KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM BẰNG PHẪU THUẬT ÍT XÂM LẤN TẠI KHOA PHẪU THUẬT CỘT SỐNG BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Đình Hòa*, Nguyễn Duy Linh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng nghiên cứu**: Bao gồm 59 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm và phẫu thuật ít xâm lấn tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Kết quả tạo hình đĩa đệm ở cột sống cổ và cột sống thắt lưng tốt và rất tốt lần lượt là >90% và >80%. Có trên 90% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt, không có trường hợp nào kết quả xấu. VAS trước mổ giảm có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 6 đến 12 tháng với P<0.001. Điểm ODI giảm rõ rệt trước mổ là 49,2 sau mổ 12 tháng là 21,4 rất có ý nghĩa thống kê. Phân bố vị trí thoát vị: L45 và L5S1 140/151 (92,7%), tầng L34 có 11 BN (59%) thuộc tầng đĩa đệm. Phân bố vùng HOS: Có 52% BN thuộc vùng trung tâm. Rách bao xơ còn cuống là hình thái thoát vị gặp nhiều nhất trong quần thể nghiên cứu, và cũng là nhóm gây ra triệu chứng nặng nhiều nhất trên lâm sàng. **Kết luận:** Phương pháp mổ ít xâm lấn trong thoát vị đĩa đệm cho kết quả bước đầu tốt, có cải thiện lâm sàng trên các thang điểm đánh giá, bệnh nhân phục hồi nhanh, mức độ hài lòng cao. Tuy nhiên cần thời gian nghiên cứu tiếp để đánh giá tính hiệu quả với số lượng bệnh nhân và thời gian theo dõi dài hơn.

Từ khóa: chấn thương cột sống, liệt tủy, thoát vị đĩa đệm

SUMMARY

RESULTS FOR TREATMENT OF SPINAL DISC HERNIATION WITH MINI-INVASIVE SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL

Purpose: To describe the results of treatment of spinal disc herniation by minimally invasive surgery at Viet Duc Hospital's spine surgery department. **Subjects:** Including 59 patients diagnosed with herniated disc and received minimally invasive surgery at spine surgery department, Viet Duc hospital. **Results**: The good and very good intervertebral disc shaping in the cervical and lumbar spine is> 90% and> 80% respectively. Over 90% of patients achieved good and very good results, no case were bad. VAS preoperative reduction was statistically significant at 6 to 12 months with P <0.001. The ODI score was significantly reduced before the operation was 49.2 after 12 months, it was statistically significant. The distribution of the herniated location: L4-5 and L5-S1 140/151 (92.7%). HOS zone distribution: There are 52% of patients in the central region. Capsular rupture is the most common hernia type in the study population, and is also the group that causes the most severe clinical symptoms. **Conclusion**: The less invasive surgical method in the herniated disc gives good initial results, with significant clinical improvements on the evaluation scale, the patient recovers quickly, the level of satisfaction is high. However, further study is needed to evaluate the effectiveness with a larger number of patients and longer follow-up times.

Key words: spinal cord injury, complete spinal cord injury, spinal disc herniation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lấy nhân thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống vùng thắt lưng cùng (CSVTLC) được mô tả lần đầu tiên bởi Mixter và Barr năm 1934, với phương án mở màng cứng, lấy khối đĩa đệm chèn ép, giải phóng thần kinh. Sau Love (năm 1939), Caspar (1977) thì phẫu thuật cột sống được xem là ít xâm lấn khi có cách thức đặc biệt giúp giảm thiểu tổn thương mô của người bệnh. Năm 1997, Folley đưa ra phương pháp sử dụng hệ thống ống nong với đường kính tăng dần, tiếp cận đi qua khối cơ cạnh sống, sử dụng camera nội soi và các hệ thống hỗ trợ đặc biệt, giúp phẫu thuật lấy nhân TVĐĐ đường sau thực sự là ít xâm lấn. Phẫu thuật lấy nhân TVĐĐ CSVTLC được triển khai những năm gần đây. Về phẫu thuật ít xâm lấn, có nhiều phương án được ứng dụng trên lâm sàng như giảm áp đĩa đệm qua da sử dụng năng lượng laser, sóng cao tần.., nội soi lấy đĩa đệm. Vì vậy chúng tôi thực hiện bài báo *"Kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm bằng phẫu thuật ít xâm lấn tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 59 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm và phẫu thuật ít xâm lấn tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa phẫu thuật cột sống, bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2017-10/2018

2.2. Công cụ đánh giá

2.2.1. Lâm sàng

- Đánh giá mức độ đau theo thang điểm

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hòa Email: ndhoavietducspine@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.01.2020
Ngày phản biện khoa học: 27.2.2020
Ngày duyệt bài: 5.3.2020

quốc tế VAS

- Đánh giá mức độ giảm chức năng cột sống theo thang điểm quốc tế ODI
- Đánh giá theo MacNab cải tiến:

+ Rất tốt: Không đau, không hạn chế hoạt động, công việc

+ Tốt: Không đau thường xuyên, ảnh hưởng đến khả năng làm việc

+ Trung bình: cải thiện một phần chức năng nhưng còn đau dữ dội từng cơn khiến bệnh nhân phải rút ngắn hoặc giảm bớt một phần công việc.

+ Xấu: Không hoặc cải thiện một ít tình trạng đau của bệnh nhân, có thể mức độ đau còn tăng lên, thậm chí đòi hỏi sự can thiệp phẫu thuật.

2.2.2. Cận lâm sàng. Hình ảnh cộng hưởng từ sau mổ

2.2.3. Phương pháp phân tích số liệu. Số liệu sẽ được nhập vào máy tính theo bệnh án được số hoá và được xử lý theo chương trình phần mềm thống kê y học Stata10.

2.3. Mô tả phương pháp phẫu thuật. Đây là nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tạo hình đĩa đệm cột sống :

Bảng 1. Kết quả chung cột sống cổ:

Độ	Rất Tốt	Tốt	Khá	Trung Bình	Xấu	Tổng
N	5	42	9	2	1	59
%	**8.5**	**71.2**	15.3	3.4	1.7	100

Nhận xét: Kết quả chung tốt (8.5%) và rất tốt (71.2%) khi tạo hình cột sống cổ chiếm >90% kết quả tạo hình đĩa đệm, thời gian phục hồi ngắn.

Bảng 2. Kết quả Chung cột sống thắt lưng.

Độ	Rất Tốt	Tốt	Khá	Trung Bình	Xấu	Tổng
N	8	13	8	2	0	31
%	**25.8**	**41.9**	25.8	6.5	0	100

Nhận xét: Tạo hình nhân nhày đĩa đệm cột sống thắt lưng kết quả tốt và rất tốt chiếm trên 80%, thấp hơn so với kết quả tạo hình cột sống cổ.

2. Phẫu thuật lấy nhân thoát vị đĩa đệm nội soi qua lỗ liên hợp

Bảng 3: Kết quả chung theo Macnab

Tác giả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu
Nguyễn Đình Hòa (n=59)	(55,9%)	(37,2%)	(4,8%)	(2,1%)
Wong CC(n=23)	(21,7%)	(60,8%)	(17,4%)	0

Nhận xét: Có trên 90% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt, không có trường hợp nào kết quả xấu.

Bảng 4. Đánh giá theo thang điểm VAS và ODI

VAS	Khám lại		P
N=145	6 tháng	12 tháng	0.001
X	2.2	0.68	
SD	1.070	1.319	

Nhận xét: VAS trước mổ giảm có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 6 đến 12 tháng với P<0.001.

Bảng 6: Điểm ODI sau mổ

ODI	Khám lại		P
N=145	6 tháng	12 tháng	0.001
X	49.2	21.4	
SD	16.37	13.79	

Nhận xét: Điểm ODI giảm rõ rệt trước mổ là 49,2 sau mổ 12 tháng là 21,4 rất có ý nghĩa thống kê.

3. Phẫu thuật lấy đĩa đệm ít xâm lấn qua ống nong.

Bảng 7: Mối liên quan giữa độ thoái hóa và hình thái thoát vị

Độ thoái hóa	Hình thái TVĐĐ			Tổng
	Thể lồi	Rách bao còn cuống	Di trú	
Độ II	3 (2%)	18 (11,9%)	1 (0,7%)	22 (14,6%)
Độ III	17 (11,3%)	84 (55,6%)	17 (11,3%)	118 (78,1%)
Độ IV	1 (0,7%)	6 (4%)	4 (2,6%)	11 (7,3%)
Tổng	21 (13,9%)	108 (71,5%)	22 (14,6%)	151 (100%)

Phân bố vị trí thoát vị: L45 và L5S1 140/151 (92,7%), tầng L34 có 11 BN 59% thuộc tầng đĩa đệm, 32% thuộc tầng cuống cung và 9% thuộc tầng lỗ gian đốt sống.

Phân bố vùng HOS: Có 52% BN thuộc vùng trung tâm, 26% thuộc đường ra, 22% thuộc lỗ liên.

Bảng 8: Đặc điểm liên quan giữa cận lâm sàng và lâm sàng:

Hình thái thoát vị	Mức giảm chức năng cột sống thắt lưng			Tổng
	Trung bình	Nặng	Hoàn toàn	
Thể lồi	11 (7,3%)	8 (5,3%)	2 (1,3%)	21 (13,9%)
Rách bao xơ còn cuống	41 (27,2%)	62 (41,1%)	5 (3,3%)	108 (71,5%)
Di trú	7 (4,6%)	8 (5,3%)	7 (4,6%)	22 (14,6%)
Tổng	**59 (39,1%)**	**78 (51,7%)**	**14 (9,3%)**	**151 (100%)**

Nhận xét: Rách bao xơ còn cuống là hình thái thoát vị gặp nhiều nhất trong quần thể nghiên cứu, và cũng là nhóm gây ra triệu chứng nặng nhiều nhất trên lâm sàng. Biến chứng hoàn toàn hay gặp nhất ở thoát vị đĩa đệm di trú.

Bảng 9: Đánh giá kết quả theo MacNab với từng vùng HOS

HOS / Kết quả	Trung tâm	Đường ra	Lỗ liên hợp	Ngoài lỗ liên hợp	Tổng
Rất tốt	2	11	10	0	**23**
Tốt	63	22	20	0	**105**
Trung bình	13	5	0	0	**18**
Kém	3	1	1	0	**5**
Tổng	**81**	**39**	**31**	**0**	**151**

Nhận xét: HOS vào trung tâm đạt kết quả tốt chiếm đa số.

IV. BÀN LUẬN

Ngày nay, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật đặc biệt là công nghệ chẩn đoán hình ảnh và công nghệ định vị trong cột sống. Vì vậy, việc ứng dụng các kỹ thuật mổ ít xâm lấn càng được các phẫu thuật viên cột sống tại các viện, trung tâm trên thế giới ngày một áp dụng nhiều. Song song với các ưu điểm thì vẫn tồn tại một số nhược điểm của từng phương pháp. Điều quan trọng là lựa chọn và chỉ định đúng các bệnh nhân theo thể thoát vị và giai đoạn bệnh sẽ cho kết quả tốt.

Nhiều nhất là thể rách bao còn cuống chiếm 71,5%, thể lồi 13,9% và thể di trú 14,6 %. Thoát vị thể lồi, là loại thoát vị ở giai đoạn tương đối sớm và phẫu thuật sử dụng METRx có khả năng hồi phục sớm. Rách bao xơ còn cuống, phải phẫu thuật sớm nhất có thể. Trong thoát vị thể di trú, phải xác định kỹ lưỡng tầng tổn thương. 92,7% thoát vị ở vùng L45 và L5S1. 7,2% thoát vị ở tầng L3-L4. Vị trí tầng đĩa đệm chiếm 59%, ít nhất là vị trí tầng lỗ gian đốt sống chiếm 9%. Vị trí thoát vị gặp nhiều nhất ở tầng I, vùng trung tâm (có 42 trường hợp chiếm 27,8%). Tầng III vùng trung tâm có 26 trường hợp (17,2%). Tỷ lệ vùng HOS cao nhất là vung trung tâm và đường ra có 117 trường hợp (77,4%), trong đó tầng I và tầng III chiếm tỷ lệ cao nhất. [4,8].

Năm 1975, Hijikata mô tả trường hợp đầu tiên lấy đĩa đệm qua da. Các nghiên cứu gần đây tập trung nhiều vào ứng dụng laser và sóng cao tần trong điều trị ít xâm lấn bệnh lý TVĐĐ. Phẫu thuật cột sống ít xâm lấn nói chung cũng như lấy nhân đĩa đệm ít xâm lấn nói riêng đã phát triển rất nhanh trong thời gian gần đây.[5]

Đối với các vị trí như đường ra, lỗ liên hợp và ngoài lỗ liên hợp, kết quả chiếm đến 91,3% (21/23 BN). Các vùng kể trên có cấu trúc giải phẫu tương đối hẹp với các thành phần xương cứng và dây chằng bao xung quanh. Vì vậy khi thoát vị xuất hiện tại vùng này thường gây các triệu chứng đau rầm rộ khiến BN không chịu đựng nổi. Điều này ảnh hưởng tới thái độ của BN khi đánh giá kết quả phẫu thuật.[6,8]

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu ứng dụng các phương pháp mổ ít xâm lấn trong thoát vị đĩa đệm, chúng tôi thấy, kết quả bước đầu tốt, cải thiện lâm sàng trên các thang điểm đánh giá, có nhiều ưu điểm, bệnh nhân phục hồi nhanh, mức độ hài lòng cao. Vì đây là phương pháp mới ứng dụng nên cần thời gian nghiên cứu tiếp để đánh giá tính hiệu quả với số lượng bệnh nhân và thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Dũng, Vũ Hùng Liên, Bùi Quang Tuyến, Nguyễn Hùng Minh, Đặng Đình Nam, Vũ Văn Hòe, Nguyễn Đức Trọng, Đặng Ngọc Huy, (2007),** Chẩn đoán và phẫu thuật thoát vị đĩa đệm thắt lưng cao. Y học thực hành. **12**(Tập 591+592): tr 56-57.
2. **Hồ Hữu Dũng, Trần Quang Hiển, Âu Dương Huy, Vừ Ngọc Thiện An, Võ Văn Thành, (2007),** Ứng dụng cắt đĩa đệm vi phẫu qua ống banh nội soi trong điều trị thoái vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Y Học TP. Hồ Chí Minh. **1**: 477 – 482.
3. **Trần Công Duyệt, Hà Viết Hiền, Võ Hồng Hạnh và cộng sự, (2010**), Giảm áp đĩa đệm cột

sống bằng laser qua da: Kinh nghiệm sau 10 năm. Tạp chí Y học thực hành. **8**: tr: 2-5.
4. **Đặng Ngọc Huy, Bùi Quang Tuyển, Nguyễn Hùng Minh, (2008),** Đặc điểm giải phẫu cột sống liên quan đến bệnh thoát vị đĩa đệm. Y học thực hành. **5**(Tập 608+609): tr: 7 - 8.
5. **Vũ Hùng Liên và CS, (2003),** Thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng. Bệnh học ngoại khoa, NXB Quân Đội. tr: 280 - 295.
6. **Abumi K, Panjabi MM, Kramer KM, Duranceau J, Oxland T, Crisco JJ., (1990),** Biomechanical evaluation of lumbar spinal stability after graded facetectomies. Spine. **15**(11): p. 1142-7.
7. **Tomasino A, Parikh K, Steinberger J, Knopman J, , (2011),** Tubular Microsurgery for Lumbar Discectomies and Laminectomies in Obese Patients: Operative Results and Outcome. SPINE **34**(18): p. E664–E672.
8. **Andreisek G, Hodler J, Steurer J., (2011),** Uncertainties in the diagnosis of lumbar spinal stenosis. Radiology. **261**(3): p. 681-4.