

tổn thương dạng thoát thuốc gặp nhiều nhất với 32/38 bệnh nhân (84.2%), có 1/38 bệnh nhân tổn thương là giả phình (2.6%).

## V. KẾT LUẬN

Chụp cộng hưởng từ bạch mạch có tiêm thuốc đối quang từ qua hạch bẹn là kỹ thuật với nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, thời gian thực hiện ngắn, không nhiễm xạ, chẩn đoán tốt giải phẫu của hệ bạch huyết trung tâm cũng như bệnh lý rò ống ngực nói chung và rò dưỡng chấp sau phẫu thuật tuyến giáp nói riêng. Đồng thời kỹ thuật này có giá trị cao trong phát hiện vị trí và hình thái rò ống ngực từ đó giúp định hướng cho việc can thiệp điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hematti H, Mehran RJ. Anatomy of the Thoracic Duct. Thoracic Surgery Clinics. 2011; 21(2):229-238. doi:10.1016/j.thorsurg.2011.01.002
2. Park I, Her N, Choe JH, Kim JS, Kim JH. Management of chyle leakage after thyroidectomy, cervical lymph node dissection, in patients with thyroid cancer. Head & Neck. 2018;40(1):7-15. doi:10.1002/hed.24852
3. Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Skandalakis

- PN. Anatomy of the Lymphatics. Surgical Oncology Clinics of North America. 2007;16(1):1-16. doi:10.1016/j.soc.2006.10.006
4. Loukas M, Wartmann CT, Louis RG, et al. Cisterna chyli: A detailed anatomic investigation. Clin Anat. 2007;20(6):683-688. doi:10.1002/ca.20485
5. Ilahi M, St Lucia K, Ilahi TB. Anatomy, Thorax, Thoracic Duct. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2021. Accessed September 16, 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513227/>
6. Okuda I, Udagawa H, Takahashi J, Yamase H, Kohno T, Nakajima Y. Magnetic resonance-thoracic ductography: imaging aid for thoracic surgery and thoracic duct depiction based on embryological considerations. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2009;57(12):640-646. doi:10.1007/s11748-009-0483-4
7. Nomura T, Niwa T, Ozawa S, Oguma J, Shibukawa S, Imai Y. The Visibility of the Terminal Thoracic Duct Into the Venous System Using MR Thoracic Ductography with Balanced Turbo Field Echo Sequence. Academic Radiology. 2019;26(4):550-554. doi:10.1016/j.acra.2018.04.006
8. Phang K, Bowman M, Phillips A, Windsor J. Review of thoracic duct anatomical variations and clinical implications: TD Anatomical Variations and Clinical Implications. Clin Anat. 2014;27(4):637-644. doi:10.1002/ca.22337

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ THẤP ĐƠN TẦNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP NẸP VÍT, HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT LỖI TRƯỚC

Bùi Xuân Thành<sup>1</sup>, Hoàng Hữu Đức<sup>2</sup>, Đinh Ngọc Sơn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thấp đơn tầng bằng phương pháp nẹp vít, hàn xương liên thân đốt lõi trước tại khoa Phẫu thuật Cột sống Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu 36 người bệnh được chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thấp đơn tầng và phẫu thuật bằng phương pháp nẹp vít, hàn xương liên thân đốt lõi trước. **Kết quả:** Sau mổ cải thiện mức độ đau với điểm VAS trung bình trước mổ  $6,7 \pm 0,9$ , khám lại sau mổ 6 tháng giảm còn  $2,0 \pm 1,1$ . Chức năng cột sống sau mổ 6 tháng cải thiện tốt hơn trước mổ với điểm NDI trung bình lần lượt  $22,3 \pm 12,9\%$  và  $52,0 \pm 14,0\%$ . Chức năng tùy hồi phục tốt với điểm JOA trước mổ  $10,2 \pm 2,8$  và sau mổ 6 tháng  $13,6 \pm 2,4$ . Tỷ lệ hồi phục chức năng tùy RR tốt và rất tốt chiếm 64,0%. **Kết luận:** Phẫu thuật nẹp vít, hàn xương liên

thân đốt lõi trước trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thấp đơn tầng cho kết quả cải thiện lâm sàng tốt. **Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, phẫu thuật nẹp vít, hàn xương liên thân đốt cột sống cổ lõi trước.

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT FOR LOW CERVICAL DISC HERNIATION OF THE SINGLE-LEVEL BY ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY AND FUSION

**Object:** Evaluation of the results of treatment for low cervical disc herniation of the single-level by anterior cervical discectomy and fusion at Spine surgery Department, Viet Duc Hospital. **Subject and methods:** 36 patients with confirmed diagnosis of single-level low cervical disc herniation were operated by anterior cervical discectomy and fusion. **Results:** Postoperative, pain level improved with the mean VAS score preoperative  $6,7 \pm 0,9$ , re-examination 6 months postoperative reduced to  $2,0 \pm 1,1$ . Spinal function 6 months postoperative improved better than preoperative with the average NDI score of  $22,3 \pm 12,9\%$  and  $52,0 \pm 14,0\%$ . Spinal cord function recovered well with the preoperative JOA score of  $10,2 \pm 2,8$  and the 6 months postoperative  $13,6 \pm 2,4$ . The recovery ratio Spinal cord function good and

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hữu Đức

Email: hoangduc256@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 18.9.2023

excellent of 64,0%. **Conclusions:** Single-level Anterior cervical discectomy and fusion surgery in the treatment of low cervical disc herniation has improved good clinical outcomes.

**Keywords:** Cervical disc herniation, Anterior cervical discectomy and fusion.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (TVĐĐ CSC) là bệnh lý khá phổ biến, ước tính khoảng 18,6 người mắc bệnh/100.000 dân [1]. Hậu quả của bệnh có thể ảnh hưởng các chức năng thần kinh, từ đó làm giảm khả năng làm việc, giảm năng suất lao động xã hội, giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh (NB). Cùng với việc ứng dụng tiến bộ của khoa học kĩ thuật trong chẩn đoán TVĐĐ CSC, việc điều trị bệnh cũng đã có những kĩ thuật tiên tiến được áp dụng. Có nhiều phương pháp điều trị TVĐĐ CSC gồm điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật. Ngay trong điều trị phẫu thuật cũng có nhiều kĩ thuật, đường mổ khác nhau và chỉ định cho từng trường hợp cụ thể [2]. Trong đó, phương pháp lấy nhân đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt lồi trước đã trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn điều trị TVĐĐ CSC và được áp dụng ngày càng rộng rãi [3-5]. Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, đã có nhiều nghiên cứu về kết quả của phương pháp nẹp vít, hàn xương liên thân đốt lồi trước trong điều trị TVĐĐ CSC đa tầng. Tuy nhiên, các tổng kết, đánh giá hiệu quả điều trị TVĐĐ đơn tầng bằng phương pháp trên còn ít, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thấp đơn tầng bằng phương pháp nẹp vít, hàn xương liên thân đốt lồi trước"*.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 36 NB TVĐĐ CSC thấp đơn tầng được phẫu thuật bằng phương pháp nẹp vít, hàn xương liên thân đốt lồi trước tại khoa Phẫu thuật Cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 09/2022 đến tháng 08/2023.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- NB được chẩn đoán xác định TVĐĐ CSC thấp đơn tầng dựa trên lâm sàng (hội chứng rễ, hội chứng tủy, hội chứng rễ - tủy) và chẩn đoán hình ảnh, được phẫu thuật theo phương pháp nẹp vít, hàn xương liên thân đốt CSC lồi trước.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Triệu chứng lâm sàng không phù hợp với chẩn đoán hình ảnh.  
 - Các nguyên nhân gây chèn ép rễ hay tủy không do TVĐĐ: Cột hóa dây chằng dọc sau, phì đại mấu khớp, phì đại dây chằng vàng.

đại mấu khớp, phì đại dây chằng vàng.

- Bệnh lý cột sống khác kèm theo (viêm tủy, ung thư cột sống, u tủy...).

- NB có bệnh tim mạch, bệnh phổi, bệnh về máu không đảm bảo phẫu thuật, nhiễm trùng tại vùng cổ trước, ...

- NB không tuân thủ quy trình điều trị và luyện tập sau mổ.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc

**2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu thuận tiện, tất cả NB đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào nghiên cứu.

**2.2.3. Xử lý số liệu**

- Phân tích số liệu dựa vào phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

- Đối với các biến định lượng: Tính các giá trị trung bình (X̄), độ lệch chuẩn (SD), giá trị lớn nhất (Max), giá trị nhỏ nhất (Min).

- Đối với các biến định tính: Tính các tỷ lệ phần trăm, so sánh sự thay đổi các triệu chứng trước và sau mổ với test  $\chi^2$ , T-test. Sự khác biệt có ý nghĩa khi  $p \leq 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm về tuổi và giới.** NB trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình 57,4±11,5; NB có tuổi cao nhất là 76 tuổi, thấp nhất là 37 tuổi.

Nhóm NB nam chiếm tỷ lệ 55,6% và NB nữ chiếm tỷ lệ 44,4% không có sự chênh lệch trong phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính với  $p > 0,05$ .

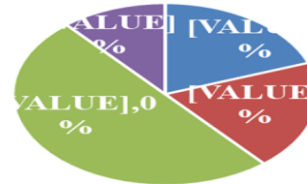
**3.2. Triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 1: Các hội chứng lâm sàng**

Hội chứng	Số lượng NB	Tỷ lệ %
HC rễ	11	30,6
HC tủy	19	52,7
HC rễ - tủy hỗn hợp	6	16,7
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Trong 3 hội chứng thường gặp, nhiều nhất là số NB có hội chứng tủy chiếm 52,7%, NB có hội chứng hỗn hợp rễ - tủy có tỷ lệ thấp nhất 16,7%.

**3.3. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (MRI)**



■ C3C4 ■ C4C5 ■ C5C6 ■ C6C7

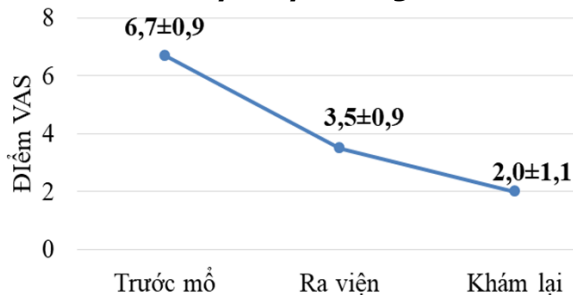
**Biểu đồ 1: Vị trí đĩa đệm thoát vị trên MRI**

Vị trí thoát vị C56 gặp nhiều nhất với 50,0% số NB; thoát vị C67 ít gặp nhất với 11,2%.

**3.4. Biến chứng phẫu thuật.** Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận tai biến trong mổ như: rách màng cứng, tổn thương tủy, đứt rễ thần kinh, tổn thương thực quản hay khí quản, tổn thương động mạch đốt sống,... hay các biến chứng nặng: chảy máu, liệt, suy hô hấp, tử vong. Biến chứng muộn hay gặp nhất là nuốt vướng 11,1%; viêm đường tiết niệu 5,6%; loét do tỷ đè 2,8%.

**3.5. Đánh giá kết quả phẫu thuật**

**3.5.1. Cải thiện triệu chứng đau sau mổ**



**Biểu đồ 2:** Mức độ đau theo thang điểm VAS

So sánh mức độ đau của NB trước mổ với lúc ra viện và khi khám lại sau mổ 6 tháng thì mức độ đau giảm dần qua mỗi lần kiểm tra, khi so sánh từng cặp thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3.5.2. Đánh giá phục hồi tổn thương tủy cổ sau mổ của nhóm NB có hội chứng tủy và hội chứng rễ - tủy theo JOA**

Trong 36 NB của nghiên cứu có 25 NB có hội chứng tủy và hội chứng rễ - tủy hỗn hợp. Tại thời điểm khám lại sau 6 tháng, chúng tôi ghi nhận chức năng tủy cổ theo thang điểm JOA trên 25 NB này với kết quả như sau:

**Bảng 2:** Điểm JOA trước mổ và lúc khám lại

Mức độ	Trước mổ		Khi khám lại	
	n	%	n	%
Nhẹ	7	28,0	21	<b>84,0</b>
Trung bình	11	<b>44,0</b>	3	12,0
Nặng	7	28,0	1	4,0
Tổng	25	100,0	25	100,0
<b>X±SD</b>	<b>10,2±2,8</b>		<b>13,6±2,4</b>	

So sánh hiệu số JOA trung bình tại thời điểm khám lại sau mổ 6 tháng và trước mổ là  $\bar{X} \pm SD = 3,4 \pm 1,9$ . kết quả có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Như vậy chức năng tủy đã được cải thiện, tỉ lệ hồi phục chức năng tủy được thể hiện qua bảng sau:

**Bảng 3:** Tỷ lệ hồi phục RR tại thời điểm khám lại

Mức độ hồi phục tủy (RR)	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Rất tốt (RR>75%)	2	8,0
Tốt (50%<RR≤75%)	<b>14</b>	<b>56,0</b>
Trung bình (25%<RR≤50%)	7	28,0
Kém (RR≤25%)	2	8,0
<b>Tổng</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** RR trung bình là  $54,2 \pm 18,1\%$ , cao nhất là 83%, thấp nhất là 7,1%. Mức độ hồi phục tủy đa số ở mức tốt và rất tốt là 64,0% số NB.

**3.5.3. Đánh giá suy giảm chức năng CSC trước mổ và khám lại sau 6 tháng**

**Bảng 4:** Đánh giá cải thiện chức năng CSC khi khám lại

Giảm chức năng	Trước mổ		Khi khám lại	
	n	%	n	%
Không ảnh hưởng (NDI ≤ 10%)	0	0	5	13,8
Anh hưởng nhẹ (10% < NDI ≤ 30%)	1	2,8	<b>24</b>	<b>66,7</b>
Anh hưởng trung bình (30% < NDI ≤ 50%)	<b>18</b>	<b>50,0</b>	6	16,7
Anh hưởng nặng (50% < NDI ≤ 70%)	14	38,9	0	0
Anh hưởng hoàn toàn (NDI > 70%)	3	8,3	1	2,8
Tổng	36	100,0	36	100,0
<b>X±SD</b>	<b>52,0±14,0</b>		<b>22,3±12,9</b>	

Trước mổ NDI trung bình là  $52,0 \pm 14,0\%$ , đa số ở mức ảnh hưởng trung bình với 50,0%. Khám lại sau mổ 6 tháng, NDI giảm còn  $22,3 \pm 12,9$  chủ yếu ở mức ảnh hưởng nhẹ và không ảnh hưởng. Sự cải thiện chức năng cột sống cổ tốt lên sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3.6. Đánh giá X – quang CSC tại thời điểm khám lại sau 6 tháng**

**Bảng 5:** Hình ảnh X quang cột sống cổ khi khám lại

Hình ảnh	n	Tỷ lệ (%)
Gãy, bung nẹp vít	0	0
Di lệch miếng ghép	0	0
Mất vững cột sống	0	0
Bờ xương liên tục với vật liệu ghép xương	<b>36</b>	<b>100</b>
Bờ xương không liên tục với vật liệu ghép xương	0	0
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Hình ảnh X – quang khám lại không ghi nhận trường hợp nào gãy, bung nẹp vít ra khỏi thân đốt sống, di lệch miếng ghép ra sau hay mất vững cột sống. Tất cả NB đều có sự liên tục giữa bờ xương đốt sống liền kề với vật liệu ghép (cage và xương nhân tạo) trên X – quang.

**3.7. Mức độ hài lòng của người bệnh****Bảng 6: Mức độ hài lòng của người bệnh**

Mức độ	n	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	10	27,8
Hài lòng	<b>20</b>	<b>55,5</b>
Không hài lòng	6	16,7
Rất không hài lòng	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Trong nghiên cứu, đa số các bệnh nhân đều hài lòng và rất hài lòng về kết quả phẫu thuật. Có 6 NB chiếm 16,7% không hài lòng về kết quả phẫu thuật.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Một số đặc điểm của NB.** NB trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình  $57,4 \pm 11,5$ . Đa số NB thuộc nhóm tuổi từ 41 – 70 tuổi chiếm 80,6%. Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu của Sheng Shi[6] với tuổi trung bình là  $47,4 \pm 7,0$  hay nghiên cứu của Lâm Khải Duy[7] với độ tuổi trung bình là  $49,5 \pm 14,0$ . Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của thoát vị đĩa đệm: ở tuổi trung niên, đĩa đệm thoái hóa dần dẫn đến vòng xơ đĩa đệm nứt nhiều hơn cùng với nhân đệm vẫn còn khả năng giãn nở tốt và hậu quả là thoát vị xảy ra thường xuyên hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ NB nam cao hơn nữ với tỉ lệ 1,25. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lâm Khải Duy [7], mặt khác có một số tác giả nghiên cứu tỉ lệ NB nữ cao hơn. Tuy nhiên, sự phân bố NB theo giới không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

NB có hội chứng tủy hay gặp nhất với 52,7% các trường hợp, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Lâm Khải Duy[7] (77,8% trường hợp có hội chứng tủy) khi số NB có tổn thương tủy cao hơn tổn thương rễ. Đa phần NB ở nước ta có thời gian khởi phát triệu chứng dài, đáp ứng với điều trị nội khoa cùng với đó là tâm lý sợ phẫu thuật nên cố chịu đựng. Do đó, chỉ khi xuất hiện triệu chứng của tổn thương tủy, thất bại với điều trị nội khoa NB mới chịu đi khám và đồng ý phẫu thuật. Vì vậy, số NB biểu hiện hội chứng tủy thường chiếm tỷ lệ cao.

Trong nghiên cứu ghi nhận thoát vị vị trí C56 gặp nhiều nhất với tỷ lệ 50% tổng số các vị trí thoát vị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nhiều tác giả khác khi vị trí thoát vị hay gặp nhất là C56 như: Nguyễn Trung Kiên[8] thoát vị C56 gặp ở 50% các trường hợp, hay Sheng Shi[6] nghiên cứu thoát vị C56 gặp ở 45,6% NB. Cột sống cổ là phần linh hoạt nhất của cột sống, trong sinh hoạt cũng như trong lao động đĩa đệm C5-C6 tham gia nhiều vào các

động tác cúi, uốn của cột sống cổ. Vì vậy đĩa đệm C5-C6 sớm bị thoái hóa hơn, điều đó giải thích lý do vì sao hay gặp thoát vị đĩa đệm C5-C6 hơn các vị trí khác.

**4.2. Cải thiện mức độ đau.** Trước mổ, điểm VAS trung bình trong nghiên cứu là  $6,7 \pm 0,9$ . Tại thời điểm ra viện, mức độ đau giảm với điểm VAS trung bình là  $3,5 \pm 0,9$ ; đến thời điểm khám lại, mức độ đau tiếp tục giảm, VAS trung bình  $2,0 \pm 1,1$ . Như vậy, sau mổ mức độ đau đã cải thiện một cách đáng kể, khi so sánh từng cặp thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả NC của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của một số tác giả khác như Mohsen Rostami[9] với VAS trước mổ là  $5,6 \pm 1,6$  giảm xuống còn  $0,9 \pm 0,5$  sau mổ 6 tháng. Dấu hiệu đau giảm dần theo thời gian sau mổ, chứng tỏ hiệu quả của phẫu thuật.

**4.3. Sự cải thiện tổn thương hội chứng chèn ép tủy, rễ - tủy.** Trước phẫu thuật, JOA trung bình của nhóm NB có hội chứng chèn ép tủy và hội chứng chèn ép rễ - tủy hỗn hợp là  $10,2 \pm 2,8$ , chủ yếu nằm ở mức trung bình với 44,0% số NB. Tại thời điểm khám lại, chức phận tủy có hồi phục với JOA trung bình là  $13,6 \pm 2,4$  điểm, chủ yếu ở mức độ nhẹ với 84,0%, sự khác biệt với trước mổ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tỉ lệ hồi phục chức năng tủy RR rất tốt là 8,0%, tốt 56%, trung bình 28,0%, vẫn còn 8,0% trường hợp phục hồi kém. Nguyên nhân chính gây ra hội chứng chèn ép tủy là do đĩa đệm thoát vị chèn ép trực tiếp vào tủy sống, phẫu thuật đã lấy bỏ được khối thoát vị giải phóng chèn ép, tủy sống hồi phục dần với biểu hiện triệu chứng lâm sàng được cải thiện tuy nhiên vẫn còn chậm và dai dẳng, thường sẽ để lại di chứng lâu dài, khó hồi phục hoàn toàn. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác khi sau phẫu thuật chức phận tủy đều cải thiện, thể hiện qua điểm JOA sau mổ cao hơn trước mổ như Sheng Shi[6] hay Lâm Khải Duy[7].

**4.4. Xương CSC, mức độ hài lòng của NB khi khám lại và các biến chứng.** Tại thời điểm khám lại sau mổ 6 tháng, 100% NB đều có sự liên tục giữa bờ xương đốt sống liền kề với vật liệu ghép (cage và xương nhân tạo) trên Xquang; không ghi nhận trường hợp nào gãy, bung nẹp vít ra khỏi thân đốt sống, di lệch miếng ghép ra sau hay mất vững cột sống. Vì thời gian khám lại của chúng tôi có 6 tháng không đủ dài để đánh giá mức độ hàn xương nên chúng tôi chỉ đánh giá có hay không sự mất liên tục giữa vật liệu ghép (miếng ghép và xương nhân tạo) với bề mặt đốt

sống phía trên và dưới đĩa đệm phẫu thuật.

Trong nghiên cứu, có đến 83,3% NB hài lòng và rất hài lòng về kết quả phẫu thuật sau 6 tháng. Đây đều là những NB sau mổ cải thiện được tình trạng lâm sàng rõ rệt và trở lại với các sinh hoạt cơ bản hàng ngày. Ngoài ra, vẫn còn 16,7% không hài lòng về kết quả phẫu thuật. Mặc dù sau phẫu thuật các triệu chứng có giảm nhưng NB vẫn cảm thấy khó chịu, ảnh hưởng đến sinh hoạt và làm việc hàng ngày.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị TVĐĐ CSC thấp đơn tầng bằng phương pháp nẹp vít, hàn xương liên thân đốt lồi trước cho kết quả cải thiện tốt các biểu hiện lâm sàng và không có tai biến trong mổ. Sau mổ cải thiện rõ rệt mức độ đau với điểm VAS trung bình trước mổ  $6,7 \pm 0,9$ , khám lại sau mổ 6 tháng giảm còn  $2,0 \pm 1,1$ . Chức năng cột sống sau mổ 6 tháng cải thiện tốt hơn trước mổ với điểm NDI trung bình lần lượt  $22,3 \pm 12,9\%$  và  $52,0 \pm 14,0\%$ . Chức năng tùy hồi phục tốt với điểm JOA trước mổ  $10,2 \pm 2,8$  và sau mổ 6 tháng  $13,6 \pm 2,4$  và tỉ lệ hồi phục RR ở mức rất tốt và tốt là 64,0%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Radhakrishnan, K., et al., Epidemiology of cervical radiculopathy: a population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990.

1994. 117(2): p. 325-335.
- Kim, D.H., et al., Surgical anatomy and techniques to the spine e-book: expert consult-online and print. 2013: Elsevier Health Sciences.
  - Buttermann, G.R.J.S., Anterior cervical discectomy and fusion outcomes over 10 years. 2018. 43(3): p. 207-214.
  - Konduru, S. and G.J.B.J.o.N. Findlay, Anterior cervical discectomy: to graft or not to graft? 2009. 23(1): p. 99-103.
  - Pointillart, V., et al., Anterior discectomy without interbody fusion for cervical disc herniation. 1995. 4(1): p. 45-51.
  - Shi, S., et al., Comparison of 2 zero-profile implants in the treatment of single-level cervical spondylotic myelopathy: a preliminary clinical study of cervical disc arthroplasty versus fusion. 2016. 11(7): p. e0159761.
  - Duy, L.K., N.H. Thuận, and N.T.J.T.c.Y.D.h.C.T. Tân, ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỘ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT ĐĨA, HẠN LIÊN THÂN ĐỐT LỒI TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CÁN THỜ. 2022(50): p. 218-225.
  - Kiên, N.T., 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, in Luận án Tiến sĩ Y học. 2020, Học viện Quân y: Hà Nội.
  - Rostami, M., et al., The impact of single-level anterior cervical discectomy and fusion on cervical sagittal parameters and its correlation with pain and functional outcome of patients with neck pain. 2021. 15(5): p. 899-905.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG MẠN TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHOAN SỌ MỘT LỖ - BƠM RỬA DẪN LƯU KÍN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Xuân Phương<sup>1</sup>, Trần Mạnh Cường<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng sau mổ của bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 44 bệnh nhân được chẩn đoán máu tụ dưới màng cứng mạn tính và được phẫu thuật bằng phương pháp khoan sọ một lỗ - bơm rửa dẫn lưu kín tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 62,5. Tỷ lệ nam/nữ: 4,5/1. Triệu chứng lâm sàng: đau đầu 75%, liệt vận động 40,9%, động kinh 4,5% và ý thức

lơ mơ 18,2%. Nguyên nhân máu tụ do chấn thương 63,6%. Hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính sọ não: giảm tỷ trọng gấp 63,6%, bề dày máu tụ trung bình 13,6 mm và đè đẩy đường giữa trung bình 9,2 mm. Biến chứng sau phẫu thuật: tràn khí nội sọ 81,8%, có 9,1% bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng mạn tính tái phát. **Kết luận:** Phẫu thuật khoan sọ một lỗ dẫn lưu kín máu tụ DMC mạn tính mang hiệu quả và an toàn cho người bệnh. Rút dẫn lưu máu tụ khoảng 72 giờ sẽ làm giảm nguy cơ tái phát sau mổ.

**Từ khóa:** Máu tụ dưới màng cứng mạn tính, phẫu thuật khoan sọ một lỗ, máu tụ tái phát.

## SUMMARY

**ASSESSMENT OF RESULTS TREATING CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA BY SINGLE-HOLE CRANIOTOMY WITH IRRIGATION AND CLOSED DRAINAGE AT 103 MILITARY HOSPITAL**

**Aim:** Evaluating of some clinical, preclinical

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023