

lệ PGI/II có mối tương quan nghịch với mức độ viêm teo niêm mạc dạ dày theo phân loại OLGA. Chưa thấy ngưỡng PGI < 70 ng/ml và PGI/II < 3 có thể phân biệt được mức độ viêm teo nặng và nhẹ của niêm mạc dạ dày theo phân loại OLGA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mezmaile L, Isajevs S, Bogdanova I, et al.** Prevalence of Atrophic Gastritis in Kazakhstan and the Accuracy of Pepsinogen Tests to Detect Gastric Mucosal Atrophy. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2019;20(12):3825-3829. doi:10.31557/APJCP.2019.20.12.3825
2. **Tong Y, Wang H, Zhao Y, et al.** Diagnostic Value of Serum Pepsinogen Levels for Screening Gastric Cancer and Atrophic Gastritis in Asymptomatic Individuals: A Cross-Sectional Study. *Front Oncol.* 2021;11:652574. doi:10.3389/fonc.2021.652574
3. **Hamashima C,** Systematic Review Group and Guideline Development Group for Gastric Cancer Screening Guidelines. Update version of the Japanese Guidelines for Gastric Cancer Screening. *Jpn J Clin Oncol.* 2018;48(7):673-683. doi:10.1093/jjco/hyy077
4. **Vũ Trường Khanh và cs (2021)** Mối liên quan giữa nồng độ pepsinogen huyết thanh và viêm teo niêm mạc dạ dày theo phân loại OLGA. Tạp chí Y học lâm sàng. Số 120. tr.18-23.
5. **Wang X, Lu B, Meng L, Fan Y, Zhang S, Li M.** The correlation between histological gastritis staging- 'OLGA/OLGIM' and serum pepsinogen test in assessment of gastric atrophy/intestinal metaplasia in China. *Scand J Gastroenterol.* 2017;52(8):822-827. doi:10.1080/00365521.2017.1315739
6. **Hu Y, Zhu Y, Lu NH.** Recent progress in Helicobacter pylori treatment. *Chin Med J (Engl).* 2020;133(3):335-343. doi:10.1097/CM9.0000000000000618
7. **Rugge M, de Boni M, Pennelli G, et al.** Gastritis OLGA-staging and gastric cancer risk: a twelve-year clinico-pathological follow-up study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010;31(10):1104-1111. doi:10.1111/j.1365-2036.2010.04277.x
8. **Trivanovic D, Plestina S, Honovic L, Dobrila-Dintinjana R, Vlastic Tanaskovic J, Vrbancic D.** Gastric cancer detection using the serum pepsinogen test method. *Tumori.* Published online May 17, 2021:3008916211014961. doi:10.1177/03008916211014961
9. **Chen XZ, Huang CZ, Hu WX, Liu Y, Yao XQ.** Gastric Cancer Screening by Combined Determination of Serum Helicobacter pylori Antibody and Pepsinogen Concentrations: ABC Method for Gastric Cancer Screening. *Chin Med J (Engl).* 2018;131(10):1232-1239. doi:10.4103/0366-6999.231512

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH BỆNH NHÂN TRƯỢT ĐỔT SỐNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT BẰNG PHƯƠNG PHÁP PLIF/TLIF CÓ HỖ TRỢ O.ARM

Hoàng Gia Du*, Nguyễn Đức Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của người bệnh trượt đốt sống (TĐS) thất lưng trước phẫu thuật. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 47 bệnh nhân được chẩn đoán là TĐS thất lưng, điều trị phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu (1/2018-1/2019) tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Trong 47 được chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 56,97 ± 1,75 tuổi (15 – 77 tuổi). Về triệu chứng lâm sàng cơ năng, điểm VAS lưng trung bình trong nghiên cứu là 6 ± 1,68, điểm VAS chân trung bình là: 5,6 ± 1,64 điểm, điểm ODI trung bình là 55,28 ± 13,18 điểm. Về triệu chứng lâm sàng thực thể, 38 người bệnh (80,9%) có dấu hiệu kích thích rễ thần kinh (nghiệm pháp Lasègue dương tính), 36

người bệnh (76,6%) có dấu hiệu cơ cứng cơ cạnh sống. Kết quả chẩn đoán hình ảnh trên XQ tư thế nghiêng cho thấy phần lớn người bệnh TĐS độ 1 (66%). Kết quả chụp cộng hưởng từ cho thấy có 70,2% người bệnh có hẹp lỗ liên hợp, rễ thần kinh bị chèn ép trong lỗ liên hợp và hơn 2/3 người bệnh có phì đại diện khớp và dây chằng vàng gây chèn ép. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp các thông tin về triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của người bệnh bị TĐS thất lưng trước khi mổ.

Từ khóa: Trượt đốt sống, thất lưng, triệu chứng lâm sàng, chuẩn đoán hình ảnh.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, STANDARD IMAGE SEGMENTATION OF PATIENTS WITH LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS OPERATED BY TLIF O-ARM

Objectives: We conducted this study to describe the clinical characteristics and diagnostic imaging of patients with lumbar spondylolisthesis (LS) before surgery. **Methods:** This cross-sectional study was conducted on 47 patients diagnosed with LS, surgically treated during the study period (1/2018-1/2019) at

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 10.5.2022

the Department of Orthopedic and Spinal Trauma - Bach Mai Hospital. We extracted all subject information from the patient's medical record.

Results: Of the 47 enrolled in the study, the mean age of the patients was 56.97 ± 1.75 years old (15 - 77 years). Regarding functional clinical symptoms, the mean back VAS score of the patients in my study was 6 ± 1.68 , and the average leg VAS score was: 5.6 ± 1.64 points. The average ODI score is 55.28 ± 13.18 points. Regarding physical symptoms, 38 patients (80.9%) had signs of nerve root irritation (positive Lasègue test). In this study, 36 patients (76.6%) had symptoms of paraspinal muscle spasticity. The expected results of the image segment through the lateral X-ray film showed that most of the patients had grade 1 slip (66%). Magnetic resonance imaging results showed that in our study, 70.2% of patients had stenosis of the foramen, nerve roots were compressed in the foramen, more than 2/3 of patients had representative joint hypertrophy, and the yellow ligament caused compression. **Conclusion:** The control study has provided information on clinical symptoms and diagnostic imaging of patients with LS before surgery.

Keywords: lumbar spondylolisthesis, clinical symptoms, diagnostic imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) là sự di chuyển bất thường ra phía trước của thân đốt sống cùng với cuống, mỏm ngang và diện khớp phía trên. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau thắt lưng, ảnh hưởng lớn tới đời sống và kinh tế của người bệnh (NB), là gánh nặng cho xã hội. Phẫu thuật được đặt ra khi điều trị nội khoa thất bại trong những trường hợp mức độ trượt cao, chèn ép thần kinh nặng. Có nhiều các kỹ thuật mổ được áp dụng từ trước tới nay như phẫu thuật Gill, phẫu thuật Gill kết hợp ghép xương sau bên liên gai ngang, phẫu thuật cố định cột sống kết hợp hàn xương sau bên hay hàn xương liên thân đốt, phẫu thuật lồi trướcchạy gần đây là những kỹ thuật ít xâm lấn như: bắt vít qua da hoặc ghép xương liên thân đốt qua hệ thống ống nong. Hệ thống O.ARM ra đời và áp dụng trong phẫu thuật cột sống từ năm 2006 trên thế giới, đem lại các thông tin cần thiết cho phẫu thuật viên với độ chính xác và tin cậy rất cao. Tại Việt Nam việc ứng dụng hệ thống O.ARM vào phẫu thuật cột sống được thực hiện đầu tiên tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2016. Bước đầu đem lại những kết quả rất tốt cho NB. Hiện nay, trên thế giới việc áp dụng hệ thống O.ARM trong phẫu thuật cột sống đã được triển khai tại rất nhiều quốc gia. Tại Bệnh viện Bạch Mai qua 3 năm triển khai áp dụng đã cho thấy hiệu quả đáng ghi nhận. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm

sàng, chẩn đoán hình ảnh của người bệnh TĐS thắt lưng trước phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Đây là nghiên cứu cắt ngang trên 47 NB được chẩn đoán là TĐS thắt lưng, điều trị phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu (1/2018-1/2019) tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chúng tôi chọn lựa các NB có chẩn đoán hình ảnh là TĐS thắt lưng có chỉ định mổ: chèn ép thần kinh cấp có thương tổn thần kinh, chèn ép thần kinh tăng dần mà điều trị nội khoa thất bại, có yếu tố mất vững cột sống (khuyết eo, tăng độ trượt trên phim X-quang động).

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ NB có dị tật hai chi dưới, các bệnh lý nội khoa ảnh hưởng lớn tới chẩn đoán (lao cột sống hay viêm màng nhện tủy). Người bệnh TĐS thắt lưng có loãng xương nặng ảnh hưởng đến chẩn đoán và điều trị ($T\text{-core} \leq 2,5$).

2.2. Thu thập số liệu. Thông tin trong bệnh án của NB được trích suất gồm 3 phần. Phần 1 là các thông tin chung của NB: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tiền sử bệnh tật và quá trình bệnh sử. Phần 2 là triệu chứng lâm sàng khi NB tới viện bao gồm: Các triệu chứng cơ năng và các triệu chứng thực thể. Phần 3 là kết quả của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh: X-quang, X-quang động và cộng hưởng từ.

Để đảm bảo hạn chế sai số thu thập số liệu, chúng tôi chỉ thu thập số liệu bệnh án của các NB trước khi được chỉ định mổ trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu của nghiên cứu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Phân tích mô tả: Thông tin chung của NB, đặc điểm lâm sàng và kết quả chẩn đoán hình ảnh được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ trong các bảng và biểu đồ.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền dừng tham gia nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của NB

Bảng 1. Thông tin chung của người bệnh tham gia nghiên cứu (n=47)

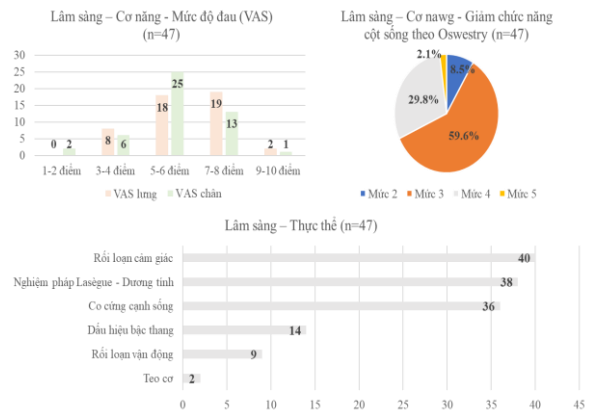
	Số NB (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
Dưới 40	4	8.5

41 – 50	5	10.6
51 – 60	18	38.3
61 – 70	14	29.8
Trên 70	6	12.8
Tuổi trung bình (năm)	56.97 ± 1.75 (15 – 77)	
Giới tính		
Nam	13	27.7
Nữ	34	72.3
Nhóm nghề nghiệp		
Tác động xấu đến cột sống	35	74.5
Tác động vừa đến cột sống	9	19.1
Tác động ít đến cột sống	3	6.4
Nguyên nhân của TĐS		
Bẩm sinh	2	4.3
Khuyết eo	23	48.9
Thoái hóa	21	44.7
PTV	1	2.1
Vị trí trượt đốt sống		
L3 - L4	5	10.6
L4 – L5	33	70.2
L5 – S1	16	34
Thời gian diễn biến bệnh		
Dưới 6 tháng	7	14.9
6-12 tháng	15	31.9
Trên 12 tháng	25	53.2
Thời gian trung bình (tháng)	16,62 ± 13,26 (3 -72)	
Lý do vào viện		
Đau cột sống thắt lưng	47	100
Đau kiểu rễ	30	63.8
Đau cách hồi	38	80.9

Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của các NB là 56,97 ± 1,75 tuổi (15 – 77 tuổi). NB có tuổi thấp nhất là 15 và NB có tuổi cao nhất là 77. Đa số NB trong nhóm tuổi từ 51 đến 60 tuổi chiếm 38,3%, trong khi đó, nhóm 61-70 tuổi với 29,8%. Chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm dưới 40 tuổi với 8,5%. Trong nghiên cứu tỷ lệ NB nữ gấp hơn 2,5 lần NB nam. Bệnh chủ yếu gặp ở những người có nghề nghiệp tác động xấu đến cột sống (74,5%). Gần một nửa số đối tượng nghiên cứu có TĐS do khuyết eo. Thường gặp nhất là TĐS tầng L4L5 (chiếm 70,2%) sau đó là tầng L5S1 (chiếm 34%). Thời gian diễn biến, chủ yếu NB đến viện khi bệnh đã có biểu hiện trên 12 tháng chiếm 53,2%, đặc biệt có NB diễn biến bệnh đến 6 năm. Hầu hết NB vào viện đều có triệu chứng lâm sàng, 100% có biểu hiện đau thắt lưng; 63,8% có đau kiểu rễ; 80,9% có biểu hiện của đau cách hồi thần kinh.

3.2. Triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

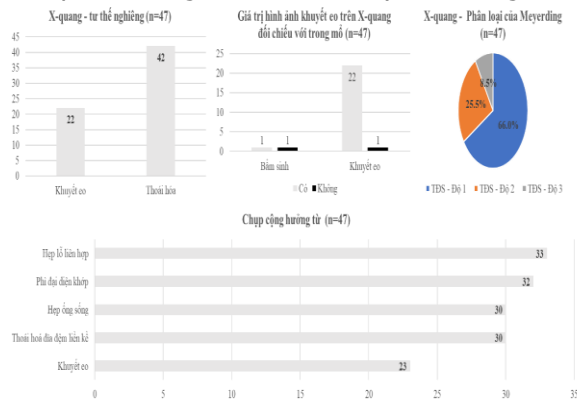


Hình 1. Triệu chứng lâm sàng cơ năng (n=47) và thực thể (n=47) của NB tham gia nghiên cứu

Về triệu chứng lâm sàng cơ năng, trước mổ NB gặp nhiều nhất là ngưỡng đau trên 5 điểm theo thang đo VAS (40,43%). Trong đó, có hơn 1 nửa số NB (53,19%) phải chịu ngưỡng đau chân nhiều hơn 5 điểm. Điểm VAS lưng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: 6 ± 1,68, điểm VAS chân trung bình là: 5,6 ± 1,64 điểm. Về phân loại ODI, đa phần NB bị ảnh hưởng đến chức năng cột sống (trên 90% đối tượng có mức ODI từ 3 trở lên). Mức ODI của đối tượng nghiên cứu phần lớn là mức 3 (59,6%) và đặc biệt có 1 NB trong nghiên cứu của chúng tôi (2,1%) bị mất chức năng với ODI ở mức 5. Điểm ODI trung bình là 55,28 ± 13,18 điểm. Về triệu chứng lâm sàng thực thể, kết quả ở hình 1 chỉ ra có 14 NB (29,8%) có dấu hiệu bậc thang, 38 NB (80,9%) có dấu hiệu kích thích rễ thần kinh (nghiệm pháp Lasègue dương tính). Cơ cứng cơ cạnh sống là một biểu hiện của hội chứng cột sống, nghiên cứu có 36 NB (76,6%) có dấu hiệu này. Chúng tôi quan sát thấy có 9 NB (19,1%) có rối loạn vận động trong đó 2 NB (4,3%) có biểu hiện teo cơ căng chân 40 NB (85,1%) rối loạn cảm giác với các mức độ khác nhau.

3.2.2. Nghiên cứu các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Kết quả X-quang tư thế nghiêng theo phân loại của Meyerding, cho thấy NB gặp nhiều nhất là trượt độ 1-2. Cụ thể 31 NB (66%) trượt độ 1, 12 NB (25,5%) trượt độ 2, 4 NB (8,5%) trượt độ 3. Về chẩn đoán xác định khuyết eo đốt sống, kết quả X-quang trong nghiên cứu này chỉ ra có 22 NB (46,8%) cho hình ảnh khuyết eo. Ngoài ra, 42 NB (89,4%) có hình ảnh thoái hoá cột sống thắt lưng. Đối chiếu hình ảnh khuyết eo trên phim chụp X-quang thường quy với hình ảnh trong mổ có thấy có 100% trường hợp chẩn đoán khuyết eo trên

phim chụp tương ứng với tổn thương thấy trong mô và có 1/23 trường hợp không thấy khuyết eo trên phim nhưng xác định có khuyết eo trong mô.



Hình 2: Kết quả chụp X quang (n=47) và cộng hưởng từ (n=47) của NB tham gia nghiên cứu

Kết quả chụp cộng hưởng từ trong nghiên cứu của chúng tôi có 30 NB (63,8%) có hẹp ống sống cùng mức với tăng trượt, 33 NB (70,2%) có hẹp lỗ liên hợp, rễ thần kinh bị chèn ép trong lỗ liên hợp. Gần nửa số đối tượng nghiên cứu (48,9%) có hình ảnh khuyết eo. Hơn 2/3 NB có phi đại diện khớp và dây chằng vàng gây chèn ép (68,1%), tỷ lệ này cũng tương đồng với tỷ lệ NB bị thoái hoá đĩa đệm ở các đốt sống liên kế (63,8%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh TĐS thắt lưng

Đặc điểm chung của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi: Tất cả NB đến viện khi có biểu hiện hội chứng cột sống và/hoặc hội chứng rễ. Ngoài ra, NB cũng đều có biểu hiện đau có tính chất cơ học (đau tăng lên khi vận động hay giảm đi khi nghỉ ngơi), đó chính là biểu hiện của tình trạng mất vững cột sống. Cụ thể hơn, nghiên cứu của chúng tôi 100% NB đau CSTL, 63,8% NB có biểu hiện đau kiểu rễ và 98,9% NB có biểu hiện đau cách hồi thần kinh. Kết quả này có nét tương đồng với nghiên cứu của các tác giả như: Phan Trọng Hậu 91% NB có đau cột sống thắt lưng (CSTL0, 80% đau kiểu rễ [1]; Tác giả Bùi Huy Phụng: 100% NB đau CSTL và đau kiểu rễ [2]; Nguyễn Bá Hậu: 100% NB đau CSTL và 80% NB có biểu hiện đau kiểu rễ [3].

Chúng tôi nhận thấy có 38 NB (80,9%) có biểu hiện đau cách hồi thần. Đây là triệu chứng điển hình biểu hiện mức độ trầm trọng của hiện tượng chèn ép ống sống gây nên hẹp ống sống. Đây cũng là triệu chứng để phân biệt với các

bệnh lý đĩa đệm khác vùng thắt lưng. Biểu hiện lâm sàng này sẽ không gặp lại nếu người bệnh đi xe đạp. Tuy nhiên cần lưu ý phân biệt với biểu hiện đau cách hồi mạch máu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả trong và ngoài nước đều cho thấy mức độ chèn ép ống sống nặng khi NB đến viện. Đây là triệu chứng gây ảnh hưởng đến sinh hoạt và đời sống, bắt buộc NB phải đến viện khám và điều trị.

Triệu chứng lâm sàng cơ năng. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ radiôm VAS lưng trung bình là $6 \pm 1,68$ và điểm VAS chân trung bình là $5,6 \pm 1,64$. Kết quả này tương tự như kết quả trong nghiên cứu của Võ Văn Thanh [4] với điểm VAS lưng trung bình là 5,6 và điểm VAS chân trung bình là $5,6 \pm 1,64$, Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Parker [6]. Tác giả Parker đã chỉ ra điểm VAS lưng trung bình là 8,9 và điểm VAS chân trung bình là 7,3. Kết quả của chúng tôi khác với kết quả của tác giả El-Soufy [7], với điểm VAS lưng trung bình là 7,48 và điểm VAS chân trung bình là 4,79. Lí giải cho sự khác biệt này có thể là do các tác giả trên đều gặp NB đến viện khi bệnh cảnh đã nặng hoặc tình trạng đau lưng và đau chân trầm trọng, Do đó nên có nghiên cứu cho thấy mức độ đau trung bình nằm trong ngưỡng đau không chịu đựng được [6], [7].

Về ODI trước phẫu thuật, điểm trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $55,28 \pm 13,18$. Kết quả này cao hơn kết quả trong các nghiên cứu khác như Võ Văn Thanh [4] là $49,5 \pm 7,3$ điểm, Aljani là $51,73 \pm 17,854$ điểm [5], [8].

Triệu chứng lâm sàng thực thể. Dấu hiệu bậc thang là dấu hiệu biến dạng cột sống đặc trưng có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán lâm sàng bệnh TĐS nhưng khó phát hiện ở những người bệnh trượt độ 1 và những người bệnh có thể trạng to béo. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 29,8% NB có dấu hiệu này. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả của Võ Văn Thanh (35,3% người bệnh) [4] và cao hơn trong nghiên cứu của Refaat - 10% NB có dấu hiệu này [5].

Khi có một chấn thương vùng cột sống thắt lưng thì khối cơ thắt lưng co cứng lại để giúp tăng thêm sự vững chắc của cột sống, tình trạng này gây đau lưng trên lâm sàng, đôi khi dẫn tới biến dạng cong vẹo cột sống. Kết quả của chúng tôi gặp 36 NB (76,6%) có biểu hiện co cứng cơ cạnh sống. Khi so sánh với các nghiên cứu khác, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Võ Văn Thanh 63,2% NB [4] và Nguyễn Bá Hậu 68,9% [3]. Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của Refaat, 95% người NB [5].

Người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao (80,9%) bị dấu hiệu kích thích rễ thần kinh. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ trong nghiên cứu Võ Văn Thanh, 58,8% người bệnh [4], và gấp hơn 2 lần tỷ lệ trong nghiên cứu của tác giả Phan Trọng Hậu, 32,9% người bệnh [1]. Sở dĩ tỷ lệ gặp dấu hiệu kích thích rễ này không cao bởi vì bệnh lý TĐS thắt lưng không đơn thuần chèn ép rễ thần kinh chỉ do nguyên nhân cơ học. Ngoài ra sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu cũng có thể do sự khác biệt về việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu của từng tác giả là khác nhau.

Về rối loạn cảm giác, chúng tôi gặp 40 NB (85,1%) có rối loạn cảm giác với các mức độ khác nhau. Tất cả người bệnh rối loạn cảm giác trong nghiên cứu này đều tương ứng với sơ đồ phân vùng cảm giác, giúp xác định chính xác rễ thần kinh đang bị chèn ép, có thể gặp ở 1 hoặc cả 2 bên chân. Tỷ lệ bị rối loạn cảm giác trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Võ Văn Thanh gặp (61,8%, chủ yếu là dị cảm da) [4], Refaa với tỷ lệ NB gặp rối loạn cảm giác là 65% [5]. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Phan Trọng Hậu, có 80% NB có rối loạn cảm giác [1]. Sự khác biệt về kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có thể vì do NB của chúng tôi đến viện muộn hoặc đa phần điều trị nội khoa không đúng trước mổ.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi đánh giá rối loạn vận động của NB bằng thang điểm vận động của hội chẩn thương chỉnh hình Mỹ, kết quả cho thấy không có người bệnh biểu hiện liệt các nhóm cơ hoàn toàn; đa số các NB có biểu hiện vận động bình thường 80,9%, chỉ 19,1% người bệnh có biểu hiện rối loạn vận động ở mức độ nhẹ đến vừa. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác như: Schnee là 15%. Về tỷ lệ teo cơ, nghiên cứu của chúng tôi có 2 NB (4,3%) chủ yếu là teo cơ cẳng chân mức độ nhẹ, đặc biệt có 1 NB có biểu hiện teo cả cơ đùi. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ trong nghiên cứu của Võ Văn Thanh, gặp ở 2,9% NB [4].

4.2. Chẩn đoán hình ảnh của bệnh TĐS thắt lưng

Kết quả chụp X-quang. Dựa vào phân độ của Meyerding, nghiên cứu của chúng tôi thu được: 31 NB (66%) trượt độ 1, 12 NB (25,5%) trượt độ 2, 4 NB (8,5%) trượt độ 3. So sánh với mức độ trượt được kiểm tra trong mổ chúng tôi nhận thấy mức độ trượt trên phim X-quang phù hợp với mức độ trượt được đánh giá trong mổ. Nghiên cứu của Võ Văn Thanh [4] thấy chủ yếu gặp trượt độ 1 và độ 2.

Ngoài ra, có 22 NB (46,8%) có hình ảnh

khuyết eo trên phim chụp nghiêng. So sánh hình ảnh trên phim chụp X-quang với tổn thương trong mổ cho thấy hình ảnh khuyết eo có độ đặc hiệu cao trên phim chụp nhưng độ nhạy thì không bằng do vẫn có 1 người bệnh âm tính giả là một người bệnh khuyết eo bẩm sinh mà không thấy trên phim chụp. Mặt khác, tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ trong nghiên cứu của Võ Văn Thanh, gặp 58,8% người bệnh bị khuyết eo [4].

Kết quả chụp cộng hưởng từ cột sống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy hẹp ống sống ở vị trí TĐS gặp 30 người bệnh (63,8%), nguyên nhân được xác định chủ yếu là do đĩa đệm tăng trượt vào bờ trên của thân đốt sống phía dưới, một số ít do phì đại diện khớp và dày dây chằng vàng. Tỷ lệ này gần bằng tỷ lệ trong nghiên cứu của tác giả Võ Văn Thanh, gặp hẹp ống sống ở 67,6% người bệnh [4] với nguyên nhân chèn ép gây hẹp ống sống tương tự như nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi hình ảnh hẹp lỗ liên hợp có chèn ép thần kinh ở 33 NB (70,2%). Nghiên cứu của Võ Văn Thanh gặp 48,5% NB [4], tác giả gặp tỷ lệ gặp thấp hơn chúng tôi vì chỉ lựa chọn nhóm bệnh nhất định (chỉ nghiên cứu NB trượt L4L5) trong khi nghiên cứu của chúng tôi khảo sát ở tất cả các tầng trượt và các nguyên nhân gây trượt khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy người bệnh đến viện với đặc điểm lâm sàng chủ yếu là sự kết hợp của hai hội chứng: hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ (100%) với mức đau trung bình theo VAS ở mức đau nhiều. Biểu hiện kích thích rễ (nghiệm pháp Lasègue-dương tính) ở 80,9%, kèm với rối loạn cảm giác gặp ở (85,1%) hoặc rối loạn vận động (19,1%) hoặc thương tổn rễ khó hồi phục (teo cơ 4,3%). Ngoài ra, mức độ giảm chức năng cột sống ở người bệnh TĐS đa phần ở mức nhiều và rất nhiều (91,5%).

Về chuẩn đoán hình ảnh, kết quả nghiên cứu chỉ ra kết quả X-quang thường quy chỉ ra phần lớn người bệnh bị trượt độ 1 (66%). Khuyết eo trên phim X-quang có tỷ lệ cao (46,8%) và đa phần người bệnh bị thoái hoá (89,4%). Chụp cộng hưởng từ cho ra các nguyên nhân gây chèn ép thần kinh như: 63,8% người bệnh bị thoái hoá đĩa đệm liên kề, 70,2% bị hẹp lỗ liên hợp, hẹp ống sống, 63,8%, phì đại diện khớp 68,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trọng Hậu (2006), Nghiên cứu chuẩn đoán và điều trị phẫu thuật trượt đốt sống thắt

- lưng do hở eo ở người trưởng thành, Học Viện Quân Y.
2. **Phụng Bích Hậu (2000)**, Điều trị phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng do trượt đốt sống khuyết eo cung sau, Luận án Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
 3. **Nguyễn Bá Hậu (2009)**, Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng cố định cột sống lồng sau và ghép xương liên thân đốt, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
 4. **Võ Văn Thanh (2014)**, Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y HN.
 5. **51. Refaat, M.I. (2014)**. Management of Single Level Lumbar Degenerative Spondylolisthesis: Decompression Alone or Decompression and Fusion. Egyptian Journal of Neurosurgery, **29(4)**, 51–56.
 6. **Parker S.L., Adogwa O., Paul A.R. và cộng sự. (2011)**. Utility of minimum clinically important difference in assessing pain, disability, and health state after transforaminal lumbar interbody fusion for degenerative lumbar spondylolisthesis. J Neurosurg Spine, **14(5)**, 598–604.
 7. **El-Soufy M., El-Adawy A.M., Al-Agamy S. và cộng sự. (2015)**. Clinical and Radiological Outcomes of Transforaminal Lumbar Interbody Fusion in Low- Grade Spondylolisthesis. Spine & Neurosurgery, **2015**.
 8. **Alijani B., Emamhadi M., Behzadnia H. và cộng sự. (2015)**. Posterior lumbar interbody fusion and posterolateral fusion: Analogous procedures in decreasing the index of disability in patients with spondylolisthesis. Asian J Neurosurg, **10(1)**, 51.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN BẢNG NỘI SOI ỐNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TIỀN GIANG

Lê Phi Nhạn*, Đoàn Dương Chí Thiện**,
Lê Hoàng Hạnh*, Tạ Văn Trâm*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị vật đường tiêu hóa trên là một cấp cứu Tai Mũi Họng, gây nên các biến chứng nguy hiểm, dẫn đến tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm. Nội soi ống mềm lấy dị vật an toàn, hiệu quả, là lựa chọn đầu tiên. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị dị vật đường tiêu hóa trên bằng nội soi ống mềm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang từ 3/2021 đến 6/2021. **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca, 29 trường hợp chẩn đoán xác định có dị vật đường tiêu hóa trên bằng Xquang hoặc nội soi và được can thiệp bằng nội soi ống mềm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang từ tháng 03/2021 đến 06/2021. **Kết quả:** Dị vật đường tiêu hóa trên chủ yếu là dị vật hữu cơ chiếm 86,2%, bên cạnh đó có một số dị vật nguy hiểm như viên thuốc còn vỏ, mảnh kim loại. Có 26/29 bệnh nhân được lấy dị vật bằng nội soi ống mềm thành công chiếm tỉ lệ 89,7%; có 03/29 trường hợp được chuyển qua phương pháp điều trị khác chiếm tỉ lệ 10,3%. **Kết luận:** Nội soi ống mềm lấy dị vật là phương pháp an toàn, đạt hiệu quả cao. Trang bị nội soi ống mềm và luôn sẵn sàng trong điều trị dị vật đường tiêu hóa trên là cần thiết.

Từ khóa: Dị vật đường tiêu hóa trên, nội soi ống mềm.

SUMMARY

ASSESSMENT THE EFFECTS OF FLEXIBLE ENDOSCOPY IN TREATMENT FOREIGN BODIES OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL FROM MARCH 2021 TO JUNE 2021

Background: Upper gastrointestinal foreign body is an ENT emergency, causing dangerous complications, leading to death if not diagnosed and treated early. Flexible, safe, and effective foreign body removal is the first choice. **Objective:** To evaluate the effectiveness of upper gastrointestinal foreign body treatment by flexible bronchoscopy at Tien Giang General Hospital from 3/2021 to 6/2021. **Methods:** study design to report a series of cases, 29 cases of confirmed diagnosis of upper gastrointestinal foreign body by X-ray or endoscopy and intervention by flexible bronchoscope at Tien Giang General Hospital since March 2021 to June 2021. **Results:** Foreign bodies in the upper gastrointestinal tract were mainly organic foreign bodies, accounting for 86.2%, besides there were some dangerous foreign bodies such as pills with shells, metal pieces. There were 26/29 patients successfully removed foreign body by flexible bronchoscopy, accounting for 89.7%; 03/29 cases were transferred to other treatment methods, accounting for 10.3%. **Conclusion:** Flexible bronchoscopy to remove foreign bodies is a safe and highly effective method. Equipped with flexible endoscope and always ready to treat upper gastrointestinal foreign body is necessary.

Keywords: Upper gastrointestinal foreign body, flexible endoscopy.

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

**Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phi Nhạn

Email: lephinh9x@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 9.5.2022