

V. KẾT LUẬN

Chất lượng phôi đánh giá theo khối ICM và khối tế bào TE loại A, B cho kết quả có thai cao nhất. Phôi có điểm số KIDS càng cao thì tỉ lệ có thai càng cao, phôi được lựa chọn chủ yếu có điểm KIDS từ 5 đến 9 điểm. Tuy nhiên đây mới là nghiên cứu ban đầu nên điểm số Kidscore chưa phải là yếu tố chỉ điểm đủ mạnh tiên đoán khả năng có thai mà cần nghiên cứu với số liệu lớn hơn.

VI. KIẾN NGHỊ

Nuôi phôi bằng hệ thống Timelapse giúp lựa chọn loại trừ các phôi có động học bất thường. Có thể sử dụng để đánh giá chất lượng phôi chuyển dựa vào điểm số Kidscore và cần tiến hành nghiên cứu sâu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahlström A., Westin C., Reisner E. et al. (2011). Trophoblast morphology: an important parameter for predicting live birth after single blastocyst transfer. *Hum Reprod Oxf Engl*, 26(12), 3289–3296.
2. Ai J., Jin L., Zheng Y. et al. (2021). The Morphology of Inner Cell Mass Is the Strongest

- Predictor of Live Birth After a Frozen-Thawed Single Embryo Transfer. *Front Endocrinol*, 12, 621221.
3. Fujiwara M., Takahashi K., Izuno M. et al. (2007). Effect of micro-environment maintenance on embryo culture after in-vitro fertilization: comparison of top-load mini incubator and conventional front-load incubator. *J Assist Reprod Genet*, 24(1), 5–9.
 4. Gardner D.K., Lane M., Stevens J. et al. (2000). Blastocyst score affects implantation and pregnancy outcome: towards a single blastocyst transfer. *Fertil Steril*, 73(6), 1155–1158.
 5. Kato K., Ueno S., Berntsen J. et al. (2021). Comparing prediction of ongoing pregnancy and live birth outcomes in patients with advanced and younger maternal age patients using KIDScore™ day 5: a large-cohort retrospective study with single vitrified-warmed blastocyst transfer. *Reprod Biol Endocrinol RBE*, 19(1), 98.
 6. Licht P., Russu V., and Wildt L. (2001). On the role of human chorionic gonadotropin (hCG) in the embryo-endometrial microenvironment: implications for differentiation and implantation. *Semin Reprod Med*, 19(1), 37–47.
 7. Lundin K. and Park H. (2020). Time-lapse technology for embryo culture and selection. *Ups J Med Sci*, 125(2), 77–84.
 8. Sivanantham S., Saravanan M., Sharma N. et al. (2022). Morphology of inner cell mass: a better predictive biomarker of blastocyst viability. *PeerJ*, 10, e13935.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SAU MỔ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại bệnh viện Châm cứu Trung ương. **Đối tượng:** 60 bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỉ lệ nam và nữ mắc bệnh là như nhau, nghề nghiệp chủ yếu là lao động nặng (66,7%), thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm 68,3%. Thoát vị đĩa đệm vị trí L4 - L5 và L5-S1 chiếm tỉ lệ cao, thường gặp thoát vị đĩa đệm một tầng. Hội chứng cột sống thắt lưng: mất đường cong sinh lý (chiếm 70,0%), cơ cứng cơ cạnh sống (chiếm 95,0%) và hạn chế vận động cột sống thắt lưng (chiếm 100%); Hội chứng rễ thần kinh: dấu hiệu Lasègue (+) (chiếm 95%), điểm Valleix (+) (chiếm 91,7%), rối loạn cảm giác theo kiểu rễ (chiếm

Đinh Trọng Thái¹, Nguyễn Thị Thanh Tú²

83,3%). Phương pháp mổ mở chiếm 50%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 66,25 phút.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, Phẫu thuật cột sống thắt lưng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS AFTER SURGERY FOR LUMBAR DISC HERNIATION AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ACUPUNCTURE

Objective: To survey the clinical characteristics of the patients after their surgery for lumbar disc herniation at the Main Hospital of Acupuncture. **Subjects:** 60 patients after a surgery for lumbar disc herniation. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** The proportion of men and women with the disease was the same, whose occupation was mainly heavy labor (66.7%), and the duration of the disease was over 3 months, accounting for 68.3%. The patients with disc herniation at L4-L5 and L5-S1 positions was predominant, and one-level disc herniation was common. The spinal syndrome: loss of physiological curve (70%), paravertebral muscle spasticity (95%), and limited lumbar spine movement (100%); Nerve root syndrome: Lasègue sign (+)

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: thanhtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 5.12.2023

(95%), Valleix pain point (+) (91.67%), radicular sensory disorder (83.33%). Open surgery accounts for a high rate of 50%. The average surgery time was 66.25 minutes.

Keywords: Clinical characteristics, Lumbar disc herniation, Surgery for lumbar disc herniation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) tại vị trí cột sống thắt lưng (CSTL) chiếm tỉ 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 [9]. Phẫu thuật để điều trị TVĐĐ CSTL có nhiều phương pháp như: lấy đĩa đệm qua da, lấy đĩa đệm bằng nội soi, làm tiêu nhân đĩa đệm bằng laser, tạo hình đĩa đệm bằng sóng radio, mổ vi phẫu, mổ mở lấy bỏ đĩa đệm [1]. Một số nghiên cứu gần đây trên thế giới về 179 quy trình phẫu thuật thì phẫu thuật cột sống được đánh giá là một trong 6 loại phẫu thuật gây ra mức độ đau sau phẫu thuật là nhiều nhất [10]. Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng của người bệnh sau phẫu thuật giúp người thầy thuốc có hướng xử trí phù hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nghiên cứu này của chúng tôi thực hiện nhằm mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại bệnh viện Châm cứu Trung ương"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tuổi > 18, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân sau phẫu thuật TVĐĐ CSTL từ ngày thứ 3.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm CSTL kèm theo các bệnh lý tim, phổi, gan, thận cấp tính; bệnh lý loét dạ dày tá tràng tiến triển.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Gồm 60 bệnh nhân đã phẫu thuật CSTL do TVĐĐ được điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023.

2.2.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, vị trí TVĐĐ, số tầng TVĐĐ.

- Đặc điểm lâm sàng:

+ Triệu chứng cơ năng: mức độ đau, hướng đau lan, vị trí đau, tính chất đau, rối loạn cảm giác.

+ Triệu chứng thực thể: hội chứng cột sống, hội chứng rễ thần kinh, hội chứng đuôi ngựa, rối loạn cơ tròn.

- Đặc điểm phẫu thuật: Phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, tai biến trong phẫu thuật, nhiễm trùng vết mổ.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm phần mềm thống kê sinh học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Chi số	Bệnh nhân (n=60)		
	n	Tỷ lệ (%)	
Độ tuổi	30-39	13	21,7
	40-49	16	26,7
	50-59	12	20,0
	≥ 60	19	31,7
Tuổi trung bình: 50,37 ± 11,62			
Giới	Nam	28	46,7
	Nữ	32	53,3
Nghề nghiệp	Lao động nặng	40	66,7
	Lao động nhẹ	20	33,3
Thời gian mắc bệnh	≤ 1 tháng	8	13,3
	1 tháng - 3 tháng	11	18,3
	≥ 3 tháng	41	68,3
Vị trí TVĐĐ	L4 - L5	33	55,0
	L5 - S1	13	21,7
	L4-L5+L5-S1	12	20,0
	Khác	2	3,3
Số tầng TVĐĐ	1 tầng	46	76,7
	2 tầng	12	20,0
	Khác	2	3,3

Đa số bệnh nhân TVĐĐ xảy ra nhiều ở tuổi trên 30, trong đó tuổi từ 30 đến 60 chiếm nhiều nhất với 68,3%. Tỉ lệ bệnh nhân nữ bị TVĐĐ cao hơn nam giới. Bệnh nhân lao động nặng chiếm đa số (66,7%). Số lượng bệnh nhân mắc bệnh trên 3 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (68,3%). Vị trí TVĐĐ tại L4-L5 chiếm tỉ lệ cao nhất (55,0%). TVĐĐ 1 tầng chiếm tỉ lệ cao nhất (76,7 %).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Bệnh nhân (n=60)		
	n	%	
Vị trí rối loạn cảm giác	Rối loạn cảm giác nông (đau, tê bì) ở mông	17	28,3
	Rối loạn cảm giác ở mông, đùi, cẳng chân	12	20,0
	Rối loạn cảm giác ở mông, đùi, cẳng chân, ngón chân	31	51,7

Đau lan dọc theo dây thần kinh hông to		54	90,0
Vị trí đau	Bên phải	16	26,7
	Bên trái	16	26,7
	2 bên	28	46,7
Tính chất đau	Đau khi nghỉ	5	8,3
	Đau liên tục	13	21,7
	Đau khi vận động, ho, hắt hơi	42	70,0
Mức độ đau theo VAS	Đau nhẹ	3	5,0
	Đau vừa	24	40,0
	Đau nặng	32	53,3
	Đau rất nặng	1	1,7

Tỷ lệ bệnh nhân tê bì cả ở mông, đùi, cẳng chân và ngón chân chiếm đa số với 51,7%. Hầu hết bệnh nhân đau lan dọc theo đường đi dây thần kinh hông to (90,0%), bệnh nhân đau cả 2 bên chiếm tỉ lệ cao với 46,7%, đa số các bệnh nhân đau kiểu cơ học, đau khi vận động, ho, hắt hơi (70,0%) và mức độ nặng theo thang điểm VAS chiếm đa số (53,3%).

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng thực thể

Khám thực thể		Bệnh nhân (n=60)	
		n	%
Hội chứng cột sống	Mất đường cong sinh lý	42	70,0
	Lệch, vẹo CSTL	34	56,7
	Co cứng cơ cạnh cột sống thắt lưng	57	95,0
	Hạn chế vận động CSTL	60	100
Hội chứng rễ thần kinh	Dấu hiệu Lasègue (+)	57	95,0
	Điểm đau Valleix (+)	55	91,7
	Rối loạn cảm giác theo rễ	50	83,3
	Rối loạn phản xạ gót gối	31	51,7
	Teo cơ theo rễ	15	25,0
Rối loạn cơ tròn		8	13,3
Hội chứng đuôi ngựa		6	10,0

Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu mất đường cong sinh lý (70,0%), Tỷ lệ bệnh nhân lệch, vẹo CSTL chiếm 56,67%. Đa số bệnh nhân đều co cứng cơ cạnh CSTL (chiếm 95%), 100% bệnh nhân hạn chế vận động CSTL. Bệnh nhân có dấu hiệu Lasègue (+) chiếm 95%, có điểm đau Valleix (+) chiếm 91,67%, có biểu hiện rối loạn cảm giác theo rễ chiếm 83,33%. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn cơ tròn chiếm 13,3% và bệnh nhân có hội chứng đuôi ngựa chiếm 10%.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

Phẫu thuật		Bệnh nhân (n=60)	
		n	%
Phương	Mổ mở cửa sổ xương	30	50,0

pháp phẫu thuật	hoặc cắt cung sau cột sống		
	Thay thế đĩa đệm nhân tạo	12	20,0
	Phẫu thuật nội soi	18	30,0
Thời gian phẫu thuật (phút)	≤ 60	26	43,3
	> 60	34	56,7
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		66,25 ± 14,4	

Phương pháp phẫu thuật mở cửa sổ xương hoặc cắt cung sau cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), phẫu thuật nội soi chiếm 30% và thay thế đĩa đệm nhân tạo chiếm 20%. Thời gian phẫu thuật trung bình các bệnh nhân là 66,25 ± 14,4 phút, đa số trên 60 phút (chiếm 56,7%).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình các bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi là 50,37 ± 11,62 (tuổi). Kết quả của chúng tôi cũng tương đương kết quả của một số nghiên cứu khác. Theo kết quả nghiên cứu của Trần Thị Lan Nhung, tuổi trung bình là 42,7 tuổi [5]; nghiên cứu của Trần Thái Hà tuổi trung bình là 50,3 [2]. Các nghiên cứu đều cho thấy, người bệnh đa số trong độ tuổi lao động, đĩa đệm cột sống phải chịu tác động trọng tải lớn và các chấn thương, vi chấn thương trong quá trình làm việc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nữ giới có xu hướng nhiều hơn nam giới. Một số các nghiên cứu cũng cho thấy có sự tương đồng. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Thu, tỷ lệ nam giới chiếm 47,5%, nữ giới chiếm 52,55% [7]; nghiên cứu của Bùi Việt Hùng, tỷ lệ nam giới chiếm 46,67%, nữ giới chiếm 53,33% [3]. Mặc dù tỷ lệ nữ giới có xu hướng tăng hơn nam giới nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Như vậy giới tính không phải đặc trưng của TVĐĐ CSTL. Điều này phù hợp với sự phân công lao động trong điều kiện kinh tế xã hội hiện nay, cả nam và nữ đều có thể tham gia lao động và hoạt động xã hội như nhau mà không phân biệt giới tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nghề nghiệp của bệnh nhân được xếp làm hai nhóm đó là người lao động nặng bao gồm công nhân, nông dân hoặc người mang vác, bưng bê hoặc thường xuyên làm việc nặng khác; nhóm lao động nhẹ bao gồm: Cán bộ hưu, nhân viên văn phòng, giáo viên... Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm lao động nặng chiếm tỷ lệ lớn (66,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Đăng Tuệ (2013), bệnh nhân lao động nặng

chiếm 65% [8]. Như vậy các công việc lao động nặng, mang vác nặng thường xuyên làm tăng thêm áp lực đĩa đệm dễ gây nên thoát vị CSTL.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân được chẩn đoán TVĐĐ > 3 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (68,3%). Thông thường, khi người bệnh khi được chẩn đoán TVĐĐ sẽ được điều trị nội khoa và phương pháp điều trị ngoại sẽ sẽ được áp dụng nếu điều trị nội khoa thất bại. Vì vậy, đa phần bệnh nhân khi có chỉ định phẫu thuật thì đã có thời gian mắc bệnh kéo dài.

TVĐĐ 1 tầng chiếm đa số với 76,7%, 2 tầng chiếm 20%, trong đó thoát vị đĩa đệm hay gặp nhất ở vị trí L4-L5 và L5-S1. Điều này chứng minh cơ chế bệnh sinh của TVĐĐ L4-L5 và L5-S1 thường xuyên phải chịu áp lực trọng tải lớn nhất và lại nằm tại vùng bản lề hoạt động của cơ thể nên hay xảy ra TVĐĐ nhất.

Đa số bệnh nhân đau lan dọc theo dây thần kinh hông to (90%) và tê bì, rối loạn cảm giác ở mông, đùi, cẳng chân, và cả ngón chân (51,7%). Điều này cho thấy đa số các bệnh nhân nghiên cứu bị đau thần kinh tọa do TVĐĐ mức độ nặng và cần điều trị bằng phương pháp phẫu thuật. Biểu hiện sớm nhất của bệnh nhân đau thần kinh tọa do TVĐĐ CSTL là đau, đây cũng là nguyên nhân chính làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và phải nhập viện điều trị. 70,0% bệnh nhân đau khi vận động, ho, hắt hơi; đó là biểu hiện cho đau thần kinh tọa có tính chất cơ học. Đau xuất hiện và tăng lên khi tải trọng cơ học tác động lên CSTL tăng lên. Ngoài ra, nếu tính cường độ đau theo thang điểm nhìn tương ứng (VAS), đa số bệnh nhân có mức độ đau vừa (40%) và đau nặng (53,33%). Mức độ đau này cũng phù hợp cho bệnh nhân sau mổ TVĐĐ, ngoài đau do hội chứng thắt lưng hông, bệnh nhân còn đau do tổn thương mô mềm sau phẫu thuật.

Ngoài triệu chứng đau thì các triệu chứng thường gặp trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu như: mất đường cong sinh lý (70%), co cứng cơ cạnh cột sống (95%), hạn chế vận động CSTL (100%). Quá trình TVĐĐ làm vòng sợi bị đứt một phần hay toàn bộ, nhân nhầy tụt ra phía sau đè ép vào rễ thần kinh và các tổ chức xung quanh. Thêm vào đó những thay đổi thứ phát của TVĐĐ như: phù nề các mô xung quanh, ứ đọng tĩnh mạch, các quá trình viêm, dính... làm cho đau càng cơ cạnh sống nhiều hơn [6]. Các triệu chứng kích đặc trưng thích rễ thần kinh cũng xuất hiện nhiều trên bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi: dấu hiệu Lasègue (+) (95%), điểm đau Valleix (+) (91,67%), rối loạn cảm giác

theo rễ (83,33%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hồ Hữu Lương dấu hiệu Lasègue (+) (96,7%) [6]. Các triệu chứng nặng ít gặp hơn trên bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi như: teo cơ theo rễ (25%), rối loạn cơ tròn (13,3%), hội chứng đuôi ngựa (10%). Một số bệnh nhân có nhân nhầy đĩa đệm thoát vị hoàn toàn và lọt vào trong ống sống, thường do chấn thương mạnh cột sống thắt lưng, gây bệnh cảnh lâm sàng rất nặng, có hội chứng đuôi ngựa do khối TVĐĐ lớn chèn ép đuôi ngựa đột ngột sau một chấn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các phương pháp mổ được chỉ định cho bệnh nhân nhiều gồm mổ mở cửa sổ xương hoặc cắt cung sau cột sống (50,0%), thay thế đĩa đệm nhân tạo (20,0%) và phẫu thuật nội soi (30,0%). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hoài mổ mở (81,4%), mổ ít xâm lấn (18,6%) [4]. Như vậy, đa số bệnh nhân khi phẫu thuật tình trạng TVĐĐ nặng nên việc lựa chọn các phương pháp mổ ít xâm lấn không phù hợp cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nam giới và nữ giới mắc bệnh là như nhau, nghề nghiệp chủ yếu là lao động nặng (66,7%). Thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm 68,3%. TVĐĐ vị trí L4-L5 và L5-S1 chiếm tỉ lệ cao, thường gặp TVĐĐ một tầng.

Mức độ đau vừa và đau nhiều chiếm tỉ lệ cao (40% và 53,3%), tính chất đau lan dọc theo dây thần kinh hông to, đau có tính chất cơ học, tăng khi vận động, ho, hắt hơi.

Hội chứng cột sống thắt lưng biểu hiện mất đường cong sinh lý (70,0%), co cứng cơ cạnh sống (95,0%) và hạn chế vận động CSTL (100%). Hội chứng rễ thần kinh: dấu hiệu Lasègue (+) (95,0%), điểm đau Valleix (+) (91,7%), rối loạn cảm giác theo rễ (83,3%). Ngoài ra một số ít bệnh nhân có hội chứng đuôi ngựa và rối loạn cơ tròn.

Phương pháp mổ mở chiếm tỉ lệ cao với 50,0%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 66,25 phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hanh Đệ** (2012), Cấp cứu ngoại khoa (tập 1). Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Hà Nội.
2. **Trần Thái Hà** (2012), Nghiên cứu bài thuốc "Thần thống trục ứ thang" và tác dụng điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm. Luận văn Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Bùi Việt Hùng** (2014), Đánh giá tác dụng của điện trường châm trong điều trị hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm. Luận văn Thạc sỹ

- Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Bùi Thị Thu Hoài** (2014), Mô tả chất lượng giấc ngủ và yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2014. Luận văn tốt nghiệp, Trường ĐHY Hà Nội.
 5. **Trần Thị Lan Nhung** (2006), "Bước đầu nghiên cứu hiệu quả điều trị đau vùng thắt lưng do thoát vị đĩa đệm với phương pháp kéo nắn bằng tay." Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
 6. **Hồ Hữu Lương** (2012), Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
 7. **Nguyễn Minh Thu** (2013), So sánh một số
 - thang điểm lâm sàng đánh giá mức độ nặng của bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân Y.
 8. **Đinh Đăng Tuệ** (2013), Đánh giá hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 9. **Andrew J**, Functional restoration for a chronic lumbar disk extrusion with associated radiculopathy. Issue of Physical therapy.
 10. **H. J. Gerbershagen, S. Aduckathil, A. J. M. van Wijck, L. M. Peelen, C. J. Kalkman, and W. Meissner**, "Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures," Anesthesiology.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP NÚT BẠCH MẠCH RÒ DƯỠNG CHẤP MÀNG PHỔI

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Nguyễn Ngọc Cương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tràn dưỡng chấp màng phổi bằng can thiệp nút bạch mạch qua da. **Đối tượng phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các bệnh nhân rò dưỡng chấp màng phổi đã được điều trị can thiệp từ 1.2019 đến 8.2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 49,1±12,4 tuổi (27- 74 tuổi) với tỷ lệ Nam: Nữ 1,8. Đa số bệnh nhân tràn dưỡng chấp màng phổi phải (86%). Nguyên nhân thuộc hai nhóm là tràn dưỡng chấp sau phẫu thuật/chấn thương 68%, tự phát do dị dạng đường bạch huyết hoặc vô căn chiếm 32%. Kết quả can thiệp điều trị qua da thành công chiếm 92% với 23 ca khỏi tràn dịch, 2 ca điều trị không thành công là hai ca tràn dưỡng chấp màng phổi tự phát được điều trị bằng gây dính màng phổi. Tai biến xảy ra ở 2 bệnh nhân rò túi mật được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Không có tai biến liên quan đến tàn tật và tử vong. **Kết luận:** tràn dưỡng chấp màng phổi thường gặp sau sang chấn hoặc tự phát. Điều trị can thiệp nút bạch mạch là phương pháp hiệu quả cao, nhất là nhóm nguyên nhân rò dịch màng phổi sau sang chấn. **Từ khóa:** tràn dưỡng chấp màng phổi, chụp bạch mạch, nút bạch mạch, nút ống ngực

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND RESULTS OF PERCUTANEOUS EMBOLIZATION TREATMENT FOR CHYLOTHORAX

Purpose: To investigate the clinical

characteristics and treatment outcomes of pleural effusion due to chylothorax treated with percutaneous catheterization. **Materials and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on patients with chylothorax who underwent percutaneous intervention from January 2019 to August 2023. **Results:** The average age was 49.1 ± 12.4 years (ranging from 27 to 74 years) with a male-to-female ratio of 1.8. The majority of patients had traumatic chylothorax (86%). The etiology was divided into two groups: postoperative/traumatic chylothorax (68%) and spontaneous chylothorax due to thoracic duct abnormalities or idiopathic causes (32%). The percutaneous intervention was successful in 92% of cases, with 23 patients resolving their chyle effusion, and 2 cases deemed unsuccessful, both of which were spontaneous chylothorax treated with pleurodesis. Complications occurred in 2 patients who had gallbladder leakage and were treated with laparoscopic cholecystectomy. There were no complications related to disability or mortality. **Conclusion:** Chylothorax is commonly encountered after trauma or operation. Percutaneous lymphatic embolization is a highly effective treatment method, especially for cases of post-traumatic/operative chyle effusion. **Keywords:** chylothorax, lymphangiography, lymphatic embolization, thoracic embolization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dưỡng chấp khoang màng phổi là tình trạng xuất hiện dịch dưỡng chấp trong khoang màng phổi. Sự thất thoát dịch này vào trong khoang màng phổi gây ra các biến chứng suy hô hấp, suy dinh dưỡng, rối loạn điện giải và suy giảm miễn dịch [1], [2]. Nguyên nhân của tràn dịch dưỡng chấp màng phổi do tự phát hoặc sau sang chấn. Nguyên nhân sau sang chấn có thể do mổ, sau các can thiệp vùng cổ ngực hay sau

¹Trường ĐHY Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương

Email: cuongcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023