

- sọ não từ 18 tuổi trở lên điều trị tại khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2021”.
6. **Vũ Minh Hải** (2021), “kết quả điều trị chấn thương sọ não ở người cao tuổi tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình”, Tạp chí Y học Việt Nam. 503(2), pp 36-39.
7. **Tôn Thất Quỳnh Út** (2017), “Đánh giá kết quả điều trị mẩu tụ trong não do chấn thương, bệnh

- viện đa khoa tỉnh Bình Định.” Kỷ yếu Hội nghị ngoại khoa toàn quốc lần thứ VII.
8. **Vũ Trí Hiếu và cs** (2023), “Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị chấn thương sọ não nặng bằng phẫu thuật mở nắp sọ giảm áp tại trung tâm phẫu thuật thần kinh bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”, Tạp chí Y học Việt Nam. Số 1B – 2023 (530), pp 123-127.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM X-QUANG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT CAN THIỆP TỐI THIỂU QUA ỐNG BANH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Xuân Phương¹, Phạm Ngọc Hà¹,
Nguyễn Hồng Dương² Đỗ Khắc Hậu³

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét đặc điểm X- quang và cộng hưởng từ bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật can thiệp tối thiểu qua ống banh tại bệnh viện trung ương quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả từ tháng 1/2019 – tháng 7/2022, 81 trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua ống banh tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Đánh giá một số đặc điểm X- quang và cộng hưởng từ. **Kết quả:** Có 62/81 bệnh nhân hẹp khe đĩa đệm (76,5%), 49/81 bệnh nhân mất đường cong sinh lý (60,5%) và 44/81 bệnh nhân lệch vẹo cột sống (54,3%). Vị trí thoát vị hay gặp nhất là L4-L5 (58%), L5-S1 (30,9%). Phần lớn là thoát vị lệch bên (90,1%) và thoái hóa độ III (54,3%). Tỷ lệ phì đại dây chằng vàng là 19,8%, gặp ở nhóm trên 40 tuổi. **Kết luận:** Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng gặp nhiều nhất ở L4-L5 và L5-S1, chủ yếu là thoái hóa độ III. Phần lớn các bệnh nhân có hẹp khe đĩa đệm và mất đường cong sinh lý cột sống, có thể gặp phì đại dây chằng vàng.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, ống bong banh, X- quang, cộng hưởng từ.

SUMMARY

REVIEW OF X-RAY AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING CHARACTERISTICS OF LUMBAR HERNIATED DISC PATIENTS WITH MINIMAL INVASIVE SURGERY THROUGH DILATOR TUBE AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 354

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

Objective: Review of X- ray and magnetic resonance imaging characteristics of lumbar herniated disc patients with minimal invasive surgery through dilator tube at 108 Military Central hospital. **Subjects and methods:** Retrospective description from January 2019 to July 2022, 81 cases of lumbar herniated disc treated with minimal invasive surgery through dilator tube at 108 Military Central hospital. Evaluating X- ray and magnetic resonance imaging characteristics. **Results:** There were 62/81 patients with narrowed disc space (76.5%), 49/81 patients with loss of physiological curve (60.5%) and 44/81 patients with scoliosis (54.3%). The most common herniation locations were L4-L5 (58%), L5-S1 (30.9%). The majority were lateral herniation (90.1%) and grade III degeneration (54.3%). The rate of ligamentum flavum hypertrophy was 19.8%, occurring in the group over 40 years old. **Conclusion:** Lumbar herniated disc was most common at L4-L5 and L5-S1, mainly grade III degeneration. Most patients have disc space narrowing and loss of physiological spinal curve, and can have ligamentum flavum hypertrophy.

Keywords: Lumbar herniated disc, dilator tube, X- ray, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là tình trạng các thành phần đĩa đệm cột sống thoát ra khỏi vị trí bình thường, chèn ép vào ống sống hay các rễ thần kinh sống. Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp đau thắt lưng (chiếm 63 - 73%) và là nguyên nhân của khoảng 72% trường hợp đau thần kinh tọa [1]. Chẩn đoán bệnh lý thoát vị đĩa đệm đã đạt được những tiến bộ nhất định do áp dụng các kỹ thuật chẩn đoán hiện đại như chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “*Nhận xét đặc điểm X- quang và cộng hưởng từ bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật can thiệp tối thiểu qua ống banh tại Bệnh*

viện Trung ương Quân đội 108”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua ống banh.

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Thời gian từ tháng 1/2019 – tháng 7/2022, tại khoa Phẫu thuật và Chỉnh hình cột sống Bệnh viện Trung ương Quân đội 108..

*** Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Chụp X- quang cột sống thắt lưng thẳng/ngiêng và cúi/ ưỡn đánh giá các triệu chứng:

- + Hẹp khe đĩa đệm
- + Mất đường cong sinh lý
- + Lệch vẹo cột sống

- Chụp MRI: thường chụp phim MRI ở mặt phẳng đứng dọc (sagittal) và mặt phẳng ngang (axial). Xác định:

- + Vị trí tổn thương: theo tầng đĩa đệm
- + Hình thái tổn thương: lệch trái, lệch phải, trung tâm, xa bên.
- + Có hay không phì đại dây chằng vàng.

+ Độ thoái hóa đĩa đệm: Mức độ thoái hóa đĩa đệm: Nhân nhày đĩa đệm bị thoái hóa mất nước cho cường độ tín hiệu thấp trên ảnh T2W và nhìn tối hoặc đen sậm. Cường độ tín hiệu càng thấp thì mức độ thoái hóa càng lớn.

Bảng 1. Phân độ thoái hóa đĩa đệm theo Pfirrmann [2]

Độ	Hình thái tổn thương
I	Hình ảnh sáng đồng nhất, chiều cao đĩa đệm bình thường
II	Hình ảnh sáng không đồng nhất, chiều cao đĩa đệm bình thường
III	Hình ảnh kém sáng, không đồng nhất, chiều cao đĩa đệm giảm nhẹ
IV	Hình ảnh tối không đồng nhất, chiều cao đĩa đệm giảm nhiều
V	Hình ảnh tối không đồng nhất, đĩa đệm xẹp

Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20, với các thuật toán thống kê thông thường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 81 trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua ống banh, chúng tôi đưa ra một số đặc điểm về X-quang và cộng hưởng từ như sau.

Hình ảnh trên X- quang quy ước

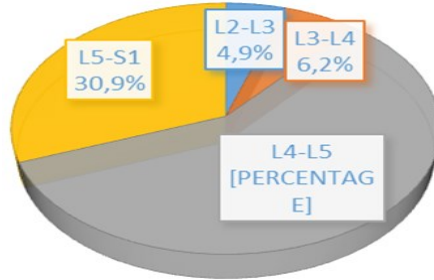
Bảng 2. Hình ảnh trên X- quang quy ước

Hình ảnh	Có	Không	Tổng
----------	----	-------	------

Hẹp khe đĩa đệm	62(76,5%)	19(23,5%)	81(100%)
Mất đường cong sinh lý	49(60,5%)	32(39,5%)	81(100%)
Lệch vẹo cột sống	44(54,3%)	37(45,7%)	81(100%)

Trên X-quang quy ước ở 81 bệnh nhân hẹp khe đĩa đệm có ở 62 bệnh nhân (76,5%), mất đường cong sinh lý ở 49 (60,5%) bệnh nhân, và lệch vẹo cột sống ở 44 (54,3%). Xuất hiện cả 3 dấu hiệu này là 22 bệnh nhân chiếm 27,2%.

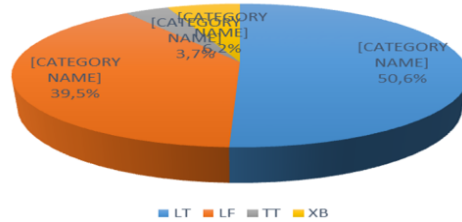
Hình ảnh trên MRI



Biểu đồ 1. Phân bố vị trí thoát vị đĩa đệm

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí thoát vị gặp nhiều nhất là L4-L5 chiếm tới 58%, tiếp theo là vị trí L5-S1 chiếm 30,9%. Trong khi đó L2-L3 là 4,9% và L3-L4 là 6,2%.

Hình thái thoát vị đĩa đệm



Biểu đồ 2. Hình thái thoát vị đĩa đệm

Thể thoát vị bên là nhiều nhất chiếm 90,1%, trong đó lệch trái là 50,6%, lệch phải là 39,5%. Có 5 (6,2%) bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thể xa bên, trong đó 3 bên trái và 2 bên phải. Có 3 bệnh nhân (3.7%) thoát vị đĩa đệm thể trung tâm trong đó có 1 bệnh nhân thể giả u.

Bảng 3. Mức độ thoái hóa đĩa đệm theo nhóm tuổi

Độ THĐĐ / Nhóm tuổi	II	III	IV	V	Tổng
<40	3 (3,7%)	8 (9,9%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)	13 (16%)
40-59	12 (14,9%)	25 (30,8%)	12 (14,9%)	1 (1,2%)	50 (61,8%)
≥60	4 (4,9%)	11 (13,6%)	2 (2,5%)	1 (1,2%)	18 (22,2%)
Tổng	19 (23,5%)	44 (54,3%)	15 (18,5%)	3 (3,7%)	81 (100%)

Thoái hóa độ III là nhiều nhất có 44 bệnh nhân chiếm 54,3%. Thoái hóa độ II là 19 bệnh nhân (23,5%), thoái hóa độ IV là 15 bệnh nhân (18,5%) và độ V là 3 bệnh nhân (3,7%). Thoái hóa đĩa đệm nặng có thể gặp ở mọi nhóm tuổi, nhưng chủ yếu ở nhóm tuổi lao động 40-60 tuổi (61,8%).

Bảng 4. Liên quan giữa phì đại dây chằng vàng và nhóm tuổi

Nhóm tuổi Phì đại DCV	<40 (n=13)	40-59 (n=50)	≥60 (n=18)	Tổng (n=81)
Có	0 (0%)	11 (22%)	5 (38,5%)	16 (19,8%)
Không	13 (100%)	39 (78%)	13 (61,5%)	65 (80,2%)
Tổng	13 (100%)	50 (100%)	18 (100%)	81 (100%)
p	p=0.13			

Có 16/81 bệnh nhân phì đại dây chằng vàng chiếm 19,8%, gặp ở nhóm trên 40 tuổi. Nhóm tuổi dưới 40 không có trường hợp nào phì đại dây chằng vàng. Trong khi đó, nhóm tuổi trên 60 có 5/13 (38,5%) dây chằng vàng phì đại nhiều hơn so với nhóm tuổi từ 40-60 là 11/50 (22%). Tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với p=0,13>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Hình ảnh X-quang thường quy. Phim X-quang không cho biết thoát vị đĩa đệm cột sống nhưng thông qua một số hình ảnh như hẹp khoang gian đốt, lệch vẹo cột sống và gai xương thân đốt có thể giúp cho chẩn đoán vị trí đĩa đệm thoát vị. Tam chứng Barr (vẹo cột sống, hẹp khoang gian đốt, mất ưỡn cột sống) là triệu chứng X-quang đáng tin cậy đối với thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

Từ bảng 1, hình ảnh hẹp khe đĩa đệm trên X- quang thường có tỉ lệ cao (76,5%), dấu hiệu này phụ thuộc vào mức độ thoái hóa đĩa đệm, trong khi đó mất đường cong sinh lý chỉ xuất hiện ở 60,5% và lệch vẹo cuộc sống ở 54,3%, hai dấu hiệu này phụ thuộc nhiều vào sự mức độ đau và co cứng của bệnh nhân. Số bệnh nhân có cả ba dấu hiệu này (tam chứng Barr) chỉ chiếm 27,2%. Trong nghiên cứu của Bùi Quang Tuyền (2010) thì ba dấu hiệu này cũng chỉ gặp 14,9% [3]. Do đó, nếu chỉ có X- quang thường qui rất khó khăn trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm sẽ có dấu hiệu âm tính giả.

Tuy nhiên, trên phim X-quang có thể phát hiện thấy gai đôi cột sống, cùng hóa đốt sống thắt lưng L5 hoặc thắt lưng hóa đốt sống cùng S1 nhưng trên hình ảnh cộng hưởng từ lại không phát hiện được những biểu hiện nói trên. Ngoài

ra, có thể chẩn đoán về các bệnh lý thoái hóa cột sống, mất vững cột sống. Vì thế, việc chụp X- quang thường trong trường hợp bệnh nhân chẩn đoán thoát vị đĩa đệm là cần thiết.

Hình ảnh cộng hưởng từ. Chụp cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán ưu việt đối với bệnh lý thoát vị đĩa đệm. Trên hình ảnh cộng hưởng từ cho biết chắc chắn vị trí đĩa đệm thoát vị, thể thoát vị, mức độ thoái hóa đĩa đệm và sự phì đại của dây chằng vàng.

Từ biểu đồ 1, ta thấy thoát vị ở mức L4-L5 và L5-S1 chiếm 88,9% trong đó L4-L5 chiếm 58% và L5-S1 chiếm 30,9%. Tỷ lệ mắc cao ở mức L4-L5 và L5-S1 cũng thấy ở hầu hết các nghiên cứu khác như Nguyễn Lê Bảo Tiến (2013) là 92,7% ở vị trí L4-L5 và L5-S1 [4], Kulkarni (2014) gặp 90,9% thoát vị ở L4-L5 và L5-S1 [5], George (2015) gặp 95% thoát vị ở L4-L5 và L5-S1 [6]. Đây là tầng có độ ưỡn cao nhất của cột sống thắt lưng và cũng là tầng có biên độ vận động cao nhất của cột sống thắt lưng. Khả năng mức độ vận động có liên quan đến thoái hóa và thoát vị đĩa đệm.

Từ biểu đồ 2, thoát vị chủ yếu là lệch trái hoặc lệch phải chiếm (90,1%), thể trung tâm chiếm (3,7%), trong đó lệch trái chiếm 50,6% nhiều hơn so với lệch phải 39,5%, điều này có thể giải thích do người Việt Nam đa số là thuận tay phải, thường dùng tay phải để mang sách những vật nặng. Thể xa bên là thể ít gặp chỉ chiếm 6,2%. Trong nghiên cứu của Kulkarni thể lệch bên chiếm 95%, còn lại là thể trung tâm [5].

Từ bảng 2, ta thấy thoái hóa đĩa đệm độ 3 chiếm tỉ lệ cao nhất 54,3%, thoái hóa đĩa đệm độ 4 và độ 5 chiếm 22,2%. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm độ 3 cao này cũng gặp ở các nghiên cứu của Nguyễn Lê Bảo Tiến (2013) là 78,1% [4], Sự khác nhau nhiều về tỷ lệ có thể là do tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của tôi cao hơn nhóm nghiên cứu của Nguyễn Lê Bảo Tiến. Trong nghiên cứu của tôi, thoái hóa đĩa đệm nặng có thể gặp ở mọi nhóm tuổi, điều này cũng giải thích tại sao thoát vị đĩa đệm có thể gặp ở những bệnh nhân trẻ mà không có yếu tố chấn thương rõ ràng.

Biểu đồ 4, Phì đại dây chằng vàng gặp khá phổ biến khoảng 19,8%. Nhóm tuổi ≥ 60 có tỉ lệ phì đại dây chằng vàng lớn hơn so với nhóm tuổi còn lại. Dây chằng vàng dày lên có thể là phản ứng của cơ thể trong quá trình phản ứng viêm trong thoát vị đĩa đệm và sự thoái hóa dây chằng theo tuổi. Trong nghiên cứu của T. A Hamdan năm (2005) thấy dây chằng vàng thoái hoá và dày lên giảm sự đàn hồi và tăng tế bào xơ theo tuổi, đặc biệt là sau tuổi 46 [7]. Trong

nghiên cứu của tôi thì tỉ lệ này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$ (Bảng 3).

Theo nghiên cứu của Bùi Quang Tuyến (2010) [3] thì ở bệnh nhân phẫu thuật thoát vị đĩa đệm gặp tới 65% có dây chằng vàng, tác giả dẫn chứng với Irger (1971) gặp tới 85,7% có dây chằng vàng. Với phẫu thuật nội soi thì việc giải quyết vấn đề dây chằng vàng vẫn còn khá khó khăn, do đó những trường hợp thoát vị đĩa đệm có dây chằng vàng kết hợp thì xu hướng mổ mở vẫn được ưu tiên lựa chọn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng gặp nhiều nhất ở L4-L5 và L5-S1, chủ yếu là thoái hóa đĩa đệm độ III. Phần lớn các bệnh nhân có hẹp khe đĩa đệm và mất đường cong sinh lí cột sống, có thể gặp phì đại dây chằng vàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hahne A. J., Ford J. J. (2006) Functional

restoration for a chronic lumbar disk extrusion with associated radiculopathy. *Phys Ther.* 86(12): 1668-1680.

2. Takano Hiromitsu (2020) Classification of Intervertebral Disc Degeneration in Low Back Pain Using Diffusional Kurtosis Imaging. *Open Journal of Radiology.* 10: 79-89.
3. Tuyến Bùi Quang (2010) Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống, Nhà xuất bản Y học.
4. Tiến N.L.B. (2013) Nghiên cứu ứng dụng ống nong trong phẫu thuật thoát vị đĩa đệm đơn tần cột sống thắt lưng cùng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.
5. Kulkarni A. G., Bassi A., Dhruv A. (2014) Microendoscopic lumbar discectomy: Technique and results of 188 cases. *Indian J Orthop.* 48(1): 81-87.
6. Dohrmann G. J., Mansour N. (2015) Long-Term Results of Various Operations for Lumbar Disc Herniation: Analysis of over 39,000 Patients. *Med Princ Pract.* 24(3): 285-290.
7. Hatem Hatem, K.Jbara Khalida, Hamdan Thamer (2005) Histological changes of ligamenta flava in lumbar disc herniation and spinal canal stenosis. *Basrah Journal of Surgery.* 11: 24-37.

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HỘI CHỨNG DE QUERVAIN VÀ VIÊM BAO GÂN GẤP NGÓN TAY TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN XUÂN LỘC TỪ THÁNG 12/2019 ĐẾN THÁNG 10/2020

Bùi Mạnh Tiến¹, Lâm Văn Nút²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật điều trị hội chứng de Quervain (viêm mòm trâm quay) và viêm bao gân gấp ngón tay (ngón tay lò xo) tại Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ tháng 12/2019 đến tháng 10/2020. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang tất cả các bệnh nhân nhập viện tại Khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ tháng 12/2019 đến tháng 10/2020, với chẩn đoán: hội chứng de Quervain hoặc viêm bao gân gấp ngón tay. **Kết quả:** Độ tuổi phẫu thuật thường gặp là 30-60 tuổi. Viêm bao gân cấp: nữ (77,7%), nam (22,2%); Viêm mòm trâm quay: nữ (81,8%), nam (18,2%). Tỷ lệ mắc viêm bao gân cấp thường gặp ở nhóm nghề nghiệp văn phòng (33,4%); viêm mòm trâm quay thường gặp ở công nhân (45,5%). 100% bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ phù hợp với chẩn đoán trước mổ. Cắt bỏ bao gân và màng hoạt dịch, cắt bỏ dây chằng A1 chiếm 77,8%. Có 55,5% bệnh nhân cắt toàn bộ dây chằng theo chiều ngang, gỡ

dính gân - cắt bỏ một phần các bao gân viêm. 100% bệnh nhân đáp ứng điều trị về cơ năng tốt. 100% ca phẫu thuật không có tai biến, biến chứng trong điều trị. **Kết luận:** Phẫu thuật hội chứng de Quervain và viêm bao gân gấp ngón tay không có tai biến, biến chứng trong điều trị. Bệnh nhân đáp ứng điều trị về cơ năng tốt. **Từ khóa:** đánh giá bước đầu, kết quả phẫu thuật, viêm bao gân cấp, viêm mòm trâm quay.

SUMMARY

INITIAL EVALUATION OF SURGICAL RESULTS OF DE QUERVAIN'S SYNDROME AND FINGER FLEXIBLE TENDONITIS AT XUAN LOC DISTRICT MEDICAL CENTER FROM DECEMBER 2019 TO OCTOBER 2020

Research objectives: Evaluating the effectiveness of surgery to treat de Quervain syndrome (inflammation of the radial styloid) and finger flexor tenosynovitis (trigger finger) at Xuan Loc District Medical Center from December 2019 to October 2020. **Methods:** A retrospective cross-sectional study of all patients hospitalized in the Department of General Surgery at Xuan Loc District Medical Center from December 2019 to October 2020, with the diagnosis of de Quervain syndrome or finger flexor tendon bursitis. **Results:** The typical age for surgery was 30-60 years. For acute tenosynovitis: female (77.7%), male (22.2%); for radial styloid

¹Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mạnh Tiến

Email: khoangoaixuanloc@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024