

Đánh giá kết quả phẫu thuật vi phẫu lấy nhân đĩa đệm thoát vị điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2020-2022

Assessment of the result of microsurgical discectomy for lumbar-sacral disc herniation at Thai Binh Province General Hospital 2020-2022

Vũ Văn Tú^{1*}, Phạm Văn Hữu¹,
Nguyễn Quán Duy¹, Phan Thị Liên² và Đỗ Tuấn Anh¹

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình,
²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật vi phẫu lấy nhân đĩa đệm thoát vị điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 54 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng được phẫu thuật vi phẫu tại Khoa Phẫu thuật thần kinh - Cột sống, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 01/2020 đến 12/2022. **Kết quả:** Độ tuổi thường gặp ở độ tuổi lao động dưới 60 tuổi (90,8%), tuổi trung bình $40,36 \pm 12,29$. Tỷ lệ 66,7% nam, 33,3% nữ. Điều trị nội khoa trước mổ chiếm 98,1%, trong đó 72,2% điều trị trên 3 tháng. Thoát vị trung tâm cạnh bên gặp ở 77,8% BN, thoát vị lõi có 3 BN (5,6%). Thoát vị ở tầng L4-L5 (55,5%), và L5-S1 (38,9%), thấp nhất ở tầng L3-4 (5,6%). Mức độ thoái hóa đĩa đệm gặp chủ yếu độ III 64,8%. Giảm đau sau mổ tính theo thang điểm VAS: VAS lưng trước mổ $5,26 \pm 1,30$, sau mổ là $2,42 \pm 0,64$; sau mổ 6 tháng $1,16 \pm 0,60$. VAS chân trước mổ là $7,16 \pm 1,17$, sau mổ là $2,34 \pm 0,58$, sau mổ 6 tháng $0,98 \pm 0,58$. Giảm chức năng cột sống sau mổ theo thang điểm ODI: Trước mổ là $56,64 \pm 1,55$, sau mổ là $28,66 \pm 8,50$, sau mổ 6 tháng $9,12 \pm 7,80$. Macnab sau 6 tháng (tốt và rất tốt) 98,1%, 1,9% trung bình và không có bệnh nhân nào kết quả kém. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $4,15 \pm 1,06$ ngày. Ghi nhận 1 trường hợp tai biến rách màng cứng 1,9%, 2 trường hợp (3,7%) nhiễm trùng nông vết mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật vi phẫu lấy nhân đĩa đệm thoát vị điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng là phương pháp an toàn, hiệu quả, thời gian nằm viện sau mổ ngắn.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng, vi phẫu lấy nhân đĩa đệm thoát vị.

Summary

Objective: To describe the clinical, imaging characteristics and evaluating the surgical outcomes of patients with lumbar-sacral disc herniation who underwent microsurgical discectomy. **Subject and method:** A prospective descriptive study was conducted on 54 patients diagnosed with lumbar-sacral disc herniation who underwent microsurgical discectomy at the Department of Neurosurgery-Spine Surgery, Thai Binh General Hospital, from January 2020 to December 2022.

Ngày nhận bài: 15/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 06/10/2025

* Tác giả liên hệ: bstu.pttk@gmail.com - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Result: The majority of patients were of working age under 60 years (90.8%), with a mean age of 40.36 ± 12.29 years. Male patients accounted for 66.7% and female patients 33.3%. Preoperative conservative treatment was recorded in 98.1% of cases, of which 72.2% lasted more than 3 months. Central-paracentral herniation was observed in 77.8% of patients, while protrusion type was seen in 5.6% (3 cases). The most common herniation levels were L4–L5 (55.5%) and L5–S1 (38.9%), with the lowest rate at L3–L4 (5.6%). Disc degeneration was predominantly Pfirrmann grade III (64.8%). Postoperative pain reduction (VAS): Low back pain: preoperative 5.26 ± 1.30 , postoperative 2.42 ± 0.64 , 6 months 1.16 ± 0.60 . Leg pain: preoperative 7.16 ± 1.17 , postoperative 2.34 ± 0.58 , 6 months 0.98 ± 0.58 . Functional improvement assessed by ODI: Preoperative 56.64 ± 1.55 , postoperative 28.66 ± 8.50 , 6 months 9.12 ± 7.80 . According to Macnab criteria at 6 months: good and excellent results in 98.1%, fair in 1.9%, and no poor outcomes. The mean hospital stay after surgery was 4.15 ± 1.06 days. Complications included 1 case of dural tear (1.9%) and 2 cases of superficial wound infection (3.7%). **Conclusion:** Microsurgical discectomy for lumbar–sacral disc herniation is a safe and effective treatment, providing significant pain relief, functional recovery, short hospital stay, and a low rate of complications.

Keywords: Lumbar-sacral disc herniation, microsurgical discectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng - cùng được định nghĩa là bệnh lý gây ra do sự dịch chuyển bất thường của nhân nhầy đĩa đệm khỏi vị trí của vòng xơ làm xuất hiện các triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân ¹. Trên thế giới cũng như Việt Nam tỷ lệ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, cùng ngày càng cao, nó gây ra cho người bệnh nhiều phiền toái trong cuộc sống và sinh hoạt hằng ngày. Nếu không được chẩn đoán, điều trị đúng và kịp thời có thể dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống thậm chí gây ra các biến chứng, di chứng nặng nề cho người bệnh. Các phương pháp điều trị hiện nay cả về nội khoa, can thiệp và phẫu thuật ngày càng được cải tiến và ứng dụng rộng rãi.

Phẫu thuật lấy nhân đĩa đệm thoát vị cột sống vùng thắt lưng- cùng được mô tả lần đầu tiên bởi Mixter và Barr năm 1934 ², với phương án mổ mở lấy khối đĩa đệm chèn ép giải phóng thần kinh. Sau Love (năm 1939), Caspar (1977) ³ thì phẫu thuật cột sống được xem là ít xâm lấn khi sử dụng hệ thống kính vi phẫu vào phẫu thuật giúp giảm thiểu tổn thương mô của người bệnh, đặc biệt giúp phẫu thuật lấy nhân TVĐĐ thực sự là ít xâm lấn. Phẫu thuật cột sống thắt lưng vi phẫu là một

giải pháp có thể thay thế một phần cho phẫu thuật thoát vị CSTL mở truyền thống, cho phép phẫu thuật viên tiếp cận cột sống thông qua vết mổ nhỏ hơn. Các kỹ thuật và dụng cụ chuyên khoa được sử dụng, đặc biệt hệ thống kính vi phẫu làm giảm tổn thương cơ và mô mềm, cung cấp một số lợi thế so với phương pháp mổ truyền thống có thể kể đến như: Sẹo mổ nhỏ, ít mất máu, hạn chế tổn thương tổ chức, giảm đau sau phẫu thuật, phục hồi nhanh, ít tai biến và biến chứng, thời gian nằm viện ngắn và ít tốn kém. Do đó sau một cuộc phẫu thuật vi phẫu, bệnh nhân trở lại hoạt động bình thường sớm hơn so với sau khi phẫu thuật mổ mở kinh điển ^{4,5}.

Trong nền y học hiện đại, can thiệp phẫu thuật vi phẫu được ứng dụng rộng rãi tại Việt Nam và nhiều nước trên thế giới. Xuất phát từ các nhu cầu thực tế của bệnh viện nơi tôi đang công tác và mong muốn của người bệnh ngày càng cao hơn, chúng tôi làm đề tài vì 2 mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng được phẫu thuật vi phẫu.

Đánh giá kết quả phẫu thuật vi phẫu lấy đĩa đệm thoát vị điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu 54 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng được phẫu thuật vi phẫu tại Khoa Phẫu thuật thần kinh - Cột sống, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân TVĐĐ CSTL đơn thuần có triệu chứng chèn ép rễ trên lâm sàng phù hợp với hình ảnh MRI. Được điều trị nội khoa đầy đủ 3 tháng không đỡ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm có mất vững cột sống, trượt cột sống.

Bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân như: Suy kiệt, đái tháo đường nặng, suy tim, suy thận, rối loạn đông máu...

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn cỡ mẫu:

Cỡ mẫu: Gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, chỉ số BMI, thời gian.

Đặc điểm lâm sàng: Hội chứng cột sống, hội chứng rễ thần kinh, mức độ đau theo thang điểm VAS.

Đặc điểm cận lâm sàng: Vị trí tầng thoát vị, thể thoát vị, vị trí khối thoát vị

Thời điểm đánh giá sau mổ (24 giờ, 6 tháng) theo VAS, ODI, Macnab (bảng kiểm đánh giá).

2.2.4. Phương pháp phẫu thuật

Tất cả các bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp vi phẫu lấy nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng qua đường sau, với sự hỗ trợ của C-arm tăng sáng màn hình và kính vi phẫu. Các bước thực hiện gồm:

Thì 1: Cầm kim để xác định vị trí rạch da khoảng 3cm bằng máy chụp C-Am trong mổ hoặc đếm khoang liên gai sau từ dưới lên.

Thì 2: Rạch da và bộc lộ vị trí phẫu thuật là đường nối giữa hai mỏm gai sau. Tách cân cơ bộc lộ khe liên đốt.

Thì 3: Sử dụng kính vi phẫu mở cửa sổ xương (gặm bỏ một phần mảnh cung đốt trên và đốt dưới). Mở dây chằng vàng và cắt bỏ dây chằng vàng bằng kim cò súng hoặc bằng dao nhọn.

Thì 4: Phẫu tích tách rễ thần kinh, dùng vén rễ kéo rễ thần kinh sát vào ống sống và kéo vào trong. Bộc lộ khối thoát vị.

Thì 5: Dùng dao nhỏ cán dài mở dây chằng dọc và lấy bỏ khối thoát vị cũng như đĩa đệm bằng panh lấy đĩa đệm.

Thì 6: Mở rộng đường ra của rễ thần kinh bằng kim cò súng. Kiểm tra rễ thần kinh hoàn toàn tự do không bị chèn ép.

Thì 7: Đóng cơ và cân bằng vicryl số 1. Đóng lớp dưới da bằng vicryl 2.0. Đóng da bằng etilon 4.0. Đặt dẫn lưu trong trường hợp không yên tâm khi cầm máu.

2.3. Xử lý số liệu

Phân tích số liệu dựa trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

Tính tỷ lệ % các biến định tính. Tính giá trị trung bình (TB) độ lệch chuẩn (SD), giá trị tối đa (Min), tối thiểu (Max) và khoảng tin cậy 95% cho các biến định lượng.

Sử dụng χ^2 để so sánh các tỷ lệ, T-test để so sánh các giá trị trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, hoàn toàn không ảnh hưởng đến quá trình điều trị và quyền lợi của người bệnh.

Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối, số liệu nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích khoa học và không công bố công khai thông tin nhận dạng bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 54)

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	36	66,7
	Nữ	18	33,3
Tuổi	Dưới 30 tuổi	3	5,6
	Từ 31 đến 60 tuổi	46	85,2
	Từ 61 trở lên	5	9,2

Tỷ lệ bệnh nhân nam: nữ là 2:1. Nhóm tuổi có tỷ lệ bệnh nhân cao là: tuổi 31-60 chiếm 85,2%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Hội chứng thắt lưng

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Đau cột sống thắt lưng	54	100
Tư thế chống đau	33	61
Cơ cứng cơ cạnh sống	22	40,7
Mất đường cong sinh lý, lệch vẹo cột sống	16	29,6
Khoảng cách tay đất >0	30	55,6

Triệu chứng đau cột sống thắt lưng gặp ở 100% bệnh nhân, có 33 bệnh nhân có tư thế chống đau chiếm 61%, cơ cứng cơ cạnh sống gặp ở 22 trường hợp (40,7%), lệch vẹo cột sống 29,6%, nghiệm pháp tay đất dương tính ở 30 bệnh nhân (55,6%).

Bảng 3. Hội chứng rễ thần kinh

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Đau lan theo rễ thần kinh	54	100
Lasègue (+)	54	100
Rối loạn phản xạ gân xương	1	1,9
Rối loạn cảm giác theo rễ thần kinh	47	87
Rối loạn vận động theo rễ thần kinh	1	1,9
Rối loạn cơ tròn	0	0

Tương tự hội chứng cột sống, triệu chứng đau lan dọc theo rễ thần kinh cũng gặp ở 100% các bệnh nhân. Dấu hiệu Lasègue (+) ở 54 trường hợp chiếm 100%. Có 1 trường hợp yếu vận động gấp bàn chân về phía mu chân rễ L5 (1,9%), 87% bệnh nhân có rối loạn cảm giác nông theo đường đi của rễ thần kinh, giảm phản xạ gân xương gặp ở 1 trường hợp chiếm 1,9%.

Bảng 4. VAS trước mổ

VAS (Lưng)	n	Tỷ lệ %
0-2 (Đau nhẹ)	1	1,9
3-6 (Đau vừa)	37	68,5
7-10 (Đau nặng)	16	29,6
Trung bình	5,26 ± 1,30	
VAS (Chân)	n	%
0-2 (Đau nhẹ)	0	0
3-6 (Đau vừa)	24	44,4
7-10 (Đau nặng)	30	56,6
Trung bình	7,16 ± 1,17	

Hầu hết các bệnh nhân đều có VAS nằm ở 2 nhóm 3-6 và 7-10 (98,1%), trong đó chủ yếu nhóm VAS 3-6 mức độ đau vừa chiếm 68,5%. VAS đau lưng trung bình trước mổ $5,26 \pm 1,30$.

Không có BN nào có mức độ đau chân nằm ở nhóm đau nhẹ 0-2, 44,4% bệnh nhân có VAS nằm trong nhóm 3-6, còn 56,6% nằm trong nhóm VAS 7-10. VAS đau chân trung bình trước mổ $7,16 \pm 1,17$.

3.3. Đặc điểm trên CDHA của đối tượng nghiên cứu

Bảng 5. Phân bố loại thoát vị

Loại thoát vị	n	Tỷ lệ %
Lồi	3	5,6
Rách bao xơ	40	70,1
Di trú	11	24,3
Tổng	54	100

Kết quả cho thấy rách bao xơ chiếm tỷ lệ cao nhất 70,1%, thấp nhất là lồi chiếm 5,6%. Thở di trú chiếm 24,3%.

Bảng 6. Phân bố tầng thoát vị

Tầng thoát vị	n	Tỷ lệ %
L34	3	5,6
L4L5	30	55,5
L5S1	21	38,9
Tổng	54	100

Trong nhóm nghiên cứu gặp thoát vị đĩa đệm ở tầng L4-5 nhiều nhất 55,5% và L5-S1 38,9% , vị trí L3-4 ít gặp nhất chỉ 5,6%.

Bảng 7. Phân bố vị trí thoát vị

Vị trí thoát vị	n	Tỷ lệ %
Trung tâm	4	7,4
Trung tâm lệch bên	42	77,8
Lỗ liên hợp	8	14,8
Ngoài lỗ liên hợp	0	0
Tổng	54	100

Tỷ lệ gặp thoát vị vị trí trung tâm 7,4%, chủ yếu là thoát vị trung tâm lệch bên 77,8%, lỗ liên hợp 14,8%, không có trường hợp nào thoát vị ngoài lỗ liên hợp.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 8. VAS sau phẫu thuật

VAS (Lưng)	Sau mổ		Sau 6 tháng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
0 - 2 (Đau nhẹ)	32	59,3	53	98,1
3 - 6 (Đau vừa)	22	40,7	1	1,9
7 - 10 (Đau nặng)	0	0	0	0
Trung bình	2,42 ± 0,64		1,16 ± 0,60	
VAS (Chân)	Sau mổ		Sau 6 tháng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
0 - 2 (Đau nhẹ)	34	63	53	98,1
3 - 6 (Đau vừa)	20	27	1	1,9
7 - 10 (Đau nặng)	0	0	0	0
Trung bình	2,34 ± 0,58		0,98 ± 0,58	

VAS sau mổ tập trung vào 2 nhóm VAS từ 0-2 và 3-6 mức độ đau nhẹ và vừa. Sau 6 tháng tỷ lệ VAS ở nhóm đau nhẹ là 98,1%, đau vừa là 1,9%. VAS đau lưng trung bình sau mổ, sau 6 tháng là: 2,42 ± 0,64; 1,16 ± 0,60.

Sử dụng thuật toán so sánh trung bình từng cặp Paired sample T test: VAS trước -VAS sau mổ,

VAS trước -VAS sau mổ 6 tháng, điểm VAS trung bình trước mổ so với các thời điểm khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Sau mổ VAS đau nhẹ chiếm 63%, đau vừa chiếm 27%. Đến khi sau mổ 6 tháng 98,1% không đau và đau nhẹ. VAS đau chân trung bình sau mổ, sau mổ 6 tháng: 2,34 ± 0,58; 0,98 ± 0,58.

Bảng 9. Chức năng cột sống

ODI	Sau mổ		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%
Độ I	10	18,5	53	98,1
Độ II	44	81,5	1	1,9
Độ III	0	0	0	0
Độ IV	0	0	0	0
Độ V	0	0	0	0
Phân độ trung bình	1,81 ± 0,35		1,02 ± 0,17	
Điểm ODI trung bình (%)	28,66 ± 8,50		9,12 ± 7,80	

Sau phẫu thuật chức năng cột sống được đánh giá lại, ODI trung bình phân độ sau mổ là 1,81 ± 0,35, sau mổ 6 tháng là 1,02 ± 0,17. Sau phẫu thuật và 6 tháng không còn trường hợp nào đánh giá ODI trên mức độ II, điểm ODI trung bình trước mổ so với các thời điểm khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 10. Mức độ hài lòng tại các thời điểm sau phẫu thuật

Phân loại Macnab	Sau mổ		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%
Rất tốt	38	70,4	46	85,2
Tốt	15	27,7	7	12,9
Trung bình	1	1,9	1	1,9
Kém	0	0	0	0

Tỷ lệ mức độ hài lòng của bệnh nhân theo Macnab cải tiến sau mổ rất tốt gặp ở (70,4%), tốt (27,7%), trung bình (1,9%), không có trường hợp nào kém. Sau phẫu thuật 6 tháng: 85,2%, 12,9%, 1,9%, 0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh

4.1.1. Đặc điểm chung

Trong 54 bệnh nhân có 36 bệnh nhân nam (66,7%), 18 bệnh nhân nữ (33,3%). Tỷ lệ bệnh nhân ở trong nhóm tuổi lao động chiếm đến (90,8%) điều đó cũng dễ hiểu vì bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thường gặp ở nhóm tuổi lao động chính cho gia

đình, ở độ tuổi này nam giới thường phải lao động nặng hơn so với nữ giới nên có thể giải thích tỉ lệ nam > nữ. Tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi có tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Vũ 2004¹ 59,1% nam, 40,9% nữ. Nguyễn Lê Bảo Tiến 2017² 58,9% nam, 41,1% nữ. Đinh Ngọc Sơn 2010³ 65% nam, 35% nữ. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi 40,36 ± 12,29 tương tự Võ Tấn Sơn 2011⁴ là 43,56 ± 11,95, Nguyễn Lê Bảo Tiến 2013 là 41,8.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng đau cột sống thắt lưng (gặp ở 100%) bệnh nhân nghiên cứu. Đau là triệu chứng chính khiến bệnh nhân phải đến viện khám và điều trị, đau có thể khiến nhiều trường hợp làm

thay đổi cả đường cong sinh lý của cột sống. Nguyễn Văn Chương 2009 là 100%, Đinh Ngọc Sơn 2010³ là 100%. Hầu hết gặp ở các bệnh nhân có điểm VAS >3. Ngô Văn Thành (2020) 56%.

Đau lưng lan dọc xuống chân theo đường đi của rễ thần kinh (100%) bệnh nhân mô tả mỗi lần đau lưng như điện giật kéo dọc từ lưng lan xuống mông và chân.

Chỉ có 1 bệnh nhân đến với dấu hiệu tổn thương rễ nặng gây liệt nhóm cơ trước cẳng chân. Trong nghiên cứu 86 BN bằng phương pháp qua ống banh của Phạm Ngọc Hải, Vũ Văn Hòe đau theo rễ thần kinh 100%, đau liên quan đến căng rễ 96,51%, rối loạn cảm giác nông theo rễ 83,72%, rối loạn vận động 77,91%

Lasègue (+) ở 54 trường hợp chiếm tỷ lệ (100%) kết quả tương đồng với các nghiên cứu trước đây Hồ Hữu Lương 96,7%, Đinh Ngọc Sơn 2010³ 91,2%, Ngô Văn Thành 2020 98%.

Tỷ lệ đau lưng và đau chân gặp ở 100% các trường hợp. Mức độ đau của bệnh nhân được lượng giá bằng thang điểm VAS, sau đó chúng tôi phân ra làm 3 mức độ: Đau nhẹ (VAS 0-2), đau vừa (3-6), đau nặng (7-10). VAS đau lưng trung bình trước mổ $5,26 \pm 1,30$, VAS đau chân trung bình trước mổ $7,16 \pm 1,17$. Mức độ đau lưng vừa và nặng chiếm 98,1%, mức độ đau chân vừa và nặng chiếm 100%. Alessandro Siccoli 2020⁵ VAS đau lưng trung bình $5,2 \pm 2,8$, đau chân trung bình $7,41 \pm 1,9$.

Chức năng cột sống được đánh giá bằng thang điểm ODI người bệnh tự đánh giá: $56,64 \pm 1,55$ là điểm ODI trung bình trước mổ còn $3,24 \pm 0,80$ là chức năng cột sống trung bình theo phân độ trước mổ của 54 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Nghiên cứu của Nguyễn Lê Bảo Tiến 2010 ODI trung bình $60,58 \pm 12,44$. Alessandro Siccoli 2020⁵ ODI trung bình trước mổ $48,4 \pm 18$.

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Phân bố tầng thoát vị: Trong 54 trường hợp nghiên cứu tầng đĩa đệm L3-4 (5,6%), L4-L5 (55,5%) và L5-S1 (38,9%). Tầng đĩa L4-5 và L5S1 là vị trí bản lề của cột sống thắt lưng - cùng, hai vị trí đĩa này chịu

trọng lực lớn nhất của cơ thể. Trong các nghiên cứu của Phạm Ngọc Hải, Vũ Văn Hòe 2015 thoát vị L4-L5 chiếm tỷ lệ 56,97%, thoát vị L5-S1 chiếm 39,54%. Hồ Hữu Dũng, Võ Văn Thành tầng L4L5 chiếm 58,9% và L5S1 chiếm 41,7%. Nguyễn Vũ, Hà Kim Trung tầng L4L5 64,4% và L5S1 27,8%. Alessandro Siccoli 2020⁵ gặp 45,4% L4L5 và 46,5% L5S1. Phân bố vị trí thoát vị: Vị trí trung tâm chiếm tỷ lệ 7,4%, vị trí trung tâm lệch bên 77,8% và lỗ liên hợp 14,8%, không ghi nhận trường hợp nào thoát vị ở vị trí ngoài lỗ liên hợp. Phạm Ngọc Hải, Vũ Văn Hòe 2015 thoát vị lệch bên 66,28%, thoát vị trung tâm 32,56%, thoát vị ngoài lỗ liên hợp 1,16%. Lê Thế Đăng, Võ Tấn Sơn 2011 thể trung tâm lệch bên 67,2%.

4.2. Kết quả điều trị

So sánh VAS đau lưng sau mổ cho ta thấy VAS đau lưng trung bình sau mổ, sau mổ 6 tháng lần lượt là: $2,42 \pm 0,64$; $1,16 \pm 0,60$. So với VAS đau lưng trước mổ $5,26 \pm 1,30$. Trong nghiên cứu VAS lưng sau mổ còn đau vừa là 40,7% những bệnh nhân được đánh giá sau mổ 24 giờ nên triệu chứng đau lưng còn lẫn với đau vết mổ, tuy nhiên có thể phân biệt bởi dấu hiệu đau trước mổ là đau lưng sâu do biểu hiện tăng áp lực đĩa đệm, còn triệu chứng đau tại vùng mổ là triệu chứng đau nông ở vùng cơ. Tương tự với VAS đau chân sau mổ, sau mổ 6 tháng: $2,34 \pm 0,58$; $0,98 \pm 0,58$ so sánh với VAS đau chân trước mổ $7,16 \pm 1,17$. Sử dụng thuật toán so sánh trung bình cho các cặp VAS trước và sau mổ, 6 tháng cho ta thấy sự thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Với chức năng cột sống ODI, Bảng 9 cho thấy điểm ODI trung bình sau mổ, 6 tháng: $28,66 \pm 8,50$; $9,12 \pm 7,80$. So với điểm ODI trung bình trước mổ $56,64 \pm 1,55$. Sử dụng thuật toán so sánh trung bình cho các cặp ODI trước và sau mổ, 6 tháng cho thấy sự thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Đánh giá kết quả chung dựa vào Macnab cải tiến cho thấy kết quả điều trị đạt kết quả: Rất tốt gặp ở (70,4%), tốt (27,7%), trung bình (1,9%), không có trường hợp nào kém. Sau phẫu thuật 6 tháng: 85,2%, 12,9%, 1,9%, 0%. Các kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Lê

Bảo Tiến ở 130 BN đạt rất tốt và tốt 86,1%, kết quả kém có 5 BN chiếm 3,3%. Hồ Hữu Dũng rất tốt 78,6%, tốt 10,6%, khá 8,9%, kém 1,8%, Yu-Yeol Choi 2006 nghiên cứu trên 39 bệnh nhân có 20 BN (90,9% kết quả tốt và rất tốt, trung bình 4,5%, kết quả kém 4,5%).

Về tai biến và các biến chứng liên quan phẫu thuật được ghi nhận có 01 trường hợp, bệnh nhân nữ 55 tuổi tổn thương rách màng cứng chiếm 1,9%. Điều này cũng phù hợp với Nguyễn Lê Bảo Tiến 2010 với tỷ lệ gặp rách màng cứng là 1,9% và Hồ Hữu Dũng, Võ Văn Thành 2007 với 7,1% rách màng cứng, Ngô Văn Thành 2020⁶ với tỷ lệ rách màng cứng 2%. Nguyên nhân do trường hợp này có khối thoát vị lớn, nằm ở vùng trung tâm, điều trị kéo dài dẫn đến viêm dính. Trong quá trình phẫu thuật thao tác vén rễ lấy đĩa gây rách màng cứng, do vết rách nhỏ nên chỉ cần chèn Lyotyst ở vị trí rách.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 54 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng được phẫu thuật vi phẫu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ 01/2020 đến 12/2022, chúng tôi nhận thấy:

TVĐĐ chủ yếu gặp ở nam giới trong độ tuổi lao động, với tuổi trung bình 40,36 tuổi.

Triệu chứng lâm sàng điển hình với hội chứng cột sống và hội chứng chèn ép rễ thần kinh, Lasègue (+) ở 100% trường hợp.

Tầng thoát vị phổ biến nhất là L4-L5 và L5-S1, chủ yếu ở thể trung tâm lệch bên, mức độ thoái hóa đĩa đệm thường gặp nhất là độ III.

Kết quả điều trị khả quan: Mức độ đau (VAS) và chức năng cột sống (ODI) cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật và cải thiện tốt sau 6 tháng, với 98,1% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt theo thang điểm Macnab.

Tỷ lệ tai biến thấp, an toàn phẫu thuật được đảm bảo.

Do đó, Phẫu thuật vi phẫu điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng là phương pháp hiệu quả, cải thiện nhanh triệu chứng và chất lượng sống người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Vũ HKT, Dương Chạm Uyên (2004) *Chẩn đoán và kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, thắt lưng cùng tại bệnh viện Việt Đức (8/1998-8/2003)*. Y học thực hành 7, tr. 60-62.
2. Nguyễn Lê Bảo Tiến ĐNS, Nguyễn Duy Luật (2017) *Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân thoát vị cột sống thắt lưng-cùng tại BV Việt Đức*. Tạp chí Y học Việt Nam. 2017;1, tr. 56-60.
3. Đinh Ngọc Sơn, N.V.T (2010) *Kết quả phẫu thuật nội soi lấy nhân thoát vị qua lỗ liên hợp trong thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*. Tạp chí Y học Việt Nam 2, tr. 5-10.
4. Võ Tấn Sơn, L.T.Đ (2011) *Đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương*. Tổng hội Y học Việt Nam, 2, tr. 42-45.
5. Siccoli A, Wispelaere MP de, Schröder ML et al (2020) *Timing of Surgery in Tubular Microdiscectomy for Lumbar Disc Herniation and Its Effect on Functional Impairment Outcomes*. Neurospine, 17(1): 204-212
6. Ngô Văn Thành (2020) *Điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng bằng phương pháp ít xâm lấn qua hệ thống ống nong tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức*. Luận văn thạc sỹ Y học chuyên ngành ngoại, Đại học Y Hà Nội.