

EVALUATION ON RESULTS OF MICRODISCECTOMY FOR SEQUESTERED LUMBAR DISC HERNIATION

Pham Anh Tuan^{1,2*}, Vo Thanh Nghia^{1,2}, Le Anh Khoa¹
Ho Minh Quang¹, Tran Nghi Lan¹

1. Nguyen Tri Phuong Hospital - 468 Nguyen Trai, District 5, Ho Chi Minh city, Vietnam

2. Ho Chi Minh city University of Medicine and Pharmacy - 217 Hong Bang, District 5, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 15/05/2024

Revised: 07/08/2024; Accepted: 27/08/2024

ABSTRACT

Objective: The study aims to describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the results of microdiscectomy in patients with lumbosacral disc herniation with fragmented fragments.

Research subjects and methods: Retrospective description and analysis of a series of cases. Cases undergoing microsurgery to remove lumbar disc herniation with fragmented fragments at the Department of Neurosurgery, Nguyen Tri Phuong Hospital from October 2019 to June 2022. Patients were evaluated for clinical symptoms and imaging before surgery; assess the level of symptom improvement after surgery according to the VAS and Macnab scales.

Results: There were 37 cases, including 21 men and 16 women, the youngest 26 years old, the oldest 76 years old, who underwent microsurgery to remove the herniated nucleus pulposus with loose fragments. The level of nerve root pain according to the VAS scale at the time before surgery and immediately after surgery 24 hours was 8.11 ± 0.90 points and 2.30 ± 1.35 points, respectively. At 3 months after surgery, very good results accounted for 62.2% and good results accounted for 37.8%. Recorded 1 case of dural tear that was treated during surgery. No other complications were noted at 3 months after surgery.

Conclusion: Microsurgery to remove the nucleus pulposus on patients with lumbar disc herniation with separate fragments achieved good results with few complications.

Keywords: Herniated disc with fragment, microsurgery to remove disc nucleus.

* Corresponding author

Email address: tuandoctor2000@gmail.com

Phone number: (+84) 989031007

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i5.1412>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT LẤY NHÂN ĐỆM TRÊN BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM THẮT LƯNG - CÙNG CÓ MẢNH RỜI

Phạm Anh Tuấn^{1,2*}, Võ Thành Nghĩa^{1,2}, Lê Anh Khoa¹
Hồ Minh Quang¹, Trần Nghị Lâm¹

1. Bệnh viện Nguyễn Tri Phương - 468 Nguyễn Trãi, Quận 5, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

2. Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, Quận 5, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15/05/2024

Ngày chỉnh sửa: 07/08/2024; Ngày duyệt đăng: 27/08/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả vi phẫu thuật lấy nhân đệm trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng - cùng có mảnh rời.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả và phân tích hàng loạt ca bệnh. Các trường hợp được vi phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có mảnh rời tại khoa Ngoại Thần kinh, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 10/2019 đến tháng 6/2022. Bệnh nhân được đánh giá triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học trước phẫu thuật; đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật theo thang điểm VAS và Macnab.

Kết quả: Có 37 trường hợp, gồm 21 nam và 16 nữ, trẻ nhất 26 tuổi, già nhất 76 tuổi, được vi phẫu thuật lấy nhân đệm thoát vị có mảnh rời. Mức độ đau theo rỗ thần kinh theo thang điểm VAS tại thời điểm trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 24 giờ lần lượt là $8,11 \pm 0,90$ điểm và $2,30 \pm 1,35$ điểm. Tại thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng, kết quả rất tốt chiếm 62,2% và tốt chiếm 37,8%. Ghi nhận 1 trường hợp rách màng cứng được xử lý trong lúc phẫu thuật. Không ghi nhận các biến chứng khác tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật.

Kết luận: Vi phẫu thuật lấy nhân đệm trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng - cùng có mảnh rời đạt hiệu quả tốt, ít biến chứng.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm có mảnh rời, vi phẫu lấy nhân đệm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng là bệnh lý đĩa đệm do nhân nhầy thoát ra khỏi vòng sợi chèn ép vào ống sống hay rễ thần kinh thắt lưng gây hậu quả là đau thắt lưng lan xuống chân [0]. Nhiều nghiên cứu cho thấy, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng có mảnh rời chiếm 30% các trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng, đó là tình trạng một phần nhân đệm tự do tách biệt hoàn toàn. Do vậy bệnh cảnh lâm sàng

khá đa dạng, thường gây thiếu sót thần kinh. Các phương pháp phẫu thuật gồm: lấy nhân đệm qua da, giảm áp nhân đệm qua da bằng sóng cao tần hoặc LASER, phẫu thuật lấy nhân đệm có hay không có dùng kính vi phẫu, phẫu thuật nội soi lấy thoát vị đĩa đệm [2-5].

Trong các phương pháp phẫu thuật trên, vi phẫu thuật lấy nhân đệm ngày càng được áp dụng một cách rộng rãi với với các ưu điểm như: đường mổ nhỏ, ít xâm lấn, tỷ lệ biến chứng thấp... Tuy nhiên,

* Tác giả liên hệ

Email: tuandoctor2000@gmail.com

Điện thoại: (+84) 989031007

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i5.1412>



các nghiên cứu về vi phẫu thuật lấy đĩa đệm thoát vị ở cột sống thắt lưng - cùng có mảnh rời còn ít và kết quả nghiên cứu còn khác nhau giữa các tác giả. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân được vi phẫu thuật lấy nhân đệm thoát vị có mảnh rời.
- Đánh giá kết quả vi phẫu thuật lấy nhân đệm trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng - cùng có mảnh rời.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hàng loạt ca bệnh.

2.2. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

Các trường hợp được vi phẫu thuật lấy nhân đệm có mảnh rời trong mổ điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng - cùng tại Khoa Ngoại Thần kinh, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 10/2019-6/2022.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào nghiên cứu:
 - + Được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm có mảnh rời bằng lâm sàng và hình ảnh MRI.
 - + Thất bại với điều trị nội khoa ít nhất 6-8 tuần.
 - + Bệnh nhân được vi phẫu thuật lấy nhân đệm thoát vị vùng cột sống thắt lưng - cùng.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Thoát vị đĩa đệm trung tâm gây hẹp ống sống.
 - + Thoát vị đĩa đệm kèm thoái hóa cột sống gây hẹp ống sống.
 - + Thoát vị đĩa đệm kèm trượt đốt sống.
 - + Vi phẫu thuật lấy nhân đệm cột sống thắt lưng - cùng không thuận lợi, phải chuyển mổ mở.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Bệnh nhân được đánh giá tình trạng lâm sàng trước mổ bao gồm: mức độ đau lưng và đau chân theo thang điểm VAS, sức cơ, phản xạ gân xương, tình trạng rối loạn cơ vòng.
- Hình ảnh MRI được đọc bởi bác sỹ chuyên khoa hình ảnh để chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm có mảnh rời.
- Trong mổ, ghi nhận thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, các biến chứng nếu có.
- Sau mổ, ghi nhận mức độ đau theo rỗ thần kinh tại thời điểm 24 giờ và 3 tháng sau phẫu thuật. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, bệnh nhân được đánh giá khả năng hồi phục theo thang điểm Macnab, gồm 5 mức độ: rất tốt, tốt, trung bình, kém và phải phẫu thuật lại.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành hồi cứu trên hồ sơ bệnh án, không làm thay đổi phác đồ điều trị hiện có, không sử dụng thông tin định danh để bảo đảm tính bảo mật của người tham gia nghiên cứu.

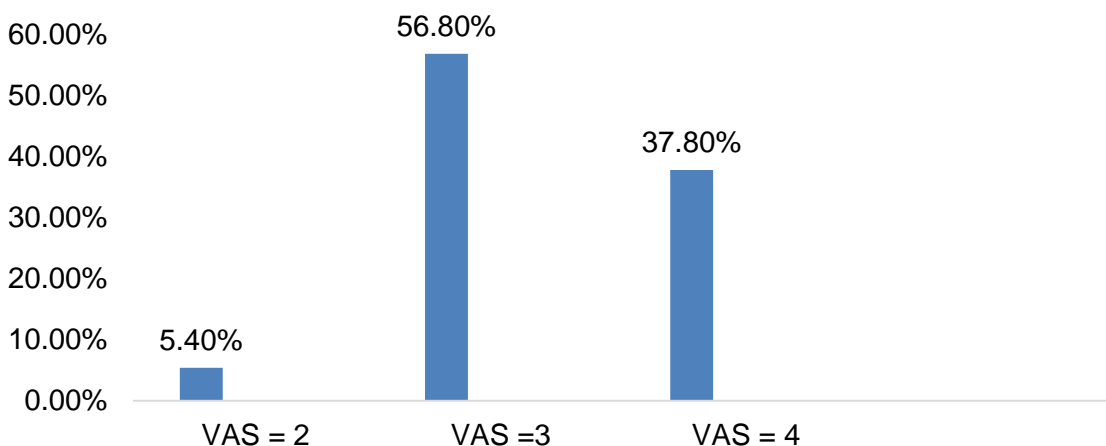
Đề tài được thông qua Hội đồng Đạo đức, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương bởi văn bản số 471/NTP-CĐT, bảo đảm tính bảo mật, chính xác, trung thực đối với thông tin thu được.

2. KẾT QUẢ

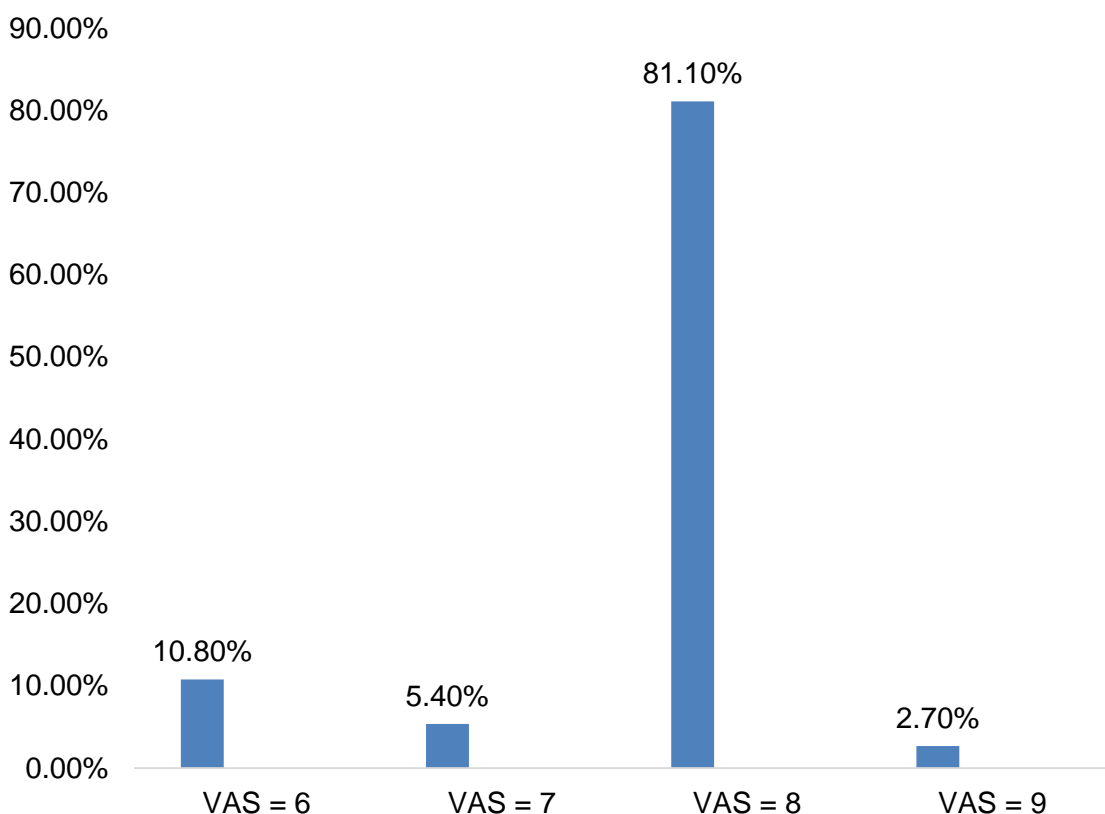
Từ tháng 10/2019 đến tháng 6/2022, có 37 trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng có mảnh rời được điều trị bằng vi phẫu thuật lấy nhân đệm, gồm 21 bệnh nhân nam (56,8%) và 16 bệnh nhân nữ (43,2%), có độ tuổi trung bình là $44,59 \pm 11,80$ tuổi, trẻ nhất 26 tuổi, già nhất 76 tuổi. Các trường hợp đến khám dưới 3 tháng kể từ lúc khởi phát đau gồm 18 trường hợp (48,6%), trên 3 tháng là 19 trường hợp (51,4%).

3.1. Tình trạng lâm sàng trước phẫu thuật

Biểu đồ 1. Mức độ đau lưng theo thang điểm VAS tại thời điểm trước phẫu thuật



Biểu đồ 2. Mức độ đau theo rễ thần kinh theo thang điểm VAS tại thời điểm trước phẫu thuật



Biểu đồ 1 và 2 cho thấy: trước phẫu thuật, triệu chứng lâm sàng nổi bật là đau lưng lan xuống chân theo rễ thần kinh. Đánh giá mức độ đau lưng theo thang điểm VAS tại thời điểm trước phẫu thuật: thấp nhất 2 điểm, cao nhất 4 điểm, trung bình $3,32 \pm 0,58$ điểm. Trong khi đó, mức độ đau theo rễ thần kinh theo thang điểm VAS, thấp nhất 6 điểm, cao nhất 9, trung bình $8,11 \pm 0,9$ điểm.

Tất cả 37 trường hợp trong nghiên cứu đều có nghiệm pháp Lasègue dương tính tại thời điểm nhập viện: nhỏ nhất 15 độ, lớn nhất 50 độ, trung bình $37,43 \pm 7,78$ độ.

3.2. Hình ảnh MRI trước phẫu thuật

Trên hình ảnh MRI, thoát vị đĩa đệm tầng L5-S1 chiếm 62,2% và tầng L4-L5 chiếm 37,8%; kích thước khối thoát vị theo đường kính lớn là: nhỏ nhất 6 mm, lớn nhất 19 mm, trung bình $9,27 \pm 3,18$ mm.

Bảng 1. Phân bố các trường hợp theo vị trí thoát vị trên mặt phẳng đứng dọc

Vị trí thoát vị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Mức đĩa đệm	1	2,7%
Mức lỗ liên hợp	34	91,9%
Mức cuống cung	2	5,4%
Tổng	37	100%

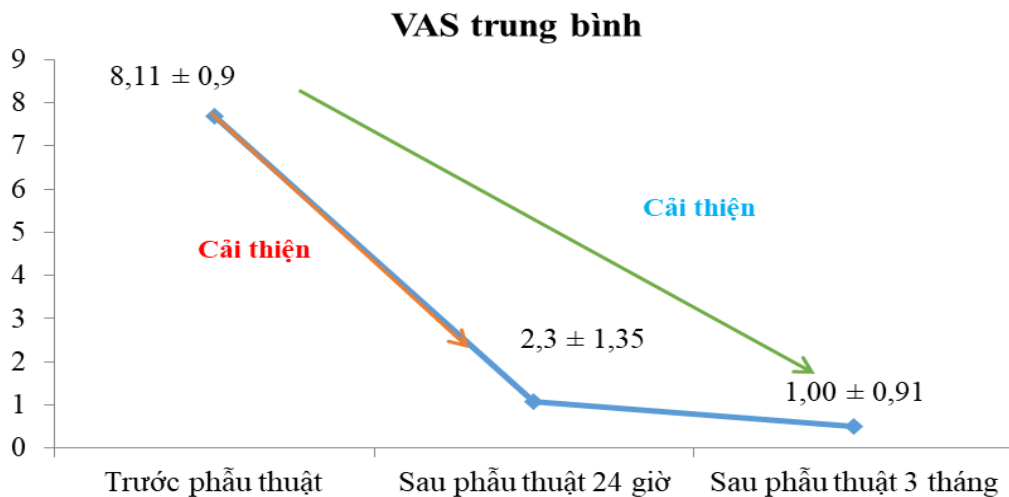
Trên mặt phẳng đứng dọc, đa số các trường hợp thoát vị ở mức lỗ liên hợp (91,9%).

3.3. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình $72,84 \pm 25,01$ phút, ngắn nhất 30 phút, dài nhất 150 phút. Trong mổ, ghi nhận lượng máu mất trung bình $64,59 \pm 36,02$ ml, ít nhất 20 ml, nhiều nhất 200 ml. Trong nghiên cứu này, có 1 trường hợp rách màng cứng trong lúc phẫu thuật, phải mở rộng vết mổ, khâu màng cứng nên thời gian phẫu thuật là 150 phút và lượng máu mất 200 ml.

Sau phẫu thuật, triệu chứng đau theo rễ thần kinh cải thiện rõ rệt. Mức độ đau rễ thần kinh theo thang điểm VAS tại thời điểm 24 giờ sau mổ và 3 tháng sau mổ trung bình lần lượt là $2,30 \pm 1,35$ điểm và $1,00 \pm 0,91$ điểm.

Biểu đồ 3. Mức độ đau theo rễ thần kinh theo thang điểm VAS sau phẫu thuật



Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, đánh giá mức độ hồi phục theo thang điểm Macnab, đa số các trường hợp đạt kết quả rất tốt (62,2%) và tốt (37,8%).

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật theo thang điểm Macnab tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật

Thang điểm Macnab	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Rất tốt	23	62,2%
Tốt	14	37,8%
Trung bình	0	0%
Tổng	37	100%

Có sự liên quan giữa thời gian khởi phát đau và kết quả phẫu thuật, nhóm có thời gian khởi phát đau dưới 3 tháng có kết quả tốt hơn nhóm có thời gian khởi phát đau từ 3 tháng trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương với hiệu chỉnh Fisher's Exact Test, $p = 0,02$).

Bảng 3. Liên quan giữa thời gian khởi phát đau và kết quả phẫu thuật

Thời gian khởi bệnh	Kết quả phẫu thuật	
	Tốt	Rất tốt
Dưới 3 tháng (n = 18)	3 (16,7%)	15 (83,3%)
3 tháng trở lên (n = 19)	10 (52,6%)	9 (47,4%)
Tổng (n = 37)	13 (35,1%)	24 (64,9%)

Về biến chứng liên quan đến phẫu thuật, chúng tôi chỉ ghi nhận 1 trường hợp rách màng cứng trong phẫu thuật. Trường hợp này được xử lý bằng cách mở rộng vết mổ, khâu màng cứng. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật không ghi nhận

biến chứng rò dịch não tủy, nhiễm trùng hay các biến chứng khác.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $44,59 \pm 11,8$ tuổi. 89,2% bệnh nhân (33 trường hợp) nằm trong độ tuổi lao động. Nghiên cứu của Fisher C (2004) [6] và một số tác giả khác thấy các trường hợp mắc bệnh thoát vị đĩa đệm ở lứa tuổi này cũng chiếm phần lớn. Đây là lứa tuổi mà cột sống ở giai đoạn bắt đầu quá trình thoái hóa cột sống - đĩa đệm. Theo cơ chế bệnh sinh, thoát vị đĩa đệm là do 2 nguyên nhân phối hợp, nguyên nhân bên trong là do thoái hóa cột sống - đĩa đệm, nguyên nhân bên ngoài là do các sang chấn lặp đi lặp lại hoặc các sang chấn mạnh, đột ngột. Độ tuổi lao động thường có những sang chấn lặp đi lặp lại trong quá trình lao động, do vậy các trường hợp mắc bệnh thoát vị đĩa đệm ở lứa tuổi này chiếm phần lớn. Khi mắc bệnh, gần như các trường hợp của chúng tôi không thể tham gia lao động bình thường do đau.

Mức độ đau theo rễ thần kinh trung bình trong nghiên cứu theo thang điểm VAS tại thời điểm trước phẫu thuật là $8,11 \pm 0,90$ điểm, trong khi đó mức độ đau lưng theo thang điểm VAS là $3,32 \pm 0,58$ điểm. Như vậy, tương tự như các nghiên cứu khác, triệu chứng đau chân theo rễ thần kinh nổi bật hơn nhiều so với triệu chứng đau lưng. Điều này được giải thích do các trường hợp thoát vị đĩa đệm có mảnh rời thì nhân nhầy lồi ra dưới dây dọc sau, đè ép rễ thần kinh và bao màng cứng [7].

Tất cả 37 trường hợp trong nghiên cứu đều có nghiệm pháp Lasègue dương tính tại thời điểm nhập viện: nhỏ nhất là 15 độ, lớn nhất 50 độ, trung bình $37,43 \pm 7,78$ độ. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu của Huỳnh Hồng Châu (nhỏ nhất 10 độ, lớn nhất 80 độ, trung bình $43,26 \pm$

14,05 độ) [3] và Nguyễn Tấn Hùng (nhỏ nhất 15 độ, lớn nhất 60 độ, trung bình $40,00 \pm 11,18$ độ) [4].

Dấu hiệu Lasègue dương tính là một trong những dấu hiệu quan trọng chứng tỏ có sự chèn ép rễ thần kinh trong bệnh lý thoát vị đĩa đệm. Một số nghiên cứu cho thấy mối tương quan giữa dấu hiệu Lasègue và mức độ đau rễ thần kinh của bệnh nhân, và dùng dấu hiệu này như một yếu tố tiên lượng sau phẫu thuật. Theo Greenberg MS (2010), dấu hiệu Lasègue dương tính trong 83% các trường hợp thoát vị đĩa đệm chèn ép rễ thần kinh, có độ nhạy 0,8 và độ đặc hiệu 0,4, là nghiệm pháp có giá trị cao trong chẩn đoán bệnh lý chèn ép rễ thần kinh [9].

Đa số các trường hợp thoát vị đĩa đệm ở ngang mức lỗ liên hợp (91,9%) và thoát vị ở mức cổng cung chiếm 5,4%. Trong trường hợp thoát vị hướng xuống, thường rễ thần kinh bị chèn ép, rất căng và gây khó khăn cho phẫu thuật viên, một số trường hợp mảnh rời nhân đệm nằm kẹt trong rách rễ thần kinh, là phần không gian rất hẹp nằm giữa bờ trong của rễ thần kinh và bờ ngoài của bao màng cứng, thường gặp dạng thoát vị mảnh rời lớn, chèn ép và đẩy rễ thần kinh từ trong ra ngoài. Hình ảnh MRI thường không cho thấy vị trí khối thoát vị nằm phía trong hay ngoài rễ thần kinh. Lúc phẫu thuật, do rễ thần kinh bị đẩy ra ngoài, căng cứng, có khi nhầm với khối thoát vị, động tác thăm dò tìm khối thoát vị có thể làm tổn thương rễ thần kinh.

Đa số các trường hợp thoát vị đĩa đệm ở ngang mức lỗ liên hợp (91,9%) và 5,4% thoát vị ở mức cổng cung. Trong trường hợp thoát vị hướng xuống, thường rễ thần kinh bị chèn ép, rất căng và gây khó khăn cho phẫu thuật viên, một số trường hợp mảnh rời nhân đệm nằm kẹt trong rách rễ thần kinh, là phần không gian rất hẹp nằm giữa bờ trong của rễ thần kinh và bờ ngoài của bao màng cứng, thường gặp dạng thoát vị mảnh rời lớn, chèn ép và đẩy rễ thần kinh từ trong ra ngoài. Hình ảnh MRI thường không cho thấy vị trí khối thoát vị nằm phía trong hay ngoài rễ thần kinh. Lúc phẫu thuật, do rễ thần kinh bị đẩy ra ngoài, căng cứng, có khi nhầm với khối thoát vị, động tác thăm dò tìm khối thoát vị có thể làm tổn thương rễ thần kinh.

Theo Choi G (2013), vị trí xuất phát của rễ thần kinh S1 thường nằm cao hơn đĩa đệm L5-S1 (75% trường hợp), do vậy thoát vị đĩa đệm tại tầng này thường thuộc dạng thoát vị vào rách rễ thần kinh, đẩy rễ thần kinh ra bên ngoài vào sát khớp bên, cần phải lấy bớt một phần khối thoát vị mới có thể tách và vén dần rễ thần kinh S1 vào trong, sau đó mới che rễ thần kinh, tiếp tục lấy phần nhân đệm thoát vị còn lại [10]. Hiện nay, với xu

hướng phát triển của phẫu thuật nội soi, việc nắm vững vị trí thoát vị thường gặp giúp phẫu thuật viên chọn điểm vào và hướng vào phù hợp.

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu ngắn nhất là 30 phút và dài nhất là 150 phút, trung bình $72,84 \pm 25,01$ phút. Nghiên cứu của Ruetten S (2008) có thời gian phẫu thuật trung bình 22 phút (ngắn nhất 13 phút, dài nhất 46 phút) [8], Võ Xuân Sơn (2012) có thời gian phẫu thuật trung bình 26 phút cho một tầng đĩa đệm [11], Nguyễn Tấn Hùng (2015) có thời gian phẫu thuật trung bình $56,29 \pm 7,63$ phút [4]. Thời gian phẫu thuật tùy thuộc vào kinh nghiệm, kỹ năng của phẫu thuật viên và các phương tiện hỗ trợ trong cuộc phẫu thuật, đặc điểm riêng của từng cơ sở phẫu thuật.

Kết quả rất tốt sau 3 tháng theo thang điểm Macnab chiếm 62,2%, kết quả tốt chiếm 37,8%. Kỹ thuật vi phẫu lấy nhân đệm điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cũng có mảnh rời đã được áp dụng tại nhiều nước trên thế giới cũng như một số bệnh viện lớn tại Việt Nam. Có nhiều nghiên cứu cho thấy vi phẫu lấy nhân đệm cho kết quả thành công cao, kết quả tốt đạt 82-95% [3].

Một nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng của Ruetten S trên 175 bệnh nhân, so sánh lấy nhân đệm nội soi với kỹ thuật vi phẫu thuật trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cũng cho thấy không có sự khác biệt về kết quả [8].

Trong nghiên cứu này, các trường hợp có thời gian khởi bệnh dưới 3 tháng có kết quả sau phẫu thuật tốt hơn các trường hợp có thời gian khởi bệnh từ 3 tháng trở lên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$). Ahn Y (2009) báo cáo kết quả phẫu thuật trên 45 trường hợp, cho thấy kết quả rất tốt đạt 65% ở các trường hợp có thời gian khởi phát đau dưới 6 tháng, so với 32% ở các trường hợp có thời gian khởi phát đau trên 6 tháng. Nguyên nhân có thể do nhân đệm mới thoát vị trong thời gian ngắn, là loại thoát vị "mềm", thao tác lấy nhân đệm có thể thuận lợi hơn [12].

Nghiên cứu của Silverplats K (2010) trên 171 trường hợp thoát vị đĩa đệm thắt lưng cho thấy thời gian khởi phát đau dưới 6 tháng là một yếu tố tiên đoán cho kết quả phẫu thuật rất tốt và tốt. Đặc biệt, các trường hợp được phẫu thuật trong vòng 2 tháng kể từ khi khởi phát đau cho kết quả rất tốt và tốt khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm có khởi phát đau trên 3 tháng [13].

Nghiên cứu của Rihn JA (2011) trên 1192 trường hợp thoát vị đĩa đệm thắt lưng, so sánh kết quả điều trị giữa nhóm có thời gian khởi phát đau theo rễ thần kinh dưới 6 tháng (927 trường hợp) và nhóm có thời gian khởi phát đau theo rễ thần kinh trên 6 tháng (265 trường hợp), kết luận rằng thời gian khởi phát đau kéo dài có liên quan với kết

qua điều trị xấu trên cả trường hợp được phẫu thuật và không phẫu thuật. Các trường hợp được phẫu thuật cho kết quả giảm đau theo rãnh thần kinh tốt hơn các trường hợp được điều trị nội khoa, với kết quả khác biệt cao nhất tại thời điểm 8-12 tuần sau điều trị [14].

Khối thoát vị chèn ép vào rãnh thần kinh gây tắc nghẽn tiểu tĩnh mạch, ngưng trệ tuần hoàn mao mạch, làm giảm lượng máu tới nuôi rãnh thần kinh, làm tăng tính thấm mao mạch, gây phù nề trong cấu trúc rãnh thần kinh, giảm dưỡng chất cho rãnh thần kinh, giảm tốc độ dẫn truyền thần kinh. Theo Nygaard OP (1994), phẫu thuật sớm giúp loại bỏ nhân đệm vỡ, giảm phản ứng viêm và giảm tổn thương rãnh thần kinh [15]. Quyết định của phẫu thuật viên và bệnh nhân là yếu tố chính quyết định thời điểm phẫu thuật, trong đó quan trọng nhất là yếu tố tâm lý của bệnh nhân.

Nhân đệm thoát vị, dù không chèn ép, gây nên phản ứng viêm. Khi tiếp xúc với rãnh thần kinh, nhân đệm tạo ra các thay đổi về mặt cấu trúc và chức năng của rãnh thần kinh, gây nên sự thoái hóa khu trú của các sợi thần kinh myelin hóa và tổn thương tế bào Schwann của sợi trục, làm giảm tốc độ dẫn truyền sợi thần kinh. Do đó, cần xét chỉ định phẫu thuật sớm cho bệnh nhân khi điều trị nội khoa không đáp ứng, có hình ảnh MRI phù hợp với triệu chứng chèn ép rãnh thần kinh trên lâm sàng để đạt được kết quả như mong muốn.

Chúng tôi chỉ ghi nhận 1 trường hợp rách màng cứng duy nhất trong mẫu nghiên cứu này. Không ghi nhận các biến chứng khác như nhiễm trùng, yếu, liệt.

5. KẾT LUẬN

Vi phẫu thuật điều trị thoát vị đĩa đệm có mảnh rời an toàn, hiệu quả, giúp bệnh nhân hồi phục sớm sau mổ. Đau chân theo rãnh thần kinh và dấu hiệu Lasègue là những triệu chứng lâm sàng gợi ý thoát vị đĩa đệm có mảnh rời. Phẫu thuật sớm khi điều trị nội khoa thất bại có thể giúp bệnh nhân cải thiện triệu chứng và phục hồi tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Văn Chương, Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, *Thực hành lâm sàng thần kinh*, tập III, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2010, tr. 239-268.
- [2] Hà Kim Trung, Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, *Phẫu thuật thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2013, tr. 509-516.
- [3] Huỳnh Hồng Châu, Vi phẫu thuật thoát vị đĩa đệm thắt lưng, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2012.
- [4] Nguyễn Tấn Hùng, Phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng - cùng, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2015.
- [5] Lê Tường Viễn, Đánh giá kết quả bước đầu điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng kỹ thuật nội soi, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2012.
- [6] Fisher C et al, Outcome evaluation of the operative management of lumbar disc herniation causing sciatica, *Journal Neurosurg*, (Spine 4), Vol. 100, 2004, pp. 317-324.
- [7] Ajit K et al, Radiology of the spine, *Youmans Neurological Surgery*, 6th Edition, Elsevier, Philadelphia, USA, 2011, pp. 311-354.
- [8] Ruetten S et al, Full - endoscopic interlaminar and transforaminal lumbar discectomy versus conventional microsurgical technique: a prospective, randomized, controlled study, *Spine*, 2008, 33, pp. 931-939.
- [9] Greenberg MS, Spine and spinal cord, *Handbook of Neurosurgery*, 7th Edition, Thieme, New York, USA, 2010, pp. 428-474.
- [10] Choi G et al, Percutaneous endoscopic lumbar discectomy: interlaminar approach, *Endoscopic Spinal Surgery*, J.P. Medical Ltd., 2013, pp. 107-116.
- [11] Võ Xuân Sơn, Ứng dụng nội soi cột sống trong điều trị phẫu thuật cột sống ngực và thắt lưng, *Tạp chí Y học thực hành*, 2013, số 891 + 892, tr. 21-23.
- [12] Ahn Y et al, Transforaminal percutaneous endoscopic lumbar discectomy for upper lumbar disc herniation: clinical outcome, prognostic factors, and technical consideration, *Acta Neurochir*, Vol. 151, 2009, pp. 199-206.
- [13] Silverplats K et al, Clinical factors of importance for outcome after lumbar discherniation surgery: long-term follow-up, *Eur. Spine J.*, Vol. 19, 2010, pp. 1459-1467.
- [14] Rihn JA et al, Duration of Symptoms Resulting from Lumbar Disc Herniation: Effect on Treatment Outcomes, *J. Bone Joint Surg. Am.*, Vol. 93, 2011, 1906-1914.
- [15] Nygaard OP et al, Duration of symptoms as a predictor of outcome after lumbar disc surgery, *Acta Neurochir (Wien)*, Vol. 128, 1994, pp. 53-56.