

nguyên cứu lâm sàng (1–2%) nhưng thấp hơn so với nghiên cứu trên thi thể (6–10%)⁷. Đáng chú ý, cả hai trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều thuộc dạng hẹp nhất gần, tương đồng với các báo cáo quốc tế. Về hẹp khúc nối bể thận – niệu quản bẩm sinh, chúng tôi ghi nhận 2 ca (1,96%) đều ở nữ, cao hơn tỷ lệ chung 0,1%. Điều này có thể liên quan đến quy mô mẫu nhỏ hoặc sự khác biệt về điều kiện phát hiện và điều trị ở Việt Nam. Không có trường hợp nào của niệu quản lạc chỗ hay hẹp đoạn nối niệu quản – bàng quang, phù hợp với tần suất rất thấp của những dị dạng này trong dân số chung.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy vị trí xuất phát và tận cùng của niệu quản trên CLVT chủ yếu tập trung quanh mức L2–L3 và S4–S5, phù hợp với đặc điểm giải phẫu đã được ghi nhận trong y văn quốc tế, đồng thời không có sự khác biệt đáng kể giữa hai bên hay theo giới. Tỷ lệ phát hiện dị dạng niệu quản trong nghiên cứu là 5,9%, gồm niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới type I, niệu quản đôi không hoàn toàn và hẹp khúc nối bể thận – niệu quản bẩm sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elkoushy M, Andonian S.** Campbell-Walsh Urology: Surgical, Radiographic, and Endoscopic Anatomy of the Kidney and Ureter. 2015:967-977.
2. **Houat AP, Guimarães CTS, Takahashi MS, et al.** Congenital Anomalies of the Upper Urinary Tract:

- A Comprehensive Review. Radiographics. Mar-Apr 2021;41(2): 462-486. doi:10.1148/rg.2021200078
3. **Jung SI, Park HS, Yu MH, et al.** Korean ureter length: A computed tomography-based study. Investig Clin Urol. May 2020;61(3):291-296. doi:10.4111/icu.2020.61.3.291
4. **Potentia SE, D'Agostino R, Sternberg KM, Tatsumi K, Perusse K.** CT Urography for Evaluation of the Ureter. Radiographics. May-Jun 2015;35(3):709-26. doi:10.1148/rg.2015140209
5. **Itanyi UD, Aiyekomogbon JO, Uduma FU, Evinemi MA.** Assessment of ureteric diameter using contrast-enhanced helical abdominal computed tomography. African Journal of Urology. 2020/03/24 2020;26(1):23. doi:10.1186/s12301-020-00021-0
6. **Lescay HA, Jiang J, Leslie SW, Tuma F.** Anatomy, Abdomen and Pelvis Ureter. StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.; 2025.
7. **Chakravarthi KK, Reghunadhan D.** Anatomical and Developmental Abnormalities of Ureters and Renal Pelvis Existing with Accessory Renal Arteries: Cadaveric Study. Ann Afr Med. Oct 1 2024; 23(4): 697-703. doi:10.4103/aam. aam_89_24
8. **Singh DD, Sanjeev P, Sharma RK.** Images: Spiral Ct evaluation of circumcaval ureter (retrocaval ureter). Indian Journal of Radiology and Imaging. 01/01 2001;11:83-84.
9. **Hostiuc S, Rusu MC, Negoii I, Grigoriu M, Hostiuc M.** Retrocaval ureter: a meta-analysis of prevalence. Surg Radiol Anat. Nov 2019;41(11): 1377-1382. doi:10.1007/s00276-019-02269-w
10. **Sharma PK, Aram A, Subramonian SG, R KK.** Retrocaval Ureter as a Rare Cause of Hydroureteronephrosis: A Case Report. Cureus. Mar 2024;16(3): e57042. doi:10.7759/cureus. 57042

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG MẠN TÍNH DO KHỐI KHỚP BÊN BẰNG SÓNG CAO TẦN ĐỐT NHÁNH TRONG CỦA RỄ THẦN KINH TẠI BỆNH VIỆN E

Đỗ Tuấn Anh¹, Phạm Văn Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả lâm sàng của phương pháp sóng cao tần đốt nhánh trong của rễ thần kinh chi phối khối khớp bên trong điều trị đau thắt lưng mạn tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên các bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng mạn tính do bệnh lý khối khớp bên tại Khoa Phẫu thuật Cột sống, Bệnh viện E, từ tháng 12/2024. Các bệnh nhân được tiến hành đốt nhánh trong dưới hướng dẫn của C arm. Mức độ đau được đánh giá

bằng thang điểm VAS và chức năng cột sống bằng chỉ số ODI trước can thiệp, sau 1 tháng và 3 tháng. Các biến cố bất lợi và đặc điểm lâm sàng liên quan được ghi nhận. **Kết quả:** Tổng số 14 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Điểm VAS giảm rõ rệt sau can thiệp và hiệu quả giảm đau được duy trì tại thời điểm khám lại sau 1 tháng và 3 tháng. Chỉ số ODI cải thiện đáng kể so với trước can thiệp, cho thấy chức năng cột sống được phục hồi. Thủ thuật an toàn, không ghi nhận biến chứng. **Kết luận:** Đốt nhánh trong bằng sóng cao tần là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả trong quản lý đau thắt lưng mạn tính do thoái hóa khối khớp bên. Cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định kết quả. **Từ khóa:** Đau thắt lưng mạn tính; Khối khớp bên; Nhánh trong; Sóng cao tần.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF RADIOFREQUENCY

¹Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Anh

Email: dotacv@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

MEDIAL BRANCH NEUROTOMY FOR CHRONIC LOW BACK PAIN DUE TO LUMBAR FACET JOINT PATHOLOGY AT E HOSPITAL

Objective: To evaluate the clinical effectiveness of radiofrequency ablation of the medial branch innervating the facet joints in the treatment of chronic low back pain. **Methods:** A prospective study was conducted on patients diagnosed with chronic low back pain due to facet joint pathology at the Department of Spine Surgery, E Hospital, from December 2024. All patients underwent medial branch radiofrequency ablation under C-arm fluoroscopic guidance. Pain intensity was assessed using the Visual Analog Scale (VAS), and spinal function was evaluated using the Oswestry Disability Index (ODI) before the intervention, and at 1 month and 3 months post-procedure. Adverse events and related clinical characteristics were recorded. **Results:** A total of 14 patients were enrolled in the study. VAS scores significantly decreased after the intervention, and the analgesic effect was maintained at 1 month and 3 months follow-up visits. ODI scores showed marked improvement compared with baseline, indicating restored spinal function. The procedure was safe, with no complications observed. **Conclusion:** Radiofrequency ablation of the medial branch is a safe and effective treatment for chronic low back pain due to facet joint degeneration. Further studies with larger sample sizes and longer follow-up are needed to confirm these results.

Keywords: Chronic low back pain; Facet joint; Medial branch; Radiofrequency ablation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng mô tả cơn đau giữa bờ dưới xương sườn và mông, là vấn đề cơ xương khớp phổ biến nhất ảnh hưởng đến người trưởng thành, với tỷ lệ mắc lên đến 84%. Năm 2020, đau thắt lưng ảnh hưởng đến 619 triệu người trên toàn cầu và ước tính số ca bệnh sẽ tăng lên 843 triệu ca vào năm 2050, chủ yếu do sự gia tăng dân số và già hóa dân số. Đau thắt lưng mạn tính khi thời gian đau vùng thắt lưng kéo dài từ 3 tháng trở lên, nếu dưới 3 tháng gọi là đau thắt lưng cấp tính. Trong số những người đau thắt lưng cấp tính, khoảng 10% đến 15% sẽ trở thành đau mạn tính¹.

Có nhiều nguyên nhân gây đau thắt lưng mạn tính, trong đó nguyên nhân thường gặp nhất xuất phát từ thoái hóa khối khớp bên (lên đến 45%), rồi đến khớp cùng chậu, nguyên nhân do đĩa đệm. Có nhiều phương pháp điều trị đau thắt lưng mạn tính bao gồm điều trị nội khoa như uống thuốc NSAIDs, Corticosteroids,... hay các thủ thuật ít xâm lấn như tiêm steroid nội khớp, đốt nhánh trong của rễ thần kinh chi phối cảm giác của khối khớp bên bằng sóng cao tần, thậm chí một số trường hợp cần phẫu thuật. Việc lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp

cho từng bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính trong thực hành lâm sàng cần có sự hiểu biết về bệnh lý, cơ chế cũng như hiệu quả và nguy cơ của phương pháp đó².

Hiện nay, đốt nhánh trong của rễ thần kinh thắt lưng bằng sóng cao tần là một thủ thuật can thiệp tối thiểu ngày càng được áp dụng nhiều để quản lý đau thắt lưng do khối khớp bên. Tại Bệnh viện E, kỹ thuật này được triển khai từ tháng 12 năm 2024 và nhận thấy kết quả khả quan trên lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị đau thắt lưng mạn tính do khối khớp bên bằng sóng cao tần đốt nhánh trong của rễ thần kinh và khảo sát một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng mạn tính được điều trị bằng sóng cao tần đốt thần kinh nhánh trong của khối khớp bên tại Khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện E từ tháng 12 /2024 đến tháng 6/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, theo dõi dọc.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những người bệnh ≥18 tuổi, có đau thắt lưng kéo dài ≥ 3 tháng, không đáp ứng với điều trị bảo tồn (giảm đau bằng thuốc không hiệu quả sau 6–8 tuần) và có bằng chứng tổn thương thoái hóa khối khớp bên (tụ dịch trong mặt khớp) trên phim cộng hưởng từ (MRI) cột sống thắt lưng, phù hợp với triệu chứng lâm sàng. Tất cả các bệnh nhân đều được tiêm test phong bế thần kinh nhánh trong tại vị trí L3, L4, L5 2 bên bằng 0,5ml Lidocain 2% cho mỗi nhánh, dưới hướng dẫn của siêu âm. Các bệnh nhân được định nghĩa là test dương tính khi đáp ứng giảm đau ≥ 50%, kéo dài ít nhất 30 phút sau thủ thuật³.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân mang thai, bệnh nhân có rối loạn đông cầm máu, có tổn thương khối choán chỗ như u, nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân, có các dấu hiệu thần kinh tiến triển như hội chứng đuôi ngựa, liệt rễ hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Các biến nghiên cứu được phân thành ba nhóm chính: (1) nhóm biến dịch tễ học (tuổi, giới, nghề nghiệp); (2) nhóm biến phản ánh tình trạng lâm sàng trước can thiệp; và (3) nhóm biến liên quan đến hiệu quả điều trị và biến chứng sau thủ thuật. Hiệu quả điều trị được đánh giá dựa trên hai thang đo. Mức độ đau được ghi nhận theo thang điểm VAS tại các thời điểm: trước can thiệp, sau can

thiệt 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Giảm đau được coi là có ý nghĩa khi mức độ đau sau can thiệp giảm $\geq 50\%$ so với trước can thiệp, đồng thời chênh lệch tuyệt đối đạt $\geq 2,5$ điểm VAS⁴. Bên cạnh đó, khả năng phục hồi chức năng cột sống được đánh giá bằng thang điểm ODI tại thời điểm trước can thiệp, sau 1 tháng và 3 tháng. Toàn bộ số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

Kỹ thuật thực hiện: Chúng tôi sử dụng sóng cao tần đốt (RFA-Radio Frequency Ablation) thần kinh nhánh trong (MB-Medial Branch) của khối khớp bên cho 14 bệnh nhân.

Thủ thuật được thực hiện tại phòng mổ, bệnh nhân ở tư thế nằm sấp. Đường truyền tĩnh mạch và đặt máy theo dõi các chỉ số sinh tồn cơ bản.

Chúng tôi sử dụng máy phát sóng cao tần TOP Lesion Generator TLG-10L xuất xứ Nhật Bản.

Máy C-arm (màn tăng sáng trong phòng mổ) được sử dụng ở các tư thế trước-sau, bên-bên và chếch để xác định các mốc giải phẫu xương trên màn tăng sáng là mỏm khớp trên (SAP - Superior Articular Process) cột trụ bờ trong của khớp liên mấu và mỏm ngang (TP - Transverse Process). Nhánh trong là nhánh thần kinh đi qua rãnh giữa mỏm khớp trên và mỏm ngang của cùng một đốt sống. Đích đến của kim sẽ là rãnh giữa 2 mỏm xương này, kim chọc được sử dụng là loại tích hợp đầu phát sóng cao tần với kênh tiêm thuốc dài 15cm.

Kiểm tra đáp ứng của nhánh thần kinh bằng cách kích thích vận động ở tần số 2Hz và điện thế 1,5-2V, không thấy đáp ứng co, giật các cơ ở chi dưới mà chỉ giật các cơ nhiều chân quanh vùng đặt kim; kích thích cảm giác ở cường độ 50Hz, điện thế dưới 0,5V đồng thời hỏi người bệnh về cảm giác tại thời điểm đó so với mức độ và vùng cảm giác khó chịu của người bệnh trước khi làm thủ thuật.

Tiêm 1ml dung dịch Lidocain 2% vào mỗi kim để giảm đau trong quá trình đốt và giảm bớt trở kháng tổ chức.

Liệu trình đốt kéo dài 2 phút ở nhiệt độ 80°C

Sau khi đốt sóng cao tần, chúng tôi tiêm 1ml hỗn hợp Dexamethasone 3,3mg và Bupivacaine 0,5% vào vị trí đốt. Rút kim và băng vô trùng tại chỗ tiêm. Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn sau thủ thuật. Bệnh nhân được đánh giá vào các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng theo thang điểm VAS, ODI.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình là $63,07 \pm 12,65$ tuổi. Trẻ nhất là 45 tuổi, lớn nhất là 85 tuổi. Giới: có 11/14 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 78,57%,

Nữ/Nam = 3,67/1. Thời gian đau trung bình: $7,23 \pm 2,35$ tháng, cao nhất 18 tháng, nhỏ nhất 5 tháng. Thời gian điều trị nội khoa trung bình là $6,5 \pm 3,3$, dài nhất 12 tháng, ngắn nhất 3 tháng.

Bảng 1. Tình trạng lâm sàng trước can thiệp (n=14)

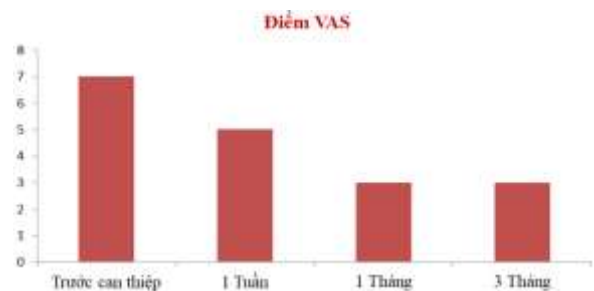
Đặc điểm trước can thiệp		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Điểm VAS	Trung bình ± độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất - lớn nhất)	7,1±0,8 (6-9)		
	VAS 4-6	2	14,3	
	VAS 7-10	12	85,7	
Chỉ số ODI	Trung bình ± độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất - lớn nhất)	66±11,2 (48-78)		
	0-40	nhẹ và trung bình	0	0
	41-60	nặng	6	42,9
	61-80	rất nặng	7	50
	81-100	mất chức năng	1	7,1

Bảng 2. Phân bố thoái hoá khớp bên được can thiệp (n=14)

Thoái hóa khớp bên trên MRI		Số khớp khớp bên	Tỷ lệ %
Theo mức độ	$\leq$ Độ 1	0	0
	Độ 2	5	35,7
	Độ 3	9	64,3
Theo từng tầng	L2L3	2	14,3
	L3L4	11	78,6
	L4L5	13	92,9
	L5S1	12	85,7

Bảng 3. Phân bố nhánh thần kinh được đốt bằng sóng cao tần (n=14)

Phân bố nhánh thần kinh được đốt		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí	L2	2	14,3
	L3	14	100
	L4	14	100
	L5	14	100
Số bên	1 bên	2	14,3
	2 bên	12	85,7



Biểu đồ 1. Điểm VAS (đau thắt lưng) trước can thiệp so sánh sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng (n=14) giảm có ý nghĩa thống kê theo kiểm định T-test với $p < 0,05$

Bảng 5. Chỉ số ODI sau can thiệp (n=14)

Chỉ số ODI	Trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	p
Sau 1 tuần	40,2±8,3	36	74	<0,001
Sau 1 tháng	30,6±7,8	10	58	
Sau 3 tháng	27,1±7,3	6	30	

Thời gian tiến hành thủ thuật trung bình là 65 ± 15 phút, nhanh nhất là 55 phút, kéo dài nhất là 95 phút

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là 63,07 (từ 45 đến 85 tuổi), chủ yếu rơi vào lứa tuổi sau lao động. Tỷ lệ nữ cao hơn nam với mức chênh lệch 3,67 lần. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế khi tỷ lệ nữ thường cao hơn nam, tuy nhiên tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể, có thể liên quan đến cỡ mẫu chưa đủ lớn. Thời gian đau thắt lưng trung bình của đối tượng nghiên cứu là 7,23 tháng (dao động từ 5 đến 18 tháng). Có 60% bệnh nhân được điều trị nội khoa kéo dài ≥ 6 tháng (thấp nhất 3 tháng, dài nhất 12 tháng). Các bệnh nhân này đã được điều trị tại nhiều cơ sở y tế khác nhau nhưng đáp ứng giảm đau còn hạn chế, tình trạng đau kéo dài gây khó chịu rõ rệt và ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày.

Trước can thiệp, bệnh nhân có điểm VAS trung bình $7,1 \pm 0,8$ và điểm ODI trung bình $66 \pm 11,2$, cao hơn so với một số nghiên cứu khác. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm chủ quan trong đánh giá đau, sự khác biệt về dân số nghiên cứu cũng như việc bệnh nhân thường chỉ tìm đến điều trị can thiệp khi tình trạng đau đã kéo dài và ảnh hưởng rõ rệt đến sinh hoạt.

Trong nhóm 14 bệnh nhân được can thiệp bằng phương pháp sóng cao tần đốt thần kinh nhánh trong của khối khớp bên, kết quả khảo sát cộng hưởng từ cho thấy 100% khối khớp bên đều có dấu hiệu thoái hóa, trong đó thoái hóa nặng (độ 3) chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,3%. Không ghi nhận trường hợp nào can thiệp trên khối khớp bên chưa thoái hóa. Đáng chú ý, các khối khớp bên tại tầng L4L5 bị thoái hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (92,9%), thấp nhất là L2L3 chiếm 14,3%. Theo Kalichman và cộng sự, hiện tượng này được lý giải do quá trình tái cấu trúc các mỏm khớp trong tiến triển thoái hóa, đặc biệt rõ rệt tại tầng L4L5, nơi chịu lực cơ học lớn nhất của cột sống thắt lưng trong quá trình vận động⁵.

Theo nhiều nghiên cứu và khuyến cáo thực hành lâm sàng, việc đốt bằng sóng cao tần các nhánh trong của rễ thần kinh tại các mức L3, L4, L5 được coi là đủ để đạt hiệu quả giảm đau thắt lưng mạn tính⁶. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của

chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp được can thiệp thêm tại mức L2, do thăm khám lâm sàng cho thấy vùng đau lan rộng lên cao hơn và bệnh nhân đáp ứng rõ rệt hơn với test phong bế khi có tiêm vào nhánh thần kinh tại mức này. Ngoài ra, mặc dù đa số bệnh nhân có đau thắt lưng hai bên, chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp chỉ đau khu trú một bên (trái). Các bệnh nhân này được đốt sóng cao tần một bên và đều đạt hiệu quả giảm đau theo kỳ vọng (Bảng 3).

Sau can thiệp 1 tháng, điểm đau VAS trung bình của 14 bệnh nhân giảm còn $3,1 \pm 1,5$, thấp hơn rõ rệt so với trước can thiệp ($7,1 \pm 0,8$). Tại thời điểm 3 tháng, điểm VAS trung bình tiếp tục duy trì ở mức thấp ($2,9 \pm 0,8$). Sự giảm đau sau can thiệp ở cả hai thời điểm 1 tháng và 3 tháng đều có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,001$). Không ghi nhận trường hợp nào đau nặng hoặc rất nặng tái phát sau can thiệp. Kết quả này phù hợp với báo cáo của các tác giả khác đã công bố^{7,8}.

Chỉ số ODI sau can thiệp giảm rõ rệt so với trước can thiệp, hầu hết các trường hợp đều có giá trị dưới 40 điểm. Điều này cho thấy phương pháp can thiệp mang lại hiệu quả cải thiện chức năng cột sống đáng kể. Trước can thiệp, tất cả bệnh nhân đều ở mức mất chức năng nặng, đau ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt hàng ngày. Sau can thiệp, chức năng cột sống cải thiện rõ rệt, phần lớn bệnh nhân chỉ còn mất chức năng ở mức độ nhẹ đến trung bình. Kết quả này phù hợp với báo cáo của các tác giả khác, khi chỉ số ODI giảm đáng kể sau can thiệp và mức độ mất chức năng được duy trì ở ngưỡng chấp nhận được.

Thời gian tiến hành thủ thuật trong nghiên cứu trung bình là 75 ± 15 phút, nhanh nhất 65 phút, kéo dài nhất chưa đến 95 phút. So với nhiều nghiên cứu khác, thời gian tiến hành thủ thuật của chúng tôi có dài hơn bởi vì kỹ thuật này mới được nhóm nghiên cứu triển khai và mất nhiều thời gian để điều chỉnh C arm hơn là làm dưới hướng dẫn của siêu âm^{8,9}.

Chúng tôi không ghi nhận biến chứng nào, như: đau khu trú tại chỗ kéo dài trên 2 tuần, đau thần kinh kéo dài ít hơn 2 tuần, thiếu hụt chức năng vận động mới, thiếu hụt chức năng cảm giác mới, nhiễm trùng,...

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 14 bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính do thoái hóa khối khớp bên, được điều trị bằng sóng cao tần đốt nhánh trong rễ thần kinh tại Khoa Phẫu thuật Cột sống - Bệnh viện E, chúng tôi ghi nhận một số kết quả: Điểm đau VAS sau can thiệp giảm rõ rệt so với trước can

thiệt và hiệu quả được duy trì tại các thời điểm 1 tháng và 3 tháng theo dõi; chỉ số ODI cải thiện đáng kể, chức năng cột sống phục hồi rõ rệt so với trước điều trị; phương pháp can thiệp được đánh giá là an toàn. Tuy nhiên, cỡ mẫu còn hạn chế và thời gian theo dõi ngắn, cần có thêm các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định giá trị của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD 2021 Low Back Pain Collaborators.** (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023 May 22;5(6):e316-e329. doi: 10.1016/S2665-9913(23)00098-X.
2. **Lee CH, Chuna CK, Kim CH.** (2017). The efficacy of conventional radiofrequency denervation in patients with chronic low back pain originating from the facet joints: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Spine J.* 2017 Nov;17(11): 1770-1780. doi: 10.1016/j.spinee.2017.05.006.
3. **Cohen, Steven P.; et al.** (2018). Effectiveness of Lumbar Facet Joint Blocks and Predictive Value before Radiofrequency Denervation. *Anesthesiology* Sep;129(3): 517-535. doi: 10.1097/ALN.0000000000002274.
4. **Du R, Xu G, Bai X, Li Z.** (2022). Facet Joint Syndrome: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *J Pain Res.* 2022 Nov 30;15:3689-3710. doi: 10.2147/JPR.S389602.
5. **Kalichman L, Suri P, Guermazi A, Li L, Hunter DJ.** (2009). Facet orientation and tropism: associations with facet joint osteoarthritis and degeneratives. *Spine (Phila Pa 1976).* 2009 Jul 15;34(16): E579-85. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181aa2acb.
6. **Manchikanti L, et al.** (2020). Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Facet Joint Interventions in the Management of Chronic Spinal Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines Facet Joint Interventions 2020 Guidelines. *Pain Physician.* 2020 May;23(3S):S1-S127. PMID: 32503359.
7. **Van Wijk RM, Geurts JW, Wynne HJ, Hammink E, Buskens E, Lousberg R, Knape JT, Groen GJ.** (2005). Radiofrequency denervation of lumbar facet joints in the treatment of chronic low back pain: a randomized, double-blind, sham lesion-controlled trial. *Clin J Pain.* 2005 Jul-Aug;21(4):335-44. doi: 10.1097/01.aip.0000120792.69705.c9.
8. **Nath S, Nath CA, Pettersson K.** (2008). Percutaneous lumbar zygapophysial (Facet) joint neurotomy using radiofrequency current in the management of chronic low back pain: a randomized double-blind trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008 May 20;33(12):1291-7; discussion 1298. doi: 10.1097/BRS.0b013e31817329f0.
9. **Schneider BJ, Doan L, Maes MK, Martinez KR, Gonzalez Cota A, Boeduk N.; Standards Division of the Spine Intervention Society.** (2020). Systematic Review of the Effectiveness of Lumbar Medial Branch Thermal Radiofrequency Neurotomy. Stratified for Diagnostic Methods and Procedural Technique. *Pain Med.* 2020 Jun 1;21(6):1122-1141. doi: 10.1093/pm/pnz349.

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG CHƯƠNG TRÌNH TĂNG CƯỜNG PHỤC HỒI SAU PHẪU THUẬT TRÊN NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT SỎI MẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG

Trần Văn Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị của nhóm người bệnh phẫu thuật sỏi mật được ứng dụng chương trình tăng cường phục hồi sau phẫu thuật ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương (12/2024 – 3/2025). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 66 ca bệnh được điều trị bằng phẫu thuật sỏi mật tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương từ tháng 12 năm 2024 đến hết tháng 3 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình $58,33 \pm 15,39$. Tỷ lệ nữ/ nam: 2/1. Các chỉ số men

gan (AST, ALT) và bilirubin dao động rộng. Siêu âm phát hiện sỏi túi mật ở 80,3% trường hợp, sỏi ống mật chính 13,64% và sỏi đường mật trong gan 7,58%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $113,3 \pm 42,54$ phút, ngắn hơn ở nhóm phẫu thuật < 72 giờ. Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu được thực hiện ở 84,85% bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp, nhiễm trùng vết mổ 1,52%. Thời gian nằm viện trung bình $8,65 \pm 5,96$ ngày. Thời gian trung tiện trung bình $1,8 \pm 0,5$ ngày. Thời gian trung bình bệnh nhân ăn trở lại bằng đường miệng là $1,32 \pm 0,56$ ngày. Thời gian trung bình bệnh nhân bắt đầu tập đi lại và ra khỏi giường là $30,11 \pm 26,26$ giờ. Nhiều thành phần ERAS đạt tỷ lệ tuân thủ tuyệt đối, như dự phòng hạ thân nhiệt, giảm đau đa mô thức, hạn chế dịch truyền, vận động sớm. Một số yếu tố có tỷ lệ tuân thủ chưa cao như uống carbohydrate trước phẫu thuật và dinh dưỡng đường miệng sớm. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy việc áp dụng chương trình ERAS giúp rút

¹Bệnh viện Đa khoa Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Vinh

Email: bstranvanvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025