

hóa trị ngay cả khi tái phát và kháng đơn hóa trị ban đầu với kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công khi so sánh giữa đơn hóa trị và đa hóa trị ở những trường hợp kháng với phác đồ MTX/FA ban đầu và tỷ lệ thành công khi sử dụng Actinomycin D sau khi kháng MTX/FA là 74%. Tác giả cũng khuyến cáo rằng, chỉ cần nhắc sử dụng phác đồ đa hóa trị ở những bệnh nhân có di căn và ngưỡng β hCG > 300 mIU/ml. Tóm lại, các nghiên cứu đều cho thấy điểm nguy cơ càng cao thì hiệu quả của phác đồ MTX/FA càng thấp. Các bệnh nhân có điểm nguy cơ ≥ 4 có thể đổi sang phác đồ Actinomycin D ngay từ đầu để giảm thời gian điều trị, chi phí và cần hạn chế sử dụng đa hóa trị vì nguy cơ xuất hiện bệnh lý ác tính thứ phát và tác dụng phụ nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, phác đồ MTX/FA vẫn là lựa chọn tối ưu trong điều trị tân sinh nguyên bào nuôi hậu thai trứng với điểm nguy cơ 0-6 theo FIGO. Bên cạnh đó một số yếu tố liên quan với tỷ lệ thành công của phác đồ MTX/FA bao gồm: nồng độ β hCG trước hóa trị và kích thước khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Management of Gestational Trophoblastic Disease:** Green-top Guideline No. 38 – June 2020. BJOG: Int J Obstet Gy. 2021;128(3). doi:10.1111/1471-0528.16266
2. **McGrath S, Short D, Harvey R, Schmid P, Savage PM, Seckl MJ.** The management and outcome of women with post-hydatidiform mole 'low-risk' gestational trophoblastic neoplasia, but

- hCG levels in excess of 100 000 IU l-1. Br J Cancer. 2010;102(5):810-814. doi:10.1038/sj.bjc.6605529
3. **Võ Thành N.** Nồng độ β -hCG huyết thanh có liên quan đến kết cục điều trị TSBN nguy cơ thấp hậu thai trứng của phác đồ Methotrexate - Folinic acid (MTX - FA) không? 2020.
 4. **Goldstein DP, Berkowitz RS.** Current Management of Gestational Trophoblastic Neoplasia. Hematology/Oncology Clinics of North America. 2012;26(1): 111-131. doi:10.1016/j.hoc.2011.10.007
 5. **Mangili G, Cioffi R, Danese S, et al.** Does methotrexate (MTX) dosing in a 8-day MTX/FA regimen for the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia affect outcomes? The MITO-9 study. Gynecologic Oncology. 2018; 151(3):449-452. doi:10.1016/j.ygyno.2018.09.025
 6. **Lê Sỹ P.** Đánh giá hiệu quả của phác đồ MTX/FA trong điều trị u nguyên bào nuôi nguy cơ thấp theo FIGO 2000 và các yếu tố tiên lượng kháng thuốc. Tạp san Y học TPHCM. 2021;13(2):53-62
 7. **Lybol C, Sweep FCGJ, Harvey R, et al.** Relapse rates after two versus three consolidation courses of methotrexate in the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia. Gynecologic Oncology. 2012;125(3): 576-579. doi:10.1016/j.ygyno.2012.03.003
 8. **Nguyễn Thái G.** Kết quả điều trị bệnh nhân u nguyên bào nuôi nguy cơ thấp tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học. 2019
 9. **Uberti EMH, Fajardo M do C, Cunha AGV da, Frota SS, Braga A, Ayub ACK.** Treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia comparing biweekly eight-day Methotrexate with folinic acid versus bolus-dose Actinomycin-D, among Brazilian women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015;37(6): 258-265. doi:10.1590/SO100-720320150005366

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XA SAU ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG ĐƯỜNG MỔ LỖI BÊN CÓ SỬ DỤNG CẢNH BÁO THẦN KINH

Hoàng Minh Tân^{1,2}, Kiều Đình Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả lâm sàng và mức độ liền xương sau phẫu thuật điều trị hẹp ống sống và trượt đốt sống thắt lưng bằng đường mổ lỗi bên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 37 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng và trượt đốt sống được phẫu thuật bằng phương pháp XLIF. Kết quả gồm thang điểm VAS lưng và chân, điểm ODI và điểm JOA. XQ

hoặc CT đánh giá kết quả liền xương. **Kết quả:** 37 bệnh nhân với 40 tầng phẫu thuật. Có 16 nam và 21 nữ, độ tuổi trung bình là $58,11 \pm 8,42$. VAS lưng từ $7,19 \pm 1,66$ xuống $3,16 \pm 1,72$ sau mổ, $2,41 \pm 1,71$ sau 1 tháng, $1,13 \pm 1,45$ sau 6 tháng, VAS chân từ $6,84 \pm 2,04$ xuống $1,16 \pm 1,76$ sau mổ, $1,19 \pm 1,87$ sau 1 tháng, $0,44 \pm 0,91$ sau 6 tháng, Điểm ODI từ $26,62 \pm 9,02$ xuống $14,22 \pm 8,8$ sau 1 tháng, $8,75 \pm 9,88$ sau 6 tháng điểm JOA từ $7,32 \pm 2,85$ lên $13,84 \pm 2,07$ sau 1 tháng, $15,47 \pm 1,57$ sau 6 tháng. Sau 6 tháng liền xương mức độ 1 là 50%, liền xương mức độ 2 là 50%. **Kết luận:** XLIF là lựa chọn hiệu quả cho những bệnh nhân bị hẹp ống sống thắt lưng và trượt đốt sống. Hiệu quả liền xương tốt sau 6 tháng đánh giá. **Từ khóa:** lâm sàng, hình ảnh, hẹp ống sống thắt lưng, trượt đốt sống, phẫu thuật lỗi bên

Từ viết tắt: XLIF: eXtreme lateral interbody

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tân

Email: minhthan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 30.3.2025

fusion, VAS: Visual analogue score, ODI: Oswestry Disability Index, JOA: Japanese Orthopedic Association, MRI: Magnetic resonance imaging

SUMMARY

EVALUATION OF LONG-TERM RESULTS AFTER TREATMENT OF LUMBAR DEGENERATION BY LATERAL APPROACH USING INTRAOPERATION NEURO-MONITORING

Objective: To evaluate the clinical and imaging results of surgery to treat spinal stenosis and spondylolisthesis by lateral approach. **Subjects and methods:** 37 patients with 40 surgical levels of lumbar spinal stenosis and spondylolisthesis were operated by XLIF method. Results included VAS scores of back and legs, ODI score and JOA score. X-ray or CT assessed bone fusion results. Results: 37 patients with 40 surgical levels. **Results:** There were 16 men and 21 women, mean age was 58.11 ± 8.42 . VAS back from 7.19 ± 1.66 to 3.16 ± 1.72 after surgery, 2.41 ± 1.71 after 1 month, 1.13 ± 1.45 after 6 months, VAS leg from 6.84 ± 2.04 to 1.16 ± 1.76 after surgery, 1.19 ± 1.87 after 1 month, 0.44 ± 0.91 after 6 months, ODI score from 26.62 ± 9.02 to 14.22 ± 8.8 after 1 month, 8.75 ± 9.88 after 6 months, JOA score from 7.32 ± 2.85 to 13.84 ± 2.07 after 1 month, 15.47 ± 1.57 after 6 months. **Conclusions:** XLIF is an effective choice for patients with lumbar spinal stenosis and spondylolisthesis. Good bone fusion effect after 6 months of evaluation

Keywords: clinical, imaging, lumbar spinal stenosis, spondylolisthesis, lateral approach surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cố định đốt sống liên thân đốt thắt lưng (LIF) là một phẫu thuật giúp ổn định cột sống bằng cách cố định hai đốt sống lại với nhau. Phẫu thuật này được sử dụng để điều trị nhiều tình trạng cột sống khác nhau, bao gồm trượt đốt sống và hẹp ống sống thắt lưng.

Các miếng ghép đĩa đệm thường được sử dụng trong TLIF và PLIF lần lượt là miếng ghép đĩa đệm hình chuối và miếng ghép đĩa đệm hình viên đạn. Những miếng ghép đĩa đệm này có kích thước nhỏ hơn và do đó diện tích bề mặt tiếp xúc với đĩa tận cùng ít hơn đáng kể khi so sánh với miếng ghép đĩa đệm XLIF

Chúng tôi đã tiến hành phẫu tích phía bên đến bề mặt của cơ thắt lưng, sử dụng theo dõi điện sinh lý thần kinh trong khi phẫu thuật khi đi qua cơ thắt lưng, mở rộng và quan sát trực tiếp trường phẫu thuật, đặt dụng cụ liên thân đốt sống lớn để mở rộng tối đa khoang liên thân đốt và chỉnh hình.

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu về chủ đề "Đánh giá kết quả xa sau điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng bằng đường mổ lối bên có sử dụng cảnh bảo thần kinh" với mục đích: *Đánh giá hiệu quả lâm sàng và can xương sau 6 tháng*

phẫu thuật ghép xương liên thân đốt sống bên và nẹp vít qua da lối sau để điều trị hẹp ống sống và trượt đốt sống thắt lưng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Lựa chọn bệnh nhân. Có 37 bệnh nhân với 40 tầng phẫu thuật điều trị bằng phương pháp XLIF từ năm 2019 đến tháng 8 năm 2024. Đã nhận được sự chấp thuận về mặt đạo đức từ hội đồng đạo đức của trường đại học Y Hà Nội (số phê duyệt IRB 853/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN)

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân bị hẹp ống sống thắt lưng, trượt đốt sống độ 1-2 ngoại trừ những bệnh nhân bị liệt rễ thần kinh hoặc đau chân không giảm khi nghỉ ngơi, thoát vị đĩa đệm di trú, gai xương ở ngách bên.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các biểu hiện lâm sàng và hình ảnh được thu thập trước, trong và sau phẫu thuật. Kết quả điều trị được đánh giá sau phẫu thuật, 1 tháng, 6 tháng. Các biện pháp đánh giá kết quả bao gồm thang điểm VAS chân và lưng, điểm ODI và điểm JOA. Bệnh nhân được chụp X-quang thẳng-nghiêng, cúi-ưỡn trước khi phẫu thuật, 1 tháng. Chụp XQ hoặc cắt lớp vi tính sau 6 tháng đánh giá mức độ can thương theo Bridwell¹.

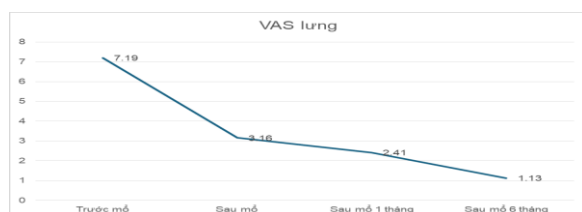
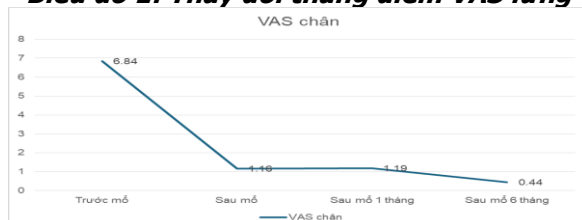
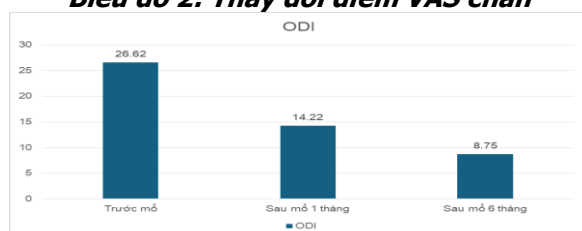
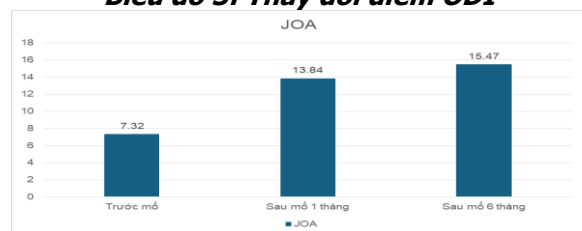
Xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 16 nam và 21 nữ, độ tuổi trung bình là $58,11 \pm 8,42$ (36–74 tuổi). Phẫu thuật 1 tầng ở 34 bệnh nhân, phẫu thuật 2 tầng ở 3 bệnh nhân. Tầng L4–5 là phổ biến nhất, tiếp theo là L3–4 và L2–3.

Bảng 1: Đặc điểm chung

Biến số	Giá trị
Giới: Nam	16(43.2%)
Nữ	21(56.8%)
Tuổi (năm)	$58,11 \pm 8,42$ (36–74)
Hẹp ống sống	33(89.2%)
Trượt đốt sống	4 (10.8%)
Số tầng phẫu thuật	
1 tầng	34 (91.9%)
2-tầng	3 (8.1%)
Vị trí phẫu thuật (n=40)	
L23	1 (2.5%)
L34	6 (15%)
L45	33(82.5%)
Mất máu (ml)	40.95 ± 80.683 (10-500)
Thời gian phẫu thuật (phút)	121.62 ± 36.706 (90-210)
Mức độ can xương (n=32)	
Mức 1	16 (50%)
Mức 2	16 (50%)

**Biểu đồ 1: Thay đổi thang điểm VAS lưng****Biểu đồ 2: Thay đổi thang điểm VAS chân****Biểu đồ 3: Thay đổi điểm ODI****Biểu đồ 4: Thay đổi điểm JOA**

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 33 trường hợp hẹp ống sống thắt lưng và 4 trường hợp trượt đốt sống thắt lưng. Có 34 trường hợp phẫu thuật XLIF 1 tầng, 3 trường hợp phẫu thuật XLIF 2 tầng. Thời gian phẫu thuật trung bình là 121.62 ± 36.706 phút, lượng máu mất trung bình là 40.95 ± 80.683 ml, có 1 trường hợp mất 500 ml máu do tổn thương tĩnh mạch chậu. Không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau phẫu thuật. Có 1 tầng L23, 6 tầng L34, 33 tầng L45 (Bảng 1). VAS lưng từ $7,19 \pm 1,66$ xuống $3,16 \pm 1,72$ sau mổ, $2,41 \pm 1,71$ sau 1 tháng, $1,13 \pm 1,45$ sau 6 tháng (Biểu đồ 1). VAS chân từ $6,84 \pm 2,04$ xuống $1,16 \pm 1,76$ sau mổ, $1,19 \pm 1,87$ sau 1 tháng, $0,44 \pm 0,91$ sau 6 tháng (Biểu đồ 2). Trong phẫu thuật XLIF chúng ta bảo tồn diện khớp, dây chằng dọc trước, dây chằng dọc sau. Trong khi bắt vít qua da cơ thắt lưng được phẫu tích bằng tay theo chiều dọc cơ nên có hiệu quả giảm đau sau mổ. Trong nhóm

nghiên cứu của chúng tôi hầu hết bệnh nhân được tập đi vào ngày thứ 1 sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của Erick A.C. Pereira² cho thấy sự giảm đau sau phẫu thuật mức độ đau lưng cải thiện 58,6%, mức độ đau chân cải thiện 60%. Phillips cho thấy sự cải thiện về điểm số VAS lưng và VAS chân đã giảm từ 7,4 xuống 3,8 và 6,2 xuống 2,6³. Mặc dù kết quả không đau là rất khó xảy ra do số lượng bệnh nhân lớn tuổi và thoái hóa phức tạp thường đi kèm với biến dạng của các tình trạng được điều trị, một số nghiên cứu cho thấy các biện pháp khách quan để cải thiện triệu chứng với XLIF.

Sự cải thiện điểm đau VAS đã được ghi nhận một cách đáng kể đã được ghi nhận. Trong một nghiên cứu trước đây về tiến triển của đau sau phẫu thuật ở 600 bệnh nhân được điều trị bằng LLIF cho các tình trạng thoái hóa cột sống, Rodgers và cộng sự⁴ đã chỉ ra rằng điểm VAS trung bình giảm từ 8,8 xuống 3,1 sau LLIF, cải thiện ngay lập tức 65%. Phillips và cộng sự³ cũng đã đánh giá 82 trong số 107 bệnh nhân bị thoái hóa cột sống có thể theo dõi trong 24 tháng và thấy rằng điểm VAS cho lưng và chân đã cải thiện đáng kể từ trước khi phẫu thuật đến khi theo dõi trong 24 tháng. Điểm VAS trung bình đã giảm một nửa trong vòng năm tháng sau phẫu thuật và vẫn không đổi sau đó. Sự cải thiện trung bình về điểm VAS từ trước đến 24 tháng sau phẫu thuật là 3,4 đối với đau lưng và 3,5 đối với đau chân. Dựa trên bối cảnh này, nghiên cứu của Akihiko Hiyama và cộng sự⁵ đã so sánh kết quả lâm sàng của những bệnh nhân được điều trị bằng giải ép trực tiếp hoặc giải ép gián tiếp. Những bệnh nhân trải qua phẫu thuật giải ép gián tiếp cho thấy điểm đau lưng dưới, đau chân và tê chân cao hơn đáng kể khi theo dõi lần cuối so với những bệnh nhân trải qua phẫu thuật giải ép trực tiếp, mặc dù không có sự khác biệt nào được tìm thấy khoảng 12 tháng sau phẫu thuật.

Elowitz và cộng sự⁶ đã báo cáo nghiên cứu 25 bệnh nhân hẹp ống sống có mất vững cột sống phẫu thuật XLIF không có mở cung sau, trong đó có 15 bệnh nhân trượt đốt sống độ I. Kết quả lâm sàng được đánh giá dựa trên thang điểm VAS và ODI, cho thấy kết quả cải thiện tốt cả về đau lưng và đau chân

Rogers⁷ đã nghiên cứu phẫu thuật XLIF cho 63 bệnh nhân bị trượt đốt sống độ II. Tầng phẫu thuật phổ biến nhất là L4-5 (97%), 84% bệnh nhân là nữ, tuổi trung bình là 66. Lượng máu mất trung bình giảm 1,4g, thời gian nằm viện trung bình là 1,2 ngày, 2 trường hợp (3,4%) biến chứng là: 1 trường hợp tắc ruột sau phẫu

thuật, 1 trường hợp gãy vít sau 14 tháng do tai nạn giao thông. VAS cải thiện 75% (8,7 lên 2,2), chiều cao đĩa đệm tăng 96% (4,6mm lên 9,0mm), cải thiện tình trạng trượt là 11,1mm xuống 3,6mm. Hầu hết bệnh nhân đã liền xương hoàn toàn với điểm Lenke cải thiện là 1,1 sau 12 tháng. 89% bệnh nhân mô tả là hài lòng hoặc rất hài lòng với kết quả.



Hình 1: Hình can xương sau mổ 6 tháng

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 32 tầng phẫu thuật được chụp lại X quang hoặc cắt lớp vi tính sau mổ 6 tháng đánh giá kết quả liền xương trong đó có 16 tầng phẫu thuật liền xương độ 1 chiếm 50%, 16 tầng phẫu thuật liền xương độ 2 chiếm 50%

Trong nghiên cứu của Oliveira và cộng sự, tỉ lệ can xương trung bình tăng từ 48,5% sau 6 tháng, 55,8% sau 9 tháng và 89,5% sau 1 năm, mặc dù một số yếu tố, chẳng hạn như mật độ xương, tăng tốc độ liền xương⁸. Mặc dù một số yếu tố, chẳng hạn như mật độ xương, đã tăng tốc độ liền xương.

Gần đây, Nourian và cộng sự⁹ đã mô tả tỉ lệ liền xương 92% sau phẫu thuật trung bình 20 tháng ở 93 bệnh nhân và 115 tầng phẫu thuật, cho đến nay là nghiên cứu lớn nhất về can xương sau phẫu thuật LLIF.

Trong nghiên cứu của Hanci Zhang và cộng sự¹⁰ tỉ lệ liền xương là 85% sau 1 năm. Dữ liệu liền xương sau 6 tháng cũng cung cấp bằng chứng mạnh mẽ nhất cho đến nay rằng bệnh nhân LLIF có thể liền xương trên X quang sớm hơn nhiều so với mốc 1 năm thường được trích dẫn với tỉ lệ 51% số tầng phẫu thuật.

Trong phẫu thuật XLIF miếng ghép đĩa đệm có thể được sử dụng chiều rộng hơn (lên tới 26 mm) và dài hơn (lên đến 60 mm), do đó cải thiện độ bao phủ đĩa tận cùng và giảm nguy cơ lún.



Hình 2: Miếng ghép đĩa đệm TLIF và XLIF

Điều này cũng cho phép phân tán đủ không gian đĩa và tạo ra sức căng ở các dây chằng được bảo tồn, tăng cường hơn nữa sự ổn định. Trong một nghiên cứu được tiến hành bởi Pimenta để làm sáng tỏ sự ổn định cơ sinh học của các vật thể liên thân đốt rộng các miếng ghép đĩa đệm được lắp vào thông qua các phương pháp tiếp cận bên so với các miếng ghép đĩa đệm nhỏ hơn được sử dụng trong TLIF, thì đó đã chứng minh rằng miếng ghép đĩa đệm XLIF thân rộng 26 mm mang lại độ ổn định cao hơn so với miếng ghép đĩa đệm TLIF rộng 11mm.

Tỷ lệ liền xương LLIF trong nghiên cứu của tác giả cao tới 93,2%, bất kể số lượng tầng cố định và không khác biệt đáng kể giữa cả hai nhóm. Mặc dù sử dụng chất thay thế xương, tỉ lệ liền xương của LLIF trong nghiên cứu của tác giả tương đương với tỷ lệ được báo cáo trong các nghiên cứu trước đây và cũng không khác biệt so với hợp nhất xương sau sử dụng ghép xương tự thân¹⁰. Lợi ích của LLIF về mặt kết hợp xương bao gồm miếng ghép đĩa đệm lớn hơn chứa nhiều mảnh ghép xương hơn và khả năng được đặt để che phủ các vòng xương dày đặc ở hai bên để hỗ trợ cấu trúc.

Lún miếng ghép đĩa đệm thường được biết đến như một nguyên nhân chính gây ra thất bại giải ép gián tiếp vì nó trực tiếp làm giảm hiệu quả giải ép sau LLIF, dẫn đến phải phẫu thuật lại. Do đó, nên tránh tổn thương đĩa tận cùng trong khi phẫu thuật, đặc biệt ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ lún đã biết khác, chẳng hạn như tuổi cao, loãng xương và bệnh lý đĩa tận cùng đặc biệt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật XLIF có hiệu quả trong việc điều trị hẹp ống sống thắt lưng và trượt đốt sống thắt lưng. Với lợi thế đặt miếng ghép đĩa đệm lớn, tỉ lệ liền xương sau mổ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bridwell KH, Lenke LG, McEnery KW, Baldus C, Blanke K.** Anterior fresh frozen structural allografts in the thoracic and lumbar spine. Do they work if combined with posterior fusion and instrumentation in adult patients with kyphosis or anterior column defects? *Spine (Phila Pa 1976)*. 1995;20(12):1410-1418.
2. **Malham GM, Ellis NJ, Parker RM, et al.** Maintenance of Segmental Lordosis and Disk Height in Stand-alone and Instrumented Extreme Lateral Interbody Fusion (XLIF). *Clin Spine Surg*. 2017;30(2): E90-E98. doi:10.1097/BSD.0b013e3182aa4c94
3. **Phillips FM, Isaacs RE, Rodgers WB, et al.** Adult degenerative scoliosis treated with XLIF: clinical and radiographical results of a prospective

- multicenter study with 24-month follow-up. Spine (Phila Pa 1976). 2013;38(21):1853-1861. doi:10.1097/BRS.0b013e3182a43f0b
4. **Rodgers WB, Gerber EJ, Patterson J.** Intraoperative and early postoperative complications in extreme lateral interbody fusion: an analysis of 600 cases. Spine (Phila Pa 1976). 2011; 36(1): 26-32. doi:10.1097/BRS.0b013e3181e1040a
 5. **Hiyama A, Katoh H, Sakai D, Tanaka M, Sato M, Watanabe M.** Short-term comparison of preoperative and postoperative pain after indirect decompression surgery and direct decompression surgery in patients with degenerative spondylolisthesis. Scientific Reports. 2020; 10(1):18887. doi:10.1038/s41598-020-76028-y
 6. **Elowitz EH, Yanni DS, Chwajol M, Starke RM, Perin NI.** Evaluation of indirect decompression of the lumbar spinal canal following minimally invasive lateral transposas interbody fusion: radiographic and outcome analysis. Minimally invasive neurosurgery. 2011;54(5-6): 201-206. doi:https://doi.org/10.1055/s-0031-1286334
 7. **Rodgers WB, Lehmen JA, Gerber EJ, Rodgers JA.** Grade 2 spondylolisthesis at L4-5 treated by XLIF: safety and midterm results in the "worst case scenario". ScientificWorldJournal. 2012;2012:356712. doi:10.1100/2012/356712
 8. **Oliveira L, Marchi L, Coutinho E, Pimenta L.** A radiographic assessment of the ability of the extreme lateral interbody fusion procedure to indirectly decompress the neural elements. Spine. 2010;35(26 Suppl): S331-S337. doi:https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3182022db0
 9. **Nourian AA, Harrington J, Pulido PA, McCauley JC, Bruffey JD, Eastlack RK.** Fusion Rates of Lateral Lumbar Interbody Fusion Using Recombinant Human Bone Morphogenetic Protein-2. Global Spine J. 2019;9(4):398-402. doi:10.1177/2192568218797097
 10. **Zhang H, Dial B, Brown C.** Early Fusion Rates After Direct Lateral Lumbar Interbody Fusion With Bone-Morphogenetic Protein. Int J Spine Surg. 2021;15(3):423-428. doi:10.14444/8063

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TĂNG NHẤN ÁP DO SA, LỆCH THỂ THUY TÍNH SAU CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2024 - 2025

Bùi Thị Hiền¹, Thẩm Trương Khánh Vân², Bùi Thị Vân Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị tăng nhãn áp do sa, lệch thể thủy tinh (TTT) sau chấn thương đụng dập nhãn cầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp mô tả không đối chứng trên 35 mắt được chẩn đoán xác định tăng nhãn áp do sa, lệch thể thủy tinh sau chấn thương đụng dập nhãn cầu, được điều trị tại Khoa Chấn thương mắt – Bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 05/2024 đến tháng 02/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ nam:nữ là 3,37 : 1. Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 51.3±14.6 tuổi. Trong đó nhóm tuổi từ 16-60 chiếm 68.6%, trên 60 tuổi chiếm 25.7%, dưới 16 tuổi chỉ chiếm 5.7%. Nguyên nhân gây chấn thương nhiều nhất là tai nạn lao động (chiếm 51.4%), sau đó là tai nạn sinh hoạt (31.4%). Phần lớn bệnh nhân đến viện trong tình trạng thị lực rất kém, thị lực dưới 20/200 chiếm đến 74.3%, không có bệnh nhân nào có thị lực trên 20/40. Nhấn áp (NA) trung bình khi vào viện là 28.2±3.0mmHg. Hình thái tổn thương TTT hay gặp nhất là lệch TTT (68.6%), sau đó là sa vào buồng dịch kính (22.9%), sa ra tiền phòng (8.6%). Góc tiền

phòng hẹp và đóng chiếm 68.6%. Thường kèm theo tổn thương cơ vòng 77.1%; phù, trượt giác mạc chiếm 51.4%; dịch kính ra tiền phòng chiếm 45.7%. Sau điều trị tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng, đa số bệnh nhân đạt kết quả tốt, tình trạng thị lực và nhãn áp được cải thiện rõ sau điều trị: Thị lực trung bình khi vào viện là 1.58±0.55, 1 tháng sau điều trị là 0.81±0.47, 3 tháng sau điều trị là 0.74±0.48. Nhấn áp trung bình lúc vào viện là 28.2±3.01mmHg, tại thời điểm 1 tháng sau điều trị là 17.5±2.33mmHg, 3 tháng sau điều trị NA là 17.4±1.98mmHg. Tình trạng đĩa thị ổn định sau điều trị. **Kết luận:** Tăng nhãn áp do sa, lệch thể thủy tinh sau chấn thương đụng dập nhãn cầu là biến chứng thường gặp gây giảm thị lực trầm trọng. Việc chẩn đoán và điều trị kịp thời góp phần nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh.

Từ khóa: lệch thể thủy tinh, tăng nhãn áp, chấn thương đụng dập nhãn cầu

SUMMARY

EVALUATION OF THE TREATMENT OUTCOMES OF OCULAR HYPERTENSION DUE TO LENS DISLOCATION OR SUBLUXATION AFTER TRAUMA AT THE VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL IN 2024-2025

Objective: To evaluate the treatment outcomes of increased intraocular pressure due to lens dislocation or subluxation following blunt ocular trauma. **Subjects and Methods:** A descriptive interventional study without a control group was conducted on 35 eyes diagnosed with increased

¹Bệnh viện Mắt Hải Phòng

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hiền

Email: hienbui.hpnu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025