

tái phát đột quy tăng lên 18% ($p = 0,03$)[9].

Rối loạn lipid máu từ lâu là một yếu tố nguy cơ chính gây nên các biến cố tim mạch cũng như đột quy thiếu máu não, nhưng đối với đột quy tái phát, vẫn chưa có các bằng chứng rõ ràng để chứng minh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng có sự liên quan giữa mức tăng LDL-C và sự tái phát đột quy cấp.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố có liên quan đến nguy cơ tái phát đột quy thiếu máu não bao gồm: tuổi, tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, nghẽn tắc động mạch cảnh đoạn ngoài sọ, tăng LDL-C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đình Hữu Hùng** (2014), Nguy cơ tái phát sau đột quy thiếu máu não cục bộ cấp theo phân tầng một số yếu tố liên quan, luận văn tiến sĩ y học, TP.HCM.
2. **Vũ Anh Nhi, Bùi Châu Tuệ** (2011). "Tiên lượng bệnh nhân nhồi máu não tái phát bằng bảng điểm nguy cơ đột quy Essen", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 15, Phụ bản của Số 1, tr.579 – 586.
3. **Cao Phi Phong, Ngô Bá Minh** (2011). "Xác định bệnh nhân có nguy cơ cao đột quy thiếu máu sau cơn thiếu máu não thoáng qua hoặc đột

quy nhẹ bằng thang điểm ABCD2", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 15, Phụ bản của Số 1, tr.603 – 608.

4. **Nguyễn Bá Thắng** (2020), Đột quy, giáo trình thần kinh học, đại học Y Dược TP.HCM, NXB ĐHQG TP.HCM, trang 111.
5. **Burke J. P., Sander S., Shah H., Zarotsky V., Henk H.** (2010). Impact of persistence with antiplatelet therapy on recurrent ischemic stroke and predictors of nonpersistence among ischemic stroke survivors. *Curr Med Res Opin*, 26(5): 1023-1030.
6. **George N., et al** (2017), "Age- and sex-specific analysis of patients with embolic stroke of undetermined source", *American Academy of Neurology*, 89(6), pp.526.
7. **Petty G. W., et al.** (1998), "Survival and recurrence after first cerebral infarction: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1975 through 1989", *Neurology*, 50(1), pp. 208-216.
8. **Roquer J, et al.** (2011), "Value of carotid intima-media thickness and significant carotid stenosis as markers of stroke recurrence", *Stroke*, 42(11), 3099-3104.
9. **Tsivgoulis G, et al.** (2006), "Common carotid artery intima-media thickness and the risk of stroke recurrence", *Stroke*, 37(7), pp.1913-1916.
10. **Wang Y, et al.** (2013), "Association of hypertension with stroke recurrence depends on ischemic stroke subtype", *Stroke*, 44(5), pp.1232-1237.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI HAI CỔNG LẤY NHÂN ĐỆM ĐƯỜNG LIÊN BẢN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 121

Nguyễn Trung Hậu¹, Lê Văn Công¹, Đặng Văn Thích¹,
Liễu Thanh Hạo¹, Nguyễn Chí Linh¹, Nguyễn Thành Nhiệm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá kết quả lâm sàng giải ép rễ thần kinh của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cột sống 2 cổng lấy nhân đệm đường liên bản sống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 36 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi 2 cổng lấy nhân đệm đường liên bản sống. Thang điểm đau lưng (VAS), điểm chức năng ODI trước mổ được ghi nhận và so sánh với thời điểm ra viện, tái khám 1, 3, 6 tháng. Tiêu chuẩn Mac Nab được đánh giá tại từng thời điểm. **Kết quả:** 36 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng với phẫu thuật nội soi 2 cổng tại Bệnh viện Quân y 121 từ tháng 01/2023 đến ngày 01/2024. Thời gian

theo dõi trung bình là 6,23 tháng, thời gian phẫu thuật trung bình là 79,38 phút và thời gian nằm viện trung bình là 4,15 ngày. Điểm VAS trung bình đau lưng giảm từ 7,92 trước phẫu thuật xuống 0,51 ở lần tái khám cuối cùng, VAS chân trung bình giảm từ 6,28 xuống 0,62. Điểm số ODI trung bình đã cải thiện đáng kể từ 58,46 trước phẫu thuật giảm còn 8,25 ở lần theo dõi cuối cùng. Kết quả tốt dựa trên tiêu chuẩn Mac Nab là 97,22%. Không có bệnh nhân nào phải phẫu thuật lại do giải ép không hoàn toàn. Không có bất kỳ tai biến, biến chứng nặng nào được ghi nhận. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi cột sống 2 cổng lấy nhân đệm đạt được hiệu quả giải ép cao, ít xâm lấn. Kỹ thuật này có thể là một lựa chọn khả thi cho phẫu thuật cột sống thắt lưng. **Từ khóa:** phẫu thuật nội soi cột sống 2 cổng, phẫu thuật nội soi lấy nhân đệm.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR LUMBAR DISC HERNIATION BY BIPORTAL ENDOSCOPIC SPINAL SURGERY AT MILITARY HOSPITAL 121

Objective: In this study, we evaluated the clinical outcomes of nerve root decompression in

¹Bệnh viện Quân Y 121

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hậu

Email: haunguyentrong07@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

patients with lumbar disc herniation undergoing biportal endoscopic spine surgery at our clinic. **Methods:** 36 patients with lumbar disc herniation were treated with biportal endoscopic lumbar discectomy at Military Hospital 121 from 01/ 2023 to 01/2024. Pre-operative visual analog scale for back pain (VAS) scores and the Oswestry Disability Index (ODI) were recorded and compared with the time of discharge and follow-up visits at 1, 3, and 6 months. Mac Nab's criteria were evaluated at each follow-up. **Results:** The average follow-up period was 6.23 months, average operative time was 79.38 minutes, and average hospital stay was 4.15 days. The mean VAS score for back pain decreased from pre-operatively 7.92 to 0.51 at the final follow-up visit, and mean VAS score for leg pain decreased from 6.28 to 0.62. The average ODI score significantly improved from pre-operatively 58.46 to 8.25 at the final follow-up visit. The average excellent based on Mac Nab's criteria were achieved in 97.22% of cases. There were no cases requiring reoperation due to incomplete decompression. No severe complications or adverse events were recorded. **Conclusion:** Biportal endoscopic lumbar discectomy can achieve decompression hight effect in nerve decompression with minimal invasiveness. This technique may be a feasible option for lumbar spine surgery.

Keywords: Biportal spinal endoscopy surgery, endoscopic spine discectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là tình trạng khi nhân nhầy đĩa đệm cột sống thoát ra khỏi vòng sợi, gây chèn ép vào ống sống hay rễ thần kinh. Người bệnh lúc này sẽ có cảm giác đau lưng, đau lan xuống chân, đau tăng dần khi đứng, đi, hắt hơi... Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh nhân sẽ đau, tê bì lưng, chân, khó khăn trong quá trình sinh hoạt, đi lại và nặng nhất là nguy cơ yếu, liệt chân, mất khả năng vận động.

Có nhiều phương pháp để điều trị bệnh lý thoát vị đĩa đệm tùy theo mức độ bệnh. Nếu tình trạng đĩa đệm chèn ép thần kinh nhiều, có dấu hiệu đau theo rễ thần kinh thì phẫu thuật là biện pháp cần thiết. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật đối với bệnh lý này như: mổ hở, mổ vi phẫu và phẫu thuật nội soi trong những năm gần đây. Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đã được thực hiện ở nhiều nước trên thế giới, cũng như tại một số bệnh viện lớn tại Việt Nam.

Theo xu hướng can thiệp ít xâm lấn, ít tổn thương mô, giúp bệnh nhân ít đau sau mổ, phục hồi nhanh nên phẫu thuật nội soi lấy nhân đệm ra đời và phát triển. Vào những năm 1980, Kampin P đã nghiên cứu đưa vào ứng dụng phương pháp lấy nhân đệm qua nội soi. Với sự phát triển về kỹ thuật trong cải tiến ống soi theo thời gian phẫu thuật nội soi cột sống đã được thực hiện nhiều hơn. Những năm gần đây có

nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lấy nhân đệm điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, đặc biệt là các tác giả từ Hàn Quốc. Đa số tác giả ghi nhận phẫu thuật nội soi có kết quả tương đương phương pháp mổ mở nhưng có những ưu điểm sau: đường mổ nhỏ, ít tổn thương mô mềm; lượng máu mất ít hơn; nhìn rõ hơn các cấu trúc thần kinh trong lúc mổ; bệnh nhân trở lại hoạt động và làm việc sớm hơn; phẫu thuật dễ dàng hơn với những bệnh nhân mập, béo phì; phẫu thuật lại dễ dàng hơn vì ít mô xơ sẹo; tỷ lệ biến chứng thấp hơn.

Phẫu thuật nội soi có hai loại, kỹ thuật nội soi một cổng với bộ dụng cụ chuyên dụng, và kỹ thuật nội soi 2 cổng. Kỹ thuật nội soi 2 cổng này không đòi hỏi bộ dụng cụ chuyên dụng mà chỉ cần bộ nội soi khớp thông thường (gồm: ống soi 4-7mm, 0-30 độ; đầu đốt RF) và bộ dụng cụ phẫu thuật cột sống mở. Nên kỹ thuật nội soi hai cổng dễ triển khai và ít tốn kém hơn. Hiện nay tại Việt Nam có ít công trình nghiên cứu ứng dụng và báo cáo kết quả của kỹ thuật nội soi cột sống 2 cổng. Chúng tôi đã áp dụng và thực hiện phẫu thuật nội soi hai cổng trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Khoa Ngoại Thần kinh Bệnh viện Quân y 121. Để đánh giá kết quả ban đầu của kỹ thuật này, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng bằng phẫu thuật nội soi hai cổng lấy nhân đệm đường liên bản sống tại Bệnh viện Quân y 121". Mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả lâm sàng giải ép rễ thần kinh của phẫu thuật nội soi 2 cổng trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi 2 cổng tại Bệnh viện Quân y 121 từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: - Bệnh nhân đau cột sống thắt lưng lan xuống một chân.

- Có hình ảnh thoát vị và chèn ép rễ thần kinh rõ trên MRI: thoát vị một tầng, một bên của cột sống thắt lưng.

- Có bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: - Thoát vị kèm thoái hóa cột sống gây hẹp ống sống.

- Thoát vị kèm trượt đốt sống bệnh lý.

- Bệnh lý viêm thân sống, đĩa đệm

- Các bệnh lý nội khoa nặng không cho phép gây mê

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu mô tả thử nghiệm lâm sàng

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu.

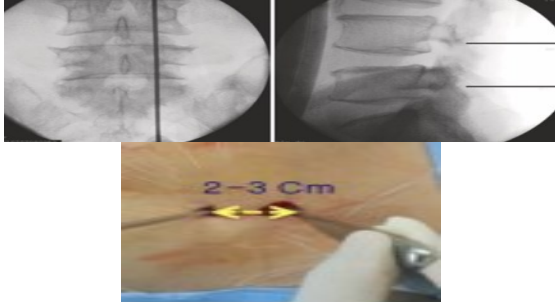
Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh trong thời gian từ 01/2023 đến 01/2024. Chúng tôi chọn được 36 mẫu thỏa điều kiện.

Vật liệu nghiên cứu. Hệ thống máy nội soi (màn hình, đầu thu hình, nguồn sáng, dây sáng). Máy bơm nước. Máy đốt RF. Ống soi khớp 4-7mm, 0-300. Bộ dụng cụ phẫu thuật mở của cột sống, máy C-arm.

Phương pháp thực hiện. Bệnh nhân nhập viện Khoa Ngoại Thần kinh, Bệnh viện Quân y 121 có chỉ định phẫu thuật, được giải thích và tư vấn phương pháp mổ; đánh giá chức năng trước mổ (theo bảng đánh giá chức năng Oswestry Disability Index (ODI); thang điểm đau lưng, đau chân theo VAS; khám tiền mê; lên chương trình mổ.

Các bước tiến hành phẫu thuật. Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản. Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân được nằm sấp trên gối mềm, bàn mổ thấu tia.

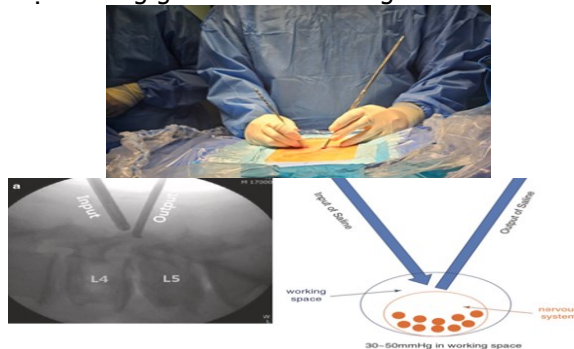
Bước 1: C-arm được sử dụng để định vị tầng



Hình 1: Xác định tầng và đường vào dưới hướng dẫn của C-arm

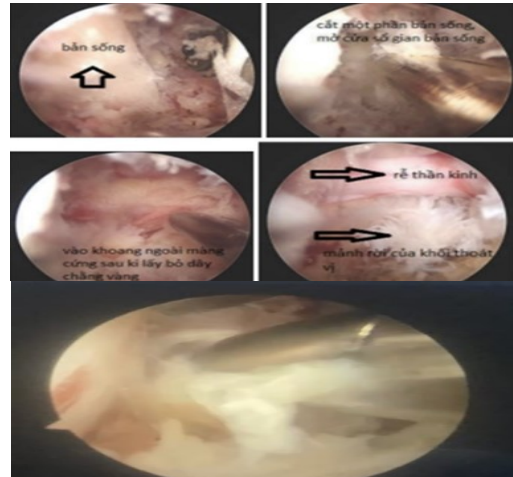
Bước 2: Xác định tầng và cổng vào: cổng vào được xác định dựa trên mốc giải phẫu dưới hướng dẫn của C-arm. Một cổng đặt ống soi (cổng camera), một cổng đặt dụng cụ phẫu thuật (cổng làm việc). Cách nhau 2 đến 3 cm trên dưới tầng đĩa thoát vị và cách đường giữa 1cm. Rạch da khoảng 0,5-1cm.

Bước 3: Tạo đường vào: tạo 2 cổng vào (rạch da, nong và tách mô mềm), tách mô tạo một khoang giữa cơ và bản sừng.



Hình 2: Tách cơ tạo đường vào

Bước 4: Thực hiện phẫu thuật: đặt ống soi vào trocar với hệ thống bơm rửa liên tục (áp lực nước khoảng <50 mmHg), làm sạch mô mềm, bộc lộ bản sừng, lấy bỏ một phần xương của bản sừng trên đến hết điểm bám dây chằng vàng, cắt bỏ dây chằng vàng vào khoang ngoài màng cứng, lấy bỏ dây chằng vàng đến bờ ngoài của rễ thần kinh.



Hình 3: Tiến hành phẫu thuật

Trong quá trình phẫu thuật đốt mô mềm và cầm máu bằng sóng cao tần (RF). Sau khi xác định rõ rễ thần kinh dùng que thăm dò vén rễ tách dính, dùng dụng cụ vén rễ bộc lộ đĩa đệm thoát vị; dùng forcep lấy nhân đệm thoát vị. Sau khi lấy hết nhân đệm thoát vị hóa dùng đốt sóng cao tần cầm máu. Kiểm tra rễ thần kinh.

Bước 5: Cuối cùng rút trocar và ống soi, khâu da, băng ép.

Hậu phẫu và chương trình tập vật lý trị liệu

- Sau mổ bệnh nhân được đánh giá đau theo thang điểm đau VAS.

- Giảm đau sau mổ: sử dụng các thuốc giảm đau thông thường (nhóm NSAIDS, acetaminophen).

- Ngay ngày đầu sau mổ bệnh nhân được hướng dẫn tập vật lý trị liệu (tập cơ lưng, cơ chân, tập ngồi, đứng, đi lại).

- Bệnh nhân nằm viện 2 hay 5 ngày.

- Hướng dẫn tiếp tục tập vật lý trị liệu tại nhà và tái khám theo lịch hẹn.

- Đánh giá kết quả lâm sàng mỗi lần tái khám sau 1, 3, 6 tháng.

Theo dõi và đánh giá kết quả

Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp

Đặc điểm lâm sàng: đánh giá chức năng trước mổ (theo bảng đánh giá chức năng Oswestry Disability Index (ODI); thang điểm đau theo VAS và tiêu chuẩn Mac Nab. Bệnh nhân được theo dõi mỗi 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

Thu thập và phân tích số liệu. Dùng phần mềm thống kê SPSS 22.0 để lưu trữ và xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung, hình ảnh học, đặc điểm lâm sàng

Số lượng bệnh nhân	36
Tuổi trung bình	41,67 ± 11,25 (từ 20 đến 69)
Giới	Nam: 29 (80,55%)
	Nữ: 7 (19,45%)
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân: 31 (86,11%)
Tầng thoát vị	L4/L5: 25 (69,44%)
	L5-S1: 11 (30,56%)
Bên thoát vị	Trái: 21 (58,33%)
	Phải: 15 (41,67%)
Rễ thần kinh bị ảnh hưởng	L5: 28 (77,78%)
	S1: 8 (22,22%)
VAS lưng trung bình trước phẫu thuật	7,92 ± 1,83
VAS chân trung bình trước phẫu thuật	7,28 ± 1,65

Kết quả điều trị

Thời gian theo dõi trung bình 6,23 tháng

Thời gian mổ trung bình: 79,38 ± 11,59 phút (ngắn nhất là 55 phút, dài nhất là 160 phút).

Thời gian nằm viện trung bình: 4,15 ± 2,38 ngày.

VAS lưng

Bảng 2: Thang điểm đau lưng trước và sau mổ

Trước mổ	1 ngày	Xuất viện	1 tháng	3 tháng	6 tháng
7,92 ± 1,83	2,85 ± 1,92	1,64 ± 1,47	1,27 ± 1,53	0,78 ± 1,29	0,51 ± 1,18

VAS chân

Bảng 3: Thang điểm đau chân trước và sau mổ

Trước mổ	1 ngày	Xuất viện	1 tháng	3 tháng	6 tháng
6,28 ± 1,42	3,12 ± 1,16	1,82 ± 1,79	1,38 ± 1,24	0,83 ± 1,67	0,62 ± 1,25

Sự khác biệt về điểm đau theo VAS trước mổ và sau mổ rất có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Thang điểm ODI

Bảng 4: Thang điểm ODI trước và sau mổ

Trước mổ	Xuất viện	1 tháng	3 tháng	6 tháng
58,46 ± 9,92	38,63 ± 3,86	26,38 ± 1,51	18,25 ± 2,67	9,38 ± 1,72

Đánh giá kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Mac Nab

Bảng 5: Đánh giá theo Mac Nab trước và sau mổ

Mac Nab	Xuất viện	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Tốt	31 (86,11%)	33 (91,67)	34 (94,44%)	35 (97,22%)
Khá	5 (13,89%)	3 (8,33%)	2 (5,56%)	1 (2,78%)

Tai biến trong mổ: Không ghi nhận

Biến chứng ngắn hạn sau mổ: 01 ca tụ dịch ổ mổ sau 5 ngày. Theo dõi sau 3 tháng không có nhiễm trùng hay các triệu chứng khác, vết mổ lành tốt.

Biến chứng dài hạn sau mổ. Thoát vị đĩa đệm tái phát: trong thời gian theo dõi không ghi nhận nào trường hợp nào thoát vị tái phát. Mất vững cột sống sau phẫu thuật: không ghi nhận.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 41,67 (từ 20 đến 69), Trần Vũ Hoàng Dương 52,6 (26-81), Lê Tường Viễn 36,7. Tỷ lệ bệnh nhân nam/ nữ là 29/7. Tác giả Lê Tường Viễn 19/13, Trần Vũ Hoàng Dương 43/39. Nghề nghiệp thường gặp nhất là công nhân, nông dân 31 trường hợp (86,11%).

Tầng thoát vị nhiều nhất là L4/L5 chiếm 69,44%, lệch bên trái nhiều hơn 58,33%, trong nghiên cứu chúng tôi chỉ gặp rễ L5 và S1 bị chèn ép và L5 thường gặp hơn 77,78%. Nghiên cứu của các tác giả khác: Trần Vũ Hoàng Dương L4/L5 chiếm 51,9%, Lê Tường Viễn L5/S1 gặp nhiều hơn 53,1%, bên trái 68,75%, tổn thương rễ S1 53,12%.

Thời gian mổ. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 79,38 phút (ngắn nhất 55 phút và dài nhất là 160 phút). Tác giả Soliman HM (2013) là 68 phút, Eun SS (2017) là 101,1 phút, Kim JA (2018) là: 70,15 phút, Choi KC (2018) là 89,13 phút, Lê Tường Viễn (2021) 78,5 phút, Trần Vũ Hoàng Dương (2023) 78,1 phút. So với các tác giả thì thời gian mổ trung bình của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều. Thời gian mổ tùy thuộc vào kinh nghiệm, kỹ năng của phẫu thuật viên và các phương tiện hỗ trợ trong cuộc mổ. Những ca đầu tiên sẽ mất nhiều thời gian hơn và sẽ được cải thiện khi phẫu thuật viên tích lũy kinh nghiệm qua từng ca mổ.

Thời gian nằm viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là 4,15 ngày. Tác giả Lê Tường Viễn (2019) là 2,1 ngày, Trần Vũ Hoàng Dương (2023) là 4,3 ngày. Theo Soliman HM (2013): bệnh nhân có thể đi lại sau 4 giờ sau mổ, có thể xuất viện sau mổ trung

bình 8 giờ và có thể trở về công việc sau 7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình trong các nghiên cứu khác như: Eun SS (2017) là 4,8 ngày, Kim JA (2018) là 2,77 ngày, Choi KC (2018) là 5 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với của tác giả Trần Vũ Hoàng Dương (2023) và ngắn hơn so với tác giả Eun SS (2017) và Choi KC (2018).

Ngày đầu sau mổ chúng tôi được theo dõi đau vết mổ, các biến. Tất cả bệnh nhân được hướng dẫn tập vật lý tại giường. Tập vận động sớm sau mổ.

Đau vết mổ. Đa số bệnh nhân đau rất ít sau mổ, trung bình tại thời điểm 1 ngày sau mổ là 2,85. Đây là ưu điểm lớn của phẫu thuật nội soi. Đường rạch da nhỏ, sử dụng các dụng cụ nong dẫn mô mềm tạo đường vào, ít mất máu, ít tổn thương mô mềm, do đó giúp bệnh nhân ít đau sau mổ. Giúp cho bệnh nhân tâm lý thoải mái sau mổ, vận động, ngồi, đứng, đi lại sớm và trở về công việc sớm.

Kết quả lâm sàng. 36 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được theo dõi trung bình là 6,23 tháng. Thời gian theo dõi ngắn hơn các tác giả khác do mới triển khai phẫu thuật. Kết quả điểm VAS lưng trước mổ là 7,92 giảm dần tại từng thời điểm và xuống còn 0,45 sau mổ 6 tháng, VAS chân giảm từ 6,28 xuống còn 0,62, rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$). Tác giả Lê Tường Viễn (2021) VAS lưng 5,87 giảm còn 1,38 lần đánh giá cuối, VAS chân 7,81 còn 0,41. Trần Vũ Hoàng Dương (2023) VAS lưng 4,5 còn 1,2 VAS chân 7,8 còn 1,6. Tác giả Kim JE (2018) VAS lưng giảm từ 7,93 trước mổ còn 1,28, VAS chân 6,22 còn 0,93, Soliman HM (2013) VAS lưng 2,4 còn 0,9, VAS chân 7,8 còn 0,7. Đa số các tác giả đều ghi nhận mức độ giảm đau có ý nghĩa thống kê trước và sau phẫu thuật.

Có sự cải thiện đáng kể điểm số ODI giảm từ 58,46 trước mổ còn 9,38 sau mổ lúc 6 tháng, đa số bệnh nhân trở lại với công việc cũ. Tương đồng với các tác giả Kim JE (2018) ghi nhận 60 trường hợp phẫu thuật nội soi hai cổng có ODI trước mổ là 70,15 giảm còn 14,5 sau mổ, Soliman HM (2013) ODI trước mổ 76 còn 19, Lê Tường Viễn (2021) ODI trước mổ 57,84 còn 11,31.

Tiêu chuẩn Mac Nab đạt kết quả tốt thời điểm 6 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là 97,22%, chỉ còn 1 trường hợp đau vùng vết mổ khi làm việc, có đáp ứng thuốc giảm đau. Tác giả Trần Vũ Hoàng Dương (2023) ghi nhận kết quả tốt và khá 95,2%, Soliman HM (2013) 95%, Lê Tường Viễn (2021) 93,75%, Kim JE (2018) 75%.

Biến chứng. Phẫu thuật lấy nhân đệm cột sống thắt lưng cùng bằng kỹ thuật nội soi 2 cổng cũng có thể gặp các biến chứng giống như các kỹ thuật khác như PT mở, PT vi phẫu, hay PTNS 1 cổng. Những biến chứng có thể gặp là: rách màng cứng, tổn thương rễ thần kinh, máu tụ ngoài màng cứng, nhiễm trùng vết mổ, viêm thân sống đĩa đệm, thoát vị tái phát, mất vững cột sống sau PT lấy nhân đệm. Trong nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 1 trường hợp tụ dịch hồ mổ, đây là 1 trong những ca đầu tiên triển khai, có thể do thiếu kinh nghiệm tách cơ tạo khoang rộng quá nên dẫn đến tụ ở vùng mổ. Sau theo dõi 3 tháng thì đã hấp thu hoàn toàn, không có nhiễm trùng, vết mổ lành tốt. Có thể do nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi ngắn nên chưa ghi nhận các biến chứng muộn.

Nhược điểm của nghiên cứu là:

- Số lượng mẫu còn ít.
- Theo gian theo dõi ngắn.

Phẫu thuật nội soi hai cổng là kỹ thuật ít xâm lấn, an toàn và mang lại hiệu quả cao. Đây là kỹ thuật mới được triển khai tại bệnh viện chúng tôi, nghiên cứu còn nhiều hạn chế nhưng cũng đã đạt kết quả khả quan. Đây là động lực cho chúng tôi tiếp tục thực hiện các nghiên cứu khác sau này.

V. KẾT LUẬN

1. Kết quả lâm sàng: Đánh giá theo tiêu chuẩn Mac Nab kết quả tốt là 97,22%; thang điểm ODI trước mổ: 58,46 sau mổ: 9,38. Đa số các trường hợp cải thiện đau rất tốt, VAS lưng trước mổ 7,92 còn 0,45 lần tái khám cuối, VAS chân 6,28 giảm còn 0,62 sau mổ.

2. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận tai biến, biến chứng nào trong mổ cũng như sau mổ.

VI. KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu này mở đầu cho các nghiên cứu về sau như mở rộng chỉ định cho kỹ thuật nội soi cột sống như hẹp ống sống, hàn xương liên thân sống. Góp phần phát triển kỹ thuật ít xâm lấn, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Vũ Hoàng Dương** (2023). Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi hai cổng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng. *Y học Việt Nam - Hội nghị khoa học thường niên phẫu thuật thần kinh Việt Nam, lần thứ XXII*, pp.350-359.
2. **Lê Tường Viễn** (2021). Điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng kỹ thuật nội soi hai cổng. *Nghiên cứu Y học - Y học TP Hồ Chí Minh. Tập 25, số 1*, pp 93-101.

- Kampin P** (2005). Herniation lumbar disc and lumbar radiculopathy. *Arthroscopic and Endoscopy Spinal Surgery*, pp.61- 118.
- Sang-Kyu Son et al.** (2022), *The Basic and Concepts of Unilateral Biptortal Endoscopy, Unilateral Biptortal Endoscopic Spine Surgery Basic and Advanced Technique Textbook*, Springer: 9-19.
- Soliman HM** (2015). Irrigation endoscopic decompressive laminotomy. A new endoscopic approach for spinal stenosis decompression. *Spine Journal*, 15(10):2282-2289.
- Eun SS, Eum JH, Lee SH, Sabal LA** (2017). Biptortal Endoscopic Lumbar Decompression for Lumbar Disk Herniation and Spinal Canal Stenosis: A Technical Note. *J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg*, 78(4):390-396.
- Kim JE, Choi DJ** (2018). Unilateral biportal endoscopic decompression by 30 degrees endoscopy in lumbar spinal stenosis: Technical note and preliminary report. *J Orthop*, 15(2):366-371.
- Choi KC, Shim HK, Hwang JS, et al** (2018). Comparison of Surgical Invasiveness Between Microdiscectomy and 3 Different Endoscopic Discectomy Techniques for Lumbar Disc Herniation. *World Neurosurg*, 116:750-758.

TÌNH HÌNH VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC – CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Trần Hoài Linh^{1,2}, Nguyễn Thị Bảo Liên¹,
Ngô Văn Quỳnh², Đặng Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng viêm phổi liên quan thở máy và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc – bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc thực hiện trên 73 bệnh nhân thở máy tại khoa Hồi sức tích cực và chống độc Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 8/2023 đến tháng 7/2024. **Kết quả:** Trong 70 bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ: 1,5/1, tuổi trung bình: 71,44 ± 14,40 tuổi, cao nhất là 98 tuổi và thấp nhất là 24 tuổi, độ tuổi từ 60 đến 80 tuổi chiếm phần lớn với 45,2%. Tỷ lệ viêm phổi liên quan thở máy là 50,7% trong đó, VPLQTM sớm chiếm 45,9%, VPLQTM muộn chiếm 54,1%, nguy cơ mắc VPLQTM cao hơn 9,067 lần khi thở máy trên 6,5 ngày (95%CI: 2,35 – 35,02, p < 0,001), các triệu chứng lâm sàng hay gặp là tăng tiết đờm, thay đổi tính chất của đờm với trên 90%, thay đổi mức độ khò khè ở 83,8%, rale mới ở phổi chiếm 97%, 94,56% bệnh nhân có các thay đổi về máy thở, trong đó tăng FiO₂ gặp ở 67,5%. 40,5% bệnh nhân mắc VPLQTM có tăng số lượng bạch cầu trên 12 G/l, tăng nồng độ PCT gặp ở 91,42%, với 64,8% tăng trên 2 ng/ml. Các tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh chủ yếu là hình ảnh thâm nhiễm mới với 59,5%. **Kết luận:** Tỷ lệ VPLQTM trong nghiên cứu là tương đối cao, thời gian thở máy dài trên 6,5 ngày làm tăng nguy cơ mắc VPLQTM. Trên các bệnh nhân VPLQTM, các triệu chứng lâm sàng hay gặp là: thay đổi tính chất hoặc màu sắc đờm, cá rale phổi mới, thay đổi mức độ khó thở và thay đổi các chỉ số cài đặt

máy thở đặc biệt là tăng FiO₂, với các xét nghiệm cận lâm sàng, sự gia tăng số lượng bạch cầu trên 12 G/l, tăng nồng độ Pct trên 2 ng/ml hoặc thâm nhiễm mới trên Xquang phổi là các triệu chứng hay gặp.

Từ khóa: viêm phổi liên quan thở máy, số ngày thở máy, các triệu chứng chẩn đoán sớm

SUMMARY

SITUATION OF VENTILATION-ASSOCIATED PNEUMONIA IN THE DEPARTMENT OF INTENSIVE CARE AND POISON CONTROL – SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL 2023 – 2024

Objective: Describe the current situation of ventilator-associated pneumonia and some clinical and paraclinical characteristics of patients with ventilator-associated pneumonia at the Department of Intensive Care and Poison Control -Saint Paul General Hospital. **Method:** Cross-sectional, longitudinal study, data was collected on all mechanically ventilated patients in the department of Intensive Care and Poison Control – Saint Paul General Hospital from August 2023 to July 2024. **Results:** 73 patients were involved this study in which male/female ratio was 1,5, the mean age was 71,44 ± 14,40, the most common age group was 60 - 80 years old. The prevalence of ventilator-associated pneumonia was 50.7%, of which early-onset VAP accounted for 45.9%, late-onset VAP accounted for 54.1%, the risk of VAP was 9.067 times higher when on mechanical ventilation for more than 6.5 days (95%CI: 2.35 - 35.02, p < 0.001), common clinical symptoms were new onset of purulent secretion, changes in sputum characteristics with over 90%, alterations in the level of dyspnea in 83.8%, new rales accounted for 97%, 94.56% of patients experiences from worsening gas exchange with 67.5% increased in FiO₂. There was 40.5% of VAP-patients had increased white blood cell count above 12 G/l, increased PCT concentration was found in 91.42%, with 64.8% increasing above 2 ng/ml. The lesions on diagnostic imaging were mainly new infiltrates with 59.5%. **Conclusion:** The prevalence of VAP in the study was

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoài Linh

Email: linhtranhoai.yhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 18.10.2024