

- Countries. *Gastroenterology*. 2018;155(4):1079-1089.e3. doi:10.1053/j.gastro.2018.06.043
8. **Chung SH, Lee HW, Kim SW, et al.** Usefulness of Measuring Serum Procalcitonin Levels in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Gut Liver*. 2016;10(4):574-580. doi:10.5009/gnl15209
9. **Risk of bacteremia in hospitalised patients with inflammatory bowel disease:** A 9-year cohort study. doi:10.1177/2050640619874524
10. **Kirchgesner J, Lemaitre M, Carrat F, Zureik M, Carbonnel F, Dray-Spira R.** Risk of Serious and Opportunistic Infections Associated With Treatment of Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*. 2018;155(2):337-346.e10. doi:10.1053/j.gastro.2018.04.012

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG VÀ HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT ĐƯỜNG SAU ĐIỀU TRỊ MẤT VỮNG ĐA TẦNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Trung¹, Hoàng Gia Du²,
Nguyễn Đức Hoàng¹, Vũ Xuân Phước¹, Lê Đăng Tân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt đường sau điều trị mất vững đa tầng cột sống thắt lưng cùng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 60 bệnh nhân được phẫu thuật cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt đường sau đa tầng (từ hai tầng trở lên) điều trị bệnh nhân mất vững cột sống thắt lưng – cùng do thoái hóa tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2021 đến 7/2023, thời gian theo dõi sau mổ tối thiểu 06 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,4 tuổi, tỷ lệ nữ/nam = 4, thời gian khởi phát bệnh trung bình là 21,58 tháng. Điểm VAS lưng, VAS chân, JOA trước mổ trung bình lần lượt là: 5,57, 4,57, 10,95 điểm. Thời điểm khám lại sau mổ, điểm VAS lưng, VAS chân, JOA giảm xuống lần lượt là: 1,41, 0,53, 24,63 điểm. Bệnh nhân dưới 60 tuổi, nữ giới và có phân loại ASA 1,2 là các yếu tố tiên lượng kết quả hồi phục thần kinh tốt hơn tại thời điểm khám lại. **Kết luận:** Phẫu thuật cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt đa tầng điều trị mất vững cột sống là phẫu thuật an toàn, ít biến chứng. Bệnh nhân dưới 60 tuổi, nữ giới và có phân loại ASA 1,2 là các yếu tố tiên lượng mức độ hồi phục tốt hơn sau mổ trên 6 tháng. **Từ khóa:** Cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt, mất vững đa tầng cột sống thắt lưng, mất vững cột sống do thoái hóa.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF POSTERIOR LUMBAR SPINAL FIXATION AND INTERBODY FUSION IN THE TREATMENT OF MULTILEVEL LUMBAR INSTABILITY AT BACH MAI HOSPITAL

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Vinmec Smart City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trung

Email: trung32ptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025

Objective: To assess the outcomes of posterior spinal fixation and interbody fusion surgery for the treatment of multilevel lumbar-sacral instability. **Subjects and Methods:** This retrospective cross-sectional study was conducted on 60 patients diagnosed with lumbar-sacral spinal instability due to degeneration. These patients underwent posterior multilevel spinal fixation and interbody fusion (involving two or more levels) at the Department of Orthopedic Trauma and Spine Surgery, Bach Mai Hospital, between January 2021 and July 2023. The minimum postoperative follow-up period was six months. **Results:** The average age of patients was 59.43 years, with a female-to-male ratio of 4:1. The average duration from onset to surgery was 21.58 months. Preoperative mean scores for back pain (VAS), leg pain (VAS), and JOA were 5.57, 4.57, and 10.95 points, respectively. These scores significantly decreased at the follow-up to 1.41, 0.53, and 24.63 points, respectively. Patients under 60 years old, females, and those classified as ASA (American Society of Anesthesiologists) 1 or 2 were found to have better neurological recovery outcomes at follow-up. **Conclusion:** Posterior spinal fixation and interbody fusion surgery for the treatment of lumbar instability is a safe procedure with a low intraoperative complication rate. Postoperative pain levels decrease over time. Patients under 60, females, and those with ASA classifications 1 or 2 are associated with better recovery outcomes after more than six months of follow-up. **Keywords:** Posterior spinal fixation and interbody fusion; multilevel lumbar spinal instability; degenerative spinal instability

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1982, Harm và Rolinger đã phát triển kỹ thuật cố định cột sống (CĐCS) và hàn xương liên thân đốt (HXLTD) đường sau qua lỗ liên hợp, giúp giảm nguy cơ tổn thương rễ thần kinh.¹ Phẫu thuật này được ứng dụng rộng rãi do có nhiều ưu điểm như: giải ép rộng rãi lỗ liên hợp và các rễ thần kinh, phục hồi chiều cao đĩa đệm, nắn trượt đốt sống, chỉnh sửa các biến dạng vẹo và gù cột sống, tỷ lệ liên xương cao và

tạo cầu xương liên thân đốt vững chắc (74%-94%); kết quả lâm sàng được báo cáo tốt đến rất tốt trong 75%-90% các trường hợp. Bệnh lý thoái hóa cột sống thắt lưng - cùng gia tăng theo tuổi và thường biểu hiện ở đa tầng đĩa đệm. Can thiệp điều trị phẫu thuật CĐCS và HXLTD đa tầng đĩa đệm (≥ 2 đĩa đệm) đặt ra một thách thức lớn đặc biệt người cao tuổi do mật độ xương giảm, nhiều bệnh nền. Nghiên cứu của Smith và cộng sự năm 2016 về các biến chứng sau phẫu thuật biến dạng cột sống thắt lưng cho thấy tỷ lệ tử vong trong vòng sáu tuần là 0,6%, có 469 biến chứng lớn nhỏ trong số 346 BN nghiên cứu. Số biến chứng trung bình trên mỗi BN là 1,61 và 69,8% BN gặp ít nhất một biến chứng.² Các nghiên cứu tại Việt Nam hiện nay mới chỉ tập trung nghiên cứu phẫu thuật CĐCS và HXLTD cột sống thắt lưng cùng đơn tầng. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật CĐCS và HXLTD đường sau điều trị mất vững đa tầng cột sống thắt lưng cùng tại bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 60 BN chẩn đoán xác định mất vững cột sống thắt lưng - cùng do thoái hóa được phẫu thuật CĐCS và HXLTD đường sau đa tầng (từ hai tầng trở lên) tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 7/2023, thời gian theo dõi sau mổ tối thiểu 06 tháng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán mất vững đa tầng cột sống thắt lưng cùng có chỉ định phẫu thuật dựa vào các tiêu chuẩn lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh; Bệnh nhân được phẫu thuật CĐCS và HXLTD đường sau đa tầng.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN chẩn đoán xác định mất vững cột sống thắt lưng - cùng đa tầng do thoái hóa được phẫu thuật theo phương pháp khác; Bệnh nhân không tái khám theo dõi sau phẫu thuật, không đồng ý tham gia nghiên cứu; bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu

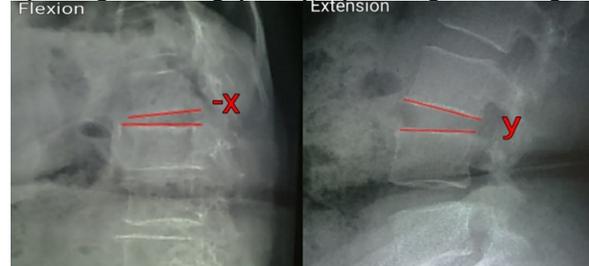
2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

Phân tích số liệu trên phần mềm IBM SPSS 22.

2.3. Các biến nghiên cứu

Trước phẫu thuật: Đánh giá các yếu tố: Tuổi (năm), giới, phân loại bệnh nhân trước mổ theo hiệp hội gây mê hồi sức Mỹ (ASA - American Society of Anesthesiology) gồm 6 mức độ³; khai thác thời gian diễn biến bệnh (số tháng từ khi khởi phát đến lúc phẫu thuật); mức độ đau lưng, đau chân theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale); đánh giá chức năng cột

sống theo thang điểm ODI (Oswestry Disability Index)⁴; đánh giá lâm sàng theo thang điểm JOA lưng của hội Chấn thương chỉnh hình Nhật Bản. Trên phim Xquang cột sống nghiêng tiêu chuẩn và động gập - ưỡn đánh giá: góc ưỡn cột sống thắt lưng (Lumbar Lordosis), góc vẹo cột sống thắt lưng (cobb), vị trí tầng mất vững.



Hình 1: Các thông số di lệch và gập góc trên XQ động⁵

Xác định mất vững dựa vào tiêu chí: tầng L1/2, L2/3, L3/4 khi $Y(+)-X(-) > 15^\circ$; tầng L4/5 khi $Y(+)-X(-) > 20^\circ$; tầng L5/S1 khi $Y(+)-X(-) > 25^\circ$. trong đó góc gian đốt ưỡn tối đa quy ước là $Y(+)$, góc gian đốt khi cúi tối đa là $X(-)$ (Hình 1).⁵

Trong mổ: đánh giá các yếu tố: thời gian mổ (phút), lượng máu mất (ml); lượng máu truyền (ml), chiều dài vết mổ, loại xương ghép; các tai biến trong mổ (vỡ cuống, rách màng cứng, tổn thương rễ thần kinh, tổn thương mạch máu lớn...).

Sau khi mổ đến khi ra viện: đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, lượng máu truyền sau mổ (ml); ghi nhận các biến chứng sớm sau mổ (nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu...); thời gian đi lại sau mổ (ngày); thời gian nằm viện sau mổ (ngày).

Tại thời điểm khám lại: Tất cả các bệnh nhân được theo dõi và khám lại vào một thời điểm đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, ODI; đánh giá JOA, và tỷ lệ bình phục RRJOA theo Hyrabayashi = (Điểm khám lại - điểm trước mổ) / (29 - điểm trước mổ) x 100%. BN được đánh giá kết quả: rất tốt (>75%); tốt (50%-75%), trung bình (25%-50%) và xấu (<25%). Mức độ hàn xương theo Bridwell.⁶ Tình trạng lỏng vít: có hoặc không, thống kê tần số, dấu hiệu vòng sáng thấu quang quanh vít độ dày >1mm (dấu hiệu Halo) đánh giá sau mổ 6 tháng.⁷ Tình trạng gãy vít.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đề cương và Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Bạch Mai. Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=60)

Đặc điểm	Giá trị	
Tuổi	59,43±7,5 (32-74)	
BMI	22,57±2,43 (19,25-28,4)	
ASA	1	19 (31,7)
	2	32 (53,3)
	3	9 (15,0)
Giới (Nữ/Nam)	Nữ	48 (80)
	Nam	12 (20)
	Nữ/nam	4

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,43 tuổi (thấp nhất 32, cao nhất 74); tỷ lệ nữ/nam là 4.

3.2. Đặc điểm lâm sàng trước mổ

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng trước mổ (n=60)

Đặc điểm	Phân loại	Giá trị*
Lý do vào viện	Đau lưng	37 (61,7)
	Đau lưng kiểu rên	23 (38,3)
Thời gian khởi phát (tháng)		21,58 ± 21,8 (2-120)
VAS lưng		5,75 ± 1,35 (3-8)
VAS chân		4,75 ± 1,24 (2-8)
Nghiệm pháp Lasègue	< 30°	18 (30,0)
	30°- 70°	35 (58,3)
	>70°	7 (11,7)
Mất chức năng cột sống ODI	Mức 2 (21≤ODI≤40%)	5 (8,3)
	Mức 3 (41≤ODI≤60%)	37 (61,7)
	Mức 4 (61≤ODI≤80%)	18 (30,0)
	TB ± SD (Min – Max)	51,97 ± 20,8 (25 – 77)
Điểm JOA	TB ± SD (Min – Max)	10,95 ± 1,78 (8-15)
Đau cách hồi thần kinh	<100m	37 (61,7)
	100-500m	21 (35,0)
	>500m	2 (3,3)

Thời gian khởi phát trung bình 21,58 tháng, khởi phát trong thời gian 6 – 24 tháng cao nhất với 41,7% (25 BN). VAS lưng và VAS chân lần lượt là 5,75 và 4,75 điểm. 100% bệnh nhân có triệu chứng đau cách hồi thần kinh, chủ yếu cách hồi thần kinh ngắn < 100 m (61,7%). ODI từ mức độ vừa đến rất nhiều trong đó mức nhiều (mức 3) là phổ biến nhất với 37 BN (61,7%). Điểm JOA lưng trung bình là 10,95 điểm (8 - 15 điểm)

3.3. Đặc điểm trong mổ

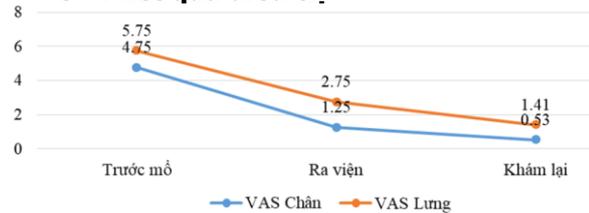
Bảng 3: Các đặc điểm trong mổ (n=60)

Đặc điểm	Giá trị	
Số tầng can thiệp	2 tầng	30 (50)
	3 tầng	30 (50)
Xương	Xương tự thân	2 (3,3)

ghép liên thân đốt	Miếng ghép đĩa đệm và xương tự thân	52 (86,7)
	Miếng ghép đĩa đệm và xương nhân tạo	6 (10)
Thời gian mổ (phút)	Chung	144,08 ± 28,6 (90-200)
	2 tầng	125,83 ± 25,5 (90-200)
	3 tầng	162,33 ± 17,9 (120-200)
Lượng máu mất (ml)	Chung	416,2 ± 219,3 (100-850)
	2 tầng	276,0 ± 25,5 (100-600)
	3 tầng	556,7 ± 189,3 (300-850)
Chiều dài vết mổ (cm)	Chung	11,18 ± 1,9 (8-15)
	2 tầng	10,37 ± 1,65 (8-15)
	3 tầng	12,0 ± 1,9 (10-15)
Biến chứng trong mổ	Rách màng cứng	2 (3,3)
	Vỡ cuống sống	1 (1,7)
	Nhổ vít khi nắn chỉnh	1 (1,7)

52 bệnh nhân (86,7%) ghép xương liên thân đốt bằng miếng ghép đĩa đệm và xương tự thân. Thời gian mổ, lượng máu mất và chiều dài vết mổ của nhóm nghiên cứu là 140,08 phút, 416,2ml, 11,18 cm. Nhóm mổ 3 tầng có thời gian mổ lâu hơn, lượng máu mất nhiều hơn và chiều dài vết mổ lớn hơn. Biến chứng trong mổ gặp rách màng cứng 2 trường hợp (3,3%), vỡ cuống và nhổ vít khi nắn chỉnh gặp 1 trường hợp (1,7%).

3.4. Kết quả điều trị



Biểu đồ 1: Thay đổi mức độ đau tại các thời điểm (n=60)

VAS lưng và VAS chân lần lượt là 1,41 và 0,53 điểm tại thời điểm khám lại. Điểm VAS giảm hơn so với thời điểm ra viện, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05

Bảng 4: Điểm JOA và RR tại thời điểm khám lại (n=60)

		Giá trị	p
Điểm JOA	Trước mổ	10,95±1,78 (8-15)	0,001*
	Khám lại	24,63±2,41 (19-28)	
RR (%)	TB ± SD	75,30±14,56 (40-94,7)	
	Trung bình	6 (10)	

	Tốt	17 (28,3)	
	Rất tốt	37 (61,7)	

*Paired Samples T Test; Biến định lượng n(%), biến định tính thể hiện TB ± SD (Min-Max)

Điểm JOA tại thời điểm khám lại (24,63) tăng rõ rệt so với thời điểm trước mổ (10,95), (p<0,05). Hồi phục theo thang điểm JOA tại thời điểm khám lại trung bình là 75,3%. Hầu hết bệnh nhân hồi phục ở mức độ tốt và rất tốt với tỷ lệ lần lượt là 28,3% và 61,7%

Liên quan của các yếu tố lâm sàng trước mổ đến RR

Bảng 5: Hình ảnh tại thời điểm khám lại (n=60)

Đặc điểm	RR	p*	
Tuổi	>60 (28)	69,20±15,66 (40-92,7)	0,023
	≤60 (32)	78,30±12,56 (55-94,7)	
Giới	Nam (12)	67,91±15,80 (40-92,7)	0,049
	Nữ (48)	77,14±13,10 (54-94,7)	
ASA	ASA 1 (19)	78,50±13,09 (42,9-94,7)	0,042
	ASA 2 (32)	70,97±15,80 (40-89,7)	
	ASA 3 (9)	65,14±12,31 (43-89,5)	
Thời gian khởi phát	≤24 tháng (36)	75,91±15,50 (40-92,7)	0,873
	>24 tháng (24)	75,14±13,60 (54-93,7)	
CHTK	≤100m (37)	75,51±15,13 (40-92,7)	0,885
	>100m (23)	74,95±13,92 (54-94,7)	

*Paired Samples T Test; Oneway ANOVA test

Về tuổi: nhóm bệnh nhân có tuổi <60 có mức độ hồi phục thần kinh theo JOA (RR) tốt hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Về giới: Nữ giới có RR cao hơn so với nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Về ASA càng lớn mức độ hồi phục càng kém, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, nữ gặp nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam là 4, tương tự như nghiên cứu của Peter F. Ullrich, tỷ lệ nữ giới gấp 3 lần nam giới. Nhiều tác giả cho rằng có sự chênh lệch tỷ lệ đó do phụ nữ có tần suất lao động lớn hơn nam giới. Thực tiễn ở nước ta, phụ nữ thường trải qua nhiều lần thai sản, mỗi kỳ mang thai cột sống phải chịu gánh nặng rất lớn là một yếu tố nguy cơ của mất vững cột sống thắt lưng – cùng.

Mức độ đau lưng theo thang điểm VAS là 5,75 điểm. Tỷ lệ gặp triệu chứng đau lưng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với các nghiên cứu trước đó. Đây là triệu chứng phổ biến nhất khi mắc bệnh, đau lưng có tính chất cơ học, tăng lên khi vận động nhiều, giảm khi nghỉ ngơi, nguyên nhân do khi mất vững cột sống các mẫu khớp phì đại, đĩa đệm thoát vị gây hẹp lỗ

liên hợp chèn ép các nhánh thần kinh chi phối cảm giác vùng cột sống thắt lưng.

Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau cách hồi thần kinh, chủ yếu cách hồi thần kinh ngắn < 100 m (37 BN, chiếm 61,7%). Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự như các nghiên cứu khác. Đau cách hồi thần kinh là triệu chứng cơ năng đặc hiệu của hẹp ống sống thường gặp trong mất vững cột sống thắt lưng – cùng đa tầng, khi đi lại hệ thống tĩnh mạch nội ống sống nhận lưu lượng máu đổ về cao mặt khác ống sống đã bị hẹp do các cấu trúc thoái hóa nên dẫn lưu máu hạn chế hơn, các tĩnh mạch này giãn rộng tăng áp lực lên màng cứng và chùm đuôi ngựa gây nên tình trạng đau cách hồi thần kinh. Hơn nữa, khi vận động BN đứng thẳng, trọng lượng nửa thân trên cơ thể dồn nén lên hệ thống đĩa đệm thoái hóa làm đĩa đệm lồi vào lòng ống sống và lồi liên hợp kết hợp sự dịch chuyển bất thường của mẫu khớp thoái hóa gây chèn ép các rễ thần kinh khiến triệu chứng đau cách hồi tăng lên. Khi nằm hoặc ngồi nghỉ ngơi, triệu chứng đau cách hồi thần kinh giảm.

Tại thời điểm khám lại, điểm VAS lưng và VAS chân trung bình lần lượt là 1,41 và 0,53. Điểm VAS giảm hơn so với thời điểm ra viện có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Nghiên cứu của Nguyễn Trà, có 12 trường hợp đau nặng (31,6%), 25 trường hợp đau rất nặng (65,8%), 1 trường hợp đau dữ dội trước mổ; sau mổ 6 tháng chỉ còn 1 trường hợp đau nặng (2,7%).⁸ Nghiên cứu của El-Soufy, VAS chân trung bình trước mổ 4,79 ± 1,85, sau 6 tháng là 1,85 ± 0,57.⁹ Nhìn chung mức độ đau lưng và đau chân lan theo rễ thần kinh giảm dần theo thời gian, thời điểm khám lại phần lớn là không đau hoặc đau nhẹ, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự các nghiên cứu trên.

Điểm JOA tại thời điểm khám lại là 24,63, tăng rõ rệt so với thời điểm trước mổ (10,95) (p<0,05). Mức độ hồi phục theo thang điểm JOA tại thời điểm khám lại trung bình là 75,3%. Hầu hết BN hồi phục ở mức độ tốt và rất tốt với tỷ lệ lần lượt là 28,3% và 61,7%. Nghiên cứu của Sakaura trên 82 BN mất vững cột sống thắt lưng được phẫu thuật CĐCS và HXLTD lỗi sau, giải ép cho kết quả cải thiện JOA trung bình từ 14,4 trước mổ lên 22,7 sau mổ.¹⁰ Nghiên cứu của Đỗ Công Thương trên 64 trường hợp hẹp ống sống thắt lưng - cùng đa tầng do thoái hóa kèm theo mất vững được phẫu thuật CĐCS và HXLTD lỗi sau, giải ép lỗi sau đánh giá sau mổ 6 tháng có 98,4% bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá, không có trường hợp nào cho mức độ kém.

Biến chứng trong mổ gặp rách màng cứng 2

trường hợp (3,3%), vỡ cuống và nhỏ vít khi nắn chỉnh gặp 1 trường hợp (1,7%). Nghiên cứu của Nguyễn Vũ ghi nhận 3 BN (3,3%) rách màng cứng trong mổ, 4,4% vỡ cuống.¹² Nghiên cứu của Sakaura gặp biến chứng rách màng cứng 4,3%, vỡ cuống 3,3% ở BN can thiệp 1 tầng và 5% ở BN can thiệp hai tầng.¹⁰

Đánh giá tiên lượng kết quả hồi phục sau mổ cho thấy nhóm bệnh nhân tuổi < 60 có mức độ hồi phục thần kinh theo JOA (RR) tốt hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra, bệnh nhân nữ giới và có phân loại ASA 1, 2 là các yếu tố tiên lượng mức độ hồi phục tốt hơn sau mổ trên 6 tháng.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt để điều trị mất vững cột sống là phẫu thuật an toàn, ít biến chứng, triệu chứng lâm sàng cải thiện dần theo thời gian sau mổ. Tuổi bệnh nhân dưới 60, nữ giới và có phân loại ASA 1, 2 là các yếu tố tiên lượng mức độ hồi phục tốt hơn sau mổ trên 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cole CD, McCall TD, Schmidt MH, Dailey AT.** Comparison of low back fusion techniques: transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) or posterior lumbar interbody fusion (PLIF) approaches. Current reviews in musculoskeletal medicine. Jun 2009;2(2): 118-26. doi:10.1007/s12178-009-9053-8
2. **Smith JS, Klineberg E, Lafage V, et al.**

Prospective multicenter assessment of perioperative and minimum 2-year postoperative complication rates associated with adult spinal deformity surgery. Journal of neurosurgery Spine. Jul 2016;25(1):1-14. doi:10.3171/2015.11.spine151036

3. **Roberts TT, Leonard GR, Cepela DJ.** Classifications In Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale. Clin Orthop Relat Res. May 2017;475(5):1499-1504. doi:10.1007/s11999-016-5133-4
4. **Fairbank JC, Pynsent PB.** The Oswestry Disability Index. Spine. Nov 15 2000;25(22):2940-52; discussion 2952. doi:10.1097/00007632-200011150-00017
5. **Green D.J. TBA, Alan H.** Imaging Technique for the Diagnosis of Spondylolisthesis. Springer, NewYork. 2015:59-94.
6. **H. BK, L. DR, D. AP.** The Thoracic and Lumbar Degenerative Spine. The textbook of spinal surgery. 2011;3;pp. 821-1040.
7. **E. A, N. Z, P. D.** Development and validation of a quantitative method to assess pedicle screw loosening in posterior spine instrumentation on plain radiographs. Eur Spine J. 2014;pp. 689-694.
8. **Trà N.** Kết quả điều trị mất vững cột sống thắt lưng do thoái hóa bằng ốc chân cung và hàn liên thân đốt lỗi sau. Đại học Y Dược; 2014.
9. **El-Soufy.** Clinical and Radiological Outcomes of Transforaminal Lumbar Interbody Fusion in Low-Grade Spondylolisthesis. J Spine Neurosurg. 2015;4;pp. 22.
10. **H. S, T. M, T. Y, Y. K, T. O.** Posterior lumbar interbody fusion with cortical bone trajectory screw fixation versus posterior lumbar interbody fusion using traditional pedicle screw fixation for degenerative lumbar spondylolisthesis: a comparative study. Journal of neurosurgery Spine. 2016;pp. 5941-595.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH BỆNH LÝ PHÌNH XOANG VALSALVA TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY CÓ GẮN CỔNG ĐIỆN TÂM ĐỒ

Nguyễn Sinh Hiền¹, Trần Tiến Mạnh¹, Trương Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm hình ảnh của bệnh lý phình xoang Valsalva trên chụp cắt lớp vi tính đa dây có gắn cổng điện tâm đồ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 43 bệnh nhân được chẩn đoán phình xoang Valsalva trong khoảng thời gian từ năm 2021 đến năm 2025 tại bệnh viện Tim Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 43 tuổi, tỉ lệ nam: nữ là 1,5:1; 21 trường hợp chưa vỡ và 22 trường hợp đã vỡ. Hầu hết bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng (95%), thường gặp nhất là tiếng thổi tâm thu hoặc liên tục cạnh bờ trái xương

ức (65%) và khó thở (56%). Phình xoang Valsalva bẩm sinh chiếm 72,1%, mắc phải chiếm 27,9%. Nguồn gốc từ xoang vành phải chiếm 70%, 12% giữa các xoang, 9% xoang vành trái và xoang không vành. Vị trí vỡ chủ yếu vào thất phải (40,9%) và thất trái (27,3%). Các bệnh lý kèm theo thường gặp bao gồm hở van động mạch chủ (34,9%), thông liên thất (27,9%), viêm nội tâm mạc nhiễm trùng (25,6%). Siêu âm tim chẩn đoán đúng 81,4% trường hợp. **Kết luận:** Phình xoang Valsalva là một dị tật tim hiếm gặp, có thể bẩm sinh hoặc mắc phải, gây ra các biến chứng nghiêm trọng. Chụp CLVT đa dây có gắn cổng điện tâm đồ là một phương pháp không xâm lấn, đáng tin cậy, có vai trò quan trọng trong chẩn đoán cũng như lập kế hoạch điều trị. **Từ khóa:** Phình xoang Valsalva, vỡ phình xoang Valsalva, CLVT đa dây, CLVT đa dây có gắn cổng điện tâm đồ.

¹Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Thanh

Email: tthanhh163@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

SUMMARY

THE ROLE OF ELECTROCARDIOGRAM - GATED