

nằm trong khớp cổ tay nên có thể dễ dàng tiếp cận, làm sạch ổ khớp giả, nắn chỉnh, ghép xương qua nội soi khớp; giúp bảo tồn được máu nuôi, dây chằng, thần kinh bản thể quanh xương thuyền so với mổ mở; phát hiện và điều trị các tổn thương trong khớp cổ tay kèm theo như dây chằng, sụn khớp. Kết quả bước đầu ứng dụng nội soi cổ tay trong điều trị gãy mới và không lành xương thuyền tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh cho thấy đây là kỹ thuật an toàn, mang lại lành xương, phục hồi chức năng và thẩm mỹ tốt cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carpenter CR, Pines JM, Schuur JD, Muir M, Calfee RP, Raja AS.** Adult scaphoid fracture. Acad Emerg Med. Feb 2014;21(2):101-21. doi:10.1111/acem.12317
2. **Wong WC, Ho PC.** Arthroscopic Management of Scaphoid Nonunion. Hand Clin. Aug 2019;35(3): 295-313. doi:10.1016/j.hcl.2019.03.003
3. **Basso MA, Smeraglia F, Ocampos-Hernandez M, Balato G, Bernasconi A, Corella-Montoya F.** Scaphoid fracture non-union: a systematic review of the arthroscopic management. Acta Biomed. Oct 17 2023;94(5): e2023194. doi:10.23750/abm.v94i5.14646
4. **Grewal R, Suh N, Macdermid JC.** Use of computed tomography to predict union and time to union in acute scaphoid fractures treated nonoperatively. J Hand Surg Am. May 2013;38(5): 872-7. doi:10.1016/j.jhsa.2013.01.032
5. **Messina JC, Van Overstraeten L, Luchetti R, Fairplay T, Mathoulin CL.** The EWAS Classification of Scapholunate Tears: An Anatomical Arthroscopic Study. J Wrist Surg. May 2013;2(2):105-9. doi:10.1055/s-0033-1345265
6. **Mathoulin C, Gras M.** Role of wrist arthroscopy in scapholunate dissociation. Orthop Traumatol Surg Res. Feb 2020;106(1s):S89-s99. doi:10.1016/j.otsr.2019.07.008
7. **Ecker J, Shahbaz L, Kohli S, Breidahl W, Andrijich C.** Arthroscopic Bone Graft and Internal Fixation of Non-Union of the Proximal Pole of the Scaphoid: Surgical Technique and Outcomes. J Wrist Surg. Dec 2022;11(6):535-540. doi:10.1055/s-0041-1742097

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ SORAFENIB TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN GIAI ĐOẠN TIẾN XA

Trương Thị Ánh Hồng¹, Đào Đức Tiến¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sorafenib - một chất ức chế đa kinase đường uống, tác động ức chế sự tăng sinh tế bào khối u và sự hình thành mạch máu khối u – đã được các nghiên cứu pha III chứng minh hiệu quả kéo dài sống còn toàn bộ. Cho đến hiện nay sorafenib vẫn được coi là điều trị tiêu chuẩn cho những bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) giai đoạn tiến xa. **Mục tiêu:** Đánh giá sống còn toàn bộ (OS), sống còn không bệnh tiến triển (PFS), tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) và độc tính điều trị của sorafenib trong HCC giai đoạn tiến xa. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 61 bệnh nhân được chẩn đoán HCC giai đoạn tiến xa được điều trị bằng sorafenib tại Bệnh viện Quân Y 175 từ tháng 1/2022 tới tháng 12/2024. **Kết quả:** OS trung vị là 4 tháng [KTC 95%: 3,2 – 6,8 tháng], bệnh nhân Child-Pugh A có OS trung vị dài hơn đáng kể so với bệnh nhân Child-Pugh B: 6,2 tháng so với 3,6 tháng (p=0.003). PFS trung vị là 4 tháng [KTC 95%: 2,6 – 5,4 tháng], DCR là 49,2%. Độc tính hay gặp nhất là hội chứng bàn tay-bàn chân (41%), trong đó mức độ 3-4 chiếm 11,5%. **Kết luận:** Điều trị sorafenib trong HCC giai đoạn tiến xa có tỷ lệ kiểm soát bệnh khả quan và các độc tính thường gặp

ở mức độ 1-2. Tuy nhiên thời gian sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh tiến triển vẫn chưa được cải thiện. Bệnh nhân Child-Pugh B có kết quả sống còn toàn bộ kém hơn Child-Pugh A. **Từ khóa:** sorafenib, ung thư biểu mô tế bào gan, HCC, giai đoạn tiến xa.

SUMMARY

EFFICACY OF SORAFENIB THERAPY IN ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Background: Sorafenib - an oral multikinase inhibitor that inhibits tumor-cell proliferation and tumor angiogenesis - has been shown in phase III studies to prolong overall survival. Until recently, sorafenib is considered the standard treatment for patients with advanced hepatocellular carcinoma (HCC). **Objective:** Evaluate the overall survival (OS), progression-free survival (PFS), disease control rate (DCR), and toxicity of sorafenib in advanced HCC. **Patients and method:** Retrospective descriptive study from 61 patients with advanced HCC to receive sorafenib at Military Hospital 175 from January 2022 to December 2024. **Results:** Median OS was 4 months [95% CI: 3.2–6.8 months]. Child-Pugh A patients had a median survival rate significantly longer than Child-Pugh B patients: 12 months vs. 6 months (p=0.003). Median PFS was 4 months [95% CI: 2.6–5.4 months], DCR was 49.2%. The most common toxicity was hand-foot syndrome (41%), of which grade 3–4 accounted for 11.5%. **Conclusion:** Sorafenib in the treatment of advanced HCC has a favorable disease control rate and common toxicities were grade 1-2. However, there are no significant

¹Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

overall survival and progression-free survival improvement. Patients with Child-Pugh B liver function had poorer OS than those with Child-Pugh A function.

Keywords: Sorafenib, hepatocellular carcinoma, HCC, advanced stage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (hepatocellular carcinoma – HCC) là loại ung thư thường gặp đứng thứ hai theo ghi nhận của Tổ chức Globocan Việt Nam năm 2022, ước tính mỗi năm có 24,502 trường hợp bệnh nhân HCC mới mắc, và đây là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng đầu tại Việt Nam khi có gần 23,333 bệnh nhân tử vong do căn bệnh này [1]. Khoảng 30 - 40% tổng số bệnh nhân HCC được chẩn đoán ở giai đoạn đầu và có thể điều trị bằng các liệu pháp tại chỗ như phẫu thuật, ghép gan, đốt sóng cao tần RFA, nút mạch gan TACE... Tỷ lệ sống còn 5 năm lên tới 60 - 70% [2]. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán HCC giai đoạn tiến xa, chỉ một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân đủ điều kiện để áp dụng các điều trị tại chỗ, và liệu pháp toàn thân thường là phương pháp điều trị cuối cùng cho những bệnh nhân này.

Từ năm 2008 đến nay, sorafenib - một chất ức chế đa kinase đường uống, tác động ức chế sự tăng sinh tế bào khối u và sự hình thành mạch máu khối u – vẫn được coi là điều trị tiêu chuẩn cho những bệnh nhân HCC giai đoạn tiến xa không phẫu thuật được [3]. Nghiên cứu SHARP đa trung tâm, pha III mù đôi có nhóm chứng với điều trị sorafenib trong HCC giai đoạn tiến xa đã đạt được mục tiêu chính với OS là 10,9 tháng, DCR đạt 43%, tuy nhiên vẫn chưa cải thiện được trung vị thời gian đến khi có triệu chứng tiến triển [3]. Để tổng kết dữ liệu đời thực về hiệu quả điều trị sorafenib, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Hiệu quả điều trị sorafenib trong ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn tiến xa*" tại Bệnh viện Quân Y 175 với 2 mục tiêu:

1. Xác định thời gian sống còn toàn bộ và thời gian sống thêm không bệnh tiến triển của liệu pháp sorafenib trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn tiến xa.

2. Đánh giá tỷ lệ kiểm soát bệnh và một số độc tính của liệu pháp điều trị sorafenib trên nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN được chẩn đoán HCC giai đoạn tiến xa và điều trị bằng sorafenib tại Bệnh viện Quân Y 175 từ 01/2022 - 12/2024.

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn BN**

- 18 tuổi trở lên.
- Thời gian sống dự kiến ít nhất là 12 tuần.
- Có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào gan.
- Giai đoạn C, D (theo hệ thống phân loại Barcelona Clinic Liver Cancer), hoặc bệnh tái phát.
- Có tổn thương đo được theo tiêu chuẩn RECIST.

- Chỉ số toàn trạng ECOG từ 0 – 2.

- Child-Pugh A, Child-Pugh B 7 điểm.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Mắc ung thư thứ 2.
- Suy thận cần lọc máu.
- Tiền sử bệnh tim.
- Lâm sàng đang có tình trạng nhiễm trùng nghiêm trọng.

- Tiền sử nhiễm vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV).

- Bệnh nhân có xuất huyết đường tiêu hóa trong vòng 30 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

2.3. Quy mô mẫu và lấy mẫu. Cỡ mẫu thuận tiện.

2.4. Quy trình nghiên cứu

❖ **Bước 1: Lựa chọn BN theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.**

Từ danh sách bệnh nhân có chẩn đoán HCC từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024 của Bệnh viện Quân Y 175, chúng tôi chọn các bệnh nhân thỏa tiêu chí nghiên cứu. Ghi nhận các thông tin:

Tiền sử và bệnh sử. Đánh giá tiền căn viêm gan vi rút, nghiện rượu.

Xét nghiệm máu: công thức máu, sinh hóa máu (albumin, bilirubin toàn phần, INR, AST, ALT, GGT), AFP.

Giải phẫu bệnh. Chẩn đoán hình ảnh: CTscan ngực bụng, MRI bụng, xạ hình xương,...

❖ **Bước 2: Điều trị sorafenib [4]**

Sorafenib 400mg x 2 lần uống/ngày, chu kỳ 28 ngày. Điều trị cho đến khi bệnh tiến triển hoặc không dung nạp với độc tính điều trị.

❖ **Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị**

- Đánh giá sống còn toàn bộ: thời gian từ khi bắt đầu điều trị đến khi bệnh tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào.

- Đánh giá sống còn không bệnh tiến triển: thời gian từ khi bắt đầu điều trị đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào.

- Đánh giá đáp ứng: bao gồm xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh sau mỗi 6 tuần điều trị hoặc khi BN có triệu chứng lâm sàng bất thường. Phương pháp đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST. Tỷ lệ kiểm soát bệnh bao gồm đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh ổn định

duy trì ít nhất 28 ngày [5].

- Đánh giá độc tính: ghi nhận độc tính sau mỗi đợt điều trị hoặc khi có dấu hiệu lâm sàng. Tiêu chuẩn đánh giá độc tính theo CTCAE phiên bản 5.0 [6].

- Xử trí các tác dụng phụ và điều chỉnh liều trong quá trình điều trị [4]:

Độc tính độ 0-1: không cần giảm liều.

Độc tính độ 2: hoãn đến khi độc tính hồi phục về độ 0-1. Không giảm liều

Độc tính độ 3-4: Hoãn đến khi độc tính hồi phục về độ 0-1. Giảm liều sorafenib xuống 400mg một lần/ngày.

Tiêu chuẩn ngừng điều trị: Các độc tính không trở về độ 1 sau hai tuần điều trị hỗ trợ.

2.5. Các phương pháp thống kê. Các số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê R 4.4.1. Sử dụng các phương pháp thống kê y học thông thường trong xử lý và phân tích kết quả.

2.6. Các cân nhắc về đạo đức. Nghiên cứu này là nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào quá trình chẩn đoán hay điều trị nên không vi phạm đạo đức nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 61 bệnh nhân với các đặc điểm được thể hiện trong bảng 1.

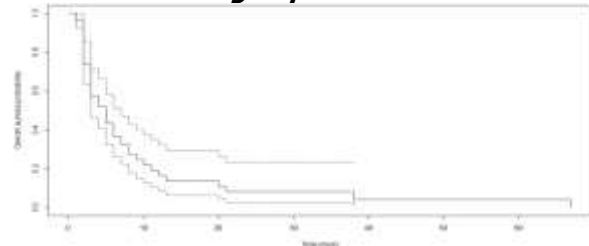
Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Số BN (n=61)	Tỷ lệ (%)
Giới tính: Nam	59	96,7
Nữ	2	3,3
Trung vị tuổi (Khoảng tuổi)	61 (33 – 83) tuổi	
ECOG: 1	31	50,8
2	30	49,2
BCLC		
Giai đoạn C	43	70,5
Giai đoạn D	18	29,5
Lan tỏa ngoài gan		
Có	34	55,7
Không	27	44,3
Vị trí di căn		
Phổi	15	24,6
Hạch	15	24,6
Xâm lấn mạch máu		
Có	32	52,5
Không	29	47,5
Child-Pugh: A	42	68,9
B	19	31,1
Viêm gan vi rút HBV	41	67,2
HCV	6	9,8

3.2. Sống còn toàn bộ - OS. Nghiên cứu

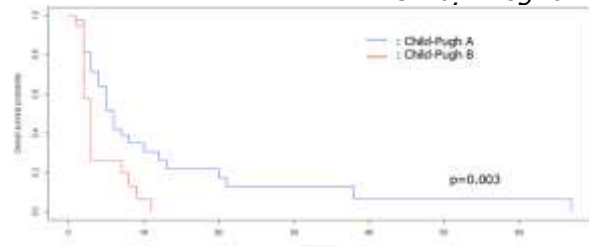
của chúng tôi có thời gian sống còn toàn bộ trung vị là 4 tháng [KTC 95%: 3,2 – 6,8 tháng]. Trong đó có một trường hợp BN nam 56 tuổi, không tiền căn nhiễm vi rút viêm gan, được chẩn đoán HCC tháng 6/2013 và điều trị RFA; Năm 2017 bệnh tái phát di căn thành ngực được điều trị sorafenib cho đến tháng 2/2022 bệnh tiến triển và chuyển sang điều trị regorafenib thêm được 7 tháng thì BN tử vong. BN này ghi nhận OS dài nhất trong nghiên cứu này đạt 67 tháng.

Ước tính bằng Kaplan-Meier



Hình 1. Sống còn toàn bộ trên dân số nghiên cứu

Kiểm định log-rank

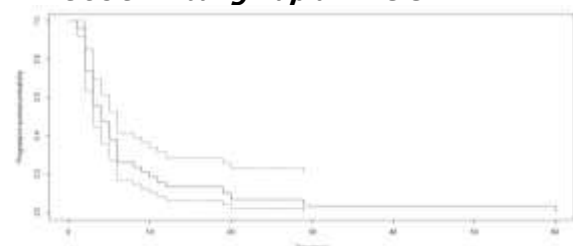


Hình 2. Sống còn toàn bộ trên phân nhóm Child-Pugh A và Child-Pugh B

Nhóm Child-Pugh A có OS trung vị là 6,2 tháng [KTC 95% 4,6 – 7,4], nhóm Child-Pugh B có OS trung vị là 3,3 tháng [KTC 95% 2,4 – 3,6]. Phân tích sống còn toàn bộ trên phân nhóm Child-Pugh ghi nhận có sự khác biệt về OS giữa nhóm Child-Pugh A và Child-Pugh B với $p=0.003$.

3.3. Sống còn không bệnh tiến triển – PFS. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian sống còn không bệnh tiến triển trung vị là 4 tháng [KTC 95%: 2,6 – 5,4 tháng].

Ước tính bằng Kaplan-Meier



Hình 3. Sống còn không bệnh tiến triển trên dân số nghiên cứu

3.4. Tỷ lệ kiểm soát bệnh - DCR

Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng

Đáp ứng	Số BN (n=61)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	14	23
Bệnh ổn định	16	26,2
Bệnh tiến triển	31	50,8

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có DCR là 49,2%.

3.5. Độc tính điều trị

Bảng 3. Độc tính điều trị

Độc tính	Các độ		Độ 3 - 4	
	n	%	n	%
Hội chứng bàn tay - bàn chân	25	41	7	11,5
Tiêu chảy	12	19,7	2	3,3
Chán ăn	21	34,4	10	16,4

Độc tính thường gặp là hội chứng bàn tay-bàn chân (chiếm tỷ lệ 41%), chán ăn (chiếm tỷ lệ 34,4%) và tiêu chảy (19,7%). Mức độ độc tính độ 3-4 chiếm tỷ lệ thấp. Có 19 BN (chiếm tỷ lệ 31,1%) giảm liều sorafenib do độc tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ sống còn toàn bộ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, OS trung vị đạt 4 tháng. Kết quả nghiên cứu SHARP pha III của tác giả Llovet năm 2009 trên 299 BN HCC giai đoạn tiến xa điều trị với sorafenib, ghi nhận OS trung vị đạt 10,7 tháng [3]. Nghiên cứu Asia-Pacific pha III của tác giả Cheng năm 2009 trên nhóm 150 BN người Trung Quốc, Hàn Quốc, Đài Loan được chẩn đoán HCC giai đoạn tiến xa được điều trị sorafenib ghi nhận OS trung vị đạt 6,5 tháng [7]. Lý giải tại sao OS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn OS trong hai nghiên cứu tham khảo trên do khác nhau về tiêu chuẩn chọn bệnh, các nghiên cứu tham khảo giới hạn chức năng gan ở Child-Pugh A vì cho rằng suy giảm chức năng gan Child-Pugh B hoặc C có thể làm sai lệch kết quả.

Phân tích OS trên phân nhóm Child-Pugh ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về OS giữa nhóm Child-Pugh A và Child-Pugh B ($p=0.003$), lợi ích nghiên về phân nhóm Child-Pugh A với OS trung vị là 6,2 tháng so với 3,6 tháng ở nhóm Child-Pugh B. OS trung vị ở BN Child-Pugh A trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với OS trung vị trong nghiên cứu Asia-Pacific.

4.2. Tỷ lệ sống còn không bệnh tiến triển. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận PFS trung vị đạt 4 tháng, thấp hơn so với PFS trung vị trong nghiên cứu SHARP là 5,5 tháng [3] và cao hơn so với nghiên cứu Asia-Pacific là 2,8 tháng [7].

4.3. Tỷ lệ kiểm soát bệnh. Nghiên cứu

SHARP có tỷ lệ DCR đạt 43% [3] và nghiên cứu Asia-Pacific có tỷ lệ DCR đạt 53% [7]. DCR trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 49,2% và tỷ lệ này gần tương đương cao hơn khi so sánh với hai nghiên cứu tham khảo trên.

4.4. Độc tính điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độc tính thường gặp nhất là hội chứng bàn tay-bàn chân chiếm tỷ lệ 41%, mức độ 3-4 là 11,5%. Nghiên cứu SHARP có tỷ lệ độc tính hội chứng bàn tay – bàn chân là 21%, mức độ 3-4 là 8% [3]. Nghiên cứu Asia-Pacific có tỷ lệ độc tính hội chứng bàn tay – bàn chân là 45%, mức độ 3-4 là 10,7% [7]. Nhìn chung, trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện thêm độc tính mới, và tỷ lệ độc tính ở mức độ 3-4 tương đương với các nghiên cứu tham khảo.

V. KẾT LUẬN

Điều trị sorafenib trong HCC giai đoạn tiến xa có tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 49,2% và độc tính thường gặp ở mức độ 1-2. Bệnh nhân Child-Pugh A có OS trung vị 6,2 tháng dài hơn đáng kể so với bệnh nhân Child-Pugh B 3,6 tháng ($p=0.003$). Tuy nhiên thời gian sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh tiến triển trên dân số nghiên cứu vẫn chưa được cải thiện nhiều trong thực hành lâm sàng ở Bệnh viện Quân y 175.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J EM, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. GLOBOCAN VIETNAM 2022 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024 [updated 08/02/2024. version 1.1:[Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheet/s/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>].
2. Llovet JM, Burroughs A, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. Lancet. 2003;362(9399):1907-17.
3. Llovet JM, Ricci S, Mazzaferro V, Hilgard P, Gane E, Blanc JF, et al. Sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. N Engl J Med. 2008;359(4):378-90.
4. Beck C. SORAFENIB (Nexavar®) FOR 1ST LINE HCC: Northern Cancer Alliance; 2018 [Available from: <https://www.northerncanceralliance.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/11/Sorafenib-for-HCC-protocol-CRP10-UGI010-v1.2.pdf>].
5. Therasse P, Arbuck SG, Eisenhauer EA, Wanders J, Kaplan RS, Rubinstein L, et al. New guidelines to evaluate the response to treatment in solid tumors. European Organization for Research and Treatment of Cancer, National Cancer Institute of the United States, National Cancer Institute of Canada. J Natl Cancer Inst. 2000;92(3):205-16.
6. Freitas-Martinez A, Santana N, Arias-Santiago S, Viera A. Using the Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE -

Version 5.0) to Evaluate the Severity of Adverse Events of Anticancer Therapies. Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). 2021;112(1):90-2.

7. **Cheng AL, Kang YK, Chen Z, Tsao CJ, Qin S, Kim JS, et al.** Efficacy and safety of sorafenib in

patients in the Asia-Pacific region with advanced hepatocellular carcinoma: a phase III randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Oncol. 2009;10(1):25-34.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X-QUANG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ NHỮNG BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT TRƯỢT THÂN ĐỐT SỐNG HAI TẦNG LIÊN KỀ VÙNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Xuân Phương¹, Phạm Ngọc Hào¹, Trần Trung Kiên²

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét một số đặc điểm hình ảnh x-quang và cộng hưởng từ những bệnh nhân được phẫu thuật trượt thân đốt sống hai tầng liên kề vùng thắt lưng tại Bệnh viện quân y 175. **Đối tượng- phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả từ tháng 5/2020 – tháng 12/2023, 30 bệnh nhân trượt đốt sống hai tầng liên kề vùng thắt lưng được phẫu thuật bằng kỹ thuật nẹp vít qua cuống và hàn xương liên thân đốt đường vào lỗi sau tại Khoa Ngoại thần kinh, Bệnh viện Quân y 175. Đánh giá các đặc điểm X-quang và cộng hưởng từ. **Kết quả:** Trên phim chụp X-quang, 60% bệnh nhân trượt đốt sống ở vị trí L4L5S1 và 40% bệnh nhân trượt đốt sống ở vị trí L3L4L5. Phần lớn bệnh nhân trượt đốt sống độ I (63,3%); chỉ có 36,7% bệnh nhân bị trượt đốt sống độ II; 50% bệnh nhân có hình ảnh khuyết eo và 60% bệnh nhân có hình ảnh thoái hoá trên phim chụp X-quang. Trên hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ, tất cả các bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm, trong đó 86,7% bệnh nhân có kèm theo thoát vị đĩa đệm hai tầng và 13,3% bệnh nhân có kèm hình ảnh thoát vị đĩa đệm một tầng. Đa số bệnh nhân có hẹp ống sống, hẹp lỗ liên hợp, phì đại diện khớp và phì đại dây chằng vàng (76,7%). **Kết luận:** Trên phim chụp X-quang, vị trí trượt đốt sống hay gặp ở L3L4L5 (60%); phần lớn bệnh nhân trượt đốt sống độ I (63,3%). Trên phim cộng hưởng từ, tất cả bệnh nhân trượt đốt sống 2 tầng thường kèm theo thoát vị đĩa đệm và đa số có hẹp ống sống, hẹp lỗ liên hợp, phì đại diện khớp và phì đại dây chằng vàng (76,7%). **Từ khóa:** Trượt đốt sống 2 tầng vùng lưng - thắt lưng, X-quang, cộng hưởng từ.

SUMMARY

REVIEW OF X-RAY AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDER SURGERY FOR ADJACENT DOUBLE-LEVEL LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS AT 175 MILITARY HOSPITAL

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

Objective: Review of X-ray and magnetic resonance imaging characteristics of double-level lumbar spondylolisthesis patients with surgery at 175 military hospital. **Subjects and Methods:** Retrospective description from 5/2020 to 12/2023, 30 cases of double-level lumbar spondylolisthesis were operated by transforaminal lumbar interbody fusion at the Department of Neurosurgery in 175 Military Hospital. Evaluating X-ray and magnetic resonance imaging characteristics. **Results:** On X-ray, 60% of patients had spondylolisthesis at L4L5S1 and 40% had spondylolisthesis at L3L4L5. Most patients had grade I spondylolisthesis (63.3%); only 36.7% had grade II spondylolisthesis; 50% of patients had isthmic defect and 60% of patients had degenerative changes on X-ray. On MRI, all patients had disc herniation, of which 86.7% had two-level disc herniation and 13.3% had one-level disc herniation. Most patients had spinal stenosis, foraminal stenosis, facet joint hypertrophy and ligamentum flavum hypertrophy (76.7%). **Conclusion:** On X-ray, the most common location of spondylolisthesis is L3L4L5 (60%); most patients have grade I spondylolisthesis (63.3%). On MRI, all patients with 2-level spondylolisthesis are often accompanied by disc herniation and the majority have spinal canal stenosis, foraminal stenosis, facet joint hypertrophy and ligamentum flavum hypertrophy (76.7%).

Keywords: Double-level lumbar spondylolisthesis, X-ray, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống là sự trật ra trước của một thân đốt sống trên thân đốt sống khác, thông thường L5 trên S1, điểm giao tiếp lớn nhất tiếp theo là L4 trên L5, với nhiều mức độ phân loại [1]. Trượt đốt sống được nghi ngờ nếu bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng đau vùng lưng với các mức độ khác nhau. Để chẩn đoán trượt đốt sống cột sống thắt lưng cần dựa vào chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là X-quang cột sống thắt lưng để đánh giá mức độ, vị trí trượt đốt sống. Ngoài ra, cộng hưởng từ cột sống thắt lưng cũng được xem là chẩn đoán hình ảnh quan trọng đối với trượt đốt sống nhằm mục đích đánh giá thoát vị đĩa đệm và tổn thương mô mềm, nên được tiến hành trước phẫu thuật. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Nhận xét