

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG – CÙNG BẰNG PHẪU THUẬT LẤY THOÁT VỊ VI PHẪU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hoàng Long<sup>1,2</sup>, Nguyễn Đức Trung<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng-cùng bằng phẫu thuật lấy thoát vị vi phẫu tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, theo dõi dọc trên nhóm bệnh nhân thoát vị đĩa đệm được phẫu thuật vi phẫu lấy thoát vị đĩa đệm năm 2023 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 64 bệnh nhân với tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Sau phẫu thuật 24 giờ, toàn bộ bệnh nhân có cải thiện về tình trạng đau kiểu rễ thần kinh với VAS trung bình là  $1 \pm 1,24$ , đã giảm so với trước mổ ( $7,6 \pm 1,41$ ). Sau khoảng thời gian theo dõi trung bình là  $8,1 \pm 3,35$  tháng, đa số bệnh nhân không còn thấy đau hoặc chỉ còn đau ít (87,5%). Tuy nhiên, VAS đau kiểu rễ trung bình là  $1,1 \pm 1,35$ , tăng so với thời điểm sau mổ 24 giờ nhưng vẫn nhỏ hơn đáng kể so với trước mổ, 70,3% bệnh nhân không giảm hoặc giảm ít chức năng cột sống theo thang điểm ODI. Tỷ lệ gặp biến chứng sau mổ là 0%, tỷ lệ thoát vị đĩa đệm tái phát là 3,1%. **Kết luận:** Điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng – cùng bằng phẫu thuật lấy thoát vị vi phẫu đạt kết quả thành công cao. Bệnh nhân sau phẫu thuật được cải thiện tình trạng đau kiểu rễ thần kinh và chức năng cột sống với tỷ lệ gặp biến chứng sau mổ và tỷ lệ thoát vị đĩa đệm tái phát rất thấp. Có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và nhóm nghề nghiệp với mức độ đau sau mổ 24 giờ. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa VAS trung bình tại thời điểm theo dõi cuối ở các hình thái thoát vị khác nhau.

**Từ khóa:** thoát vị đĩa đệm, cột sống thắt lưng – cùng, vi phẫu, kết quả phẫu thuật

## SUMMARY

### THE OUTCOME OF MICRODISSECTOMY FOR LUMBOSACRAL DISC HERNIATION AT VIET DUC HOSPITAL

**Objectives:** Evaluate the outcome of microdissectomy for lumbosacral disc herniation at Viet Duc hospital in 2023. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive study using retrospective data on patients with lumbosacral disc herniation who experienced micro-dissectomy surgery in 2023 at Viet Duc Hospital. **Results:** Study on 64 patients including 42 men and 22 women. 24 hours

after surgery, 100% patients had improvement in radicular pain with mean of VAS score of  $1 \pm 1.24$ , which has decreased comparing to preoperation ( $7.6 \pm 1.41$ ). Mean of the follow-up time was  $8.1 \pm 3.35$  months. During the observation period, mean of VAS score was  $1.1 \pm 1.35$ , which is higher than that recorded 24 hours post-surgery but significantly lower than preoperation; There were 56 cases with no or mild pain (87.5%) and 45 cases with minimal disability (ODI of 0-20). The rate of postoperative complications and recurrent disc herniation were 0% and 3.1%, respectively. **Conclusion:** Microdissectomy for lumbosacral disc herniation had great results. Patients showed improvement in their radicular pain and spinal disability. The rate of postoperative complications and recurrent disc herniation were significantly low. There was a significant relationship between patients' gender, workload and their radicular pain 24 hours after surgery. There was also statistically significant difference in mean of VAS score during the observation period between types of disc herniation morphology. **Key words:** lumbosacral disc herniation, microdissectomy, outcome

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là tình trạng nhân nhầy đĩa đệm cột sống thoát ra khỏi vị trí sinh lý bình thường qua vị trí rách của vòng xơ, có thể gây chèn ép tuỷ sống hoặc rễ thần kinh. Tại Việt Nam, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng-cùng chiếm đến 0,63% dân số và đang có xu hướng trẻ hóa, thường xảy ra ở lứa tuổi 35-55<sup>[1]</sup>. Đi kèm với tỷ lệ mắc cao, chi phí điều trị cũng trở thành một gánh nặng cho nền kinh tế xã hội. Đau do thoát vị đĩa đệm gây ảnh hưởng đến sinh hoạt, công việc và tinh thần của người bệnh, từ đó làm giảm chất lượng cuộc sống. Một số trường hợp thoát vị đĩa đệm lớn gây chèn ép thần kinh cấp tính, nếu không được chẩn đoán và xử trí sớm có thể để lại di chứng tàn phế, rối loạn đại tiểu tiện, suy giảm chức năng sinh dục. Bên cạnh phương pháp phẫu thuật mổ mở, việc áp dụng dụng cụ và kỹ thuật vi phẫu trong điều trị thoát vị đĩa đệm đã có những vượt trội như đường mổ nhỏ, ít tổn thương phần mềm, bệnh nhân sau mổ giảm đau nhanh, tỷ lệ biến chứng thấp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng đã được phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm vi phẫu năm 2023 tại Khoa Phẫu Thuật Cột

<sup>1</sup>Bệnh Viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: longptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 16.9.2024

Sống - Bệnh Viện Hữu nghị Việt Đức.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

○ Phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm vi phẫu một tầng.

○ Hồ sơ bệnh án, phim ảnh đầy đủ.

○ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ tái khám sau mổ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

○ Bệnh nhân phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm tái phát.

○ Có tiền sử phẫu thuật làm thay đổi giải phẫu vùng cần can thiệp.

○ Có bệnh lý thần kinh trung ương hoặc ngoại biên ảnh hưởng đến chức. năng vận động, cảm giác chi dưới.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu, theo dõi dọc.

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Đặc điểm chung.**

Nghiên cứu được thực hiện trên 64 người bệnh, trong đó tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1, độ tuổi trung bình là 48,6 ± 11,80 tuổi, tuổi cao nhất là 73 tuổi và tuổi thấp nhất là 14 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 40 – 59 tuổi chiếm 64,1%. Đa số bệnh nhân làm nghề nghiệp lao động nặng (59,4%), và thể trạng bình thường (51,6%).

**Bảng 0.4. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm VAS đau kiểu rế sau mổ một ngày và tại thời điểm theo dõi cuối**

VAS chân	Thời điểm	Trước mổ		Sau mổ một ngày		Tại thời điểm theo dõi cuối	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không đau (VAS 0)		0	0	34	53,1	30	46,9
Đau nhẹ (VAS 1-2)		1	1,6	19	29,7	26	40,6
Đau vừa phải (VAS 3-4)		1	1,6	11	17,2	6	9,4
Đau nhiều (VAS 5-6)		9	14,1	0	0	2	3,1
Đau dữ dội (VAS 7-8)		36	56,3	0	0	0	0
Đau khủng khiếp (VAS 9-10)		17	26,6	0	0	0	0
Mean ± SD		7,6 ± 1,41		1 ± 1,24		1,1 ± 1,35	

**Nhận xét:** Trước mổ, bệnh nhân có tình trạng đau dữ dội chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,3%. Tỷ lệ bệnh nhân không còn đau sau mổ và tại thời điểm theo dõi chiếm cao nhất, lần lượt là 53,1% và 46,9%.

**Bảng 0.5. Phân bố bệnh nhân theo biến chứng sau phẫu thuật**

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	0	0
Không	66	100

**Nhận xét:** 100% bệnh nhân không có biến chứng sau phẫu thuật.

**3.2 Kết quả điều trị bằng phẫu thuật lấy thoát vị vi phẫu**

**Bảng 0.1. Thời gian theo dõi trung bình**

	Thời gian theo dõi trung bình (tháng)
Mean ± SD	8,1 ± 3,35

**Nhận xét:** Trung bình thời gian tính từ thời điểm ra viện đến thời điểm theo dõi cuối là 8,1 ± 3,35 tháng.

**Bảng 0.2. Phân bố bệnh nhân theo vị trí thoát vị đĩa đệm**

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
L1-L2	0	0
L2-L3	0	0
L3-L4	2	3,1
L4-L5	36	56,3
L5-S1	26	40,6

**Nhận xét:** Vị trí thoát vị được phẫu thuật ở tầng L4-L5 tỷ lệ cao nhất 56,3%, sau đó là L5-S1 chiếm 40,6%.

**Bảng 0.3. Thời gian cuộc mổ trung bình và thời gian nằm viện trung bình**

	Thời gian cuộc mổ (phút)	Thời gian nằm viện (ngày)
Mean ± SD	67,4 ± 29,81	5,2 ± 1,12

**Nhận xét:** Trung bình thời gian một cuộc phẫu thuật lấy thoát vị vi phẫu mất 67,4 ± 29,81 phút, thời gian bệnh nhân nằm viện trung bình là 5,2 ± 1.12 ngày.

**Bảng 0.6. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng thoát vị đĩa đệm tái phát**

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	2	3,1
Không	62	96,9

**Nhận xét:** Có 2 trường hợp thoát vị đĩa đệm tái phát lần lượt tại tầng L4-L5 và L5-S1.

**Bảng 0.7. Phân bố bệnh nhân theo mức độ giảm chức năng cột sống theo thang điểm Oswestry (ODI)**

	Số lượng	Tỷ lệ (%)

	(n)	
Không giảm/giảm chức năng ít(0-20)	45	70,3
Giảm chức năng vừa (21-40)	11	17,2
Giảm chức năng nhiều (41-60)	6	9,4
Giảm chức năng rất nhiều (61-80)	2	3,1
Mất hoàn toàn chức năng (81-100)	0	0

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân không giảm hoặc giảm chức năng ít chiếm tỷ lệ lớn nhất là 70,3%.

**Bảng 0.8. Mối liên quan giữa giới tính và mức độ đau kiểu rễ sau mổ 24 giờ**

Mức độ đau	Giới tính	
	Nam	Nữ

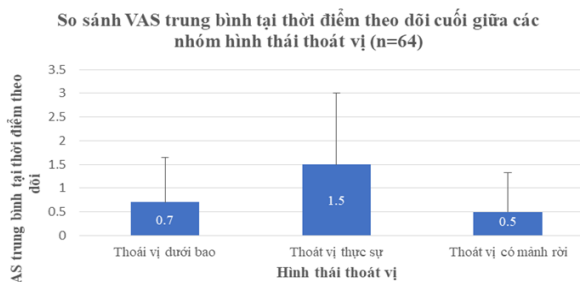
**Bảng 0.9. Mối liên quan giữa nhóm nghề nghiệp và mức độ đau kiểu rễ sau mổ 24 giờ**

Mức độ đau	Nhóm nghề nghiệp	Nặng	Nhẹ	Công việc ngồi một chỗ	Hưu trí
Không đau (VAS 0)		25 (65,8%)	3 (27,3%)	2 (33,3%)	4 (44,4%)
Đau nhẹ (VAS 1-2)		8 (21,1%)	6 (54,5%)	4 (66,7%)	1 (11,1%)
Đau vừa phải (VAS 3-4)		5 (13,2%)	2 (18,2%)	0 (0%)	4 (44,4%)
Đau nhiều (VAS 5-6)		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Đau dữ dội (VAS 7-8)		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Đau khủng khiếp (VAS 9-10)		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Tổng</b>		38 (100%)	11 (100%)	6 (100%)	9 (100%)
<b>Chi-square test</b>		0,015			
<b>Fisher's Exact test</b>		0,020			

**Nhận xét:** Tại thời điểm 24 giờ sau mổ, trong số các bệnh nhân thuộc nhóm lao động nặng, tỷ lệ bệnh nhân hết đau chiếm cao nhất (25%). Số liệu có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 0.10. So sánh điểm VAS trung bình tại thời điểm sau mổ 24 giờ, tại thời điểm theo dõi cuối và điểm ODI trung bình giữa các nhóm hình thái thoát vị**

	Mean ± SD		
	VAS trung bình tại thời điểm sau mổ 24 giờ	VAS trung bình tại thời điểm theo dõi cuối	ODI trung bình tại thời điểm theo dõi cuối
<b>Thoát vị dưới bao</b>	1,5 ± 1,78	0,7 ± 0,95	14,6 ± 17,19
<b>Thoát vị thực sự</b>	1 ± 1,15	1,5 ± 1,50	19,8 ± 19,95
<b>Thoát vị có mảnh rời</b>	0,6 ± 0,96	0,5 ± 0,82	9,3 ± 15,61
<b>Levene's test</b>	0,002	0,043	0,333
<b>Welch's test</b>	0,204	0,017	0,148
<b>F-test</b>	0,164	0,028	0,169



**Nhận xét:** Có sự khác biệt giữa VAS trung bình tại thời điểm theo dõi cuối ở các hình thái thoát vị khác nhau, số liệu có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1 Vị trí thoát vị đĩa đệm được phẫu

Không đau(VAS 0)	28(66,7%)	6(27,3%)
Đau nhẹ(VAS 1-2)	8(19,0%)	11(50%)
Đau vừa phải(VAS 3-4)	6(14,3%)	5(22,7%)
Đau nhiều (VAS 5-6)	0 (0%)	0 (0%)
Đau dữ dội(VAS 7-8)	0 (0%)	0 (0%)
Đau khủng khiếp (VAS 9-10)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Tổng</b>	42 (100%)	22 (100%)
<b>Chi-square test</b>	0,008	
<b>Fisher's Exact test</b>	0,008	

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa giới tính và mức độ đau kiểu rễ sau mổ 24 giờ, số liệu có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**thuật:** Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm được chỉ định phẫu thuật chủ yếu có thoát vị từ tầng L3-L4 đến L5-S1. Vị trí được chỉ định mổ với tỷ lệ cao nhất là L4-L5 (56,3%) và L5-S1 (40,6%). Lý do hay gặp thoát vị đĩa đệm ở hai tầng này là do đây là vùng chịu nhiều trọng tải nhất, bao gồm trọng lượng của nửa trên của cơ thể và các ngoại lực trong các sinh hoạt và lao động hàng ngày.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Mahsa Sedighi<sup>1</sup> và Ali Haghnegahdar trên 148 bệnh nhân cũng cho thấy vị trí L4-L5, L5-S1 chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 51,3% và 33,5%<sup>[2]</sup>.

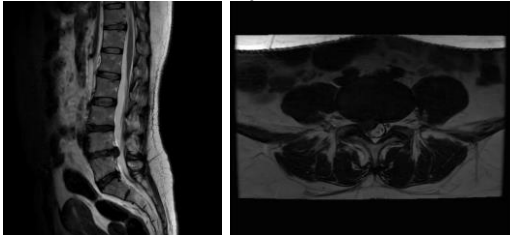
**4.2 Thời gian cuộc mổ trung bình và thời gian nằm viện trung bình:** Theo kết quả nghiên cứu, trung bình thời gian một cuộc phẫu

thuật lấy thoát vị vi phẫu mất  $67,4 \pm 29,8$  phút, thời gian bệnh nhân nằm viện trung bình là  $5,2 \pm 1,1$  ngày.

Thời gian cuộc mổ trung bình phù hợp với nghiên cứu của Alexander Aichmair (2014) với thời gian trung bình  $77,9 \pm 36,8$  phút nhưng có sự khác biệt về thời gian nằm viện trung bình ( $1,7 \pm 1,2$  ngày)<sup>[3]</sup>. Sự khác biệt này là do bệnh nhân sau mổ còn đau nhiều, chưa đi lại được hoặc hạ huyết áp nên cần nằm viện để theo dõi toàn trạng và phục hồi chức năng.

**4.3 Tình trạng đau kiểu rễ và biến chứng sau phẫu thuật:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đánh giá mức độ đau kiểu rễ sau mổ bằng thang điểm VAS trên 64 bệnh nhân cho thấy sau phẫu thuật 24 giờ, đa số bệnh nhân không còn đau (53,1%). Sau khoảng thời gian theo dõi trung bình là  $8,1 \pm 3,35$  tháng, VAS đau kiểu rễ trung bình là  $1,1 \pm 1,35$ , tăng so với thời điểm sau mổ 24 giờ ( $1 \pm 1,24$ ) nhưng vẫn nhỏ hơn đáng kể so với trước mổ ( $7,6 \pm 1,41$ ). 100% bệnh nhân không gặp biến chứng sau mổ.

Hai trường hợp đau nhẹ và vừa phải đều có giai đoạn đau cấp trong tiền sử, đáp ứng với điều trị nội khoa, tuy nhiên ở thời điểm đến khám, bệnh nhân biểu hiện triệu chứng đau dai dẳng, kèm theo là triệu chứng tổn thương thần kinh mạn tính như tê bì, yếu cơ, thậm chí là teo cơ.



**Hình 0.1. Hình ảnh MRI cột sống thắt lưng của bệnh nhân nữ 46 tuổi - tiền sử hiếm muộn đang có kế hoạch thụ tinh trong ống nghiệm, được phát hiện và chỉ định phẫu thuật để lấy thoát vị đĩa đệm có nguy cơ phát triển trong quá trình mang thai.**

Kết quả nghiên cứu của Phạm Ngọc Hải (2017) trên 52 bệnh nhân cho thấy 86,5% bệnh nhân không còn đau chân và 13,5% bệnh nhân không còn đau chân thường xuyên nhưng vẫn có ảnh hưởng đến khả năng làm việc bình thường hoặc các hoạt động giải trí<sup>[4]</sup>.

**4.4 Mức độ giảm chức năng cột sống theo thang điểm Oswestry (ODI).** Đánh giá theo thang điểm ODI cho thấy tại thời điểm theo dõi, chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh nhân không giảm hoặc giảm ít chức năng cột sống với 70,3%. Sau đó là bệnh nhân giảm chức năng cột sống mức độ vừa với 17,2%, chủ yếu gặp vấn

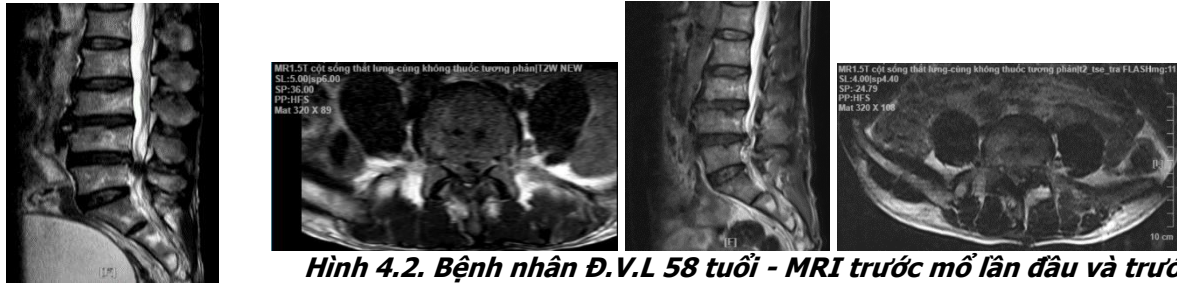
đề trong việc ngồi hoặc đứng một chỗ lâu không quá 30 phút – 1 giờ do đau lưng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Dina Shrestha (2017) cho thấy 69,84% trường hợp không giảm hoặc giảm ít chức năng cột sống<sup>[5]</sup>.

Có mối liên quan giữa vị trí TVĐĐ và mức độ suy giảm chức năng cột sống theo thang điểm ODI tại thời điểm theo dõi cuối, kết quả cho thấy trong số bệnh nhân TVĐĐ L4-L5 và L5-S1, không giảm/giảm chức năng cột sống ít chiếm tỷ lệ cao nhất, với tỷ lệ lần lượt là 77,8% và 65,4%. Mối liên quan không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

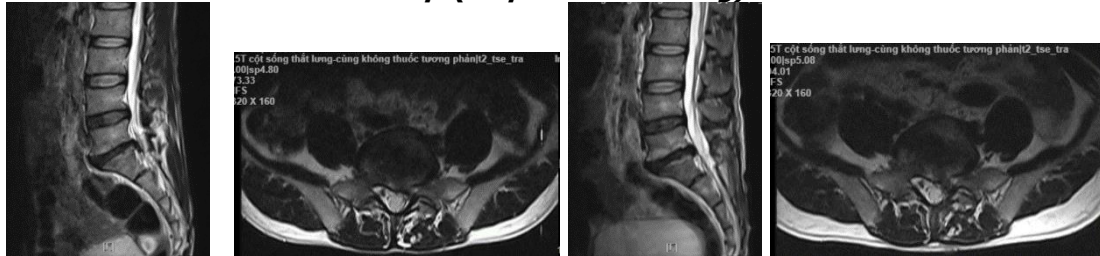
**4.5 So sánh điểm VAS đau kiểu rễ trung bình tại thời điểm sau mổ 24 giờ, tại thời điểm theo dõi cuối và điểm ODI trung bình giữa các nhóm hình thái thoát vị.** Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có sự khác biệt giữa VAS đau kiểu rễ tại thời điểm theo dõi cuối ở các hình thái thoát vị khác nhau, VAS ở bệnh nhân thoát vị thực sự có giá trị lớn nhất ( $1,5 \pm 1,50$ ), sau đó đến là thoát vị dưới bao ( $0,7 \pm 0,95$ ), nhỏ nhất là thoát vị có mảnh rời ( $0,5 \pm 0,82$ ). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**4.6 Thoát vị đĩa đệm tái phát.** Trong 64 bệnh nhân được nghiên cứu, chỉ ghi nhận 2 trường hợp được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm tái phát (3,1%). Kết quả này cao hơn so với Xinyu Liu (2018) nghiên cứu trên 69 bệnh nhân mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp lấy thoát vị vi phẫu với tỷ lệ tái phát là 0%<sup>[6]</sup> nhưng thấp hơn so với Camino Willhuber (2017) nghiên cứu trên 177 bệnh nhân với tỷ lệ tái phát là 16%<sup>[7]</sup>.

Hai trường hợp thoát vị tái phát lần lượt là bệnh nhân Đ.V.L tái phát sau 4 tháng và bệnh nhân N.X.H tái phát sau 3 tháng, đã được tiến hành điều trị phẫu thuật lần thứ hai. Tại thời điểm theo dõi, hai bệnh nhân vẫn còn đau chân nhiều, đánh giá bằng thang điểm ODI cho thấy giảm chức năng cột sống rất nhiều. Về cận lâm sàng, ở cả thời điểm trước lần mổ đầu và mổ tái phát, MRI cột sống của bệnh nhân Đ.V.L và N.X.H cho hình ảnh thoát vị lần lượt tại L4-L5 và L5-S1 với hình thái là thoát vị thực sự, là hình thái phổ biến thứ hai theo nghiên cứu của Jung Tae Oh (2012)<sup>[8]</sup>. Mặt khác, theo nghiên cứu của Mohammad Shimia (2013), nhóm bệnh nhân có nguy cơ bị thoát vị tái phát cao bao gồm nam giới, thể trạng thừa cân trở lên, có hút thuốc lá và lao động nặng<sup>[9]</sup>. Cả hai bệnh nhân Đ.V.L và N.X.H đều có đủ các đặc điểm trên, vì vậy cần khuyến cáo bệnh nhân bỏ thuốc lá, giảm cân và tránh lao động nặng.



**Hình 4.2. Bệnh nhân Đ.V.L 58 tuổi - MRI trước mổ lần đầu và trước mổ lại (tái phát sau 4 tháng)**



**Hình 4.3. Bệnh nhân N.X.H 42 tuổi - MRI trước mổ lần đầu và trước mổ lại (tái phát sau 3 tháng)**

**4.7 Mỗi liên quan giữa đặc điểm chung và mức độ đau kiểu rề sau mổ 24 giờ:** Tại thời điểm 24 giờ sau mổ, trong số các bệnh nhân nam, tỷ lệ bệnh nhân hết đau chiếm cao nhất (66,7%), với nữ thì tỷ lệ bệnh nhân còn đau mức độ nhẹ là cao nhất (50%), tỷ lệ hết đau chỉ chiếm 27,3%. Có thể thấy, các bệnh nhân nam có sự cải thiện tình trạng đau sau mổ tốt hơn nữ. Mỗi liên quan giữa giới tính và mức độ đau kiểu rề sau mổ 24 giờ có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Fredrik Strömquist (2007) đánh giá VAS đau kiểu rề với 39% bệnh nhân nữ và 56% bệnh nhân nam sau phẫu thuật đã hết đau hoàn toàn<sup>[10]</sup>.

Tại thời điểm 24 giờ sau mổ, đối với các nhóm bệnh nhân vẫn còn tham gia lao động, tỷ lệ bệnh nhân còn đau ở nhóm lao động nhẹ và ngồi một chỗ chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 72,7% và 66,7%). Trong khi đó, bệnh nhân lao động nặng lại có sự cải thiện tình trạng đau tốt hơn, với tỷ lệ còn đau sau mổ thấp hơn đáng kể (34,3%). Nhóm hưu trí có 4 trường hợp hết đau, 4 trường hợp đau vừa phải, và chỉ 1 trường hợp đau nhẹ. Mỗi liên quan giữa nghề nghiệp và mức độ đau kiểu rề sau mổ 24 giờ có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

Điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng – cùng bằng phẫu thuật lấy thoát vị vi phẫu đạt kết quả thành công cao. Bệnh nhân sau phẫu thuật được cải thiện tình trạng đau kiểu rề thần kinh và chức năng cột sống với tỷ lệ gặp biến

chứng sau mổ và tỷ lệ thoát vị đĩa đệm tái phát rất thấp. Có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và nhóm nghề nghiệp với mức độ đau sau mổ 24 giờ. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa VAS trung bình tại thời điểm theo dõi cuối ở các hình thái thoát vị khác nhau.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan. (2011). Tỷ lệ thoát vị đĩa đệm tại cộng đồng và các thể thoát vị đĩa đệm trên phim cộng hưởng từ.
2. Sedighi, M., & Haghnegahdar, A. (2014). Lumbar Disk Herniation Surgery: Outcome and Predictors. *Global Spine Journal*, 4(4), 233–244. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1390010>
3. Aichmair, A., Du, J. Y., & Shue, J. (2014). Microdiscectomy for the Treatment of Lumbar Disc Herniation: An Evaluation of Reoperations and Long-Term Outcomes. *Evidence-Based Spine-Care Journal*, 5(2), 77–86. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1386750>
4. Phạm Ngọc Hải. (2017). Nghiên cứu điều trị ngoại khoa thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng theo kỹ thuật can thiệp tối thiểu tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định.
5. Shrestha, D., Shrestha, R., & Dhoju, D. (2017). Study of Clinical Variables Affecting Long Term Outcome after Microdiscectomy for Lumbar Disc Herniation. *Kathmandu University Medical Journal*, 13, 333. <https://doi.org/10.3126/kumj.v13i4.16833>
6. Liu, X., Yuan, S., & Tian, Y. (2018). Comparison of percutaneous endoscopic transforaminal discectomy, microendoscopic discectomy, and microdiscectomy for symptomatic lumbar disc herniation: Minimum 2-year follow-up results. *Journal of Neurosurgery. Spine*, 28(3), 317–325. <https://doi.org/10.3171/2017.6.SPINE172>
7. Camino Willhuber, G., Kido, G., & Mereles, M. (2017). Factors associated with lumbar disc

hernia recurrence after microdiscectomy. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition), 61(6), 397–403. <https://doi.org/10.1016/j.recote.2017.10.003>

8. Oh, J. T., Park, K. S., & Jung, S. S. (2012). Surgical Results and Risk Factors for Recurrence of Lumbar Disc Herniation. Korean Journal of Spine, 9(3), 170–175. <https://doi.org/10.14245/kjs.2012.9.3.170>

9. Shimia, M., Babaei-Ghazani, A., & Sadat, B. E. (2013). Risk factors of recurrent lumbar disk herniation. Asian Journal of Neurosurgery, 8(2), 93–96. <https://doi.org/10.4103/1793-5482.116384>

10. Strömqvist, F. (2007). Gender differences in lumbar disc herniation surgery. <https://doi.org/10.1080/17453670810016669>

## CẮT TỬ CUNG VỚI HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU VÙNG CHẬU Ở CÁC TRƯỜNG HỢP LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

Nguyễn Hồng Hoa<sup>1</sup>, Trần Thị Ngọc Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả giảm đau sau cắt tử cung ở các trường hợp LNMTC trong cơ tử cung. **Phương pháp:** Báo cáo loạt ca tiến cứu 52 trường hợp LNMTC trong cơ tử cung có tình trạng đau vùng chậu và đã được quyết định cắt tử cung do tình trạng bệnh trầm trọng. Điểm số đau dựa theo thang điểm Visual Analog Scale (VAS) được xác định trước, sau phẫu thuật 01 tháng và 03 tháng tại bệnh viện Từ Dũ. **Kết quả:** Trước phẫu thuật cắt tử cung, mức độ đau theo thang điểm VAS của nhóm nghiên cứu có trung vị bằng 7, thấp nhất là 6 và cao nhất là 9. Sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng, mức độ đau theo thang điểm VAS có trung vị lần lượt là 2 (2-3) và 1 (1-2). Như vậy, có sự thay đổi có nghĩa thống kê về mức độ đau theo thang điểm VAS ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tử cung vẫn là điều trị tận gốc cho tình trạng đau vùng chậu liên quan tới lạc nội mạc trong cơ tử cung, tuy nhiên tình trạng đau chỉ giảm rõ sau 3 tháng phẫu thuật. **Từ khóa:** Phẫu thuật cắt tử cung, lạc nội mạc tử cung, đau vùng chậu.

### SUMMARY

#### TOTAL HYSTERECTOMY FOR PELVIC PAIN ASSOCIATED WITH ADENOMYOSIS

**Objective:** To observe the effects of total hysterectomy in treatment of chronic pelvic pain associated with adenomyosis. **Methods:** A prospective continuing study including 52 patients with chronic pelvic pain associated with adenomyosis who received hysterectomy caused of serious status. The visual analog scale (VAS) was used for pain assessment before and 1 and 3 months after surgery. **Results:** Before hysterectomy, the median pain score in our study was 7, the lowest was 6 and the highest

was 9. After 1 month and 3 months hysterectomy, the median score was 2 (2-3) and 1 (1-2), respectively. So, the ratio of severe pelvic pain decreased significantly compared to the time before operating hysterectomy in our study. **Conclusion:** Hysterectomy is still a radical method for pelvic pain associated with adenomyosis, although the pain only decreases clearly after 3 months operation. **Key words:** Hysterectomy, adenomyosis, pelvic pain.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc tuyến cơ tử cung hay lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung được định nghĩa là sự xuất hiện lạc chỗ của nội mạc tử cung trong cơ tử cung kèm theo là sự phì đại, tăng sản quá mức của mô đệm tử cung. Tỷ lệ hiện mắc của bệnh rất khác nhau, dao động từ 9% đến 62% trong các trường hợp cắt tử cung và có kết quả giải phẫu bệnh là LNMTC trong cơ tử cung [1]. Một giả thuyết đặt ra có thể lạc nội mạc tử cung là một sự thay đổi của cơ tử cung hơn là một bệnh thực sự [2]. Đau là một vấn đề chủ thường gặp (khoảng 60%) của các trường hợp LNMTC trong cơ tử cung và gây những ảnh hưởng tiêu cực đến công việc, sinh hoạt hàng ngày và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [3]. Lựa chọn phương pháp điều trị tùy thuộc vào mức độ đau, tuổi sinh sản và tiền sử thai sản của bệnh nhân. Can thiệp ngoại khoa cắt tử cung hoàn toàn được cho vừa là phương pháp điều trị dứt điểm vừa là tiêu chuẩn vàng giúp chẩn đoán LNMTC. Tuy nhiên, hiện vẫn còn một số tranh cãi về hiệu quả của phẫu thuật trong điều trị cắt tử cung do LNMTC trong cơ TC. Nghiên cứu của đa số tác giả đều ghi nhận có sự giảm rõ mức độ đau sau cắt tử cung của các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh lý là LNMTC trong cơ tử cung. Nhưng, nghiên cứu của Ajao M và cs. cho thấy tỉ lệ đau vùng chậu sau phẫu thuật vẫn tồn tại ở 16,2% các bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt tử cung [4]. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi thực hiện với mục tiêu đánh giá hiệu quả giảm

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Tp. HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Quốc tế Vinmec Central Park

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hoa

Email: drhonghoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 16.9.2024