

ứng THA.ACT" có trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Bos và cs [7] cho kết quả BS sẽ điều trị THA cho 79,1% nếu chỉ dựa vào HABK, nhưng với HALĐ.30 tỷ lệ này chỉ còn 24,9%, cho thấy kết quả của chúng tôi vẫn còn thấp so với nghiên cứu của Bos và cs. Lý do có thể do chúng tôi đo HABK chỉ 1- 2 lần chưa đủ để xác định HABK.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 163 người tới khám bệnh của chúng tôi cho thấy cách đo HA lưu động 30 phút giúp giảm thiểu hiệu ứng tăng HA do thầy thuốc (tăng HA áo choàng trắng) khoảng 20,2% các trường hợp được xác định là tăng HA qua số đo lần đầu tại phòng khám. Cách đo HA lưu động 30 phút có thể áp dụng trong khám và điều trị cho người bệnh tăng HA thật, giảm thiểu gánh nặng về thời gian, chi phí và các tác dụng phụ cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, Ramirez A, Schlaich M, Stergiou GS, Tomaszewski M, Wainford RD, Williams B, Schutte AE. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75:1334–1357
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei

- EA, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca AC et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). European Heart Journal, Volume 39, Issue 33, 01 September 2018, 3021–3104
3. de Paz LG, Kostov B, Alvira-Balada MC, Colungo C, García N, Roura S, Blat E, Sierra-Benito C, Sotoca-Momblona JM, Benavent-Areu J, Eva Sánchez E, Sisó-Almirall A, Eva Sanchez E. Effectiveness of a new one-hour blood pressure monitoring method to diagnose hypertension: a diagnostic accuracy clinical trial protocol. BMJ Open 2019;9:e029268.
4. Mas-Heredia M, Molés-Moliner E, González-de Paz L, et al. Validity and applicability of a new recording method for hypertension. Rev Esp Cardiol 2014;67:717–23.
5. Wel MC van der, Buunk IE, Weel C van, Thien TABM, Bakx JC. A Novel Approach to Office Blood Pressure Measurement: 30-Minute Office Blood Pressure vs Daytime Ambulatory Blood. Annals of Family Medicine, Vol. 9, No. 2. March/ April 2011.
6. Haan NS-de, Wel M van der, Schoenmakers G, Boudewijns S, Peer P, Weel Cv, Thien T, Bakx C. Thirty-minute compared to standardised office blood pressure measurement in general practice. British Journal of General Practice, September 2011: e590-e597.
7. Bos MJ, Buis S. Thirty-Minute Office Blood Pressure Monitoring in Primary Care. Annals of Family Medicine. Vol. 15, No. 2. March/April 2017.

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

Phạm Hồng Phong¹, Nguyễn Lê Bảo Tiên²,
Vũ Văn Cường², Võ Văn Thanh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả 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. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh 51 trường hợp bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng đơn tầng được phẫu thuật ít xâm lấn giải ép, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp tại khoa Phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2019 - 12/2020. **Kết quả:** 51 bệnh nhân (11 nam, 40 nữ),

tuổi trung bình là 47,9 ± 12,9 (từ 15 đến 72) đã được phẫu thuật ít xâm lấn giải ép, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp. Kết quả xa sau mổ được đánh giá theo tiêu chuẩn MacNab tại thời điểm 12 tháng sau mổ 44/51 bệnh nhân khám lại (86,3%): rất tốt: 28 (63,6%), tốt: 14 (31,8%), khá: 2 (4,6%), xấu: 0 (0,0%). Đánh giá cải thiện triệu chứng lâm sàng sau mổ tại thời điểm khám lại cuối cùng: điểm đau lưng VAS (Visual Analogue Scale) trước mổ 6,22 ± 1,06, sau mổ 12 tháng 1,89 ± 1,50, điểm đau chân VAS trước mổ 5,90 ± 1,40, sau mổ 12 tháng 1,25 ± 1,50, ODI (Oswestry Disability Index) trước mổ 49,41 ± 8,0, ODI sau mổ 12 tháng 15,18 ± 11,58. Đánh giá mức độ liền xương theo Bridwell tại thời điểm sau mổ 12 tháng, tỷ lệ liền xương đạt 97,8%. Biến chứng trong mổ: tổn thương rễ 2 trường hợp, chiếm 3,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật ít xâm lấn giải ép, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị TĐS thắt lưng đơn tầng.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Phong

Email: drphamhongphong@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2021

Ngày duyệt bài: 14.9.2021

Từ khóa: Trượt đốt sống thắt lưng, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp, phẫu thuật ít xâm lấn

SUMMARY

RESULT OF MINIMALLY INVASIVE TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION FOR LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS

Objectives: To assess the results of minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion (MIS-TLIF) for lumbar spondylolisthesis. **Subjects and methods:** A descriptive study of 51 cases of patients with single level lumbar spondylolisthesis received MIS-TLIF at the Spine Surgery Department, Viet Duc university Hospital from January 2019 to December 2020. **Results:** 51 patients (11 men, 40 women), mean age was $47,9 \pm 12,9$ years (from 15 to 72). Long-term outcome after surgery was assessed according to MacNab criteria at 12 months after surgery 44/51 patients re-examined (86,3%): Excellent: 28 (63,6%), good: 14 (31, 8%), fair: 2 (4,6%), poor: 0 (0,0%). Evaluation of clinical symptoms improvement after surgery: VAS (Visual Analogue Scale) back pain improved from $6,22 \pm 1,06$ to $1,89 \pm 1,50$, VAS leg pain improved from $5,90 \pm 1,40$ to $1,25 \pm 1,50$, ODI (Oswestry Disability Index) improved from $49,41 \pm 8,00$ to $15,18 \pm 11,58$. Evaluation fusion according to Bridwell: the rate of bone healing was 97,8%. Intraoperative complications: Nerve roots injury in 2 cases (3,9%). Conclusion: MIS-TLIF is a safe and effective procedure in the treatment of single level lumbar spondylolisthesis.

Keywords: Lumbar spondylolisthesis, minimally invasive spine surgery, transforaminal lumbar interbody fusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) là sự dịch chuyển bất thường ra trước hoặc ra sau của thân đốt sống phía trên so với đốt sống phía dưới nó [1], dẫn đến làm thay đổi cấu trúc giải phẫu và mất vững cột sống. Bệnh lý này là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau lưng, làm ảnh hưởng lớn tới đời sống và kinh tế của người bệnh. TĐS thắt lưng phần lớn được điều trị bảo tồn. Phẫu thuật được đặt ra khi có sự mất vững, chèn ép thần kinh làm suy giảm chức năng cột sống. Ngày nay, có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị TĐS như giải ép thần kinh đơn thuần, ghép xương sau bên hoặc ghép xương liên thân đốt. Với ưu điểm khôi phục chiều cao liên thân đốt tốt, tỷ lệ liền xương cao, hạn chế được biến chứng rách màng cứng và tổn thương rễ [2] [3], phương pháp ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp đã trở thành một trong những phẫu thuật tiêu chuẩn điều trị TĐS thắt lưng, được nhiều phẫu thuật viên áp dụng. Cùng với xu hướng phát triển chung của ngoại khoa,

phẫu thuật ít xâm lấn đã thực sự mang lại kết quả tích cực do ít tàn phá giải phẫu, thời gian phục hồi ngắn, mang lại sự thoải mái và hài lòng cho người bệnh. Do vậy, đánh giá kết quả của phẫu thuật ít xâm lấn giải ép, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp điều trị TĐS thắt lưng là hết sức cần thiết. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn chưa được phổ biến rộng rãi tại Việt Nam, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm báo cáo và đánh giá kết quả của phẫu thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 51 bệnh nhân được chẩn đoán TĐS thắt lưng đơn tầng được điều trị bằng phẫu thuật ít xâm lấn giải ép, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020 tại Khoa Phẫu thuật cột sống – BV Hữu nghị Việt Đức.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định TĐS thắt lưng đơn tầng có chỉ định phẫu thuật.

Bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp ít xâm lấn giải ép, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp.

Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả sau mổ và có tái khám tại các thời điểm theo nghiên cứu.

Không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp...

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có dị tật 2 chi dưới, mắc các bệnh lý nội khoa ảnh hưởng tới chẩn đoán, phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu: Thời gian phẫu thuật, vị trí phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện và đi lại được sau mổ.

Theo dõi và đánh giá sau mổ: so sánh dấu hiệu lâm sàng đau lưng, đau chân theo thang điểm Visual Analogue Scale (VAS), Oswestry Disability Index (ODI) trước và sau mổ, mức độ liền xương theo Bridwell, kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn MacNab.

4. Phương pháp phẫu thuật: Bệnh nhân nằm sấp, kê đệm ở hai vai và hai gai chậu trước trên, háng và gối gấp nhẹ. Sát trùng, trải toan vùng mổ, đặt hệ thống khung của METRx. Xác định vị trí điểm vào dưới C arms qua kim thăm dò. Rạch da cách đường giữa khoảng 2-2,5cm, dài khoảng 3-3.5cm. Đặt ống nông đầu tiên, tách phần mềm cạnh sống, sau đó đặt các ống nông tiếp theo, cố định hệ thống ống nông và lắp nguồn sáng. Cắt móm khớp dưới, cắt dây chằng vàng giải ép rễ thần kinh được thực hiện dưới kính vi phẫu, kiểm tra ống sống và rễ thần

kinh hết chèn ép. Tùy theo triệu chứng rể ở bên nào, một bên hoặc hai bên mà thực hiện giải ép rể ở bên đó hoặc cả hai bên. Chuẩn bị khoảng gian đốt, ghép xương liên thân đốt, đặt mảnh ghép. Nẹp vít qua cuống ít xâm lấn. Cầm máu, đóng vết mổ.

5. Tiêu chuẩn đánh giá: Mức độ đau, chức năng cuộc sống, được đánh giá theo thang điểm Visual Analogue Scale (VAS), Oswestry Disability Index (ODI), mức độ liền xương theo Bridwell tại thời điểm khám lại 12 tháng sau mổ. Kết quả chung của phẫu thuật được đánh giá theo tiêu chuẩn MacNab.

6. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Mức ý nghĩa thống kê sử dụng trong nghiên cứu này là $p=0,05$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$.

7. Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các bệnh đều được giải thích kỹ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, có thể rời khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào. Toàn bộ những thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: 51 bệnh nhân tuổi trung bình là $47,92 \pm 12,91$ (từ 15 đến 72) với tỷ lệ 11 nam/ 40 nữ. Thời gian diễn biến bệnh trung bình 32,69 tháng, đã điều trị nội khoa 9,61 tuần trước mổ.

Bảng 3.1. Đặc điểm vị trí phẫu thuật và mức độ trượt đốt sống

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ TĐS	Độ 1	39	76,5
	Độ 2	12	23,5
Tầng trượt	L3L4	1	2,0
	L4L5	29	56,9
	L5S1	21	41,1

Khoảng 90% trường hợp TĐS xảy ra ở đoạn chuyển tiếp của xương cùng (cổ định) và phần cột sống thắt lưng (di động) [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận TĐS xảy ra chủ yếu ở tầng L4L5 và L5S1, chiếm 98,0%, với 76,5% trượt độ 1 và 23,5% trượt độ 2.

3.2. Kết quả phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là $136,86 \pm 32,40$ phút, lượng máu mất trung bình trong mổ là $146,86 \pm 23,79$ ml, không có bệnh nhân nào phải truyền máu trong mổ. Biến chứng trong mổ gặp 2/51 có tổn thương rễ, chiếm 3,9%. Thời gian nằm viện và đi lại trung bình sau mổ lần lượt là $5,84 \pm 2,66$

ngày và $3,88 \pm 1,85$ ngày.

Kết quả xa sau mổ được đánh giá theo tiêu chuẩn MacNab tại thời điểm 12 tháng sau mổ, 44/51 bệnh nhân khám lại (86,3%): rất tốt: 28 (63,6%), tốt: 14 (31,8%), khá: 2 (4,6%), xấu: 0 (0,0%) (**bảng 3.2**).

Bảng 3.2. Kết quả phẫu thuật theo MacNab

MacNab	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	28	63,6
Tốt	14	31,8
Khá	2	4,6
Xấu	0	0,0

Đánh giá cải thiện triệu chứng lâm sàng sau phẫu thuật tại thời điểm khám lại cuối cùng: điểm đau lưng VAS trước mổ $6,22 \pm 1,06$, sau mổ 12 tháng $1,89 \pm 1,50$, điểm đau chân VAS trước mổ $5,90 \pm 1,40$, sau mổ 12 tháng $1,25 \pm 1,50$, ODI trước mổ $49,41 \pm 8,00$, ODI sau mổ 12 tháng $15,18 \pm 11,58$ (**bảng 3.3**).

Bảng 3.3. Thay đổi triệu chứng lâm sàng trước và sau mổ

	$\bar{x} \pm SD$		p
	Trước mổ	Sau mổ 12 tháng	
VAS Lưng	$6,22 \pm 1,06$	$1,89 \pm 1,50$	$< 0,05$
VAS Chân	$5,90 \pm 1,40$	$1,25 \pm 1,50$	$< 0,05$
ODI (%)	$49,41 \pm 8,00$	$15,18 \pm 11,58$	$< 0,05$

Đánh giá mức độ liền xương theo Bridwell tại thời điểm sau mổ 12 tháng, tỷ lệ liền xương đạt 97,8% (độ 1 và 2), 2,2% liền xương độ 3 (**bảng 3.4**).

Bảng 3.4. Mức độ liền xương theo Bridwell

Độ liền xương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 1	38	86,4
Độ 2	5	11,4
Độ 3	1	2,2

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. TĐS do khuyết eo và thoái hóa thường xảy ra ở lứa tuổi trung niên và người già, có xu hướng tăng theo lứa tuổi. Trong tổng số 51 bệnh nhân (11 nam/40 nữ) của chúng tôi, TĐS nguyên nhân phần lớn là khuyết eo và thoái hóa chiếm 98,04%, có độ tuổi trung bình là 47,92, trong đó thấp nhất là 15 và cao nhất là 72, nhóm tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ khá cao tới 54,9%. Các nghiên cứu của Okuda S. và CS (2014) [5], Parker S.L. (2014) [6] cũng có kết quả độ tuổi tương tự. Do đặc điểm TĐS thắt lưng là bệnh mạn tính nên bệnh nhân thường đến viện muộn, thời gian diễn biến bệnh trung bình là 32,69 tháng, thời gian điều trị nội khoa trước mổ là 9,61 tuần.

2. Kết quả phẫu thuật ít xâm lấn giải ép, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp

- TĐS thắt lưng gây ra mất vững cột sống, chèn ép thần kinh làm suy giảm chức năng cột sống, vì vậy giải ép, nắn chỉnh, khôi phục chiều cao liên thân đốt và làm vững lại cấu trúc cho cột sống là vấn đề then chốt trong phẫu thuật điều trị bệnh lý này. Phẫu thuật giúp cải thiện triệu chứng đau lưng, đau tê chân, đau cách hồi thần kinh rõ rệt. Với 98% bệnh nhân được can thiệp ở vị trí L45 và L5S1 chứng tỏ đây là vị trí thường gặp trên lâm sàng và liên quan đến đặc điểm giải phẫu và cơ chế bệnh sinh.

- Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng điều trị TĐS thắt lưng với mục tiêu giải ép, nắn chỉnh, khôi phục chiều cao liên thân đốt, làm vững cấu trúc cột sống. Phẫu thuật ghép xương liên thân đốt là một phương pháp được sử dụng phổ biến nhất hiện nay vì có nhiều ưu điểm như tỷ lệ liền xương cao và khôi phục chiều cao liên thân đốt rất tốt. Ghép xương liên thân đốt có thể được tiếp cận bằng nhiều đường khác nhau: lối trước, lối sau hoặc qua lỗ liên hợp. Trong đó, đường vào qua lỗ liên hợp hạn chế được các biến chứng rách màng cứng và tổn thương rễ nên được nhiều phẫu thuật viên áp dụng. Cùng với xu hướng phát triển của ngoại khoa, phẫu thuật ít xâm lấn đang ngày càng trở nên phổ biến nên phương pháp ít xâm lấn giải ép, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp ra đời với những ưu điểm như ít tàn phá giải phẫu, thời gian phục hồi ngắn, mang lại sự thoải mái và hài lòng cho người bệnh.

- Kết quả xa sau phẫu thuật được đánh giá theo tiêu chuẩn MacNab tại thời điểm khám lại sau mổ 12 tháng với 44/51 BN (86,3%): rất tốt: 28 (63,6%), tốt: 14 (31,8%), khá: 2 (4,6%), xấu: 0 (0,0%). Các chỉ số VAS, ODI sau mổ cải thiện rõ rệt so với trước mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.3) cho thấy phương pháp rất hiệu quả trong việc giải cải thiện triệu chứng chèn ép thần kinh và chất lượng cuộc sống người bệnh. Mức độ liền xương được đánh giá trên phim chụp X - quang sau mổ 12 tháng cho thấy tỷ lệ liền xương đạt 97,8%, không gặp trường hợp nào bị khớp giả. Kết quả nghiên cứu này cho thấy ghép xương liên thân đốt là một phương pháp có tỷ lệ liền xương rất cao.

- Tai biến trong mổ: nghiên cứu gặp 02 trường hợp bệnh nhân có tổn thương rễ, chiếm 3,9%. Sau mổ, bệnh nhân xuất hiện đau và tê nhiều chân cùng bên với rễ được giải ép. Một bệnh nhân đã được tiến hành phong bế rễ thần kinh sau mổ, còn một bệnh nhân đã được phẫu

thuật lại để giải ép rộng rãi rễ thần kinh. Kết quả sau mổ 12 tháng, triệu chứng lâm sàng đã cải thiện khá tốt. Nguyên nhân do trong quá trình phẫu thuật gây chảy máu, sử dụng bipolar để cầm máu gây tổn thương rễ sau mổ và do không lấy hết phần đĩa đệm phía ngoài, khi đặt mảnh ghép, mô đĩa đệm còn lại bị mảnh ghép đẩy gây chèn ép rễ thần kinh. Nghiên cứu của Dương Thanh Tùng ghi nhận 1/38 trường hợp (2,63%) có tổn thương rễ sau mổ [7]. Tác giả Choi W.S. cũng ghi nhận 1 trường hợp bị rách màng cứng và 1 trường hợp đặt vít sai vị trí [8].

V. KẾT LUẬN

- Phẫu thuật ít xâm lấn giải ép, ghép xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp điều trị TĐS thắt lưng là phương pháp can thiệp tối thiểu hiệu quả và an toàn, với tỷ lệ kết quả tốt và rất tốt sau phẫu thuật đạt 95,4%, tỷ lệ liền xương cao đạt 97,8%, tai biến thấp.

- Đây là phương pháp không những giải ép thần kinh tốt mà còn ít tàn phá cơ, hệ thống dây chằng, dẫn tới bệnh nhân ít đau, ít mất máu, phục hồi sớm sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Wollowick A.L. và Sarwahi V., btv. (2015)**, Spondylolisthesis: Diagnosis, Non-Surgical Management, and Surgical Techniques, Springer US.
2. **Audat Z., Moutasem O., Yousef K. và cộng sự. (2012)**. Comparison of clinical and radiological results of posterolateral fusion, posterior lumbar interbody fusion and transforaminal lumbar interbody fusion techniques in the treatment of degenerative lumbar spine. Singapore Med J, **53(3)**, 183–187.
3. **Faundez A.A., Schwender J.D., Safrieli Y. và cộng sự. (2009)**. Clinical and radiological outcome of anterior-posterior fusion versus transforaminal lumbar interbody fusion for symptomatic disc degeneration: a retrospective comparative study of 133 patients. Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc, **18(2)**, 203–211.
4. **Tsirikos A.I. và Garrido E.G. (2010)**. Spondylolysis and spondylolisthesis in children and adolescents. J Bone Joint Surg Br, **92-B(6)**, 751–759.
5. **Okuda S., Oda T., Yamasaki R. và cộng sự. (2014)**. Posterior lumbar interbody fusion with total facetectomy for low-dysplastic isthmic spondylolisthesis: effects of slip reduction on surgical outcomes: clinical article. J Neurosurg Spine, **21(2)**, 171–178.
6. **Parker S.L., Godil S.S., Mendenhall S.K. và cộng sự. (2014)**. Two-year comprehensive medical management of degenerative lumbar spine disease (lumbar spondylolisthesis, stenosis, or disc herniation): a value analysis of cost, pain, disability, and quality of life: clinical article. J Neurosurg Spine, **21(2)**, 143–149.
7. **Dương Thanh Tùng (2020)**, Nghiên cứu điều trị

trượt đốt sống đoạn thắt lưng cùng một tầng bằng phẫu thuật vít cố định qua da và ghép xương liền thân đốt, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.

8. Choi W.-S., Kim J.-S., Ryu K.-S. và cộng sự.

(2016). Minimally Invasive Transforaminal Lumbar Interbody Fusion at L5-S1 through a Unilateral Approach: Technical Feasibility and Outcomes. *BioMed Res Int*, 2016, 2518394.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NGẮN HẠN NONG BÓNG VÀ ĐẶT GIÁ ĐỠ TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CHẬU TASC II A, B

Lê Đức Tín*, Phạm Minh Ánh*, Đỗ Kim Quế**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ngắn hạn nong bóng và đặt giá đỡ trong điều trị tắc động mạch chậu TASC II A, B. **Phương pháp:** hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu có 137 bệnh nhân, nam chiếm 84,7%, tuổi trung bình 70,4 ± 10,9 mẫu nghiên cứu. Phân độ TASC II A chiếm 48,9% (67 trường hợp), phân độ TASC II B chiếm 51,1% (70 trường hợp). Nhóm nong bóng đơn thuần có tỷ lệ phân loại B thấp hơn nhóm đặt giá đỡ (28,6% so với 63,6%, $p < 0,001$). Thời gian can thiệp trung bình của nhóm nong bóng và đặt giá đỡ lần lượt chiếm 157 ± 39,7 phút và 147 ± 56,4 phút. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nong bóng và đặt giá đỡ lần lượt chiếm là 4,4 ± 1,7 ngày và 4,8 ± 3,1 ngày. Biến chứng chung chiếm 4,4%, trong đó tắc mạch 0,73%, nhồi máu cơ tim 0,73%, cắt cụt 1,5%, tụ máu đường vào 0,73%, suy thận 0,73% mẫu nghiên cứu. Kết quả thành công về kỹ thuật nong bóng và đặt giá đỡ lần lượt chiếm 95,9% và 96,6% mẫu nghiên cứu. Thành công về mặt lâm sàng ở giai đoạn ngắn hạn của nong bóng và đặt giá đỡ lần lượt chiếm 97,9% và 96,7%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,67$). **Kết luận:** Nong bóng và đặt giá đỡ trong điều trị tắc động mạch chậu tổn thương TASC II A, B là ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục nhanh. Cả hai phương pháp đều cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng sau can thiệp, ít biến chứng. Tỷ lệ thành công về lâm sàng ở giai đoạn ngắn hạn của phương pháp nong bóng và đặt giá đỡ tương đương nhau.

Từ khóa: tắc động mạch chậu, nong bóng, đặt giá đỡ, TASC II A, B.

SUMMARY

COMPARED SHORT-TERM RESULTS OF BALLOON ANGIOPLASTY AND STENT PLACEMENT THERAPY FOR TASC II A, B LESIONS OF ILIAC ARTERIAL OCCLUSIONS

Objective: To compare the results of balloon angioplasty and stent placement therapy for TASC II A, B lesions of iliac arterial occlusions. **Methods:** Retrospective descriptive series of cases. **Results:**

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

***Bệnh viện Thống Nhất*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: ductin@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2021

Ngày duyệt bài: 17.9.2021

The study had 137 patients, male accounted for 84.7%, average age 70.4 ± 10.9 study samples. TASC II A class accounted for 48.9% (67 cases), TASC II B class accounted for 51.1% (70 cases). The balloon angioplasty group had a lower percentage of TASC II B than the stent placement group (28.6% vs 63.6%, $p < 0.001$). The mean intervention time of the balloon angioplasty and stent placement group accounted for 157 ± 39.7 minutes and 147 ± 56.4 minutes, respectively. The mean hospital stay of the balloon angioplasty and stent placement group was 4.4 ± 1.7 days and 4.8 ± 3.1 days, respectively. General complications accounted for 4.4% of the sample, of which embolism 0.73%, myocardial infarction 0.73%, amputation 1.5%, hematoma 0.73%, renal failure 0.73 of the sample. Technically successful results are 100% for both methods. The short-term clinical success of balloon angioplasty and stenting accounted for 97.9% and 96.7%, respectively, the difference was not statistically significant ($p=0.67$). **Conclusions:** Angioplasty and stenting in the treatment of iliac artery occlusion with TASC II A, B lesions are minimally invasive, safe, effective, short hospital stay, and fast recovery. Both methods improve clinical and subclinical symptoms after the intervention, with few complications. The short-term clinical success between PTA and stent placement was not statistically significant.

Key words: Angioplasty, stent placement, iliac arterial occlusions, TASC II A, B.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch mạn tính chi dưới là bệnh lý thường gặp, bệnh thường diễn tiến âm thầm nên khi bệnh nhân đến khám và điều trị thường ở giai đoạn muộn. Theo thống kê, Châu Âu và Bắc Mỹ có khoảng 27 triệu người bị mắc bệnh này. Tại Mỹ, theo nghiên cứu của John W. York và Spence M. Taylor [1], mỗi năm có hơn 10 triệu người mắc bệnh tắc động mạch chi dưới, trong đó bệnh nhân trên 70 tuổi chiếm 14,5%, có trên 100.000 bệnh nhân cần phải điều trị tái lưu thông mạch máu, trong đó cắt cụt chi chiếm từ 1 đến 7% tất cả các trường hợp. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Viện Tim Mạch Việt Nam, tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới tăng đáng kể từ 1,7% (năm 2003) lên đến 3,4% (năm 2007) [1].

Theo phân loại tổn thương TASC II đối với tầng chủ – chậu, can thiệp nội mạch là phương pháp ưu tiên chọn lựa điều trị tổn thương TASC