

Đánh giá kết quả phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng ở bệnh nhân lớn tuổi

Nguyễn Vĩnh Lạc^{1*}, Nguyễn Thanh Minh¹, Đinh Thị Phương Hoài¹, Lê Trọng Hiếu¹
(1) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Hẹp ống sống thắt lưng trên bệnh nhân lớn tuổi là bệnh lý phổ biến, là nguyên nhân lớn nhất dẫn đến chỉ định phẫu thuật cột sống. Mục tiêu đặt ra là nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật giải áp, cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp (TLIF). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 45 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng được điều trị bằng phẫu thuật từ 06/2018 - 03/2021. Phương pháp mô tả lâm sàng tiến cứu có theo dõi, không đối chứng. Đánh giá bệnh nhân từ trước mổ đến sau mổ 1 năm. **Kết quả:** Tuổi trung bình $67,96 \pm 5,701$. Bệnh nhân trước mổ có 33,3% tàn phế và 66,7% tê liệt theo ODI. Hình ảnh MRI có 91,1% hẹp tuyệt đối, 8,9% hẹp tương đối. Không có tai biến trong mổ. Tỷ lệ biến chứng 6,6%. 1 năm sau phẫu thuật, VAS đau lưng giảm còn $1,16 \pm 1,33$, VAS đau chân giảm còn $0,80 \pm 0,99$, JOA $23,73 \pm 3,61$, ODI còn $26,89 \pm 10,98$. Mức độ phục hồi 93,3%. **Kết luận:** Phẫu thuật TLIF mang lại kết quả tốt trên nhóm bệnh nhân lớn tuổi.

Từ khóa: hẹp ống sống thắt lưng; phẫu thuật TLIF; bệnh nhân lớn tuổi; Japanese Orthopaedic Association; Oswestry Disability Index.

Evaluation of surgical treatment results in elderly patients with lumbar spinal stenosis

Nguyen Vinh Lac^{1*}, Nguyen Thanh Minh¹, Dinh Thi Phuong Hoai¹, Le Trong Hieu¹
(1) Department of Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Lumbar spinal stenosis in elderly patients is a common pathology and the biggest cause of the indication for spinal surgery. Our aims are to study clinical and subclinical characteristics and evaluate TLIF surgery results in elderly patients with lumbar spinal stenosis. **Materials & methods:** A total of 45 lumbar spinal stenosis patients were treated with TLIF surgery from June 2018 to March 2021. Using a follow-up, clinical descriptive research method. Evaluate before surgery and follow up until 1 year after operation. **Results:** The average age was 67.96 ± 5.701 . The classification of patients admitted to hospital was 33.3% crippled and 66.7% paralyzed according to the ODI. MRI showed 91.1% absolute stenosis, 8.9% relative stenosis. There were no surgical accidents. The complication rate after surgery was 6.6%. 12 months after surgery, VAS back pain decreased to 1.16 ± 1.33 , VAS leg pain decreased to 0.80 ± 0.99 , JOA increased to 23.73 ± 3.61 , ODI decreased to 26.89 ± 10.98 . 93.3% recovery rate classified as excellent and good according to Hirabayashi. **Conclusions:** TLIF surgery on elderly patients brought good results.

Keywords: lumbar spinal stenosis; TLIF surgery; elderly patients; Japanese Orthopaedic Association score; Oswestry Disability Index.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống thắt lưng (Lumbar Spinal Stenosis - LSS) thường được sử dụng để mô tả các bệnh nhân có triệu chứng đau hông hoặc chi dưới, có thể có hoặc không có đau lưng, liên quan đến sự thu hẹp trên giải phẫu về kích thước của ống sống thắt lưng [1,2]. Trên phương diện giải phẫu, thuật ngữ này đề cập đến ít nhất một trong các tình trạng hẹp ống sống trung tâm, hẹp ngách bên và/hoặc hẹp lỗ liên hợp. Nguyên nhân phổ biến nhất của LSS là do thoái

hóa cột sống [3].

Sự ra đời của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như X Quang, chụp tủy và bao rễ thần kinh, chụp cắt lớp vi tính và nhất là chụp cộng hưởng từ đã giúp cho các thầy thuốc hiểu biết một cách sâu sắc hơn về biểu hiện lâm sàng, các dấu hiệu hình ảnh học cũng như cơ chế bệnh sinh của bệnh lý này.

Song song với các tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị hẹp ống sống thắt lưng nói chung và điều trị phẫu thuật nói riêng cũng có nhiều thay đổi.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Vĩnh Lạc, email: nvlac@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 21/6/2023; Ngày đồng ý đăng: 10/9/2023; Ngày xuất bản: 25/9/2023

DOI: 10.34071/jmp.2023.5.7

Đây là bệnh lý phổ biến, nhiều nghiên cứu báo cáo tỉ lệ vào khoảng 8% - 11% dân số, thông thường xảy ra ở độ tuổi 60 - 70 và là nguyên nhân lớn nhất dẫn đến chỉ định phẫu thuật cột sống [4]. Mặc dù hẹp ống sống thắt lưng là một vấn đề được quan tâm cùng với sự già hóa của dân số, ở địa phương, các nghiên cứu về bệnh lý này vẫn đang còn là số ít.

Điều trị hẹp ống sống thắt lưng bằng phẫu thuật mở rộng ống sống giải áp rễ thần kinh, kết hợp xương cột sống bằng vít qua cuống cung và hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp là một kỹ thuật tiến bộ trong phẫu thuật cột sống. Trong những năm gần đây, tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, phẫu thuật này đem lại kết quả tốt cho người bệnh và bảo toàn được sự ổn định, vững chắc của cột sống. Để góp phần đánh giá về chỉ định cũng như hiểu biết chính xác kết quả của điều trị phẫu thuật tại đây, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này có hai mục tiêu:

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân lớn tuổi hẹp ống sống thắt lưng.
- Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật TLIF ở bệnh nhân lớn tuổi hẹp ống sống thắt lưng.

2. ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tổng số 45 bệnh nhân \geq 60 tuổi có chẩn đoán hẹp ống sống thắt lưng được điều trị bằng phẫu thuật giải áp, cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp tại Khoa Ngoại Tiết niệu - Thần kinh, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 06/2018 đến tháng 03/2021.

Tiêu chuẩn chọn lựa: tất cả bệnh nhân tuổi từ 60 trở lên. Được chẩn đoán hẹp ống sống thắt lưng dựa trên lâm sàng và hình ảnh học (biểu hiện lâm sàng: Hội chứng cột sống, hội chứng chèn ép rễ thần kinh. Cận lâm sàng: MRI có hình ảnh hẹp ống sống thắt lưng). Bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp phẫu thuật giải áp, cố định cột sống bằng vít qua cuống và hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion - TLIF).

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không chấp nhận tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân không hợp tác điều trị, không tuân thủ các quy trình theo dõi. Bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng không do thoái hóa, ví dụ các nguyên nhân: bẩm sinh, chấn thương, u, viêm... Bệnh nhân đã phẫu thuật cột sống trước đây. Bệnh nhân có bệnh lý gây nhiều chẩn đoán trước và sau phẫu thuật, ví dụ: bệnh lý thần kinh, mạch máu ngoại biên, bệnh lý khớp háng, khớp gối kèm theo...

Bệnh nhân ung thư.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế, chọn mẫu, thu thập thông tin

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu có theo dõi, không đối chứng. Cỡ mẫu thuận tiện gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh trong thời gian nghiên cứu.

Thu nhận tất cả các thông tin từ bệnh nhân, bệnh án, các xét nghiệm hình ảnh học của bệnh nhân và tổng hợp vào phiếu nghiên cứu. Đánh giá trước mổ, theo dõi trong mổ và hậu phẫu để đánh giá các tai biến, biến chứng gần. Hẹn bệnh nhân tái khám để đánh giá sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 1 năm tính từ thời điểm phẫu thuật.

2.2.2. Các biến số nghiên cứu

- Thông tin chung của bệnh nhân: Hành chính, bệnh sử - tiền sử. Tình trạng bệnh nhân trước phẫu thuật: Hội chứng cột sống, hội chứng chèn ép rễ thần kinh. Đánh giá mức độ đau cột sống thắt lưng trước phẫu thuật theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale).
- Khám đánh giá yếu liệt cơ một hoặc hai bên theo ASIA kết hợp đánh giá cơ lực bằng tay. Đánh giá triệu chứng theo thang điểm JOA [5,6,7]. Tính tỉ số cải thiện (theo phương pháp Hirabayashi). Đánh giá chức năng cột sống theo thang điểm ODI [8].

- Đặc điểm hình ảnh học: X quang cột sống thắt lưng (Thoái hóa cột sống thắt lưng, loãng xương, mất đường cong sinh lý, bất thường đốt sống); cộng hưởng từ cột sống thắt lưng (Phân loại hẹp theo đường kính trước sau, dựa trên hình thái học trên MRI (theo tác giả Schizas C.) [9].

- Đánh giá phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, Tai biến trong mổ, Biến chứng sau mổ, Đánh giá vị trí chính xác của vít ở hình ảnh X Quang trước khi ra viện theo Lonstein [10].

- Đánh giá hậu phẫu thời điểm ra viện, tái khám 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 1 năm: Tiến triển lâm sàng, thay đổi điểm JOA, tính tỉ số cải thiện, thay đổi ODI, đánh giá mức độ liền xương theo Bridwell [6].

Công thức tính tỉ số cải thiện (theo phương pháp Hirabayashi):

$$\left(\frac{\text{JOA sau mổ} - \text{JOA trước mổ}}{29} - \text{JOA trước mổ} \right) \times 100\%$$

Đánh giá cải thiện theo tỉ số cải thiện: xuất sắc (\geq 75%), tốt (50% - 74%), trung bình (25% - 49%), kém (\leq 24%). Đánh giá phẫu thuật thành công khi tỉ số cải thiện cao hơn 25%.

2.2.3. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học dùng phần mềm Excel, SPSS.

3. KẾT QUẢ

3.1. Các thông tin chung

Bảng 1. Các thông tin chung

| Các thông tin chung | | Số BN | Tỉ lệ % |
|--|---------------------------------|-------|---------|
| Nhóm tuổi TB = 67,96 ± 5,701 (60 - 84) | 60 - 64 | | 31,1 |
| | 65 - 69 | | 35,6 |
| | 70 - 74 | | 17,8 |
| | 75 - 79 | | 11,1 |
| | ≥ 80 | | 4,4 |
| Giới tính Tỉ lệ nam nữ = 0,73 | Nam | | 42,22 |
| | Nữ | | 57,78 |
| Bệnh lý kèm | Không | 28 | 62,2 |
| | Tăng huyết áp | 10 | 22,2 |
| | Đái tháo đường | 1 | 2,2 |
| | Đái tháo đường, vảy nến | 1 | 2,2 |
| | Gout | 1 | 2,2 |
| | Hen phế quản | 1 | 2,2 |
| | Tăng huyết áp, cầu cơ mạch vành | 1 | 2,2 |
| | Tăng huyết áp, hen phế quản | 1 | 2,2 |
| | Viêm gan B | 1 | 2,2 |

3.2. Triệu chứng lâm sàng và đặc điểm hình ảnh học

Bảng 2. Tổng hợp triệu chứng lâm sàng và đặc điểm hình ảnh học thời điểm nhập viện

| Triệu chứng lâm sàng | | Số BN | Tỉ lệ % |
|---------------------------------------|-------------|-------|---------|
| Đau lưng | Có | 45 | 100 |
| | Không | 0 | 0 |
| Điểm đau cột sống và cạnh sống | Có | 40 | 88,9 |
| | Không | 5 | 11,1 |
| Đau chân kiểu rết | Hai chân | 26 | 57,8 |
| | Chân phải | 14 | 31,1 |
| | Chân trái | 5 | 11,1 |
| Đi lạc cách hồi | < 100 m | 37 | 82,2 |
| | 100 - 500 m | 8 | 17,8 |
| Yếu/liệt chân | Có | 21 | 46,7 |
| | Không | 24 | 53,3 |
| Rối loạn cơ tròn | Không | 45 | 100 |
| Phân độ mất chức năng theo ODI | Tê liệt | 30 | 66,7 |
| | Tàn phế | 15 | 33,3 |

| Đặc điểm hình ảnh học | | Số BN | Tỉ lệ % | |
|-----------------------|----------------------------|---------------|---------|------|
| X Quang | Hình ảnh thoái hóa | Có | 45 | 100 |
| | | Không | 0 | 0 |
| | Loãng xương | Có | 6 | 13,3 |
| | | Không | 39 | 86,7 |
| | Mất đường cong sinh lý | Có | 21 | 46,7 |
| | | Không | 24 | 53,3 |
| | Bất thường đốt sống | Có | 4 | 8,9 |
| | | Không | 41 | 91,1 |
| MRI | Hẹp đường kính trước sau | Hẹp tương đối | 4 | 8,9 |
| | | Hẹp tuyệt đối | 41 | 91,1 |
| | Hình thái hẹp theo Schizas | C | 13 | 28,9 |
| | | D | 32 | 71,1 |

3.3. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật

Bảng 3. Các đặc điểm điều trị phẫu thuật

| Đặc điểm điều trị phẫu thuật | Tỉ lệ % |
|------------------------------|---------|
| Số tầng phẫu thuật | |
| 1 tầng | 40 |
| 2 tầng | 42,2 |
| 3 tầng | 17,8 |

Thời gian phẫu thuật trung bình của mẫu nghiên cứu là $123,56 \pm 39,667$ phút.

Toàn bộ 45 ca phẫu thuật (100%) không ghi nhận tai biến trong mổ.

Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là $11,24 \pm 2,451$ ngày.

3.4. Đánh giá các thời điểm ra viện và tái khám

Bảng 4. Tiến triển lâm sàng

| Tiến triển lâm sàng (Tỉ lệ %) | | Trước mổ | Ra viện | 1 tháng | 3 tháng | 6 tháng | 1 năm |
|-------------------------------|-------------|----------|---------|---------|---------|---------|-------|
| Đau cột sống thắt lưng | Có | 100 | 100 | 97,8 | 75,6 | 55,6 | 55,6 |
| | Không | 0 | 0 | 2,2 | 24,4 | 44,4 | 44,4 |
| Đau lan chân kiểu rễ | Hai chân | 57,8 | 57,8 | 55,6 | 31,1 | 24,4 | 24,4 |
| | Chân phải | 31,1 | 31,1 | 28,9 | 13,3 | 11,1 | 11,1 |
| | Chân trái | 11,1 | 11,1 | 15,6 | 15,6 | 6,7 | 6,7 |
| | Không | 0 | 0 | 0 | 40 | 57,8 | 57,8 |
| Đi lạc cách hồi | < 100 m | 82,2 | 82,2 | 13,3 | 2,2 | 2,2 | 2,2 |
| | 100 - 500 m | 17,8 | 17,8 | 75,6 | 31,1 | 13,3 | 13,3 |
| | > 500 m | 0 | 0 | 11,1 | 60 | 42,2 | 42,2 |
| | Không | 0 | 0 | 0 | 6,7 | 42,2 | 42,2 |
| Yếu liệt chân | Có | 46,7 | 46,7 | 13,3 | 8,9 | 8,9 | 8,9 |
| | Không | 53,3 | 53,3 | 86,7 | 91,1 | 91,1 | 91,1 |

| Trị số trung bình theo các thang điểm lâm sàng | | | | | |
|--|-------------|-------------|---------------|--------------|-----------------|
| | VAS lưng | VAS chân | ODI | JOA | Tỉ số cải thiện |
| Trước mổ | 7,16 ± 1,89 | 8,64 ± 0,96 | 80,58 ± 5,99 | 6,07 ± 2,04 | |
| Ra viện | 4,82 ± 1,37 | 5,49 ± 0,66 | 65,49 ± 5,32 | 8,89 ± 2,64 | 12,42 ± 7,08 |
| 1 tháng | 2,93 ± 1,16 | 3,24 ± 0,86 | 48,38 ± 7,29 | 17,51 ± 2,50 | 50,17 ± 8,41 |
| 3 tháng | 1,58 ± 1,27 | 1,31 ± 1,18 | 34,73 ± 9,50 | 21,56 ± 3,40 | 67,91 ± 13,53 |
| 6 tháng | 1,22 ± 1,36 | 0,89 ± 1,15 | 27,07 ± 11,33 | 23,64 ± 3,74 | 77,00 ± 15,11 |
| 1 năm | 1,16 ± 1,33 | 0,80 ± 0,99 | 26,89 ± 10,98 | 23,73 ± 3,61 | 77,44 ± 14,63 |

Bảng 5. Biến chứng phẫu thuật

| Biến chứng phẫu thuật | Số BN | Tỉ lệ % |
|----------------------------|-------|---------|
| Có biến chứng | | |
| Vết thương liền kém | 1 | 2,2 |
| Miếng ghép di lệch lui sau | 1 | 2,2 |
| Shock giảm thể tích | 1 | 2,2 |
| Không | 42 | 93,4 |
| Tổng | 45 | 100 |

4. BÀN LUẬN

4.1. Các thông tin chung

Tuổi trung bình là 67,96 ± 5,701. Tỉ lệ giới tính nam/nữ là 0,73/1. Chúng tôi thấy có sự tương đồng và bệnh nhân nữ giới chiếm số lượng lớn hơn nam giới trong các nghiên cứu.

Những bệnh nhân thuộc đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 60 trở lên, khó tránh khỏi các bệnh lý tuổi già kèm theo. Trên thực tế nghiên cứu ghi nhận các bệnh lý nội khoa về tim mạch, hô hấp, nội tiết, da liễu, tiêu hóa... cụ thể là hơn 1/3 tổng số bệnh nhân (37,8%) có từ 1 - 2 bệnh lý nội khoa kèm theo. Những trường hợp này chúng tôi yêu cầu hội chẩn đa chuyên khoa cả trước và sau phẫu thuật, để có sự đánh giá tốt nhất về tình trạng của bệnh nhân qua đó có thái độ chăm sóc, tiên lượng phù hợp.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Đau là triệu chứng thường gặp nhất của hẹp ống sống thắt lưng, khiến bệnh nhân than phiền nhiều nhất. Toàn bộ bệnh nhân có biểu hiện của đau tại chỗ vùng cột sống thắt lưng và đau theo rễ thần kinh lan xuống một hoặc hai chân. Đi lặc cách hồi thần kinh là triệu chứng khá nhạy và đặc hiệu đối với bệnh cảnh LSS. Tuy nhiên, đa số bệnh nhân không mấy quan tâm đến biểu hiện này, chỉ khi thầy thuốc hỏi và giải thích kỹ về triệu chứng này thì mới được bệnh nhân xác nhận. Toàn bộ số bệnh nhân được đánh giá xếp vào 2 phân độ nặng nhất theo ODI là tê liệt (66,7%) và tàn phế (33,3%). Đây là một góc nhìn khách quan cho thấy trong nghiên cứu này, tình trạng bệnh nhân

lúc vào viện rất nặng nề.

4.3. Đặc điểm hình ảnh học

Có một tỉ lệ 13,3% bệnh nhân được đánh giá loãng xương trên X Quang tuy nhiên bệnh nhân được kiểm tra mật độ xương vùng cột sống thắt lưng, chúng tôi sử dụng điểm cắt T-score trên -2,5 có thể phẫu thuật và tất cả đều đạt tiêu chuẩn này. Một số bất thường đốt sống thường gặp như thắt lưng hóa đốt sống S1 hay cùng hóa đốt sống L5 cũng được chúng tôi ghi nhận trên 4 bệnh nhân, những bất thường này thông thường gây ra tình trạng thoái hóa cột sống thắt lưng sớm hơn.

Trong 45 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ thì chúng tôi nhận thấy hẹp tuyệt đối (< 10 mm) chiếm tỷ lệ 91,1%, hẹp tương đối (10 - 12 mm) chiếm tỷ lệ 8,9%. Đánh giá hình thái hẹp ống sống theo Schizas, chúng tôi thống kê được 2 nhóm hình thái hẹp nặng chủ yếu loại D có 71,1% BN và còn lại loại C tỉ lệ 28,9%. Nhìn chung tỷ lệ bệnh nhân hẹp ống sống tuyệt đối khá cao, chứng tỏ bệnh diễn tiến âm thầm không có triệu chứng nặng cấp tính trong thời gian dài.

4.4. Đánh giá phẫu thuật

LSS có thể xảy ra ở một hay nhiều tầng. Trong số các tầng hẹp ở nghiên cứu của chúng tôi thì chiếm tỷ lệ cao nhất là tầng L4-L5 đến 97,8%, các nghiên cứu khác đều chỉ ra rằng LSS xuất hiện nhiều nhất ở tầng L4-L5, điều này phù hợp với giải phẫu và sinh lý của tầng L4-L5 là tầng chịu áp lực lớn nhất, có tầm vận động rộng nhất trong các tầng cột sống thắt lưng [11].

Thời gian phẫu thuật trung bình của mẫu nghiên cứu là $123,56 \pm 39,667$ phút (ngắn nhất là 90 phút, dài nhất là 240 phút). Số tầng phẫu thuật càng nhiều thì thời gian phẫu thuật trung bình càng kéo dài.

Thời gian nằm viện hậu phẫu ngắn nhất là 8 ngày, dài nhất 18 ngày, trung bình là $11,24 \pm 2,451$ ngày. Chúng tôi nhận thấy số tầng phẫu thuật càng nhiều thì thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình dài hơn. Thời gian trung bình của chúng tôi dài hơn của Hey [12] (7,7 ngày, với phẫu thuật 2 tầng cùng sử dụng phương pháp giải áp kết hợp TLIF). Ngoài phương pháp phẫu thuật, thời gian hậu phẫu còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như chăm sóc sau mổ, thể trạng điều kiện, tâm lý của bệnh nhân... Chúng tôi lý giải rằng bệnh nhân lớn tuổi có tình trạng cơ thể hồi phục chậm hơn, tâm lý còn phụ thuộc bệnh viện góp phần làm tăng thời gian nằm viện trong nghiên cứu này.

Chúng tôi không phát sinh các tai biến trong mổ. Về biến chứng gần ghi nhận 1 bệnh nhân shock giảm thể tích sau mổ 1 ngày ở một bệnh nhân được phẫu thuật lớn (giải áp và kết hợp xương 3 tầng), bệnh nhân được hồi sức tích cực và ổn định sau ra viện, cải thiện tốt với tỉ số cải thiện sau 6 tháng là 56%; 1 biến chứng vết thương liền chậm trên một bệnh nhân khi nằm hậu phẫu tại viện do quá trình khâu da không tốt, không có nhiễm trùng vết thương, đã xử lý ổn

bằng khâu lại ở phòng tiểu phẫu. Về biến chứng xa, 1 bệnh nhân tái khám 3 tháng được chúng tôi ghi nhận miếng ghép di trú lui sau, tuy nhiên, độ di lệch rất ít và chúng tôi đánh giá mức độ này hầu như không ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

4.5. Đánh giá kết quả điều trị

Điểm VAS trung bình cột sống thắt lưng giảm dần từ các thời điểm trước mổ đến sau đó 1 năm. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy phẫu thuật là phương pháp điều trị giúp cải thiện triệu chứng đau lưng và đau theo rễ thần kinh rất tốt.

Thời điểm trước mổ điểm trung bình VAS chân cao hơn VAS lưng, tuy nhiên tại thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật, VAS chân trung bình thấp hơn VAS lưng chứng tỏ phẫu thuật giải áp ống sống, giải phóng rễ rất hiệu quả đem lại tiến triển tốt.

Tiến triển điểm JOA cho thấy sự cải thiện theo chiều hướng tốt dần lên của các triệu chứng lâm sàng. JOA trung bình tăng dần từ các thời điểm trước mổ ($6,07 \pm 2,04$), ra viện ($8,89 \pm 2,64$), sau mổ 1 tháng ($17,51 \pm 2,50$), 3 tháng ($21,56 \pm 3,40$), 6 tháng ($23,64 \pm 3,74$) và 1 năm ($23,73 \pm 3,61$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào phục hồi ở mức kém, các mức cải thiện trung bình - tốt - xuất sắc có tỉ lệ tương đối phù hợp với những nghiên cứu khác.

Bảng 6. So sánh mức độ hồi phục với một số nghiên cứu

| Mức độ hồi phục | Wong [6] (12 tháng) | Nath [13] (12 tháng) | Ezzat [14] (12 tháng) | Chúng tôi (12 tháng) |
|-----------------|---------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Kém | 28% | 0% | 0% | 0% |
| Trung bình | 19% | 0% | 8,3% | 6,7% |
| Tốt | 26% | 36% | 16,7% | 28,9% |
| Xuất sắc | 28% | 64% | 74,2% | 64,4% |

ODI trung bình giảm dần từ các thời điểm trước mổ ($80,58 \pm 5,99$), ra viện ($65,49 \pm 5,32$), sau mổ 1 tháng ($48,38 \pm 7,29$), 3 tháng ($34,73 \pm 9,50$), 6 tháng ($27,07 \pm 11,33$) và 1 năm ($26,89 \pm 10,98$). Tỉ lệ ODI ban đầu của chúng tôi cao hơn Donnarumma [15] là $47,55 \pm 10,48$. Sự khác biệt này cho thấy bệnh nhân của chúng tôi vào viện với triệu chứng nặng hơn.

Có thể thấy phẫu thuật nhìn chung giúp cải thiện rõ hoạt động chức năng của bệnh nhân, giúp người bệnh từ gặp nhiều khó khăn trong làm việc và sinh hoạt quay lại cuộc sống gần như bình thường trước đây.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân lớn tuổi chấp nhận phương án phẫu thuật khi tình

trạng bệnh lý đã tiến triển nặng nề (33,3% tàn phế và 66,7% tê liệt theo ODI). Quyết định phẫu thuật dựa theo tình trạng lâm sàng và sự phù hợp trên kết quả hình ảnh học đặc biệt là cộng hưởng từ cột sống thắt lưng. Chúng tôi đặc biệt lưu ý có hơn 1/3 tổng số bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo để kết hợp điều trị thích hợp.

Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật giải áp, cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp cho thấy kết quả tốt. Không trường hợp nào có tai biến trong mổ. 6,6% bệnh nhân có biến chứng nhưng tiến triển hồi phục tốt. Toàn bộ bệnh nhân đều giảm mức độ đau, cải thiện cơ lực, khả năng đi lại và khôi phục được gần như hoạt động sống bình thường. Mức độ phục hồi có đến 93,3% tổng phân loại xuất sắc và tốt theo Hirabayashi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Genevay S, Atlas SJ. Lumbar spinal stenosis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010 Apr; 24(2):253-65. doi: 10.1016/j.berh.2009.11.001. PMID: 20227646; PMCID: PMC2841052.
2. Watters WC 3rd, Baisden J, Gilbert TJ, Kreiner S, Resnick DK, Bono CM, Ghiselli G, Heggeness MH, Mazanec DJ, O'Neill C, Reitman CA, Shaffer WO, Summers JT, Toton JF; North American Spine Society. Degenerative lumbar spinal stenosis: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis. *Spine J*. 2008 Mar-Apr;8(2):305-10. doi: 10.1016/j.spinee.2007.10.033. Epub 2007 Dec 21. PMID: 18082461.
3. Atlas SJ, Delitto A. Spinal stenosis: surgical versus nonsurgical treatment. *Clin Orthop Relat Res*. 2006 Feb; 443:198-207. doi: 10.1097/01.blo.0000198722.70138.96. PMID: 16462443.
4. Lafian AM, Torralba KD. Lumbar Spinal Stenosis in Older Adults. *Rheum Dis Clin North Am*. 2018 Aug;44(3):501-512. doi: 10.1016/j.rdc.2018.03.008. Epub 2018 Jun 12. PMID: 30001789.
5. Iguchi T, Kurihara A, Nakayama J, Sato K, Kurosaka M, Yamasaki K. Minimum 10-year outcome of decompressive laminectomy for degenerative lumbar spinal stenosis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Jul 15;25(14):1754-9. doi: 10.1097/00007632-200007150-00003. PMID: 10888941.
6. Wong Chung-Ting M, Chan Pak-Ho A, Cheung K-K. A Prospective Study on the Outcome of Degenerative Lumbar Spinal Stenosis Treated With Open Laminotomy [Internet]. Vol. 16, *Journal of Orthopaedics, Trauma and Rehabilitation*. SAGE Publications; 2012. p. 62–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jotr.2012.09.005>.
7. Yone K, Sakou T, Kawauchi Y, Yamaguchi M, Yanase M. Indication of fusion for lumbar spinal stenosis in elderly patients and its significance. *Spine*. 1996 Jan;21(2):242-248. DOI: 10.1097/00007632-199601150-00016. PMID: 8720411.
8. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Nov 15;25(22):2940-52; discussion 2952. doi: 10.1097/00007632-200011150-00017. PMID: 11074683.
9. Schizas C, Theumann N, Burn A, Tansey R, Wardlaw D, Smith FW, Kulik G. Qualitative grading of severity of lumbar spinal stenosis based on the morphology of the dural sac on magnetic resonance images. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Oct 1;35(21):1919-24. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181d359bd. PMID: 20671589.
10. Lonstein JE, Denis F, Perra JH, Pinto MR, Smith MD, Winter RB. Complications associated with pedicle screws. *J Bone Joint Surg Am*. 1999 Nov;81(11):1519-28. doi: 10.2106/00004623-199911000-00003. PMID: 10565643.
11. Cook DJ, Yeager MS, Cheng BC. Range of motion of the intact lumbar segment: a multivariate study of 42 lumbar spines. *Int J Spine Surg*. 2015 Mar 5; 9:5. doi: 10.14444/2005. PMID: 25785241; PMCID: PMC4360610.
12. Hey HW, Hee HT. Open and minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion: comparison of intermediate results and complications. *Asian Spine J*. 2015 Apr;9(2):185-93. doi: 10.4184/asj.2015.9.2.185. Epub 2015 Apr 15. PMID: 25901228; PMCID: PMC4404531.
13. Nath R, Middha S, Gupta AK, Nath R. Functional outcome of surgical management of degenerative lumbar canal stenosis. *Indian J Orthop*. 2012 May;46(3):285-90. doi: 10.4103/0019-5413.96380. PMID: 22719114; PMCID: PMC3377138.
14. Ezzat S. Long Term Results of Decompressive Laminectomy in Treatment of Lumbar Spinal Canal Stenosis (A Thirty Years Retrospective Study). *Egyptian Journal of Neurosurgery*. 2013; Vol. 28, No. (4).
15. Donnarumma P, Tarantino R, Nigro L, Rullo M, Messina D, Diacinti D, Delfini R. Decompression versus decompression and fusion for degenerative lumbar stenosis: analysis of the factors influencing the outcome of back pain and disability. *J Spine Surg*. 2016 Mar;2(1):52-8. doi: 10.21037/jss.2016.03.07. PMID: 27683696; PMCID: PMC5039834.