng, 57,8% bệnh nhân trượt đốt sống L4-L5. 71,1% bệnh nhân có hình ảnh trượt đốt sống trên phim X quang. 100% bệnh nhân thoái hóa đĩa đệm, hẹp ống sống. Sau mổ, 66,7% bệnh nhân không còn trượt đốt sống trên X quang. Thời điểm ra viện, 93,3% bệnh nhân giảm hoặc hết các triệu chứng do chèn ép thần kinh. Sau 6 tháng, 71,1% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 22,2% kết quả khá, 6,7% kết quả trung bình. 5 bệnh nhân có biến chứng sau mổ (rách màng cứng, chảy máu sau mổ, nhiễm khuẩn vết mổ).

Kết luận: Phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng bằng nẹp vít qua cuống, giải phóng chèn ép thần kinh, nắn chỉnh, ghép xương là lựa chọn điều trị phù hợp, cho kết quả tốt ở những bệnh nhân trượt đốt sống do bất kì nguyên nhân nào.

Từ khóa: Trượt đốt sống, nẹp vít qua cuống, giải chèn ép thần kinh, ghép xương.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical characteristics, imaging findings, and surgical results of lumbar spondylolisthesis at Military Hospital 110.

Subjects and methods: A prospective, cross-sectional, longitudinal, uncontrolled study was conducted on 45 patients with lumbar spondylolisthesis who underwent surgical treatment consisting of pedicle screw fixation, neural decompression, reduction, and bone grafting at Military Hospital 110 from 2022 to 2024.

Results: The majority of patients (75.6%) were between 40 and 59 years of age, with a mean age of 50.7 ± 7.2 years. The number of female patients was three times that of males. Heavy manual laborers accounted for 71.1% of the cohort. The most common causes of spondylolisthesis were isthmus opening (55.6%) and degeneration (42.2%). Disease duration was 1-3 years in 71.1% of cases. All patients (100%) presented with spinal syndrome and radicular compression syndrome. Single-level spondylolisthesis was observed in 95.6% of patients, most frequently at L4-L5 (57.8%). Radiographs revealed spondylolisthesis in 71.1% of cases. All patients (100%) had disc degeneration and spinal canal stenosis. Postoperatively, 66.7% observed a reduction of spondylolisthesis on radiographs. At discharge, 93.3% experienced improvement or resolution of neurological compression symptoms. After 6 months, surgical outcomes were rated as good in 71.1%, fair in 22.2%, and average in 6.7%. Postoperative complications occurred in five patients, including dural tear, postoperative hemorrhage, and surgical site infection.

Conclusions: Pedicle screw fixation with neural decompression, reduction, and bone grafting is an effective and appropriate surgical approach for patients with lumbar spondylolisthesis, regardless of etiology.

Keywords: Spondylolisthesis, pedicle screw fixation, neural decompression, bone grafting.

Chịu trách nhiệm nội dung: Trịnh Quang Khiêm, Email: bskhiemv110@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/7/2025; mời phản biện: 7/2025; chấp nhận đăng: 23/9/2025.

¹Bệnh viện Quân y 110.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) là sự di chuyển bất thường ra phía trước của thân đốt sống cùng với cuống, mòm ngang và diện khớp phía trên. Đây là nhóm bệnh hay gặp trong ngoại khoa nói chung và trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh nói riêng. Bệnh thường gặp ở cột sống thắt lưng, ít gặp ở đốt sống cổ và ngực; là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau thắt lưng, ảnh hưởng lớn tới sức khỏe, sinh hoạt và lao động của bệnh nhân (BN).

Chỉ định điều trị ngoại khoa được đưa ra khi các phương pháp điều trị bảo tồn không có kết quả. Có nhiều kĩ thuật có thể áp dụng điều trị TĐS như phẫu thuật (PT) cắt cung sau đơn thuần (PT Gill), cắt cung sau kết hợp ghép xương sau bên và ghép xương thân đốt, cắt cung sau kết hợp ghép xương và sử dụng các phương tiện kết xương. Trên thế giới, năm 1969, Harrington và Tullos đi đầu trong kĩ thuật cố định cột sống qua cuống, giúp nắn chỉnh TĐS [2]. Trong khoảng hơn 1 thập kỉ trở lại đây, PT điều trị TĐS đã có nhiều tiến bộ vượt bậc. Việc sử dụng phương tiện kết xương nẹp vít qua cuống, ghép xương sau bên hoặc ghép xương liên thân đốt, đặt PEEK cage đã và đang được áp dụng rộng rãi tại nhiều bệnh viện lớn trong nước.

Tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 110, PT điều trị TĐS đã được triển khai từ năm 2016, song đến nay, vẫn chưa có nghiên cứu nào tổng kết đánh giá kết quả. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của BN TĐS thắt lưng được điều trị PT và đánh giá kết quả điều trị của phương pháp PT này tại Bệnh viện Quân y 110.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

45 BN chẩn đoán xác định TĐS thắt lưng, điều trị PT cố định cột sống bằng nẹp vít qua cuống, giải phóng chèn ép thần kinh, nắn chỉnh, ghép xương tại Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 01/2022-06/2024.

- Tiêu chuẩn chọn BN: BN TĐS chèn ép thần kinh tăng dần, đã điều trị nội khoa thất bại, có yếu tố mất vững cột sống, có chỉ định PT.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu; BN TĐS có các bệnh lí đi kèm chưa được điều trị ổn định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc không đối chứng.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: giới tính, tuổi, nghề nghiệp, đặc điểm lâm sàng, thời gian mắc bệnh, nguyên nhân gây TĐS.

+ Đặc điểm lâm sàng: hội chứng cột sống, hội chứng chèn ép thần kinh.

+ Đặc điểm hình ảnh học (trên X quang và MRI): vị trí đốt trượt, số đốt trượt; độ trượt; các tổn thương phổi hợp.

+ Đánh giá kết quả PT: theo thang điểm Prolo.

+ Các tai biến, biến chứng gặp phải.

- Tiêu chí đánh giá:

+ Độ trượt (đánh giá theo Meyerding) [11]: dựa vào X quang quy ước đo tỉ lệ % trượt ra trước của thân đốt sống trên so với đốt sống dưới, chia mức độ trượt thành 4 độ: độ I (< 25%), độ II (từ 25% đến dưới 50%), độ III (từ 50% đến dưới 75%), độ IV (từ 75% đến 100%).

+ Kết quả sau phẫu thuật đánh giá dựa trên 2 tiêu chí mức độ đau và mức độ vận động sau mổ, mỗi tiêu chí xếp từ 1 đến 5 điểm theo thang điểm Prolo [3]; phân loại: tốt (9-10 điểm), khá (7-8 điểm), trung bình (5-6 điểm), kém (dưới 5 điểm).

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Đạo đức: đề tài được thông qua Hội đồng Khoa học Bệnh viện Quân y 110. BN tình nguyện tham gia nghiên cứu, được giải thích rõ về mục đích, quy trình, nội dung của nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số BN (n = 45)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (năm)	< 40	4	8,9
	40-49	16	35,6
	50-59	18	40,0
	≥ 60	7	15,6
Giới tính	Nam giới	11	24,4
	Nữ giới	34	75,6
Nghề nghiệp	Lao động nặng	32	71,1
	Lao động nhẹ	12	26,7
	Nội trợ	1	2,2
Nguyên nhân	Thoái hóa	19	42,2
	Hở eo	25	55,6
TĐS	Biến chứng sau PT	1	2,2
Thời gian diễn biến bệnh (năm)	≤ 1	6	13,3
	> 1-2	18	40,0
	> 2-3	14	31,1
	> 3	7	15,6

BN phân bố từ 36-65 tuổi, trung bình 50,7 ± 7,2 tuổi, nhiều nhất ở lứa tuổi 40-59 tuổi (75,6%). Đa số BN là nữ giới, nghề nghiệp lao động nặng,

nguyên nhân gây TĐS do hở eo và đến viện sau khi bệnh đã diễn biến 1-3 năm.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh

Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh		Số BN (n = 45)	Tỉ lệ (%)
Hội chứng cột sống	Đau cột sống	45	100
	Dấu hiệu bậc thang	21	46,7
	Cong vẹo cột sống	16	35,6
	Dấu hiệu Schober (+)	45	100
Hội chứng chèn ép rễ thần kinh	Đau cách hồi thần kinh	45	100
	Đau theo rễ xuống chân	33	73,3
	Lasegue (+)	36	80,0
	Rối loạn cảm giác	24	53,3
	Teo yếu cơ	8	17,8
Vị trí TĐS	L4-L5	26	57,8
	L5-S1	17	37,8
	L4-L5, L5-S1	2	4,4
Mức độ TĐS	Độ I	32	71,1
	Độ II	13	28,9
Thương tổn phối hợp	Thoái hóa đĩa đệm	45	100
	Hẹp ống sống	45	100
	Hẹp lỗ ghép	18	40,0

Tất cả BN đều có đầy đủ hội chứng cột sống, hội chứng chèn ép rễ thần kinh, biểu hiện thoái hóa đĩa đệm và hẹp ống sống. Đa số TĐS độ I (71,1%), tại vị trí đốt sống L4-L5 và L5-S1 (95,6%).

3.3. Kết quả sau PT

- Biểu hiện triệu chứng đau do chèn ép rễ thần kinh tại thời điểm ra viện:

- + Giảm hoặc hết: 42 BN (93,3%).
- + Không giảm: 3 BN (6,7%).

- Tai biến, biến chứng: 2 BN rách màng cứng trong mổ; 2 BN nhiễm khuẩn vết mổ và 1 BN chảy máu sau mổ.

- Kết quả điều trị sau PT 6 tháng:
 - + Tốt: 32 BN (71,1%).
 - + Khá: 10 BN (22,2%).
 - + Trung bình: 3 BN (6,7%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

BN nghiên cứu phân bố từ 36-65 tuổi, trung bình 50,7 ± 7,2 tuổi, đa số ở lứa tuổi từ 40-60 (75,6%); tỉ lệ nữ/nam là 3/1. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Hồng Phong (BN trung bình 47,92

± 12,91 tuổi, tỉ lệ nữ/nam = 3,6/1) [4]. Nguyên nhân có thể do thay đổi cơ chế sinh động học của cột sống vùng thắt lưng khi phụ nữ mang thai và rối loạn nội tiết sau mãn kinh làm gia tăng tình trạng loãng xương, thoái hóa khớp.

Chúng tôi gặp TĐS chủ yếu ở người lao động nặng (71,1%). Thường xuyên phải vận động cột sống quá mức, để cột sống chịu tải lớn trong thời gian dài, vận động cột sống sai tư thế có thể dẫn đến tổn thương đĩa đệm, dây chằng, diện khớp gây mất vững cột sống. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Võ Văn Thanh (55,9% lao động nặng, 23,5% lao động nhẹ, 20,6% nội trợ) [5].

Có 6 nguyên nhân gây TĐS là hở eo, thoái hóa cột sống, biến chứng sau PT hay can thiệp vào cột sống, sau chấn thương, do bệnh lí, bẩm sinh [1]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp 3 nguyên nhân, trong đó đa số là do hở eo (55,6%) và thoái hóa (42,2%). Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Vũ (51,1% TĐS do hở eo; 41,1% do thoái hóa) [6].

Phần lớn BN đến viện sau khi bệnh diễn biến 1-3 năm (71,1%), triệu chứng bệnh râm rộ. Có thể khi đã phát hiện bệnh, BN được điều trị nội khoa nhiều lần, ở nhiều cơ sở y tế khác nhau và chưa muốn PT. Khi triệu chứng râm rộ, ảnh hưởng xấu đến cuộc sống thì BN mới nhập viện. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Hoàng Gia Du (51,4% BN đau hơn một năm trước nhập viện) [7].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học

- Tất cả các BN đều có đủ hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ thần kinh: 100% BN đau cột sống thắt lưng, đau âm ỉ liên tục, đau tăng khi cột sống phải chịu tải (đứng, đi bộ, lao động...) hoặc thay đổi tư thế. Nguyên nhân đau là do mất vững cột sống. 100% có đau cách hồi (intermittent pain) - kiểu đau đặc trưng của bệnh TĐS, hậu quả của TĐS thời gian dài gây nên hẹp ống sống. Cảm giác đau và chuột rút ở 2 chân sau khi đi 1 đoạn hoặc đứng lâu. Đau tăng khi xuống dốc, cầu thang buộc BN phải dừng lại; hết đau khi nằm/ngồi nghỉ ngơi. Đây cũng là triệu chứng phân biệt với các bệnh lí đĩa đệm khác vùng thắt lưng. 8 BN có biểu hiện tổn thương rễ thần kinh khá nặng, teo cơ, cơ lực giảm tương ứng với nhóm cơ có dây thần kinh chi phối bị chèn ép. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Refaat M.I (biểu hiện đau cột sống thắt lưng do mất vững và đau cách hồi thần kinh gặp ở 100% các BN) [8].

- Vị trí và số lượng đốt sống trượt: đa số trượt 1 tầng (95,6%), ở đốt sống L4-L5 (57,8%). Có 4,4% trượt 2 đốt sống L4-L5, L5-S1. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Vũ (92,2% TĐS 1 tầng, 51,1% trượt L4-L5, 38,9% trượt L5-S1) [6]. Về mức độ TĐS: 71,1% BN trượt độ I, 28,9% trượt độ II, không có BN trượt độ III, IV. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Vũ

(72,3% trượt độ I, 18,9% trượt độ II, 8,8% trượt độ III và IV) [6]. Tất cả các BN đều có biểu hiện thoái hóa đĩa đệm và hẹp ống sống - nguyên nhân chính gây ra đau cách hồi thần kinh.

4.3. Kết quả PT

BN được PT cố định cột sống bằng nẹp vít qua cuống, giải phóng chèn ép thần kinh, nắn chỉnh, ghép xương sau bên (với TĐS do thoái hóa) hoặc ghép xương liên thân đốt (với TĐS do hở eo).

Tại thời điểm ra viện, 93,3% BN giảm hoặc hết triệu chứng đau do chèn ép rễ thần kinh; có thể vì PT đã lấy bỏ cung sau của đốt sống trượt, giải phóng các nguyên nhân chèn ép thần kinh. Sau mổ, các triệu chứng đau kiểu rễ giảm rõ rệt, các triệu chứng rối loạn cảm giác, teo yếu cơ phục hồi chậm hơn do đa số BN đều có thời gian diễn biến bệnh dài, thần kinh bị chèn ép lâu ngày.

Sau mổ 6 tháng, tỉ lệ BN có kết quả tốt 71,1%; khá 22,2%; không BN nào có kết quả kém. Chủ yếu BN kết quả khá có tổn thương thần kinh nặng từ trước mổ. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Kiều Đình Hùng (88,7% BN kết quả tốt, 11,3% kết quả khá) [9].

Sau mổ, có 2 BN rách màng cứng, 2 BN nhiễm khuẩn vết mổ và 1 BN chảy máu; tương đồng với nghiên cứu của Farrokhi (2,5% BN nhiễm khuẩn vết mổ) [10]. Biến chứng rách màng cứng do ống sống hẹp mức độ nặng, dây chằng vàng dính chặt với màng cứng, quá trình cắt cung sau, lấy bỏ dây chằng vàng làm rách màng cứng. Chúng tôi xử lí bằng khâu vá màng cứng, theo dõi sau mổ không thấy hiện tượng rò dịch não tủy. Các BN nhiễm khuẩn vết mổ đều là nhiễm trùng nông, xử trí thay băng, chăm sóc vết mổ, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ đều ổn định. BN bị chảy máu sau mổ được PT lại để cầm máu. Chúng tôi thấy, với đường mổ mở lớn, can thiệp nhiều tầng, việc đối diện với biến chứng chảy máu và nhiễm khuẩn là một thách thức lớn đối với các PT viên.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 45 bệnh nhân trượt đốt sống, điều trị phẫu thuật cố định cột sống bằng nẹp vít qua cuống, giải phóng chèn ép thần kinh, nắn chỉnh, ghép xương tại Bệnh viện Quân y 110, kết luận:

- Nguyên nhân lớn trượt đốt sống do hở eo, thoái hóa (97,8%); thời gian mắc trước phẫu thuật từ 1-3 năm (71,1%); triệu chứng điển hình là đau cột sống thắt lưng kiểu mất vững và đau cách hồi thần kinh (100%).

- Trước khi ra viện, 93,3% bệnh nhân giảm triệu chứng đau do chèn ép thần kinh; không có tai biến tổn thương thần kinh hay tử vong trong mổ. Sau phẫu thuật 6 tháng, có 71,1% kết quả điều trị tốt, 22,2% kết quả điều trị khá, 6,7% kết quả điều trị trung bình.

Phẫu thuật cố định cột sống bằng nẹp vít qua cuống, giải phóng chèn ép thần kinh, ghép xương có tỉ lệ kết quả điều trị tốt cao và tỉ lệ biến chứng nguy hiểm thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Balderston R.A (2003), "Degenerative and Isthmic Spondylolisthesis: Evaluation and Management", *Principles and Practice of Spine Surgery, Mosby*, pp. 527-538.
- Gaines Jr R.W (2000), "The use of pedicle-screw internal fixation for the operative treatment of spinal disorders", *Journal of Bone & Joint Surgery*, 82(10): p. 1458-1458.
- Vanti C, Prosperi D, Boschi M (2013), "The Prolo Scale: History, evolution and psychometric properties", *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 14(4), 235-245.
- Phạm Hồng Phong, Nguyễn Lê Bảo Tiến, Vũ Văn Cường, Võ Văn Thanh (2021), "Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phẫu thuật ít xâm lấn giải ép, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp", *VMJ*, vol 507, số 1, tháng 12/2021.
- Võ Văn Thanh (2014), *Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Vũ (2015), *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*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Đức Hoàng, Hoàng Gia Du (2023), "Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng cùng 1 tầng được phẫu thuật cố định cột sống vít qua da và hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp sử dụng ống nông", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 531(1b).
- Refaat M.I (2014), "Management of single level lumbar degenerative spondylolisthesis: Decompression alone or decompression and fusion, Egyptian", *Journal of Neuro surgery*, Volume 29, No. 4: p. 51-56.
- Kiều Đình Hùng, Nguyễn Vũ và CS (2021), "Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội", *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 147(11), 169-176.
- Farrokhi M.R, Rahmanian A, Masoudi M.S (2012), "Posterolateral versus posterior interbody fusion in isthmic spondylolisthesis", *Journal of Neurotrauma*, 29(8): p. 1567-1573.
- Meyerding H.W (1938), "Spondylolisthesis as an etiologic factor in backache", *JAMA*, 111 (22): 1971. □