

DÁNH GIÁ LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG BỆNH LÝ BẰNG PHẪU THUẬT NẸP VIS QUA CUỐNG SỐNG TẠI BỆNH VIỆN 103

NGUYỄN HÙNG MINH, NGUYỄN XUÂN PHƯƠNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống là một nhóm bệnh hay gặp trong ngoại khoa nói chung và trong chuyên ngành phẫu thuật thần kinh nói riêng. Nguyên nhân của trượt đốt sống do hở eo, do thoái hoá cột sống, sau phẫu thuật hay can thiệp vào cột sống và sau chấn thương. Trong đó hay gặp nhất là do hở eo và do thoái hoá cột sống. Theo thống kê có tới 4 -8% dân số bị hở eo, trong số đó khoảng 65% dẫn tới trượt đốt sống. Bệnh thường gặp ở cột sống thắt lưng, ít gặp ở đốt sống cổ và ngực.

Bệnh trượt đốt sống bác sỹ Herbinaux phát hiện vào năm 1782. Năm 1854, Kilian đưa ra thuật ngữ trượt đốt sống (Spondylolisthesis), có nguồn gốc từ tiếng Hy Lạp với spondylos có nghĩa là đốt sống (Vertebra) và olisthy có nghĩa là trượt (to slip or slide).

Tại Việt Nam, Sự phát triển của khoa học kỹ thuật và sự phát triển của chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh, trong đó cộng hưởng từ đã được áp dụng phổ biến trong chẩn đoán đã làm rõ hơn về bệnh trong

chẩn đoán và chỉ định điều trị. Về phương pháp điều trị thì phẫu thuật là phương pháp điều trị cơ bản, có nhiều phương pháp phẫu thuật đã và đang được áp dụng bao gồm : phẫu thuật Gill đơn thuần, phẫu thuật Gill kết hợp với ghép xương sau bên, phẫu thuật ghép xương kết hợp với cố định cột sống qua cuống với nhiều loại dụng cụ phương tiện cố định cột sống qua cuống, trong đó có cả phương tiện sản xuất trong nước và ngoài nước đã có những báo cáo về phẫu thuật trong điều trị trượt đốt sống bằng những dụng cụ và phương pháp khác nhau. Chúng tôi cũng xin báo cáo về lâm sàng và hiệu quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng nẹp vis titanium

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Các bệnh nhân được chẩn đoán trượt đốt sống thắt lưng bệnh lý, được phẫu thuật qua đường sau tại khoa phẫu thuật thần kinh Bệnh Viện 103 từ tháng 12 – 2009 đến tháng 6 – 2010

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu mô tả
- Chọn mẫu
- + Chọn mẫu không xác suất
- + Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán trượt đốt sống bệnh lý tại khoa phẫu thuật thần kinh Bệnh Viện 103 từ tháng 12 – 2009 đến tháng 6 – 2010

- Phân loại độ trượt theo Meyerding chia thành 4 độ.

Độ I: Đốt sống trượt di lệch trong vòng 1/4 chiều rộng của than đốt sống dưới

Độ II: Đốt sống trượt di lệch trong vòng từ 1/4 đến 1/2 chiều rộng của thân đốt sống dưới

Độ III: Đốt sống trượt di lệch trong vòng từ 1/2 đến 3/4 chiều rộng của thân đốt sống dưới

Độ IV: Đốt sống trượt di lệch lớn hơn 3/4 chiều rộng của thân đốt sống dưới

- Chẩn đoán hình ảnh X- quang và cộng hưởng từ để xác định:

- + Vị trí trượt
- + Độ trượt
- + Góc gù
- + Đánh giá mức độ trượt trước sau
- + Đánh giá mức độ tổn thương chèn ép thần kinh
- Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 10.0 để phân tích xử lý số liệu

- Nhận xét kết quả. So sánh kết quả với các tác giả khác, bàn luận và kết luận

KẾT QUẢ

1. Tuổi và giới tính.

Giới	Tuổi					Tổng
	< 30	30-40	40-50	50-60	> 60	
Nam	0	2	2	1	1	6
Nữ	0	4	15	8	3	30
Tổng	0	6	17	9	4	36

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy trượt đốt sống thắt lưng gặp chủ yếu ở lứa tuổi từ 40-50 tuổi, chiếm tới 47,2 % và giới tính nữ chiếm 83,3 %. Ở lứa tuổi này bệnh nhân vẫn còn tham gia lao động sản xuất và làm việc xã hội. triệu chứng : mỗi lưng, đau lưng, khó đi, tê chân khi làm việc và ngồi lâu sẽ ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng công việc.

2. Nguyên nhân.

Nguyên nhân	Số lượng
Hở eo bẩm sinh	17 (47,2%)
Thoái hoá cột sống	14 (38,9%)
Sau can thiệp vào cột sống	3 (8,3%)
Tiền sử chấn thương	2 (5,5%)

Chúng tôi thấy chủ yếu là do nguyên nhân hở eo bẩm sinh, chiếm tới 47,2 %. nguyên nhân do thoái hoá là 38,9 %, chỉ có 3 trường hợp do sau mổ thoát vị đĩa đệm và còn lại là không rõ nguyên nhân hay bệnh nhân có tiền sử chấn thương nhẹ không rõ ràng. Thường chúng tôi thấy những bệnh nhân hở eo bẩm sinh thường kèm theo thoái hoá từ ít đến nhiều và đây nhóm nguyên nhân là chiếm tỷ lệ chủ yếu. Có trường hợp bệnh nhân trên phim không có hình ảnh

thoái hoá, hở eo và tuổi còn trẻ. Trường hợp này bệnh nhân có tiền sử chấn thương cột sống nhẹ, chụp phim lúc chấn thương không có hình ảnh tổn thương và họ dễ dàng bỏ qua, lao động sản xuất bình thường dần dần qua thời gian những sang chấn đó làm mất sinh lý cột sống sẽ gây nên trượt

3. Vị trí trượt.

Vị Trí	Đốt sống	Số lượng
Thắt lưng cao	L I	0
	L II	0
	L III	4 (11,2%)
Thắt lưng thấp	L IV	20 (55,5%)
	L V	12 (33,3 %)

Chúng tôi gặp phần lớn là trượt đốt sống L4 và L5, chiếm tới 88,9%. Trong đó trượt đốt sống L4 gặp 55,5%. Chỉ có một trường hợp là trượt đốt sống thắt lưng cao L3, trường hợp này trượt cả hai đốt sống L3 và L4.

97,2 % là trượt ra trước, chúng tôi chỉ gặp một trường hợp là trượt đốt sống L4 ra sau.

Trong nghiên cứu chúng tôi cũng thấy 94,4% là trượt một đốt sống, chúng tôi gặp hai trường hợp là trượt hai đốt sống đó là trượt L3, L4 và trượt L4, L5. Cả hai trường hợp này đều được chúng tôi phẫu thuật nẹp 6 vis cho kết quả tốt.

4. Triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng
Đau cột sống thắt lưng	36
Đau kiểu rễ	34
Cong vẹo cột sống	4
Dấu hiệu bậc thang	36
rối loạn vận động	36
rối loạn cảm giác	34
rối loạn phản xạ	2
Scho ber	13/10

Hầu hết các bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng điển hình. Đau cột sống, rối loạn vận động, rối loạn cảm giác, dấu hiệu đi cách hồi, dấu hiệu bậc thang gặp ở tất cả các bệnh nhân. Cùng với hình ảnh cộng hưởng từ thì việc chẩn đoán không gặp nhiều khó khăn. Tuy vậy cần phải xác định rõ mức độ trượt, di lệch gập góc, xoay, định khu rễ thần kinh bị chèn ép để xác định phương pháp mổ và mức độ giải phóng chèn ép.

5. Kỹ thuật mổ.

Kỹ thuật mổ	Số lượng
Cố định nẹp vis qua cuống	36
Cắt cung sau	36
Mở rộng lỗ ghép	36
Lấy đĩa đệm	27
Ghép xương thân đốt	5
Ghép xương lối bên	36

Tất cả các trường hợp chúng tôi đều thực hiện cắt cung sau, mở rộng lỗ ghép, lấy đĩa đệm nếu có kèm thoát vị đĩa đệm chèn ép thần kinh và được ghép xương lối bên và ghép xương thân đốt. Cố định cột sống qua cuống sống bằng nẹp vis titanium, không cố định rod ngang.

6. Tai biến trong mổ.

Tai Biến	Số lượng
Chảy máu	0
Rách màng cứng	1
Tổn thương rễ	0
Vỡ cuống sống	0
Gãy vis	0

Tất cả các bệnh nhân phẫu thuật đều được dự trữ một đơn vị máu cùng nhóm truyền trong quá trình phẫu thuật. Sự dự trữ máu này chúng tôi thấy bệnh nhân đều ổn định trong và sau phẫu thuật, hạn chế được các rối loạn cơ năng có thể xảy ra. Chúng tôi cũng gây tổn thương rách màng cứng một trường hợp do bệnh nhân bị trượt thời gian lâu, gây viêm dính dây chằng vàng và màng cứng nhiều, trường hợp này đã được chúng tôi khâu màng cứng kèm trám cơ nghiên cho kết quả tốt sau mổ.

7. Biến chứng sau mổ.

Biến Chứng	Số lượng
Chảy máu	0
Đau kiểu rễ sau mổ	0
Chướng bụng	17
Viêm rò	0
Nhiễm khuẩn	0

Thường chúng tôi rút dẫn lưu vết mổ sau 48 giờ và không có trường hợp nào chảy máu vết mổ. Cũng không có trường hợp nào bị viêm rò, nhiễm khuẩn vết mổ cũng như nhiễm khuẩn toàn thân. Có tới 50 % bệnh nhân bị chướng bụng sau mổ trong khoảng từ 2 -3 ngày đầu và các bệnh nhân đều được dùng thuốc giảm đau trong 2 ngày đầu sau phẫu thuật.

8. Phục hồi sau phẫu thuật.

a. Vận động.

Thời gian (ngày)	Số lượng
< 7	8 (22,2%)
7 - 10	20 (55,5%)
10 - 12	5 (13,9%)
> 12	2 (5,4%)

Qua theo dõi chúng tôi thấy phần lớn bệnh nhân tập ngồi và tập đi lại nhẹ vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10. Ở những bệnh nhân trẻ tuổi thì thời gian tập vận động trở lại sớm hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp liệt hai chi dưới trước phẫu thuật thì sau phẫu thuật chúng tôi vẫn chưa thấy có sự cải thiện về vận động.

b. Cảm giác và Phản xạ

	Cảm giác	Phản xạ	Thời gian (Ngày)
Số lượng	35 (97,2%)		10

Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều giảm cảm giác đau kiểu chèn ép rễ ngay sau phẫu thuật, những cảm giác dị cảm đều giảm sau đó 7- 8 ngày, bệnh nhân cảm giác rễ chịu hơn so với trước mổ. Những biểu hiện về thay đổi phản xạ chúng tôi vẫn chưa thấy có sự thay đổi gì rõ rệt trong giai đoạn này.

9. Đánh giá về nẹp Vis.

Đoạn cột sống	Số lượng Rod		Số lượng vis	
	Rod ngắn	Rod dài	Vis 4.0	Vis 4.5
L3-L4	8		8	8
L4-L5	38			76
L5-S1	22		22	22
L3-L4-L5		2	2	4
L4-L5-S1		2		6
Tổng	68	4	32	116

Chúng tôi sử dụng 36 bộ nẹp, 72 thanh rod và 148 vis. Có 34 bệnh nhân được cố định một đơn vị vận động, có 2 bệnh nhân được cố định 3 đốt sống. Đường kính rod là 6mm và cũng là đường kính của vis. Chiều dài của vis mà chúng tôi sử dụng là 4,0 và 4,5 cm, tùy từng trường hợp cụ thể mà chúng tôi áp dụng loại nào cho phù hợp.

BÀN LUẬN

1. Tuổi - giới tính và nghề nghiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ chiếm chủ yếu. Kết quả này phù hợp với kết quả của các tác giả trong nước như Nguyễn Danh Đô viện 175, Phan Trọng Hậu viện 108, Nguyễn Ngọc Khang và Bùi Huy Phụng. Nhưng trong nghiên cứu của Morita công bố số liệu 385 bệnh nhân trong đó có 308 là nam giới, chiếm 81%. Sự chênh lệch này được giải thích là do đặc tính lao động nặng nhọc của nam giới hơn nữ giới. Sự khác biệt này theo chúng tôi có thể là do điều kiện kinh tế xã hội nước ta còn thấp nên phụ nữ vẫn phải lao động nặng nhọc như nam giới, nhất là trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy đến 80% bệnh nhân là công nhân và nông dân lao động chân tay. Chúng tôi cũng đồng ý với quan điểm của Virta cho rằng phụ nữ mang thai nhiều lần có nguy cơ trượt đốt sống cao hơn so với phụ nữ không sinh con hoặc sinh ít con hơn. Như vậy những yếu tố lao động nặng nhọc, thai sản, xu hướng trượt tiến triển hay gặp ở nữ giới góp phần làm tăng tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới.

Chúng tôi gặp ở lứa tuổi từ 35 – 60 chiếm 85% và công nhân, nông dân lao động chân tay là chủ yếu. Đây là lứa tuổi bệnh nhân đang còn phải lao động nặng nhọc và làm việc nhiều trong khi đó nguyên nhân chủ yếu của trượt là do hở eo và do thoái hoá vì vậy sẽ làm cho tỷ lệ mắc bệnh trong lứa tuổi này cao hơn rõ rệt. Sự phẫu thuật sớm và hiệu quả sẽ làm giảm tỷ lệ biến chứng của bệnh và trả lại khả năng lao động cho người bệnh.

2. Tính chất trượt

Trong các nghiên cứu của các tác giả trong nước như Bùi Huy Phụng tỷ lệ trượt L4 là 50%, Nguyễn Danh Đô là 70%, Nguyễn Ngọc Khang là 77%. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của các tác giả trên với tỷ lệ trượt L4,L5 là 76%. Tỷ lệ trượt 2 đốt sống là 5%, có một trường hợp trượt ngược. Trong các tạp chí nước ngoài thì tỷ lệ trượt L4,L5 là rất hiếm gặp, chúng tôi chưa có sự giải thích thoả đáng vấn đề này, tuy vậy chúng tôi nhận thấy ở cột sống thì đốt sống L4, L5 là chịu lực nhiều nhất và là bản lề cột sống. Mặt khác thì tổn thương hở eo thường xảy ra ở vị trí này, đặc điểm này có thể làm cho trượt L4, L5 gặp nhiều hơn so với các vị trí khác.

3. Triệu chứng lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 100% bệnh nhân đau cột sống thắt lưng, 70% bệnh nhân đau lan xuống chân kiểu chèn ép rễ, dấu hiệu đi cách hồi gặp 80%. Đây là những triệu chứng mà bệnh nhân phải đi nhập viện. Tất cả bệnh nhân đều có dấu hiệu bậc thang rõ, triệu chứng này có ý nghĩa nhất trong chẩn

đoán. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của Phan Trọng Hậu và Bùi Huy Phụng.

Có nhiều nguyên nhân gây đau trong bệnh nhưng hẹp lỗ ghép vẫn là nguyên nhân chủ yếu. Việc khám xét lâm sàng cần xác định đúng định khu tổn thương rễ bị chèn ép, kết hợp với cận lâm sàng đặc biệt là hình ảnh cộng hưởng từ để quyết định vị trí và mức độ giải phóng chèn ép một cách chính xác và thoả đáng.

4. Kỹ thuật mổ

Tất cả các trường hợp đều được chúng tôi phẫu thuật giải phóng chèn ép, ghép xương thân đốt và ghép xương lối bên, nắn chỉnh biến dạng cột sống và cố định cột sống qua cuống bằng nẹp vis titanium.

Các tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất quan điểm là phải cắt cung sau kèm dây chằng vàng giải ép, mở rộng lỗ ghép trong phẫu thuật trượt đốt sống. Chúng tôi chỉ tiến hành lấy đĩa đệm khi trên hình ảnh cộng hưởng từ và trong phẫu thuật kiểm tra có kèm thoát vị đĩa đệm ở khe đốt sống trượt. Việc giải phóng chèn ép sẽ làm bệnh nhân giảm đau một cách đáng kể sau phẫu thuật.

Vấn đề ghép xương, chúng tôi tiến hành lấy mảnh vụn cốt nhỏ của xương cung sau ghép xương thân đốt trong trường hợp có lấy đĩa đệm và tất cả trường hợp được ghép xương lối bên. Chúng tôi có cùng quan điểm với Phan Trọng Hậu là xương cung sau có nhiều vỏ xương cứng, cắt nhỏ các mảnh xương, phần xương xốp sẽ tiếp xúc với bề mặt hai thân đốt sống, phần trên dưới gai ngang và bề mặt cung sau đã được cắt đi sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc can xương và chịu lực tốt. Chúng tôi không lấy xương mào chậu vì xương cung sau đủ để ghép xương, cho quá trình liền xương tốt, không gây tổn thương và các biến chứng khác khi lấy xương mào chậu. Ngoài ra hệ thống nẹp vis titanium có độ cứng và chịu lực cao.

Nắn chỉnh các biến dạng của cột sống trong phẫu thuật trượt đốt sống thất lưng là rất cần thiết và là vấn đề quan tâm của các phẫu thuật viên. Với mục đích nắn chỉnh cột sống về đúng độ cong giải phẫu tuy nhiên trên thực tế thì gặp rất nhiều khó khăn. thường là bệnh nhân bị bệnh nhiều năm, sự tiến triển trượt dần dần sẽ làm viêm dính và ngày càng mất đi cấu trúc giải phẫu nhất là trong những trường hợp trượt độ III. Bradford cho rằng : không cố gắng nắn chỉnh hết các di lệch, hạn chế tối đa các tổn thương thần kinh trong quá trình nắn chỉnh, ưu tiên sửa chữa các biến dạng gập góc cột sống, trong nghiên cứu ông cũng nhận thấy là những thay đổi trên X-quang không phải luôn luôn tương ứng với kết quả điều trị. Ngoài ra việc nắn chỉnh cố định nhiều đốt sống sẽ làm hạn chế vận động cột sống thất lưng. Chúng tôi tiến hành nắn chỉnh trong phẫu thuật một cách hợp lý có thể tránh làm tổn thương thần kinh, ở những trường hợp trượt có di lệch lớn chúng tôi nắn chỉnh và uốn nẹp theo chiều cong của cột sống như vậy đạt kết quả rất tốt.

Chúng tôi lựa chọn phương pháp cố định cột sống qua cuống bằng đường vào lối sau. Đã có nhiều phương pháp thử nghiệm và áp dụng như cố định

bằng đường vào lối bên, cố định mặt trước cột sống...các phương pháp này cho nhiều biến chứng và tai biến trong phẫu thuật. Hiện nay các trung tâm phẫu thuật thần kinh trong và ngoài nước đều áp dụng phương pháp cố định cột sống qua cuống bằng đường vào lối sau.

5. Đánh giá về nẹp Vis Titanium.

Nẹp vis titanium được làm bằng chất liệu Titanium, không tính điện, có độ cứng, độ bền và độ dẻo dai chịu lực cao, gần như không gây kích ứng với cơ thể người bệnh. Nẹp được sản xuất theo tiêu chuẩn và đã được chuẩn hoá ở các nước Tàu Âu, đã được áp dụng nhiều nước trên toàn thế giới. Nẹp có nhiều loại kích cỡ khác nhau có thể áp dụng cho nhiều đối tượng bệnh nhân. Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng nẹp và vis có đường kính 6mm, theo nghiên cứu của Vũ Tam Đỉnh thì kích thước cuống sống L3 của người Việt Nam từ 8,25 – 18 mm. Đặc điểm giải phẫu thì kích thước cuống sống của L4, L5 và S1 lớn hơn L3. Theo La Rosa thì nên chọn vis có đường kính bằng 70% đường kính của cuống vì vậy hoàn toàn có thể áp dụng vis có đường kính 6 mm cho người Việt Nam. Chiều dài của vis chúng tôi chọn 4,0 và 4,5 cm. Trong phẫu thuật chúng tôi thấy với chiều dài đó thì vis sẽ bắt tới 1/3 trước của đốt sống, đủ để cố định vững chắc cột sống.

Các biến chứng trong và sau phẫu thuật chúng tôi không gặp phải một biến chứng gì lớn, tất cả các bệnh nhân đều ổn định ra viện đạt kết quả tốt, điều này đạt được do chúng tôi có đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm và trang bị dụng cụ kỹ thuật tốt. Đặc biệt chúng tôi không có biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu và loét điểm ty, đạt được điều này có thể do quá trình chăm sóc hậu phẫu tốt, bệnh nhân tập vận động sớm và thuốc kháng sinh tốt.

6. Sự phục hồi sau phẫu thuật

Sự phục hồi sau phẫu thuật đã có những cải thiện đáng kể. Tất cả bệnh nhân đều giảm cảm giác đau kiểu chèn ép thần kinh và cảm giác dị cảm cũng giảm ngay sau mổ, chúng tôi chưa ghi nhận được sự thay đổi về phản xạ trên lâm sàng và có thể thực hiện trên điện thần kinh cơ. Bệnh nhân tập vận động sớm nhất là 7 ngày, muộn nhất là 12 ngày, trung bình từ 8 – 10 ngày. Hiện tại các bệnh nhân nay vẫn được chúng tôi theo dõi về sự phục hồi vận động, khả năng lao động trở lại và tình trạng nẹp sau 6 tháng và 1 năm.

KẾT LUẬN

Qua đánh giá lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật 36 bệnh nhân trượt đốt sống bệnh lý bằng nẹp vis titanium tại khoa B9- Bệnh Viện 103 chúng tôi xin đưa ra vài nhận xét sau :

Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới, lứa tuổi hay gặp nhất là từ 40 – 50, nguyên nhân chủ yếu là do hở eo bẩm sinh và do thoái hoá cột sống thất lưng. Vị trí đốt sống trượt chủ yếu là L4, L5, trong đó L4 gặp tỷ lệ 55,5%. Có một trường hợp trượt ra sau còn lại là trượt ra trước, trượt độ II chiếm 70%. Các triệu chứng lâm sàng chính

là: Đau cột sống thắt lưng, đau rễ thần kinh do chèn ép, dấu hiệu di cách hồi, dấu hiệu bậc thang.

Tất cả bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật giải ép thần kinh, nắn chỉnh các biến dạng cột sống, ghép xương lồng bên và thân đốt bằng xương cuneiform sau cắt nhỏ, cố định nẹp vis qua cuống bằng đường vào lồng sau. Hầu như không có tai biến và biến chứng gì. Giảm cảm giác đau do chèn ép rễ thần kinh (97,2%), giảm cảm giác dị cảm. Không có biến chứng nhiễm khuẩn đường tiết niệu và loét điểm tỳ, thời gian tập đi trung bình là 9 ngày.

Nẹp vis titanium có độ cứng cao, dẻo dai, sức chịu lực cao, gần như không kích ứng với cơ thể người bệnh, có kích cỡ phù hợp với đặc điểm giải phẫu của người Việt Nam.

SUMMARY

36 patients with diagnosis of lumbar spondylolisthesis have been treated in Neurosurgical Department, 103 Hospital with transpedicular plate and screw fixation procedure with interlaminar fusion. The results were as follow: the mean age was 47.6, of which 47.2% in the frequent range of age 40–50, with female preponderance was 83.3% and male 16.7%. The isthmic and degenerative spondylolisthesis were two main types (90%). There was only one case of postoperative spondylolisthesis. Anterior spondylolisthesis was 97.2%, there was one patient with posterior slippage and 2 cases with two lumbar vertebral spondylolisthesis. Second grade slippage occupied 70%, first grade 25% and third grade 5%. The neurological symptoms included radicular pain, step-off sign. There was one patient who had paraparesis. We have used posterior approach with transpedicular screw plating and interlaminar fusion. There was no perioperative complication. The patient could start mobilisation in

day 7th–10th postoperatively. The outcome was satisfying.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Danh Đô, Phạm Thanh Hải, Lê Ngọc Quang (2002), “Nhận xét kết quả phẫu thuật cố định trượt thân đốt sống thắt lưng bằng nẹp vis phía sau”, Y học thực hành, 436, 99-102
2. Phan Trọng Hậu (2006), “Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trượt đốt sống thắt lưng do hở eo ở người trưởng thành”. Luận án tiến sĩ Y khoa. Học Viện Quân Y
3. Võ Tam Đỉnh (1996), Điều trị gãy trật cột sống lưng thắt lưng với dụng cụ kết hợp xương gắn bám vào cuống cung và bản sống”, Luận án phó tiến sĩ khoa học Y Dược, Trường đại học Y dược thành phố HCM
4. Nguyễn Ngọc Khang (2000), “Điều trị trượt đốt sống thắt lưng - thắt lưng cùng, phân tích 30 trường hợp được phẫu thuật”, Y học thực hành, 436, tr. 106-110
5. Bùi Huy Phụng (2000), Điều trị phẫu thuật hẹp ống sống thắt lưng do trượt đốt sống khuyết eo cung sau”, Luận văn chuyên khoa II, Trường đại học Y dược thành phố HCM
6. Alan S.H., Andrew G.U., Gregory P.G... (Feb 1995), “Acute Spondylolisthesis”, J.B.J.S., 77A (2), pp. 190-196
7. Alan M., (2002), “transforaminal Lumbar Interbody Fusion”, The Orthopedic Clinics of North America, 33(2), pp. 359-366
8. Allen S.E., (1987) “Kyphosis and Spondylolisthesis”, Campbell’s Operative Orthopaedics, pp. 3237-3251
9. Bennett G.J. (2004), “Spondylolysis and Spondylolisthesis”, Youmans neurological surgery, pp. 2416-2431
10. Brian B., Alexander R.V. (2002), “Advances in Posterior Lumbar Interbody Fusion”, The Orthopedic clinics of North America, 33(2), pp. 367-374.