

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG TỦY CẤP TÍNH TIÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Lương Minh Quang¹, Trần Việt Hoàng¹,
Nguyễn Việt Đức¹, Trịnh Xuân Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị máu tụ ngoài màng cứng tủy cấp tính tiên phát. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình 57 tuổi; khởi phát đột ngột đau cột sống dữ dội 80,4%; thời gian đến khi xuất hiện tình trạng thiếu hụt thần kinh: 34 giờ; thời gian đến khi chụp MRI là 54 giờ. ASIA khi nhập viện: A (15,4%), B (28,8%), C (19,2%), D (28,8%), E (7,7%); Chiều rộng khối máu tụ: 5 mức (1-13 mức); mức bị ảnh hưởng nhiều nhất: C4 (67,3%); điều trị phẫu thuật: 86%; Theo dõi lần cuối ASIA: tử vong (1,9%), A (1,9%), B (3,8%), C (7,7%), D (30,8%), E (53,8%); tỷ lệ phục hồi cao nhất ở bệnh nhân có điểm ASIA – C trước phẫu thuật. **Kết luận:** MRI có thể giúp chẩn đoán chính xác sớm SASEH và điều trị phẫu thuật là cần thiết khi bệnh nhân có thiếu hụt thần kinh ở ASIA A, B hoặc C. **Từ khóa:** Máu tụ ngoài màng cứng cấp tính tiên phát

SUMMARY

THE OUTCOME FOR TREATMENT OF SPONTANEOUS ACUTE SPINAL EPIDURAL HEMATOMA IN XANH PON HOSPITAL

Objectives: Evaluate the improvement of treatment results of Spontaneous Acute Spinal Epidural Hematoma. **Results:** average age 57 y.o; sudden onset of severe spinal pain 80,4%; interval time to neurodeficit: 34 hours; ttime interval to MRI 54 hours. ASIA at admission: A (15,4%), B (28,8%), C (19,2%), D (28,8%), E (7,7%); Hematomal width: 5 levels (1-13 levels); most affected level: C4 (67,3%); surgical treatment: 86%; last follow up ASIA: death (1,9%), A (1,9%), B (3,8%), C (7,7%), D (30,8%), E (53,8%); recovery rate was highest in patient who had pre-op ASIA – C score. **Conclusion:** MRI may help getting early accuracy diagnosis of SASEH and surgical treatment is necessarily indicated when the patients had neurodeficits at ASIA A, B or C.

Keywords: Spontaneous Acute Spinal Epidural Hematoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ ngoài màng tủy cấp tính tiên phát (Spontaneous Acute Spinal Epidural Hematoma – SASEH) là một bệnh hiếm gặp, có tỷ lệ mới mắc hàng năm là 1/1.000.000,¹ khởi phát đột ngột

bởi các triệu chứng thần kinh khu mức độ nặng, đòi hỏi chẩn đoán và xử trí sớm để hạn chế hậu quả nặng nề do tổn thương thần kinh đem lại. Máu tụ ngoài màng tủy tiên phát là những trường hợp không do nguyên nhân chấn thương, có thể đi kèm với các yếu tố thuận lợi khác như: Hemophilia, khối u, dị dạng động tĩnh mạch, sử dụng thuốc chống đông, tăng huyết áp, dãn – hắt hơi hoặc bê – nâng vật nặng.² Tình trạng tăng áp lực đột ngột trong lồng ngực và ổ bụng – tương tự như khi ho rặn hoặc trong nghiêm pháp Valsavar được nhiều tác giả cho là yếu tố thuận lợi cho sự khởi phát của máu tụ ngoài màng cứng tủy.¹ Trong nhiều báo cáo, máu tụ ngoài màng cứng tủy hầu như không phát hiện được ngay từ cơ sở khám chữa bệnh ban đầu mà thay vào đó là tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim, phình tách động mạch chủ, nhiễm khuẩn thần kinh trung ương, nhồi máu tủy hoặc viêm đa rễ đa dây thần kinh.¹ Phẫu thuật sớm được nhiều tác giả khuyến cáo có thể đem lại kết quả tốt, nhưng cũng có những trường hợp hoàn toàn được điều trị thành công khi áp dụng nội khoa bảo tồn.³ Mục đích nghiên cứu của chúng tôi thực hiện là để nâng cao hiểu biết về bệnh lý cũng như kết quả điều trị máu tụ ngoài màng tủy tiên phát tại bệnh viện Xanh Pôn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 52 bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ ngoài màng cứng tủy cấp tính tiên phát trong thời gian nghiên cứu từ năm 2005 đến 2017 tại Khoa Phẫu thuật thần kinh bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán: Máu tụ ngoài màng cứng tủy cấp tính tiên phát
- Có đầy đủ hồ sơ
- Bệnh nhân tuân thủ điều trị, đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những trường hợp chèn ép do u tủy ngực, áp xe ngoài màng cứng do nhiễm trùng, do lao,...
- Bệnh nhân đang có những bệnh nội, ngoại khoa cấp tính
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ
- Người bệnh có thông tin trong hồ sơ không đầy đủ

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Minh Quang

Email: luongminhquangpttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 20.11.2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện, thu thập tất cả người bệnh thỏa mãn điều kiện trong thời gian nghiên cứu

2.2.3. Biến số nghiên cứu và đo lường

- Lâm sàng: Phân tích các thông số về tuổi, giới, tiền sử bệnh, thời gian khởi phát, mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ cơ lực được đánh giá theo thang điểm ASIA, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ tròn.

- Cận lâm sàng: Đánh giá vị trí tổn thương, chiều dài khối máu tụ ngoài màng cứng trên MRI

- Kết quả: Đánh giá dấu hiệu thần kinh trước và sau can thiệp theo thang điểm ASIA (American Spinal Injury Association).

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu của nghiên cứu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Người bệnh và gia đình người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu, và được giải thích cụ thể tỉ mỉ về phương pháp điều trị (ưu nhược điểm, các rủi ro có thể gặp phải...).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung

Bảng 3.1: Trung bình tuổi và phân bố bệnh nhân theo các nhóm tuổi

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$
Giới tính	Nam	31	59,6	57,18 ± 10,2
	Nữ	21	40,4	
Tuổi	≤ 50	2	3,84	
	50 - 60	30	57,69	
	60 - 70	11	21,11	
	> 70	9	17,30	

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (chiếm 58,8%). Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 57 tuổi, chủ yếu thuộc nhóm tuổi 50-60 tuổi (chiếm 57,69%).

Bảng 3.2: Đặc điểm chung phẫu thuật (n=52)

Tiền sử	Phần trăm (%)
Tăng huyết áp	26,9
Sử dụng chống đông	17,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 26,9% bệnh nhân bị THA, 17,3% số bệnh nhân phải dùng thuốc chống đông vì các nguyên nhân khác nhau (rung nhĩ, bệnh mạch vành, nhồi máu não cũ, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, nhồi máu phổi cũ...).

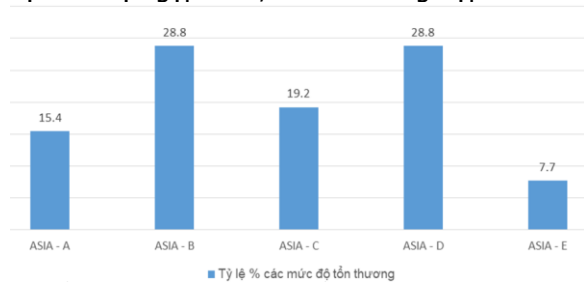
3.2. Lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 3.3: Đặc điểm lâm sàng trước

phẫu thuật

Đặc điểm	Phần trăm (%) - Số lượng (giờ)
Đau cột sống cổ không lan	36,5
Đau cột sống cổ lan lên vai, tay, chân	63,5
Liệt tứ chi	1,9
Liệt 2 chi dưới	7,7
Liệt nửa người	3,8
Rối loạn cảm giác	48,1
Rối loạn cơ tròn	34,6
Tổn thương bó tháp	9,6
Suy hô hấp	5,8
Thời gian bệnh	34

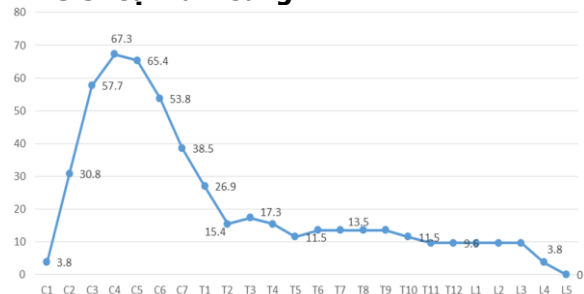
Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng khởi phát đa dạng, 5,8% có dấu hiệu suy hô hấp, 9,6% có dấu hiệu tổn thương bó tháp, rối loạn cảm giác gặp ở 48.1%. Rối loạn đại tiểu tiện gặp ở 34,6% số trường hợp.



Biểu đồ 3.1: Mức độ tổn thương thần kinh trước điều trị theo phân loại ASIA

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 92,3% bệnh nhân có triệu chứng thần kinh, trong đó có 15,4% bệnh nhân liệt hoàn toàn A(A).

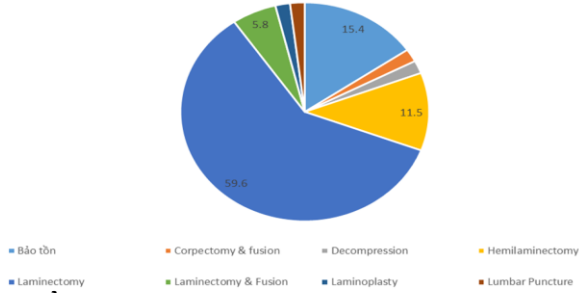
3.3. Cận lâm sàng



Biểu đồ 3.2: Vị trí hay gặp của khối máu tụ ngoài màng cứng tiền phát

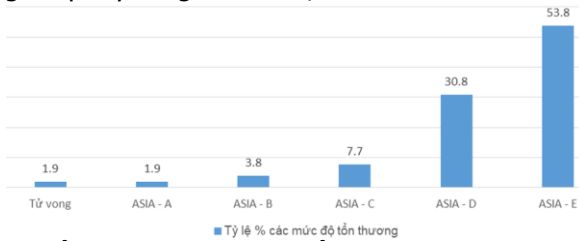
Khối máu tụ lan rộng trung bình khoảng 5 tầng sống (dao động từ 1 – 13 tầng), hay gặp nhất ở vị trí C4, C5. Vị trí máu tụ so với tủy như sau: 84% nằm phía sau tủy, 10% nằm phía trước tủy và 6% nằm cả trước – sau. Tất cả các trường hợp đều được chụp mạch máu tủy để loại trừ bất thường, dị dạng của mạch máu tủy và đều cho kết quả âm tính.

3.4. Kết quả điều trị



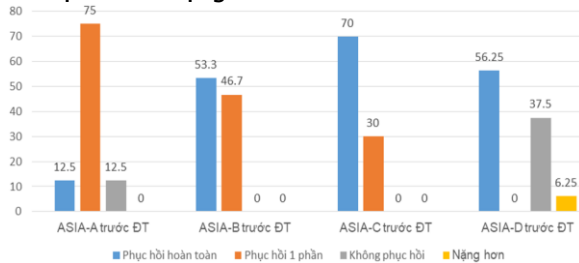
Biểu đồ 3.3: Các phương pháp điều trị được áp dụng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 15,4 % bệnh nhân được điều trị bảo tồn, điều trị nội khoa, chủ yếu bệnh nhân được phẫu thuật mổ giải ép tủy sống chiếm 84,6.



Biểu đồ 3.4: Mức độ tổn thương thần kinh sau điều trị theo phân loại ASIA

Hầu hết các bệnh nhân cải thiện tốt sau điều trị, có 1 trường hợp tử vong, 1 trường hợp còn tồn tại ở tình trạng ASIA-A.



Biểu đồ 3.5: Tỷ lệ mức độ phục hồi thần kinh sau điều trị theo thang điểm ASIA

Nhóm bệnh nhân có tổn thương ban đầu ở mức ASIA B và C có tỷ lệ phục hồi cao hơn nhóm ASIA – A. Tỷ lệ hồi phục ở nhóm ASIA D thấp hơn nhóm ASIA B và C

IV. BÀN LUẬN

SASEH là một bệnh hiếm gặp, có tỷ lệ 0,3 – 0,9% tổng số các khối chiếm chỗ ngoài màng cứng tủy, tỷ lệ mắc mới hàng năm là 1/1000000.¹ Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ 1,43, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 55 năm. Trường hợp đầu tiên được đề cập đến trong y văn là vào năm 1896, bệnh nhân 14 tuổi được công bố bởi Jackson, 1 năm sau đó Bain là người đầu tiên phẫu thuật thành

công cho 1 trường hợp SASEH nhưng không tìm thấy nguyên nhân chảy máu. Cho đến nay, nhiều tác giả đồng thuận rằng máu tụ ngoài màng cứng tủy tiên phát là những trường hợp máu tụ không tìm thấy nguyên nhân chảy máu ví dụ như: dị dạng mạch, khối u, chấn thương. Do đó máu tụ ngoài màng cứng tủy tiên phát còn được gọi với tên khác là máu tụ ngoài màng cứng tủy vô căn.¹

Về triệu chứng, hầu hết các trường hợp đều khởi phát bằng dấu hiệu đau dữ dội vùng cột sống tương ứng vùng bệnh, cũng có những trường hợp đau lan lên đầu, ra vai tay hoặc xuống 2 chân. Biểu hiện đau sẽ có khoảng thời gian kéo dài trước khi có dấu hiệu thần kinh khu trú như liệt tứ chi, liệt 2 chi dưới, liệt 2 chi trên, liệt nửa người (HC Brown Sequard), liệt 1 chi trên hoặc dưới, theo nghiên cứu của chúng tôi khoảng thời gian này trung bình là 34 giờ. Dấu hiệu đau dữ dội được tiếp nối bằng biểu hiện lâm sàng phong phú do chèn ép thần kinh có thể dẫn đến những chẩn đoán nhầm khi bệnh nhân nhập viện ở cơ sở khám chữa bệnh ban đầu. Các chẩn đoán có thể nhầm lẫn với hình thái bệnh nguy hiểm này gồm có: nhồi máu não, phình tách động mạch chủ, nhiễm khuẩn thần kinh trung ương, nhồi máu cơ tim, tổn thương đĩa đệm cấp tính, nhồi máu tủy, nhồi máu cơ tim.³ Do đó, mặc dù đặc điểm lâm sàng của máu tụ ngoài màng cứng tủy tương đối đặc trưng, nhưng chẩn đoán chính xác và điều trị sớm vẫn là thách thức lớn với tương đối nhiều nhà lâm sàng. Vì vậy, khi nhập viện bệnh nhân nên được chụp MRI sớm để nhằm xác định vị trí, kích thước và mức độ chèn ép tủy để có thể cải thiện được công tác chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân. Ngoài ra, chụp phim MRI sớm còn cho phép phát hiện được khối máu tụ ngoài màng cứng cấp tính có hình ảnh tăng tín hiệu trên T2 và đồng hoặc giảm tín hiệu trên T1; không những thế bằng thao tác tiêm thuốc đối quang tử có thể giúp phân biệt SASEH với 1 số hình thái tổn thương khác như: khối u ngoài màng cứng tủy, abscess, dị dạng mạch tủy.⁴ Vị trí máu tụ ngoài màng cứng tủy có xác suất nằm ở đoạn cổ - ngực (C3-T2) cao nhất, trong đó vị trí hay gặp nhất là ở vùng C4-C5. Cùng quan điểm với nhận định của chúng tôi, nhiều tác giả cũng nhận định đoạn cột sống cổ - ngực là nơi dễ gặp máu tụ ngoài màng cứng tủy nhất.^{2,4} Khối máu tụ có thể trải dài trên nhiều tầng sống, trung bình là 5 tầng sống, cũng có những trường hợp lan rộng đến 23 tầng. Tuy nhiên, mức độ lan rộng của khối máu tụ không phải là một dấu hiệu tiên lượng xấu.

Nguyên nhân và cơ chế chảy máu ngoài màng cứng tủy cho đến nay còn chưa được tìm hiểu rõ ràng, hầu hết các tác giả chấp nhận giả thuyết nguyên nhân máu chảy là từ tĩnh mạch bởi cơ chế như sau: đám rối tĩnh mạch ngoài màng cứng tủy không có van. Khi có sự tăng đột ngột áp lực trong lồng ngực hoặc trong ổ bụng, các tĩnh mạch này vỡ và gây chảy máu.² Qua những thông tin thu được về hoàn cảnh khởi phát triệu chứng, chúng tôi nhận thấy hầu hết các bệnh nhân đều đang làm việc nhẹ như: ngủ, đọc sách, ăn uống, đi bộ... không có yếu tố gắng sức hoặc làm thay đổi đột ngột áp lực trong ổ bụng hoặc lồng ngực. Do đó, cơ chế chảy máu từ đám rối tĩnh mạch ngoài màng cứng chưa chắc chắn có thể lý giải cho mọi trường hợp. Theo Raasck và Lo Chung Chen, 54% các bệnh nhân máu tụ ngoài màng cứng tủy đều có những hoạt động gắng sức khi cơn đau đột phát xảy ra.^{2,4} Theo đó nhiều nhà nghiên cứu ủng hộ luận điểm cho rằng máu chảy xuất phát từ vùng động mạch ngoài màng tủy bị vỡ bởi vì áp lực trong đám rối tĩnh mạch thấp hơn trong khoang ngoài màng cứng do đó máu khó có thể thoát từ đám rối tĩnh mạch vào trong khoang ngoài màng cứng được, hơn nữa ở tất cả các bệnh nhân, triệu chứng thần kinh khi xuất hiện thường tiến triển rất nhanh – phù hợp với quan điểm máu chảy từ động mạch.⁴ Từ nghiên cứu loạt ca bệnh của Dzedzic và một số các báo cáo khác, Kyle Raasck ủng hộ quan điểm cho rằng sử dụng thuốc chống đông là một yếu tố nguy cơ của chảy máu ngoài màng cứng tủy và khuyến cáo nên thận trọng khi dùng.² Tuy vậy vẫn cần phải có thêm những nghiên cứu sâu hơn để tìm hiểu nguyên nhân và cơ chế chính xác của SASEH.

Nói chung, SASEH là một bệnh cấp cứu ngoại khoa khẩn cấp với đòi hỏi giải ép, lấy máu tụ mới có thể đem lại hiệu quả cao. Điều trị bảo tồn cũng là một lựa chọn hết sức quan trọng, được áp dụng cho những trường hợp nhẹ, hoặc triệu chứng tự cải thiện hoặc những trường hợp phẫu thuật có nguy cơ cao, rủi ro nhiều như: bệnh tim mạch nặng, bệnh hệ thống nặng, hoặc tổn thương tủy nặng - không hồi phục.⁴ Theo chúng tôi, để đánh giá tổn thương tủy là nặng là không hồi phục được chỉ là những nhận định một cách tương đối và mang tính kinh nghiệm. Bằng chứng là nhiều tác giả vẫn phẫu thuật cho những bệnh nhân có liệt tứ chi mức A hay B theo phân loại ASIA, tuổi cao và nhiều bệnh tim mạch nặng mà triệu chứng vẫn cải thiện sau mổ.² Đáng chú ý nhất là báo cáo trường hợp năm 2001 của Rahman, bệnh nhân đã liệt hoàn toàn

tứ chi ASIA-A, có cơn ngừng tim – ngừng thở do khối máu tụ ngoài màng cứng tủy từ C2-C5, được phẫu thuật Laminectomy và lấy máu tụ, sau đó phục hồi hoàn toàn sau 06 tháng.⁵ Nói như vậy, nhưng chúng tôi cũng không phủ nhận vai trò của điều trị bảo tồn ở những ca bệnh thu thập được. Trong đó có 4 trường hợp bệnh nhân không liệt, còn lại là một số trường hợp tổn thương thần kinh ở mức độ ASIA D hoặc C, đáng chú ý có 1 trường hợp triệu chứng liệt hết hoàn toàn sau khi chọc hút 20ml dịch não tủy để làm xét nghiệm với mục đích chẩn đoán viêm tủy hoặc nhiễm khuẩn thần kinh trung ương. Tất cả các bệnh nhân ở nhóm điều trị bảo tồn đều có phục hồi tốt. Duy nhất trong nhóm nghiên cứu có 1 trường hợp bệnh nhân tử vong trong khi đang chờ phẫu thuật do suy hô hấp. Chúng tôi cho rằng thất bại của ca bệnh này nằm ở chỗ bệnh nhân đã không được thăm khám và chẩn đoán từ đầu chính xác. Cho đến khi được khám cảm giác, Aycan mới phát hiện liệt nửa người là biểu hiện của hội chứng Brown Sequards – 1 khâu đã bị bỏ qua bởi các bác sỹ thăm khám từ trước đó. Do đó, theo Adamson, khi đã phát hiện được, cần phải tiến hành mổ giải ép lấy máu tụ sớm. Còn nếu thời điểm phát hiện quá xa so với lúc khởi phát và triệu chứng thần kinh diễn biến ổn định thì có thể chấp nhận giải pháp theo dõi sát biểu hiện của bệnh nhân. Tuy vậy, nếu có bất kỳ thay đổi nào theo chiều hướng xấu, thì cần phải mổ ngay.⁶

Như vậy, phẫu thuật sớm để lấy máu tụ và giải phóng chèn ép tủy vẫn là giải pháp được chấp nhận rộng rãi như 1 tiêu chuẩn vàng trong điều trị SASEH. Theo các tác giả, các yếu tố có ảnh hưởng lớn đến tiên lượng điều trị SASEH gồm có: tình trạng tổn thương thần kinh trước mổ, khoảng thời gian từ khi có triệu chứng khởi phát đến khi mổ.^{2,6} Từ những dữ liệu thu được, chúng tôi nhận thấy độ nặng của tổn thương thần kinh trước mổ là chỉ số tiên lượng kết quả quan trọng hơn cả. Ở những bệnh nhân có tình trạng nặng tỷ lệ phục hồi hoàn toàn thấp hơn so với những bậc tổn thương nhẹ hơn, không kể đến thời điểm can thiệp và phương pháp phẫu thuật, bởi cũng có những bệnh nhân được mổ ở thời điểm rất muộn cũng cho kết quả tốt. Ngoài các yếu tố trên, Lo Chung Chen ghi nhận rằng độ lan rộng và vị trí khối máu tụ có ảnh hưởng đến kết quả điều trị như sau: khối có máu tụ trải dài trên nhiều tầng sống và nằm ở vùng cột sống ngực có tiên lượng xấu do đường kính của cột sống ngực tương đối hẹp hơn so với các đoạn khác.⁴ Theo chúng tôi, có những ca bệnh máu tụ

nằm ở vùng cột sống ngực, độ rộng từ 7 – 13 tầng sống vẫn có thể phục hồi tốt. Không những thế, Kyle Raasck, Mark Fedor qua những thống kê trên hàng nghìn bệnh nhân cũng không ghi nhận các yếu tố như kích thước, vị trí của khối máu tụ hay các hình ảnh tổn thương tủy trên phim MRI như là điểm dự báo tiên lượng xấu ở bệnh nhân SASEH.^{2,7}

V. KẾT LUẬN

SASEH là một bệnh nặng, hiếm gặp dễ chẩn đoán nhầm với nhiều bệnh nặng khác, hay gặp hơn ở người có sử dụng thuốc chống đông nhưng có nguyên nhân và cơ chế còn chưa được rõ ràng. Khám lâm sàng thần kinh tì mi kết với với việc áp dụng chỉ định chụp MRI dựa vào các dấu hiệu Regflags là cần thiết để chẩn đoán và điều trị sớm bệnh lý máu tụ ngoài màng cứng tủy tiên phát. Điều trị phẫu thuật giải ép và lấy máu tụ nên áp dụng cho những trường hợp tổn thương thần kinh nặng hoặc tổn thương tiến triển, còn những trường hợp tổn thương nhẹ (ASIA – D) hoặc không tổn thương thần kinh có thể theo dõi sát và điều trị nội khoa bảo tồn. Các yếu tố chính ảnh hưởng đến kết quả điều trị là mức độ tổn thương thần kinh và thời gian từ khi có triệu chứng đến khi được can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lan T, Chen Y, Yang XJ, et al. Spontaneous spinal epidural haematoma. J Orthop Transl. 2015;3(3):152-156. doi:10.1016/j.jot.2015.03.001
2. Raasck K, Habis AA, Aoude A, et al. Spontaneous spinal epidural hematoma management: a case series and literature review. Spinal Cord Ser Cases. 2017;3:16043. doi: 10.1038/scsandc.2016.43
3. Aycan A, Ozdemir S, Arslan H, Gonullu E, Bozkina C. Idiopathic Thoracic Spontaneous Spinal Epidural Hematoma. Case Rep Surg. 2016;2016:5430708. doi:10.1155/2016/5430708
4. Lo CC, Chen JY, Lo YK, Lai PH, Lin YT. Spontaneous spinal epidural hematoma: a case report and review of the literatures. Acta Neurol Taiwanica. 2012;21(1):31-34.
5. Rahman NU, Jamjoom A, Jamjoom ZA. Acute spontaneous spinal epidural hematoma--a life-threatening emergency. JPMA J Pak Med Assoc. 1997;47(5):148-150.
6. Adamson DC, Bulsara K, Bronec PR. Spontaneous cervical epidural hematoma: case report and literature review. Surg Neurol. 2004;62(2):156-159; discussion 159-160. doi:10.1016/j.surneu.2003.10.040
7. Fedor M, Kim ES, Ding K, Muizelaar JP, Kim KD. Spontaneous Spinal Epidural Hematoma: A Retrospective Study on Prognostic Factors and Review of the Literature. Korean J Spine. 2011;8(4): 272-282. doi:10.14245/kjs.2011.8.4.272

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM, GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT, CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG CỔ TRƯỚC (ACDF) ĐƠN TẦNG CHO BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Phạm Minh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) đơn tầng 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 41 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) đơn tầng tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 – tháng 1/2023. **Kết quả:** Có 41 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ chiếm 56,1%, tuổi trung bình là 45,8 ± 7,68. Đa số bệnh nhân có triệu chứng chèn ép tủy với biểu hiện giảm sự khéo léo bàn tay (58,5%), yếu tứ chi

(75,6%), tăng phản xạ gân xương (63,4%), dấu hiệu Hoffmann dương tính (68,2%). Điểm mJOA trung bình là 9,8 ± 4,2, NDI trung bình là 51,6% ± 11,3 %. Đặc điểm của phẫu thuật thời gian mổ trung bình là 60,58 ± 18,14 phút, lượng máu mất trung bình là 65,18 ± 18,14 ml, thời gian nằm viện trung bình là 5,42 ± 1,21 ngày. Tai biến trong mổ chỉ có 1 bệnh nhân có tổn thương thần kinh thanh quản. Biến chứng sau mổ có 2 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. Có 6 bệnh nhân tổn thương tăng liên kề chiếm 14,6%. **Kết luận:** Phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) 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 khóa:** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm, thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF).

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 19.11.2024

SUMMARY

RESULTS OF SINGLE – LEVEL ANTERIOR