

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT XÂM NHẬP QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA DƯỚI CƠ HOÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Phạm Văn Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh dị vật ống tiêu hóa dưới cơ hoành, đặc điểm dị vật liên quan đến lựa chọn phương pháp điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 49 bệnh nhân: 17 nữ/ 32 nam có dị vật xâm nhập qua đường tiêu hóa nằm dưới cơ hoành tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến 5/2024. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn dị vật dưới cơ hoành cần can thiệp xử lý là những dị vật dài nhọn (93,9%), trong đó phần lớn là xương cá và tăm (chiếm 78,5% dị vật được xác định). Có 45/49 BN (91,8%) có 1 dị vật, 4 BN có > 1 dị vật. Biến chứng dị vật dưới cơ hoành cần can thiệp xử lý nhiều nhất là thủng 73,5%. Vị trí dị vật dưới cơ hoành cần can thiệp điều trị hay gặp nhất là ở ruột non (34,7%). Phần lớn dị vật được lấy bằng nội soi nằm ở dạ dày và đại trực tràng 8/10 BN. Phẫu thuật nội soi chiếm tỉ lệ cao nhất trong điều trị lấy dị vật 32,7%, Can thiệp lấy dị vật qua da chiếm tỉ lệ 14/49 ca, chủ yếu được lựa chọn trong những trường hợp dị vật nằm ngoài ống tiêu hóa với 8/12 bệnh nhân. Tỉ lệ lấy dị vật thành công chung đạt 77,6%. **Kết luận:** Chẩn đoán dị vật ống tiêu hóa dưới cơ hoành chủ yếu dựa vào cắt lớp vi tính, nó giúp cung cấp một cái nhìn chính xác các đặc điểm về hình dáng, kích thước, vị trí cũng như biến chứng của dị vật qua đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị cho phù hợp. Nội soi là lựa chọn điều trị đầu tay nếu vị trí thuận lợi có thể tiếp cận được dị vật, phẫu thuật được đặt ra khi nội soi thất bại hoặc không có chỉ định trong. Can thiệp lấy dị vật ống tiêu hóa qua da là kĩ thuật mới nhưng bước đầu cho thấy những hiệu quả rất khả quan.

Từ khóa: dị vật, dị vật đường tiêu hóa, can thiệp, thủng, tăm, xương cá

Viết tắt: CLVT: Cắt lớp vi tính, DV: Dị vật, DVOTH: Dị vật ống tiêu hóa, BN: Bệnh nhân

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF FOREIGN BODIES INVADING THROUGH THE GASTROINTESTINAL TRACT UNDER THE DIAPHRAGM AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Describe the imaging characteristics of foreign bodies in the gastrointestinal tract below the diaphragm and the imaging characteristics of foreign bodies related to the selection of treatment

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study on 49 patients (17 women/32 men) with There is a foreign body entering the digestive tract below the diaphragm at Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to May 2024. **Result:** In our study, the majority of foreign bodies under the diaphragm that require treatment intervention are long, pointed foreign bodies (93.9%), of which the majority are fish bones and toothpicks (accounting for 78.5% of foreign bodies identified). 45/49 patients (91.8%) had 1 foreign body, 4 patients had > 1 foreign body. The most common complication of foreign bodies under the diaphragm requiring intervention is perforation, 73.5%. The most common location of foreign bodies under the diaphragm requiring treatment intervention is in the small intestine (34.7%). The majority of foreign bodies removed by endoscopy are located in the stomach and colorectum in 8/10 patients. Laparoscopic surgery accounts for the highest rate in foreign body removal treatment at 32.7%, Percutaneous foreign body removal intervention accounts for 14/49 cases, mainly chosen in cases where foreign bodies are located outside the digestive tract. chemotherapy in 8/12 patients. The overall success rate of foreign body removal reached 77.6%. **Conclusion:** Diagnosis of foreign bodies in the gastrointestinal tract below the diaphragm is mainly based on computed tomography, which helps provide an accurate view of the characteristics of shape, size, location as well as complications of foreign bodies, thereby helping to diagnose foreign bodies. Choose appropriate treatment methods. Endoscopy is the first treatment option if the location is convenient to reach the foreign body, surgery is recommended when endoscopy fails or is not indicated. Percutaneous intervention to remove foreign bodies from the digestive tract is a new technique but has initially shown very positive results. **Keywords:** foreign body, foreign body gastrointestinal, Interventional, perforation, toothpick, fish bone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật ống tiêu hóa rất thường gặp trên thực hành lâm sàng, dị vật ống tiêu hóa dưới cơ hoành ít gặp hơn nhưng cũng rất nguy hiểm có thể dẫn những biến chứng nặng nề thậm chí tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Về phương diện hình ảnh việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào CLVT, nó giúp cung cấp một cái nhìn chính xác các đặc điểm về hình dáng, số lượng, kích thước, vị trí cũng như biến chứng của dị vật. Hiện nay các phương pháp lấy dị vật đang được sử dụng là nội soi, phẫu thuật và can thiệp lấy dị vật qua da, mỗi phương pháp có những chỉ định cũng như ưu nhược điểm khác

nhau, việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc rất nhiều vào đặc điểm hình ảnh của dị vật cũng như biến chứng đi kèm. Một nghiên cứu cho thấy 80-90% DVOTH có thể tự đào thải ra ngoài, chỉ cần theo dõi hoặc điều trị nội khoa hỗ trợ, 10-20% cần nội soi gấp bỏ, khoảng 1% cần phẫu thuật lấy dị vật¹

Từ tháng 1 năm 2021 đến 5/2024 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã có hơn 100 BN được chẩn đoán và điều trị DV xâm nhập qua đường tiêu hóa dưới cơ hoành, các bệnh nhân được điều trị bằng nhiều phương pháp như nội khoa theo dõi, nội soi lấy dị vật, phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi và can thiệp lấy dị vật qua da. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh dị vật ống tiêu hóa dưới cơ hoành, đặc điểm dị vật liên quan đến lựa chọn phương pháp điều trị cũng như đối chiếu hình ảnh với chẩn đoán sau điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang gồm 49 BN có dị vật xâm nhập qua đường tiêu hóa nằm dưới cơ hoành từ tháng 1/2021 đến 5/2024.

BN được lựa chọn vào nghiên cứu là các trường hợp được chẩn đoán dị vật đường tiêu hóa dưới cơ hoành trên CLVT, được điều trị bằng nội soi, phẫu thuật hoặc can thiệp lấy dị vật qua da.

BN bị loại khỏi nghiên cứu nếu được chẩn đoán DV ống tiêu hóa dưới cơ hoành nhưng không điều trị, điều trị nội khoa nhưng không có kết quả dị vật đối chiếu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2021 đến 6/2024, có tổng số 49 BN được chẩn đoán DVOTH dưới cơ hoành trên CLVT, được điều trị bằng nội soi, phẫu thuật hoặc can thiệp lấy dị vật qua da, tuổi trung bình 48,5 ± 16,5 (5-74) tuổi.

Trong đó 46/49 BN (93,9%) có DV dài nhọn, 2 BN có DV hình tròn được điều trị bằng phẫu thuật mở, 1 BN có dị vật to và dẹt được lấy dị vật bằng nội soi.

Có 45/49 BN (91,8%) có 1 dị vật, 4 BN có > 1 dị vật

Dị vật có thể gặp bất kì đâu trong ống tiêu hóa hoặc di trú ra ngoài, vào các tạng lân cận.

Bảng 1. Vị trí dị vật và phương pháp điều trị được lựa chọn

Vị trí dị vật	Số BN	Điều trị			%	
		Nội soi	Phẫu thuật nội soi	Phẫu thuật mở		Can thiệp qua da
Thực quản đoạn bụng	1	1	0	0	0	2,0

Dại dày	9	5	2	1	1	18,4
Tả tràng	1	1	0	0	0	2,0
Ruột non	17	0	10	5	2	34,7
Đại-trực tràng	6	3	1	0	2	12,2
Ruột thừa	3	0	1	2	0	6,1
Ngoài ống tiêu hóa	12	0	2	1	9	24,5
Tổng	49	10	16	9	14	100

Các biến chứng hay gặp do dị vật gây ra là thủng (hình ảnh trực tiếp có thể thấy dị vật xuyên thành hoặc nằm ngoài ống tiêu hóa, gián tiếp là khí tự do ổ bụng, dày thành mất liên tục ống tiêu hóa, thâm nhiễm mỡ xung quanh), áp xe (hình ảnh ổ tụ dịch có vỏ bao, trong có mức dịch khí, dày thành ống tiêu hóa và thâm nhiễm xung quanh), tắc ruột (hình ảnh giãn các quai ruột kèm mức nước hơi). Vị trí chuyển tiếp thường xung quanh chỗ tổn thương do dị vật.

Bảng 2: Biến chứng dị vật và phương pháp điều trị được lựa chọn

Biến chứng kèm theo	Số BN	Điều trị				%
		Nội soi	Phẫu thuật nội soi	Phẫu thuật mở	Can thiệp qua da	
Thủng	36	3	11	8	14	73,5
Áp xe	14	1	2	3	8	28,6
Tắc ruột	4	0	0	3	1	8,2
Tổng	49					

Tương quan dị vật với ống tiêu hóa và phương pháp điều trị. Dị vật có thể nằm hoàn toàn trong lòng ống tiêu hóa, nằm trong thành ống tiêu hóa (dị vật nằm hoàn toàn trong thành), xuyên thành (một đầu ra ngoài ống tiêu hóa), nằm ngoài ống tiêu hóa (dị vật nằm hoàn toàn ngoài ống tiêu hóa hoặc trong tạng lân cận).

Bảng 3. Tương quan dị vật so với ống tiêu hóa và phương pháp điều trị được lựa chọn

Tương quan dị vật với ống tiêu hóa	Số BN	Điều trị				%
		Nội soi	Phẫu thuật nội soi	Phẫu thuật mở	Can thiệp qua da	
Trong lòng ống tiêu hóa	12	7	3	2	0	24,5
Trong thành	1	0	1	0	0	2,0
Xuyên thành ống tiêu hóa	24	3	10	5	6	49,0
Ngoài ống tiêu hóa	12	0	2	2	8	24,5
Tổng	49	10	16	9	14	100,0

Loại dị vật sau điều trị: Một số dị vật không được mô tả trong biên bản phẫu thuật, vài trường hợp không thấy dị vật sau điều trị (di chuyển vị trí khác) những trường hợp này được xử trí biến chứng tại chỗ như khâu ổ thủng, dẫn lưu áp xe sau đó theo dõi.

Bảng 4. Các loại dị vật sau điều trị

Loại dị vật thu được sau điều trị	Số BN	%
Tăm	9	32,1
Xương cá	13	46,4
Khác (xương khác, que gỗ, hạt trái cây, ống nhựa, sten đường mật, ruột bít)	6	21,5
Tổng dị vật xác định	28	100,0
Không xác định	15	
Không thấy dị vật	6	

Can thiệp lấy dị vật thành công khi lấy được hoàn toàn dị vật, các phương pháp lấy dị vật gồm có nội soi, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mở, can thiệp lấy dị vật qua da.

Bảng 5. Tỷ lệ lấy dị vật thành công của các phương pháp can thiệp

Phương pháp can thiệp lấy dị vật	Số BN	Thành công	%
Nội soi gấp dị vật	10	8	80,0
Phẫu thuật nội soi	16	11	68,8
Phẫu thuật mở	9	7	77,8
Can thiệp lấy dị vật qua da	14	12	86,7
Tổng	49	38	77,6

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dị vật và biến chứng. Dị vật đường tiêu hóa thường gặp ở trẻ em, bệnh nhân tâm thần, người già và người khuyết tật trong đó hai nhóm hay gặp nhất là trẻ em (6 tháng – 6 tuổi) và người già suy giảm trí nhớ². Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình $48,5 \pm 16,5$ (5-74) tuổi.

Các loại DV cũng khác nhau tùy thuộc vào nhóm tuổi, địa lí, thói quen ăn uống.

Dị vật thường bị giữ lại ở những vị trí hẹp hay gấp khúc của đường tiêu hóa như chỗ hẹp của thực quản, góc tá tràng, hồng tràng, ruột thừa, van hồi manh tràng, hình dáng của các dị vật sắc nhọn hay tròn tù có liên quan đến sự xuất hiện của triệu chứng lâm sàng cũng như biến chứng với tỷ lệ dị vật sắc nhọn cao hơn thấy rõ³

Hai loại dị vật sắc nhọn dễ gây biến chứng hay gặp nhất cần xử trí là xương cá và tăm trong đó xương cá là dị vật thường dẫn đến thủng nhất, Vị trí thủng hay gặp nhất là hồi tràng tiếp đến là tá tràng⁴

Xương cá cũng có thể xuyên thủng qua ống tiêu hóa vào gan hoặc các tạng khác trong ổ bụng dẫn đến hình thành áp xe. Về mặt hình ảnh, xương cá thường tăng tỉ trọng trên cắt lớp vi tính, cong nhẹ, nhọn 1 đầu, tăm thường dài thẳng và nhọn hai đầu. Tăm được tìm thấy nhiều nhất ở dạ dày và tá tràng, khoảng 10% xuất hiện trong ổ bụng⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn dị

vật dưới cơ hoành cần can thiệp xử lý là những dị vật dài nhọn (93,9%), trong đó chiếm phần lớn cũng là xương cá và tăm (chiếm 78,5% dị vật được xác định).

Vị trí dị vật dưới cơ hoành cần can thiệp điều trị hay gặp nhất là ở ruột non (34,7%), tiếp đến là ngoài ống tiêu hóa (mạc nối, các tạng lân cận...) chiếm (24,5%) và tiếp theo là dạ dày với 18,4%.

Biến chứng dị vật dưới cơ hoành cần can thiệp xử lý nhất là thủng 73,5%, áp xe chiếm 28,6%, tắc ruột chiếm 8,2%.

4.2. Điều trị dị vật dưới cơ hoành

4.2.1. Nội soi gấp dị vật. Là phương pháp hàng đầu trong điều trị dị vật ống tiêu hóa. Áp dụng với những dị vật nằm trong ống tiêu hóa hoặc thành ống

Các trường hợp thường chỉ định nội soi:

- Dị vật sắc nhọn (do nguy cơ gây thủng)
- Dị vật >6cm về chiều dài ở trẻ em hoặc >13cm ở người lớn do có khả năng gây thủng hoặc mắc lại ở ruột non.
- Dị vật có khả năng ăn mòn, hoại tử như pin tiểu:
- Dị vật có khả năng tương tác với nhau như 2 nam châm hoặc nam châm và sắt.
- Tồn tại ở dạ dày tá tràng sau 7 ngày.

Nhược điểm:

- Không lấy được dị vật ngoài ống tiêu hóa
 - Khó tiếp cận dị vật ở hồi tràng, hồng tràng
- Trong nghiên cứu của chúng tôi có thể thấy phần lớn dị vật được lấy bằng nội soi nằm ở dạ dày và đại trực tràng 8/10 bệnh nhân. Trong đó 7 bệnh nhân dị vật nằm trong lòng ống tiêu hóa, 3 bệnh nhân dị vật một đầu xuyên thành. Tỷ lệ gấp dị vật thành công 80% có 2 trường hợp không lấy được dị vật do không tìm thấy dị vật khi nội soi, trong đó 1 trường hợp được chuyển mổ mở khâu lỗ thủng lấy dị vật, một trường hợp được theo dõi điều trị nội khoa.

4.2.2. Phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi. Phẫu thuật nội soi lấy dị vật gần đây được quan tâm nhiều hơn bởi quá trình hậu phẫu nhẹ nhàng và tính thẩm mỹ không cần phải bàn cãi của nó, các kỹ thuật áp dụng có thể một hoặc nhiều cổng nội soi tùy vào độ phức tạp về vị trí dị vật cũng như tổn thương kèm theo.

Đa phần được chỉ định trong những trường hợp nhẹ nhàng chỉ cần lấy dị vật ra, vị trí dị vật trong ổ phúc mạc dễ dàng tiếp cận, không phải thực hiện quá nhiều thao tác phức tạp nào trong ổ bụng. Đôi khi tìm kiếm dị vật trong phẫu thuật nhiều khi khó khăn dẫn đến thất bại

Phẫu thuật mở. Thường được chỉ định khi nội soi không tiếp cận được dị vật, lấy dị vật qua

nội soi thất bại, không kiểm soát được chảy máu bằng nội soi, hoặc có các biến chứng nặng như thủng, rò, viêm phúc mạc, xuất huyết tiêu hóa hay tắc ruột

Trong nghiên cứu của chúng tôi phẫu thuật nội soi chiếm tỉ lệ cao nhất trong điều trị lấy dị vật 32,7%, lớn hơn nhiều so với phẫu thuật mở 18,4% có thể thấy phẫu thuật nội soi được ưu tiên so với phẫu thuật mở nếu thuận lợi, phẫu thuật mở chỉ được chỉ định khi tổn thương có biến chứng tiên lượng phức tạp hoặc phẫu thuật nội soi không thành công. Tỉ lệ lấy dị vật thành công của mổ nội soi và mổ mở lần lượt là 68,8 và 78,8% tất cả các trường hợp thất bại đều do không tìm thấy dị vật, các BN được xử trí biến chứng như khâu lỗ thủng, dẫn lưu áp xe hoặc chuyển mổ mở với một số trường hợp phẫu thuật nội soi khó thao tác.

4.2.3. Can thiệp lấy dị vật qua da. Dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc DSA tiếp cận lấy dị vật và xử lí biến chứng dựa trên nguyên tắc xâm lấn tối thiểu.

Tùy vào vị trí dị vật và tổn thương kèm theo mà phương pháp can thiệp có thể khác nhau: có thể can thiệp ngay hoặc can thiệp thì 2 sau khi xử lý biến chứng đi kèm.

Thành công hay thất bại của kỹ thuật can thiệp này quyết định bởi việc có tiếp cận được DV hay không. Dựa vào siêu âm, DSA định hướng cố tiếp cận đến DV, cung cấp hình ảnh thời gian thực giúp lấy bỏ dị vật.

Ưu điểm của can thiệp lấy dị vật qua da:

Là một phương pháp ít xâm lấn, tiếp cận được DV ở những vị trí khó mà khi phẫu thuật sẽ cần phải bóc tách rộng, nội soi không thể tiếp cận. Nhẹ nhàng, thẩm mỹ, ít biến chứng, thời gian hồi phục nhanh

Nhược điểm: Phải tiếp cận được DV dưới siêu âm hoặc DSA. DV kích thước lớn hoặc nằm quá sâu sẽ gây khó khăn cho việc lấy bỏ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi can thiệp lấy dị vật qua da chiếm tỉ lệ 14/49 ca, chủ yếu được lựa chọn trong những trường hợp dị vật nằm ngoài ống tiêu hóa với 8/12 bệnh nhân, hai trường hợp không thành công trong đó một trường hợp không tìm thấy dị vật (di chuyển) và một trường hợp chỉ lấy được một phần dị vật.



Hình 1: Bệnh nhân nữ 62 tuổi đau thắt lưng trái

4 ngày trước vào viện, trên siêu âm và cắt lớp vi tính (hình A, B) cho thấy hình ảnh dị vật (mũi tên trắng), một đầu xuyên thành đại tràng xuống một đầu nằm trong khoang sau phúc mạc, bệnh nhân được can thiệp lấy dị vật qua da bằng bộ dụng cụ trocar 16F và forcep (hình C) dưới hướng dẫn siêu âm thành công. Dị vật là tăm kích thước 50x3mm (hình D)

V. KẾT LUẬN

Dị vật ống tiêu hóa dưới cơ hoành không quá phổ biến nhưng cũng rất nguy hiểm có thể dẫn những biến chứng nặng nề thậm chí tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Việc chẩn đoán trên phương diện hình ảnh chủ yếu dựa vào CLVT, nó giúp cung cấp một cái nhìn chính xác các đặc điểm về hình dáng, số lượng, kích thước, vị trí cũng như biến chứng của dị vật qua đó giúp lựa chọn phương pháp điều trị cho phù hợp. Trong những trường hợp cần loại bỏ dị vật nội soi luôn là lựa chọn điều trị đầu tay, phẫu thuật được đặt ra khi nội soi thất bại hoặc không có chỉ định trong đó phẫu thuật nội soi được ưu tiên bởi tính chất xâm lấn tối thiểu. Hiện nay can thiệp lấy dị vật ống tiêu hóa qua da là kĩ thuật mới nhưng bước đầu cho thấy những hiệu quả rất khả quan. Việc chẩn đoán và điều trị dị vật ống tiêu hóa cần sự phối hợp tốt giữa các chuyên khoa, qua đó đem lại lợi ích tối đa cho cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, et al:** Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc* 73:1085–1091, 2011. doi: 10.1016/j.gie.2010.11.010
- 2. Jaan A, Mulita F.** Gastrointestinal Foreign Body. [Updated 2023 Mar 14]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562203/>
- 3. Gatto A, Capossela L, Ferretti S, Orlandi M, Pansini V, Curatola A, Chiaretti A.** Foreign Body Ingestion in Children: Epidemiological, Clinical Features and Outcome in a Third Level Emergency Department. *Children (Basel)*. 2021 Dec 15; 8(12):1182. doi: 10.3390/children8121182. PMID: 34943378; PMCID: PMC8700598.
- 4. Law WL, Lo CY.** Fishbone perforation of the small bowel: laparoscopic diagnosis and laparoscopically assisted management. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2003 Dec;13(6): 392-3. doi: 10.1097/00129689-200312000-00010. PMID: 14712103.
- 5. Sarici IS, Topuz O, Sevim Y, Sarigoz T, Ertan T, Karabiyik O, Koc A.** Endoscopic Management of Colonic Perforation due to Ingestion of a Wooden Toothpick. *Am J Case Rep*. 2017 Jan 20;18:72-75. doi: 10.12659/ajcr.902004. PMID: 28104902; PMCID: PMC5270761.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM NHÂN TẠO (TDR) CHO BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo (TDR) cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu với 58 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được thay đĩa đệm nhân tạo (TDR) tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2023 – tháng 1/2024. Kết quả: có 58 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $43,2 \pm 8,21$, chủ yếu gặp ở nữ giới với tỉ lệ 63,8%. Trên MRI, chủ yếu là thoát vị đĩa đệm 1 tầng chiếm 58,6%, tầng thoát vị hay gặp nhất ở C5-6 chiếm 56,8%, thoát vị thể lệch bên chiếm ưu thế với 54,5%. Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ chủ yếu ở 1 tầng đĩa đệm (67,2%), thời gian mổ trung bình là $62,26 \pm 15,24$ phút, lượng máu mất trung bình là $82,28 \pm 29,24$ ml, thời gian nằm viện trung bình là $5,12 \pm 1,01$ ngày. Tai biến trong mổ chỉ có 1 bệnh nhân có tổn thương thần kinh thanh quản. Biến chứng sau mổ có 1 bệnh nhân nuốt vướng và 1 bệnh nhân nói khàn. Điểm VAS, NDI, mJOA đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng và 6 tháng. Tâm vận động cải thiện đáng kể so với trước phẫu thuật, chỉ có 2 bệnh nhân tổn thương tầng liên kề chiếm 3,4%. **Kết luận:** Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là phẫu thuật an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp, mang lại hiệu quả lâm sàng đáng kể cho người bệnh.

Từ khoá: Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm, thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL DISC REPLACEMENT (TDR) SURGERY FOR PATIENTS WITH CERVICAL DISC HERNIATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the surgical outcomes of artificial disc replacement (TDR) for patients with cervical disc herniation at Viet Duc Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study with 58 patients who underwent artificial disc replacement (TDR) for cervical disc herniation at Viet Duc Hospital from January 2023 to January 2024. **Results:** In our study, 58 patients had an average age of 43.2 ± 8.21 years, predominantly female, accounting for 63.8%. MRI results showed that single-level disc herniation was the most common, making up 58.6% of cases, with the C5-6 level being the most frequently affected at 56.8%. Lateral disc herniation predominated with 54.5%. The surgery primarily involved single-level disc

replacement (67.2%). The average surgery time was 62.26 ± 15.24 minutes, with an average blood loss of 82.28 ± 29.24 ml, and the average hospital stay was 5.12 ± 1.01 days. Intraoperative complications included one case of recurrent laryngeal nerve injury. Postoperative complications included one patient with swallowing difficulty and one patient with hoarseness. The VAS, NDI, and mJOA scores showed significant improvement at 1 month and 6 months post-surgery. Range of motion improved significantly compared to before surgery, with only 2 patients experiencing adjacent segment disease, accounting for 3.4%. **Conclusion:** Total disc replacement (TDR) surgery for patients with cervical disc herniation is a safe procedure with a low complication rate, providing significant clinical benefits for patients.

Keywords: Cervical disc herniation, disc herniation, artificial disc replacement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là tình trạng nhân nhày đĩa đệm thoát ra khỏi vị trí bình thường của vòng sọ xảy ra ở các đĩa đệm cột sống cổ, gây chèn ép các rễ thần kinh hoặc tuỷ sống. Tỷ lệ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở Bắc Mỹ, theo Kelsey là 5,5/100.000 người mỗi năm. Tại Việt Nam, theo Trần Ngọc Ân, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ có thể gặp tới 40% trong số thoát vị cột sống nói chung. Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu do quá trình thoái hoá gây tổn thương vòng xơ và tăng áp lực nội đĩa. Triệu chứng lâm sàng của thoát vị đĩa đệm cột sống cổ khá đa dạng, phụ thuộc vào vị trí, thể loại, mức độ thoát vị đĩa đệm. Biểu hiện đau vùng cổ vai gáy, đau theo rễ thần kinh cột sống cổ hoặc có thể nặng nề hơn là liệt tứ chi, rối loạn cơ tròn, rối loạn thần kinh thực vật... làm giảm khả năng làm việc, giảm chất lượng cuộc sống.

Ngày nay, nhờ có các tiến bộ kỹ thuật của chẩn đoán hình ảnh như cộng hưởng từ, việc chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ trở nên dễ dàng hơn và hạn chế sai sót trong chẩn đoán cũng như đưa ra phương pháp điều trị cụ thể cho bệnh nhân. Tuy nhiên việc thăm khám lâm sàng vẫn là yếu tố vô cùng quan trọng trong định khu tổn thương, chẩn đoán phân biệt và quyết định phương án điều trị cho bệnh nhân.

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gồm có: điều trị nội khoa, phẫu thuật, phục hồi chức năng và y học cổ truyền. Trong đó phẫu thuật là phương pháp được áp dụng cho các trường hợp bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gây chèn ép rễ thần

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024