

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

phẫu thuật cột sống, bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 3 năm 2023 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thoát vị ở tầng L4L5 gây nên các triệu chứng đau kiểu rễ trên lâm sàng phù hợp với hình ảnh cộng hưởng từ. Thoát vị thể trung tâm hoặc lệch bên trên phim chụp cộng hưởng từ cột sống. Điều trị nội khoa đúng phác đồ nhưng không đáp ứng sau 6- 8 tuần. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mật vững cột sống. Thoát vị đĩa đệm nhiều tầng. Bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân chống chỉ định phẫu thuật. Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang chùm ca bệnh

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện

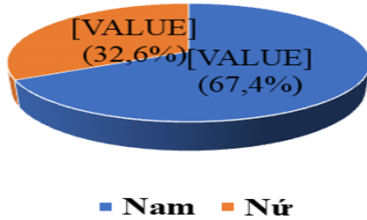
2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Phân tích mô tả: Đặc điểm chung, lâm sàng và cộng hưởng từ được biểu diễn dưới dạng bảng, biểu đồ.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền dừng tham gia ở bất kỳ thời điểm nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc Điểm Của Nhóm Nghiên Cứu

3.1.1. Giới tính



Biểu đồ 1. Mô tả phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: Trong 89 BN, tỷ lệ nam nhiều hơn với 60 BN chiếm tỷ lệ 67,4%, tỷ lệ nữ ít hơn với 29 BN chiếm tỷ lệ là 32,6%

3.1.2. Tuổi

Bảng 1. Phân bố BN theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 20T	3	3.4
20 - < 30T	7	7.9
30 - < 40T	17	19.1
40 - < 50T	24	27.0
≥ 50T	38	42.7
Tổng	89	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có độ tuổi từ 50 trở lên là nhiều nhất, chiếm 42,7% với 38 BN. Tỷ

lệ bệnh nhân dưới 20 tuổi chiếm ít nhất 3.4% với 3 BN.

Bảng 2. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu

Tuổi	n	$\bar{X} \pm SD$	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
	89	46,5±13,1	17	76

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 46,5 ± 13,1 tuổi

3.1.3. Nghề nghiệp

Bảng 3. Phân bố theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ
Lao động nặng	54	60.7%
Lao động nhẹ	35	39.3%
Tổng	89	100%

Nhận xét: Tỷ lệ nhóm nghề nghiệp lao động nặng nhiều hơn chiếm 60,7% với 54 trường hợp, nhóm lao động nhẹ chiếm 39,3% với 35 trường hợp

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm của Hội chứng cột sống

Triệu chứng	Số lượng	%
Giảm, mất đường cong sinh lý	9	10,1
Co cứng cơ cạnh sống	12	13,5
Điểm đau cột sống thắt lưng	79	88,8
Lệch vẹo cột sống thắt lưng	1	1,1

Nhận xét: Đa số các trường hợp trong nghiên cứu có điểm đau cột sống thắt lưng chiếm tới 88,8%. Co cứng cơ cạnh sống chiếm 13,5%. Có 10,1% trường hợp có giảm hoặc mất đường cong sinh lý.

Bảng 5. Đặc điểm của Hội chứng rễ thần kinh

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Dấu hiệu Lasègue dương tính	88	98,9
Dấu hiệu bầm chuông	50	56,2
Hệ thống điểm Valeix ấn đau	41	46,1
Rối loạn phản xạ gân xương: bảnh chè, gót	18	20,2
Rối loạn vận động theo rễ thần kinh chi phối	9	10,1
Giảm hoặc mất cảm giác theo rễ thần kinh chi phối	71	79,8
Rối loạn dinh dưỡng,teo cơ	18	20,2
Đau dọc theo rễ thần kinh chi phối	89	100

Nhận xét: 98,9% bệnh nhân có dấu hiệu Lasègue dương tính, 46,1% có dấu hiệu Valeix dương tính và 100% bệnh nhân có dấu hiệu đau dọc theo rễ thần kinh chi phối

3.3. Cộng hưởng từ

Bảng 6. Phân loại thoát vị trên lát cắt ngang

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %
-----------	----------	---------

Thoát vị trung tâm	2	2.2
Thoát vị lệch trái	50	56.2
Thoát vị lệch phải	37	41.6
Tổng số	89	100

Nhận xét: Thoát vị lệch trái chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 56,2%, thoát vị lệch phải chiếm 41,6% còn lại là thoát vị trung tâm với 2,2%

Bảng 7. Phân loại thoát vị theo mức độ di trú

Vùng di trú	Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Tổng số
Số lượng	4	4	8	2	18
Tỷ lệ %	4,5	4,5	9,0	2,2	22,2

Nhận xét: Thoát vị di trú có 18 trường hợp. Trong đó chủ yếu là di trú gần vùng 2,3 chiếm 60,8%

Bảng 8. Phân loại theo mức độ thoát vị đĩa đệm

Mức độ thoát vị	Lồi đĩa đệm	Bong đĩa đệm	Tự do	Di trú	Tổng số
Số lượng	12	51	8	18	89
Tỷ lệ %	13,5	57,3	9	20,2	100%

Nhận xét: TVĐĐ thể đã vỡ nhiều nhất chiếm tới 57,3%, chiếm tỷ lệ ít nhất với 9% là TVĐĐ thể tự do.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 89 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là: $46,5 \pm 13,1$ tuổi, tuổi cao nhất được phẫu thuật là 76 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi. Với 42,7% nhóm tuổi trên 50 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu. Đây là lứa tuổi trung niên mang đặc điểm thoái hóa điển hình thường gặp như xương, khớp nói chung và đĩa đệm nói riêng. Tuổi càng lớn mức độ thoái hóa, mất nước của đĩa đệm càng tăng. Nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước cũng chỉ ra điểm tương tự trong độ tuổi trung bình của nghiên cứu, có thể kể đến: Nghiên cứu của Võ Văn Thanh là⁴ $42,85 \pm 9,77$, của Nguyễn Vũ⁵ năm 2021 là $43,4 \pm 11,26$

Trong tổng số 89 bệnh nhân của nghiên cứu nam giới có 60 người chiếm 67,4%. Nữ giới có 29 người chiếm 32,6%. Tỷ lệ Nam/ Nữ là 2,06. Tỷ lệ Nam/ Nữ khác nhau ở nhiều nghiên cứu như: Nghiên cứu của Nguyễn Lê Bảo Tiến là 2,03 của Đinh Ngọc Sơn⁶ tỷ lệ là 1,85/1, của Võ Văn Thanh là 1,5/1, của Lee⁷ là 1,69/1... tuy nhiên, dù có khác nhau về tỷ lệ nhưng đều mang một điểm chung đó là tỷ lệ nam giới mắc bệnh đều lớn hơn nữ giới. Điều này có thể giải thích bằng việc nam giới thường phải đảm đương và làm nhiều công việc nặng nhọc với cường độ làm việc lớn hơn. Chính vì vậy quá trình thoái hóa đĩa

đệm sẽ tiến triển nhanh hơn so với nữ giới

Trong hội chứng cột sống thì triệu chứng đau cột sống thắt lưng là phổ biến nhất với 79/89 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 88,8%. Đây là một triệu chứng xuất hiện nhiều lần trước đó, đau từng đợt trong một thời gian dài có thể đáp ứng với thuốc giảm đau và vật lý trị liệu, sau đó lưng bắt đầu và chuyển sang đau hoặc tê bì theo rãnh thần kinh.

Điều này hoàn toàn có thể lý giải được, phù hợp với cơ chế bệnh sinh của thoát vị đĩa đệm: Khi bao xơ chưa rách hoàn toàn thì áp lực nội đĩa tăng cao tác động vào chỗ bao xơ bị rách, bị tổn thương do vi chấn thương sẽ gây tác động lên thụ thể cảm giác tập trung ở phía sau của đĩa đệm gây ra triệu chứng đau lưng, cho tới khi bao xơ đĩa đệm bị rách hoàn toàn, đĩa đệm được giảm áp lực do thành phần bên trong đĩa thoát ra ngoài theo vị trí vòng xơ bị rách chính vì vậy triệu chứng đau lưng của người bệnh cũng theo đó mà giảm đi. Khối thoát vị ra khỏi vị trí giải phẫu bình thường trong đĩa đệm của nó sẽ gây hẹp, chèn ép thần kinh làm xuất hiện triệu chứng đau, tê theo rãnh thần kinh. Nó cũng góp phần làm giảm sự chú ý của người bệnh tới đau lưng.

Cơ cứng cơ cạnh sống có 12 trường hợp chiếm 13,5%. Đây là thể hiện sự co khối cơ vùng cạnh cột sống do phản ứng đau mạnh. Trong nghiên cứu số lượng bệnh nhân giảm, mất đường cong sinh lý cột sống gặp ở 9 trường hợp chiếm 10,1%

Kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước và trên thế giới về triệu chứng bệnh cho thấy tỷ lệ khá tương đồng với nghiên cứu như: Võ Xuân Sơn nghiên cứu trên 100 bệnh nhân thấy tỷ lệ đau thắt lưng là 95%, Đinh Ngọc Sơn nghiên cứu trên 82 bệnh nhân cho kết quả tỷ lệ đau lưng chiếm 100%, Đỗ Tuấn Anh nghiên cứu trên 36 bệnh nhân thấy kết quả tỷ lệ đau lưng là 30/36 bệnh nhân chiếm 83,3%

Kết quả đặc điểm của hội chứng rãnh thần kinh trong nghiên cứu của chúng tôi được thể hiện qua bảng 3 có thể thấy triệu chứng dọc dọc theo rãnh thần kinh chi phối chiếm 100% với 89/89 trường hợp bệnh nhân. Tương đồng với các nghiên cứu của một số tác giả như: Đinh Ngọc Sơn triệu chứng đau dọc theo rãnh thần kinh chi phối. Cùng với triệu chứng cơ năng đau của bệnh nhân thì các triệu chứng thực thể khi thăm khám lâm sàng khác cũng gặp ở trên người bệnh với tỷ lệ lần lượt dấu hiệu Lasègue gặp ở 98,9% người bệnh, dấu hiệu bầm chuông 56,2% và ấn các điểm Valeix đau 46,1%. Trong đó, nghiệm pháp thăm khám làm căng rãnh thần kinh có ý

nghĩa rất lớn trên lâm sàng chứng tỏ có sự chèn ép rễ do bệnh lý đĩa đệm thể hiện qua nghiệm pháp Lasègue- rất có ý nghĩa để đánh giá các rễ L4, L5, S1, nghiệm pháp sẽ dương tính khi chân người bệnh để thẳng gối đưa lên hợp với mặt phẳng người bệnh đang nằm một góc nhỏ hơn 70 mà người bệnh thấy đau. Nếu trên 70 độ mà đau. Lưu ý tìm các nguyên nhân khác, không phải nguyên nhân do đĩa đệm.

Bên cạnh nghiệm pháp Lasègue, còn có thêm nghiệm pháp đánh giá vị trí đau theo rễ thần kinh chi phối trên lâm sàng như hệ thống điểm Valeix. Bằng việc khám ấn các điểm trên đường đi của dây thần kinh tọa, chiếm tỷ lệ 46,1% trong nghiên cứu của chúng tôi. Tiến triển trên lâm sàng của chèn ép rễ thần kinh theo nhiều giai đoạn, mỗi giai đoạn được biểu hiện bởi các triệu chứng khác nhau theo tiến triển của bệnh. Giai đoạn thương tổn nặng hơn sau giai đoạn rễ thần kinh bị kích thích là rối loạn cảm giác, khởi phát là cảm giác tê bì, sau đó sẽ dẫn tới giảm hoặc mất cảm giác vùng được chi phối bởi rễ thần kinh đang bị chèn ép. Cũng chính nhờ triệu chứng này mà chúng ta có thể chẩn đoán định khu rễ thần kinh đang bị chèn ép qua đó xác định được tầng, vị trí thoát vị trên lâm sàng, như rễ L4 là vùng mấu sau cẳng chân, rễ L5 mặt ngoài cẳng chân và mu chân, rễ S1 phần ngoài bàn chân và gan bàn chân. Tiếp sau đó là đến rối loạn vận động- là giảm hoặc mất cơ lực, trương lực của các cơ, nhóm cơ được chi phối bởi rễ thần kinh đang bị chèn ép. Rễ L4 sẽ làm yếu cơ tứ đầu đùi, cơ khép đùi và cơ chày trước, rễ L5 là cơ mào, chày trước, duỗi chung các ngón, duỗi riêng ngón cái biểu hiện bằng việc người bệnh không nâng được mũi bàn chân, không đứng được bằng gót chân và đi dép lê dễ bị rơi, rễ S1 là cơ sinh đôi, cơ dép trường hợp này lại khiến người bệnh không thể đứng bằng mũi bàn chân. Với kết quả rối loạn cảm giác theo thần kinh chi phối chiếm 79,8%, rối loạn vận động chiếm 10,1% trong nghiên cứu so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả về tỷ lệ rối loạn cảm giác và rối loạn vận động: Đỗ Anh Tuấn⁸ là: 90% và 6%; Trần Trung Kiên⁹ là 78,9% và 18,4%; có sự tương đồng.

Nghiên cứu của chúng tôi TVĐĐ lệch trái chiếm đa số với 56,2% với 50 trường hợp. Mức độ TVĐĐ tự do và di trú chiếm tới 62,9% lý giải cho điều này có thể cho rằng hiện nay hiểu biết của mọi người về bệnh TVĐĐ đã được nâng lên rất nhiều, có nhiều phương pháp điều trị khác nhau từ nội khoa tới ít xâm lấn, ngoại khoa... và tâm lý chung của người bệnh là e ngại can thiệp

phẫu thuật hơn điều trị nội khoa. Chính vì thế nên các trường hợp TVĐĐ đa phần đều được điều trị nội khoa từ một tới vài lần chỉ tới khi các triệu chứng tăng nặng, rầm rộ, không đáp ứng được với sức chịu đựng và điều trị nội thì người bệnh mới chấp nhận phương pháp ngoại khoa. Tương ứng trên lâm sàng thì đó cũng thường là giai đoạn sau của TVĐĐ trên phim MRI. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có tới 22,2% trường hợp có thoát vị di trú với 13,5% là di trú gần tại vùng 2,3 theo Lee HS. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với một số nghiên cứu như nghiên cứu của Nguyễn Lê Bảo Tiên, tỉ lệ thoát vị đĩa đệm di trú là 14,6%, của tác giả Nguyễn Trung Kiên, tỷ lệ TVĐĐ di trú là 18,4%.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 89 trường hợp thoát vị đĩa đệm L4L5 điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 tới tháng 3/2023 chúng tôi nhận thấy tuổi mắc bệnh trung bình là $46,5 \pm 13,1$, nhóm tuổi trên 50 chiếm đa số. Nam giới chiếm chủ yếu với 67,4%. Triệu chứng phổ biến gồm có điểm đau cột sống (88,8%), đau dọc theo rễ thần kinh chi phối (100%), dấu hiệu lasègue dương tính (98,9%). Hình ảnh cộng hưởng từ chủ yếu là thoát vị lệch trái. Tỷ lệ thoát vị di trú không nhiều chủ yếu là di trú gần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bệnh học ngoại khoa thần kinh (Dùng cho đào tạo sau đại học).** xuatbanyhoc.vn - Nhà Xuất Bản Y Học. Accessed September 13, 2023. <https://xuatbanyhoc.vn/benh-hoc-ngoai-khoa-than-kinh-dung-cho-dao-tao-sau-dai-hoc-b10505.html>
- Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE, et al.** An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *Spine J.* 2014;14(1):180-191. doi:10.1016/j.spinee.2013.08.003
- Janssen ME, Bertrand SL, Joe C, Levine MI.** Lumbar herniated disk disease: comparison of MRI, myelography, and post-myelographic CT scan with surgical findings. *Orthopedics.* 1994; 17(2): 121-127. doi: 10.3928/0147-7447-19940201-07
- Võ Văn Thanh, Nguyễn Lê Bảo Tiên, Đinh Ngọc Sơn.** Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm L5S1 bằng phẫu thuật nội soi qua đường vào liên bản sống. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học;* 2018:66-72.
- Nguyễn Vũ.** Kết quả bước đầu điều trị thoát vị đĩa đệm L5S1 bằng phẫu thuật nội soi liên bản sống. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2021;147(11): 177-185.
- Đinh Ngọc S.** Nghiên cứu ứng dụng phương pháp phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp lấy đĩa đệm trong thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Thesis. 2013. Accessed September 18, 2023. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/1735>

7. **Chen J, Jing X, Li C, Jiang Y, Cheng S, Ma J.** Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy for L5S1 Lumbar Disc Herniation Using a Transforaminal Approach Versus an Interlaminar Approach: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World Neurosurg.* 2018;116:412-420.e2. doi:10.1016/j.wneu.2018.05.075.
8. **Đỗ Anh Tuấn.** Kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống L5S1 bằng phương pháp nội

soi qua đường liên bản sống. Luận án Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.

9. **Trần Trung K.** Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng - cùng bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Thesis. 2023. Accessed September 18, 2023. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/4365>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ KHÔNG SỜ THẤY TRÊN LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Lê Hồng Quang¹, Trần Nguyên Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả của phẫu thuật Ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh hồi cứu bệnh nhân được chẩn đoán Ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng. Được điều trị bằng phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi hoặc bảo tồn kèm vét hạch nách tại Bệnh viện K từ Tháng 1 năm 2018 đến Tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Trong số 55 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 28 trường hợp ung thư vú tại chỗ và có 27 trường hợp xâm nhập. Lý do vào viện hay gặp nhất là khám sức khỏe định kỳ phát hiện u vú chiếm 46/55 trường hợp. Chỉ số khối cơ thể (Body mass index) trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 22.0, nhỏ nhất là 18.8 và lớn nhất 25.0. Trong số những bệnh nhân ung thư vú tại chỗ, kích thước u trung bình trên giải phẫu bệnh là 1.07 cm, có 8 trường hợp u không tạo khối, không xác định được kích thước u. Trong số 27 bệnh nhân thể xâm nhập, kích thước u trung bình trên giải phẫu bệnh 1.1cm, u bé nhất 0.3cm và lớn nhất là 3.0cm. Số ca phẫu thuật bảo tồn chiếm 16.4 % (9/55 ca). Số lượng hạch vét được trung bình trong nghiên cứu là 10.0, số lượng hạch vét được lớn nhất là 20 hạch và có 2 ca chỉ kiểm tra hạch nách. Trong đó có 2/55 ca di căn hạch nách chiếm 3.6%, cả 2 đều di căn 1 hạch. Giai đoạn sau mổ: giai đoạn 0 chiếm 50.9%, giai đoạn I chiếm 41.8%, giai đoạn II chiếm 7.3%. Biến chứng sớm thường gặp sau mổ và duy nhất trong nghiên cứu này là đờng dịch vết mổ, chiếm tỉ lệ 7.3% (4/55 ca). Không gặp biến chứng phù bạch mạch trong nghiên cứu. Điều trị hỗ trợ chiếm chủ yếu sau mổ là điều trị nội tiết 28/55 ca, chiếm 50.9%. **Kết luận:** Ung thư vú không sờ thấy trên lâm sàng thường được phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ khi chưa có dấu hiệu gì trên lâm sàng. Khoảng 50% số trường hợp là ung thư tại chỗ, chưa

xâm nhập. Những trường hợp ung thư xâm nhập đa phần u ở giai đoạn T1. Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cao hơn, tỷ lệ di căn hạch nách rất thấp và biến chứng sau mổ rất hiếm, chỉ gặp biến chứng đờng dịch và có thể quyết được bằng chọc hút dịch. Điều trị hỗ trợ sau mổ chủ yếu là điều trị nội tiết, thậm chí nhiều trường hợp không cần điều trị. **Kiến nghị:** Cần nâng cao nhận thức và phổ biến rộng rãi chương trình sàng lọc Ung thư vú qua chụp quang tuyến vú sàng lọc để phát hiện tổn thương khi chưa sờ thấy trên lâm sàng. Từ đó làm giảm giai đoạn và cải thiện chất lượng điều trị cũng như tiên lượng của ung thư vú.

Từ khóa: không sờ thấy, sàng lọc ung thư vú, cắt vú triệt căn, phẫu thuật bảo tồn, ung thư vú

SUMMARY

OUTCOMES OF SURGERY IN NON-PALPABLE BREAST CANCER IN K HOSPITAL

Purpose: Clinical characteristics, work-ups and outcomes of surgery in non-palpable breast cancer. **Methods:** Description of a retrospective case series of patients diagnosed with clinically non-palpable breast cancer. Patients then were treated with modified or conservative radical mastectomy with axillary lymph node dissection at K Hospital from January 2018 to June 2023. **Results:** Among 55 patients in the study, there were 28 cases diagnosed as in situ and 27 cases were invasive cancer. The most common reason for hospitalization was a routine health check-up to detect breast tumors, accounting for 46/55 cases. The average body mass index of the study group was 22.0, the smallest was 18.8 and the largest was 25.0. Among patients with in situ breast cancer, the average tumor size was 1.07cm. There were 8 cases of non-massive tumors, which tumor size could not be determined. Among 27 patients with invasive tumors, the average tumor size was 1.1cm, the smallest one was 0.3cm and the largest one was 3.0cm. The number of conservative surgical procedures accounts for 16.4% (9/55 cases). The average number of lymph nodes removed in the study was 10.0, the largest number of lymph nodes removed was 20 and there were 2 cases when surgeons only examined axillary lymph nodes. Of these, 2/55 cases metastasized to axillary lymph nodes, accounting for 3.6%, both of which metastasized to 1 lymph node. Postoperative

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 7.2.2024