

sung PLEX, tại thời điểm theo dõi cuối cùng có 2 bệnh nhân có hồi phục tốt, 6 bệnh nhân còn lại hồi phục kém.¹⁰ Nghiên cứu của Noland và Greenberg về tính an toàn và hiệu quả của PLEX trong bệnh viêm tủy cắt ngang trên 19 trẻ cho thấy 79% trường hợp đã có sự cải thiện đáng kể về các triệu chứng sau một đợt PLEX từ 4 - 7 lần, 21% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn và hơn 75% bệnh nhân có khả năng tự đi lại kể từ lần theo dõi cuối cùng, tác giả kết luận PLEX là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em.³ Mười một bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị PLEX có tiên lượng hồi phục kém hơn có thể do tình trạng bệnh nhân nặng ngay từ thời điểm khởi phát, số lượng bệnh nhân được PLEX còn ít, đồng thời chúng tôi chỉ đánh giá tại thời điểm ra viện nên chưa kết luận được hiệu quả điều trị lâu dài của phương pháp này. Vì vậy, cần thiết có nghiên cứu dài hạn trong tương lai để đánh giá mức độ hồi phục của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Viêm tủy cắt ngang cấp ở trẻ em là một bệnh lý hiếm gặp, biểu hiện lâm sàng đa dạng của tình trạng thiếu hụt thần kinh do tổn thương tủy sống, các triệu chứng hay gặp trong giai đoạn cấp là liệt vận động, rối loạn cảm giác và rối loạn cơ tròn, suy hô hấp. Điều trị bằng liệu pháp miễn dịch cho thấy có sự cải thiện đáng kể về kết quả chung cũng như chức năng vận động và rối loạn cơ tròn cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scott TF, Frohman EM, De Seze J, Gronseth GS, Weinshenker BG. Therapeutics and technology assessment subcommittee of American Academy of Neurology. Evidence-based guideline: clinical evaluation and treatment of

transverse myelitis: report of the therapeutics and technology assessment subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2011;77(24): 2128-2134. doi:10.1212/WNL.0b013e31823dc535.

2. Transverse myelitis consortium working group. Proposed diagnostic criteria and nosology of acute transverse myelitis. *Neurology*. 2002;59(4):499-505. doi:10.1212/wnl.59.4.499.
3. Noland DK, Greenberg BM. Safety and efficacy of plasma exchange in pediatric transverse myelitis. *Neurol Clin Pract*. 2018;8(4):327-330. doi:10.1212/CPJ.0000000000000480.
4. Pidcock FS, Krishnan C, Crawford TO, Salorio CF, Trovato M, Kerr DA. Acute transverse myelitis in childhood: center-based analysis of 47 cases. *Neurology*. 2007;68(18): 1474-1480. doi:10.1212/01.wnl.0000260609.11357.6f.
5. Paine RS, Byers RK. Transverse myelopathy in childhood. *AMA Am J Dis Child*. 1953;85(2):151-163. doi:10.1001/archpedi.1953.02050070160004.
6. Updated DLP examination-Last. Muscle Power Assessment (MRC Scale) | Geeky Medics. May 31, 2019. Accessed July 16, 2022. <https://geekymedics.com/muscle-power-assessment-mrc-scale>.
7. Deiva K, Absoud M, Hemingway C, et al. Acute idiopathic transverse myelitis in children: early predictors of relapse and disability. *Neurology*. 2015;84(4): 341-349.doi:10.1212/WNL.0000000000001179.
8. Helfferich J, Bruijstens AL, Wong YYM, et al. Prognostic factors for relapse and outcome in pediatric acute transverse myelitis. *Brain and Development*. 2021;43(5):626-636. doi:10.1016/j.braindev.2020.12.019.
9. Thomas T, Branson HM, Verhey LH, et al. The demographic, clinical, and magnetic resonance imaging (MRI) features of transverse myelitis in Children. *J Child Neurol*. 2012; 27(1):11-21. doi: 10.1177/0883073811420495.
10. Gelin-Cohen E, Konen O, Nevo Y, et al. Prognostic parameters of acute transverse myelitis in children. *J Child Neurol*. 2020; 35(14): 999-1003. doi:10.1177/ 0883073820947512.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG – CÙNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hoàng Long^{1,2}, Bùi Minh Hoàng^{1,2}

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: longptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng-cùng bằng phẫu thuật lấy thoát vị nội soi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, theo dõi dọc trên nhóm bệnh nhân thoát vị đĩa đệm được phẫu thuật nội soi lấy thoát vị đĩa đệm năm 2023 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 49 bệnh nhân với tỷ lệ nam/nữ là 0,89/1. Tình trạng đau kiểu rễ giảm dần qua các thời điểm trước mổ, sau mổ 24 giờ và tại thời điểm theo dõi cuối với điểm VAS

trung bình lần lượt là $7,5 \pm 1,29$; $2,3 \pm 1,96$; $2,3 \pm 1,63$. Tại thời điểm theo dõi cuối (sau phẫu thuật ít nhất 3 tháng), đa số bệnh nhân không còn thấy đau hoặc chỉ còn đau ít (66,3%). 63,3% bệnh nhân không giảm hoặc giảm ít chức năng cột sống theo thang điểm ODI. Tỷ lệ gặp biến chứng sau mổ là 0%, tỷ lệ thoát vị đĩa đệm tái phát là 4,1%. Tại thời điểm theo dõi cuối, nhóm thoát vị có mảnh rời có điểm VAS thấp nhất $0,8 \pm 0,45$ ($p=0,01$) **Kết luận:** Điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng – cùng bằng phẫu thuật lấy thoát vị nội soi đạt kết quả thành công cao. Bệnh nhân sau phẫu thuật được cải thiện tình trạng đau kiểu rễ thần kinh và chức năng cột sống với tỷ lệ gặp biến chứng sau mổ và thoát vị đĩa đệm tái phát thấp.

Từ khóa: thoát vị đĩa đệm, cột sống thắt lưng - cùng, nội soi, kết quả phẫu thuật

SUMMARY

OUTCOMES OF ENDOSCOPIC DISCECTOMY FOR TREATMENT OF LUMBOSACRAL DISC HERNIATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Evaluate the outcome of endoscopic discectomy for treatment of lumbosacral disc herniation at Viet Duc hospital in 2023. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive study using retrospective data on patients with lumbosacral disc herniation who experienced endoscopic discectomy surgery in 2023 at Viet Duc Hospital. **Results:** The study was conducted on 49 patients with a male/female ratio of 0.89/1. Radicular pain immediately decreased 24 hours after surgery, and at the last follow-up with VAS score from 7.5 ± 1.29 to 2.3 ± 1.96 and 2.3 ± 1.63 , respectively. At the time of follow-up (at least 3 months after surgery), most patients no longer felt pain or only had mild pain (66.3%). 63.3% of patients had no or little decrease in function according to the ODI scale. The rate of complications is 0%, and the rate of recurrent disc herniation is 4.1%. At the last follow-up, the sequestered disc herniation group had the lowest VAS score ($p=0,001$). **Conclusion:** Treatment of lumbar-sacral disc herniation with endoscopic herniation surgery achieved highly successful results. After surgery, patients have improved nerve root pain and function with a low rate of postoperative complications and disc herniation recurrence.

Keywords: lumbosacral disc herniation, endoscopic discectomy, outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng-cùng (TVĐDCSTLC) chiếm tỷ lệ khá cao ở thời điểm hiện tại trên thế giới và Việt Nam. Tại Hoa Kỳ, cứ 1000 người trưởng thành sẽ có từ 5 đến 20 trường hợp bị thoát vị đĩa đệm, trong đó ước tính 1-3% là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng¹. Tại Việt Nam, chiếm đến 0,63% dân số và đang có xu hướng trẻ hóa, thường xảy ra ở lứa tuổi 35-55². Thoát vị đĩa đệm tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng đến sinh hoạt, lao động và chất lượng cuộc sống của người bệnh, thậm chí để lại di chứng tàn phế

nếu không điều trị đúng cách. Đa số các trường hợp thoát vị nhỏ có thể điều trị bảo tồn. Chỉ định phẫu thuật được đặt ra khi thoát vị đĩa đệm lớn gây chèn ép rễ thần kinh cấp tính hoặc không đáp ứng với điều trị nội khoa. Phẫu thuật mổ mở lấy thoát vị đĩa đệm cho kết quả tốt tuy nhiên việc mở cửa sổ xương lớn và lấy bỏ rộng rãi dây chằng vàng tiềm ẩn nguy cơ đau sau mổ do sẹo xơ ngoài màng cứng và mất vững cột sống. Phẫu thuật lấy đĩa đệm dưới nội soi được Kambin giới thiệu lần đầu vào năm 1988³. Với ưu điểm đường mổ nhỏ, ít tàn phá tổ chức, phẫu thuật nội soi lấy thoát vị ngày càng thể hiện tính ưu việt và cho kết quả điều trị tốt.

Tại bệnh viện Việt Đức, phẫu thuật mổ nội soi lấy thoát vị đã được triển khai từ năm 2008⁴. Sau 15 năm triển khai, các phẫu thuật viên ngày càng làm chủ kỹ thuật và cho kết quả điều trị tốt. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng - cùng bằng phẫu thuật lấy thoát vị nội soi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng đã được phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm nội soi năm 2023 tại Khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Phẫu thuật nội soi lấy thoát vị đĩa đệm một tầng
- + BN được theo dõi sau mổ ít nhất 03 tháng
- Tiêu chuẩn loại trừ:
- + BN phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm tái phát
- + BN có tiền sử phẫu thuật làm thay đổi giải phẫu vùng cần can thiệp
- + BN có bệnh lý thần kinh trung ương hoặc ngoại biên ảnh hưởng đến chức năng vận động, cảm giác chi dưới

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp theo dõi dọc. Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Phương pháp đánh giá kết quả. Đánh giá mức độ giảm đau qua thang điểm VAS; Đánh giá mức độ giảm chức năng cột sống theo thang điểm Oswestry (ODI).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu được thực hiện trên 49 người bệnh, tỷ lệ nam/nữ là 0,89/1, tuổi trung bình là $47,69 \pm 11,91$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 40 – 59 tuổi chiếm 51%. Thể trạng bình thường (BMI từ $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$) chiếm 59,2%.

3.2. Kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng – cùng bằng phẫu thuật lấy thoát vị nội soi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Vị trí thoát vị được phẫu thuật ở tầng L5-S1 chiếm tỷ lệ cao nhất 49% (bảng 3.1). Trong các hình thái thoát vị theo phân loại của Spengler, thoát vị thực sự thực sự chiếm tỷ lệ cao nhất 59,2%, thấp nhất là thoát vị mảnh rời với tỷ lệ 10,2% (bảng 3.2)

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo vị trí thoát vị đĩa đệm (n=49)

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
L3-L4	2	4,1
L4-L5	23	46,9
L5-S1	24	49

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo vị trí thoát vị đĩa đệm (n=49)

Hình thái	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thoát vị dưới bao	15	30,6
Thoát vị thực sự	29	59,2
Thoát vị mảnh rời	5	10,2

Thời gian mổ trung bình là $67,3 \pm 24,63$ phút, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $1,2 \pm 0,89$ ngày. Sau mổ, triệu chứng đau kiểu rề đo bằng thang điểm VAS cải thiện có ý nghĩa thống kê. Tại thời điểm trước mổ, mức độ đau dữ dội chiếm tỷ lệ cao nhất (57,1%). Tại thời điểm sau mổ 24 giờ và tại thời điểm theo dõi cuối, tỷ lệ bệnh nhân còn đau nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (51% và 57,1%) (Bảng 3.4).

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thang điểm VAS đau kiểu rề trước mổ, sau mổ 24 giờ và tại thời điểm theo dõi cuối (n=49)

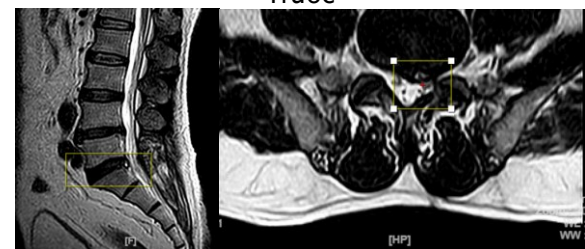
Thời điểm	Trước mổ		Sau mổ 24 giờ		Tại thời điểm theo dõi cuối	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
VAS Chân						
Không đau (VAS 0)	0	0	5	10,2	4	8,2
Đau nhẹ (VAS 1-2)	0	0	25	51	28	57,1
Đau vừa phải (VAS 3-4)	1	2,0	14	28,6	9	18,4
Đau nhiều (VAS 5-6)	9	18,4	4	8,2	6	12,2
Đau dữ dội (VAS 7-8)	28	57,1	1	2	2	4,1
Đau khủng khiếp (VAS 9-10)	11	22,4	0	0	0	0
Mean $\pm$ SD	7,51 $\pm$ 1,29	2,29 $\pm$ 1,96	2,27 $\pm$ 1,63			

Không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng sau mổ. Hai bệnh nhân sau mổ xuất hiện tê bì theo chi phối của rễ thần kinh. Triệu chứng này mang tính chất tạm thời và cải thiện sau mổ khoảng 1 tuần.

Về thoát vị tái phát chúng tôi ghi nhận 01 trường hợp thoát vị đĩa đệm tái phát phải can thiệp phẫu thuật lại, chiếm 2,04% (Hình 1)



Trước



Sau

Hình 1. Hình ảnh MRI trước và sau mổ 8 tháng của bệnh nhân C.L.T

Chức năng cột sống đánh giá theo thang điểm Oswestry tại thời điểm theo dõi cuối cho thấy phần lớn bệnh nhân không giảm hoặc giảm chức năng ít (63,3%) (Bảng 3.7).

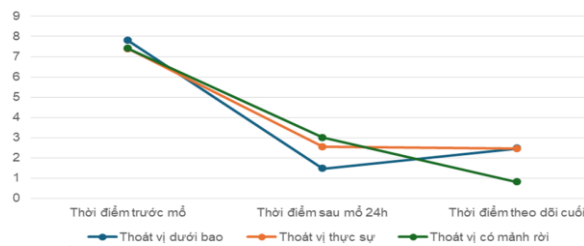
Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo mức độ giảm chức năng cột sống theo thang điểm Oswestry (ODI) (n=49)

Mức độ giảm chức năng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không giảm/giảm chức năng ít (0-20)	31	63,3
Giảm chức năng vừa (21-40)	12	24,5
Giảm chức năng nhiều (41-60)	4	8,2
Giảm chức năng rất nhiều (61-80)	2	4,1
Mất hoàn toàn chức năng (81-100)	0	0

So sánh điểm VAS tại các thời điểm trước mổ, sau mổ giữa các nhóm hình thái thoát vị cho thấy: Tại thời điểm theo dõi cuối, nhóm thoát vị có mảnh rời có điểm VAS thấp nhất $0,80 \pm 0,447$ và kết quả này có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$) (Bảng 3,8; Biểu đồ 3.1)

Bảng 3.6. So sánh điểm VAS trung bình tại các thời điểm trước mổ và sau mổ giữa các nhóm hình thái thoát vị (n=49)

	Mean $\pm$ SD		
	VAS trung bình tại thời điểm trước mổ	VAS trung bình tại thời điểm sau mổ 24h	VAS trung bình tại thời điểm theo dõi cuối
Thoát vị dưới bao	7,80 $\pm$ 1,146	1,47 $\pm$ 1,552	2,47 $\pm$ 1,807
Thoát vị thực sự	7,38 $\pm$ 1,347	2,55 $\pm$ 1,617	2,45 $\pm$ 2,114
Thoát vị có mảnh rời	7,40 $\pm$ 1,517	3,00 $\pm$ 1,225	0,80 $\pm$ 0,447
Levene's test	0,813	0,590	0,037
Welch's test	0,578	0,078	0,001
F-test	0,590	0,060	0,204

**Biểu đồ 3.1. So sánh điểm VAS trung bình tại thời điểm trước mổ, sau mổ 24 giờ, tại thời điểm theo dõi cuối giữa các nhóm hình thái thoát vị (n=49)**

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi lấy thoát vị đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu trên thế giới về hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm. Sau hơn 15 năm triển khai tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Với 49 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ là 0,89/1, cho thấy sự phân bố tương đối đồng đều giữa hai giới. Đặc biệt, nhóm tuổi từ 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (51%), điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó cho thấy thoát vị đĩa đệm thường gặp ở độ tuổi trung niên.

Đau kiểu rễ trong thoát vị đĩa đệm xuất phát từ xung đột đĩa - rễ tại vị trí khối thoát vị. Về sinh lý bệnh, xung đột này gây đau do hai cơ chế. Cơ chế thứ nhất là cơ chế hoá học do phản ứng viêm gây ra sự tích tụ các chất hoá học trung gian kích thích vào rễ thần kinh. Cơ chế thứ hai là cơ chế vật lý, do khối thoát vị lớn chèn ép, làm căng rễ thần kinh, dẫn tới tình trạng thiếu máu, thiếu oxy của rễ thần kinh⁵. Phẫu thuật nội soi lấy thoát vị giải quyết được cả hai cơ chế này nhờ lấy bỏ khối thoát vị và rửa trôi các yếu tố viêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hiệu quả giảm đau kiểu rễ thần kinh thấy được ngay sau mổ và duy trì đến thời điểm theo dõi cuối.

Hiệu quả giảm đau kiểu rễ ở các nhóm hình thái thoát vị tốt nhất ở thoát vị có mảnh rời và xấu nhất ở nhóm thoát vị dưới bao, thể hiện qua điểm VAS ở thời điểm theo dõi cuối ($p=0,001$). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây. Trong một nghiên cứu đánh giá kết

quả phẫu thuật mổ mở lấy thoát vị đĩa đệm, tác giả Carragee báo cáo rằng nhóm thoát vị đĩa đệm dưới bao cho kết quả xấu nhất và nhóm thoát vị đĩa đệm có mảnh rời cho kết quả tốt nhất về phương diện giảm đau kiểu rễ⁶. Tác giả Chen tiến hành các phân tích đa biến và đơn biến thấy rằng thoát vị dưới bao là một trong các yếu tố ảnh hưởng xấu đến kết quả của phẫu thuật nội soi lấy thoát vị⁷.

Chúng tôi đồng tình với giả thuyết của tác giả Chen rằng các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm dưới bao thường có thời gian chịu đựng triệu chứng đau trước mổ dài hơn hai nhóm còn lại, dẫn tới kết quả điều trị kém hơn các nhóm còn lại. Mặt khác, về kinh nghiệm trong mổ với các hình thái thoát vị, chúng tôi thấy rằng thoát vị có mảnh rời thường dễ lấy bỏ mà không cần cắt qua lớp vòng xơ và chỉ cần lấy bỏ phần mảnh rời là đủ để giải phóng chèn ép thần kinh. Đối với thoát vị dưới bao thì ngược lại, để lấy bỏ phần thoát vị cần phải mở rộng cửa sổ qua lớp vòng xơ, phần thoát vị còn liên tục với phần nhân nhày lành nên khó lấy triệt để, đôi khi phải lấy bỏ cả phần nhân nhày trong lòng đĩa để tránh nguy cơ tái phát. Lấy triệt để thì mất chức năng đĩa đệm, kéo dài thời gian mổ, vén rễ thần kinh nhiều. Lấy không triệt để thì nguy cơ tái phát, do phần đĩa đệm còn lại dễ dàng thoát qua cửa sổ vòng xơ đã mở rộng.

Bên cạnh đó, đánh giá chức năng cột sống theo thang điểm Oswestry tại thời điểm theo dõi cuối cho thấy 63,3% bệnh nhân không giảm hoặc chỉ giảm chức năng ít. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân vẫn duy trì được khả năng vận động tốt sau phẫu thuật, mặc dù vậy vẫn cần có những biện pháp phục hồi chức năng sau mổ để đảm bảo phục hồi toàn diện. Phẫu thuật nội soi với ưu điểm đường mổ nhỏ, cửa sổ xương và dây chằng vàng cần thiết để lấy bỏ thoát vị cũng nhỏ, giúp duy trì chức năng của các cấu trúc này sau phẫu thuật. Dây chằng vàng không phải cắt bỏ toàn bộ như phẫu thuật mở cũng hạn chế được đau kiểu rễ do sẹo xơ

gây dính thần kinh sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân xuất hiện tê bì chân và yếu chân tạm thời sau mổ, tuy nhiên không để lại di chứng và phục hồi hoàn toàn ở lần theo dõi cuối. Tình trạng tổn thương thần kinh tạm thời thường xảy ra ở các trường hợp thoát vị lớn, đòi hỏi vén rễ thần kinh nhiều trong mổ hoặc các ca mổ kéo dài với áp lực nước tưới rửa lớn. Chúng tôi không ghi nhận bệnh nhân nào có biến chứng chảy máu, rách màng cứng trong mổ. Trong phẫu thuật nội soi lấy thoát vị, tỷ lệ nhiễm trùng rất thấp nhờ sự tưới rửa liên tục để duy trì phẫu trường.

Tỷ lệ tái phát thoát vị đĩa đệm trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,04%, cho thấy phẫu thuật nội soi có khả năng kiểm soát tình trạng tái phát tương đối tốt. Đặc điểm cộng hưởng từ của trường hợp thoát vị tái phát này là thoát vị dưới bao, phân độ thoái hoá đĩa theo Pfirrmann độ V. Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp Yin và cs báo cáo tỷ lệ thoát vị đĩa đệm sau phẫu thuật nội soi lấy thoát vị là 3,6%⁸

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm nội soi là một phương pháp hiệu quả trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, với khả năng giảm đau và cải thiện chức năng cho bệnh nhân. Tuy nhiên, cần tiếp tục theo dõi và đánh giá lâu dài để có cái nhìn toàn diện hơn về hiệu quả và an toàn của phương pháp này. Hơn nữa, việc kết hợp với các phương

pháp phục hồi chức năng sẽ góp phần nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fjeld OR, Grøvre L, Helgeland J, et al. Complications, reoperations, readmissions, and length of hospital stay in 34 639 surgical cases of lumbar disc herniation. *Bone Jt J.* 2019;101-B(4):470-477. doi:10.1302/0301-620X.101B4.BJJ-2018-1184.R1
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan. Tỷ lệ thoát vị đĩa đệm tại cộng đồng và các thể thoát vị đĩa đệm trên phim cộng hưởng từ. Published online 2011.
3. Kambin P, Nixon JE, Chait A, Schaffer JL. Annular protrusion: pathophysiology and roentgenographic appearance. *Spine.* 1988;13(6): 671-675.
4. Đinh Ngọc Sơn. Nghiên Cứu Ứng Dụng Phương Pháp Phẫu Thuật Nội Soi qua Lỗ Liên Hợp Trong Thoát vị Đĩa Đệm Cột Sống Thắt Lưng. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2013.
5. Rothman RH, Simeone F. *The Spine.* 3rd ed. Saunders Elsevier; 1992.
6. Carragee EJ, Han MY, Suen PW, Kim D. Clinical outcomes after lumbar discectomy for sciatica: the effects of fragment type and annular competence. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85(1): 102-108.
7. Chen CM, Sun LW, Tseng C, Chen YC, Wang GC. Surgical outcomes of full endoscopic spinal surgery for lumbar disc herniation over a 10-year period: A retrospective study. *PloS One.* 2020; 15(11): e0241494. doi:10.1371/journal.pone.0241494
8. Yin S, Du H, Yang W, Duan C, Feng C, Tao H. Prevalence of Recurrent Herniation Following Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy: A Meta-Analysis. *Pain Physician.* 2018;21(4):337-350.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG TUY TỰ PHÁT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị máu tụ ngoài màng cứng tuy tự phát tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu chùm ca bệnh trên đối tượng là các bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ ngoài màng cứng tuy tự phát được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 03/2022 đến

Nguyễn Hoàng Long^{1,2}, Bùi Minh Hoàng^{1,2}

tháng 03/2024. **Kết quả:** 14 bệnh nhân với tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1; tuổi trung bình là 47,1 tuổi, dao động từ 15 đến 88. Ba bệnh nhân (chiếm 14,3%) có tình trạng rối loạn đông máu tại thời điểm nhập viện, trong số đó có một bệnh nhân (chiếm 7,1%) do sử dụng thuốc chống đông. 13 bệnh nhân (92,9%) có triệu chứng đau tại cột sống. Tất cả các bệnh nhân đều có tổn thương thần kinh, 06 bệnh nhân liệt hoàn toàn (AIS A) và 08 bệnh nhân liệt không hoàn toàn (AIS B/C). Vị trí máu tụ xảy ra phần lớn ở cột sống ngực (50%) và nằm phía sau của tuy (71,4%). Về kích thước khối máu tụ, chiều dài trung bình là 62,0 ± 39,2mm, chiều rộng trung bình là 13,2 ± 16,0mm. 13 trường hợp (92,9%) được phẫu thuật giải ép lấy máu tụ, một trường hợp điều trị bảo tồn (7,1%). Trong số điều trị phẫu thuật, 84,6% có cải thiện chức năng thần kinh. Về tỷ lệ biến chứng, một trường hợp (7,7%) xảy ra nhiễm trùng nông, một trường hợp tử

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: longptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025