

thức về vệ sinh răng miệng không chỉ làm giảm tỷ lệ và mức độ nghiêm trọng của tổn thương mô do điều trị gây nên mà còn tăng cường lợi ích lâu dài của điều trị chỉnh nha.

Kết quả cho thấy sự khác nhau về GTTB của các chỉ số lâm sàng theo thời gian đeo mắc cài. GI và PLI có xu hướng tăng lên theo thời gian đeo mắc cài trong nhóm BN đeo mắc cài < 12 tháng nhưng giảm đi ở nhóm đeo mắc cài > 12 tháng. Chỉ số SBI cao nhất ở nhóm đeo mắc cài 3-6 tháng và có xu hướng giảm đi ở nhóm đeo mắc cài lâu hơn, riêng chỉ số PD có xu hướng tăng lên theo thời gian đeo mắc cài. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Có thể nói mức độ mảng bám răng và viêm lợi phụ thuộc vào ý thức, cách thức, tần suất vệ sinh răng miệng của BN. ở những BN có thời gian chỉnh nha kéo dài, nếu BN duy trì tốt được vệ sinh răng miệng hàng ngày và định kỳ thì sẽ có thể duy trì được tình trạng lợi ở mức bình thường. Ngược lại, việc vệ sinh răng miệng không đầy đủ kết hợp với tình trạng rối loạn vùng quanh răng sẽ khiến cho điều trị chỉnh nha thực sự trở thành yếu tố nguy cơ cao đối với mô quanh răng[3].

V. KẾT LUẬN

Đa số BN viêm lợi trung bình chiếm 69,4%, và 30,6% viêm lợi nhẹ. Mức độ viêm lợi ở lứa tuổi < 18 tuổi nặng hơn lứa tuổi > 18 tuổi. Ở bệnh nhân đeo mắc cài chỉnh nha, tình trạng viêm

lợi có liên quan đến số lần chải răng trong ngày, khoảng thời gian lấy cao răng định kỳ gần nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jaiganesh Ramamurthy, Kirtana Gopalasamy** (2020), Prevalence Of Gingivitis In Patients Undergoing Orthodontic Treatment Of Ages 18-25 Years- A Retrospective Study, International Journal of Dentistry and Oral Science, 1231-1235.
2. **Rathod A D, Jaiswal P** (2022), Gingival overgrowth during orthodontic treatment and its management, Pan Afr Med J, 42, 305.
3. **Trịnh Đình Hải** (2017), Bệnh học quanh răng, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
4. **Ngô Thùy Linh** (2021), Đặc điểm lâm sàng viêm lợi và kết quả điều trị trên bệnh nhân đeo mắc cài chỉnh nha, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Karacaoglu Fatma, Akkaya Sevil, Akkaya Murat** (2017), Are the Effects of Fixed Orthodontic Treatment on Gingival Health Similar in Adolescents and Young Adults?, Journal of Biomedical Sciences, 06.
6. **Petrauskiene S, Wanczewska N, Slabsinskiene E et al** (2019), Self-Reported Changes in Oral Hygiene Habits among Adolescents Receiving Orthodontic Treatment, Dent J (Basel), 7(4).
7. **Scheerman J F M, van Empelen P, van Loveren C et al** (2017), An application of the Health Action Process Approach model to oral hygiene behaviour and dental plaque in adolescents with fixed orthodontic appliances, Int J Paediatr Dent, 27(6), 486-495.
8. **Rajan K. Mahindra, Govind R. Suryawanshi, Umal H. Doshi et al** (2017), Effects of fixed orthodontic treatment on gingival health: An observational study, Int J Appl Dent Sci 3(3), 156-161.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP SẢN PHỤ BỆNH TIM CHU SẢN PHÁT HIỆN MUỘN SAU MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Thị Thanh Huyền¹, Nguyễn Toàn Thắng¹,
Hoàng Thị Kiều¹, Nguyễn Thị Thanh¹

TÓM TẮT

Bệnh cơ tim chu sản (Peripartum Cardiomyopathy) được các nhà lâm sàng tim mạch dùng cho những trường hợp suy tim có liên quan đến sinh nở. Bệnh tim chu sản là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu ở sản phụ tại các nước châu Âu[1,3]. Tháng 12, năm 2021 chúng tôi ghi nhận một trường hợp suy tim cấp sau mổ lấy thai cho một sản phụ 30 tuổi, thai lần đầu IVF, 38 tuần, gen tăng đông.

Sản phụ không có tiền sử bệnh lý nội khoa, đã từng phẫu thuật nội soi chẩn đoán điều trị vô sinh, gây mê không có gì đặc biệt. Xét nghiệm trước phẫu thuật vào tuần thứ 34 không ghi nhận dấu hiệu bệnh lý gì. Chúng tôi gây tê tủy sống mổ lấy thai, trong và sau mổ huyết áp thấp phải điều chỉnh bằng thuốc vận mạch, sau phẫu thuật huyết áp vẫn khó kiểm soát. Siêu âm phát hiện suy tim cấp, tiền sản giật nặng. Bệnh lý tiền sản giật và suy tim kín đáo đặc biệt ở tháng cuối thai kỳ là hiếm gặp, tuy nhiên có thể nguy hiểm đến tính mạng của sản phụ nên cần được phát hiện và xử lý kịp thời. **Từ khóa:** Gây mê, bệnh cơ tim chu sản, tiền sản giật

SUMMARY

**ACUTE PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY AFTER
CEASAREAN SECTION IN BACH MAI HOSPITAL**

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thanh Huyền

Email: drthanhhuyen368@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 9.5.2023

Peripartum cardiomyopathy (PPCM) is a rare form of pregnancy-associated myocardial disease characterized by left ventricular systolic dysfunction. Peripartum cardiomyopathy (PPCM) is one of the leading causes of maternal death in European countries. In December, 2021, we recorded a case of PPCM after cesarean section for a 30-year-old woman, IVF, 38 weeks, gene hypercoagulability. The pregnant had no history of medical disease, undergone laparoscopic surgery to diagnose infertility, and there was nothing special about anesthesia. Preoperative examination at 34 weeks showed no signs of pathology. We performed spinal anesthesia for cesarean section, during and after surgery the patient had hypotension that was treated by vasopressors but blood pressure was still difficult to control. Ultrasound detected acute heart failure, severe preeclampsia. Preeclampsia and PPCM, especially in the last month of pregnancy, are rare, but can be life-threatening, so it should be detected and treated promptly. Here, we report a serious case of PPCM that was successfully managed by a multidisciplinary team led by anesthesiologist.

Keywords: Anesthesia, peripartum cardiomyopathy, preeclampsia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cơ tim chu sản là một bệnh hiếm gặp, theo thống kê chưa đầy đủ tại Mỹ, tỷ lệ này là 1: 3000 – 1:15000 trường hợp sinh nở tại Hoa Kỳ. Tỷ lệ này có vẻ cao hơn ở Nam Phi 1: 3000, và ở nhóm người Mỹ gốc Phi, Haiti được biết là nơi có tỷ lệ bệnh cao nhất với 1: 299 trường hợp sinh nở [1,2]. Tại châu Á, bệnh được báo cáo tại Nhật Bản, Trung Quốc, Ấn Độ, Hàn Quốc [5]. Tại Việt Nam chưa có thống kê nào được công bố, tuy vậy bệnh vẫn gặp rải rác ở miền Bắc, Trung, Nam. Bệnh thường gặp ở sản phụ ≥ 30 tuổi, 82% số trường hợp bệnh được phát hiện trong vòng 3 tháng sau sinh (45% phát hiện bệnh ở tuần đầu tiên, 75% ở tháng đầu tiên sau sinh), chỉ khoảng 7% trường hợp phát hiện bệnh vào tháng cuối thai kỳ [4]. Các sản phụ sinh đôi, hoặc nhiễm độc thai nghén có nguy cơ mắc bệnh cơ tim chu sản cao 5-7 lần so với nhóm sản phụ bình thường [3]. Bệnh cơ tim chu sản nên phát hiện kịp thời để có kế hoạch vô cảm phù hợp khi mổ lấy thai.

II. TRƯỜNG HỢP CA LÂM SÀNG

Sản phụ 30 tuổi, Para 0000, tiền sử vô sinh I đã điều trị tại bệnh viện Bạch Mai, phát hiện gen tăng đông, thụ tinh trong ống nghiệm được một thai. Quá trình mang thai theo dõi định kỳ nhiều lần không phát hiện bất thường, tháng cuối của thai kỳ có khó thở nhẹ khi gắng sức leo cầu thang, không đau ngực. Vào tuần thứ 38 của thai kỳ chuyển dạ vào bệnh viện Bạch Mai để được tiến hành mổ lấy thai. Lên phòng mổ khám thấy tỉnh táo, NYHA 1, tự thở tốt, spo2 99%;

mạch 100 lần/ph; huyết áp 105/70mmHg; phù nhẹ ở 2 chân. Cao 1,62m; nặng 60kg; Các xét nghiệm tuần thứ 34 (19/11) tiểu cầu 170G/L; PT 116%; APTT 25s; Fibrinogen 5.3 g/l; GOT/GPT: 15/10; Ure/creatinin: 2,5/48; Cholesterol/Triglycerid 8,8/5.27. Xét nghiệm nước tiểu protein niệu âm tính, bạch cầu niệu 500; hồng cầu niệu 250 tế bào/ul. Tiến hành gây tê tủy sống qua L2-3 bằng thuốc bupivacaine 0.5% 7mg và fentanyl 0,04mcg; trong và sau gây tê truyền dịch ringerfuldin 500ml; sau gây tê 5 phút huyết áp thấp 80/50mmHg; mạch 95 lần /ph được xử trí bằng noradrenalin 0,06cmg/lần mỗi 2-3 phút; huyết áp duy trì trong mức khoảng 100/60 mmHg. Đánh giá mức tê ngang D7, mổ lấy thai một bé trai 3300gram, apgar 1 phút 7 điểm; 5 phút 9 điểm. Sau lấy thai con huyết động vẫn dao động thấp, huyết áp tâm thu từ 80-100mmHg mmHg, phải nhắc lại thuốc vận mạch nhiều lần. Trong suốt cuộc mổ sản phụ vẫn tỉnh, buồn nôn. Chúng tôi tiến hành đặt catheter tĩnh mạch trung tâm đo CVP 22 cmH2O; duy trì noradrenalin 0,15mcg/kg/phút. Chuyển ra hậu phẫu bệnh nhân tỉnh táo, mệt nhẹ, không khó thở, không đau ngực, còn nôn, buồn nôn tiến hành làm xét nghiệm và siêu âm tim tại giường phát hiện tiền sản giật nặng, albumin niệu hơn 10g/l; hồng cầu niệu 80 tế bào/ ul; albumin máu 18g/l; tiểu cầu 150G/L; GOT/GPT 32/22 U/L; troponin Ths 838ng/L; proBNP 126pmol/L; điện tim nhịp xoang 106l/ph; ST không chênh; siêu âm tim buồng thất trái giãn, chức năng tâm thu giảm EF 23%; hở ba lá nhiều; tăng áp lực động mạch phổi nhẹ, giảm vận động các thành tim ưu năng vận động vùng mỏm tim. Siêu âm ổ bụng có dịch quanh gan, quanh lách, dịch khoang màng phổi phải 25mm; lách to, kích thước dọc 136mm; xét nghiệm bệnh hệ thống âm tính, hormone tuyến giáp, thượng thận bình thường. Bệnh nhân được hồi sức theo hướng suy tim cấp, duy trì dobutamin liều 10 mcg/kg/ph, noradrenalin 0,1 mcg/kg/phút, lợi tiểu, bù albumin; sau 5 ngày điều trị bệnh tiến triển tốt lên. Đến ngày thứ 7 sau mổ các xét nghiệm trở về bình thường, protein niệu âm tính, siêu âm tim mạch chức năng tâm thu trong giới hạn bình thường, cắt được thuốc trợ tim, vận mạch. Bệnh nhân ra viện ngày 30/1/2021

III. BÀN LUẬN

Suy tim liên quan tới thai kỳ được Ritchie mô tả lần đầu vào năm 1849 với bệnh cảnh suy tim không rõ nguyên nhân ở sản phụ trong giai đoạn hậu sản. Năm 1937, Gouley và cộng sự mô tả về

các dấu hiệu lâm sàng và bệnh học của 7 thai phụ xuất hiện suy tim nặng trong giai đoạn chu sản. Những phụ nữ này đều có biểu hiện của bệnh cơ tim dẫn nở mà không phải do thiếu máu cục bộ gây ra. Bệnh xuất hiện trong những tháng cuối của thai kỳ kéo dài đến sau khi sinh. 4 trong số 7 bệnh nhân này tử vong và kết quả tử thi tim cho thấy có sự giãn rộng buồng tim kèm với nhiều vùng hoại tử trung tâm và xơ hóa cơ tim lan tỏa [2].

Chẩn đoán bệnh cơ tim chu sản là chẩn đoán loại trừ. Những nguyên nhân suy tim do viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim, bệnh tim bẩm sinh, tăng áp động mạch phổi, bệnh lý van tim gây suy tim phải được loại trừ trước khi chẩn đoán bệnh cơ tim chu sản. Bệnh cảnh chung là một biểu hiện suy tim cấp với những triệu chứng như sung huyết phổi, tĩnh mạch cổ nổi, gan lớn, hoặc nặng hơn có thể gặp phù phổi cấp cho một phụ nữ trong tháng cuối thai kỳ hoặc sau sinh 5 tháng. Một vấn đề khó khăn là các triệu chứng khó thở, phù ngoại biên và nhịp tim nhanh là những biểu hiện có thể gặp ở một phụ nữ mang thai bình thường – đặc biệt trong những tháng cuối của thai kỳ. Đây là lý do làm cho nhiều bệnh nhân bệnh cơ tim chu sản phát hiện bệnh muộn và là thách thức cho bác sĩ sản khoa, thậm chí bác sĩ tim mạch khi đặt vấn đề chẩn đoán suy tim ở những bệnh nhân tam cá nguyệt thứ 3 của thai kỳ. Việc chẩn đoán bệnh cơ tim chu sản sẽ dễ dàng hơn khi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng suy tim ở giai đoạn sau sinh. Tiêu chuẩn chẩn đoán [6] (1). Xuất hiện triệu chứng suy tim trong giai đoạn chu sản (1 tháng cuối trước sanh hoặc trong vòng 5 tháng sau sanh). (2) Không có bằng chứng của bệnh suy tim trước đó cho đến khi phát hiện bệnh. (3) Không có một nguyên nhân bệnh lý nào khác được xác định là có khả năng gây suy tim. (4) Tiêu chuẩn siêu âm tim: Phân suất tổng máu (EF) $\leq 45\%$, và hoặc phân suất co rút thất trái $< 30\%$, và đường kính thất trái cuối tâm trương ≥ 2.7 cm/m². Trường hợp ca bệnh của chúng tôi trong suốt quá trình mang thai được khám thường xuyên tại các phòng khám chuyên khoa sản. Sản phụ tiền sử khỏe mạnh, đã mổ nội soi ổ bụng điều trị vô sinh I thuận lợi; lâm sàng sản phụ cũng chỉ khó chịu nhẹ khi gắng sức, người bệnh vẫn leo được cầu thang 4-5 tầng liên tục. Bởi vậy trước mổ đã chưa chẩn đoán được bệnh lý tim mạch. Các dấu hiệu tiền sản giật cũng không được ghi nhận. Trước mổ các xét nghiệm protein niệu âm tính, huyết áp bình thường nên chúng tôi đã gây tê tủy sống cho sản phụ để mổ đẻ. Sau gây tê sản

phụ được theo dõi huyết áp liên tục có giảm huyết áp ngay sau gây tê xong 2 phút, huyết áp thấp nhất là 70/40mmHg, dùng noradre tổng mỗi lần 6mcg, huyết áp tâm thu trước khi lấy thai ra là 90-100mmHg. Theo thống kê của Ivan Sklebar và cộng sự trong 50 năm thì tỉ lệ tụt huyết áp sau gây tê tủy sống là 7,4-74% tùy nghiên cứu [4]. Mức tê nguyên nhân chính của tụt huyết áp trong tê tủy sống mổ lấy thai. Với liều thuốc gây tê 7mg bupivacaine và 40mcg fentanyl chọc qua L2-3 để mổ lấy thai cho sản phụ 1,62m thì thường tỉ lệ tụt huyết áp rất thấp và thoáng qua, thường sẽ ổn định dần sau khi lấy thai. Chúng tôi đánh giá mức tê chỉ ngang D7, thậm chí khi phẫu thuật lấy thai phẫu thuật viên phản nản là bụng cứng hơn bình thường. Tuy nhiên, sản phụ này tiếp tục bị huyết áp thấp kể cả khi đã lấy thai ra. Tổng dịch truyền chúng tôi truyền là 500ml trước khi lấy thai và 500ml sau khi lấy thai ra. Tổng noradrenalin đến khi kết thúc cuộc mổ là 120mcg noradrenalin. Chúng tôi đặt tĩnh mạch trung tâm đo CVP là 22 cmH₂O nên nghi ngờ tình trạng bệnh tim mạch nên đã tiến hành siêu âm và làm xét nghiệm ngay sau mổ chẩn đoán suy tim cấp với Troponin T 838ng/L; proBNP 126pmol/L; điện tim nhịp xoang 106 lần/phút; ST không chênh; siêu âm tim buồng thất trái giãn, chức năng tâm thu giảm EF 23%; hở ba lá nhiều; tăng áp lực động mạch phổi nhẹ, giảm vận động các thành tim ưu vận động vùng mỏm tim. Sản phụ được điều trị bằng thuốc trợ tim, lợi tiểu, vận mạch, chống đông, kết quả siêu âm tim lại về bình thường sau 5 ngày điều trị.

Nguyên nhân của bệnh cơ tim chu sinh chưa được biết. Nhiễm virus cơ tim, tổn thương miễn dịch do thuốc, và stress huyết động của thai kỳ là nguyên nhân được đề nghị đến. Những nguyên nhân khác bao gồm suy dinh dưỡng, bệnh động mạch vành nhỏ, ăn muối quá nhiều, sự thay đổi dịch truyền chu sinh. Bệnh cơ tim chu sinh xuất hiện ở phụ nữ sanh nhiều con, béo phì, lớn tuổi, và cho con bú. Bệnh cơ tim chu sinh nên được phân biệt với những nguyên nhân khác của bệnh cơ tim có khuynh hướng xuất hiện sớm trong thai kỳ, nhưng đáp ứng tốt với điều trị. Những nguyên nhân khác của bệnh cơ tim có thể là do những bệnh lý tim không được chẩn đoán trước đây, nay biểu hiện do những thay đổi huyết động trong thai kỳ [3].

Đồng thời các xét nghiệm phát hiện dấu hiệu tổn thương cầu thận cấp với protein niệu hơn 10g/l; hồng cầu niệu 80 tế bào; protein máu còn 18g/l; tràn dịch đa màng, tràn dịch màng phổi

25mm, ít dịch quanh gan, lách to chiều dài 136mm; chúng tôi hội chẩn chuyên khoa thận tiết niệu, miễn dịch dị ứng làm thêm một số xét nghiệm tìm bệnh tự miễn như C3 0,96; C4 1,9; ANA (-); DNA(-); Kháng đông lupus (-). Cholesterol 8,5 mmol/l; Triglycerid 5,6 mmol/l; Tổn thương thận này giảm dần và xét nghiệm nước tiểu dần trở về bình thường sau sinh 3 ngày. Các dấu hiệu trên chúng tôi chẩn đoán sản phụ bị tiền sản giật, suy tim cấp. Ca bệnh của chúng tôi tương tự trường hợp được báo cáo tại Hàn Quốc[5,7] sản phụ phát hiện tiền sản giật từ trước 32 tuần và bệnh tim từ tuần thứ 35 của thai kỳ. Các tác giả cũng đưa ra cảnh báo rằng việc chẩn đoán bệnh tim vào 3 tháng cuối của thai kỳ là rất khó khăn do có thể nhầm lẫn với các triệu chứng chung của phụ nữ có thai như phù, mệt mỏi, khó thở nhẹ. Vì vậy nếu có bất kỳ triệu chứng như ho nhẹ, khó thở, mạch nhanh trên điện tim thì nên làm thêm các xét nghiệm chụp chiếu siêu âm khác để có thể chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời.

Bệnh cơ tim chu sản là bệnh hiếm gặp, nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh còn chưa rõ ràng, tỷ lệ tử vong khác nhau qua nhiều nghiên cứu. Dù vậy, với sự tiến bộ trong việc điều trị suy tim những nghiên cứu gần đây cho thấy cải thiện tiên lượng cho bệnh này. Bệnh tim và tiền sản giật mức độ nặng trên sản phụ này xuất hiện vào tháng cuối của thai kỳ mà không được phát hiện trước khi mổ lấy thai đã ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương pháp vô cảm. Bác sĩ chuyên khoa Sản và Gây mê hồi sức nên khám sàng lọc kỹ để có thể phát hiện bệnh tim cũng như tiền sản giật muộn để có kế hoạch điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Bệnh cơ tim chu sản là bệnh hiếm gặp, nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh còn chưa rõ ràng, tỷ lệ tử vong khác nhau qua nhiều nghiên cứu. Dù vậy, với sự tiến bộ trong việc điều trị suy tim những nghiên cứu gần đây cho thấy cải thiện tiên lượng cho bệnh này. Bệnh tim và tiền sản giật mức độ nặng trên sản phụ này xuất hiện vào tháng cuối của thai kỳ mà không được phát hiện trước khi mổ lấy thai đã ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương pháp vô cảm. Bác sĩ chuyên khoa Sản và Gây mê hồi sức nên khám sàng lọc kỹ để có thể phát hiện bệnh tim cũng như tiền sản giật muộn để có kế hoạch điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miriam Harnett, Lawrence C.Tsen**, Gây mê sản khoa, lý thuyết và lâm sàng, David Chestnut và cộng sự, chương 10, bệnh tim mạch
2. **Diana Brighthouse and Chris Elton**, Analgesia, Anaesthesia and Pregnancy, Edited by Steve Yentis, Anne May etc With David Bogod, chapter 86 - Cardiovascular disease. 206.
3. **Pvatt. J.R. and G. Dubev**. Peripartum cardiomyopathy: current understanding, comprehensive management review and new developments. Postgrad Med J, 2011. 87(1023): p. 34-9
4. **Ivan Sklebar, Tonka Bujas, and Dubravko Habek**. Prevention and treatment of spinal anaesthesia-induced hypotension in Obstetrics.
5. **Lee. B.J. and D.O. Kim**. Peripartum Cardiomyopathy Presenting at Cesarean Section – A case report. Korean J Anesthesiol. 2007. 52(3): p. 359-362.
6. **Hibbard. J.U., M. Lindheimer, and R.M. Lano..** A modified definition for peripartum cardiomyopathy and prognosis based on echocardiography. Obstet Gynecol, 1999. 94(2): p. 311-6.
7. **Jaе Jun Lee**, Acute peripartum cardiomyopathy after cesarean section – A case report Korean J Anesthesiol Vol. 55, No. 5, November, 2008

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM NHÂN TẠO CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trần Đình Toàn^{1,2}, Nguyễn Văn Thạch², Nguyễn Lê Bảo Tiến²

TÓM TẮT

Mục đích: Thay đĩa đệm nhân tạo cột sống vùng thắt lưng-cùng được đưa ra để khắc phục các biến

chứng liên quan đến phẫu thuật hàn xương liên thân đốt vùng cột sống thắt lưng-cùng trong thời gian dài.

Phương pháp: Bệnh nhân được thay đĩa đệm nhân tạo cột sống vùng thắt lưng-cùng tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 2013 đến nay và được theo dõi với thời gian ngắn nhất 3 tháng, lâu nhất 5 năm. Đánh giá theo các thang điểm đau (VAS) cột sống thắt lưng, VAS đau lan chân, thang điểm đánh giá chức năng cột sống Oswestry trước mổ, sau mổ và khi khám lại. Đánh giá kết quả sau mổ và khám lại trên XQ và CHT. **Kết quả:** Có 20 đĩa đệm nhân tạo được thay trong đó 19 đĩa L5S1, 1

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Toàn

Email: tdtoancs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023