

CLINICAL AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LUMBAR DISC HERNIATION UNDERGOING SURGICAL TREATMENT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN 2023

Bui Minh Hoang^{1,2*}, Nguyen Hoang Long^{1,2}

¹University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay ward, Hanoi, Vietnam

²Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem ward, Hanoi, Vietnam

Received: 20/04/2026

Revised: 21/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics and MRI findings of patients with lumbar disc herniation undergoing surgical treatment at Viet Duc University Hospital in 2023.

Research methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on 113 patients with lumbar disc herniation who underwent surgery in 2023. Demographic data, clinical features, and MRI findings were analyzed using Spengler, Lee, Pfirrmann, and MSU classifications.

Results: The mean age was 48.2 years, with the 40-59 age group accounting for 58.4%. Males predominated (male/female ratio = 1.35/1). Radicular pain was present in all patients, with a mean VAS score of 7.6 ± 1.35 . Sensory deficits were observed in 86.7%, motor weakness in 35.4%, and sphincter dysfunction in 0.9%. The duration of symptoms was most commonly 1 month to under 6 months (54.0%). On MRI, the most frequently affected levels were L4-L5 (52.2%) and L5-S1 (44.2%). According to MSU classification, zone AB accounted for 55.8% and grade 2 for 61.9%. Spengler classification showed predominance of true herniation (59.3%), followed by contained (22.1%) and sequestered (18.6%) types. Disc migration was observed in 60.2%, most commonly grade 3 (36.3%), with a predominance of downward migration. Pfirrmann grading showed mainly grade III (48.7%) and IV (36.3%) degeneration.

Conclusion: Patients undergoing surgery for lumbar disc herniation were predominantly of working age and typically presented with radicular pain. MRI findings showed predominance at L4-L5 and L5-S1 levels, with a high rate of true herniation, significant migration, and moderate-to-severe disc degeneration. These findings are valuable for surgical planning and clinical decision-making.

Keywords: Lumbar disc herniation, radiculopathy, MRI, Spengler, Pfirrmann, Lee, MSU.

*Corresponding author

Email: buiminhhoang.dhydtn@gmail.com Phone: (+84) 983835159 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5491

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2023

Bùi Minh Hoàng^{1,2*}, Nguyễn Hoàng Long^{1,2}

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, phường Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 21/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 113 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng được phẫu thuật trong năm 2023. Các biến số bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng và đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ theo các phân loại Spengler, Lee, Pfirrmann và MSU.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,2 tuổi, nhóm tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,4%), nam giới chiếm ưu thế (tỷ lệ nam/nữ = 1,35/1). Đau kiểu rễ gặp ở 100% bệnh nhân với điểm VAS trung bình $7,6 \pm 1,35$. Rối loạn cảm giác gặp ở 86,7%, yếu cơ 35,4% và rối loạn cơ tròn 0,9%. Thời gian diễn biến bệnh chủ yếu từ 1 tháng đến dưới 6 tháng (54,0%). Trên MRI, hai tầng tổn thương thường gặp nhất là L4-L5 (52,2%) và L5-S1 (44,2%). Theo phân loại MSU, vùng AB chiếm 55,8% và độ 2 chiếm 61,9%. Hình thái thoát vị theo Spengler chủ yếu là thoát vị thực sự (59,3%), tiếp theo là dưới bao (22,1%) và mảnh rời (18,6%). Thoát vị có di trú chiếm 60,2%, chủ yếu di trú vùng 3 (36,3%) và có xu hướng di trú xuống. Thoái hóa đĩa đệm chủ yếu ở độ III (48,7%) và độ IV (36,3%).

Kết luận: Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng được phẫu thuật chủ yếu ở độ tuổi lao động với biểu hiện điển hình là đau kiểu rễ. Hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy tổn thương tập trung tại L4-L5 và L5-S1, với hình thái thoát vị thực sự chiếm ưu thế, tỷ lệ di trú cao và thoái hóa đĩa đệm mức độ trung bình đến nặng. Các đặc điểm này có ý nghĩa quan trọng trong định hướng điều trị và lập kế hoạch phẫu thuật.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm, đau kiểu rễ, cộng hưởng từ, Spengler, Pfirrmann, Lee, MSU.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm thắt lưng là một trong những bệnh lý thường gặp nhất của cột sống, có thể biểu hiện bằng đau thắt lưng, đau theo chi phối của rễ thần kinh, tê bì hoặc yếu cơ, trong một số trường hợp nặng có thể biểu hiện hội chứng đuôi ngựa hoặc tổn thương không hồi phục chức năng của rễ thần kinh. Gánh nặng bệnh tật không chỉ nằm ở triệu chứng đau kéo dài mà còn ở suy giảm vận động, giảm khả năng lao động, tăng chi phí điều trị và thời gian nghỉ việc. Ở những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bảo tồn hoặc có tổn thương thần kinh tiến triển, phẫu thuật lấy thoát vị là lựa chọn điều trị hiệu quả nhằm giải phóng chèn ép, giảm đau và cải thiện chức năng sống.

Trong đánh giá trước mổ, lâm sàng giúp định hướng rễ bị tổn thương và mức độ ảnh hưởng chức năng, trong khi cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging - MRI) cho phép xác định chính xác tầng tổn thương, tương quan khối thoát vị với ống sống-lỗ liên hợp-rễ thần kinh, mức độ di trú của mảnh thoát vị cũng như tình trạng thoái hóa đĩa đệm. Nhiều hệ thống phân loại đã được áp dụng nhằm

chuẩn hóa mô tả và tăng tính ứng dụng lâm sàng. Phân loại Pfirrmann đánh giá thoái hóa đĩa đệm dựa trên tín hiệu và hình thái đĩa trên MRI, thường liên quan đến mức độ mất nước, giảm chiều cao và thay đổi cấu trúc của nhân nhầy; các mức độ thoái hóa nặng thường liên quan đến đau lưng sau mổ, thoát vị tái phát. Mặt khác, phân loại hình thái thoát vị theo Spengler (dưới bao/thoát vị thực sự/mảnh rời) phản ánh tính “di động” của mảnh thoát vị, mức độ dính-viêm quanh rễ và mức độ khó khi lấy hết khối thoát vị. Phân độ di trú theo Lee mô tả sự di chuyển lên hoặc xuống của mảnh thoát vị dọc thân đốt sống, giúp phẫu thuật viên dự đoán vị trí tìm mảnh rời, quyết định phạm vi mở cửa sổ xương và chiến lược tiếp cận.

Tại Việt Nam, mặc dù số lượng phẫu thuật thoát vị đĩa đệm thắt lưng lớn, các nghiên cứu mô tả có hệ thống đặc điểm lâm sàng và MRI trong nhóm bệnh nhân được phẫu thuật tại các trung tâm lớn còn chưa đồng đều; việc chuẩn hóa mô tả theo các phân loại thông dụng sẽ giúp so sánh giữa các nghiên cứu, đồng thời hỗ trợ thực hành lâm sàng

*Tác giả liên hệ

Email: buiminhhong.dhytdn@gmail.com Điện thoại: (+84) 983835159 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5491

thường quy. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là cơ sở phẫu thuật ngoại khoa tuyến cuối với lượng bệnh nhân cột sống lớn, vì vậy việc tổng hợp đặc điểm của bệnh nhân phẫu thuật có giá trị thực tiễn. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học MRI của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm thắt lưng dựa trên lâm sàng và MRI, sau đó được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp vi phẫu hoặc nội soi lấy thoát vị trong khoảng thời gian năm 2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân phẫu thuật lấy thoát vị một tầng; có hồ sơ bệnh án, phim ảnh đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm tái phát; bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật làm thay đổi giải phẫu vùng cần can thiệp; bệnh nhân có bệnh lý thần kinh trung ương hoặc ngoại biên ảnh hưởng đến chức năng vận động, cảm giác chi dưới.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn.

2.4. Biến số và cách thu thập số liệu

- Nhân khẩu học: tuổi (năm), giới, phân nhóm tuổi theo đặc điểm dịch tễ và nhu cầu phân tích.

- Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng đau (đau kiểu rễ thần kinh đánh giá qua thang điểm VAS); triệu chứng thần kinh (tê bì/rối loạn cảm giác, rối loạn vận động: cơ lực theo thang điểm 5 mức); thời gian diễn biến (tính từ thời điểm bắt đầu xuất hiện triệu chứng tới khi đi khám); phương pháp phẫu thuật được chỉ định (vi phẫu, nội soi).

- Đặc điểm hình ảnh MRI được đánh giá bởi nhóm tác giả là phẫu thuật viên cột sống. Các biến gồm: tầng tổn thương (L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1); vị trí theo lát cắt ngang (trung tâm, cạnh trung tâm, lỗ liên hợp, ngoài lỗ liên hợp); hình thái thoát vị theo Spengler (thoát vị dưới bao, thoát vị thực sự, thoát vị mảnh rời); mức độ di trú theo Lee (vùng 1-4); mức độ thoái hóa của đĩa đệm tổn thương theo Pfirrmann (độ I-V); phân loại kích thước và vị trí thoát vị trên mặt cắt ngang theo MSU (Michigan State University) gồm độ 1-2-3, vùng A-B-C.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 27. Sự khác biệt về kết quả giữa các nhóm được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, thông tin cá nhân được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu; tuân thủ quy định của bệnh viện và hội đồng đạo đức

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 113 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng được phẫu thuật và đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,2 tuổi, trong đó nhóm 40-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (58,4%). Nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ = 1,35/1.

Về đặc điểm nghề nghiệp và tính chất lao động: lao động nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (46,0%). Ngoài ra, tỷ lệ lao động nặng cao hơn ở nhóm vi phẫu so với nhóm nội soi, gợi ý yếu tố kinh tế-xã hội có thể ảnh hưởng đến lựa chọn phương pháp điều trị.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Đau kiểu rễ là triệu chứng nổi bật nhất, gặp ở tất cả các bệnh nhân. Mức độ đau kiểu rễ trước mổ có giá trị trung bình VAS = $7,6 \pm 1,35$ điểm, trong đó nhóm đau dữ dội (VAS 7-8 điểm) chiếm tỷ lệ cao nhất (56,6%), tiếp theo là đau không thể chịu nổi (VAS 9-10 điểm) chiếm 24,8%, đau vừa chiếm 17,7% và đau nhẹ chỉ chiếm 0,9%.

Rối loạn cảm giác (tê bì, giảm cảm giác theo khoanh da) gặp ở 86,7% bệnh nhân. Rối loạn vận động (yếu cơ) ghi nhận ở 35,4% bệnh nhân. Rối loạn cơ tròn hiếm gặp, chỉ chiếm 0,9%.

Thời gian diễn biến bệnh trước mổ chủ yếu nằm trong giai đoạn bán cấp. Nhóm có thời gian từ 1 đến dưới 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (54,0%), tiếp theo là nhóm từ 6-12 tháng và nhóm trên 12 tháng (đều chiếm 15,9%), trong khi nhóm dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất (14,2%).

Các lý do phẫu thuật thường gặp bao gồm: đau kiểu rễ mức độ nặng, dai dẳng và không đáp ứng điều trị bảo tồn, hoặc có tình trạng thiếu hụt thần kinh.

3.3. Đặc điểm hình ảnh MRI

Hai tầng thoát vị gặp nhiều nhất là L4-L5 (52,2%) và L5-S1 (44,2%), trong khi tầng L3-L4 chiếm tỷ lệ rất thấp (3,5%).

Theo phân loại MSU, thoát vị nằm ở vùng AB gặp nhiều nhất với tỷ lệ 55,8%, phân vùng C gặp ít nhất với tỷ lệ 6,2%. Về kích thước, thoát vị độ 2 gặp nhiều nhất với tỷ lệ 61,9%, độ 3 gặp ít nhất với tỷ lệ 14,2% (bảng 1).

Bảng 1. Phân loại thoát vị theo MSU (n = 113)

Phân loại		Số ca	Tỷ lệ (%)
Phân vùng	Vùng A	23	20,4
	Vùng B	20	17,7
	Vùng AB	63	55,8
	Vùng C	7	6,2
Phân độ	Độ 1	27	23,9
	Độ 2	70	61,9
	Độ 3	16	14,2

Về hình thái thoát vị theo Spengler, tỷ lệ hình thái thoát vị thực sự, thoát vị dưới bao, thoát vị mảnh rời lần lượt là 59,3%; 22,1% và 18,6%. Như vậy, thoát vị thực sự gặp nhiều nhất và nhóm thoát vị mảnh rời gặp ít nhất.

Về phân loại thoát vị di trú theo Lee, tỷ lệ không di trú chiếm 39,8%, trong khi nhóm có di trú chiếm 60,2%. Trong

nhóm thoát vị di trú, di trú vùng 3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,3%, tiếp theo là vùng 4 (11,5%), vùng 2 (8,0%) và vùng 1 (4,4%). Xu hướng di trú xuống chiếm ưu thế rõ rệt.

Về mức độ thoái hóa đĩa đệm theo Pfirrmann tại tầng thoát vị chủ yếu ở độ III và IV với tỷ lệ lần lượt là 48,7% và 36,3%. Thoái hóa độ II và độ V gặp ít hơn với tỷ lệ lần lượt là 3,5% và 11,5%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và ý nghĩa dịch tễ

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng được phẫu thuật chủ yếu ở độ tuổi lao động và nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn. Xu hướng này phù hợp với thực tế lâm sàng: nhóm tuổi lao động thường tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như lao động nặng, tư thế xấu kéo dài, vi chấn thương, và cường độ hoạt động cao. Nam giới trong nhiều bối cảnh có tỷ lệ lao động nặng và chấn thương vì mô lập đi lập lại cao hơn, điều này có thể góp phần làm tăng nguy cơ thoát vị có triệu chứng và cần can thiệp phẫu thuật [1].

4.2. Đặc điểm lâm sàng: đau kiểu rễ là trung tâm của bệnh cảnh

Đau kiểu rễ là do cơ chế phối hợp giữa chèn ép cơ học và phản ứng viêm tại vị trí thoát vị gây kích ứng rễ thần kinh [2]. Cơ chế viêm đáp ứng với điều trị nội khoa, trong khi cơ chế chèn ép cần giải quyết bằng phẫu thuật. Trong thực hành, đau kiểu rễ thường là lý do khiến người bệnh tìm đến điều trị chuyên khoa và phẫu thuật được đặt ra sau một thời gian điều trị bảo tồn bằng các thuốc chống viêm không hiệu quả.

Các triệu chứng thần kinh như rối loạn cảm giác và yếu cơ tuy không phải lúc nào cũng chiếm đa số, nhưng lại có giá trị quyết định trong chỉ định mổ. Những trường hợp thiếu hụt thần kinh tiến triển là nhóm nguy cơ di chứng nếu trì hoãn can thiệp [3]. Do đó, đánh giá thần kinh tỉ mỉ, theo dõi diễn tiến và đối chiếu với hình ảnh MRI có ý nghĩa then chốt.

4.3. Đặc điểm MRI

Tầng thoát vị: ưu thế tại L4-L5 và L5-S1

Kết quả cho thấy L4-L5 và L5-S1 là hai tầng gặp nhiều nhất. Nhiều nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật lấy thoát vị, bao gồm các nghiên cứu so sánh nội soi với vi phẫu, cũng thường ghi nhận phân bố tương tự, phản ánh quy luật tải trọng và vận động của cột sống thắt lưng thấp. Ruetten S và cộng sự trong thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng về so sánh kết quả phẫu thuật nội soi và vi phẫu lấy thoát vị cho thấy các tầng can thiệp cũng tập trung chủ yếu ở vùng cột sống thắt lưng thấp [4].

Hình thái thoát vị theo Spengler: ý nghĩa lâm sàng-kỹ thuật

Trong toàn mẫu, thoát vị thực sự chiếm 59,3%, cao hơn thoát vị dưới bao (22,1%) và thoát vị mảnh rời (18,6%). Phân bố này gợi ý đa số bệnh nhân phẫu thuật thuộc nhóm thoát vị đã vỡ, gây chèn ép lên rễ thần kinh và không còn đáp ứng với điều trị bảo tồn.

Về mặt ý nghĩa thực hành lâm sàng, hình thái thoát vị liên quan đến độ di động của mảnh thoát vị, mức độ dính/viêm quanh rễ, khả năng lấy hết khối thoát vị và nguy cơ sót mảnh. Trong nghiên cứu của Ono K và cộng sự (2022),

hình thái thoát vị dưới bao là một yếu tố nguy cơ thoát vị tái phát; tỷ lệ thoát vị dưới bao trong nhóm tái phát là 72,3% so với 61,3% ở nhóm không tái phát [5]. Nhóm thoát vị dưới bao có đặc điểm vẫn còn nhiều nhân nhầy trong khoang đĩa kết hợp với lỗ rách vòng xơ lớn, dẫn tới nguy cơ tái phát cao hơn. Thoát vị mảnh rời có lỗ rách nhỏ hơn do đó có tỷ lệ tái phát thấp hơn trong một số nghiên cứu. Mặt khác, thoát vị mảnh rời có nguy cơ tồn dư thoát vị cao hơn do có thể có nhiều mảnh và di trú [6].

Từ góc nhìn này, việc chuẩn hóa mô tả hình thái thoát vị giúp phẫu thuật viên không chỉ “ghi nhận” mà còn “dự báo” độ khó, phạm vi thao tác và nguy cơ biến chứng/sót mảnh.

Vị trí khối thoát vị theo phân loại MSU (phân vùng và phân độ)

Trong toàn mẫu, vị trí khối thoát vị có ưu thế nằm ở vùng AB (55,8%), sau đó là vùng A (22,1%), vùng B (14,2%) và vùng C (8,0%). Vùng AB và vùng B là vị trí thần kinh đi trong ngách bên, là một khoang hẹp, giới hạn bởi đĩa đệm, mấu khớp và cuống sống, dễ xảy ra xung đột với rễ thần kinh khi có thoát vị đĩa đệm. Một thoát vị vùng AB hay nói cách khác trải dài cả vùng A và B thường là thoát vị lớn và cần phải can thiệp phẫu thuật. Mặt khác vùng AB và vùng B cũng là vị trí điểm yếu của vòng xơ, dễ xảy ra thoát vị đĩa đệm. Thoát vị vùng C hay còn gọi là thoát vị thể lỗ liên hợp, gây ảnh hưởng đến rễ thần kinh thoát ra (exiting nerveroot) trong trường hợp thoát vị lớn và di trú lên trên; là thể thoát vị ít gặp nhất trong các trường hợp thoát vị đĩa đệm phải can thiệp phẫu thuật [7-8].

Về kích thước (phân độ), độ 2 chiếm 61,9%, độ 1 là 23,9% và độ 3 là 14,2%. Độ 2 và độ 3 phản ánh kích thước thoát vị đĩa đệm lớn và rất lớn. Thông thường ở độ 2 đã gây ra triệu chứng chèn ép thần kinh phải can thiệp phẫu thuật. Đối với các thoát vị độ 1, phẫu thuật viên thường cân nhắc giữa điều trị bảo tồn (nội khoa, tiêm phong bế, tập phục hồi chức năng...) với can thiệp phẫu thuật. Can thiệp phẫu thuật chỉ đặt ra khi điều trị bảo tồn thất bại.

Phân loại thoát vị đĩa đệm theo MSU được đề xuất nhằm tạo tiêu chí khách quan về kích thước (1-2-3) và vị trí (A-B-C/AB) khi mô tả thoát vị đĩa đệm.

Phân độ di trú theo Lee

Phân loại di trú 4 vùng của Lee được đề xuất nhằm định hướng lựa chọn đường tiếp cận trong phẫu thuật nội soi và chuẩn hóa mô tả di trú trên MRI.

Di trú là hiện tượng thường gặp ở nhóm bệnh nhân được chỉ định mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng tỷ lệ di trú đạt 60,2%. Nhóm bệnh nhân được chỉ định mổ thường có thoát vị mức độ nặng, đã thoát ra nhiều hơn, dễ tạo mảnh di trú dọc theo dây chằng dọc sau và khoang ngoài màng cứng [9].

Xu hướng di trú xuống của thoát vị chiếm ưu thế rõ rệt. Tính trong nhóm có di trú, tỷ lệ di trú xuống là 79%. Đây là xu hướng đã được mô tả trong các loạt ca thoát vị di trú của Lee [10].

Phân loại thoái hóa đĩa đệm theo Pfirrmann

Mức độ thoái hóa đĩa đệm ở tầng can thiệp tập trung chủ yếu ở độ III và IV, độ V và II rất ít. Các nghiên cứu của Yu L.P và cộng sự (2012) [12], Đỗ Mạnh Hùng và cộng sự

(2025) [11] cũng ghi nhận nhóm bệnh nhân phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm (cả nội soi và vi phẫu) đều có mức thoái hóa đĩa đệm tập trung ở độ III và IV.

Điều này gợi ý mối liên quan giữa thoái hóa đĩa đệm và thoát vị đĩa đệm. Thoát vị đĩa đệm thường xảy ra ở đĩa đệm thoái hóa mức độ trung bình đến nặng. Các trường hợp thoái hóa mức độ V có tỷ lệ thấp hơn do đây là hình thái thoái hóa nặng nhất, mất chiều cao đĩa, phần lớn nằm trong bệnh cảnh mất vững hoặc hẹp nặng ống sống, không còn phù hợp với phẫu thuật lấy thoát vị đơn thuần.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng-cùng chủ yếu thuộc nhóm tuổi lao động, biểu hiện lâm sàng điển hình là đau kiểu rễ, một tỷ lệ nhỏ có rối loạn cảm giác và/hoặc rối loạn vận động. Sử dụng các phân loại đặc điểm MRI giúp chuẩn hóa mô tả đặc điểm thoát vị. Các đặc điểm này có ý nghĩa quan trọng trong định hướng chỉ định, lập kế hoạch phẫu thuật và tư vấn tiên lượng, đặc biệt trong các trường hợp mảnh rời/di trú và thoái hóa nặng.

Nghiên cứu này được tài trợ bởi nhiệm vụ khoa học “So sánh kết quả lấy thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp vi phẫu và phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng-cùng” (mã số CS.24.02) của Đại học Quốc gia Hà Nội. Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ quý báu từ cơ quan tài trợ, đồng thời bày tỏ lời cảm ơn tới Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã cung cấp số liệu và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình thực hiện nghiên cứu.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Battié M.C, Videman T, Gibbons L.E et al. Occupational driving and lumbar disc degeneration: a casecontrol study. *The Lancet*, 2002, 360 (9343): 1369-1374. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11399-7
- [2] Olmarker K, Rydevik B. Pathophysiology of sciatica. *Orthop Clin North Am*, 1991, 22 (2): 223-234.
- [3] Ahn U.M, Ahn N.U, Buchowski J.M, Garrett E.S, Sieber A.N, Kostuik J.P. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation: a meta-analysis of surgical outcomes. *Spine*, 2000, 25 (12): 1515-1522. doi: 10.1097/00007632-200006150-00010
- [4] Ruetten S, Komp M, Merk H, Godolias G. Full-endoscopic interlaminar and transforaminal lumbar discectomy versus conventional microsurgical technique: a prospective, randomized, controlled study. *Spine*, 2008, 33 (9): 931-939. doi: 10.1097/BRS.0b013e31816c8af7
- [5] Ono K, Ohmori K, Yoneyama R, Matsushige O, Majima T. Risk factors and surgical management of recurrent herniation after full-endoscopic lumbar discectomy using interlaminar approach. *J Clin Med*, 2022, 11 (3): 748. doi: 10.3390/jcm11030748
- [6] Ahn Y. Endoscopic spine discectomy: indications and outcomes. *Int Orthop*, 2019, 43 (4): 909-916. doi: 10.1007/s00264-018-04283-w
- [7] Berra L.V, Di Rita A, Longhitano F et al. Far lateral lumbar disc herniation part 1: imaging, neurophysiology and clinical features. *World J Orthop*, 2021, 12 (12): 961-969. doi: 10.5312/wjo.v12.i12.961
- [8] Epstein N. Foraminal and far lateral lumbar disc herniations: surgical alternatives and outcome measures. *Spinal Cord*, 2002, 40 (10): 491-500. doi: 10.1038/sj.sc.3101319
- [9] Fardon D.F, Williams A.L, Dohring E.J, Murtagh F.R, Gabriel Rothman S.L, Sze G.K. Lumbar disc nomenclature: version 2.0. *Spine J*, 2014, 14 (11): 2525-2545. doi: 10.1016/j.spinee.2014.04.022
- [10] Lee S, Kim S.K, Lee S.H et al. Percutaneous endoscopic lumbar discectomy for migrated disc herniation: classification of disc migration and surgical approaches. *Eur Spine J*, 2007, 16 (3): 431-437. doi: 10.1007/s00586-006-0219-4.
- [11] Đỗ Mạnh Hùng, Đinh Ngọc Sơn. So sánh kết quả phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm L5S1 bằng giải ép vi phẫu và nội soi gian lam tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2025, 547 (2): 214-218. doi: 10.51298/vmj.v547i2.12993
- [12] Yu L.P, Qian W.W, Yin G.Y, Ren Y.X, Hu Z.Y. MRI assessment of lumbar intervertebral disc degeneration with lumbar degenerative disease using the Pfirrmann grading systems. *PLoS One*, 2012, 7 (12): e48074. doi: 10.1371/journal.pone.0048074.