

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG CÓ LOÃNG XƯƠNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT LỖI SAU (TLIF) TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có loãng xương được phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lồi sau (TLIF) ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu với 80 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có loãng xương được phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lồi sau (TLIF) tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 – tháng 1/2024. **Kết quả:** có 80 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ chiếm 66,8%, tuổi trung bình là $63,8 \pm 7,7$. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: Hầu hết bệnh nhân đau cột sống thắt lưng, (90,0%), đau cách hồi thần kinh (47,5%), đau lan xuống chân (90,0%), dấu hiệu Lasègue gặp ở 70% bệnh nhân, dấu hiệu bậc thang gặp ở 26,2% bệnh nhân. Điểm VAS trung bình cột sống thắt lưng là $6,8 \pm 1,9$, ở chân là $6,4 \pm 2,6$. Điểm ODI trung bình là $59,8\% \pm 11,2\%$. Đa số các bệnh nhân bị ảnh hưởng chức năng cột sống mức độ trung bình và nặng chiếm 86,2%. Trên Xquang, hầu hết các bệnh nhân bị trượt đốt sống độ I (67,5%) và độ II (28,8%) với các tầng L45 (46,8%) và L5S1 (30,7%), tỉ lệ khuyết eo là 40,0%. Trên MRI: tất cả các bệnh nhân đều có thoái hoá đĩa đệm, có 77,8% bệnh nhân hẹp ống sống, 47,5% bệnh nhân hẹp lỗ liên hợp và 73,8% bệnh nhân có dày dây chằng vàng. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân trượt đốt sống có loãng xương là đau cột sống thắt lưng, lan xuống chân và có dấu hiệu cách hồi thần kinh. Trên Xquang có thể biểu hiện các mức độ trượt đốt sống khác nhau nhưng chủ yếu là độ I và độ II, thường gặp nhất ở tầng L4L5 và L5S1.

Từ khóa: trượt đốt sống thắt lưng, loãng xương, hàn xương liên thân đốt lồi sau (TLIF)

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND IMAGING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS TREATED WITH TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION (TLIF) AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with lumbar spondylolisthesis and osteoporosis undergoing transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) surgery at Viet Duc Hospital. **Methods:** A Prospective

Descriptive Study with 80 Patients with Lumbar Spondylolisthesis and Osteoporosis Undergoing Transforaminal Lumbar Interbody Fusion (TLIF) Surgery at Viet Duc University Hospital from January 2022 to January 2024. **Results:** Our study included 80 patients, predominantly female (66.8%), with an average age of 63.8 ± 7.7 years. Clinical characteristics of the patients: The majority of patients experienced lumbar spine pain (90.0%), intermittent neurogenic claudication (47.5%), and radiating pain down the leg (90.0%). The Lasègue sign was present in 70% of patients, and the step-off sign was found in 26.2% of patients. The average Visual Analog Scale (VAS) score for lumbar spine pain was 6.8 ± 1.9 , and for leg pain, it was 6.4 ± 2.6 . The average Oswestry Disability Index (ODI) score was $59.8\% \pm 11.2\%$, with the majority of patients (86.2%) experiencing moderate to severe functional impairment of the spine. Radiological findings: On X-ray, most patients had Grade I spondylolisthesis (67.5%) and Grade II spondylolisthesis (28.8%), predominantly at L4-L5 (46.8%) and L5-S1 (30.7%) levels, with a spondylolysis rate of 40.0%. MRI findings revealed that all patients had disc degeneration, with 77.8% having spinal canal stenosis, 47.5% having foraminal stenosis, and 73.8% showing thickening of the ligamentum flavum. **Conclusion:** The prominent clinical symptoms of patients with lumbar spondylolisthesis and osteoporosis include lumbar spine pain radiating down the leg and intermittent neurogenic claudication. On X-ray, varying degrees of spondylolisthesis can be observed, predominantly at Grade I and Grade II, most commonly found at the L4-L5 and L5-S1 levels. **Keywords:** Lumbar spondylolisthesis, osteoporotic, transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống thắt lưng là sự di chuyển bất thường ra trước hoặc ra sau của đốt sống phía trên so với đốt sống phía dưới vùng thắt lưng. Hệ quả là làm thay đổi cấu trúc giải phẫu và mất vững cột sống. Bệnh lí có tỉ lệ mắc vào khoảng 6% dân số. Có nhiều nguyên nhân gây ra trượt đốt sống, trong đó khuyết eo và thoái hoá là các nguyên nhân thường gặp nhất.

Biểu hiện lâm sàng của trượt đốt sống thắt lưng rất đa dạng và phong phú, có thể bệnh nhân chỉ biểu hiện đau lưng, đau theo rễ thần kinh hoặc phối hợp cả hai, đôi khi không có triệu chứng gì cả nên dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lí khác vùng thắt lưng.

Ngày nay cùng với sự gia tăng tuổi thọ của con người là những gánh nặng bệnh tật do thời

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

gian đem lại như: tim mạch, cao huyết áp, tiểu đường, loãng xương... Trong đó bệnh loãng xương đang được coi là một "bệnh dịch âm thầm" lan rộng khắp thế giới, ngày càng có xu hướng gia tăng và trở thành gánh nặng cho y tế cộng đồng. Tại Việt Nam, trong một nghiên cứu 4200 người tại thành phố Hồ Chí Minh có 45% người trên 50 tuổi, trong số này có tới 14% nữ và 5% nam được chẩn đoán loãng xương.⁸

Về điều trị, trượt đốt sống thắt lưng có thể được điều trị bảo tồn, phẫu thuật, y học cổ truyền và phục hồi chức năng. Đối với các bệnh nhân có biểu hiện mất vững cột sống, có biểu hiện chèn ép thần kinh làm suy giảm chức năng cột sống, gây yếu cổ bàn chân cần phải phẫu thuật. Phẫu thuật bao gồm: giải ép thần kinh, nắn chỉnh và làm vững lại cấu trúc cột sống là các vấn đề cần bàn trong điều trị bệnh lý này. Tuy nhiên để phẫu thuật trượt đốt sống cho bệnh nhân loãng xương là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên trên toàn thế giới do bệnh nhân thường là người cao tuổi với nhiều bệnh lý nền và chất lượng xương kém dẫn đến nguy cơ mất máu, thất bại trong cố định cột sống, không liền xương... Do đó việc quyết định thực hiện phẫu thuật một cách vừa đủ cho bệnh nhân cần được cân nhắc và tính toán kỹ càng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 80 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có loãng xương được phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lồi sau (TLIF) tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 – tháng 1/2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng 1-2 tầng có kết quả đo mật độ xương Tscore < - 2,5, được phẫu thuật hàn xương liên thân đốt lồi sau (TLIF).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng, chống chỉ định gây mê (suy tim nặng, bệnh phổi nặng,...), bệnh nhân có thông tin không đầy đủ.

Các tham số nghiên cứu: Các thông tin chung thu thập như tuổi, giới. Về lâm sàng triệu chứng đau cột sống thắt lưng, đau chân theo thang điểm VAS. Triệu chứng thực thể gồm dấu hiệu rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, ODI... Trên Xquang đánh giá mất vững cột sống, độ trượt đốt sống. Trên cộng hưởng từ đánh giá tình trạng hẹp ống sống.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được

đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n=80)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 40	0
	Từ 40 - 59	22
	≥ 60	58
	Tổng	80
	Mean ± SD	63,8 ± 7,7
	Min - Max	48 - 75

Bảng 3.2. Phân bố theo giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Số lượng (n=80)	Tỷ lệ %
Nam	25	31,2
Nữ	55	68,8

Nhận xét: BN thuộc nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 72,5%

Độ tuổi trung bình là 63,8 ± 7,7. BN nhỏ tuổi nhất là 48, lớn tuổi nhất là 75

Bệnh gặp nhiều hơn ở nữ giới (68,8%)

3.1.2. Nghề nghiệp

Bảng 3.3. Phân bố theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng (n=80)	Tỷ lệ %
Làm ruộng	24	30,0
Công nhân	16	20,0
Văn phòng	11	13,8
Hưu trí	29	36,2
Tổng	80	100

Nhận xét: Nhóm ngành nghề làm ruộng và hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 30,0% và 36,2%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.4. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Số lượng NB (n=80)	Tỷ lệ %
Đau cột sống thắt lưng	72	90,0
Đau lan một chân	31	38,8
Đau lan hai chân	41	51,3
Đau cách hồi thần kinh	38	47,5
Rối loạn cảm giác	68	85,0

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân có triệu chứng đau cột sống thắt lưng (90,0%), đau cách hồi thần kinh (47,5%), đau lan xuống chân (90,0%).

3.2.2. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.5. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng và dấu hiệu	Số lượng NB (n=80)	Tỷ lệ %
Có dấu hiệu bậc thang	21	26,2
Lasègue	56	70,0
Tê bì, dị cảm, giảm cảm giác	68	85,0
Rối loạn vận động	16	20,0
Rối loạn cơ tròn	1	1,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số NB có triệu chứng rối loạn cảm giác (85,0%), dấu hiệu Lasègue gặp ở 70% bệnh nhân, dấu hiệu bậc thang gặp ở 26,2% bệnh nhân.

3.2.3. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Bảng 3.6. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

VAS	Trước mổ (n=80)
Lưng	6,8 ± 1,9
Chân	6,4 ± 2,6

Nhận xét: Trước mổ, người bệnh đau ở các mức độ khác nhau, trong đó điểm VAS trung bình cột sống thắt lưng là 6,8 ± 1,9, ở chân là 6,4 ± 2,6.

3.2.4. Đánh giá mức độ giảm chức năng cột sống trước mổ (ODI)

Bảng 3.7. Mức độ giảm chức năng cột sống (ODI)

Mức độ ảnh hưởng	Số lượng (n=80)	Tỷ lệ (%)
Mức 1: Không ảnh hưởng (<10%)	0	0
Mức 2: Mất chức năng nhẹ (10-29%)	10	12,5
Mức 3: Mất chức năng trung bình (30-49%)	26	32,5
Mức 4: Mất chức năng nặng (50-69%)	43	53,7
Mức 5: Hoàn toàn mất chức năng (≥70%)	1	1,3
Tổng	80	100
Mean ± SD	59,8%±11,2%	
Min - max	18%-78%	

Nhận xét: Trước mổ, đa số các bệnh nhân bị ảnh hưởng chức năng cột sống mức độ trung bình và nặng chiếm 86,2% và ODI trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 59,8% ± 11,2%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Đặc điểm trượt đốt sống trên phim X-quang

Bảng 3.8. Số tầng trượt trên Xquang

Số tầng trượt	Số lượng NB (n=80)	Tỷ lệ %
1 tầng	51	63,8
2 tầng	27	33,8
3 tầng	2	2,4
4 tầng	0	0

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân bị trượt đốt sống 1 tầng (63,8%) và 2 tầng (33,8%).

Bảng 3.9. Tầng trượt, dấu hiệu khuyết eo và hẹp khe liên thân đốt sống trên Xquang

	Số lượng	Tỷ lệ %
Tầng trượt (n=111)	L12	0
	L23	7
	L34	18
	L45	52
	L5S1	34
Khuyết eo (n=80)	32	40,0
Hẹp khe liên thân đốt sống (n=80)	68	85,0

Nhận xét: - Hầu hết các bệnh nhân bị trượt đốt sống L45 (46,8%) và L5S1 (30,7%).

- Tỷ lệ khuyết eo là 40,0%

- Tỷ lệ hẹp khe liên thân đốt sống là 85,0%.

Bảng 3.10. Đặc điểm hình ảnh trên Xquang động

Đặc điểm trên Xquang động	Số lượng (n=80)	Tỷ lệ %
Mức độ TDS	Độ I	54
	Độ II	23
	Độ III	3
Tăng độ trượt	Có	58
	Không	22

Nhận xét: - Hầu hết các bệnh nhân bị trượt đốt sống độ I (67,5%) và độ II (28,8%).

- Có 72,5% bệnh nhân tăng độ trượt trên Xquang động

3.3.2. Đặc điểm trên cộng hưởng từ (MRI)

Bảng 3.11. Đặc điểm trên MRI

Hướng thoát vị	Số lượng (n=80)	Tỷ lệ %
Thoái hoá đĩa đệm	80	100
Dày dây chằng vàng	59	73,8
Hẹp ống sống	62	77,8
Hẹp lỗ liên hợp	38	47,5

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân đều có thoái hoá đĩa đệm, có 77,8% bệnh nhân hẹp ống sống, 47,5% bệnh nhân hẹp lỗ liên hợp và 73,8% bệnh nhân có dày dây chằng vàng

3.3.3. Đặc điểm loãng xương của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.12. Đặc điểm T-Score

Chỉ số	T-Score CSTL	T-Score cổ xương đùi
N=80	-3,04 ± 0,55	-1,63 ± 0,67
Nam (n=25)	-3,91 ± 0,16	-1,5 ± 0,12
Nữ (n=55)	-2,92 ± 0,52	-1,64 ± 0,71
	P=0,12	P=0,76

Nhận xét: Chỉ số T-Score trung bình CSTL là -3,04 ± 0,55, cổ xương đùi là -1,63 ± 0,67. Tất cả các bệnh nhân có T-Score ở CSTL thuộc mức loãng xương với T-Score < -2,5.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $63,8 \pm 7,7$ và bệnh gặp nhiều hơn ở nữ giới (68,8%). Trong nghiên cứu của Võ Văn Thanh¹, độ tuổi trung bình là $49,5 \pm 10,1$ còn nghiên cứu của Parker² có tuổi trung bình là $50,9 \pm 11,8$. Tỷ lệ nữ gặp nhiều gấp 4 lần nam giới trong nghiên cứu của Venkata Ramesh³.

Chỉ số Tscore trong nghiên cứu của chúng tôi là $-3,04 \pm 0,55$. Bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng có loãng xương có tuổi cao, chất lượng xương kém và có kèm theo nhiều bệnh lý nền, đây là khó khăn khi phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân này. Đặc biệt là nguy cơ thất bại trong cố định cột sống: lỏng vít, nhổ vít và không liền xương. Weiser⁶ và cộng sự đã nghiên cứu và đưa ra mối liên quan mật thiết giữa mật độ xương và độ vững chắc của vít ($r^2 = 0,839$). Khi mật độ xương $\leq 90 - 100 \text{ mcg/cm}^3$ dự báo trước khả năng lỏng vít và nhổ vít.

Hầu hết các bệnh nhân có triệu chứng đau cột sống thắt lưng (90,0%), đau cách hồi thần kinh (47,5%), đau lan xuống chân (90,0%). Trong các nghiên cứu của các tác giả trong nước ở các bệnh nhân không loãng xương cũng có kết quả tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Nguyễn Vũ⁴, 100% bệnh nhân đau cột sống thắt lưng và có triệu chứng chèn ép rễ thần kinh. Phan Trọng Hậu⁵: 91% bệnh nhân đau cột sống thắt lưng và có 80% bệnh nhân có triệu chứng chèn ép rễ thần kinh.

Nghiên cứu của chúng tôi có 47,5% bệnh nhân có triệu chứng đau cách hồi thần kinh. Đây là triệu chứng được cho là do hẹp ống sống do trượt đốt sống thoái hoá. Khi bệnh nhân đi lại, đốt sống mất vững có thể gây hẹp ống sống và phù nề hệ thống tĩnh mạch dẫn đến ống sống bị hẹp và chèn ép thần kinh gây ra triệu chứng đau cách hồi cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số NB có triệu chứng rối loạn cảm giác (85,0%), dấu hiệu Lasègue gặp ở 70% bệnh nhân, dấu hiệu bậc thang gặp ở 26,2% bệnh nhân. Dấu hiệu bậc thang là một dấu hiệu có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán trượt đốt sống thắt lưng, tuy nhiên dấu hiệu này không phải lúc nào cũng có, thường gặp hơn ở các bệnh nhân trượt đốt sống nặng, do khuyết eo. Trong nghiên cứu của Nguyễn Vũ có 23,3% bệnh nhân có dấu hiệu bậc thang, 87,7% bệnh nhân có Lasègue dương tính.

Mức độ đau lưng và đau chân trong nghiên cứu của chúng tôi ở các mức độ khác nhau với VAS trung bình cột sống thắt lưng là $6,8 \pm 1,9$, ở chân là $6,4 \pm 2,6$. Trong nghiên cứu của Fei

Dai⁷, điểm VAS trung bình là $7,46 \pm 1,67$. Đây cũng là nguyên nhân khiến các bệnh nhân đến viện và gây giảm chức năng cột sống. Mức độ giảm chức năng cột sống được chúng tôi lượng giá theo thang điểm ODI, chức năng cột sống mức độ trung bình và nặng chiếm 86,2% và ODI trung bình là $59,8\% \pm 11,2\%$. Trong nghiên cứu của Fei Dai⁷, các bệnh nhân có ODI trung bình là 54,02%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân bị trượt đốt sống 1 tầng (63,8%) và 2 tầng (33,8%) trên Xquang ở các tầng L45 (46,8%) và L5S1 (30,7%). Tỷ lệ khuyết eo là 40,0%. Hầu hết các bệnh nhân bị trượt đốt sống độ I (67,5%) và độ II (28,8%). Có 72,5% bệnh nhân tăng độ trượt trên Xquang động. Hình ảnh khuyết eo rất có giá trị trong chẩn đoán trượt đốt sống, Standaert C.J và cộng sự thấy có khoảng 20% bệnh nhân khuyết eo được chẩn đoán qua Xquang nghiêng quy ước. Tuy nhiên trên Xquang không phải trường hợp nào cũng thấy được dấu hiệu khuyết eo mà đôi khi phải chụp CLVT và MRI. Trượt L4L5 là hay gặp nhất là do đây là vị trí bản lề nên biên độ vận động lớn. Kèm với L5 là đốt sống có gai ngang to, là nơi bám của nhiều dây chằng và cơ thắt lưng chậu, trong khi đó L4 có gai ngang nhỏ hơn và có ít dây chằng bám hơn do đó trượt L4 hay xảy ra hơn so với trượt L5 và các đốt sống khác. Trên Xquang động có 72,5% bệnh nhân có tăng độ trượt đốt sống so với Xquang thẳng nghiêng, do đó Xquang động mới là tiêu chuẩn vàng để phát hiện mất vững cột sống cũng như trượt đốt sống chứ không phải Xquang thẳng nghiêng.

Tất cả các bệnh nhân đều có thoái hoá đĩa đệm, có 77,8% bệnh nhân hẹp ống sống, 47,5% bệnh nhân hẹp lỗ liên hợp và 73,8% bệnh nhân có dày dây chằng vàng. Chụp MRI là phương pháp chẩn đoán hình ảnh không thể thiếu trong chẩn đoán trượt đốt sống vì giúp đánh giá tốt nhất phần mềm cột sống như: thoái hoá đĩa đệm, dày dây chằng vàng, phì đại khớp,... qua đó giúp lên phương án phẫu thuật phù hợp nhất cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân trượt đốt sống có loãng xương là đau cột sống thắt lưng, lan xuống chân và có dấu hiệu cách hồi thần kinh. Trên Xquang có thể biểu hiện các mức độ trượt đốt sống khác nhau nhưng chủ yếu là độ I và độ II, thường gặp nhất ở tầng L4L5 và L5S1.

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 sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Parker, S.L, et al.** Utility of minium clinically important difference in assessing pain, disability, and health state transforaminal lumbar interbody fusion for degenerative lumbar spondylolithesis. *Journal of Neurosurgery*. 2011;14(5):598-604.
 3. **Chandra Vemula VR, Prasad BC, Jagedeesh MA, Vuttarkar J, Akula SK.** Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion using bone cement-augmented pedicle screw for lumbar spondylolithesis in patients with osteoporosis. Case series and review of literature. *Neural India*. 2018;66(1):118-125.
 4. **Nguyễn Vũ (2015).** Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phương pháp cố định cột sống qua cuống kết hợp hàn xương liên thân đốt. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 5. **Phan Trọng Hậu.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trượt đốt sống thắt lưng do hở eo ở người trưởng thành. Học viện Quân Y. Published online 2006.
 6. **Manual Of Spine Surgery,** Cement Augmentation of Pedicle Screw Fixation, Springer Heidelberg New York Dordrecht London, 351-359.
 7. **Dai F, Liu Y, Zhang F, et al.** Surgical treatment of the osteoporotic spine with bone cement-injectable cannulated pedicle screw fixation: technical description and preliminary application in 43 patients. *Clinics (Sao Paulo)*. 2015;70(2): 114 – 119.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CẤP MỨC ĐỘ NHẸ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH YÊN BÁI NĂM 2024

**Lê Đức Thuận¹, Hoàng Tiên Hảo¹,
Ngô Hùng Cường¹, Nguyễn Văn Chúc¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị nhồi máu não cấp mức độ nhẹ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu** là những bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp trong vòng 24 giờ từ khi khởi phát có NIHSS ≤ 4 điểm, trên 18 tuổi, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái từ tháng 1/2024 đến tháng 7/2024, theo dõi kết cục lâm sàng sau khi ra viện 03 tháng. **Kết quả:** Tổng số đối tượng nghiên cứu là 33 bệnh nhân, trong đó tỉ lệ nam/nữ = 1,35/1. Tuổi trung bình: 66.52 ± 12.97 , nhóm tuổi trên 45 tuổi chiếm tỉ lệ 90,9%, nhóm tuổi dưới 45 tuổi chiếm tỉ lệ 9,1%. Số bệnh nhân nhập viện 6 giờ - 24 giờ sau khởi phát chiếm tỉ lệ cao nhất 45,5%. Trong các yếu tố nguy cơ, thường gặp nhất là tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa lipid lần lượt là 90,9% và 84,8%, đái tháo đường 15,2% và đột quỵ não cũ 21,2%. Phân loại theo TOAST, nguyên nhân bệnh mạch máu nhỏ chiếm tỉ lệ cao nhất 63,6%, thuyên tắc mạch từ tim chiếm 12,1%. Tại thời điểm ra sau ra viện 03 tháng, bệnh nhân phục hồi tốt có điểm mRS 0 -1 chiếm 87,9%. Bệnh nhân có tiền sử đột quỵ trước đó và hẹp mạch máu lớn có nguy cơ tiến triển nặng và kết quả phục hồi thần kinh kém. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm lâm sàng riêng biệt ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não mức độ nhẹ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái với tỷ lệ hồi phục cao, căn nguyên mạch máu nhỏ

chiếm phần lớn. Tiền sử đột quỵ não cũ và hẹp mạch máu lớn là yếu tố tiên lượng nguy cơ tiến triển nặng và kết quả phục hồi thần kinh kém ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não mức độ nhẹ.

Từ khóa: Nhồi máu não cấp

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, PROCOLICYLISTS, RESULTS OF TREATMENT OF PERSONS WITH MILD ACUTE CEREBRAL INFARCTION

Objective: To find out the clinical, paraclinical and treatment results of mild acute cerebral infarction at the Yên Bái Province hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. The study subjects were patients with confirmed diagnosis of acute cerebral infarction within 24 hours of onset with NIHSS score ≤ 4 , over 18 years old, treated at Yên Bái Province hospital since 1/ 2024 to 8/2024, follow-up clinical outcomes after 3 months of discharge. **Results:** The total number of study subjects was 33 patients, in which the male/female ratio = 1,35/1. Mean age: 66.52 ± 12.97 , the age group over 45 years old accounted for the largest rate 90,9%, the age group under 45 years old accounted for the lowest rate 9.1%. The number of patients hospitalized after onset 6 hours - 24 hours after onset accounted for the highest rate of 45,5%. Among the risk factors, the most common were hypertension and lipid metabolism disorders, respectively 90,9% and 84,8%, diabetes 15,2% and old cerebral stroke 21,2%. Classification according to TOAST, the cause of small vessel disease accounted for the highest rate of 63,6%, embolism from the heart accounted for 12,1%. At the time of discharge after 3 months of discharge, patients with good recovery had mRS score of 0 -1, accounting for 87,9%. Patients with pre-medical history stroke and

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Thuận

Email: ducthuanhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024