

100% liền vết mổ kỳ đầu. Tai biến – biến chứng phẫu thuật: 100% không có tai biến – biến chứng. Kết quả nắn chỉnh: 77,5% rất tốt, 20,0% tốt. Đau sau phẫu thuật: 15% hết đau, 80% đau nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trung Dũng** (2020), "Gãy đầu dưới xương quay", Chẩn đoán và điều trị gãy xương trật khớp chi trên, Nhà xuất bản y học. trang 211 – 227.
2. **Đoàn Quốc Hưng** (2020), "Bài giảng bệnh học ngoại khoa – Dành cho sinh viên năm thứ 6", Nhà

xuất bản y học, Đại học Y Hà Nội.

3. **Đỗ Đức Kiểm** (2019), "Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vít khóa tại Bệnh viện Việt Đức", Luận văn CK cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Dương Nguyễn Lộc** (2020), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp vis khóa", Đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện đa khoa Quảng Nam.
5. **Nguyễn Văn Tâm** (2017), "Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới xương quay bằng nẹp khóa", Luận văn Thạc Sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG L5S1 BẰNG GIẢI ÉP VI PHẪU TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Nguyễn Hoàng Long^{1,2}, Phạm Minh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống L5S1 bằng giải ép vi phẫu. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc, tiến cứu trên 42 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống L5S1 được phẫu thuật giải ép vi phẫu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian 06/2023 đến 01/2024. **Kết quả:** Trong 42 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ là 1,08:1, độ tuổi trung bình là 44,89 ± 9,34. Triệu chứng lâm sàng: Đau kiểu rễ thần kinh 42 bệnh nhân (100%), đau cột sống thắt lưng – cùng 42 bệnh nhân (100%), đau liên quan đến căng rễ thần kinh qua nghiệm pháp Lasseque 39 bệnh nhân (92,9%). Liệt vận động 1 bệnh nhân (2,4%), giảm phản xạ gân xương 12 bệnh nhân (28,6%). Điểm VAS trung bình trước mổ là 7,58 ± 1,32. Điểm ODI trung bình trước phẫu thuật là 69,36 ± 7,42%, trong đó có 95,2% bệnh nhân bị giảm chức năng cột sống nặng từ độ III trở lên. Đặc điểm cận lâm sàng trên CHT: phân loại thoát vị trên lát cắt ngang có 25 bệnh nhân thoát vị lệch trái (59,5%), 17 bệnh nhân thoát vị lệch phải (40,5%). Vị trí của thoát vị có 35 bệnh nhân có thoát vị ở nách rễ (83,3%) và 7 bệnh nhân có thoát vị ở vai rễ (16,7%). Có 22 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm di trú, chủ yếu là thoát vị di trú chiếm 52,4%. Đặc điểm của phẫu thuật: thời gian phẫu thuật trung bình: 52,46 ± 10,48 phút, lượng máu mất trung bình 124,52 ± 34,7 ml, thời gian nằm viện trung bình 5,75 ± 1,32 ngày. Tai biến trong mổ có rách màng cứng 1 bệnh nhân (2,4%). Biến chứng sau mổ: nhiễm trùng vết mổ có 1 bệnh nhân và phải mổ lại làm sạch (2,4%). Kết quả phẫu thuật: chỉ số VAS và ODI sau mổ 1 tháng và 6 tháng đều giảm đáng kể sau mổ có ý nghĩa thống kê trên 99% (p<0,001). Chất lượng cuộc sống tốt và rất

tốt có 42 bệnh nhân (95,2%). **Kết luận:** Kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống L5S1 bằng giải ép vi phẫu đạt kết quả tốt với các triệu chứng lâm sàng được cải thiện đáng kể và tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp. **Từ khóa:** thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, giải ép vi phẫu lấy thoát vị đĩa đệm

SUMMARY

RESULTS OF MICRODISCECTOMY TREATMENT FOR LUMBAR DISC HERNIATION AT L5-S1 LEVEL AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Evaluate the outcomes of microdiscectomy treatment for lumbar disc herniation at the L5-S1 level. **Objects and Methods:** A longitudinal descriptive and prospective study on 42 patients with microdiscectomy treatment for lumbar disc herniation at the L5-S1 level. **Results:** 42 patients, the male-to-female ratio was 1.08:1, with an average age of 44.89 ± 9.34, ranging from 24 to 78 years. Clinical symptoms included radicular pain in all 42 patients (100%), low back pain in all 42 patients (100%), and positive femoral nerve stretch test in 39 patients (92.9%). Motor function impairment was observed in 1 patient (2.4%), and reduced tendon reflex in 12 patients (28.6%). The average preoperative VAS score was 7.58 ± 1.32. The average preoperative ODI score was 69.36 ± 7.42, with 92% of patients experiencing severe spinal dysfunction from grade III and above. Radiological features on MRI: disc herniation classification in axial revealed 25 patients with left-sided herniation (59.5%) and 17 patients with right-sided herniation (40.5%). The herniation location showed 37 patients with foraminal herniation (88.1%) and 7 patients with extraforaminal herniation (11.9%). Migration of disc herniation was observed in 22 patients, predominantly extruded migration accounting for 52.4%. Surgical details included an average operation time of 52.46 ± 10.48 minutes, an average blood loss of 124.52 ± 34.7 ml, and an average hospital stay of 5.75 ± 1.32 days. Intraoperative complications included one patient with dural tear (2.4%). Postoperative complications comprised one patient with local infection (2.4%).

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 30.7.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024

Surgical outcomes: Both VAS and ODI scores significantly improved at 1 and 6 months postoperatively, with a statistically significant difference ($p < 0.001$). MacNab was rated as good or excellent in 42 patients (95.2%). **Conclusion:** Microdiscectomy treatment for L5S1 lumbar disc herniation achieves favorable results with significantly improved clinical symptoms and low rates of complications and adverse events.

Keywords: lumbar disc herniation, microdiscectomy treatment for lumbar disc herniation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là sự dịch chuyển khu trú của tổ chức đĩa đệm vượt quá giới hạn sinh lý của vòng xơ. Đây là bệnh lý phổ biến có thể gặp ở mọi tầng lớp, mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở tuổi 30-50 gây ảnh hưởng tới người lao động. Theo Greenberg (1997), trong quần thể người dân Mỹ có 1% dân số bị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, trong đó có khoảng 10-20% phải can thiệp phẫu thuật¹. Việc chẩn đoán xác định, vị trí thoát vị đĩa đệm đòi hỏi bác sĩ chuyên khoa cùng với sự hỗ trợ của cộng hưởng từ. Có hai phương pháp điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật được đặt ra đối với các thoát vị đĩa đệm gây chèn ép rễ thần kinh cấp tính hoặc điều trị nội khoa thất bại sau 3 tháng. Hiện nay, phẫu thuật ít xâm lấn điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đang là xu hướng của thế giới. Phẫu thuật ít xâm lấn có đặc điểm chung là: đường mổ nhỏ, tổn thương phần mềm tối thiểu, seo xơ sau mổ ít, thời gian nằm viện ngắn². Mổ lấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng vi phẫu (Microdiscectomy) và mổ nội soi qua hệ thống ống nong qua lỗ liên hợp và liên bản sống là các phương pháp hay được sử dụng nhất với tỉ lệ thành công từ 85-95% theo các nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài³. Đối với phẫu thuật nội soi tuy có nhiều ưu điểm nhưng chi phí điều trị ban đầu cao, phải gây mê toàn thân, yêu cầu kĩ thuật cao do đó phẫu thuật lấy đĩa đệm cột sống thắt lưng vi phẫu vẫn được áp dụng phổ biến ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Để nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh lý này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống L5S1 bằng giải ép vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 42 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm L5S1 và được phẫu thuật giải ép vi phẫu lấy thoát vị tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 6/2023- tháng 1/2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc, tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm L5S1, trên lâm sàng có dấu hiệu chèn ép rễ thần kinh tương ứng với hình ảnh cộng hưởng từ, triệu chứng thần kinh tiến triển như yếu vận động, giảm cảm giác hoặc điều trị nội khoa thất bại sau 6-8 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đa tầng, hẹp ống sống thắt lưng, mất vững cột sống, hội chứng đuôi ngựa. Thoát vị đĩa đệm lỗ liên hợp và ngoài lỗ liên hợp. Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng.

Các tham số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm chung (tuổi, giới), khảo sát lâm sàng (triệu chứng lâm sàng, thang điểm VAS, ODI), khảo sát cận lâm sàng trên cộng hưởng từ (vị trí thoát vị đĩa đệm theo lát cắt ngang và dọc, mức độ di trú của thoát vị đĩa đệm), đặc điểm phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện), biến chứng trong mổ (rách màng cứng, tổn thương rễ thần kinh), biến chứng sau mổ (nhiễm trùng vết mổ, rò dịch não tủy), cải thiện lâm sàng sau mổ (VAS, ODI, MacNab).

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

- **Tuổi:** Tuổi trung bình: $44,89 \pm 9,34$

- **Giới:** Tỉ lệ nam/nữ: 1,08:1

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.1. Phân bố triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Đau cột sống thắt lưng	42	100%
Dấu hiệu Lasseque dương tính	39	92,9%
Dấu hiệu Lasseque chéo	23	54,8%
Dấu hiệu bầm chuông	5	11,9%
Hệ thống điểm Valeix ấn đau	5	11,9%
Giảm hoặc mất cảm giác theo rễ thần kinh chi phối	14	33,3%
Rối loạn phản xạ gân xương: bánh chè, gót	12	28,6%

Rối loạn vận động theo rễ thần kinh chi phối	1	2,4%
Rối loạn dinh dưỡng, teo cơ	17	40,5%
Đau dọc theo rễ thần kinh chi phối	42	100%
Điểm VAS chân trung bình	7,58 ± 1,32	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu căng thần kinh đùi qua nghiệm pháp Lasseque là nhiều nhất (92,9%), triệu chứng đau dọc theo rễ thần kinh chiếm 100%.

Bảng 3.2. Đặc điểm giảm chức năng cột sống theo Oswestry trước mổ

Mức độ	Số lượng	Tỉ lệ %
Độ I (0-20%)	0	0%
Độ II (21-40%)	2	4,8%
Độ III (41-60%)	12	28,6%
Độ IV (61-80%)	23	54,8%
Độ V (81-100%)	5	11,8%
Trung bình	69,36 ± 7,42%	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị giảm chức năng cột sống nặng từ độ III trở lên chiếm 95,2%, ảnh hưởng nhiều, nghiêm trọng đến các sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân.

3.2.2. Đặc điểm trên cộng hưởng từ

a. Phân loại trên lát cắt ngang

Bảng 3.3. Phân loại thoát vị trên lát cắt ngang

Phân loại	Số lượng	Tỉ lệ %
Thoát vị trung tâm	0	0%
Thoát vị lệch trái	25	59,5%
Thoát vị lệch phải	17	40,5%
Tổng số	42	100%

Nhận xét: Thoát vị đĩa đệm lệch trái trên lát cắt ngang chiếm 59,5%, lệch phải chiếm 40,5% tổng số ca mổ.

b. Phân bố vị trí thoát vị

Bảng 3.4. Phân bố vị trí thoát vị

Vị trí thoát vị	Số lượng	Tỉ lệ %
Vai rề	7	16,7%
Nách rề	35	83,3%
Tổng số	42	100%

Nhận xét: Thoát vị đĩa đệm thể nách rề chiếm đa số với tỉ lệ 90,5%.

c. Phân loại theo mức độ thoát vị đĩa đệm

Bảng 3.5. Phân loại theo mức độ thoát vị đĩa đệm

Mức độ thoát vị	Lồi đĩa đệm	Đã vỡ	Tự do	Di trú	Tổng số
Số lượng	0	20	0	22	42
Tỷ lệ %	0%	47,6%	0%	52,4%	100%

Nhận xét: Trong các loại thoát vị đĩa đệm chủ yếu là các thoát vị đã vỡ và di trú.

d. Phân loại thoát vị đĩa đệm theo mức độ di trú

Bảng 3.6. Phân loại vị trí thoát vị đĩa đệm theo mức độ di trú

Vùng di trú	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Tổng số
Số lượng	8	13	1	0	22
Tỷ lệ %	19%	31%	2,4%	0	52,4%

Nhận xét: Có 22 trường hợp thoát vị di trú, chủ yếu là thoát vị di trú gần hướng xuống dưới chiếm tỉ lệ 52,4%.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.7 Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	Số lượng	Tỉ lệ %
Thời gian phẫu thuật (phút)	52,46 ± 10,48	
Lượng máu mất (ml)	124,52 ± 34,7	
Số ngày nằm viện (ngày)	5,75 ± 1,32	
Biến chứng trong mổ	Rách màng cứng	1 / 2,4%
	Tổn thương thần kinh	0 / 0%
	Biến chứng khác	0 / 0%

Nhận xét: Các bệnh nhân được phẫu thuật giải ép vi phẫu lấy đĩa đệm cột sống thắt lưng với thời gian phẫu thuật trung bình 52,46 ± 10,48 phút, lượng máu mất trung bình 124,52 ± 34,7, thời gian nằm viện trung bình 5,75 ± 1,32 ngày và chỉ có 1 bệnh nhân có biến chứng trong mổ rách màng cứng với tỉ lệ 2,4%.

3.4. Kết quả phẫu thuật

3.4.1. Sự thay đổi điểm VAS chân trước và sau mổ

Bảng 3.8. Bảng VAS trước và sau mổ

Điểm VAS	Mean ± SD	p
Trước phẫu thuật (1)	7,58 ± 1,32	P(1,2)<0,001 P(1,3)<0,001
Sau 1 tháng (3)	2,74 ± 0,41	
Sau 6 tháng (3)	1,68 ± 0,18	

Paired Samples T-Test

Nhận xét: Sau mổ 1 tháng và 6 tháng, chỉ số VAS của bệnh nhân đã giảm đáng kể so với trước mổ với độ tin cậy > 99,9%.

3.4.2. Sự thay đổi ODI trước và sau mổ

Bảng 3.9. Bảng ODI trước và sau phẫu thuật

Chỉ số ODI	Mean ± SD	p
Trước phẫu thuật (1)	69,36 ± 7,42	P(1,2)<0,001 P(1,3)<0,001 P(2,3)<0,001
Sau 1 tháng (3)	19,12 ± 5,31	
Sau 6 tháng (3)	12,18 ± 3,23	

Paired Samples T-Test

Nhận xét: Sau mổ 1 tháng và 6 tháng, chỉ số ODI của BN đã giảm đáng kể so với trước mổ với độ tin cậy >99,9%.

3.4.3. Đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống theo thang điểm MacNab

Bảng 3.9. Bảng điểm MacNab sau phẫu thuật

Điểm MacNab	Số lượng	Tỉ lệ %
Sau phẫu thuật 1	Rất tốt	9 / 21,4%
	Tốt	27 / 64,3%

tháng	Trung bình	5	11,9%
	Xấu	1	2,4%
	Tổng	42	100%
Sau phẫu thuật 6 tháng	Rất tốt	12	28,6%
	Tốt	28	66,7%
	Trung bình	2	4,7%
	Xấu	0	0%
	Tổng	42	100%

Nhận xét: Sau mổ 1 tháng và 6 tháng hầu hết các bệnh nhân đạt được mức cải thiện chất lượng cuộc sống tốt và rất tốt theo MacNab.

3.4.4. Biến chứng sau mổ

Bảng 3.10. Bảng biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Rò dịch não tủy	0	0%
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,4%
Thoát vị tái phát	0	0%
Mổ lại	1	2,4%
Biến chứng khác	0	0%

Nhận xét: Trong số 42 bệnh nhân nghiên cứu, chỉ có 1 bệnh nhân có biến chứng là nhiễm trùng vết mổ gây đau dai dẳng và phải mổ lại làm sạch chiếm tỉ lệ 2,4%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 42 bệnh nhân được giải ép vi phẫu lấy thoát vị đĩa đệm L5S1 với thời gian phẫu thuật trung bình $52,46 \pm 10,48$ phút, lượng máu mất trung bình $124,52 \pm 34,7$ ml, thời gian nằm viện trung bình $5,75 \pm 1,32$ ngày. Trong tất cả bệnh nhân, chỉ có 1 bệnh nhân có biến chứng trong mổ bị rách màng cứng và đã được khâu lại, 1 bệnh nhân bị biến chứng sau mổ là nhiễm trùng sau mổ 1 tháng phải mổ lại làm sạch và điều trị kháng sinh sau 2 tuần đã ổn định và ra viện. Các bệnh nhân đạt kết quả rất tốt với điểm VAS, ODI đều cải thiện đáng kể so với trước phẫu thuật, sự cải thiện chất lượng cột sống ở mức tốt và rất tốt theo thang điểm MacNab với tỉ lệ rất cao.

Phẫu thuật giải ép vi phẫu là phẫu thuật mổ mở với đường mổ nhỏ, mở cửa sổ xương cung sau và sử dụng kính vi phẫu để lấy bỏ thoát vị đĩa đệm, giải ép cho rễ thần kinh. Trong nghiên cứu của Phan K và cộng sự trên đã chỉ ra rằng phẫu thuật giải ép vi phẫu lấy thoát vị đĩa đệm có hiệu quả tương tự như phẫu thuật mổ mở cắt cung sau lấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng⁴. Trong nghiên cứu tiến cứu với 885 bệnh nhân của Nerland US và cộng sự cũng đã chỉ ra rằng không có sự khác biệt về hiệu quả và biến chứng sau 1 năm của hai phương pháp này⁵. Tuy nhiên, giải ép vi phẫu có ưu điểm về thời gian phẫu thuật, kích thước vết mổ, thời gian

nằm viện và lượng máu mất.^{4,5}

Giải ép vi phẫu lấy đĩa đệm cột sống thắt lưng cũng đã được chứng minh có hiệu quả tương đương với nội soi lấy thoát vị đĩa đệm trong các nghiên cứu gần đây⁴. Trong nghiên cứu của George J. Dohrmann và Nassir Mansour về kết quả dài hạn của các phương pháp phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm khác nhau trên 39048 bệnh nhân với thời gian theo dõi trung bình 6,1 năm và ít nhất là 2 năm đã chỉ ra rằng không có sự khác biệt về kết quả dài hạn giữa các phương pháp phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng: giải ép vi phẫu, nội soi và mổ mở. Tất cả các phương pháp này đều đạt hiệu quả tốt và rất tốt gần 79%.⁶ Kim và cộng sự nghiên cứu trên 104 bệnh nhân đã chỉ ra nội soi lấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có ưu điểm hơn với các trường hợp khó và rất khó với tỉ lệ thành công cao 96%.⁷ Liu và cộng sự cũng đã chỉ ra rằng nội soi lấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có lợi thế hơn so với giải ép vi phẫu đối với các thoát vị đĩa đệm ở vị trí lỗ liên hợp và ngoài lỗ liên hợp. Nội soi cũng tàn phá ít xương và diện khớp hơn so với giải ép vi phẫu vì giải ép vi phẫu có trường quan sát hẹp hơn nếu cắt xương ít. Do đó nội soi có đường mổ nhỏ hơn và thời gian nằm viện cũng như quay trở lại công việc sớm hơn giải ép vi phẫu.⁷ Tuy nhiên nhược điểm của nội soi nằm ở việc gần như bắt buộc phải gây mê toàn thân và đối với điều kiện ở Việt Nam phương pháp này chi phí ban đầu còn cao so với giải ép vi phẫu. Vì vậy, giải ép vi phẫu lấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng vẫn là phương pháp điều trị thoát vị đĩa đệm phổ biến.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật giải ép vi phẫu lấy thoát vị đĩa đệm là phương pháp điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng an toàn, cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt, tỉ lệ biến chứng thấp, đạt hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Daly, et al** (2017), "Lumbar microdissectomy and post-operative activity restrictions: a protocol for a single blinded randomised controlled trial", BMC Musculoskelet Disord. 18(1), p. 312.
2. **F. U. Hermantin, T. Peters, L. Quartararo & P. Kambin** (1999), "A prospective, randomized study comparing the results of open discectomy with those of video-assisted arthroscopic microdissectomy", The Journal of bone and joint surgery. American volume, 81(7): p. 958-65.
3. **J. C. Maroon** (2002), "Current concepts in minimally invasive discectomy", Neurosurgery, 51(5 Suppl): p. S137-45.
4. **Phan K, Mobbs RJ.** Minimally invasive versus open laminectomy for lumbar stenosis a systematic review and meta-analysis. Spine.

- 2016;41(2):E91-E100.
5. **Nerland US, Jakola AS, Solheim O, et al.** Minimally invasive decompression versus open laminectomy for central stenosis of the lumbar spine: Pragmatic comparative effectiveness study. *BMJ*. 2015;350(apr01 1):h1603-h1603.
 6. **George J. Dohrmann, Nassir Mansour, et al.** "Long-term results of various operations for lumbar disc herniation: Analysis of over 39,000 patients". *Med Princ Pract*. 2015 May; 24(3): 285-290.
 7. **Liu L, Xue H, Jiang L, et al.** Comparison of Percutaneous Transforaminal Endoscopic Discectomy and Microscope-Assisted Tubular Discectomy for Lumbar Disc Herniation. *Orthop Surg*. 2021;13(5):1587-1595

GIÁ TRỊ CỦA PHÂN LOẠI JNET TRONG TIÊN ĐOÁN MÔ BỆNH HỌC POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TÂM ANH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

**Đặng Lê Bích Ngọc¹, Phạm Hữu Tùng¹, Đỗ Minh Hùng¹,
Trần Thanh Bình¹, Nguyễn Phước Lâm¹, Hồ Thị Bích Thủy¹,
Hoàng Lạc Long¹, Lê Thị Bích Ngọc¹, Ngô Dương Tuấn Vũ¹,
Nguyễn Ngọc Lai¹, Trần Thường Duy¹, Trần Văn Tụ¹, Phan Thị Ngọc Diệp¹,
Phùng Đức Tiến¹, Hồ Quang Phú¹, Phạm Công Khánh¹**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc dự đoán được mô bệnh học polyp đại trực tràng chính xác sẽ giúp ích nhiều trong việc quyết định thái độ xử trí của bác sĩ (BS) nội soi (NS). Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy phân loại JNET với NS dải băng tần hẹp (NBI) có phóng đại (M) có giá trị trong ứng dụng lâm sàng. Tuy nhiên, chưa được áp dụng nhiều tại Việt Nam. Do khó khăn trong việc trang bị hệ thống NS có NBI-M và BS được đào tạo về phân loại JNET nên số liệu báo cáo tại Việt Nam còn khiêm tốn. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu (NC) này tại Đơn vị NS thuộc Trung tâm NS và Phẫu thuật NS tiêu hóa (TTNS&PTNSTH), Bệnh viện Đa Khoa (BV) Tâm Anh Tp Hồ Chí Minh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định giá trị tiên đoán mô bệnh học (MBH) của phân loại JNET với NS dải băng tần hẹp có phóng đại. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC quan sát, mô tả cắt ngang trên 401 bệnh nhân với 456 polyp được thực hiện NS đại trực tràng (ĐTT) với hệ thống máy soi Olympus EVIS X1 CV-1500 có NBI (Narrow Banding Imaging), chế độ phóng đại (M) và ống soi ĐT CF-EZ1500DL tại Đơn vị NS thuộc TTNS&PTNSTH, BV Đa Khoa Tâm Anh Tp Hồ Chí Minh từ 1/11/2023 đến 31/01/2024. Số liệu được lưu trữ và xử lý trên Excel và SPSS 25.0. **Kết quả:** Có 87% polyp phát hiện ở tuổi ≥ 40 , trong đó độ tuổi 40-50 chiếm 21,9%. Tỷ lệ JNET 1, JNET 2A, JNET 2B, JNET 3 tương ứng là 12,1%; 85,5%; 1,5%; 0,9%. Độ nhạy (ĐN), độ đặc hiệu (ĐĐH) của phân loại JNET tương ứng với JNET 1 là 80% và 98,3%; JNET 2A là 98,1% và 75,6%; JNET 2B là 45,5% và 99,5%; JNET 3 là 66,7% và 100%. ĐĐH trong việc phân biệt u tân

sinh ác tính với u tân sinh lành tính và phân biệt ung thư xâm lấn sâu (SM-D) với các u tân sinh khác đều là 100%. **Kết luận:** Phân loại JNET với hệ thống NS NBI-M có độ nhạy và đặc hiệu cao trong việc dự đoán MBH polyp đại trực tràng. Từ đó giúp BS có thái độ xử trí polyp đúng đắn mà không cần đợi kết quả MBH, tiết kiệm chi phí, thời gian, công sức của người bệnh, hạn chế các phẫu thuật (PT) không cần thiết. Do đó, phân loại JNET nên được áp dụng rộng rãi và thường quy trong tất cả các bệnh nhân NS đại trực tràng tại Việt Nam.

Từ khóa: polyp đại trực tràng, phân loại JNET, nội soi dải băng tần hẹp có phóng đại tiêu cự kép.

SUMMARY

THE VALUE OF JNET CLASSIFICATION IN PREDICTING OF COLORECTAL POLYP HISTOLOGY AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY

Background: Accurately predicting the histopathology of colorectal polyps is helpful in deciding the treatment attitude of the endoscopists. Many studies around the world have proven the JNET Classification with NBI-M endoscopy is effective but has not been widely applied in Vietnam due to the need to be equipped with an NBI-M system and doctors trained in JNET classification, so the data reported in Vietnam Nam is still modest. **Aims:** To determine the histopathological predictive value of JNET classification with narrow band imaging (NBI), dual focus magnifying (M-DF) endoscopy. **Materials and methods:** Observational, cross-sectional study was conducted, involving a sample of 401 patients with 456 polyps from November 1, 2023 to January 31, 2024 at Tam Anh Hospital, Ho Chi Minh City. The Olympus EVIS X1 CV-1500 system having NBI (Narrow Banding Imaging) with dual focus magnification mode and CF-EZ1500DL Colonoscope were used to evaluate polyps according to the JNET classification. Data were analyzed by SPSS 25.0 software. **Results:** 87% of

¹Bệnh viện Tâm Anh Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Lê Bích Ngọc

Email: drngocdang2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024