

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT HẸP ỔNG SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH

Lê Hoàng Nhã\*, Kiều Đình Hùng\*\*, Nguyễn Thị Hồng Tuyền\*\*\*

### TÓM TẮT

**Mục đích:** Nghiên cứu nhằm xác định tỉ lệ các kết quả về triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học và kết quả sau phẫu thuật bệnh lý hẹp ống sống tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh. **Phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca trên 33 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng được phẫu thuật trong năm 2020. Khảo sát các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trước mổ, đánh giá các kích thước ống sống thắt lưng trên phim MRI, khảo sát kết quả giảm đau sau khi phẫu thuật bằng chỉ số NRS, đánh giá sự phục hồi bệnh nhân bằng chỉ số JOA lúc xuất viện, 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Trong 33 trường hợp của lô nghiên cứu có 19 nam và 14 nữ. Tuổi trung bình là 58 (32-81). 81.8% bệnh nhân nhập viện vì đau lưng và đi cách hời; số ngày nằm viện trung bình là 18 ngày (8-41); kết quả lâm sàng: đau lưng (100%), đau rễ (87.9%), Lasegue (+) (90.9%), rối loạn cảm giác (78.8%), rối loạn cơ vòng (36.4%), đi cách hời (97%), teo cơ (54.5%); hình ảnh ống sống trên MRI: đường kính trước sau (9mm), đường kính ngang (7.24mm), chiều cao ngách bên (1.17mm), diện tích ống sống (0.74cm<sup>2</sup>), bề dày dây chằng vàng (3.7mm); nguyên nhân gây hẹp ống sống: thoát vị đĩa đệm (90.9%), phì đại mật khớp (84.8%), dày dây chằng vàng (97%); kết quả điều trị: thang điểm NRS: trước mổ (8.45), sau mổ (3.85), 01 tháng (2.27), 03 tháng (0.88); chỉ số JOA: trước mổ (6.15), sau mổ (10.06), 01 tháng (12.48), 03 tháng (15.21). Sự phục hồi chức năng sinh hoạt: rất tốt (48.5%), tốt (36.4%) và trung bình (15.2%). **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị hẹp ống sống thắt lưng cho kết quả giảm đau sau mổ và phục hồi chức năng sinh hoạt rất tốt. **Từ khóa:** hẹp ống sống thắt lưng. **Từ viết tắt:** NRS=Numbering Rating Scale, JOA= Japanese Orthopedic Association.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF EARLY RESULTS OF LUMBAR STENOSIS SURGERY IN TRA VINH GENERAL HOSPITAL

**Purpose:** The study aimed to determine the percentage of clinical symptoms, imaging results and post-operative results of lumbar spinal stenosis at Tra Vinh General Hospital. **Methods:** We conducted a prospective study, describing a series of cases on 33 patients with lumbar spinal stenosis undergoing surgery in 2020. Surveying the clinical symptoms of

preoperative patients, assessing the size of the lumbar spine on MRI film, investigating post-operative pain relief results by NRS index, assessing patient recovery by JOA index at discharge, 1 month and 3 months.

**Results:** In 33 cases in the study group there were 19 males and 14 females. The mean age is 58 (32-81). 81.8% of patients hospitalized for back pain and intermittent travel; the average number of days hospitalized was 18 days (8-41); clinical results: back pain (100%), root pain (87.9%), Lasegue (+) (90.9%), sensory disturbances (78.8%), sphincter disturbances (36.4%), recuperation (97%), muscle atrophy (54.5%); sizes of spinal canal on MRI: front and back diameter (9mm), transverse diameter (7.24mm), lateral spine height (1.17mm), spinal canal area (0.74cm<sup>2</sup>), golden ligament thickness (3.7mm); causes of spinal stenosis: disc herniation (90.9%), enlargement of the joint surface (84.8%), thick yellow ligament (97%); treatment results: NRS scale: before surgery (8.45), postoperative (3.85), 01 month (2.27), 03 months (0.88); JOA index: preoperative (6.15), postoperative (10.06), 01 month (12.48), 03 months (15.21). Rehabilitation: very good (48.5%), good (36.4%) and average (15.2%). **Conclusion:** Surgical treatment of lumbar spinal stenosis gives very good postoperative pain relief and rehabilitation

**Keywords:** Lumbar spinal stenosis

**Abbreviated:** NRS=Numbering Rating Scale, JOA= Japanese Orthopedic Association

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống thắt lưng gây chèn ép vào các dây thần kinh đi xuống dưới đến hai chân. Bệnh thường xảy ra ở người từ 60 tuổi trở lên do tình trạng thoái hóa. Tuy nhiên, bệnh có thể xuất hiện ở người trẻ tuổi, do một số nguyên nhân trong quá trình phát triển [6]. Bệnh hẹp ống sống thường gây ra các cơn đau nhức có lúc âm ỉ, có lúc dữ dội khiến người bệnh mệt mỏi, tinh thần luôn căng thẳng [8]. Điều trị ngoại khoa nhằm mục đích giải phóng chèn ép tủy và rễ thần kinh mà không gây tổn thương cấu trúc thần kinh và đảm bảo sự vững chắc của cột sống [9]. Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh, phương pháp điều trị hẹp ống sống thắt lưng bằng phẫu thuật đã được triển khai từ năm 2017. Hàng năm khoa Ngoại thần kinh tiếp nhận và phẫu thuật khoảng hơn 50 trường hợp bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng, kết quả bước đầu cho thấy rất khả quan. Tuy nhiên, hiện chưa có đề tài nghiên cứu về điều trị phẫu thuật bệnh lý này, nên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2020" với

\*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh

\*\*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

\*\*\*Bệnh viện Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Nhã

Email: lehoangnhatuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022

hai mục tiêu sau: Mục tiêu nghiên cứu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý hẹp ống sống thắt lưng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh?*

- *Đánh giá kết quả phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng bằng thang điểm NRS và chỉ số JOA?*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống thắt lưng; có chỉ định can thiệp phẫu thuật và không bệnh nội khoa nghiêm trọng; được phẫu thuật làm cứng và giải ép ống sống; đủ thời gian theo dõi.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; không theo dõi được bệnh nhân.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả loạt ca.

- **Cỡ mẫu:** chọn mẫu thuận tiện (33 trường hợp).

- **Lấy mẫu:** Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn

**Bảng 1. Kết quả nghiên cứu**

Tuổi	58 (32-81)	
Giới	Nam (19)	Nữ (14)
Thời gian nằm viện	18 ngày (8-41)	
Chèn ép rễ	L2 (3%); L3 (6.1%)	L4 (57.6%); L5 (84.8%)
Tiền sử	Tư thế xấu (40%) Loãng xương (15%)	Làm việc nặng (33%) Chấn thương cột sống (12%)
Thời gian khởi phát	<12 tháng (18.2%); 25-36 tháng(39.4%) 37-48 tháng (9.1%)	13-24 tháng (27.3%) >49 tháng (6.1%)
Lý do vào viện	Đi cách hồi (81.8%); Tê chân (6.1%)	Yếu chân(3%); Rối loạn cơ vòng(9.1)
Nguyên nhân gây hẹp	Thoát vị đĩa đệm (90.9%) Dây dãn chằng vàng (97%)	Phi đại mặt khớp (84.8)

- **Kết quả điều trị:**

+ Thời gian phẫu thuật trung bình là 168.18 phút, thời gian ngắn nhất là 80 phút, thời gian dài nhất là 240 phút.

+ Lượng máu mất trung bình là 639 ml, nhiều nhất là 1200 ml, ít nhất là 300 ml.

+ Mức độ đau trung bình của các bệnh nhân trước mổ là rất nặng (NRS = 8.45), sau mổ giảm đau còn trung bình (NRS = 3.85), sau 01 tháng nhìn chung bệnh nhân còn đau nhẹ (NRS = 2.27) và sau 03 tháng thì trung bình các bệnh nhân không còn đau nữa (NRS = 0.88).

+ Chỉ số JOA: phục hồi rất tốt (48.5%), tốt (36.4%) và trung bình (15.2%).

+ Phục hồi vận động (93.9%), phục hồi rối loạn cơ vòng (83.9%).

+ Biến chứng: nhiễm trùng (9.1%), tổn thương rễ (3%), rách màng cứng (24.2%) và bắt vít sai vị trí (12.1%).

**IV. BÀN LUẬN**

- Tuổi và giới: Trong nghiên cứu chúng tôi độ tuổi trung bình là 58 tuổi, đây là độ tuổi mà bệnh

mẫu sẽ được giải thích người nhà ký cam đoan chấp nhận tham gia nghiên cứu. Các số liệu trong nghiên cứu sẽ được thu thập theo bảng thu thập số liệu.

- **Xử lý số liệu:** phần mềm SPSS 22.0.

- **Vấn đề y đức:** Tất cả bệnh nhân đều được giải thích rõ ràng và được giữ bí mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Chúng tôi nghiên cứu 33 trường hợp hẹp ống sống thắt lưng được phẫu thuật trong năm 2020, kết quả như sau:

- Triệu chứng lâm sàng: 87.9% đau rễ; 90,9% Lasegue (+); 78.8% rối loạn cảm giác; 36.4% rối loạn cơ vòng; 97% đi cách hồi; 54.5% teo cơ.

- Hình ảnh ống sống trên MRI: đường kính trước sau (9mm), đường kính ngang (7.24mm), chiều cao góc bên (1.17mm), diện tích ống sống (0.74cm<sup>2</sup>), bề dày dây chằng vàng (3.7mm).

nhân không còn tham gia lao động nhiều hoặc đã nghỉ hưu. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi so với tác giả Peng [7] và Lê Văn Công [1] không có sự khác biệt; tuy nhiên, khi so với các tác giả Hermansen [2] và Ko and Oh [4] thì có sự khác biệt nhau có ý nghĩa. Trong nghiên cứu chúng tôi có một bệnh nhân còn khá trẻ tuổi (< 35 tuổi) nhưng đã bị hẹp ống sống, nguyên nhân chủ yếu là do thoát vị đĩa đệm. Nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ nam nhiều hơn nữ với Hermansen [2] với tỉ lệ nam là 62.3%; nhưng lại có sự khác biệt với nghiên cứu của Peng [7] và Ko and Oh [4] với tỉ lệ nam ít hơn nữ lần lượt là 46.3% và 40%.

**Bảng 2. So sánh độ tuổi**

Tác giả	Tuổi trung bình	n	p
Hermansen (2019)	62.50	154	0.031
Peng (2019)	58.80	41	0.710
Ko and Oh (2019)	66.24	25	0.001
Lê Văn Công (2017)	61.00	54	0.145
Chúng tôi (2020)	58.06	33	

- Lý do vào viện: Trong nghiên cứu chúng tôi, lý do vào viện của bệnh nhân chủ yếu là do nguyên nhân đau lưng kèm đi cách hồi (> 80%). Trong nghiên cứu của Peng (2019), bệnh nhân nhập viện với lý do đau lưng kèm đau chân là hơn 50% (21/41 trường hợp); hơn 70.7% bệnh nhân nhập viện vì tê chân và 34.1% bệnh nhân nhập viện vì các triệu chứng của mất vững thần kinh [7].

- Số ngày nằm viện: Kết quả số ngày nằm viện trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 18.87 ngày, kết quả này có sự khác biệt với tác giả Ko and Oh (2019) với số ngày nằm viện trung bình chỉ 5.67 ngày [4]. Sự khác biệt này do nhiều nguyên nhân: do sự khác nhau về quy trình làm xét nghiệm cho bệnh nhân trước mổ, nếu bệnh nhân làm các xét nghiệm trước rồi mới nhập viện thì sẽ rút ngắn được thời gian nằm viện khá nhiều; do tình trạng vết mổ, nếu vết mổ có biến chứng thì cần nằm lại viện để điều trị thêm đặc biệt là các biến chứng nhiễm trùng.

- Triệu chứng lâm sàng: Trong nghiên cứu chúng tôi, tất cả các bệnh nhân nhập viện đều có triệu chứng đau lưng. Trong khi đó các nghiên cứu của Peng (2019) thì tỉ lệ bệnh nhân đau lưng là 51.2% [7], kết quả này có sự khác biệt với kết quả của chúng tôi khá lớn có thể là do sự khác biệt về tiêu chuẩn đánh giá đau lưng hoặc do số lượng mẫu hai nghiên cứu chưa tương xứng nhau. Tuy nhiên khi so sánh với tác giả Lê Văn Công (2017) chúng tôi lại thấy có sự tương đồng về triệu chứng đau lưng với 96.3% [1].

Trong nghiên cứu chúng tôi, đa phần các trường hợp chèn ép tập trung ở rễ L4 (57.6%) và rễ L5 (84.8%), đây là các rễ thần kinh nằm ở vùng thắt lưng thấp, nơi cột sống phải chịu lực tải rất lớn. Theo nghiên cứu của Ko and Oh (2019) thì tỉ lệ chèn ép rễ L5 cũng khá cao (khoảng 76%) [4], kết quả này tương đồng với nghiên cứu chúng tôi.

- Hình ảnh học: Trên phim cộng hưởng từ tư thế trục (axial) chúng tôi đo được các kết quả kích thước của ống sống bao gồm đường kính ngang, đường kính trước sau, chiều cao ngách bên, diện tích ống sống và bề dày dây chằng vàng. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Hughes (2015) [3] chúng tôi ghi nhận như sau:

**Bảng 3. So sánh các kết quả đo ống sống**

Tác giả	Đường kính ngang (mm)	Đường kính trước sau (mm)	Chiều cao ngách bên (mm)	Diện tích ống sống (mm)
Chúng tôi	7.24	9.0	1.17	0.47
Hughes	12.5	15.5	2.8	1.02

Các kích thước ống sống trong nghiên cứu bệnh lý hẹp ống sống của Hughes đều lớn hơn của chúng tôi, điều này có thể lý giải là do sự khác biệt nhau về hình thái học của dân số mẫu. Đường kính ống sống ngang cho biết mức độ phì đại mặt khớp hai bên như thế nào; đường kính ống sống trước sau thường nhỏ do đĩa đệm phía trước và dây dây chằng vàng ở phía sau; chiều cao ngách bên nói lên về thần kinh đi ra lỗ liên hợp có bị chèn ép hay không; quan trọng nhất vẫn là diện tích ống sống, đây là tiêu chuẩn để chẩn đoán ống sống có bị hẹp hay không. Trên phim MRI để nhận biết ống sống có bị hẹp hay không thường dựa vào diện tích của ống sống ở tầng trên hoặc dưới kế cận.

Về tầng cột sống bị hẹp, kết quả nghiên cứu chúng tôi khi so sánh với nghiên cứu của Ko and Oh (2019) [4] có sự tương đồng nhau. Tầng hẹp nhiều nhất là tầng L4L5, trong khi tầng hẹp có số lượng ít hơn ở tầng L5S1.

**Bảng 4. So sánh tầng hẹp cột sống**

Tác giả	L5S1	L4L5	L3L4
Chúng tôi	3%	33.3%	9%
Ko and Oh	20%	76%	4%

Tầng cột sống L4L5 là nơi chịu lực lớn của cột sống nên các bệnh lý của cột sống thường xuất hiện ở tầng này nhiều hơn so với các tầng khác của thắt lưng. Ở vùng thắt lưng ống sống thường khá rộng nên để gây ra hẹp phải xảy ra chèn ép ở nhiều hướng, và cũng vì ống sống rộng nên việc phẫu thuật tương đối dễ dàng hơn so với các tầng có tủy sống (L1L2L3) hay tầng L5S1.

- Kết quả điều trị: Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 168 phút khi so sánh với các nghiên cứu của Ko and Oh (2019) [4]; Kobayashi (2019) [5], chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0.05$ ).

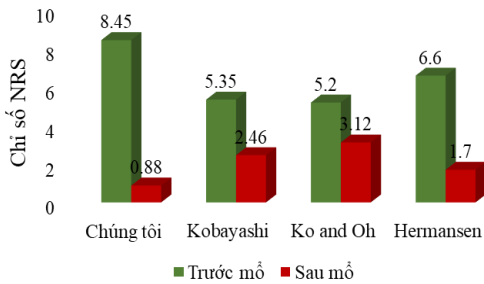
Thời gian phẫu thuật trong bệnh lý hẹp ống sống phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Các yếu tố có thể đoán trước được như số tầng hẹp nhiều (> 2 tầng) sẽ mất nhiều thời gian bóc bỏ, bắt dụng cụ cũng như giải ép và hàn xương; mặt khớp phì đại và biến dạng làm thay đổi cấu trúc giải phẫu bình thường gây khó khăn cho việc tìm điểm dùi để bắt vít vào thân sống. Một yếu tố nữa cũng ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật là việc sử dụng thành thạo các trợ cụ cho cuộc mổ, bao gồm các thiết bị dùng để định vị ốc vít và dụng cụ vi phẫu; kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng rất cần thiết để rút ngắn cuộc mổ, người mổ cần có kế hoạch rõ ràng trước phẫu thuật, bỏ qua các thì rờm rà không cần thiết cũng như xử trí được các biến chứng xảy ra trong lúc phẫu thuật.

Kết quả lượng máu mất trong nghiên cứu

chúng tôi trung bình là 639 ml, tuy nhiên đây là lượng máu được ghi nhận trong bình hút, nên sẽ bao gồm luôn phần dịch bơm rửa lúc mổ, thực tế lượng máu mất lúc mổ ít hơn so với ghi nhận. Mất máu trong lúc mổ do nhiều nguyên nhân, trong đó bao gồm cách kê tư thế lúc mổ cho bệnh nhân, thường ở tư thế nằm sấp vùng bụng bệnh nhân phải trống để làm giảm áp lực ổ bụng, tư đó làm giảm chảy máu phía sau cột sống.

Trong nghiên cứu của Kobayashi (2019) thì lượng máu mất trung bình chỉ là 60 ml [5], Tác giả cũng đưa ra một số phương pháp để hạn chế sự mất máu lúc mổ khi phẫu thuật bệnh lý hẹp ống sống. Đó là, điều chỉnh tốt huyết áp lúc mổ nằm trong khoảng 90 đến 110 mmHg; nên cầm máu xương bằng sáp cầm máu; nên vén rãnh tốt trước khi đốt các tĩnh mạch quanh màng cứng; kiểm tra kỹ lại phẫu trường trước khi quyết định đóng vết mổ.

Kết quả chỉ số phục hồi mức độ đau sau mổ so với trước mổ trong nghiên cứu chúng tôi khá tốt, điểm số NRS cải thiện từ 8.45 trước mổ giảm còn 0.88 sau mổ. Khi so sánh với kết quả của các tác giả Kobayashi (2019) [5] Ko and Oh (2019) [4] và Hermansen (2019) [2] chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng nhau có ý nghĩa.



**Biểu đồ 1. So sánh chỉ số NRS**

Đa phần các trường hợp phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi đều có chỉ số NRS giảm so với trước mổ, có nhiều trường hợp phục hồi gần như hoàn toàn, bệnh nhân không còn cảm thấy đau sau phẫu thuật; tuy nhiên, cũng có những trường hợp bệnh nhân chỉ giảm đau mức độ trung bình sau mổ và điều này có nhiều nguyên nhân.

- Bệnh nhân đã bị bệnh cột sống trong một khoảng thời gian dài, các rễ thần kinh đã bị chèn ép gây viêm tái đi tái lại nhiều lần làm xơ teo các sợi trục thần kinh. Cho nên dù có giải ép rễ thần kinh tốt đi nữa thì cũng rất khó phục hồi cảm giác đau tê hoặc việc phục hồi này diễn ra rất chậm, thường lớn hơn 6 tháng.

- Phẫu thuật giải ép các rễ thần kinh chưa triệt để, các phẫu thuật viên chú trọng việc giải

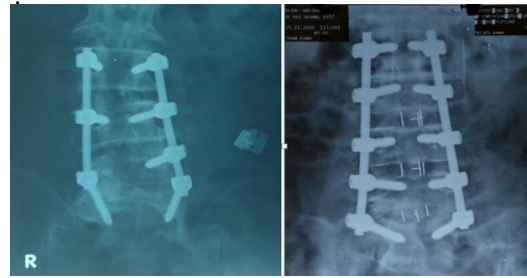
ép ống sống là chính chứ không quan trọng giải ép rễ hoặc chỉ giải ép đơn giản, chưa cắt hết các chồi xương chèn ép rễ hay dây chằng phì đại.

Kết quả phục hồi chức năng sinh hoạt của bệnh nhân sau mổ hẹp ống sống trong nghiên cứu chúng tôi cải thiện được 73.25%, chỉ số JOA cải thiện từ 6.15 lên 15.21. Khi so sánh với tác giả Kobayashi (2019) [5] chúng tôi nhận thấy kết quả phục hồi tương đồng nhau, với 76.8%.

Thời điểm đánh giá điểm JOA cũng quan trọng, đánh giá sau mổ càng xa thì chỉ số này càng lớn, nói lên sự phục hồi của bệnh nhân càng tốt. Trong nghiên cứu chúng tôi thời gian theo dõi sau mổ chỉ là 03 tháng nên còn tương đối ngắn vì chúng ta biết rễ thần kinh cần nhiều thời gian để phục hồi, thường là từ 6 tháng đến một năm.

Trong nghiên cứu chúng tôi đa phần các bệnh nhân sau mổ đều phục hồi cảm giác và vận động. Tuy nhiên cũng có 2 trường hợp không phục hồi về rối loạn cơ vòng, đây cũng là thương tổn thần kinh rất khó phục hồi. Hai bệnh nhân này đều nhập viện trong tình trạng tiểu không tự chủ, sau mổ 03 tháng cả hai bệnh nhân vẫn còn mặc tả, không có cảm giác mắc tiểu mặc dù đã giảm tê 2 chân, bệnh nhân vẫn tự di chuyển được một đoạn ngắn.

Số lượng vít được sử dụng trong nghiên cứu chúng tôi nhiều nhất là 6 vít, tương ứng với phẫu thuật bệnh nhân hẹp hai tầng cột sống. Có trường hợp chúng tôi chỉ bắt 7 vít, lý do là một bên phì đại mặt khớp nhiều nên khi cúi bắt vít chúng tôi làm vỡ chân cung và không thể đặt vít đúng vào vị trí thân sống được, tuy chỉ bắt được 7 vít nhưng mức độ vững chắc của cột sống vẫn được đảm bảo.



**Hình 1. Bắt vít và giải áp cột sống (trái), bắt vít kèm thay đĩa đệm (phải).**

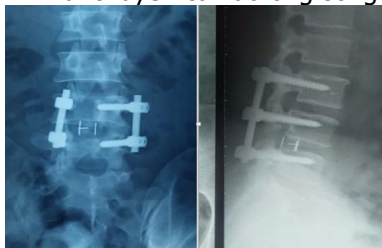
Về số lượng đĩa đệm được sử dụng trong nghiên cứu chúng tôi nhiều nhất là một đĩa, có trường hợp chúng tôi chỉ mở rộng sống sống đơn thuần, chưa mặt khớp hai bên nên chúng tôi không thay đĩa đệm. Việc thay đĩa đệm nhằm mục đích giúp cho thân sống hàn dính lại với nhau sau khoảng 1 năm, vì sau thời gian này ốc vít thường sẽ bị lỏng và không còn chức năng

làm cứng cột sống nữa. Các trường hợp mở rộng ống sống đơn thuần chúng tôi kết hợp ghép xương liên mồm ngang để tăng cường khả năng hàn xương của cột sống, xương ghép thường được lấy từ chính xương của bệnh nhân khi cắt bản sống hoặc gai sau.

Về biến chứng trong lúc mổ, chúng tôi ghi nhận biến chứng nhiều nhất là việc màng tủy bị rách, đây là biến chứng rất hay gặp trong phẫu thuật hẹp ống sống do màng tủy bị chèn ép từ nhiều hướng, đặc biệt là từ dây chằng vàng ở phía sau.

Trong lô nghiên cứu chúng tôi có 4 trường hợp bắt vít sai vị trí, các dạng sai vị trí bao gồm vít không nằm trong chân cung, vít vào chân cung nhưng hướng đi trong thân sống lại bị lệch hoặc vít đi vào đĩa đệm. Nguyên nhân thường là do bệnh nhân ở tư thế nằm nếu không được kê đúng thì phẫu thuật viên đôi khi không định hướng tốt được hướng vít; thêm vào đó do tình trạng cột sống bệnh lý thường ảnh hưởng đến mặt khớp làm thay đổi các vị trí của điểm dùi. Các trường hợp bệnh nhân có loãng xương thường làm cho đầu vít trong thân sống khó được cố định vững chắc và dễ tụt vít khi bệnh nhân cúi người hay chấn thương.

Biến chứng tuột đĩa đệm vào ống sống cũng xảy ra ở 1 trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi, nguyên nhân là do bệnh nhân loãng xương nặng nên khi ép vít sau khi thay đĩa không giữ được đĩa đệm, bệnh nhân sau mổ đi lại, thực hiện các động tác xoay làm ốc vít không còn giữ được vững chắc nên đĩa đệm dần tuột ra sau. Cấu trúc đĩa đệm thường có các răng một chiều nên nếu mức độ lỏng của vít không nhiều thì đĩa đệm cũng sẽ tự giới hạn ở một mức độ nhất định chứ hiếm khi di chuyển cả vào ống sống.



**Hình 2. Biến chứng sai vít (trái), tuột đĩa đệm (phải)**

Trong nghiên cứu chúng tôi có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân biểu hiện chảy dịch vàng từ vết mổ ở hậu phẫu ngày thứ 5, bệnh nhân không có biểu hiện sốt, tuy nhiên vết mổ đau nhiều và sờ cảm thấy tụ dịch nhiều dưới da vùng vết mổ. Bệnh nhân được chọc hút dịch hằng ngày và đổi kháng sinh liều cao sau một thời gian tình trạng nhiễm trùng ổn. Nguyên

nhân nhiễm trùng trên những bệnh nhân này có thể lý giải là do bệnh nhân bị hẹp nhiều tầng nên thời gian mổ kéo dài, thời gian phơi nhiễm của phẫu trường với môi trường bên ngoài kéo dài, kèm theo các thao tác vô trùng lúc mổ từ máy xquang hay kính vi phẫu.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận một trường hợp tổn thương rễ sau phẫu thuật, bệnh nhân sau mổ tê chân nhiều hơn và yếu chân giảm khả năng đi lại hơn so với trước mổ, lý do là trong lúc thay đĩa đệm bệnh nhân được vén tủy khá căng gây ra hiện tượng nhổ rễ thần kinh. Bệnh nhân được tư vấn, sử dụng kháng viêm kèm theo tập vận lý trị liệu 4 tuần thì sức cơ phục hồi khá, bệnh nhân hiện tại có thể tự đi lại bằng gậy.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 trường hợp hẹp ống sống được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh năm 2020, chúng tôi có kết luận như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Bệnh nhân thường nhập viện với tình trạng đau lưng kèm đi cách hồi, khám thấy các dấu hiệu của chèn ép rễ thần kinh bao gồm các rối loạn cảm giác, rối loạn vận động và rối loạn cơ vòng. Có hình ảnh các chỉ số ống sống trên MRI bao gồm các đường kính ngang, đường kính trước sau, chiều cao gác bên, bề dày dây chằng vàng. Nguyên nhân gây hẹp ống sống có ba nguyên nhân: thoát vị đĩa đệm, phì đại mặt khớp và dây chằng vàng.

2. Kết quả điều trị: Thang điểm NRS và chỉ số JOA cải thiện rất tốt sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Văn Công (2017)**, Kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng-cùng do thoái hóa bằng phẫu thuật giải ép kết hợp hàn xương liên thân sống tại bệnh viện quân y 121 năm 2016-2017. Bệnh viện Quân Y 121 Cần Thơ. p. tr. 50-60.
- Hermansen E, Myklebust T A, Austevoll I M, Rekeland F, Solberg T, Storheim K, et al. (2019)**, Clinical outcome after surgery for lumbar spinal stenosis in patients with insignificant lower extremity pain. A prospective cohort study from the Norwegian registry for spine surgery. BMC Musculoskelet Disord. 20(1): p. 36.
- Hughes A, Makirov S K and Osadchiv V (2015)**, Measuring spinal canal size in lumbar spinal stenosis: description of method and preliminary results. Int J Spine Surg. 9: p. 3.
- Ko S and Oh T (2019)**, Comparison of bilateral decompression via unilateral laminotomy and conventional laminectomy for single-level degenerative lumbar spinal stenosis regarding low back pain, functional outcome, and quality of life - A Randomized Controlled, Prospective Trial. J Orthop Surg Res. 14(1): p. 252.

5. Kobayashi Y, Ogura Y, Kitagawa T, Yonezawa Y, Takahashi Y, Yasuda A, et al. (2019), Gender Differences in Pre- and Postoperative Health-Related Quality of Life Measures in Patients Who Have Had Decompression Surgery for Lumbar Spinal Stenosis. *Asian Spine J.*
6. Lonne G, Fritzell P, Hagg O, Nordvall D, Gerdhem P, Lagerback T, et al. (2019), Lumbar spinal stenosis: comparison of surgical practice variation and clinical outcome in three national spine registries. *Spine J.* 19(1): p. 41-49.
7. Peng H, Tang G, Zhuang X, Lu S, Bai Y and Xu L (2019), Minimally invasive spine surgery decreases postoperative pain and inflammation for patients with lumbar spinal stenosis. *Exp Ther Med.* 18(4): p. 3032-3036.
8. Pennington Z, Alentado V J, Lubelski D, Alvin M D, Levin J M, Benzel E C, et al. (2019), Quality of life changes after lumbar decompression in patients with tandem spinal stenosis. *Clin Neurol Neurosurg.* 184: p. 105455.
9. Perna F, Geraci G, Mazzotti A, Stefanini N, Panciera A and Faldini C (2019), Acute Presentation of Lumbar Spinal Stenosis Due to Ossified Ligamentum Flavum: The Possible Role of Spondylolisthesis: A Case Report. *JBJS Case Connect.* 9(2): p. e0039.

## MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ CÓ THAI CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁP ỨNG KÉM VỚI KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG

Hoàng Quốc Huy<sup>1</sup>, Lê Thị Hương Lan<sup>2</sup>, Nguyễn Thu Thủy<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Kim Tiến<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét số lượng noãn và tỷ lệ có thai của người bệnh đáp ứng kém với kích thích buồng trứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 60 trường hợp đáp ứng kém với kích thích buồng trứng đến khám và điều trị tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia – Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2021 đến 09/2021. **Kết quả và bàn luận:** Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng chủ yếu ở bệnh nhân lớn tuổi với tuổi trung bình 36,78 ± 4,95 năm và thời gian vô sinh khá dài 5,00 ± 2,87 năm. Các bệnh nhân đáp ứng kém kích thích buồng trứng thể hiện các chỉ số AMH trung bình thấp 1,04 ± 0,82 ng/ml và số nang thứ cấp ít 5,57 ± 1,48 nang. Số noãn chọc hút được trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 5,10 ± 2,27. Trong đó số noãn MII chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 4,23 ± 1,89. Tỷ lệ bệnh nhân xét nghiệm hCG dương tính 13,56%. Tỷ lệ thai lâm sàng 10,17%. Tỷ lệ thai tiến triển 8,47%. Tỷ lệ thai lưu: nhóm chứng có 1 trường hợp thai lưu chiếm 1,67%. Tỷ lệ thai sinh hóa có 2 trường hợp thai sinh hóa chiếm 3,39%.

**Từ khóa:** Đáp ứng kém, kích thích buồng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm

### SUMMARY

#### DESCRIPTION OF CLINICAL, PARA CLINICAL FEATURES AND PREGNANCY RATE OF PATIENTS WHO RESPOND POORLY

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quốc Huy

Email: huyquochoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

### TO OVARIAN STIMULATION

**Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and comment on the number of oocytes and the pregnancy rate of patients who have a poor ovarian response to ovarian stimulation. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 60 cases of poor response to ovarian stimulation who were examined and treated at the National Center for Assisted Reproductive Technology - National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2021 to September 2021. **Results and discussion:** The poor response to ovarian stimulation was mainly in elderly patients with a mean age of 36,78 ± 4,95 years and a relatively long duration of infertility of 5,00 ± 2,87 years. The patients who responded poorly to ovarian stimulation exhibited a low mean AMH index of 1,04 ± 0,82 ng/ml and a low number of secondary follicles of 5,57 ± 1,48 follicles. The average number of oocytes retrieved was 5,10 ± 2,27. In which the number of MII oocytes accounted for the most with 4,23 ± 1,89. The proportion of patients who tested positive for hCG was 13,56%. The clinical pregnancy rate is 10,17%. The ongoing pregnancy rate was 8,47%. Stillbirth rate: the control group had 1 case of stillbirth, accounting for 1,67%. The biochemical pregnancy rate with 2 cases of biochemical pregnancy accounted for 3,39%.

**Keywords:** Poor response, ovarian stimulation, in vitro fertilization

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng (KTBT) chiếm từ 9%-24% các chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON)1,2, được định nghĩa là số lượng noãn thu được ít trong chu kỳ TTTON, mặc dù bệnh nhân được KTBT với phác đồ chuẩn. Trường hợp này hay gặp ở những phụ nữ lớn tuổi (trên 35 tuổi), có dự trữ buồng trứng