

này có thể bị tổn thương khi gãy lồi cầu dẫn đến ảnh hưởng vận động. Ngoài ra, việc tuân thủ chế độ điều trị cho các bệnh nhân gãy lồi cầu cũng đòi hỏi khắt khe hơn các gãy xương khác do đó chức năng vẫn chưa đạt được như mong muốn.

Kết quả chung sau điều trị kết quả tốt đạt 66,7%, kết quả trung bình đạt 25,5%, kết quả kém chiếm 7,8%. Trong đó kết quả tốt của các nhóm có can thiệp phẫu thuật đạt >80% cao hơn so với nhóm điều trị bảo tồn chỉ đạt kết quả tốt là 57,6%. Điều này cũng tương tự như nhận xét của các tác giả khác (García-Guerrero, Gupta, Singh) khi so sách kết quả của 2 nhóm điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,155$) nhưng kết quả nghiên cứu cho thấy việc chỉ định phẫu thuật đúng sẽ cho kết quả khả quan hơn.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên là tương đối tốt. Việc chẩn đoán và kế hoạch điều trị đúng sẽ giúp giảm thiểu tối đa các biến chứng cho bệnh nhân.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MỞ KHÍ QUẢN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG QUA DA TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9 - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Tô Hiến Minh¹, Trần Hữu Thông², Nguyễn Anh Tuấn^{2,3}, Nguyễn Hữu Quân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật mở khí quản nong qua da tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả/ tiến cứu trên các bệnh nhân nặng cần mở khí quản tại Trung tâm Cấp cứu A9 của Bệnh viện Bạch Mai từ 1/8/2022 đến 30/8/2023. **Kết quả:** Tổng số 23 bệnh nhân, 69,6% (16/23) là nam giới và 78,3% (18/23) \geq 60 tuổi. Bệnh lý phối hợp bao gồm tăng huyết áp (56,5%; 13/23) và đái tháo đường (47,8%; 11/23). Số bệnh nhân (47,8%; 11/23) được mở khí quản muện và có 12/23 (52,2%) được mở khí quản sớm. Chỉ định mở khí quản do tiền lượng thở máy kéo dài chiếm 60,9% (14/23) và do các trường hợp khác là 39,1%. Chẩn đoán chính để chỉ định mở khí quản cao nhất là hôn mê sau ngừng tuần hoàn (26,1%, 6/23), sau đó là đột quỵ não (21,7%, 5/23).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Seshappa KN, Rangaswamy S (2020). Bilateral mandibular condyle fractures: Should we open both? Natl J Maxillofac Surg (2020) Jul-Dec; 11(2): 285-288
2. George N, Brandon J, et al (2019). Establishing a Protocol for Closed Treatment of Mandibular Condyle Fractures with Dynamic Elastic Therapy. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2019 Dec; 7(12): e2506.
3. Viveka N, Rajan R, Ganti S (2013). Analysis of Patterns and Treatment Strategies for Mandibular Condyle Fractures: Review of 175 Condyle Fractures with Review of Literature. J Maxillofac Oral Surg. 2013 Sep; 12(3): 315–320
4. Choi K.Y, Yang J.D, Chung H.Y (2012). Current Concepts in the Mandibular Condyle Fracture Management. Arch Plast Surg. 2012 Jul; 39(4): 291–300
5. Ellis E, Simon P, Throckmorton GS (2000). Occlusal results after open or closed treatment of fractures of the mandibular condylar process. J Oral Maxillofac Surg. 2000;58:260–268
6. García-Guerrero I, Ramírez JM, Gómez de Diego R, Martínez-González JM, Poblador MS, Lancho JL, et al (2018). Complications in the treatment of mandibular condylar fractures: Surgical versus conservative treatment. Ann Anat. 2018;216:60–8

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân nặng được mở khí quản có độ tuổi trung bình khá cao. Bệnh lý phối hợp phổ biến bao gồm tăng huyết áp và đái tháo đường. Thời gian mở khí quản ngắn, thủ thuật được tiến hành đơn giản, tỷ lệ thành công cao. **Từ khóa:** Mở khí quản nong qua da

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF PERCUTANEOUS DILATIONAL TRACHEOSTOMY AT EMERGENCY CENTER – BACH MAI HOSPITAL

Objectives: Evaluate the results of percutaneous dilatational tracheotomy at Emergency center – Bach Mai hospital. **Methods:** Prospectively descriptive study with 23 patients required prolonged mechanical ventilator support who were indicated percutaneous dilatational tracheotomy by Single dilator technique at emergency center – Bach Mai hospital from 08/2022 to 08/2023. **Results:** There were 23 patients in the study group with 16 males and 7 females. Mean age was 67 years. Prolonged mechanical ventilator support was 60.9% and other causes was 39.1%. Mean procedure time was 7.9 minutes and duration of intubation before PDT was 7.8 days. Common comorbidities included hypertension (56.5%, 13/23), diabetes mellitus (47.8%, 11/23). The success rate of the method was 100%. The rate of encountering

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 5.2.2024

difficulties during the procedure is 13%, most of which are difficulties in the procedure of puncture (13%, 3/23) and guidewire insertion (8.7%, 2/23). The procedure was more difficult in the group with neck circumference > 50cm and sternomental distance < 11.2cm. **Conclusion:** Percutaneous dilatational tracheotomy is safe and effective in patients anticipated in need of prolonged mechanical ventilation or other cases requiring a tracheostomy

Keywords: Percutaneous dilatational tracheotomy, PDT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở khí quản là một thủ thuật phổ biến cho những bệnh nhân nặng phải thở máy kéo dài với mục tiêu giảm khoảng chết ở đường thở tạo thuận lợi cho thở máy, chăm sóc hút dịch tiết đường thở dễ dàng hơn và có khả năng giảm tỷ lệ viêm phổi do thở máy. Kỹ thuật mở khí quản phẫu tích do Jackson mô tả lần đầu năm 1909, có tỷ lệ biến chứng lên đến 66% ở những bệnh nhân nặng được nhận vào khu điều trị đặc biệt được yêu cầu mở khí quản.¹ Do tỷ lệ biến chứng cao, đòi hỏi nhu cầu thực hiện một thủ thuật đơn giản hơn, với tỷ lệ biến chứng thấp hơn,² là tiền đề khai sinh phương pháp mở khí quản qua da, được mô tả lần đầu tiên bởi Shelden và cộng sự năm 1957.⁴ Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về kỹ thuật này và với đa số cơ sở, kỹ thuật này còn khá mới mẻ. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nặng có chỉ định mở khí quản, nhận xét kết quả bước đầu khi thực hiện kỹ thuật này

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả những bệnh nhân điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai từ 01/08/2022 đến 30/08/2023 được chỉ định mở khí quản qua da với dụng cụ nong Portex Ultraperc

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân có đầy đủ các tiêu chuẩn sau đây:

- Thông khí nhân tạo ≥ 10 ngày kèm một trong những tiêu chuẩn sau:

1. Liệt cơ hô hấp không hồi phục
2. Không bảo vệ được đường thở
3. Liệt hầu họng không hồi phục
4. Cai thở máy nhiều lần thất bại

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi không đưa vào nghiên cứu các trường hợp sau:

- Viêm mô tế bào vùng cổ
- Không thể xác định giải phẫu vùng cổ hoặc trước đó có tiền sử xạ trị vùng cổ
- Rối loạn đông máu nặng (INR > 1,5 và/hoặc tiểu cầu máu < 50 G/L).

- Bất thường cấu trúc mạch máu quanh khí quản đã xác định

- Biến dạng giải phẫu cổ do u, phì đại tuyến giáp
- Tiền sử từng phẫu thuật khí quản phức tạp
- Gia đình không đồng ý mở khí quản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Đây là nghiên cứu tiến cứu thực hiện trên bệnh nhân nặng có chỉ định mở khí quản điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai tại Hà Nội trong khoảng thời gian từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023

2.2.2. Nội dung nghiên cứu: Dữ liệu cho mỗi bệnh nhân nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất giống nhau và bao gồm:

Đặc điểm chung (ví dụ tuổi, giới), bệnh lý phổi hợp (tăng huyết áp, đái tháo đường) của bệnh nhân được chỉ định mở khí quản

Phương pháp mở khí quản (ví dụ: thời điểm mở khí quản, chỉ định mở khí quản)

Quy trình từng bước, thời gian tiến hành và và kết quả của mở khí quản

2.2.3. Quy trình tiến hành nghiên cứu:

Trong thời gian tham gia điều trị bệnh nhân tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2022 đến hết tháng 8 năm 2023, nghiên cứu viên thu thập dữ liệu của bệnh nhân lưu vào bệnh án mẫu trước, trong và sau khi mở khí quản, đồng thời theo dõi bệnh nhân cho đến khi ra viện. Khi kết thúc thời gian lấy mẫu số liệu, dựa trên danh sách bệnh nhân nghiên cứu đã được lựa chọn trước đó, nghiên cứu viên tiến hành thu thập các dữ liệu còn thiếu từ bệnh án và phần mềm quản lý bệnh nhân

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học IBM SPSS version 16.0 (IBM Corp., Armonk, NY, 116 USA). Số liệu được trình bày dưới dạng số và tỷ lệ phần trăm đối với các biến phân loại và dưới dạng trung vị (median) và khoảng tứ phân vị (interquartile range/IQR) hoặc dưới dạng trung bình (mean) và độ lệch chuẩn (standard deviation/SD) đối với các biến liên tục.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và bệnh lý phổi hợp của bệnh nhân được mở khí quản nong qua da. Tổng số có 23 bệnh nhân điều trị tại Trung tâm Cấp Cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai được mở khí quản (Bảng 1), trong đó có 16/23 (69.6%) bệnh nhân là nam giới và 18/23 (78.3%) bệnh nhân ≥ 60 tuổi. Bệnh lý phổi hợp chiếm đa số bao gồm (Bảng 1): tăng huyết áp (56.5%; 13/23) và

đái tháo đường (47.8%; 11/23).

Bảng 1. Đặc điểm chung và bệnh lý phối hợp của bệnh nhân mở khí quản nông qua da

Đặc điểm	N (%)
Tổng số bệnh nhân	23 (100%)
Tuổi (năm), trung bình (± độ lệch chuẩn)	66.8±16.4
Tuổi	
> 60	18 (78.3%)
≤ 60	5 (21.7%)
Giới	
Nam	16 (69.6%)
Nữ	7 (30.4%)
Bệnh lý/tình trạng phối hợp	
Tăng huyết áp	13 (56.5%)
Đái tháo đường	11 (47.8%)
Đơn độc một bệnh lý phối hợp	7 (30.4%)
Hai bệnh lý phối hợp trở lên	12 (52.2%)

3.2. Mở khí quản nông qua da cho bệnh nhân nặng

Bảng 2. Đặc điểm riêng của từng bệnh nhân được mở khí quản nông qua da

Đặc điểm	N (%)
Tổng số bệnh nhân	23 (100%)
Thời gian từ khi đặt ống nội khí quản tới mở khí quản (ngày), trung bình (± độ lệch chuẩn)	7.8 ± 3.3
Thời gian mở khí quản	
Sớm ≤ 7 ngày	12 (52.2%)
Muộn > 7 ngày	11 (47.8%)
Chu vi vòng cổ (cm), trung bình (± độ lệch chuẩn)	47.0 ± 15.5
Chu vi vòng cổ	
> 50cm	5 (21.7%)
≤ 50cm	18 (78.3%)
Khoảng cách ức cằm (cm), trung bình (± độ lệch chuẩn)	12.18 ± 3.07
Khoảng cách ức cằm	
≥ 11.2cm	14 (60.9%)
<11.2cm	9 (39.1%)
BMI (kg/m ²), trung bình (± độ lệch chuẩn)	21.8 ± 2.8
BMI	
< 18.5	1 (4.3%)
18.5 – 24.9	18 (78.3%)
25 – 29.9	4 (17.4%)

3.3. Kết quả mở khí quản nông qua da

Bảng 3. Kết quả mở khí quản nông qua da

Đặc điểm	N (%)	p
Tổng số bệnh nhân	23 (100%)	
Quy trình từng bước		
Chọc dò		
Số lần chọc dò trung bình	1,17 ± 0.5	

(± độ lệch chuẩn)		
Thuận lợi	20 (87%)	0.00
Khó khăn	3 (13%)	
Luồn guidewire		
Số lần luồn guidewire trung bình (± độ lệch chuẩn)	1.09 ± 0.3	
Thuận lợi	21(91.3%)	0.00
Khó khăn	3 (8.7%)	
Nong đốt lỗ		
Số lần nong đốt lỗ trung bình (± độ lệch chuẩn)	1	
Thuận lợi	100%	
Đưa canuyn vào vị trí		
Số lần đưa canuyn vào vị trí trung bình (± độ lệch chuẩn)	1	
Thuận lợi	100%	
Kết quả chung cuộc		
Thành công	100%	
Thuận lợi	20(87%)	0.00
Khó khăn	3 (13%)	
Thời gian thủ thuật trung bình (phút) (± độ lệch chuẩn)	7.9 ± 2.3	

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 23 bệnh nhân nặng được mở khí quản với độ tuổi trung bình khá cao (66.8±16.4) cao nhất 89 tuổi, nhỏ nhất 16 tuổi, trong đó người bệnh ≥ 60 tuổi chiếm đa số. Kết quả này cho thấy mở khí quản có thể được chỉ định ở bất kỳ một đối tượng nào, tuy nhiên ở nhóm người cao tuổi có thể có tỷ lệ mắc các bệnh lý nặng nề hơn đòi hỏi cần mở khí quản chăm sóc dài ngày. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh lý phối hợp thường gặp nhất bao gồm tăng huyết áp và đái tháo đường, trong đó bệnh nhân có hai bệnh lý phối hợp trở lên chiếm một tỷ lệ đáng kể, là hoàn toàn phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian trung bình từ khi đặt ống nội khí quản cho tới khi mở khí quản không quá dài, trong đó mở khí quản sớm (≤ 7 ngày) chiếm một tỷ lệ đáng kể nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Sachin Gupta (71.6%).³ Mở khí quản sớm ở bệnh nhân thở máy nói chung đã được chứng minh là đem lại nhiều lợi ích hơn là mở khí quản muộn như dùng sớm các thuốc an thần và giãn cơ, tạo điều kiện thuận lợi cho việc chăm sóc hô hấp và hút đờm, giảm khoảng chết, giảm thờ gắng sức, có thêm thời gian để phổi phục hồi, và hỗ trợ cai thở máy, do đó rút ngắn thời gian nằm khoa hồi sức tích cực. Tuy nhiên, mở khí quản sớm có thể không cần thiết ở một số trường hợp tiên lượng phục hồi tốt có thể không cần mở khí quản, gây sẹo xấu, nhiều nguy cơ biến chứng và làm tăng

khối lượng công việc cho nhân viên y tế vì vậy việc chỉ định mở khí quản phải phụ thuộc vào lợi ích và nguy cơ đối với bệnh nhân, điều kiện cơ sở vật chất và nhân lực hiện có.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được mở khí quản theo phương pháp nong đột lỗ qua da một thì bằng dụng cụ chuyên biệt (Portex Ultraperc – Single dilator). Cỡ canuyn mở khí quản 8mm. Mỗi phương pháp mở khí quản đều có ưu và nhược điểm riêng, việc lựa chọn phương pháp mở khí quản tùy thuộc rất nhiều vào nhân lực và trang thiết bị hiện có của mỗi trung tâm. Trong nghiên cứu này, nhóm mở khí quản của chúng tôi bao gồm các phẫu thuật viên là các bác sĩ thuộc chuyên ngành gây mê hồi sức hoặc hồi sức cấp cứu. Về mặt kỹ thuật, chúng tôi tuân thủ quy trình kỹ thuật và có khả năng khắc phục sự cố nếu xảy ra.

Mở khí quản qua da có nhiều sự khó khăn khác nhau đến từ năng lực và kinh nghiệm thực hành của phẫu thuật viên, hoặc từ chính đặc điểm giải phẫu vùng cổ của bệnh nhân. Hầu như rất ít nghiên cứu nói về đặc điểm giải phẫu vùng cổ đối với khả năng hoàn thành thủ thuật. Tỷ lệ thành công là 100%, trong đó có 3 trường hợp gặp khó khăn trong khi tiến hành thủ thuật (13%, n = 23), chủ yếu đến từ bước chọc dò và bước luồn guidewire. Mở khí quản nong qua da ở nữ giới khó khăn hơn so với ở nam giới (OR = 6.0; 95%CI từ 0.44 đến 81.2). Nhóm thừa cân thực hành thủ thuật khó khăn hơn nhóm có cân nặng bình thường hoặc gầy (OR = 4.25; 95%CI từ 0.25 đến 70.75). Nhóm có vòng cổ lớn ≥ 50cm hoặc khoảng cách ức cằm < 11.2cm gặp khó khăn nhiều hơn trong quá trình tiến hành thủ thuật [(OR = 4.25, 95%CI 0.22 đến 83.51) và (OR = 3.7, 95%CI: 0.28 đến 48.5)].

Thời gian trung bình để hoàn thành thủ thuật tương đối ngắn, trong đó phần lớn thời gian mất vào khâu xác định vị trí, rạch da. Trên thực tế, thời gian để thực hiện tất cả 4 thao tác nêu trên không mất quá nhiều.

Bảng Error! No text of specified style in document.4. Thời gian thủ thuật

Nghiên cứu	Kỹ thuật	Thời gian hoàn thành thủ thuật (phút)	t (p)
Lâm Huyền Trân 2017 ⁴	PDT*	5.92 ± 1.25	4.18 (0.00)
Lê Thị Việt Hoa 2009 ⁵	PDT*	5.7 ± 2.98	4.65 (0.00)
Sachin Gupta 2020 ³	PDT*	19.1 ± 11.7	-23.87 (0.00)
Friedman	ST**	33.9 ± 14.0	-55.38

1996 ⁶			(0.00)
Chúng tôi	PDT*	7.9 ± 2.3	

*Mở khí quản nong qua da

**Mở khí quản phẫu tích

Qua nhiều lần thực hành, chúng tôi nhận thấy việc hoàn thành thủ thuật dễ dàng hay khó khăn còn phụ thuộc nhiều vào khả năng xác định và cố định các mốc giải phẫu vùng cổ trong khi tiến hành. Vòng cổ lớn và lớp phần mềm trước khí quản quá dày ảnh hưởng đến khả năng xác định và cố định khí quản trong bước chọc dò, trong khi cổ ngắn khiến vị trí chọc dò thấp khó cố định được điểm chọc dò. Bước luồn guidewire có lẽ liên quan đến tình trạng gập kim hoặc bít đầu ống dẫn bởi tổ chức phù nề trong lòng khí quản, phần nhiều liên quan đến hướng chọc dò. Để giải thích cho giả thuyết này, chúng tôi tiến hành rút ống dẫn ra ngoài khoảng 0.5 – 1cm và sau đó việc luồn guidewire trở nên dễ dàng, xác nhận dưới hướng dẫn của nội soi khí quản. Các bước còn lại là nong và đưa canuyn vào đúng vị trí được tiến hành thuận lợi sau khi hoàn thành 2 bước trên với mức hoàn thành dễ dàng là 100%. Tuy nhiên cần lưu ý rằng bước luồn canuyn cần tôn trọng đường vào, hướng luồn cần trùng với hướng nong, tránh xoay hoặc dùng nhiều lực dẫn tới gập guidewire, có thể dẫn tới đặt lệch canuyn, là một biến chứng nguy hiểm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân nặng được mở khí quản có độ tuổi trung bình khá cao. Bệnh lý phối hợp phổ biến bao gồm tăng huyết áp và đái tháo đường. Toàn bộ bệnh nhân được mở khí quản nong qua da và phần lớn là chỉ định mở khí quản sớm. Chỉ định mở khí quản nhiều nhất là tiên lượng thở máy kéo dài. Kỹ thuật được tiến hành dễ dàng, đơn giản, tỷ lệ thành công cao và tỷ lệ gặp khó khăn thấp, thời gian hoàn thành thủ thuật tương đối ngắn.

VI. LỜI CẢM ƠN

Các tác giả xin trân trọng cảm ơn ban lãnh đạo Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai và các nhân viên y tế của trung tâm đã hỗ trợ, tạo điều kiện tối ưu để chúng tôi có thể hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jackson C. Tracheotomy. The Laryngoscope. 1909;19(4): 285-290. doi: 10.1288/ 00005537-190904000-00003
2. Percutaneous tracheostomy: comparison of Ciaglia and Griggs techniques | Critical Care | Full Text. Accessed May 5, 2022. <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc667>
3. Gupta S, Tomar DS, Dixit S, et al. Dilatational

Percutaneous vs Surgical Tracheostomy in Intensive Care Unit: A Practice Pattern Observational Multicenter Study (DISSECT). Indian J Crit Care Med. 2020; 24(7):514-526. doi:10.5005/jp-journals-10071-23441

4. **Lâm Huyền Trân, Nguyễn Thế Hải.** đánh giá kết quả phẫu thuật mở khí quản xuyên da nông tại bệnh viện nguyên tri phương. Y học TP Hồ Chí Minh. 2017;21(3).

5. **Lê Thị Việt Hoa.** Nghiên cứu ứng dụng phương pháp mở khí quản Ciaglia tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Trung ương quân đội 108. Tạp chí Y học Việt Nam. 2009;1(360):12-16.

6. **Friedman Y, Fildes J, Mizock B, et al.** Comparison of percutaneous and surgical tracheostomies. Chest. 1996;110(2):480-485. doi:10.1378/chest.110.2.480

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM L4L5 ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG LIÊN BẢN SỐNG

Đinh Ngọc Sơn¹, Nguyễn Hoàng Long¹, Phan Tùng Lâm²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ (MRI) ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang chòm ca bệnh, gồm 89 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi liên bản sống điều trị thoát vị đĩa đệm L4L5 tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2022 tới tháng 3 năm 2023.

Kết quả: Nghiên cứu trong 89 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm L4L5 nhận thấy: Tuổi trung bình là: $46,5 \pm 13,1$, nhóm tuổi mắc bệnh trên 50 chiếm đa số. Nam giới chiếm ưu thế với 67,4%. Bệnh nhân đến viện điều trị đều có một trong hai hội chứng là hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh. Phim chụp MRI chủ yếu là hình ảnh thoát vị lệch trái với 56,2%. Có 22,2% thoát vị di trú, chủ yếu là di trú gần với 60,8%. **Kết luận:** Thoát vị đĩa đệm L4L5 có triệu chứng lâm sàng đặc trưng điển hình bởi hai hội chứng: Cột sống và rễ thần kinh. Tuổi mắc bệnh chủ yếu ngoài 50 với tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế. Tỷ lệ di trú không cao với phần lớn là di trú gần.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm, đặc điểm lâm sàng, phẫu thuật nội soi, liên bản sống, cộng hưởng từ.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND MAGNETIC RESONANCE IN PATIENTS WITH L4L5 DISC HERNIATION UNDERGOING ENDOSCOPIC INTERLAMINAR SURGERY

Objective: Describe the clinical characteristics, magnetic resonance imaging in the study patient group. **Subjects and methods:** Cross-sectional tissue on 89 patients who underwent interlaminar endoscopic surgery for herniated disc L4L5 at Viet Duc Hospital from 01/2022 to 03/2023. **Results:** The

average age is: 46.5 ± 13.1 , with the majority of patients over 50 years old. Men dominate with 67.4%. Patients who come to the hospital for treatment all suffer from one of two syndromes: spinal syndrome and nerve root syndrome. MRI scans mainly showed left disc herniation in 56,2%. There are 22,2% of disc herniations with migration, mainly migration of nearly 60,8%. **Conclusions:** L4L5 disc herniation has typical clinical symptoms characterized by 2 syndromes: Spine and nerve roots. Patients with the disease are usually over 50 years old, with a male predominance. The migration rate is not high, mainly migration to nearby areas. **Keywords:** Disc herniation, clinical features, endoscopic surgery, interlaminar, magnetic resonance imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống là tình trạng di lệch khu trú của nhân nhầy đĩa đệm cột sống thoát ra khỏi vị trí bình thường trong khoang gian đốt¹ khối thoát vị có thể là nhân nhầy, vòng xơ, sụn, bản xương sụn² chèn ép vào ống sống hay các rễ thần kinh gây triệu chứng đau, yếu hoặc tê bì theo phân bố cảm giác của rễ thần kinh với khoanh tủy tương ứng¹ Việc chẩn đoán xác định và phân loại bệnh ngày nay đã thuận lợi hơn với sự hỗ trợ của máy chụp MRI³ Phẫu thuật được đặt ra khi điều trị nội khoa thất bại hoặc các trường hợp có hội chứng đuôi ngựa, liệt vận động tiến triển. Phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống là một trong các phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn, can thiệp tối thiểu được áp dụng tại bệnh viện Việt Đức từ năm 2014 đã cho thấy hiệu quả đáng ghi nhận. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm L4L5 được phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống điều trị thoát vị đĩa đệm L4L5 tại khoa

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Bệnh viện TW Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phan Tùng Lâm

Email: phantunglam.ngtk@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024