

mức độ VNMM tương tự giữa hai kỹ thuật. Điều này có thể được lý giải bởi nhiều yếu tố khác như đặc điểm khối u, chất lượng lập kế hoạch điều trị, và việc chăm sóc hỗ trợ. Tương tự, nghiên cứu cũng không ghi nhận sự khác biệt đáng kể về VNMM giữa nhóm bệnh nhân điều trị bằng xạ trị đơn thuần và nhóm điều trị hóa xạ đồng thời. Tuy nhiên, nhóm hóa xạ đồng thời có xu hướng bị VNMM nặng hơn, do tác động cộng hưởng của hóa trị và xạ trị lên niêm mạc, làm tăng tổn thương tế bào và giảm khả năng phục hồi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân xuất hiện VNMM trong quá trình xạ trị, với phần lớn khởi phát vào tuần thứ 2. Tỷ lệ VNMM tăng dần theo thời gian, đạt đỉnh vào tuần thứ 4, trong đó mức độ nặng nhất là độ 3. Sau khi kết thúc xạ trị, tỷ lệ VNMM giảm còn 45,2%. Kết quả cũng chỉ ra rằng thói quen hút thuốc lá lâu năm và vệ sinh răng miệng kém có mối liên quan đáng kể đến mức độ nghiêm trọng của VNMM. Đặc biệt, bệnh nhân ung thư hốc miệng có mức độ VNMM nặng hơn so với các vị trí ung thư khác. Ngoài ra, không ghi nhận mối liên quan giữa mức độ VNMM với giới tính, tuổi tác, uống rượu, giai đoạn bệnh, hoặc các yếu tố điều trị khác trong quá trình xạ trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Maria OM, Eliopoulos N, Muanza T.** Radiation-Induced Oral Mucositis. *Front Oncol.* 2017;7. doi:10.3389/fonc.2017.00089
2. **Loan NT, Dũng NQ, Quang BV, Quyền TC, Huế**

3. **BTK, Năm TT.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ung thư đầu cổ điều trị xạ trị tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2021. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2022; 153(5): 145-154. doi:10.52852/tcncyh.v153i5.851
4. **Hoàng LD, Hà TAH, Phở PTK, Hồng NTK.** Đánh giá độc tính viêm niêm mạc miệng do xạ trị ngoài ung thư vòm hầu. *J 108 - Clin Med Phamarcy.* Published online May 5, 2023. doi:10.52389/ydls.v18i0.1790
5. **Luân PT, Công NT, Hoạt PV, et al.** Đánh giá kết quả của phác đồ xạ trị kết hợp cetuximab trong điều trị triệt để ung thư biểu mô tế bào gai vùng đầu cổ giai đoạn III-IVB. *J 108 - Clin Med Phamarcy.* Published online May 5, 2023. doi:10.52389/ydls.v18i0.1771
6. **Phượng NM, Trung NQ.** Nghiên cứu viêm niêm mạc miệng trong và sau hóa xạ trị ung thư biểu mô vùng đầu cổ. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023; 531(1B). doi:10.51298/vmj.v531i1B.7066
7. **Palmieri M, Sarmento DJS, Falcão AP, et al.** Frequency and Evolution of Acute Oral Complications in Patients Undergoing Radiochemotherapy Treatment for Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Ear Nose Throat J.* 2021;100(5 suppl):449S-455S. doi:10.1177/0145561319879245
8. **Minhas S, Sajjad A, Chaudhry RM, Zahid H, Shahid A, Kashif M.** Assessment and prevalence of concomitant chemo-radiotherapy-induced oral mucositis in patients with oral squamous cell carcinoma. *Turk J Med Sci.* 2021;51(2):675-684. doi:10.3906/sag-2007-131
9. **Dewi TS, Lefaan YF, Susilawati S, Kusumadjati A, Arief EM.** Correlation analysis between risk factors and mucositis oral in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Padjadjaran J Dent.* 2022;34(2):95-102. doi:10.24198/pjd.vol34no2.39165

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẸP ỚNG SỐNG THẮT LƯNG L4L5 BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI GIẢI ÉP TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng^{1,2}, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị hẹp ống sống thắt lưng L4L5 bằng phẫu thuật nội soi giải ép. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc, tiến cứu trên 40 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng L4L5 được phẫu thuật nội soi giải ép tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian 01/2022 đến 1/2025. **Kết quả:** Trong 40 bệnh nhân nghiên cứu, tỉ

lệ nam/nữ là 1,2/1, độ tuổi trung bình là 41,3 ± 8,3. Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau cột sống thắt lưng lan xuống hai chân và triệu chứng đau cách hồi thần kinh chiếm 82,5%. Trên MRI hầu hết các bệnh nhân hẹp ống sống do thoát vị đĩa đệm trung tâm chiếm 77,5%. Đặc điểm phẫu thuật gồm có: thời gian phẫu thuật 91,2 ± 34,2 phút, thời nằm viện 1,8 ± 0,2 ngày. Biến chứng trong mổ chỉ có 1 bệnh nhân bị rách màng cứng. Cả điểm VAS và ODI sau mổ đều cải thiện đáng kể so với trước mổ. **Kết luận:** Phương pháp nội soi giải ép hẹp ống sống thắt lưng là phương pháp can thiệp ít xâm lấn tương đối an toàn, ít biến chứng và mang lại hiệu quả rất tốt.

Từ khóa: thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, đau thắt lưng mạn tính, nội soi giải ép

SUMMARY

EVALUATION OF OUTCOMES OF ENDOSCOPIC

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

DECOMPRESSION SURGERY FOR LUMBAR SPINAL AT L4L5 AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of endoscopic decompression surgery for lumbar spinal stenosis at the L4-L5 level. **Methods:** This was a prospective, longitudinal, descriptive study conducted on 40 patients with L4-L5 lumbar spinal stenosis who underwent endoscopic decompression surgery at Viet Duc Friendship Hospital from January 2022 to January 2025. **Results:** Among the 40 patients in the study, the male/female ratio was 1.2/1, and the average age was 41.3 ± 8.3 years. All patients presented with lower back pain radiating to both legs, and neurogenic claudication was present in 82.5%. On MRI, central disc herniation was the most common cause of spinal stenosis, accounting for 77.5% of cases. Surgical characteristics included: an average operative time of 91.2 ± 34.2 minutes and an average hospital stay of 1.8 ± 0.2 days. Intraoperative complications included one case of dural tear. Both VAS and ODI scores showed significant improvement postoperatively compared to preoperative values. **Conclusion:** Endoscopic decompression for lumbar spinal stenosis is a minimally invasive intervention that is relatively safe, with few complications and provides very good results. **Keywords:** lumbar disc herniation, chronic low back pain, endoscopic decompression surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp ống sống thắt lưng là bệnh liên quan đến thoái hoá cột sống thắt lưng có thể gồm thoát vị đĩa đệm hoặc không, biểu hiện của bệnh thường là đau cột sống thắt lưng dai dẳng, đau cách hồi thần kinh. Ước tính có khoảng 11% người lớn tuổi ở Hoa Kỳ bị hẹp ống sống thắt lưng có triệu chứng, trong khi hơn 20% người lớn trên 60 tuổi có bằng chứng hẹp ống sống nhưng không cần điều trị [1]. Hẹp ống sống thắt lưng thường được coi là một nguyên nhân chính gây đau lưng và suy giảm chức năng do hẹp ống sống bao gồm khó khăn trong việc đi lại, sinh hoạt, thậm chí là liệt chi dưới. Mặc dù hẹp ống sống thắt lưng ban đầu có thể được điều trị bằng cách thay đổi lối sống, thuốc chống viêm không steroid, vật lý trị liệu và tiêm ngoài màng cứng, nhưng các chiến lược điều trị bảo tồn này thường bị hạn chế và không mang lại hiệu quả giảm đau và cải thiện chức năng đầy đủ trong các trường hợp nặng. Theo truyền thống, phẫu thuật mở giải ép đã là tiêu chuẩn vàng để điều trị hẹp ống sống thắt lưng [3]. Tuy nhiên, những tiến bộ gần đây với phẫu thuật nội soi điều trị hẹp ống sống thắt lưng đã mang lại những kết quả đáng kể, bệnh nhân hồi phục nhanh hơn và đỡ đau nhanh chóng. Tuy nhiên phương pháp phẫu thuật này vẫn còn khá mới mẻ ở nước ta và chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này.

Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Kết quả điều trị đau thắt lưng mạn tính do thoái hoá đĩa đệm bằng phương pháp đốt nhiệt nội đĩa tại Bệnh viện Việt Đức".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 40 bệnh nhân hẹp ống sống thắt lưng L4L5 được phẫu thuật nội soi giải ép tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian 01/2022 đến 1/2025

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc, tiền cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống thắt lưng L4L5 được phẫu thuật nội soi giải ép trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân có biểu hiện: đau cách hồi thần kinh, đau lưng lan xuống hai chân, hẹp ống sống mức độ nhẹ-vừa trên MRI, điều trị nội khoa không đỡ sau 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hẹp ống sống thắt lưng nhiều, mất vững cột sống, hội chứng đuôi ngựa. Đau lưng do các nguyên nhân khác không phải thoái hoá: viêm đĩa đệm, lao,...

Các tham số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm chung (tuổi, giới), khảo sát lâm sàng (triệu chứng lâm sàng, thang điểm VAS, ODI), khảo sát cận lâm sàng trên cộng hưởng từ (vị trí thoát vị đĩa đệm theo lát cắt ngang và dọc), đặc điểm phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện), biến chứng trong mổ, biến chứng sau mổ, cải thiện lâm sàng sau mổ (VAS, ODI, MacNab).

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 chung

- **Tuổi:** Tuổi trung bình: $41,3 \pm 8,3$

- **Giới:** Tỉ lệ nam/nữ: 1,2:1

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.1. Phân bố triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ %
Đau cột sống thắt lưng	40	100%
Đau lưng lan xuống hai chân	40	100%
Giảm hoặc mất cảm giác theo rễ thần kinh chi phối	19	47,5%

Rối loạn phản xạ gân xương: bánh chè, gót	2	5%
Rối loạn vận động theo rễ thần kinh chi phối	5	12,5%
Dấu hiệu đau cách hồi thần kinh	33	82,5%
Điểm VAS chân trung bình	7,2 ± 2,6	
Điểm VAS lưng trung bình	6,1 ± 2,2	

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân có dấu hiệu đau cột sống thắt lưng lan xuống hai chân (100%), triệu chứng đau cách hồi thần kinh chiếm 82,5%.

3.2.2. Đặc điểm trên cộng hưởng từ

Bảng 3.2. Đặc điểm hẹp ống sống thắt lưng trên MRI

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Hẹp ống sống trung tâm do thoát vị đĩa đệm	31	77,5%
Hẹp ngách bên do phì đại diện khớp	8	20%
Hẹp ống sống do nguyên nhân khác	1	2,5%
Tổng số	40	100%

Nhận xét: Hẹp ống sống do thoát vị đĩa đệm trung tâm hay gặp nhất với 77,5%.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật

3.3.1. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.3. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	N=40
Thời gian phẫu thuật (phút)	91,2 ± 34,2
Số ngày nằm viện (ngày)	1,8 ± 0,2

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian phẫu thuật trung bình 91,2 ± 34,2 phút, thời gian nằm viện trung bình 1,8 ± 0,2 ngày.

3.3.2. Biến chứng phẫu thuật

Bảng 3.4. Tỉ lệ biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	Tỉ lệ	
	n	%
Tổn thương thần kinh	0	0%
Rách màng cứng	1	2,5%
Mổ lại	0	0%
Biến chứng khác	0	0%

Nhận xét: Tỉ lệ biến chứng của các bệnh nhân sau can thiệp không cao và chỉ có 1 trường hợp rách màng cứng phải chuyển mổ mở chiếm 2,5%.

3.4. Kết quả phẫu thuật

3.4.1. Sự thay đổi điểm VAS lưng trước và sau mổ

Bảng 3.5. Bảng VAS trước và sau mổ

Thang điểm VAS	Trước mổ TB± ĐLC	Ngay sau can thiệp TB± ĐLC	Tái khám TB± ĐLC	P(Kruskal Wallis)

				test)
VAS chân	7,2 ± 2,6	3,2 ± 1,1	2,1 ± 1,2	0,0001
VAS lưng	6,1 ± 2,2	3,3 ± 1,4	2,0 ± 1,2	0,0001

Nhận xét: Sau mổ chỉ số VAS lưng và chân của bệnh nhân đã giảm đáng kể so với trước mổ với độ tin cậy > 99,9%.

3.4.2. Sự thay đổi ODI trước và sau mổ

Bảng 3.6. Bảng ODI trước và sau phẫu thuật

Thang điểm ODI	Trước mổ TB± ĐLC	Tái khám TB± ĐLC	P (Kruskal Wallis test)
Điểm ODI	56 ± 7,2	20,2 ± 6,2	0,0001

Nhận xét: Sau mổ chỉ số ODI của BN đã giảm đáng kể so với trước mổ với độ tin cậy >99,9%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 40 bệnh nhân điều trị hẹp ống sống thắt lưng bằng phương pháp nội soi giải ép với thời gian phẫu thuật trung bình 91,2 ± 34,2 phút, thời gian nằm viện trung bình 1,8 ± 0,2 ngày, chỉ có 1 bệnh nhân có biến chứng rách màng cứng phải chuyển mổ mở, điểm VAS và ODI đều cải thiện đáng kể sau phẫu thuật với p<0,001.

Phẫu thuật nội soi giải ép là một phẫu thuật xâm lấn tối thiểu để điều trị hiệu quả hẹp ống sống thắt lưng với ưu điểm là giảm tổn thương phần mềm, phục hồi nhanh hơn và thời gian trở lại hoạt động thường ngày nhanh hơn [3]. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có sự cải thiện đáng kể về cả chỉ số ODI và VAS, điều này đã được chỉ ra trong các nghiên cứu trước đây [4] [5]. Hiện nay giải ép qua nội soi có thể thực hiện nhiều phương pháp như cắt bỏ cung sau, cắt khớp, dây chằng vàng, sẹo xơ dính,...

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân bị rách màng cứng phải chuyển mổ mở để phẫu thuật vá màng cứng. Trong nghiên cứu của Dharam và cộng sự trên 139 bệnh nhân cũng có 3 bệnh nhân bị rách màng cứng nhỏ dưới 0,5cm và được xử lý ngay lập tức bằng keo sinh học và theo dõi sau mổ không có bệnh nhân nào bị rò dịch não tủy [6]. Để hạn chế biến chứng này, các phẫu thuật viên không nên lạm dụng mũi khoan phá nhiều mà khi đến gần dây chằng vàng cần phải dùng mũi mài kim cương.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp nội soi giải ép hẹp ống sống thắt lưng là phương pháp can thiệp ít xâm lấn tương đối an toàn, ít biến chứng và mang lại hiệu quả rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J.N. Katz, Z.E. Zimmerman, H. Mass, M.C. Makhni. Diagnosis and management of lumbar spinal stenosis: a review. JAMA, 327 (2022), pp. 1688-1699, 10.1001/jama.2022.5921
2. A.R. Gatam, L. Gatam, Mahadhipta H. Phedy, Aprilya D. Ajiantoro. Full endoscopic lumbar stenosis decompression: a future gold standard in managing degenerative lumbar canal stenosis. Internet J Spine Surg, 16 (2022), pp. 821-830, 10.14444/8338
3. R.J. Perez-Roman, W. Gaztanaga, V.M. Lu, M.Y. Wang. Endoscopic decompression for the treatment of lumbar spinal stenosis: an updated systemic review and meta-analysis. J Neurosurg Spine, 36 (2022), pp. 549-557, 10.3171/2021.8.SPINE21890
4. C.H. Lee, M. Choi, D.S. Ryu, et al. Efficacy and safety of full-endoscopic decompression via interlaminar approach for central or lateral recess spinal stenosis of the lumbar spine: a meta-analysis [published correction appears in Spine (Phila Pa 1976). 2019;44(4):E258]. Spine (Phila Pa 1976), vol. 43 (2018), pp. 1756-1764, 10.1097/BRS.0000000000002708
5. X.B. Zhao, H.J. Ma, B. Geng, H.G. Zhou, Y.Y. Xia. Percutaneous endoscopic unilateral laminotomy and bilateral decompression for lumbar spinal stenosis. Orthop Surg, 13 (2021), pp. 641-650, 10.1111/os.12925
6. Dharam Persaud-Sharma, Chamara Gunaratne et al. Efficacy of endoscopic decompression surgery for treatment of lumbar spinal stenosis. Interventional Pain Medicine Volume 3, Issue 1, March 2024, 100391

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG RĂNG NANH TRƯỚC ĐIỀU TRỊ DI XA BẰNG LOOP TRÊN PHIM CBCT Ở NGƯỜI BỆNH CHỈNH NHA CÓ NHỔ RĂNG

Võ Thị Thúy Hồng¹, Trần Thị Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng nanh (R3) trước điều trị di xa bằng Loop trên người bệnh chỉnh nha có nhổ răng trên phim CBCT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 32 răng nanh đã đóng chóp. **Kết quả nghiên cứu:** Đặc điểm lâm sàng: răng nanh xoay trục 37,50%, 20 răng nanh không xoay trục 62,50%, 18,75% răng nghiêng gần, 81,25 % răng thẳng trục theo chiều gần xa, răng trục nghiêng trong 56,25%, răng trục nghiêng ngoài 28,13% và răng thẳng trục 15,62%. Đặc điểm cận lâm sàng trên phim CBCT: hàm trên, bề dày xương ổ răng tại vị trí mào xương ổ răng là lớn nhất: $1,3 \pm 0,40\text{mm}$, chóp chân răng sát bản xương ngoài: $0,82 \pm 0,43\text{mm}$. Hàm dưới, bề dày xương ổ răng tại vị trí chóp chân răng là lớn nhất: $1,14 \pm 0,24$. **Kết luận:** Các răng nanh có chỉ định nhổ răng và di xa phần lớn có trục thẳng trên lâm sàng nhưng lại nghiêng trong hoặc nghiêng ngoài trên phim CBCT. Răng nanh hàm trên bề dày xương ổ răng lớn nhất ở mào xương ổ răng, chóp chân răng sát với bản ngoài xương. Răng nanh hàm dưới bề dày xương ổ răng ở phần chóp là lớn nhất. **Từ khóa:** Di xa răng nanh, loop, chỉnh nha có nhổ răng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL FEATURES OF CANINES BEFORE RETRACTION USING A

LOOP IN CBCT IMAGING IN ORTHODONTIC PATIENTS WITH TOOTH EXTRACTION

Objectives: To describe the clinical and paraclinical features of canines (R3) before retraction using a Loop in orthodontic patients with tooth extraction, based on CBCT imaging. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 32 fully developed canines. **Results:** Clinical features: 37.50% of canines exhibited axial rotation, while 62.50% (20 canines) did not; 18.75% were mesially inclined, and 81.25% were upright in the mesiodistal direction, 56.25% of canines were inclined lingually, 28.13% were inclined buccally, and 15.62% were upright. Paraclinical features on CBCT images: in the maxilla, the alveolar bone thickness was greatest at the alveolar crest ($1.3 \pm 0.40\text{ mm}$), while the root apex was close to the buccal cortical plate ($0.82 \pm 0.43\text{ mm}$). In the mandible, the alveolar bone thickness was greatest at the root apex ($1.14 \pm 0.24\text{ mm}$). **Conclusion:** Canines indicated for extraction and retraction are mostly upright clinically but appear either lingually or buccally inclined on CBCT images. In the maxillary canines, the alveolar bone is thickest at the alveolar crest, with the root apex close to the buccal cortical plate. In the mandibular canines, the alveolar bone is thickest at the root apex. **Keywords:** canines retraction, loop, extraction orthodontics treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di xa răng nanh là một kỹ thuật được thực hiện phổ biến trong chỉnh nha ở các trường hợp nhổ răng cối nhỏ để tạo khoảng sắp đều hoặc kéo lui răng điều trị hô hàm trên do răng, góp phần cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt. Trong di chuyển răng nanh, việc kiểm soát răng trong ba chiều không gian luôn là mục tiêu mà các bác sĩ

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thúy Hồng

Email: vothuyhong71@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025