

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.<sup>2,7</sup>

## 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 tủy 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 Hùng<sup>1</sup>, Phạm Minh Đức<sup>1</sup>

## 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).

<sup>1</sup>Bệnh 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

## CERVICAL DISCECTOMY AND FUSION (ACDF) SURGERY FOR PATIENTS WITH CERVICAL DISC HERNIATION AT VIET DUC HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the outcomes of single-level anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) surgery in patients with cervical disc herniation at Viet Duc Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study involving 41 patients with cervical disc herniation who underwent single-level anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) at Viet Duc Hospital from January 2022 to January 2023. **Results:** Among the 41 patients in our study, the majority were female, accounting for 56.1%, with an average age of  $45.8 \pm 7.68$  years. Most patients presented with symptoms of spinal cord compression, including reduced hand dexterity (58.5%), quadriparesis (75.6%), hyperreflexia (63.4%), and a positive Hoffmann's sign (68.2%). The average mJOA score was  $9.8 \pm 4.2$ , and the average NDI score was  $51.6\% \pm 11.3\%$ . The surgical characteristics showed an average operative time of  $60.58 \pm 18.14$  minutes, an average blood loss of  $65.18 \pm 18.14$  ml, and an average hospital stay of  $5.42 \pm 1.21$  days. Intraoperative complications included one patient with recurrent laryngeal nerve injury. Postoperative complications included two patients with dysphagia and one patient with hoarseness. VAS, NDI, and mJOA scores significantly improved at 1 month and 6 months postoperatively. Six patients developed adjacent segment disease, accounting for 14.6%. **Conclusion:** Anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) surgery for patients with cervical disc herniation is a safe procedure with a low complication rate and provides significant clinical benefits for patients. **Keywords:** Cervical disc herniation, disc herniation, anterior cervical discectomy and fusion (ACDF).

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý thường gặp, nguyên nhân do nhân đĩa đệm thoát vị trí bao xơ gây chèn ép rễ thần kinh và tuỷ sống, từ đó biểu hiện lâm sàng các hội chứng chèn ép rễ hoặc hội chứng chèn ép tuỷ sống. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1,79/1000 người/năm<sup>2</sup>. Đây là bệnh lý đặc trưng bởi quá trình thoái hoá thể hiện bằng tổn thương vòng xơ đĩa đệm 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 lâm sàng có thể từ đau theo rễ thần kinh cột sống cổ hoặc 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, thậm chí tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh.

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 kinh, tuỷ sống gây biểu hiện lâm sàng như đau, liệt, hoặc các bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa. Ở Việt Nam, có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Trong đó phương pháp thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) vẫn được xem là "tiêu chuẩn vàng", là phương pháp hiệu quả đối với các trường hợp thoát vị có biểu hiện chèn ép gây tổn thương tuỷ cổ nặng, các khối thoát vị gây chèn ép rễ, mất vững cột sống, nhưng lại tăng tỉ lệ mắc hội chứng liền kề.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm tất cả các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) đơn tầng tại khoa Phẫu thuật Cột sống – bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2022 – 01/2023.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF).

Lâm sàng: có triệu chứng chèn ép rễ thần kinh hoặc hội chứng chèn ép tuỷ mức độ trung bình - nặng theo thang điểm mJOA. Trên Xquang có hình ảnh mất vững cột sống. Trên MRI xung T2W có hình ảnh phù tuỷ cổ do khối thoát vị đĩa đệm chèn ép. Bệnh nhân được điều trị nội khoa tích cực trong 6 tuần không đáp ứng hoặc triệu chứng nặng lên.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng, chống chỉ định gây mê (suy tim nặng, bệnh phổi nặng,...)

**Các tham số nghiên cứu:** Các thông tin chung thu thập như tuổi, giới. Về lâm sàng triệu chứng đau cột sống cổ, đau tay theo thang điểm VAS trước và sau phẫu thuật. Triệu chứng thực thể gồm dấu hiệu rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, NDI, JOA trước và sau phẫu thuật... Trên cộng hưởng từ đánh giá vị trí, mức độ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Về phẫu thuật: lượng máu

mất, thời gian phẫu thuật, tỉ lệ hội chứng liên kế sau phẫu thuật, biến chứng sau mổ.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %	
Nhóm tuổi	< 40	8	19,5
	Từ 40 - 59	21	51,2
	≥ 60	12	29,3
	Tổng	41	100
	Mean ± SD	45,8 ± 7,68	
	Min - Max	35 - 69	

**Bảng 3.2. Phân bố theo giới của đối tượng nghiên cứu**

Giới	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Nam	18	43,9
Nữ	23	56,1

**Nhận xét:** BN thuộc nhóm tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 21/41 BN (51,2%)

Độ tuổi trung bình là 45,8 ± 7,68. BN nhỏ tuổi nhất là 35, lớn tuổi nhất là 69

Bệnh gặp nhiều hơn ở nữ giới (56,1%)

**3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân**

**Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng và dấu hiệu	Số lượng NB (n=41)	Tỷ lệ %
Có điểm đau và hạn chế vận động cột sống cổ	41	100
Đau và dị cảm theo rễ thần kinh	7	17,1
Tê bì ngọn chi trên	32	78,0
Giảm sự khéo léo bàn tay	24	58,5
Yếu liệt tứ chi	31	75,6
Tăng phản xạ gân xương	26	63,4
Dấu hiệu Hoffmann	28	68,2
Dấu hiệu Spurling	12	29,3
Rối loạn cơ tròn	1	2,4

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số NB có triệu chứng chèn ép tuỷ cổ 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%).

**Bảng 3.4. Mức độ tổn thương tuỷ theo mJOA**

Mức độ tổn thương	Số lượng NB (n=41)	Tỷ lệ %
Nhẹ (15≤mJOA≤17)	1	2,4
Trung bình (12≤mJOA≤14)	25	61,0
Nặng (mJOA<12)	15	36,6
Mean ± SD	9,8 ± 4,2	
Min - max	8 - 17	

**Nhận xét:** Trước mổ, hầu hết các bệnh nhân có tổn thương tuỷ đều ở mức độ trung bình và nặng, chỉ số mJOA trung bình là 9,8 ± 4,2.

**3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân**  
**Bảng 3.5. Các biểu hiện trên hình ảnh X-quang**

Hình ảnh	Số lượng NB (n=41)	Tỷ lệ %
Mất đường cong sinh lý	29	70,7
Hẹp khe gian đốt	26	63,4
Gai xương phía trước đốt sống	18	43,9
Mất vững cột sống cổ	14	34,1

**Nhận xét:** - Mất đường cong sinh lý có 29 trường hợp, chiếm 70,7%

- Hẹp khe gian đốt có 26 trường hợp, chiếm 63,4%

- Gai xương phía trước đốt sống có 18 trường hợp, chiếm 43,9%

- Mất vững cột sống cổ có 14 trường hợp, chiếm 34,1%

**Bảng 3.6. Vị trí khối TVDD trên lát cắt ngang T2W**

Hướng thoát vị	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Thoát vị trung tâm	26	63,4
Thoát vị trung tâm lệch bên	10	24,4
Thoát vị bên	5	12,2
Tổng	41	100

**Nhận xét:** Thoát vị thể trung tâm chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,4%.

**Bảng 3.7. Vị trí khối TVDD trên lát cắt dọc T2W**

Vị trí tầng thoát vị	Số lượng	Tỷ lệ %
C2-3	0	0
C3-4	2	4,9
C4-5	10	24,4
C5-6	21	51,2
C6-7	8	19,5
Tổng	41	100

**Nhận xét:** Thoát vị đĩa đệm xảy ra nhiều nhất ở vị trí C5-6 với 51,2%.

**Bảng 3.8. Đặc điểm phù tuỷ cổ trên T2W**

Phù tuỷ	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Có	33	80,5
Không	8	19,5
<b>Tổng</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ phù tuỷ cổ ở nhóm bệnh

nhân nghiên cứu là 80,5%.

**3.4. Đặc điểm phẫu thuật**

**Bảng 3.9. Thời gian và lượng máu mất trong mổ**

	Mean ± SD
Thời gian mổ (phút)	60,58 ± 18,14
Lượng máu mất trong mổ (ml)	65,18 ± 18,14

**Bảng 3.10. Thời gian nằm viện sau mổ**

Thời gian	Mean ± SD
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	5,42 ± 1,21

**Bảng 3.11. Tai biến trong mổ**

Tai biến trong mổ	Số lượng (n=41)
Tổn thương thực quản, khí quản	0
Tổn thương mạch máu lớn	0
Tổn thương thần kinh thanh quản	1
Rách màng cứng	0

**Nhận xét:** Trong số 41 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là 60,58 ± 18,14 phút, lượng máu mất trung bình là 65,18 ± 18,14 ml, chỉ có 1 bệnh nhân có tổn thương thần kinh thanh quản, thời gian nằm viện trung bình 5,42 ± 1,21 ngày.

**3.5. Kết quả phẫu thuật**

**3.5.1. Thang điểm VAS trước và sau mổ**

**Bảng 3.12. So sánh thang điểm VAS trước và sau mổ**

VAS	Mean ± SD	
	Cổ	Tay
Trước mổ	6,9 ± 1,5	7,1 ± 1,6
Sau mổ 1 tháng	3,42 ± 1,12	2,88 ± 1,42
Sau mổ 6 tháng	2,06 ± 0,62	2,02 ± 0,48
P	< 0,001	< 0,001

**Nhận xét:** Điểm VAS của cột sống cổ và tay đều giảm đáng kể sau mổ 1 tháng và 6 tháng với độ tin cậy P < 0,001.

**3.5.2. Chỉ số giảm chức năng cột sống cổ (NDI) trước và sau mổ**

**Bảng 3.13. So sánh thang điểm NDI trước và sau mổ**

Điểm NDI (%)	Mean ± SD
Trước mổ	51,6% ± 11,3%
Sau mổ 1 tháng	24,8% ± 6,2%
Sau mổ 6 tháng	13,2% ± 8,4%
P	< 0,001

**Nhận xét:** Mức độ giảm chức năng cột sống cổ theo NDI của các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng và 6 tháng với độ tin cậy P < 0,001.

**3.5.3. Mức độ tổn thương tuỷ trước và sau mổ theo mJOA**

**Bảng 3.14. So sánh thang điểm mJOA trước và sau mổ**

Điểm mJOA	Mean ± SD
-----------	-----------

Trước mổ	9,8 ± 4,2
Sau mổ 1 tháng	12,2 ± 2,1
Sau mổ 6 tháng	13,1 ± 1,2
P	< 0,001

**Nhận xét:** Mức độ tổn thương tuỷ theo mJOA của các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng và 6 tháng với độ tin cậy P < 0,001.

**3.5.4. Đánh giá biến chứng sau mổ**

**Bảng 3.15. Biến chứng lâm sàng sau mổ**

Biến chứng	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Nói khàn	1	1,7
Giọng đôi	0	0
Nuốt vướng	2	3,4

**Nhận xét:** 41 bệnh nhân sau mổ chỉ có 1 bệnh nhân nói khàn chiếm 1,7% và 2 bệnh nhân nuốt vướng chiếm 3,4%.

**Bảng 3.16. Biến chứng dụng cụ sau mổ**

Biến chứng	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Gãy vít	0	0
Nhổ vít	0	0
Gãy nẹp	0	0
Di lệch đĩa đệm nhân tạo	0	0
Tổn thương tăng liên kê	6	14,6

**Nhận xét:** 41 bệnh nhân sau mổ có 6 bệnh nhân tổn thương tăng liên kê chiếm 14,6%.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong số 41 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là 60,58 ± 18,14 phút, lượng máu mất trung bình là 65,18 ± 18,14 ml, chỉ có 1 bệnh nhân có tổn thương thần kinh thanh quản, 1 bệnh nhân nói khàn và 2 bệnh nhân nuốt vướng, thời gian nằm viện trung bình 5,42 ± 1,21 ngày. Trong nghiên cứu của Bolong Zheng, Dingjun Hao<sup>6</sup> và cộng sự trên 2 nhóm gồm: nhóm I gồm 64 bệnh nhân được thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ (TDR), và nhóm II gồm 81 bệnh nhân thay đĩa ghép xương, cố định cột sống cổ trước (ACDF) từ tháng 1/2006 đến 1/2009 được theo dõi 8 năm đã chỉ ra ở nhóm ACDF có thời gian phẫu thuật trung bình là 64,6 ± 20,7 phút, lượng máu mất trung bình là 67,2 ± 14,3 ml, có 7 bệnh nhân khàn giọng và 13 bệnh nhân khó nuốt nhưng khỏi sau 2 tuần. Theo Trần Trung Kiên<sup>8</sup> và cộng sự thời gian nằm viện trung bình là 5,8 ± 2 ngày.

Điểm VAS của cột sống cổ và tay đều giảm đáng kể sau mổ 1 tháng là 33,42 ± 1,12 và 2,88 ± 1,42, sau mổ 6 tháng là 2,06 ± 0,62 và 2,02 ± 0,48 so với trước mổ là 6,9 ± 1,5 và 7,1 ± 1,6 với độ tin cậy P < 0,001. Trong nghiên cứu của

Bolong Zheng, Dingjun Hao<sup>6</sup> và cộng sự cũng chỉ ra ở nhóm bệnh nhân ACDF mức độ đau giảm đáng kể so với trước mổ và nhưng không giảm rõ rệt bằng nhóm TDR ( $P < 0,05$ ).

Mức độ giảm chức năng cột sống cổ theo NDI của các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng là  $24,8\% \pm 6,2\%$  và 6 tháng là  $13,2\% \pm 8,4\%$  so với trước mổ  $51,6\% \pm 11,3\%$  với độ tin cậy  $P < 0,001$ . Trong nghiên cứu của Bolong Zheng, Dingjun Hao<sup>6</sup> và cộng sự, chỉ số NDI trước mổ là  $41,3\% \pm 9,6\%$  giảm đáng kể xuống còn  $12,2\% \pm 3,6\%$  sau mổ 12 tháng.

Mức độ tổn thương tuỷ theo mJOA của các bệnh nhân đều cải thiện đáng kể sau mổ 1 tháng là  $12,2 \pm 2,1$  và 6 tháng là  $13,1 \pm 1,2$  so với trước mổ  $9,8 \pm 4,2$  với độ tin cậy  $P < 0,001$ . Theo Trần Trung Kiên<sup>8</sup> và cộng sự kết quả cải thiện JOA sau 6 tháng là  $15,91 \pm 2,07$ , cũng đạt kết quả đáng kể.

41 bệnh nhân sau mổ có 6 bệnh nhân tổn thương tủy liên kề chiếm 14,6%. Một nghiên cứu của Kim S.W.<sup>7</sup> và cộng sự phân tích so sánh giữa 2 nhóm phẫu thuật hàn xương liên thân đốt và dùng đĩa đệm nhân tạo có khớp Bryan, ở nhóm ACDF có tỉ lệ biểu hiện bệnh lý đốt sống liên kề nhiều gấp 3,5 lần so với nhóm TDR.

## V. 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.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Đức Hà (2018). Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận án thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018
2. Hoàng Văn Chiên. Nghiên cứu chẩn đoán phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp thay đĩa đệm nhân tạo. Luận án Tiến sỹ y học. Học viện Quân y. 2016
3. Lê Trọng Sanh và cs. Lê Trọng Sanh. Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng đường cổ trước tại bệnh viện Việt Đức, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2010
4. Nordin M et al. "Assesment of Neck Pain and Its Associated Disorders: Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders". Eur Spine 17 (Suppl 1), 2008: S101 – S122.
5. Panjabi MM, White AA. Basic biomechanics of the spine. Neurosurgery. 1980;7(1):76-93.
6. Bolong Zheng, Dingjun Hao, Hua Guo, Baorong He. ACDF and TDR for patients with cervical spondylosis – an 8 year follow up study. BMC Surgery: 113 (2017).
7. Kim HK, Kim MH, Cho DS, Kim SH. Surgical outcome of cervical arthroplasty using bryan(r). J Korean Neurosurg Soc. 2009; 46(6):532-537.
8. Nguyễn Hùng Minh, Nguyễn Trung Kiên. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ một tầng. Luận án Tiến sỹ Y học. Học viện Quân y. 2020
9. Rozankovic M, Marasanov SM, Vukic M. Cervical Disk Replacement With Discover Versus Fusion in a Single – Level Cervical Disk Disease: A Prospective Single – Center Randomized Trial With a Minimum 2-Year Follow-up. Clin Spine Surg. 2017;30(5): E515-E522.

## KẾT QUẢ ĐỊNH VỊ KIM DÂY DƯỚI HƯỚNG DẪN X QUANG VÚ TRONG PHẪU THUẬT TỔN THƯƠNG VÚ NGHI NGỜ ÁC TÍNH

Vũ Thúy Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thi<sup>1</sup>, Chu Thu Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Dũng<sup>2</sup>, Nguyễn Thái Bình<sup>3,4</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính hữu ích của kỹ thuật định vị kim dây dưới hướng dẫn của hình ảnh đối với các tổn thương vú nghi ngờ ác

tính được phát hiện bằng X quang vú. **Đối tượng và phương pháp:** trong nghiên cứu này, kỹ thuật định vị kim dây dưới hướng dẫn của X quang vú đã được thực hiện trên 64 bệnh nhân với 70 tổn thương vú nghi ngờ ác tính tại bệnh viện K trong khoảng thời gian từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 06 năm 2024. Sau đó, tiến hành kiểm tra mô bệnh học các mẫu bệnh phẩm đã được cắt bỏ sau phẫu thuật. Tất cả các hình ảnh chụp X quang vú của bệnh nhân đều được phân loại theo hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh vú (BI – RADS). **Kết quả:** Về mặt X quang, 21 trường hợp (30%) được phân loại BI-RADS 3, 48 trường hợp (68.6%) BI-RADS 4, 1 trường hợp (1.4%) BI-RADS 5. Kết quả mô bệnh học lành tính ở 58 (82.9%) trường hợp và ác tính ở 12 (17.1%) trường hợp. Cả 21 trường hợp được phân loại BI-RADS 3 đều có kết quả

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Bệnh viện Medlatec

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 20.11.2024