

Có 1 trường hợp phẫu thuật lấy bỏ khối chửa và 3 trường hợp cắt tử cung bán phần chủ động ngay từ đầu do túi thai phát triển về phía bàng quang, tăng sinh mạch máu nhiều, các bệnh nhân đều đã đủ con.

Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện từ 7-14 ngày chiếm chủ yếu 70,7%, thời gian nằm viện trung bình là $8,07 \pm 2,878$ ngày. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Lê Thị Anh Đào là 8,5 ngày. Theo Trần Thị Ngọc Hà thời gian điều trị ≤ 5 ngày chiếm chủ yếu 62,5%, ngắn hơn so với thời gian điều trị của chúng tôi, điều này là do đa số bệnh nhân của chúng tôi được điều trị MTX trước hút thai.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của các đối tượng này là $33,36 \pm 5,46$ tuổi.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ra máu âm đạo có hoặc không kèm theo đau bụng chiếm 40,4%. Bệnh nhân vào viện không có triệu chứng chiếm 48,4%.

Tuổi thai hay gặp nhất là dưới 6 tuần chiếm tỉ lệ 61,2%. Tuổi thai trung bình phát hiện là $5,422 \pm 1,189$ tuần.

Thời gian mổ lấy thai gần nhất ở bệnh nhân CSMLT hay gặp là trên 2 năm chiếm 83%.

Phương pháp hút thai dưới siêu âm có hoặc không sử dụng MTX trước hút là phương pháp

đơn giản, an toàn và hiệu quả tỉ lệ thành công là 98,4%.

Thời gian nằm viện trung bình là $8,07 \pm 2,878$ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hồng (2019), "Kết quả điều trị chửa seo mổ lấy thai cũ ở tuổi thai dưới 12 tuần tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", Tạp chí y học Việt Nam, tr. 131-133.
2. Nguyễn Thị Kim Ngân (2018), "Nghiên cứu điều trị các trường hợp chửa seo mổ lấy thai bằng phẫu thuật tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương".
3. Lê Thị Anh Đào và Mai Trọng Hưng (2022), "Kết quả điều trị của phương pháp hút thai trên seo mổ lấy thai và các yếu tố liên quan", Tạp chí Y học Việt Nam. 512(2).
4. Diễm Thị Thanh Thủy (2013), "Nghiên cứu chửa seo mổ lấy thai tại bệnh viện phụ sản Hà Nội", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.
5. Trần Thị Ngọc Hà, Phạm Thị Thanh Hiền và Hồ Giang Nam (2021), "Kết quả điều trị chửa seo mổ lấy thai tại bệnh viện Sản nhi Nghệ An từ năm 2018 đến 2020", Tạp chí Y học Việt Nam. 504(1).
6. D. Jurkovic và các cộng sự. (2003), "First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar", Ultrasound Obstet Gynecol. 21(3), tr. 220-7.Timor-
7. Tritzsch và các cộng sự. (2019), "Cesarean Scar Pregnancy: Diagnosis and Pathogenesis", Obstet Gynecol Clin North Am. 46(4), tr. 797-811.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG 1 TẦNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG VÍT QUA DA VÀ HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT QUA LỖ LIÊN HỢP SỬ DỤNG ỐNG NONG

Nguyễn Đức Hoàng¹, Hoàng Gia Du¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh trượt đốt sống (TĐS) thắt lưng - cùng 1 tầng trước phẫu thuật MIS TLIF. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 35 người bệnh được chẩn đoán TĐS thắt lưng cùng 1 tầng, điều trị phẫu thuật trong thời gian (1/2021-12/2021) tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $53,29 \pm 12,21$ (31 - 76). Triệu chứng lâm sàng cơ năng, điểm VAS lưng trung bình $5,2 \pm$

1,48, điểm VAS chân trung bình: $4,5 \pm 1,24$ điểm, điểm ODI trung bình $49,28 \pm 12,16$ điểm. Triệu chứng lâm sàng thực thể, 20 người bệnh (57,1%) có dấu hiệu kích thích rễ thần kinh (Lasègue dương tính), 26 người bệnh (74,3%) có dấu hiệu cơ cứng cơ cạnh sống, 30 người bệnh (85,7%) có biểu hiện rối loạn cảm giác. **Kết luận:** Nghiên cứu cung cấp các thông tin về triệu chứng lâm sàng của người bệnh bị TĐS thắt lưng - cùng 1 tầng trước khi được phẫu thuật bằng cố định cột sống vít qua da và hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp sử dụng ống nong.

Từ khóa: Trượt đốt sống, thắt lưng, triệu chứng lâm sàng, ít xâm lấn.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH 1-SEGMENT LUMBAR SPONDYLOLITHESIS TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY AND FUSION USING

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Hoàng

Email: hoanghg87@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023

MINIMALLY INVASIVE SPINE SURGERY

Objectives: We conducted this study to describe the clinical characteristics of patients with lumbar spondylolisthesis (LS) before surgery. **Methods:** This cross-sectional study was conducted on 35 patients diagnosed with LS, surgically treated during the study period (1/2021-12/2021) at the Department of Orthopedic and Spinal Trauma - Bach Mai Hospital. We extracted all subject information from the patient's medical record. **Results:** The mean age of the patients was 53.29 ± 12.21 years old (31 - 76 years). Regarding functional clinical symptoms, the mean back VAS score of the patients in my study was $5,2 \pm 1,48$, and the average leg VAS score was: $4,5 \pm 1,24$ points. The average ODI score is $49,28 \pm 12,16$ points. Regarding physical symptoms, 20 patients (57,1%) had signs of nerve root irritation (positive Lasègue test). In this study, 26 patients (74,3%) had symptoms of paraspinal muscle spasticity, 30 patients (85,7%) had symptoms sensory disturbance. **Conclusion:** The control study has provided information on clinical symptoms of patients with 1-segment LS before transforaminal lumbar interbody and fusion using minimally invasive spine surgery.

Keywords: lumbar spondylolisthesis, clinical symptoms, mis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) là sự di chuyển bất thường ra phía trước hoặc phía sau của thân đốt sống trên so với đốt sống phía dưới. TĐS tương đối phổ biến, theo một nghiên cứu của Roche M.A cho thấy tỷ lệ TĐS là 4,2% khi khảo sát 4200 tử thi [5]. Đây là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây đau thắt lưng, bệnh ảnh hưởng lớn tới đời sống và kinh tế của người bệnh, đồng thời là gánh nặng cho xã hội... Phẫu thuật được đặt ra khi điều trị nội khoa không cải thiện triệu chứng hoặc trong những trường hợp mức độ trượt nặng, chèn ép thần kinh nặng. Mục đích phẫu thuật là giải ép thần kinh, nắn chỉnh, cố định cột sống. Hiện nay phẫu thuật cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt (TLIF – Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) là phương pháp phẫu thuật được ưu tiên lựa chọn trong phẫu thuật các bệnh nhân TĐS. Tuy nhiên phẫu thuật TLIF truyền thống thường gây thương tổn của phức hợp dây chằng – cơ lưng do việc bộc lộ các điểm bắt vít dẫn đến các di chứng và biến chứng kéo dài sau phẫu thuật. Phẫu thuật cột sống ít xâm lấn đã phát triển nhanh chóng trong 3 thập kỷ qua do những ưu điểm mà nó mang lại, như: bảo tồn tối đa giải phẫu bình thường, giảm thiểu tổn thương phụ, giảm áp lực tổng thể cho bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Gil Kimchi và cộng sự trong năm 2010, khoảng 15% tất cả ca phẫu thuật cột sống ở Hoa Kỳ được thực hiện bằng kỹ thuật ít xâm

lấn. Trong vòng 6 năm, con số đó tăng gấp đôi và đến 2020 khoảng 50% ca phẫu thuật cột sống tại Hoa Kỳ được thực hiện theo phương pháp ít xâm lấn [7].

Phẫu thuật bắt vít qua da và thay đĩa đệm hàn xương bằng hệ thống ống nông (MIS TLIF – Minimally Invasive Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) đang trở thành phương pháp phổ biến và hiệu quả trong điều trị TĐS. MIS TLIF đáp ứng các tiêu chí của một phẫu thuật ít xâm lấn như: đường mổ nhỏ, hạn chế thương tổn phần mềm, ít mất máu nhưng vẫn đủ không gian giúp phẫu thuật viên xử lý các thương tổn cột sống đạt hiệu quả tối ưu. Tổn thương trong phẫu thuật tại mỗi bước của quá trình phẫu thuật giảm tối thiểu trong khi vẫn đạt được mục đích điều trị như phẫu thuật mổ mở truyền thống. Do đó MIS TLIF đang được áp dụng phổ biến tại nhiều trung tâm phẫu thuật cột sống trên thế giới [6]. Tại Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã tiến hành sử dụng phương pháp phẫu thuật MIS TLIF trên các bệnh nhân hẹp ống sống, trượt đốt sống hay thoát vị đĩa đệm có chỉ định. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh TĐS thắt lưng- cùng 1 tầng trước phẫu thuật bằng cố định cột sống vít qua da và hàn xương liên thân đốt qua lỗ liên hợp sử dụng ống nông (MIS TLIF).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 35 NB được chẩn đoán là TĐS thắt lưng – cùng 1 tầng điều trị phẫu thuật theo phương pháp MIS TLIF trong thời gian nghiên cứu (1/2021-12/2021) tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống, Bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn các tiêu chuẩn:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** NB có chẩn đoán là TĐS thắt lưng – cùng 1 tầng 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:** 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 chuẩn 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 xuất gồm 2 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.

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 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 được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ trong các bảng và biểu đồ.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Người bệnh và gia đình NB được giải thích cụ thể tỉ mỉ về phương pháp điều trị (ưu nhược điểm, các rủi ro có thể gặp phải...). NB tự nguyện tham gia nghiên cứu, chấp nhận rủi ro khi điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Thông tin chung của người bệnh tham gia nghiên cứu (n=35)

	Số NB (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
Dưới 40	5	14.3
41 – 50	12	28.6
51 – 60	6	17.1
61 – 70	9	25.7
Trên 70	3	8.6
Tuổi trung bình (năm)	53.29±12.21(31-76)	
Giới tính		
Nam	11	31.4
Nữ	24	68.6
Nhóm nghề nghiệp		
Tác động xấu đến cột sống	25	71.4
Tác động vừa đến cột sống	8	22.9
Tác động ít đến cột sống	2	5.7
Thời gian diễn biến bệnh		
Dưới 6 tháng	6	17.1
6-12 tháng	11	31.4
Trên 12 tháng	18	51.4
Thời gian trung bình (tháng)	23.4±27.88 (1-120)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của NB là 56,97 ± 1,75 tuổi (31 – 76 tuổi) trong đó tuổi thấp nhất là 31 và cao nhất là 76. Trong nghiên cứu tỷ lệ NB nữ gấp hơn lần NB nam. Bệnh chủ yếu gặp ở những người có nghề nghiệp tác động xấu đến cột sống (71,4%). Thời gian diễn biến, chủ yếu NB đến viện khi bệnh đã có biểu hiện trên 12 tháng chiếm 51,4%, đặc biệt có NB diễn biến bệnh đến 10 năm.

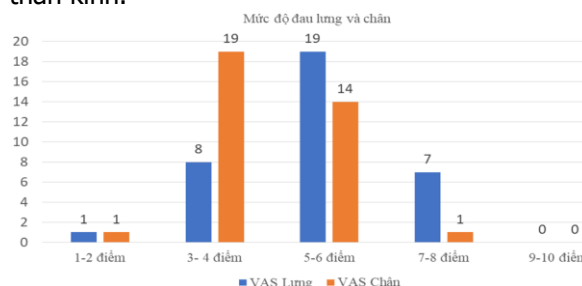
3.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng của

người bệnh

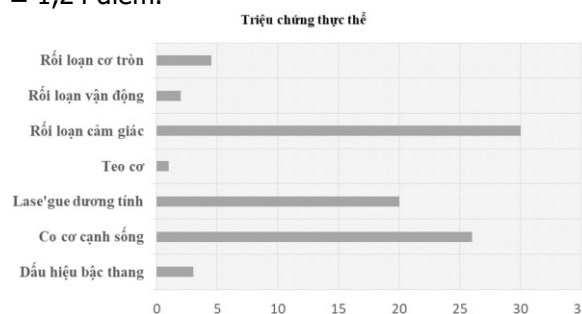
Triệu chứng cơ năng	Số lượng (n=35)	Tỷ lệ (%)	
Chỉ đau lưng	4	11.4	
Đau lưng lan chân kiểu rẽ	1 bên	25	71.4
	2 bên	6	17.2
Đau cách hồi	100m	12	34.3
	100-500m	15	42.9
	> 500m	5	14.3
	Không đau	3	8.5

Nhận xét: Hầu hết NB vào viện đều có triệu chứng lâm sàng, 100% có biểu hiện đau thắt lưng; 71,4% đau cột sống thắt lưng kèm đau kiểu rẽ 1 bên, có 17,2% đau CSTL kèm đau kiểu rẽ 2 bên; 91,5% có biểu hiện của đau cách hồi thần kinh.



Biểu đồ 3.1. Thang điểm đau lưng và chân của người bệnh trước phẫu thuật

Nhận xét: Hơn 80% NB chịu ngưỡng đau lưng và đau chân nhiều hơn 4 điểm. Điểm VAS lưng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: 5,2 ± 1,48, điểm VAS chân trung bình là: 4,5 ± 1,24 điểm.



Biểu đồ 3.2. Các triệu chứng thực thể của người bệnh trước phẫu thuật

Nhận xét: Kết quả ở hình 2 chỉ ra có 3 NB (8,6%) có dấu hiệu bậc thang, 20 NB (57,1%) có dấu hiệu kích thích rễ thần kinh (nghiệm pháp Lasègue dương tính). Cơ cứng cơ cạnh sống nghiên cứu có 26 NB (74,3%) có dấu hiệu này. Chúng tôi quan sát thấy có 2 NB (5,7%) có rối loạn vận động trong đó 1 NB (2,9%) có biểu hiện teo cơ căng chân 30 NB (85,7%) rối loạn cảm giác với các mức độ khác nhau.

Bảng 3.3. Mức độ giảm chức năng cột sống ODI trước mổ

Mức độ giảm chức năng cột sống trước mổ	Số lượng (n=35)	Tỷ lệ (%)	Trung bình ($\bar{X}\pm SD$)
Mức 1	0	0,0	49,28 \pm 12,16
Mức 2	2	5,7	
Mức 3	28	80	
Mức 4	5	15,3	
Mức 5	0	0,0	

Nhận xét: 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 (80%). Điểm ODI trung bình là 49,28 \pm 12,16 điểm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Triệu chứng cơ năng. Tất cả NB đến viện đều có biểu hiện đau CSTL và/hoặc hội chứng chèn ép rễ. 100% NB đều có đau CSTL, 88,6% NB có biểu hiện đau CSTL kèm đau kiểu rễ và 91,5% NB có biểu hiện đau cách hồi thần kinh. Kết quả này có nét tương đồng với nghiên cứu của các tác giả như: Phạm Vô Kỳ 100% NB có đau CSTL, 98,4% đau kiểu rễ, 100% có đau cách hồi thần kinh [2].; Dương Thanh Tùng với tỷ lệ 100% B có đau CSTL, 84,2% có đau kiểu rễ, 57,9% có kèm đau cách hồi thần kinh [3]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 6 NB có biểu hiện chèn ép rễ cả 2 chân chiếm 17,2%, có thể giải thích điều này bởi cách lựa chọn NB được chỉ định phẫu thuật theo phương pháp MIS TLIF (ưu tiên các NB trượt độ 1- 2, hẹp ống sống mức độ vừa phải- với các NB có độ trượt cao độ 3-4, hẹp ống sống nặng chúng tôi ưu tiên phẫu thuật mổ mở TLIF). Chúng tôi nhận thấy có 32 NB (91,5%) có biểu hiện đau cách hồi thần kinh. Đây là triệu chứng điển hình biểu hiện mức độ trầm trọng của hiện tượng chèn ép ống sống gây nên hẹp ống sống. Người bệnh sẽ giảm đau khi nghỉ ngơi hoặc cúi người ra trước. 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.

Điểm VAS lưng trung bình là 5,2 \pm 1,48 và điểm VAS chân trung bình là 4,5 \pm 1,24. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Parker [8]. 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 cũng

thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Thanh Tùng với VAS lưng là 6,13 \pm 1,38 và VAS chân là 6,21 \pm 2,09 [3]. 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, cùng với đó là việc lựa chọn NB để chỉ định phẫu thuật MIS TLIF của chúng tôi ưu tiên cách trường hợp trượt độ thấp hơn nên triệu chứng lâm sàng sẽ nhẹ hơn so với các nghiên cứu khác. Do đó nên có nghiên cứu cho thấy mức độ đau trung bình nằm trong ngưỡng đau không chịu đựng được. Về ODI trước phẫu thuật, điểm trung bình trong nghiên cứu là 49,28 \pm 12,16. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Võ Văn Thanh [1] là 49,5 \pm 7,3 điểm, của Dương Thanh Tùng là 44,26 \pm 11,26 [3] và của Phạm Vô Kỳ là 52,48 \pm 8,07 [2].

4.2. Triệu chứng 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 TDS nhưng khó phát hiện ở những người bệnh trượt độ 1 và những người bệnh có thể trạng to béo đó là lí do kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 8,6% NB có dấu hiệu này. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả của Võ Văn Thanh (35,3% người bệnh) [1], Dương Thanh Tùng 25%, Phạm Vô Kỳ (27,4%) [2] [3]. Người bệnh trong nghiên cứu có tỷ lệ (57,1%) bị dấu hiệu kích thích rễ thần kinh. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu Võ Văn Thanh 58,8% NB [1]. Sở dĩ tỷ lệ gặp dấu hiệu kích thích rễ này không cao bởi vì bệnh lý TDS 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 là do sự khác biệt về việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu của từng tác giả là khác nhau. Chúng tôi gặp 30 NB (85,7%) 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 sự phân bố 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 cao hơn trong nghiên cứu của Võ Văn Thanh gặp (61,8%, chủ yếu là dị cảm da) [1], Refaa với tỷ lệ NB gặp rối loạn cảm giác là 65%. Và thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Phan Trọng Hậu, có 80% NB có rối loạn cảm giác [4], Phạm Vô Kỳ với tỷ lệ 98,4% NB có rối loạn cảm giác. 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, cùng với đó là cách lựa chọn NB vào nhóm nghiên cứu của chúng tôi khác với các nghiên cứu khác.

Không có trường hợp nào trong nghiên cứu liệt hoàn toàn nhóm cơ thần kinh chèn ép chi phối, đa số các NB có biểu hiện vận động bình thường 91,4%, chỉ 8,6% người bệnh có biểu hiện rối loạn vận động ở mức độ nhẹ đến vừa kèm có teo cơ tương xứng với vị trí tổn thương. Kết quả này tương xứng với nghiên cứu của Phạm Vô Kỳ 6,4% NB có rối loạn vận động và thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Thanh Tùng với 28,95% NB có biểu hiện rối loạn vận động 1 bên chân tương xứng tổn thương [2] [3].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy người bệnh đến viện với đặc điểm lâm sàng chủ yếu với triệu chứng đau lưng và hội chứng chèn ép rễ (100%) với mức độ đau trung bình theo VAS ở mức độ đau nhiều. Chỉ định phẫu thuật MIS TLIF trong nghiên cứu với NB TĐS thắt lưng cùng 1 tầng ưu tiên với các thương tổn trượt độ thấp và chưa có biểu hiện tổn thương thần kinh mức độ nặng đó đó các biểu hiện triệu chứng cơ năng và thực thể so với các nghiên cứu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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 sỹ nội trú, Trường Đại học y Hà Nội.

2. **Phạm Vô Kỳ** (2018), Nghiên cứu ứng dụng xâm lấn tối thiểu điều trị trượt đốt sống thắt lưng 1 tầng, Luận án tiến sỹ y học, Học Viện Quân Y.
3. **Dương Thanh Tùng** (2020), Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thắt lưng – cùng một tầng bằng phẫu thuật vít cố định qua da và ghép xương liên thân đốt, Luận án tiến sỹ y học, Học Viện Quân Y
4. **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.
5. **Roche MB, Rowe GG**. The incidence of separate neural arch and coincident bone variations: A Summary. JBJS. 1952;34(2):491-3.
6. **Hari A, Krishna M, Rajagandhi S, Rajakumar DV**. Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion—indications and clinical experience. Neurology India. 2016;64(3):444.
7. **Kimchi G, Orlev A, Hadanny A, Knoller N, Harel R**. Minimally Invasive Spine Surgery: The Learning Curve of a Single Surgeon. Global Spine J. 2020;10(8):1022-6.
8. **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.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN ĐƠN THUẦN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Thế Lực¹, Phạm Hữu Lưu^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương ngực kín ở người cao tuổi thường có các thay đổi theo hướng bất lợi về sinh lý cơ thể, thể trạng yếu, có nhiều bệnh lý mạn tính kèm theo, khả năng miễn dịch suy giảm... Nghiên cứu nhằm tổng kết và nhận xét kết quả điều trị chấn thương ngực kín đơn thuần ở người cao tuổi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu đối với bệnh nhân cao tuổi (từ 65 tuổi trở lên) bị chấn thương ngực kín đơn thuần điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2020-2022. Số liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu cho từng bệnh nhân và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Có 65 bệnh nhân với 52 bệnh nhân nam (80%) và 13 bệnh nhân

nữ (20%), tuổi trung bình là 71,04 tuổi; nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông (55,4%); đặc điểm lâm sàng chủ yếu là đau ngực (93,84%). Gãy xương sườn chiếm 96,9% và chủ yếu gãy từ 3 xương sườn trở lên (74,6%), tràn máu màng phổi (53,8%), tràn máu- tràn khí màng phổi (23,1%), đưng dập phổi (16,9%), tràn khí màng phổi đơn thuần chỉ chiếm 6,1%. Các bệnh lý mạn tính kèm theo hay gặp là tăng huyết áp (21,5%) và đái tháo đường type 2 (13,8%). Phương pháp điều trị chủ yếu là dẫn lưu màng phổi kết hợp điều trị nội khoa (72,3%); 100% bệnh nhân được tập lý liệu pháp hô hấp. Thời gian nằm viện trung bình là 8.75 ngày. Kết quả điều trị tốt chiếm 84,6%. **Kết luận:** Chấn thương ngực kín đơn thuần ở người cao tuổi thường kèm theo một số tình trạng như thể trạng kém, loãng xương, miễn dịch suy giảm, khó khăn trong việc tập lý liệu pháp hô hấp do đau. Điều trị phối hợp luôn được đặt ra, thời gian nằm viện có xu hướng kéo dài. **Từ khóa:** Chấn thương ngực kín, chấn thương ngực kín ở người cao tuổi, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF BLUNT CHEST TRAUMA IN THE ELDERLY AT VIETDUC

¹Bệnh viện Đa khoa Kiến An – Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lưu

Email: phamhuulucts@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023