

vết hạch cổ nhóm cổ bên dự phòng, nhưng BTA 2014 và JSTS/JAES có cân nhắc vết hạch cổ bên dự phòng trong một số trường hợp.

Chúng tôi cũng nghiên cứu tìm ra các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch cổ. Theo Sun W (2015) dựa trên dữ liệu của PUBMED và SCIE, các yếu tố ảnh hưởng làm tăng nguy cơ di căn hạch ở BN UTTG thể nhú cN0 là: tuổi <55, giới nam, kích thước u >10mm, u ở vị trí eo tuyến giáp[8]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố tuổi <55 (p=0,001), kích thước u > 10mm (p=0,024), vị trí u ở eo tuyến giáp (p=0,046) là có ảnh hưởng rõ ràng đến tình trạng di căn hạch tiềm ẩn, đặc biệt là nhóm VI, các yếu tố như giới nam ảnh hưởng đến di căn hạch nhưng số liệu chưa có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp thể nhú nữ gặp nhiều hơn nam. Hầu hết bệnh nhân vào viện là qua khám sức khỏe định kỳ. Hầu hết bệnh nhân có sờ thấy u trên lâm sàng. 100% qua siêu âm phát hiện được u và TIRADS 4 chiếm tỷ lệ cao.

Tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn ở các BN UTTG giai đoạn sớm là cao, chiếm 45,8%, trong đó, tỷ lệ di căn hạch nhóm VI là 41,7%. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch là tuổi <55, kích thước u > 10mm, vị trí u ở eo tuyến giáp. Khuyến cáo vết hạch cổ nhóm VI dự phòng ở các BN UTTG cN0, đặc biệt là các BN có đặc điểm trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. và cộng sự.** (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality

- worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6), 394–424.
2. **Nixon I.J., Wang L.Y., Palmer F.L. và cộng sự.** (2014). The impact of nodal status on outcome in older patients with papillary thyroid cancer. Surgery, 156(1), 137–146. .
3. **Rotstein L.** (2009). The role of lymphadenectomy in the management of papillary carcinoma of the thyroid. J Surg Oncol, 99(4), 186–188.
4. **Hoàng Huy Hùng** (2016), “Đánh giá di căn hạch của ung thư biểu mô tuyến giáp”, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội.
5. **Braga M., Cavalcanti T.C., Collaço L.M. và cộng sự.** (2001). Efficacy of ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in the diagnosis of complex thyroid nodules. J Clin Endocrinol Metab, 86(9), 4089–4091.
6. **Lê Văn Quảng và Ngô Quốc Duy** (2019). Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng di căn hạch nhóm 6 ở bệnh nhân vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú giai đoạn cN0. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 92–97.
7. **Yan D., Zhang B., An C. và cộng sự.** (2011). [Cervical lymph node metastasis in clinical N0 papillary thyroid carcinoma]. Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi, 46(11), 887–891.
8. **Sun W., Lan X., Zhang H. và cộng sự.** (2015). Risk Factors for Central Lymph Node Metastasis in CNO Papillary Thyroid Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. PloS One, 10(10), e0139021.
9. **Gu Wei-jun, Yan Hui-xian, Luo Yu-kun, et al.** (2015). Characterization of papillary thyroid microcarcinomas using sonographic features in malignant papillary thyroid cancer: a retrospective analysis. Medicine, 94(21).
10. **Nguyễn Xuân Hậu** (2017). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng di căn hạch của ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội. Tạp Chí Học, 451(2), 138–142.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CỔ ĐỊNH CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG, GIẢI ÉP GHEP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Nguyễn Thị Thìn¹, Nguyễn Lê Bảo Tiến¹, Đào Thị Ngân¹,
Nguyễn Văn Đại², Đào Thị Phương³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Thu Cúc

³Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thìn

Email: thincsvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm chung của người bệnh và kết quả chăm sóc sau phẫu thuật cổ định cột sống thắt lưng cùng, giải ép ghép xương liên thân đốt tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 220 bệnh nhân sau phẫu thuật TLIF. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1/2,6. Tuổi trung bình là 57,82 ± 11,37. Số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 3,75 ± 1,12. Việc phục hồi chức năng gồm ngồi, đứng, tập đi cho người bệnh ngày thứ 3 sau phẫu thuật cho thấy những người bệnh mổ TLIF 1 tầng và 2 tầng ngồi, đứng, đi lại nhiều và tốt hơn so với người bệnh mổ 3

tầng. Cần chú trọng nâng cao kiến thức chăm sóc sức khỏe y tế cho đối tượng nữ giới trong độ tuổi lao động ở các vùng nông thôn và có trình độ học vấn thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật TLIF, chăm sóc người bệnh, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

RESULTS OF PATIENT CARE AFTER SURGERY TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Objective: Describe patients' general characteristics and care results after surgery transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) at Viet Duc University Hospital in 2023. **Methods:** Research design Cross-sectional descriptive study on 220 patients after TLIF surgery. **Results:** The male/female ratio is 1/2,6. The average age was $57,82 \pm 11,37$ years. The average number of hospital days after surgery was $3,75 \pm 1,12$. Rehabilitation including sitting, standing, and walking for patients on the 3rd day after surgery showed that patients with 1-level and 2-level TLIF surgery sat, stood, and walked more and better than patients with 3-level surgery. It is necessary to focus on improving medical healthcare knowledge for women of working age in rural areas and with low education levels.

Keywords: TLIF surgery, patient care, Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống là sự dịch chuyển bất thường ra trước hoặc ra sau của thân đốt sống phía trên so với đốt sống phía dưới nó [1]. Hệ quả là làm thay đổi cấu trúc giải phẫu và mất vững cột sống. Bệnh có tỷ lệ mắc vào khoảng 6% dân số [2]. Tại Hoa Kỳ, trượt đốt sống là một gánh nặng kinh tế lớn với chi phí điều trị trực tiếp ước tính khoảng 80 đến 100 tỷ đô la mỗi năm và các chi phí gián tiếp đáng kể khác về tàn tật và giảm năng suất lao động [4]. Trans Foraminal Lumbar Interbody Fusion (TLIF) là phương pháp cố định cột sống thắt lưng cùng, giải ép ghép xương liên thân đốt. TLIF được áp dụng điều trị cho các bệnh lý trượt đốt sống, hẹp ống sống đa tầng cột sống thắt lưng cùng, thoát vị đĩa đệm thường kèm theo liệt thần kinh, cần giải phóng chèn ép rộng. Nhằm đánh giá hiệu quả của một phương pháp điều trị bệnh trượt đốt sống, thoát vị đĩa đệm kèm mất vững cột sống phổ biến tại Việt Nam hiện nay, cùng đánh giá các ưu nhược điểm, khó khăn và biến chứng thường gặp sau phẫu thuật cố định cột sống (TLIF), những ngày đầu sau phẫu thuật nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng cùng, giải ép ghép xương liên thân đốt tại*

bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023" với hai mục tiêu là mô tả đặc điểm chung của người bệnh và kết quả chăm sóc sau phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng cùng, giải ép ghép xương liên thân đốt tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Người bệnh có chỉ định phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng cùng, giải ép ghép xương liên thân đốt (TLIF). (2) Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Người bệnh phẫu thuật khối u cột sống. (2) Người bệnh bị hôn mê hoặc không đủ khả năng nhận thức để trả lời phỏng vấn. (3) Người bệnh mắc bệnh ung thư.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 08 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu.

Toàn bộ người bệnh được phẫu thuật TLIF các tầng tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chí loại trừ. Thực tế thu được 220 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu.

2.3.3. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu bao gồm: thông tin chung của người bệnh (tuổi, giới, nơi sinh sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp), đặc điểm về cuộc phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, cách thức mổ, số ngày nằm viện sau mổ, biến chứng sau mổ), đặc điểm của người bệnh sau mổ ngày thứ 3 (đấu hiệu sinh tồn, đặc điểm lâm sàng, tình trạng đau đánh giá theo thang điểm VAS, hỗ trợ vận động ngồi, đứng, tập đi).

2.3.4. Phương pháp thu thập số liệu.

Lập danh sách người bệnh đã trải qua phẫu thuật. Chọn tất cả hồ sơ bệnh án của người bệnh ngày thứ 3 sau phẫu thuật TLIF đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn từ danh sách mẫu, mã hóa người bệnh theo quy định cố định cột sống TLIF từ tháng 08/2022 đến tháng 12/2022. Hoàn thành thông tin nhân khẩu học theo mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu viên sử dụng danh sách người bệnh để phỏng vấn. Các phiếu phỏng vấn được kiểm tra lại, nếu còn thiếu hay nghi ngờ về thông tin cung cấp, nghiên cứu viên sẽ bổ sung hay điều chỉnh ngay trong ngày phỏng vấn.

2.4. Quản lý và phân tích số liệu. Quá trình mã hóa dữ liệu, nhập và phân tích được

thực hiện bằng cách sử dụng phần mềm Epidata 3.0 và SPSS 22.0. Số liệu thống kê mô tả được áp dụng để kiểm tra dữ liệu đặc trưng: tần suất, tỷ lệ, trung bình. Các số liệu thống kê được thực hiện để so sánh giữa các nhóm, kiểm định ANOVA để so sánh hai hoặc nhiều giá trị trung bình, kiểm định χ^2 để so sánh 2 tỷ lệ. Ý nghĩa thống kê được định nghĩa khi giá trị $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích, ý nghĩa cũng như cách tiếp cận của nghiên cứu, và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Người bệnh có quyền từ chối không tham gia tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình nghiên cứu và không phải chịu ảnh hưởng nào từ kết quả nghiên cứu. Dữ liệu thu thập được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Tất cả các thông tin về đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và mã hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tổng số 220 người bệnh được nghiên cứu. Nữ giới chiếm phần lớn 72,3%; tuổi trung bình là $57,82 \pm 11,37$; sinh sống ở nông thôn chiếm 59,5%; trình độ học vấn từ THPT trở xuống là 91,4%; nghề nghiệp tự do, kinh doanh là 39,5% (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=220)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nữ	159	72,3
	Nam	61	27,7
Tuổi	20 đến 40	17	7,7
	41 đến 59	97	44,1
	≥ 60	106	48,2
	TB \pm SD	$57,82 \pm 11,37$	
	Khác	10	4,5
Nơi sinh sống	Nông thôn	131	59,5
	Thành thị	89	40,5
Trình độ học vấn	\leq THPT	201	91,4
	Cao đẳng/Đại học	11	5,0
	Sau đại học	8	3,6
Nghề nghiệp	Công chức, viên chức	18	8,2
	Công nhân	2	0,9
	Nông dân	80	36,4
	Tự do, kinh doanh	87	39,5
	Hưu trí	33	15,0

Đa số đối tượng nghiên cứu mắc bệnh dưới 1 năm chiếm 57,3%; từ 1 – 2 năm là 29,1%. Về thời gian phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu, đa số BN có thời gian phẫu thuật dưới 60 phút chiếm 73,6%; từ 60 – 80 phút chiếm 25,0% (bảng 2).

Bảng 2. Thời gian mổ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Thời gian phẫu thuật	<60 phút	162	73,6
	60 – 80 phút	55	25,0
	>80 phút	3	1,4
Số ngày nằm viện sau PT	≤ 5 ngày	125	56,8
	5 – 7 ngày	64	29,1
	>7 ngày	31	14,1
	Trung bình \pm SD	$3,75 \pm 1,12$	

Tỷ lệ BN mổ TLIF 1 tầng là 58,2%; TLIF 2 tầng là 26,4% (Bảng 3). Sau mổ, tỷ lệ BN có biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ là 1,8%. Chủ yếu là biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ.

Bảng 3. Phân loại cách thức mổ của đối tượng nghiên cứu

Cách thức mổ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
TLIF 1 tầng	128	58,2
TLIF 2 tầng	58	26,4
TLIF 3 tầng	34	15,5

3.2. Đặc điểm người bệnh sau phẫu thuật cố định cột sống thắt lưng cùng, giải ép ghép xương liên thân đốt tại thời điểm ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Tỷ lệ BN có mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở bình thường lần lượt là 94,5%; 95,5%; 94,1% và 97,3%; 96,4% NB có vết mổ khô; tự tiểu là 30,9%; đại tiện bình thường là 96,8% (Bảng 4).

Bảng 4. Dấu hiệu sinh tồn và đặc điểm lâm sàng của người bệnh ngày thứ 3 sau PT

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Mạch	Dưới 60 lần / phút	2	0,9
	Từ 60- 80 lần / phút	208	94,5
	Trên 80 lần/ phút	10	4,5
Nhiệt độ	Dưới 37,5 độ C	210	95,5
	trên 37,5 độ C	10	4,5
Huyết áp	Bình thường (120/70mmhg)	207	94,1
	Cao (>140/90 mmhg)	13	5,9
	Thấp (<90/60 mmhg)	0	0
Nhịp thở	Chậm (<16 lần/ phút)	2	0,9
	Bình thường (16-20 lần/phút)	214	97,3
	Nhanh (>20 lần/ phút)	4	1,8
Tình trạng vết mổ	Khô	212	96,4
	Nề , đỏ	6	2,7
	Ướt , chảy dịch	2	0,9
	Tự tiểu	68	30,9
Tình trạng tiểu tiện	Có thông tiểu	152	69,1
	Tự tiểu	68	30,9
	Có thông tiểu	152	69,1

Đại tiện	Bình thường	213	96,8
	Táo bón/tiêu chảy	7	3,2

Sau mổ, tỷ lệ BN đau nhẹ là 58,2%; đau vừa là 40,9%. Điểm VAS trung bình là $3,35 \pm 1,18$ (Bảng 5).

Bảng 5. Tình trạng đau của người bệnh sau mổ ngày thứ 3

Thang điểm VAS	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau nhẹ: VAS từ 1-3 điểm	128	58,2
Đau vừa: VAS từ 4-6 điểm	90	40,9
Đau dữ dội: VAS từ 7-10 điểm	2	0,9
Điểm VAS Trung bình	$3,35 \pm 1,18$	

Tỷ lệ BN mổ TLIF 1 tầng ngồi lần 1 được 5 phút là 52,3%; TLIF 2 tầng ngồi lần 1 được 5 phút là 77,6%; TLIF 3 tầng chưa ngồi được là 82,4% (bảng 6).

Bảng 6. Hỗ trợ vận động cho NB ngồi ngày thứ 3 sau phẫu thuật

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
TLIF 1 tầng (n=128)	Chưa thể ngồi được	1	0,8
	Đeo đai ngồi lần 1 được 5 phút	67	52,3
	Đeo đai ngồi lần 2 được 10 phút	30	23,4
	Đeo đai ngồi lần 3 được 15 phút	19	14,8
	Đeo đai ngồi lần 4 được 20 phút	11	8,6
TLIF 2 tầng (n=58)	Chưa thể ngồi được	9	18,9
	Đeo đai ngồi lần 1 được 5 phút	47	77,6
	Đeo đai ngồi lần 2 được 10 phút	2	3,4
	Đeo đai ngồi lần 3 được 15 phút	0	0
TLIF 3 tầng (n=34)	Chưa ngồi được	28	82,4
	Đeo đai ngồi lần 1 được 5 phút	6	17,6
	Đeo đai ngồi lần 2 được 10 phút	0	0

Tỷ lệ BN mổ TLIF 1 tầng đứng lần 1 được 5 phút là 68%; TLIF 2 tầng chưa đứng được là 82,8%; TLIF 3 tầng chưa đứng được là 97,1%. (Bảng 7).

Bảng 7. Hỗ trợ vận động cho NB đứng ngày thứ 3 sau phẫu thuật

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
TLIF 1 tầng (n=128)	Chưa thể đứng được	18	14,1
	Đeo đai đứng lần 1 được 5 phút	87	68,0
	Đeo đai đứng lần 2	21	16,4

	được 10 phút		
	Đeo đai đứng lần 3 được 15 phút	2	1,6
	Đeo đai đứng lần 4 được 20 phút	0	0
TLIF 2 tầng (n=58)	Chưa thể đứng được	48	82,8
	Đeo đai đứng lần 1 được 5 phút	6	10,3
	Đeo đai đứng lần 2 được 10 phút	4	6,9
	Đeo đai đứng lần 3 được 15 phút	0	0
TLIF 3 tầng (n=34)	Chưa thể đứng được	33	97,1
	Đeo đai đứng lần 1 được 5 phút	1	2,9
	Đeo đai đứng lần 2 được 10 phút	0	0

Tỷ lệ BN mổ TLIF 1 tầng chưa thể tập đi được là 87,5%; TLIF 2 tầng chưa thể tập đi được là 94,8%; TLIF 3 tầng chưa thể đi quanh phòng là 100% (Bảng 8).

Bảng 8. Hỗ trợ vận động cho NB tập đi ngày thứ 3 sau phẫu thuật

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
TLIF 1 tầng (n=128)	Chưa thể tập đi được	112	87,5
	Đeo đai tập đi được quanh giường bệnh	14	10,9
	Đeo đai tập đi được quanh phòng	2	1,6
TLIF 2 tầng (n=58)	Chưa thể tập đi được	55	94,8
	Đeo đai tập đi được quanh giường bệnh	3	5,2
	Đeo đai tập đi được quanh phòng	0	0
TLIF 3 tầng (n=34)	Chưa thể đi quanh phòng	34	100
	Đeo đai tập đi được quanh giường bệnh	0	0
	Đeo đai tập đi được quanh phòng	0	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

❖ **Điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong số 220 đối tượng tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm đa số với 72,3%, còn lại nam giới chiếm 27,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2,60. Kết quả này cho thấy nữ giới có thể có nguy cơ mắc thoái hóa thoát vị và trượt đốt sống thắt lưng cùng nhiều tầng cao hơn nam. Ngoài ra, phụ nữ bước vào giai đoạn mãn kinh hay có chu kỳ kinh nguyệt không đều gây suy giảm nồng độ estrogen, thường có nguy cơ cao mắc bệnh [4].

Độ tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 57,82 ± 11,37. Chủ yếu tỷ lệ mắc và việc điều trị phẫu thuật là cần thiết thuộc vào nhóm đối tượng nông thôn là nhiều chiếm 59,5%, nghề nghiệp tự do, kinh doanh là 39,5%. nghiên cứu cho kết quả tương tự các tác giả Võ Văn Thanh tuổi trung bình là 49,5. Parker tuổi trung bình 50,9. Sakaura tuổi trung bình là 58,6. Tuy nhiên một số tác giả nước ngoài khác cho thấy độ tuổi trung bình lớn hơn như nghiên cứu của tác giả Hayashi 61,8 [3,5,7]. Điều đó cho thấy rằng nhóm 51-70 tuổi cần được khuyến cáo thận trọng để tránh trong vấn đề thoái hóa, thoát vị dẫn đến trượt đốt sống đa tầng. Có thể do ở nhóm tuổi này cơ thể có những thay đổi mạnh mẽ về nội tiết, sinh lý, sức khỏe tâm thần, v.v. Ngoài ra, bệnh nhân thuộc nhóm này có thể mắc một số bệnh kèm theo khác làm tăng nguy cơ thoát hóa, thoát vị hoặc trượt đốt sống đa tầng. Về thời gian mắc bệnh, đa số đối tượng nghiên cứu mắc bệnh dưới 1 năm chiếm 57,3%; từ 1 – 2 năm là 29,1%.

❖ **Đặc điểm quá trình phẫu thuật.** Đa số đối tượng nghiên cứu có thời gian phẫu thuật <60 phút chiếm 73,6% thường gặp chủ yếu là những đối tượng nghiên cứu có phương pháp phẫu thuật TLIF 1 tầng; từ 60 – 80 phút chiếm 25,0% thường là 2 tầng. Còn lại là TLIF 3 tầng. Thời gian mổ ngắn thì tỷ lệ biến chứng về hồi sức, về chảy máu trong mổ, nhiễm trùng... sẽ được giảm tối thiểu. Nhưng đối với TLIF 3 tầng là một phương pháp mổ kéo dài, làm nhiều đốt sống kết hợp trong cuộc mổ thời gian bắt buộc phải bị kéo dài hơn, là một cuộc đại phẫu lớn. Nên trong và sau khi phẫu thuật người bệnh có những nguy cơ biến chứng có thể nhiều hơn mổ TLIF 1 tầng và 2 tầng. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mổ TLIF 1 tầng là 58,2%; TLIF 2 tầng là 26,4%; TLIF 3 tầng là 15,5%. Từ đây nhìn nhận đưa ra có chăng người bệnh đã tiếp cận hơn nhiều và hiểu biết hơn về phương pháp mổ cột sống này khi tất cả những phương pháp điều trị nội khoa khác thất bại. Nhưng cũng cho thấy tỷ lệ người bệnh phải phẫu thuật TLIF 3 tầng là họ đến phẫu thuật trong tình trạng khá nặng và khi đó sự ảnh hưởng nhiều đốt sống và cũng kèm theo các triệu chứng lâm sàng nặng khi đến với phẫu thuật có thể do thiếu hiểu biết, hoàn cảnh kinh tế,... Điều này càng làm cho đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng cần có những tuyên truyền, tư vấn cho người bệnh và người nhà hiểu rõ về bệnh cũng như việc chăm sóc sức khỏe cột sống là cần thiết. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi cũng đề cập tới thời gian nằm viện trung bình

của đối tượng nghiên cứu là 3,75 ngày; trong đó, từ 5 ngày trở xuống là 56,8%, 5 – 7 ngày là 29,1%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ là 1,8%.

❖ **Đặc điểm người bệnh sau phẫu thuật ngày thứ 3.** Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mạch trong giới hạn bình thường là 94,5%; nhiệt độ trong giới hạn bình thường là 95,5%; tỷ lệ người bệnh được coi là sốt >37,5°C chiếm 4,5%; huyết áp trong giới hạn bình thường là 94,1%; nhịp thở bình thường là 97,3%. Các chỉ số dấu hiệu sinh tồn của người bệnh trong giới hạn bình thường của ngày thứ 3 sau phẫu thuật là tương đối lớn. Điều này cho thấy sự phục hồi tốt sau cuộc đại phẫu. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn giúp phát hiện những bất thường của người bệnh. Ngoài ra những thay đổi về tình trạng sinh lý cơ thể, những đáp ứng về thể chất, môi trường, tâm lý đều gây ảnh hưởng đến dấu hiệu sinh tồn. Do đó, bất kỳ sự thay đổi nào của dấu hiệu sinh tồn đều cần được ghi nhận và báo với bác sĩ để có những can thiệp kịp thời. Đối tượng nghiên cứu có vết mổ khô chiếm tỷ lệ là 96,4%; vết mổ nề đỏ, chảy dịch chiếm tỷ lệ 2,7% và 0,9% bắt đầu có dấu hiệu bất thường và cần một số các quan sát, các kết quả lâm sàng và cận lâm sàng khác để chẩn đoán nhiễm khuẩn, nhiễm trùng của người bệnh. Nghiên cứu của Ji-Ho Lee, MD và cộng sự cho thấy, trong tổng số 608 bệnh nhân trải qua quá trình phẫu thuật cố định cột sống được phân thành 4 nhóm theo dõi thì kết quả sau 2 đến 3 ngày sau mổ thì sự biểu hiện nhiễm khuẩn nhiễm trùng chưa rõ rệt. Nhưng từ 4-7 ngày sau mổ, CRP và số lượng bạch cầu trung tính của nhóm IV cao hơn rõ rệt so với nhóm I và II, và từ 8-11 ngày sau mổ, số lượng CRP và bạch cầu trung tính cao hơn rõ rệt so với tất cả các nhóm. Từ 12-14 ngày sau phẫu thuật, số lượng bạch cầu trung tính của nhóm IV cao hơn đáng kể so với nhóm I và II, trong khi số lượng bạch cầu trung tính của nhóm III cũng cao hơn so với nhóm I. Giới hạn dưới của khoảng tin cậy 95% [8,9].

Người bệnh tự tiểu là 30,9% còn lại là 69,1% người bệnh cần thông tiểu. Nguyên nhân một phần ảnh hưởng do sau mổ người bệnh có sử dụng gói giảm đau sau mổ là dòng giảm đau đa phương thức trên phòng mổ nên người bệnh vẫn phải phụ thuộc sonde tiểu gần như tới ngày thứ 4. Tình trạng đại tiện bình thường trong tổng số đối tượng nghiên cứu là 96,8% gặp một số ít tiêu chảy, táo bón với tỷ lệ 3,2%.

Đau sau mổ là một phản ứng sinh bệnh lý phức tạp và do nhiều nguyên nhân khác nhau.

Việc đánh giá được mức độ đau của bệnh nhân sẽ phần nào giúp bác sĩ đưa ra được phác đồ điều trị giảm đau sau mổ hiệu quả nhất đối với bệnh nhân. Ngoài ra, mức độ đau sau phẫu thuật còn tùy thuộc vào cơ địa, sức chịu đựng, yếu tố tâm lý của mỗi bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi đau nhẹ 58,2%; đau vừa là 40,9%; đau dữ dội chiếm 0,9%.

Về vận động người bệnh chưa ngồi dậy được lớn nhất là TLIF 3 tầng chiếm 82,4%. Có 1 trường hợp chưa ngồi dậy được của TLIF 1 tầng chiếm tỷ lệ 0,8%. Có 18,9% trường hợp phẫu thuật TLIF 2 tầng chưa ngồi dậy được. Với vận động ngồi dậy sau mổ lần đầu tiên của đối tượng nghiên cứu mổ TLIF 1 tầng ngồi lần 1 được 5 phút là 52,3%. Tỷ lệ người bệnh TLIF 2 tầng ngồi lần 1 được 5 phút là 77,6%; TLIF 3 tầng ngồi dậy được là 6 trường hợp chiếm tỷ lệ 17,6%. Ở người bệnh mổ 1 tầng thì tỷ lệ ngồi dậy lần 3 lần 4 lần lượt là 14,8% và 8,6%. Nhưng với trường hợp mổ 2 tầng thì không có trường hợp nào ngồi dậy được lần 3. Còn người bệnh mổ 3 tầng thì không có trường hợp nào ngồi dậy được ở lần thứ 2. Tất cả điều này cho thấy được mức độ phẫu thuật cố định cột sống càng nhiều tầng thì khó khăn vận động của người bệnh càng nhiều trong những ngày đầu sau phẫu thuật. Với vận động cho người bệnh tập đứng tại giường, tỷ lệ người bệnh chưa đứng được sau mổ 3 ngày của TLIF 1 tầng là 14,1%. Tỷ lệ người bệnh chưa đứng được của TLIF 2 tầng là 82,8% và với TLIF 3 tầng chiếm 97,1%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mổ TLIF 1 tầng đứng lần 1 được 5 phút là 68%; TLIF 2 tầng chưa đứng được là 82,8%; TLIF 3 tầng chưa đứng được là 97,1%. Người bệnh đeo đai hỗ trợ đứng khoảng 20 phút trong mổ TLIF 1 tầng là không có trường hợp nào. Người bệnh mổ TLIF 2 tầng đứng lần 3 trong 15 phút không có trường hợp nào, và với phẫu thuật 3 tầng cũng chưa có người bệnh nào đứng lần 2 trong 10 phút. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mổ TLIF 1 tầng chưa thể tập đi được là 87,5%; TLIF 2 tầng chưa thể tập đi được là 94,8%; TLIF 3 tầng chưa thể đi quanh phòng là 100%. Nói chung về vấn đề đi lại của người bệnh sau phẫu thuật ngày thứ 3 thì trường hợp không đi lại được ở các đối tượng người bệnh mổ 1 tầng, 2 tầng và 3 tầng. Tỷ lệ đeo đai đi lại quanh giường bệnh và quanh phòng của TLIF 1 tầng lần lượt chiếm 10,9% và 1,6%. Còn đeo đai đi lại quanh giường của người bệnh mổ 2 tầng chiếm

5,2%. Với TLIF 3 tầng thì người bệnh chưa thể đi lại được trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Sau khi đánh giá kết quả chăm sóc của 220 người bệnh sau phẫu thuật TLIF tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, kết quả cho thấy, đa số đối tượng tham gia nghiên cứu cứu là nữ giới, tuổi trung bình là $57,82 \pm 11,37$. Thời gian nằm viện trung bình của đối tượng nghiên cứu là $3,75 \pm 1,12$ ngày. Về phục hồi chức năng cho người bệnh ngày thứ 3 sau phẫu thuật thì với những người bệnh mổ TLIF 1 tầng, 2 tầng ngồi, đứng, đi lại nhiều và tốt hơn người bệnh mổ 3 tầng. Cần nâng cao kiến thức chăm sóc sức khỏe y tế cho đối tượng nữ giới trong độ tuổi lao động ở các vùng nông thôn và có trình độ học vấn thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trình Văn Minh** (2012), "Giải phẫu người", Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
2. **Trần Sỹ Thắng và cộng sự**, "Khảo sát hài lòng của bệnh nhân nội trú đối với sự phục vụ của điều dưỡng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh".
3. **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 Hà Nội.
4. **Manca, A. và các cộng sự.** (2008), "Quality of life, resource consumption and costs of spinal cord stimulation versus conventional medical management in neuropathic pain patients with failed back surgery syndrome (PROCESS trial)", *Eur J Pain.* 12(8), tr. 1047-58.
5. **Martin, B. I. và các cộng sự.** (2009), "Trends in health care expenditures, utilization, and health status among US adults with spine problems, 1997-2006", *Spine (Phila Pa 1976).* 34(19), tr. 2077-84.
6. **Sakaura, H., et al.** (2013). Symptomatic Adjacent Segment Pathology after Posterior Lumbar Interbody Fusion for Adult Low-Grade Isthmic Spondylolisthesis. *Global spine journal.* 3(4): p. 219.
7. **Hayashi, H., et al.** (2015). Outcome of posterior lumbar interbody fusion for L4-L5 degenerative spondylolisthesis. *Indian Journal of Orthopaedics.* 49(3): p. 284.
8. **Ji-Ho Lee, MD,* Jae Hyup Lee, MD:** Normal Range of the Inflammation Related Laboratory Findings and Predictor of the Postoperative Infection in Spinal Posterior Fusion Surgery. *Published online Nov 16, 2012.* <https://doi.org/10.4055/cios.2012.4.4.269>
9. **S. Mironov, Сергей Павлович Миронов, +5 authors СВ Андрее.** Published 1 April 2020 *Medicine: Lumbosacral pain in athletes and ballet dancers: spondylolysis and spondylolisthesis. Conservative treatment* DOI:10.17816/VTO202027111-18. Corpus ID: 216289226