

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ QUỐC PHÒNG

HỌC VIỆN QUÂN Y

NGÔ TIẾN TUẤN

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH
CỘNG HƯỞNG TỬ VÀ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM
CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP
CHỌC CẮT ĐĨA ĐỆM QUA DA**

Chuyên ngành : Thần kinh

Mã số : 62 72 21 40

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI 2010

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
HỌC VIỆN QUÂN Y**

**Người hướng dẫn khoa học: GS. TS. Hoàng Văn Thuận
TS. Nguyễn Quốc Dũng**

Phản biện 1: PGS. TS Phạm Minh Thông

Phản biện 2: PGS. TS Nguyễn Thọ Lộ

Phản biện 3: PGS. TS Nguyễn Văn Thông

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm. Luận án cấp nhà nước tại
Học viện Quân y
vào hồi 14 giờ 00 ngày 15 tháng 7 năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Học viện Quân y
- Thư viện trường Đại học y Hà nội
- Thư viện Bệnh viện TƯQĐ 108

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ
ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Ngô Tiến Tuấn (2005)**, “Một số ý kiến bàn về đau cột sống do chèn ép rễ, tuỷ trong thực hành lâm sàng”, *Tạp chí thông tin y dược*, (3), tr. 17-20.
2. **Ngô Tiến Tuấn (2007)**, “Khái niệm chung về giảm áp đĩa đệm cột sống thắt lưng qua da trong điều trị đau lưng do nguyên nhân đĩa đệm cột sống”, *Tạp chí y dược lâm sàng 108*, (2), tr. 25-30.
3. **Ngô Tiến Tuấn (2007)**, “Hình ảnh MRI cột sống thắt lưng và đĩa đệm”, *Tạp chí thông tin y dược*, (9), tr. 6-10.
4. **Ngô Tiến Tuấn, Nguyễn Văn Chương (2008)**, “Những phương pháp qua da trong chẩn đoán, điều trị đau lưng và kỹ thuật chọc đĩa đệm qua da điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng kim Tru-Cut[®]”, *Tạp chí y học thực hành*, (1), tr. 91-93.
5. **Ngô Tiến Tuấn, Nguyễn Văn Chương (2008)**, “Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng”, *Tạp chí y học thực hành*, (3), tr. 46-47.
6. **Ngô Tiến Tuấn (2008)**, “Điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp chọc đĩa đệm qua da”, *Tạp chí y học thực hành*, (5), tr. 150-152.

CÁC TỪ VIẾT TẮT

Tiếng Việt:

BVTƯQĐ	Bệnh viện Trung ương Quân đội
CLVT	Chụp cắt lớp vi tính
CHT	Chụp cộng hưởng từ
CSTL	Cột sống thắt lưng
HTMLMT	Hệ thống mạng lưới ma trận
THCS	Thoái hóa cột sống
THĐĐ	Thoái hoá đĩa đệm
TVĐĐ	Thoát vị đĩa đệm
TVĐĐCSTL	Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Tiếng Anh:

APLD	Automated Percutaneous Lumbar Discectomy (<i>Cắt bỏ đĩa đệm qua da bằng dụng cụ tự động</i>)
HIZ	High Intensity Zone (<i>Vùng có cường độ tín hiệu cao</i>)
IDET	Intradiscal Electrothermal Annuloplasty (<i>Can thiệp tối thiểu đĩa đệm bằng nhiệt</i>)
Nucleoplasty	DISC Nucleoplasty Percutaneous Discectomy (<i>Cắt bỏ đĩa đệm bằng năng lượng sóng cao tần</i>)
PLD	Percutaneous Lumbar Discectomy (<i>Cắt bỏ đĩa đệm qua da</i>)
PLDD	Percutaneous Lumbar Disc Decompression (<i>Giảm áp đĩa đệm cột sống thắt lưng qua da</i>)
VAS	Visual Analogue Scale (<i>Thang điểm trực quan tương ứng</i>)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (TVĐĐCSTL) là nguyên nhân phổ biến gây đau lưng, bệnh thường gặp ở Việt nam cũng như trên thế giới. Ứng dụng phương pháp cộng hưởng từ (CHT) tạo điều kiện thuận lợi cho chẩn đoán và điều trị bệnh. Tuy vậy, những nội dung về mối liên quan giữa lâm sàng và hình ảnh CHT còn chưa được đề cập nhiều trong các tài liệu chuyên ngành thần kinh, nhất là ở Việt nam.

Điều trị TVĐĐCSTL hiện đang được tiến hành ở các cơ sở y tế với nhiều phương pháp khác nhau, trong đó điều trị bảo tồn được ưu tiên hàng đầu. Tuy nhiên, dựa vào những thiết bị y học hiện đại đã cho phép phát triển nhiều hướng điều trị mới, khi quá trình điều trị bảo tồn không đạt hiệu quả. Một trong số đó là điều trị can thiệp tối thiểu đĩa đệm qua da với sự trợ giúp của phương tiện chẩn đoán CHT và hỗ trợ hình ảnh hiện đại.

Điều trị can thiệp tối thiểu đĩa đệm qua da tuy đã được ứng dụng tương đối lâu và phổ cập rộng rãi trên thế giới (hơn 40 năm) song ở Việt nam hầu như chưa có cơ sở y tế nào sử dụng, mãi tới năm 1991 mới có những ca thử nghiệm ban đầu tại thành phố Hồ Chí Minh.

Nhằm mục đích đóng góp, bổ xung thêm về nội dung này chúng tôi tiến hành đề tài: ***“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp chọc cắt đĩa đệm qua da”*** với các mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng của bệnh lý TVĐĐCSTL, xác định những triệu chứng lâm sàng đặc trưng giúp định hướng chẩn đoán bệnh sớm ở những nơi chưa có CHT.
2. Đặc điểm hình ảnh CHT ở bệnh lý TVĐĐCSTL và mối liên quan của chúng với lâm sàng.
3. Đánh giá kết quả điều trị TVĐĐCSTL của phương pháp chọc cắt đĩa đệm qua da sau khi sử dụng phương pháp điều trị bảo tồn không khỏi bệnh.

◆ Đóng góp mới của luận án

- Đề cập một cách tương đối toàn diện về nội dung thường gặp trong thực hành lâm sàng hiện nay là đau lưng do thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) bao gồm cả lâm sàng, chẩn đoán và điều trị.

- Rút ra những nhận xét về nội dung phù hợp và không phù hợp giữa lâm sàng và hình ảnh CHT, tạo cơ sở khoa học và thực tiễn cho công tác chẩn đoán, điều trị cũng như trong đánh giá kết quả điều trị.

- Hoàn chỉnh kỹ thuật chọc cắt đĩa đệm qua da bằng kim sinh thiết cơ-xương Tru-Cut trong thực tiễn điều trị bệnh lý TVĐĐCSTL ở bệnh viện TƯQĐ 108. Kỹ thuật đã được áp dụng vào điều trị cho hiệu quả tốt và ổn định.

◆ Cấu trúc của luận án

Luận án gồm 129 trang (không kể phần phụ lục và tài liệu tham khảo). Cấu trúc luận án (ngoài phần đặt vấn đề, kết luận và kiến nghị) gồm 4 chương: tổng quan tài liệu, đối tượng và phương pháp nghiên cứu, kết quả nghiên cứu và bàn luận.

Luận án được minh hoạ bằng 28 bảng, 2 biểu đồ, 38 hình và có 154 tài liệu tham khảo, 5 phụ lục.

CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm giải phẫu, sinh lý cột sống thắt lưng và bệnh sinh, bệnh căn của thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Đĩa đệm là thành phần cấu trúc không xương nằm trong khoang liên đốt sống bao gồm: bản sụn, vòng sợi và nhân nhầy. Ở đoạn vận động cột sống thắt lưng (CSTL) do cấu tạo giải phẫu và đặc điểm chức năng chịu tải nên thường xảy ra thoát vị đĩa đệm.

Bệnh lý TVĐĐCSTL có liên quan chặt chẽ với quá trình thoái hoá đĩa đệm (THĐĐ) bao gồm: thoái hoá nhân nhầy, bản sụn và vòng sợi. Từ đó dẫn đến tình trạng mất khả năng chịu tải của đĩa đệm đồng thời xuất hiện những đứt rách ở nhân nhầy, vòng sợi, tổn thương bản sụn làm phình đĩa đệm, tăng áp lực nội đĩa. Cùng với thời gian, những yếu tố cơ học tác động liên tục lên đĩa đệm thoái hoá gây thoát vị nhân nhầy qua vị trí vòng sợi bị đứt rách ở phía sau đĩa đệm. Phần nhân nhầy thoát vị ra sau có thể không hoặc đi xuyên qua dây chằng dọc sau (có hoặc không có tình trạng tăng áp lực nội đĩa), chèn ép lên các rễ thần kinh trong ống sống cũng như các cấu trúc nhạy cảm khác của cột sống. Kèm theo đó, xuất hiện một quá trình viêm không đặc hiệu ở tại chỗ thoát vị. Kết quả gây đau và hình thành nên các triệu chứng lâm sàng của bệnh. Nhân nhầy cũng có thể thoát ra qua tổn thương ở bản sụn đĩa đệm vào thân đốt sống (thoát vị Schmorl).

1.2. Lâm sàng và chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Mặc dù biểu hiện bệnh đã được biết từ thời Hippocrat song lâm sàng của TVĐĐCSTL chỉ được Mixter và Barr mô tả lần đầu tiên vào năm 1934. Trong quá trình nghiên cứu, một số triệu chứng của bệnh đã được gắn với tên các nhà khoa học như dấu hiệu Lasègue, Neri, Bonet... điểm đau Valleix... hoặc “thoát vị Schmorl”... Đến nay, TVĐĐCSTL có một bảng triệu chứng lâm sàng phong phú mô tả về đau, về rối loạn cảm giác, vận động, phản xạ, dinh dưỡng-cơ vòng cũng như rối loạn chức năng vận động CSTL. Những triệu chứng lâm sàng đa dạng đó được khái quát lại qua hai hội chứng: hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng.

Các tác giả đều thống nhất, đĩa đệm thoát vị ra sau gây ra nhiều triệu chứng lâm sàng phức tạp và là đối tượng chính của điều trị. Có thể gặp loại lỗi đĩa đệm, TVĐĐ hoặc TVĐĐ vào thân đốt sống. Nhằm tạo thuận lợi cho chẩn đoán và điều trị, TVĐĐ ra sau thường được phân ra thành các thể như: thể trung tâm, lệch bên (phải hoặc trái), thoát vị vào lỗ ghép và thoát vị có mảnh rời.

Chẩn đoán xác định TVĐĐCSTL dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng. Trong chẩn đoán cận lâm sàng, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (chụp CHT, CLVT, chụp bao rãnh thần kinh, chụp đĩa đệm...) đã dành được sự quan tâm đặc biệt. Hiện một số phương pháp nêu trên ít được sử dụng do những hạn chế về kỹ thuật hoặc hiệu quả. Tuy nhiên, CHT được các tác giả thống nhất là tiêu chuẩn vàng về chẩn đoán hình ảnh TVĐĐ và hiện đang được phổ cập.

Trong phương pháp CHT, thường sử dụng ba loại xung SE T1W và FSE T2W cắt đứng dọc, FSE T2W cắt ngang để chẩn đoán về hình ảnh TVĐĐ. Bề dày lát cắt thường là 4 mm và khoảng cách giữa các lớp là 1mm. Trên ảnh CHT, đĩa đệm CSTL bình thường thể hiện là tổ chức có giới hạn nằm trong khoảng không gian của khoang gian đốt sống và có ranh giới rõ (giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2) với khe hở trong nhân nhầy là một đường thẳng nằm ngang qua trung tâm đĩa (trên T2). Vòng sợi bao vây phía ngoài nhân nhầy là vùng có cường độ tín hiệu thấp. Bản sụn và dây chằng dọc sau khó quan sát được trên T1 và T2. Các ảnh cắt dọc giúp đánh giá toàn bộ CSTL, vị trí và số tầng thoát vị. Các ảnh cắt ngang cho thấy vị trí thoát vị ra sau (trung tâm, lệch bên và vào lỗ ghép). Phối hợp ảnh cắt dọc và ngang đánh giá mức độ TVĐĐ gây chèn ép ống sống, bao rãnh và rãnh thần kinh cùng mức.

1.3. Điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Có tới trên 90% số trường hợp TVĐĐCSTL được điều trị bảo tồn và chỉ một phần nhỏ (dưới 10%) qua điều trị phẫu thuật. Nội dung điều trị bảo tồn rất phong phú bao gồm: sử dụng thuốc, phong bế qua da (ngoài màng cứng, khớp đốt sống...) hay những biện pháp điều trị hỗ trợ khác (bất động, xoa bóp-nắn chỉnh và kéo giãn CSTL, vật lý trị liệu và điều trị y học dân tộc cổ truyền như châm cứu, bấm huyệt, các bài thuốc dân gian). Mục đích của phương pháp là nhằm giảm đau, chống viêm, giải chèn ép, chống tình trạng co cứng cơ, cải thiện dinh dưỡng và phục hồi chức năng vận động CSTL.

Điều trị phẫu thuật tuy có nhiều phương pháp khác nhau song đều hướng tới loại bỏ phần đĩa đệm thoát vị gây chèn ép rãnh thần kinh và các yếu tố gây bệnh khác, kết hợp với những kỹ thuật làm vững chắc thêm CSTL.

Hiện trên thế giới cũng như ở Việt nam đang phát triển các phương pháp điều trị can thiệp tối thiểu làm giảm áp đĩa đệm hay điều trị giảm áp đĩa đệm qua da (PLDD). Nguyên lý chung của các phương pháp là nhằm loại bỏ tình trạng tăng áp lực nội đĩa thông qua các kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đĩa đệm qua da làm giảm áp ở trung tâm đĩa đệm, giúp phân thoát vị thu hồi ngược

vào phía bên trong đĩa. Từ đó giải quyết được tình trạng xung đột đĩa-rê, tạo điều kiện cho đĩa đệm thoát vị có cơ hội tự hồi phục. Điều trị giảm áp đĩa đệm qua da có đường vào đĩa đệm đơn giản, ít gây tổn thương. Chỉ định và chống chỉ định chung được Nachemson A (Mỹ) đề xuất năm 1989 và đã được nhiều tác giả áp dụng thành công.

Kỹ thuật xâm nhập tối thiểu đĩa đệm qua xuất hiện vào đầu thập kỷ 60 và phát triển liên tục. Các yếu tố như enzym, nhiệt độ, laser, sóng điện từ... đã được sử dụng vào những phương pháp cụ thể như hoá tiêu nhân, can thiệp đĩa đệm qua da bằng nhiệt độ (IDET), điều trị giảm áp đĩa đệm qua da bằng laser, can thiệp đĩa đệm qua da bằng sử dụng năng lượng sóng cao tần (Nucleoplasty) hay cắt bỏ đĩa đệm qua da (PLD) bằng dụng cụ thủ công hoặc tự động.

Phương pháp cắt bỏ đĩa đệm qua da bằng dụng cụ tự động (APLD) do Onik giới thiệu (1985) có độ an toàn cao và thuận lợi ngay cả khi thao tác ở vị trí không gian chật hẹp (L5-S1). Hiện nay phương pháp trên vẫn được tiếp tục nghiên cứu và hoàn thiện theo hướng tự động hoá dụng cụ, sử dụng thuận tiện và mang tính chuyên nghiệp cao hơn. Vào năm 2002, loại dụng cụ có tên gọi DeKompressor Stryker[®] đã được sử dụng trong điều trị cắt bỏ đĩa đệm qua da và đã có trên 100000 bệnh nhân được áp dụng phương pháp này với hiệu quả đạt được tới 70-80% (Philip S. Kim, 2005). Cho đến nay tại Việt nam, vẫn chưa có báo cáo nào về phương pháp cắt bỏ đĩa đệm CSTL qua da (PLD).

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Số lượng BN: 130 bệnh nhân tuổi từ 20÷68 gồm 93 nam và 37 nữ, được khám và điều trị nội trú tại Khoa Nội thần kinh Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 11/2005 đến tháng 12/2007.

Phân nhóm BN nghiên cứu:

Nhóm 1: gồm 130 bệnh nhân TVĐĐCSTL được điều trị bảo tồn.

Nhóm 2: gồm 68 bệnh nhân TVĐĐCSTL được điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da. Đây là những bệnh nhân trong nhóm 1, đã qua điều trị bảo tồn nhưng không đạt hiệu quả khỏi bệnh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân TVĐĐCSTL: bệnh nhân được chọn một cách ngẫu nhiên theo trình tự thời gian dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng TVĐĐCSTL của Saporta (1970), đã được ứng dụng tại Bộ môn Nội Thần kinh Bệnh viện 103 Học viện Quân y (phụ lục 4) và dựa vào hình ảnh CHT có TVĐĐ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da:

- Lâm sàng: căn cứ vào kết quả của điều trị nội khoa TVĐĐCSTL không thành công. Cụ thể: sau 4 tuần điều trị vẫn còn từ 4 hoặc trên 4 triệu chứng trong số 6 triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán TVĐĐCSTL của Saporta (phụ lục 4).

- Có hình ảnh CHT đĩa đệm thoát vị loại lõi đĩa đệm hoặc TVĐĐ không có đứt rách dây chằng dọc sau, không có mảnh rời, không có di trú vào thân đốt sống. Chiều cao khoang liên đốt sống ở vị trí chọc cắt không hẹp quá 50% so với bình thường. Tại vị trí đường vào chọc cắt ở phía sau bên đốt sống không có gai xương, cầu xương gây cản trở đường vào đĩa đệm.

- Chụp đĩa đệm không thấy hình ảnh thoát chất cản quang ra ngoài khoang liên đốt.

- Bệnh nhân đã được khám chuyên khoa ngoại thần kinh, không có chỉ định điều trị ngoại khoa hoặc không đồng ý phẫu thuật, tình nguyện tham gia điều trị bằng phương pháp chọc cắt.

- Một bệnh nhân có thể được điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da nhiều lần theo nguyên tắc không trên cùng một tầng và mỗi lần điều trị không quá 1 đĩa đệm. Khoảng thời gian giữa 2 lần điều trị phải trên 2 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật TVĐĐCSTL hoặc bằng các phương pháp can thiệp giảm áp đĩa đệm khác trước đó.

- Bệnh nhân có những bệnh lý kết hợp như: chấn thương, bệnh lý tuỷ sống, viêm đa dây thần kinh, ung thư cột sống, nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ CSTL. Trượt thân đốt sống, bệnh lý bẩm sinh ở cột sống. Suy tim, gan, thận hoặc TVĐĐ có hội chứng chèn ép tuỷ...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia hoặc bỏ dở quá trình điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đề tài được tiến hành theo phương pháp mở, tiến cứu, mô tả.

2.2.1. Khảo sát lâm sàng

Tất cả bệnh nhân đều được khai thác bệnh sử, khám lâm sàng toàn diện và thăm khám thần kinh có hệ thống. Khảo sát theo mẫu riêng gồm 29 chỉ tiêu thuộc các nội dung sau:

Các yếu tố lâm sàng: tuổi, giới và yếu tố khởi phát bệnh

Triệu chứng đau: khảo sát triệu chứng đau về mức độ, vị trí và tính chất. Lượng hoá đau theo “Thang điểm trực quan tương ứng - VAS” và “Bảng câu hỏi mức độ hạn chế vận động CSTL do đau Oswestry”. Đánh giá mức độ đau theo điểm VAS và mức hạn chế vận động CSTL theo điểm Oswestry.

Các triệu chứng và dấu hiệu của hội chứng cột sống gồm: đau tại chỗ, lệch vẹo, co cứng cơ cột sống, hạn chế tầm hoạt động CSTL và nghiệm pháp Schober.

Các triệu chứng và dấu hiệu của hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng gồm: tình trạng kích thích rễ (dấu hiệu Dèjérine, Lasègue, Lasègue chéo,

‘Chuông bấm’ dương tính và hệ thống điểm Valleix đau) và *tình trạng tổn thương rễ* (rối loạn cảm giác, phản xạ, vận động và dinh dưỡng).

2.2.2. Khảo sát đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ

2.2.2.1. Thu thập số liệu:

Sử dụng máy Intera (Phillips) và máy Magnetom Impact Expert (Siemens) tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Trung tâm chẩn đoán hình ảnh Thái Hà, Đống Đa, Hà nội.

2.2.2.2. Đánh giá hình ảnh CHT:

Đánh giá kết quả bằng ảnh T1 và T2 cắt dọc và cắt ngang để chẩn đoán TVĐĐCSTL và mô tả về hình thái TVĐĐ. Đánh giá hẹp ống sống qua kích thước đường kính trước-sau, đối chiếu với phân loại mức độ hẹp ống sống thất lưng do thoát vị. Đánh giá thoái hoá bản sụn theo phân loại của Modic M.T. (1988). Phát hiện thoái hoá đứt rách vòng sợi dựa vào vùng có cường độ tín hiệu cao (HIZ) ở phần sau đĩa đệm theo Aprill & Bogduk (1992). Đánh giá mức độ THĐĐ dựa vào cường độ tín hiệu đĩa đệm theo phân loại Pfirrmann (2001). Đánh giá mối quan hệ giữa đĩa đệm và rễ thần kinh dựa theo phân loại của Pfirrmann (2004).

2.2.2.3. Cách tiến hành:

Thống kê về loại thoát vị (lồi đĩa đệm, TVĐĐ, thoát vị vào thân đốt sống), thể thoát vị ra sau (trung tâm, lệch bên, trung tâm, thoát vị vào lỗ ghép hoặc có mảnh rời), số lượng bệnh nhân có hình ảnh THĐĐ (thoái hóa nhân nhầy, bản sụn và đứt rách vòng sợi) và THCS trên ảnh CHT. Đánh giá về mức độ hẹp ống sống tại vị trí thoát vị, số lượng rễ thần kinh bị tổn thương, vị trí cụ thể đĩa đệm thoát vị trên ảnh CHT và so sánh đối chiếu với lâm sàng.

2.2.3. Điều trị bảo tồn và điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da.

2.2.3.1. Điều trị bảo tồn và kết quả lâm sàng (n=130).

Điều trị bảo tồn: 130 bệnh nhân được điều trị bảo tồn bằng phác đồ điều trị nội khoa tổng hợp hiện đang áp dụng tại Khoa nội Thần kinh (A7) Bệnh viện TƯQĐ 108:

- Sử dụng nhóm thuốc chống viêm, giảm đau nhóm non-steroid
- Phong bế ngoài màng cứng: thuốc chống viêm, giảm đau nhóm steroid (Hydrocortison).
- Các phương pháp hỗ trợ: kéo giãn, xoa bóp nắn chỉnh CSTL, vật lý trị liệu...

Nội dung điều trị bảo tồn được xem là bước đầu tiên của phương pháp chọc cắt đĩa đệm qua da nhằm mục đích lựa chọn bệnh nhân.

Đánh giá hiệu quả của điều trị bảo tồn: thông qua các chỉ tiêu lâm sàng tại thời điểm trước và sau điều trị. Cụ thể:

- Mức độ giảm đau theo thang điểm VAS
- Mức độ giảm hạn chế vận động cột sống thất lưng do đau theo điểm Oswestry
- Dấu hiệu Lasègue (+)

- Theo tiêu chuẩn chẩn đoán TVĐĐCSTL của Saporta (1970) căn cứ vào mức biến đổi và tần xuất xuất hiện 6 triệu chứng lâm sàng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán của Saporta.

2.2.3.2. Điều trị chọc cắt đĩa đệm cột sống thắt lưng qua da (n=68/130)

Điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da: 68 bệnh nhân (nhóm 2) đều đã qua điều trị bảo tồn song vẫn còn đầy đủ các triệu chứng lâm sàng của bệnh (theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh của Saporta), có hình ảnh CHT phù hợp với lâm sàng và có chỉ định điều trị bằng phương pháp chọc cắt.

Nguyên lý: thông qua cơ chế làm giảm áp đĩa đệm qua da để đạt được hiệu quả điều trị và được thực hiện theo phương pháp cắt bỏ đĩa đệm qua da bằng dụng cụ tự động (APLD). Dụng cụ gây giảm áp được sử dụng có cấu tạo là hệ thống kim hai nòng, truy nhập vào đĩa đệm bằng đường sau-bên CSTL để thực hiện thao tác cắt bỏ tổ chức đĩa đệm.

Chỉ định điều trị chọc cắt đĩa đệm CSTL qua da:

- Khi điều trị bảo tồn trên 4 tuần không có kết quả. Lâm sàng còn đủ tiêu chuẩn chẩn đoán TVĐĐ của Saporta (1970) trong đó có dấu hiệu Lasègue (+).

- Hình ảnh CHT tại vị trí đĩa đệm được điều trị chọc cắt phải phù hợp với lâm sàng. Cụ thể là một lõi đĩa đệm hoặc TVĐĐ gây hẹp ống sống ở cùng mức thoát vị, có hoặc không có hình ảnh chèn ép rễ thần kinh và khối thoát vị chưa di chuyển xuyên qua dây chằng dọc sau.

Chống chỉ định điều trị chọc cắt đĩa đệm CSTL qua da: TVĐĐ có khối thoát vị đã xuyên qua dây chằng dọc sau, TVĐĐ có mảnh rời, TVĐĐ có kèm theo thoái hoá đĩa đệm độ V, Hẹp ống sống mức độ rất nặng do thoái hoá

Những biến chứng có thể gặp: Chảy máu do tổn thương mạch máu lớn ở phía trước cột sống, Nhiễm trùng tại chỗ, Viêm đĩa đệm, Tổn thương thần kinh, liệt và tăng rối loạn vận động, Tăng đau, Xuất hiện hội chứng đuôi ngựa ...

Dụng cụ và phương tiện kỹ thuật:

Dụng cụ: sử dụng loại kim sinh thiết cơ-xương có tên gọi Tru-Cut với cỡ nòng 14G (Gause) của hãng Allegiance Healthcare Corporation (USA). Hoạt động cắt bỏ tổ chức theo cơ chế sinh thiết cắt mép. Khối tổ chức bị cắt nằm trong lõm chữ U ở đầu nòng trong của kim.

Phương tiện hỗ trợ: sử dụng máy Xquang có hỗ trợ hình ảnh cho các kỹ thuật can thiệp vào cột sống, tên gọi Integris Allura của hãng Philips.

Mô tả kỹ thuật chọc cắt đĩa đệm CSTL qua da

Chuẩn bị bệnh nhân và tư thế bệnh nhân

Bước 1: xác định vị trí đĩa đệm thoát vị cần can thiệp và xác định điểm mốc chọc kim trên da cho đường vào đĩa đệm ở phía sau-bên CSTL (theo Bruno Grignon 2007)

Bước 2: truy nhập kim vào trung tâm của đĩa đệm thoát vị theo đường sau-bên CSTL.

Bước 3: chụp đĩa đệm

Bước 4: thực hiện cắt bỏ tổ chức ở trung tâm đĩa đệm thoát vị. Các nhát cắt được thực hiện tại vị trí trung tâm và liền kề xung quanh (theo chiều kim đồng hồ). Sau mỗi nhát cắt, rút nòng trong ra khỏi nòng ngoài để loại bỏ tổ chức ra khỏi dụng cụ. Số lượng nhát cắt phụ thuộc vào tình trạng giảm áp trong đĩa đệm.

Bước 5: tính toán tương đối phần tổ chức cắt bỏ được

Bước 6: xác định về bản chất tổ chức học của bệnh phẩm lấy được sau kỹ thuật. Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý tổ chức đã cắt bỏ đến Khoa Giải phẫu bệnh BVTWQĐ 108.

2.2.3.3. *Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp chọc cắt đĩa đệm qua da.*

Đánh giá kỹ thuật chọc cắt:

- Số nhát cắt cần thực hiện tại vị trí trung tâm của một đĩa đệm thoát vị.
- Thể tích tương đối của 1 nhát cắt và thể tích của tổng các nhát cắt ở một đĩa đệm thoát vị.
- Diễn biến lâm sàng ngay sau kỹ thuật (hiệu quả tức thời và những biến chứng có thể gặp).
- Kết quả giải phẫu bệnh lý phần tổ chức bệnh phẩm đã cắt bỏ.

Đánh giá kết quả điều trị trên lâm sàng trong thời gian bệnh nhân nằm viện và sau xuất viện (2 tuần, 1 và 6 tháng):

- Tiêu chuẩn chẩn đoán TVĐĐCSTL của Sarpota (phụ lục 4). Cụ thể: Tần suất xuất hiện dưới 4, 4 và trên 4 trong 6 triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán (được lượng hóa ở bảng 2.8) và mức độ biến đổi của chúng tại thời điểm trước và sau điều trị.

Bảng 2.8: *Bảng đánh giá kết quả điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da trên lâm sàng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh của Sarpota (1970)*

Kết quả	Triệu chứng lâm sàng sau điều trị
<i>Tốt</i>	Dưới 4 trong 6 triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán
<i>Khá</i>	Có 4 trong 6 triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán
<i>Trung bình</i>	Trên 4 trong 6 triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán
<i>Kém</i>	Trên 4 trong 6 triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán
	Các triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán không có mức giảm

- Mức độ giảm đau theo điểm VAS
- Mức độ giảm hạn chế vận động CSTL do đau theo điểm Oswestry
- Mức độ thay đổi dấu hiệu Lasègue (+).
- Cách đánh giá kết quả của Bùi Quang Tuyền

Đánh giá đặc điểm hình ảnh CHT trước và sau điều trị

- Loại thoát vị
- Mức độ hẹp ống sống tại vị trí thoát vị
- Mức độ chèn ép rễ thần kinh

2.2.4. Xử lý thông kê y học

Các số liệu được tính phần trăm, tính trung bình, độ lệch chuẩn theo từng đặc điểm. Các so sánh và kiểm định bằng test X^2 hoặc t-Student. Sử dụng chương trình Epi info 6.0 phiên bản tiếng Việt để thực hiện việc xử lý độ tin cậy của các số liệu thu được.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lâm sàng thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

3.1.1. Tuổi và giới tính.

Bệnh gặp nhiều nhất ở lứa tuổi từ 40 đến dưới 60 (65,39%), nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1).

3.1.2. Khởi phát bệnh.

Đau CSTL khởi phát với yếu tố cơ học bất thường gặp ở 92 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 70,77%, mang tính chất đột ngột ở 98 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 75,38%.

3.1.3. Đau cột sống thắt lưng.

Mức độ đau lưng gây ảnh hưởng tới công việc hoặc phải nghỉ làm việc có tỷ lệ tương ứng với 45,38% và 54,62%. Lượng hóa bằng điểm VAS cho thấy cường độ đau nặng là 43,08% và rất nặng là 33,08%. Kiểu đau tại chỗ CSTL lan xuống mông, đùi, cẳng chân theo đường đi của dây thần kinh hông to chiếm tỷ lệ nhiều nhất (84,62%). Đau có tính chất cơ học gặp ở tất cả các bệnh nhân (100%).

3.1.4. Hội chứng cột sống.

Các triệu chứng lâm sàng của hội chứng cột sống (điểm đau CSTL, co cứng cơ cạnh sống, lệch vẹo CSTL, hạn chế tầm hoạt động CSTL, giảm chỉ số Schober và giảm hoặc mất ưỡn sinh lý CSTL) đều đạt tỷ lệ từ 70 - 94,62%.

3.1.5. Hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng.

Triệu chứng lâm sàng của hội chứng rễ thần kinh gồm các dấu hiệu và triệu chứng thể hiện rõ tình trạng kích thích và tổn thương rễ. Trong đó dấu hiệu Lasègue (+) có tỷ lệ cao nhất (100%). Các triệu chứng khác tỷ lệ từ 30-75,38%. Số bệnh nhân có rối loạn dinh dưỡng, teo cơ thấp nhất (11,54%).

3.1.6. Đặc điểm lâm sàng đối chiếu với tiêu chuẩn chẩn đoán của Saporta (1970).

Bảng 3.6: Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu đối chiếu với tiêu chuẩn chẩn đoán của Saporta (n=130)

Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu đối chiếu theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Saporta		Số bệnh nhân (n=130)	Tỷ lệ %
1	Khởi phát có yếu tố cơ học	92	70,77
2	Đau có tính chất cơ học	130	100
3	Đau lan xuống mông, đùi, cẳng chân	110	84,62
4	Lệch vẹo cột sống thắt lưng	105	80,77
5	Dấu hiệu Lasègue (+)	130	100

Tất cả 6 triệu chứng lâm sàng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh của Saporta (1970) đều có tỷ lệ cao và giao động từ 67,69% đến 100%. Hai triệu chứng đau có tính chất cơ học và dấu hiệu Lasègue (+) đạt mức tuyệt đối (100%).

3.2. Hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

3.2.1. Dấu hiệu trực tiếp của thoát vị đĩa đệm.

Bảng 3.7: Hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và đối chiếu với lâm sàng

Hình ảnh CHT thoát vị đĩa đệm		Đĩa đệm có hình ảnh thoát vị		Bệnh nhân có lâm sàng phù hợp	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí tầng đĩa đệm thoát vị	L1 - L2	4	1,75	1	0,77
	L2-L3	11	4,83	2	1,54
	L3-L4	36	15,79	13	10
	L4-L5	109	47,81	77	59,23
	L5-S1	68	29,82	37	28,46
	Tổng số	228	100	130	100
Số tầng	1 tầng	60	26,32	56	43,08
	2 tầng	112	49,12	55	42,30
	3 tầng	52	22,81	18	13,85
	4 tầng	4	1,75	1	0,77
	Tổng số	228	100	130	100
Loại	Vào thân đốt sống	15	6,58	0	0
	Lồi đĩa đệm	163	79,49	80	61,54
	TVĐĐ	50	21,93	50	38,46
	Tổng số	228	100	130	100
Các thể thoát vị ra sau	Trung tâm	67	31,46	39	30
	Lệch bên (phải hoặc trái)	100	46,95	64	49,23
	Trung tâm 2 cạnh bên	33	15,49	20	15,39
	TVĐĐ vào lỗ ghép	7	3,29	7	5,38
	TVĐĐ có mảnh rời	6	2,82	6	4,62
	Tổng số	213	100	100	100

Vị trí: hình ảnh TVĐĐ gặp nhiều nhất ở L4-L5 (109/228) chiếm tỷ lệ 47,39% tổng số đĩa đệm thoát vị. Tương tự, số bệnh nhân được chẩn đoán có TVĐĐ tại L4-L5 là lớn nhất (77/130) chiếm tỷ lệ 59,23%.

Phân bố số tầng thoát vị: thoát vị ở 1 và 2 tầng là chủ yếu gặp ở 60/228 và 112/228 số đĩa đệm, chiếm tỷ lệ tương ứng là 26,32% và 48,70%. Trên lâm sàng, số bệnh nhân có TVĐĐ ở 1 và 2 tầng cũng đạt tỷ lệ tương ứng là 43,08% (56/130) và 42,30% (55/130 bệnh nhân).

Loại thoát vị: gặp nhiều nhất hình ảnh lõi đĩa đệm (163/228 đĩa) chiếm tỷ lệ 79,49%, ứng với 80/130 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 61,54%. TVĐĐ ít gặp hơn (50/228 số đĩa đệm, tỷ lệ 21,93%) ứng với 38,46% số bệnh nhân. Loại TVĐĐ vào thân đốt sống chỉ có ở 15/228 số đĩa đệm.

Các thể thoát vị ra sau: gặp nhiều nhất là thể lệch bên phải hoặc trái (100/213) chiếm tỷ lệ 46,95% số đĩa đệm và gặp ở 64/130 bệnh nhân đạt tỷ lệ 49,23%. Thể trung tâm có 67/213 đĩa đệm chiếm tỷ lệ 31,46% và ứng với 30,0% số bệnh nhân. Thoát vị vào lỗ ghép và thoát vị có mảnh rời ít gặp nhất, chỉ chiếm tỷ lệ 5,38% và 4,62% số bệnh nhân.

3.2.2. Dấu hiệu gián tiếp của thoát vị đĩa đệm

3.2.2.1. Hình ảnh CHT hẹp ống sống thất lưng do TVĐĐ ra sau

Số đĩa đệm gây hẹp ống sống ngang mức thoát vị là 102/213 đĩa đệm chiếm tỷ lệ 47,89% tương ứng với 58/130 bệnh nhân có lâm sàng phù hợp, đạt tỷ lệ 44,62%.

3.2.2.2. Hình ảnh CHT có chèn ép rễ thần kinh trong TVĐĐ ra sau

Trên ảnh CHT có 213 đĩa đệm thoát vị ra sau gây chèn ép rễ thần kinh gồm 37 đĩa chèn ép 1 rễ (17,38%), 12 đĩa chèn ép 2 rễ (5,63%) và 52 đĩa chèn ép rễ không rõ (24,41%). 112 đĩa đệm còn lại không gây chèn ép rễ thần kinh chiếm tỷ lệ 52,58%. Đối chiếu với lâm sàng, toàn bộ 130 bệnh nhân (100%) đều thể hiện có tổn thương rễ thần kinh rõ.

Trên hình ảnh CHT tại vị trí rễ L5 và S1 có số lượng đĩa đệm thoát vị gây chèn ép rễ nhiều nhất (45,63%). Ứng với lâm sàng, số bệnh nhân có tổn thương rễ L5 và S1 cũng gặp nhiều nhất (114/130) với tỷ lệ 87,69%.

3.2.2.3. Hình ảnh CHT thoái hoá đĩa đệm và cột sống thất lưng

Thoái hoá đĩa đệm: trên ảnh CHT được thể hiện qua hình ảnh thoái hoá nhân nhầy (gặp ở tất cả bệnh nhân đạt tỷ lệ 100%), thoái hoá bản sụn đĩa đệm (10,87% số bệnh nhân) và thoái hoá đứt rách vòng sợi đĩa đệm (34,35% số bệnh nhân).

Thoái hoá cột sống: thể hiện trên hình ảnh CHT bằng giảm, mất đường cong sinh lý CSTL (gặp với tỷ lệ cao nhất 75,38% số bệnh nhân), có mỏ hoặc gai xương đốt sống (59,23%). Ít gặp hơn cả là vôi hóa hoặc dây chằng dọc trước và dọc sau, phì đại dây chằng vàng, hẹp khoang liên đốt sống (tương ứng với tỷ lệ 2,31%, 3,85% và 5,38%).

3.3. Kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

3.3.1. Kết quả điều trị bảo tồn trên lâm sàng (n=130)

3.3.1.1. Kết quả giảm đau (theo điểm VAS)

Trước điều trị, phần lớn bệnh nhân đau ở mức nặng (43,08%) và rất nặng (33,08%) với điểm đau VAS trung bình ở 1 bệnh nhân là 6,92. Sau điều trị mức đau nặng và rất nặng giảm (còn 18,46% và 17,69%), tương ứng với điểm đau VAS trung bình ở 1 bệnh nhân giảm còn 4,86.

3.3.1.2. Giảm hạn chế vận động cột sống thắt lưng do đau (theo điểm Oswestry)

Trước điều trị, bệnh nhân có hạn chế vận động CSTL do đau ở mức IV là nhiều nhất chiếm tỷ lệ 44,61% (58/130 bệnh nhân), không có ở mức I. Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân ở mức IV giảm còn 16,92% (22/130) và có 17,69% bệnh nhân ở mức I ($p < 0,01$). Điểm Oswestry trung bình ở 1 bệnh nhân giảm từ 22,06 xuống còn 18,75 sau điều trị.

3.3.1.3. Kết quả điều trị bảo tồn thông qua dấu hiệu Lasègue (+)

Trước điều trị 100% (130 bệnh nhân) có dấu hiệu Lasègue (+). Sau điều trị chỉ có 72/130 bệnh nhân còn dấu hiệu Lasègue (+) chiếm tỷ lệ 55,38%. ($p < 0,01$)

3.3.1.4. Kết quả điều trị bảo tồn trên lâm sàng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Saporta (1970)

Bảng 3.15: Mức độ biến đổi 6 triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng của Saporta (n=130)

Biến đổi ở 6 triệu chứng	Trước điều trị		Sau điều trị		P
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Khởi phát có yếu tố cơ học	92	70,77	92	70,77	>0,05
Đau có tính chất cơ học	130	100	79	60,77	<0,01
Đau lan xuống mông, đùi, cẳng chân	110	84,62	64	49,23	<0,01
Lệch vẹo CSTL	105	80,77	65	50,00	<0,01
Dấu hiệu Lasègue (+)	130	100	75	57,69	<0,01
Dấu hiệu 'Chuông bấm' (+)	88	67,69	35	26,92	<0,01

Trước điều trị, đau có tính chất cơ học và Lasègue (+) có ở 100% bệnh nhân. Các triệu chứng khác giao động ở mức 67 - 84%. Sau điều trị, 5/6 triệu chứng vẫn còn ở mức từ 26,92% - 70,77% ($p < 0,01$) trừ khởi phát có yếu tố cơ học không thay đổi do ở giai đoạn khởi phát bệnh đã qua. Đau có tính chất cơ học và Lasègue (+) còn gặp ở 79/130 bệnh nhân (60,77%) và 75/130 bệnh nhân (57,69%).

Bảng 3.16. Tần xuất xuất hiện 6 triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng của Saprota (n=130)

Tần xuất xuất hiện 6 triệu chứng	Trước điều trị			Sau điều trị			Tổng số
	<4	4	>4	<4	4	>4	
Số lượng bệnh nhân	0	46	84	55	27	48	130
Tỷ lệ %	0	35,38	64,62	42,30	20,77	36,93	100

Trước điều trị 100% (130) bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh trên lâm sàng. Sau điều trị có 55/130 bệnh nhân (42,30%) không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán và có 75/130 bệnh nhân (57,70%) còn đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh trên lâm sàng.

3.3.2. Kết quả điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da

3.3.2.1. Hiệu quả của kỹ thuật

Số lượng nhát cắt và thể tích phân tử chức lấy bỏ được.

Bảng 3.17: Số lượng nhát cắt và thể tích phân tử chức lấy được (n=68)

Chọc cắt đĩa đệm qua da (n=68)	Phân tử chức lấy được		
	Nhỏ nhất	Trung bình	Lớn nhất
Thể tích tương đối tổ chức lấy được ở một nhát cắt	2x2x4 mm	2x2x6 mm	2x2x10 mm
Số nhát cắt ở một bệnh nhân	24	30	50
Số bệnh nhân	20	32	16
Tỷ lệ %	29,41	47,06	23,53

Khi tiến hành chọc cắt đĩa đệm ở nhóm 68 bệnh nhân, dựa vào phép đo cụ thể (hình 3.2), gặp số lượng nhát cắt lấy được tổ chức ở mức nhỏ nhất (2x2x4 mm) là 24, trung bình (2x2x6 mm) là 30 và lớn nhất (2x2x10 mm) là 50. Đồng thời số bệnh nhân có số lượng nhát cắt tương ứng là 20, 32 và 16 chiếm tỷ lệ 29,41%, 47,06% và 23,53%.

Kết quả giải phẫu bệnh lý phân tử chức đã cắt bỏ

Bảng 3.18: Đặc điểm giải phẫu bệnh phân tử chức đã cắt bỏ (n=36)

Kết quả giải phẫu bệnh của 36 bệnh phẩm		Số lượng	Tỷ lệ %	
Dạng hình thái tổ chức học	Đĩa đệm cột sống	36	100	
Đặc tính về hình thể	Màu sắc	Trong	43	63,24
		Đục hơn, ngả vàng	25	36,76
		Có lẫn máu	5	7,35
	Dạng	Lỏng nhớt bám dính dụng cụ	46	67,65
		Đặc quánh ít bám dính dụng cụ	22	32,35
Các hình ảnh đặc trưng thường gặp	Tăng sinh mạch máu nhỏ	8	22,22	
	Tế bào sụn	25	69,44	
	Thoái hoá hóc	22	61,11	
	Khe nứt trong tổ chức bệnh phẩm	32	88,89	

Khoa Giải phẫu bệnh-Bệnh viện TUQĐ 108 kết luận 100% các mẫu bệnh phẩm (phần tổ chức cắt bỏ) là tổ chức đĩa đệm, ở dạng lỏng nhớt bám dính (67,65%) hoặc đặc quánh ít bám dính dụng cụ (32,35%). 63,24% bệnh phẩm màu trong suốt. 36,76% đục hơn, ngả vàng hoặc lẫn máu (7,35%). Còn bắt gặp những hình ảnh như tăng sinh mạch máu, tế bào sụn, thoái hoá hóc, khe nứt trong tổ chức bệnh phẩm...

Hiệu quả và các biến chứng có thể gặp ngay sau kỹ thuật chọc cắt đĩa đệm qua da.

Thăm khám bệnh nhân ngay sau kỹ thuật và theo dõi lâm sàng trong suốt quá trình điều trị, chúng tôi không thấy có những diễn biến bất thường như: sốt nhiễm khuẩn, chảy máu thứ phát, tăng đau, tăng rối loạn vận động hoặc liệt... Phương pháp cho hiệu quả giảm đau tốt ở cả 68 bệnh nhân (100%). Cụ thể, làm giảm đau tức thời ngay sau điều trị gặp ở 54/68 bệnh nhân ứng với tỷ lệ 79,41%. Số còn lại (14 bệnh nhân) có hiệu quả giảm đau rõ ở thời điểm 24 giờ sau kỹ thuật.

3.3.2.2. Kết quả điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da trên lâm sàng.

Mức độ giảm đau (theo điểm VAS)

Trước điều trị không có bệnh nhân đau ở mức nhẹ. Mức đau nặng (23,53%) và rất nặng (66,18%) là chủ yếu. Điểm VAS trung bình ở 1 bệnh nhân là 7,1. Sau điều trị có 29,41% bệnh nhân ở mức đau nhẹ, không còn mức đau rất nặng và số bệnh nhân đau nặng chỉ đạt 8,82%. Điểm VAS trung bình ở 1 bệnh nhân giảm còn 3,96.

Giảm hạn chế vận động cột sống thắt lưng do đau (theo điểm Oswestry)

Trước điều trị, 100% bệnh nhân có hạn chế chức năng vận động CSTL ở mức III, IV và V. Sau điều trị không còn bệnh nhân ở mức IV và V. Điểm Oswestry trung bình ở 1 bệnh nhân giảm từ 21,16 xuống 14,12 ($p < 0,05$).

Kết quả điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da thông qua dấu hiệu Lasègue (+)

Bảng 3.22: Dấu hiệu Lasègue (+) trước và sau điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da (n=68)

Mức độ dấu hiệu Lasègue dương tính	Trước điều trị		Sau điều trị		P	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %		
Không rõ ($>60^0$)	0	0	6	8,28	$<0,05$	
Rõ ($<60^0$)	45 ⁰ - 60 ⁰	35	51,47	1	1,47	$<0,01$
	45 ⁰ - 30 ⁰	21	30,88	0	0	$<0,01$
	$<30^0$	12	17,65	0	0	$<0,05$
Tổng số	68	100	7	10,29	$<0,001$	

Trước điều trị 100% bệnh nhân có dấu hiệu Lasègue (+) rõ. Sau điều trị chỉ còn 7 bệnh nhân còn Lasègue (+), tương ứng với tỷ lệ 10,29%.

Kết quả chọc cắt đĩa đệm qua da trên lâm sàng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Saporta (1970)

5/6 triệu chứng đều giảm sự xuất hiện của chúng trên lâm sàng ở mức từ 75% – 89,71% trừ khởi phát đau có yếu tố cơ học ($p < 0,01$).

Bảng 3.24: Tần xuất xuất hiện 6 triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán của Saporta trong nhóm điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da ($n=68$)

Tần xuất xuất hiện 6 triệu chứng lâm sàng	Trước điều trị			Sau điều trị			Tổng số
	<4	4	>4	<4	4	>4	
Số lượng bệnh nhân	0	13	55	53	11	4	68
Tỷ lệ %	0	19,12	80,88	77,94	16,18	5,88	100

Trước điều trị, 100% (68 bệnh nhân) có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh. Sau điều trị 77,94% (53 bệnh nhân) không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán.

Kết quả điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da theo Bùi Quang Tuyền (2007)

53/68 bệnh nhân đạt kết quả tốt ứng với tỷ lệ 77,94 %. Không có ở mức kém.

Kết quả lâm sàng của điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da theo thời gian

Kết quả tại các thời điểm sau điều trị 2 tuần, 1 và 6 tháng cho thấy: bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ứng với các tỷ lệ là 88,24%; 91,18% và 94,12% đồng thời giảm điểm đau VAS trung bình ở 1 bệnh nhân là 2,31; 1,63 và 0,98. Tương tự, điểm Oswestry giảm còn 12,07; 8,4 và 5,4 điểm. Dấu hiệu ‘Chuông bấm’ (+) gần như mất hết ngay sau 2 tuần. Lệch vẹo CSTL gặp dưới 10% sau 2 tuần và hết sau 1 tháng. Dấu hiệu Lasègue (+) còn dưới 10% sau 2 tuần, dưới 5% sau 1 tháng và dưới 3% sau 6 tháng.

3.3.2.3 Kết quả điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da trên hình ảnh cộng hưởng từ.

Bảng 3.27: Hình ảnh CHT ở nhóm 68 bệnh nhân chọc cắt đĩa đệm qua da

Hình ảnh CHT thoát vị đĩa đệm		Đĩa đệm có hình ảnh thoát vị		Số bệnh nhân (n=68)	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí tầng đĩa đệm thoát vị	<i>L1-L2</i>	0	0	0	0
	<i>L2-L3</i>	2	2,11	2	2,94
	<i>L3-L4</i>	5	5,26	5	7,36
	<i>L4-L5</i>	61	64,21	45	66,17
	<i>L5-S1</i>	27	28,42	16	23,53
	Tổng số	95	100	68	100
Số tầng	<i>1 tầng</i>	44	46,32	44	64,71
	<i>2 tầng</i>	42	44,21	21	30,88
	<i>3 tầng</i>	9	9,47	3	4,41
	<i>4 tầng</i>	0	0	0	0
	Tổng số	95	100	68	100
Loại	<i>Vào thân đốt sống</i>	0	0	0	0
	<i>Lỗi đĩa đệm</i>	76	80,0	49	72,06
	<i>TVĐĐ</i>	19	20,0	19	27,94
	Tổng số	95	100	68	100
Các thể thoát vị ra sau	<i>Trung tâm</i>	39	41,10	28	41,17
	<i>Lệch bên (phải hoặc trái)</i>	51	53,60	35	51,47
	<i>Trung tâm 2 cạnh bên</i>	5	5,30	5	7,36
	<i>TVĐĐ vào lỗ ghép</i>	0	0	0	0
	<i>TVĐĐ có mảnh rời</i>	0	0	0	0
	Tổng số	95	100	68	100

Kết quả hình ảnh CHT ở 68 bệnh nhân cho thấy vị trí đĩa đệm được can thiệp chọc cắt chủ yếu ở L4-L5 (45/68 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 66,17%) và L5-S1 (16/68 bệnh nhân, tỷ lệ 23,53%). Gặp nhiều nhất số bệnh nhân có thoát vị ở 1 tầng (64,71%) và 2 tầng (30,88%).

Loại thoát vị gặp nhiều nhất và được can thiệp chọc cắt là lỗi đĩa đệm (49/68 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 72,06%), TVĐĐ chỉ có ở 19 bệnh nhân còn lại (27,94%) và không có loại thoát vị vào thân đốt sống.

Hình ảnh CHT về các thể thoát vị ra sau ở 68 bệnh nhân gặp nhiều nhất là thể lệch bên (35/68 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 51,47%), sau đó là thể trung tâm (28/68 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 41,17%), ít gặp nhất là thể trung tâm 2 cạnh bên (5/68 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 7,36%).

Hình ảnh CHT ở nhóm 68 bệnh nhân chọc cắt đĩa đệm qua da tại thời điểm trước và sau điều trị được thể hiện ở bảng 3.28.

Bảng 3.28: Mức độ chèn ép rễ thần kinh và hẹp ống sống trên hình ảnh cộng hưởng từ tại thời điểm trước và sau điều trị chọc cắt đĩa đệm.

Hình ảnh CHT (n=14)		Trước điều trị		Sau điều trị	
		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hẹp ống sống	Mức độ vừa	9	64,29	4	28,57
	Mức độ nặng	5	35,71	3	21,43
Chèn ép rễ thần kinh	Chèn ép rõ	8	57,14	3	21,43
	Không rõ	6	42,86	11	78,57

Tình trạng TVĐĐCSTL trên hình ảnh CHT được cải thiện trong vòng từ 1 đến 6 tháng sau điều trị ở 14 bệnh nhân có chèn ép rễ thần kinh do TVĐĐ. Số lượng bệnh nhân có hình ảnh rễ thần kinh bị chèn ép giảm rõ, từ 8/14 bệnh nhân (57,14%) xuống còn 3/14 (21,43%). Tỷ lệ hẹp ống sống do TVĐĐ giảm từ 100% (14/14 bệnh nhân) xuống còn 49,99% (7/14 bệnh nhân).

CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Kết quả thu được cho thấy tỷ lệ mắc bệnh cao ở độ tuổi trên 40 và dưới 60, nam khoảng 2,5 lần nhiều hơn nữ là phù hợp với cơ chế bệnh sinh, bệnh căn của bệnh và tương ứng với những kết quả của các tác giả trong và ngoài nước đã công bố. Vì vậy, nhận xét rằng nam giới là đối tượng cần được lưu ý.

4.1.2. Đặc điểm về khởi phát bệnh

Bệnh thường khởi phát đột ngột, có thể chỉ sau một vi chấn thương hoặc sau một tác động cơ học bất thường (trên cơ sở đĩa đệm đã bị thoái hoá). Do đó, yếu tố cơ học bất thường (đặc biệt là yếu tố chấn thương) đã được Saporta (1970) chọn làm một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh.

4.1.3. Triệu chứng đau lưng ở bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

4.1.3.1. Đau cột sống thắt lưng

Đau CSTL là dấu hiệu đầu tiên của bệnh, gặp ở tất cả các bệnh nhân (100%). Lượng hóa cường độ đau bằng điểm VAS cho thấy đau lưng trong TVĐĐ thường ở mức nặng và rất nặng. Vì vậy, cần theo dõi lâm sàng đối với biểu hiện đau nhằm phát hiện sớm TVĐĐ.

4.1.3.2. Đau CSTL lan xuống dưới, theo đường đi của dây thần kinh hông to

Kiểu đau như trên gặp ở 84,62% số bệnh nhân và tương ứng với những kết quả nghiên cứu lâm sàng của các tác giả. Đây cũng là một trong 6 triệu chứng được Saporta (1970) chọn làm tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh.

4.1.3.3. Triệu chứng đau có tính chất cơ học

Đau CSTL có tính chất cơ học (ở 100% bệnh nhân) thể hiện tình trạng kích thích rễ thần kinh (trong xung đột đĩa-rễ), đều đã được các tác giả mô tả và nhấn mạnh.

4.1.4. Đặc điểm lâm sàng của hội chứng cột sống

Các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của hội chứng cột sống ở bệnh gồm: điểm đau cột sống, tình trạng co cứng cơ cạnh sống, các biến dạng ở CSTL và hạn chế tầm hoạt động của CSTL. Trong đó lệch vẹo CSTL (được Saporta đánh giá là triệu chứng quan trọng) ở kết quả nghiên cứu đạt tới tỷ lệ là 80,77%.

4.1.5. Đặc điểm lâm sàng của hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng

Hội chứng rễ thần kinh có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh do thể hiện được xung đột đĩa-rễ và đó là những triệu chứng, dấu hiệu thể hiện tình trạng kích thích cũng như tổn thương chức năng rễ thần kinh. Dấu hiệu Lasègue và “chuông bấm” dương tính (đạt mức 100% và 67,69%) đặc trưng cho tình trạng nêu trên.

4.1.6. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu đánh giá theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Saporta (1970)

6 triệu chứng lâm sàng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh của Saporta (1970) đều có mặt với tỷ lệ cao (67,69% - 100%) ở nhóm nghiên cứu. Có thể đánh giá hiệu quả của điều trị (tốt, khá, trung bình và kém) bằng sự có mặt của 6 triệu chứng trong tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như mức biến đổi của chúng tại thời điểm trước và sau điều trị. Trong đó, đau có tính chất cơ học và Lasègue (+) (đều chiếm tỷ lệ 100%) cần được đặc biệt lưu ý trong chẩn đoán và trong đánh giá hiệu quả điều trị bệnh.

4.2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

4.2.1. Phân bố vị trí và số tầng thoát vị

Trong nghiên cứu, vị trí tầng thoát vị hay gặp nhất là ở L4-L5 và L5-S1. TVĐĐ ở một và đồng thời ở hai tầng là nhiều nhất. Điều này tương tự với kết luận của các tác giả trong và ngoài nước. Tư thế đứng thẳng của người và vị trí đĩa đệm tại vùng bản lề là nguyên nhân dẫn đến thoát vị ở các vị trí nói trên.

4.2.2. Phân loại và chỉ định phương pháp chọc cắt đĩa đệm qua da

Lồi đĩa đệm là loại thoát vị có tỷ lệ nhiều nhất 61,54% (80/130 bệnh nhân), TVĐĐ chỉ chiếm tỷ lệ 38,46% (50/130 bệnh nhân). TVĐĐ vào thân đốt sống (thoát vị Schmorl) luôn gặp với một thoát vị ra sau tại một tầng đĩa đệm khác.

TVĐĐ ra sau (100% bệnh nhân) gây ra những triệu chứng bệnh lý rễ thần kinh tuỷ sống rất phong phú và là mục tiêu của điều trị. Thể trung tâm lệch bên chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả 2 nhóm nghiên cứu (130 và 68 bệnh nhân) là 49,23% và 51,47% số bệnh nhân, phù hợp với thực tiễn trên lâm sàng và cấu tạo giải phẫu (thoát vị thường xảy ra ở nơi yếu nhất là vị trí sau-bên).

Tỷ lệ lồi đĩa đệm cao (72,06%) ở nhóm 68 bệnh nhân chọc cắt đĩa đệm qua da của chúng tôi, cao hơn so với với báo cáo của Trần Trung (2007) với tỷ lệ TVĐĐ đạt 41,7%, 15,9% TVĐĐ có mảnh rời và lồi đĩa đệm chỉ chiếm

33,8%. Điều này phản ánh được về mức độ thoát vị nặng của nhóm bệnh nhân phải điều trị phẫu thuật hoặc xu thế “sính phẫu thuật”. Theo chúng tôi, ngoài những lý do nêu trên, tỷ lệ lỗi đĩa đệm cao (72,06%) còn do thực tế là có sự không tương xứng giữa mức độ nặng nhẹ của bệnh trên lâm sàng và hình ảnh CHT trong bệnh lý TVĐĐCSTL. Đồng thời là cơ sở lý luận để lý giải cho việc áp dụng điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da. Phương pháp được dựa theo nguyên lý điều trị giảm áp mà các tác giả trên thế giới đã đề xuất và thực hiện thành công.

4.2.3. Hình ảnh hẹp ống sống do thoát vị đĩa đệm

Nếu phân loại độ hẹp ống sống thắt lưng do TVĐĐ thành bốn độ (tương tự như phân loại của Trần Trung), thì nhóm 130 bệnh nhân nghiên cứu thuộc các mức: nhẹ, vừa và nặng tương ứng với tỷ lệ là 14,62%, 27,69% và 2,31% số bệnh nhân. Không có hẹp ống sống ở mức độ rất nặng. Điều này cho thấy áp dụng phương pháp điều trị bảo tồn và chọc cắt đĩa đệm qua da là hợp lý.

4.2.4. Hình ảnh chèn ép rễ thần kinh do thoát vị đĩa đệm

Thông thường hình ảnh chèn ép rễ thần kinh trên ảnh CHT luôn đi cùng với đau rễ dữ dội và các triệu chứng thiếu hụt thần kinh như liệt, rối loạn cảm giác hay rối loạn phản xạ ... Tuy nhiên, cũng bắt gặp những trường hợp không thấy hình ảnh chèn ép rễ trên CHT nhưng lại có lâm sàng điển hình. Đây là sự không phù hợp giữa hình ảnh CHT với lâm sàng về biểu hiện tổn thương rễ thần kinh. Vì thế, khi bắt gặp hình ảnh chèn ép rễ thần kinh trên CHT sẽ là tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán hình ảnh TVĐĐ. Cũng như xác định được sự phù hợp giữa hình ảnh CHT và lâm sàng về vị trí tổn thương thường gặp ở TVĐĐ là tại L4-L5 và L5-S1.

4.2.5. Hình ảnh thoái hoá đĩa đệm trên cộng hưởng từ

CHT là phương pháp tốt nhất để đánh giá tình trạng THĐĐ, được thể hiện bởi: giảm chiều cao đĩa đệm, giảm cường độ tín hiệu, giảm hoặc mất sự khác biệt rõ của nhân nhầy hay có hình ảnh đứt rách vòng sợi. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận xét của Saifuddin (1998) và Carragee (2000). Ngoài ra, thoái hoá bản sụn đĩa đệm còn là nguyên nhân dẫn đến những thay đổi cấu trúc tuỷ xương thân đốt sống liên kê (típ I, II và III theo Modic M.T.) mà ở các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác khó phát hiện được. Vì vậy, khi đọc phim CHT, cần lưu ý để không chẩn đoán nhầm chúng với hình ảnh của những bệnh lý khác như viêm đốt sống và đĩa đệm.

4.2.6. Hình ảnh thoái hoá cột sống thắt lưng trên cộng hưởng từ

Hình ảnh CHT cho thấy rõ tình trạng THCS và cả những thay đổi thoái hoá của tổ chức phân mềm có liên quan như phi đại dây chằng vàng, vôi hóa dây chằng dọc trước, dọc sau... Những biến đổi đó khó thấy được khi sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác.

4.3. Đánh giá kết quả của điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

4.3.1. Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn trên lâm sàng.

4.3.1.1. Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn thông qua mức độ giảm đau

Kết quả làm giảm điểm đau VAS trung bình ở 1 bệnh nhân đồng thời làm giảm số bệnh nhân ở mức đau nặng và rất nặng. Điều này do tác động tích

cực từ những nhân tố có trong phác đồ điều trị và hoàn toàn phù hợp với công bố của nhiều tác giả trong và ngoài nước.

4.3.1.2. *Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn thông qua mức độ giảm hạn chế vận động cột sống thắt lưng do đau*

Phương pháp cũng làm giảm hạn chế vận động CSTL do giảm điểm Oswestry trung bình ở 1 bệnh nhân sau điều trị, làm giảm đáng kể số lượng bệnh nhân có hạn chế vận động CSTL do đau ở mức IV và làm xuất hiện mức I. Tuy vậy vẫn còn hạn chế vận động CSTL do đau ở mức nặng (IV: 16,92%) và rất nặng (V: 4,62%) sau điều trị.

4.3.1.3. *Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn thông qua dấu hiệu Lasègue (+)*

Dấu hiệu Lasègue (+) giảm xuống còn ở 55,38% số bệnh nhân có thể là do tác dụng của Corticoit đưa vào khoang ngoài màng cứng. Điều này cũng phù hợp với hiệu quả điều trị của Hydrocortison đối với đau rễ thần kinh do TVĐĐ đã được nhiều tác giả công bố. Dấu hiệu Lasègue (-) sau điều trị bảo tồn còn là kết quả của nhiều biện pháp tổng hợp khác như đã trình bày ở mục 2.2.3.

4.3.1.4. *Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng của Saporta (1970)*

Kết quả thu được phản ánh đúng hiệu quả của phương pháp. Dựa vào sự có mặt và mức độ thuyên giảm 6 triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng của Saporta (1970) thì đau có tính chất cơ học và Lasègue (+) được xem là 2 triệu chứng quan trọng (có ở 100% bệnh nhân) kém được cải thiện sau điều trị bảo tồn (còn ở 79 và 75 trên 130 bệnh nhân). Đồng thời có tới 75 bệnh nhân trên lâm sàng còn 4 (27/130) và trên 4 (48/130) triệu chứng thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh của Saporta, cần tiếp tục điều trị.

4.3.2. *Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da.*

4.3.2.1. *Kỹ thuật chọc cắt đĩa đệm qua da.*

Số lượng nhát cắt tổ chức bệnh phẩm ở trung tâm đĩa đệm:

Số nhát cắt lấy được bệnh phẩm ở một bệnh nhân gặp nhiều nhất là 30 (30/68 bệnh nhân, tỷ lệ 47,06%) đồng thời tương ứng với thể tích tổ chức lấy được ở một nhát cắt là trung bình (2x2x6 mm). Khoảng thời thao tác của kỹ thuật kéo dài từ 30 - 40 phút là có thể chấp nhận được.

Kết quả giải phẫu bệnh lý phân tổ chức bệnh phẩm:

Kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh lý khẳng định hình thái tổ chức của tất cả mẫu bệnh phẩm đều là tổ chức đĩa đệm. Các hình ảnh tổn thương có trong bệnh phẩm phù hợp với hình thái tổ chức học của đĩa đệm thoái hoá. Điều này chứng tỏ mối liên quan chặt chẽ giữa bệnh lý thoát vị và quá trình THĐĐ.

Diễn biến lâm sàng ngay sau kỹ thuật:

Tác dụng giảm đau rõ rệt của phương pháp được thể hiện bởi tỷ lệ giảm đau có ở 100% bệnh nhân sau điều trị 24 giờ và không gặp các biến chứng đáng kể nào. Điều đó chứng tỏ độ an toàn cao của phương pháp và cũng phù hợp với những công bố của các tác giả trong và ngoài nước.

4.3.2.2. *Đánh giá kết quả điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da trên lâm sàng*

Đánh giá kết quả điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da thông qua mức độ giảm đau (điểm VAS):

Ưu điểm của phương pháp là cho tác dụng giảm đau rõ rệt. Sau chọc cắt đĩa đệm qua da, điểm VAS trung bình ở 1 bệnh nhân chỉ còn 3,96 và không còn bệnh nhân có mức đau nặng. Số liệu thu được tương đương với kết quả của Greiner-Perth R và cộng sự công bố năm 2003 (điểm VAS trung bình ở 1 bệnh nhân giao động từ 3 - 4,1 sau điều trị).

Đánh giá kết quả điều trị chọc cắt bằng mức độ giảm hạn chế vận động cột sống thắt lưng do đau (điểm Oswestry):

Giảm hạn chế vận động CSTL sau điều trị, điểm Oswestry trung bình ở 1 bệnh nhân giảm (từ 21,16 xuống còn 14,12) và không còn bệnh nhân có hạn chế vận động CSTL ở mức IV,V. Hạn chế vận động CSTL ở nhóm 68 bệnh nhân sau điều trị chủ yếu ở mức I và II (95,59%). Với mức này, các bệnh nhân đều chủ động được trong mọi sinh hoạt cá nhân. Theo chúng tôi, khi cắt bỏ một khối lượng nhất định tổ chức ở trung tâm đĩa đệm thoát vị cũng có nghĩa là đã làm giảm áp lực tại đó. Điều này đồng nghĩa với giảm áp lực đè ép của nhân nhầy lên vòng sợi ở phần ngoại vi, qua đó làm giảm hoặc làm hết áp lực chèn ép lên rễ thần kinh. Kết quả dẫn đến giảm đau, cải thiện mức độ hạn chế vận động CSTL do đau.

Đánh giá kết quả chọc cắt đĩa đệm qua da qua dấu hiệu Lasègue (+):

Dấu hiệu Lasègue (+) là một triệu chứng khách quan rất quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị. Đây là tiêu chuẩn được Nachemson A. (1989) nêu trong chỉ định định chung đối với các phương pháp giảm áp đĩa đệm qua da và cũng có được sự công nhận chung của nhiều tác giả. Sau điều trị, 89,71% bệnh nhân không còn dấu hiệu Lasègue (+). Kết quả của chúng tôi phù hợp với công bố của Seibel RM và cộng sự (1992) khi tiến hành chọc cắt đĩa đệm qua da ở 110 bệnh nhân, kết quả 92% bệnh nhân không còn Lasègue (+).

Đánh giá kết quả chọc cắt đĩa đệm qua da trên lâm sàng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Saporta (1970).

Kết quả ở mức tốt với tỷ lệ 77,94% bệnh nhân đã khẳng định hiệu quả điều trị của phương pháp. Điều đáng lưu ý là tất cả 68 bệnh nhân đó đều đã qua điều trị bảo tồn nhưng không khỏi bệnh (còn đủ tiêu chuẩn chẩn đoán). So sánh với kết quả đạt được với mức tốt của các tác giả Trần Công Duyệt (2003) là 83,90%, Onik G. (2004) từ 43 - 85%, Singh V. và Derby R. (2006) ở xấp xỉ 75%, thì kết quả của chúng tôi là tương đương.

Đánh giá kết quả chọc cắt đĩa đệm qua da theo Bùi Quang Tuyền (2007):

Mức kết quả tốt đạt 77,94%, số còn lại ở mức khá hoặc trung bình, không có mức kém. Theo chúng tôi, kết quả điều trị đạt được do phương pháp đã giải quyết được tình trạng xung đột đĩa-rễ trong cơ chế bệnh sinh của bệnh và việc lựa chọn bệnh nhân cho chỉ định điều trị là hợp lý. Tất cả bệnh nhân trước khi được lựa chọn có chỉ định cho điều trị chọc cắt đều phải qua điều trị bảo tồn có

hệ thống, theo một tiêu chí thống nhất. Các kết quả sau điều trị bảo tồn được xác định thông qua tiêu chuẩn chuẩn đoán và thực hiện so sánh giữa lâm sàng với hình ảnh CHT. Lựa chọn bệnh nhân có chỉ định điều trị theo những tiêu chuẩn cụ thể và tiến hành kỹ thuật điều trị theo đúng trình tự (mục 2.2.3.2.).

Đánh giá kết quả lâm sàng của phương pháp điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da theo thời gian (2, 4 tuần và 6 tháng sau):

Theo dõi theo thời gian (kết quả xa) nhằm khẳng định thêm về hiệu quả của phương pháp trong vòng 2 tuần đến 6 tháng kể từ khi xuất viện thấy số bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tiếp tục tăng, giảm điểm VAS và Oswestry và các triệu chứng lâm sàng khác. Hiệu quả khỏi bệnh là 88,24% tại thời điểm 2 tuần sau điều trị, 91,18% sau 1 tháng và đạt tới 94,12% sau 6 tháng là bằng chứng xác thực về khả năng của phương pháp nhằm loại bỏ được tình trạng xung đột đĩa - rễ ở bệnh.

4.3.2.3. Đánh giá kết quả của phương pháp trên hình ảnh cộng hưởng từ

Trong thời gian từ 1 - 6 tháng sau điều trị, mặc dù có sự cải thiện về tình trạng hẹp ống sống cũng như mức độ chèn ép rễ thần kinh trên ảnh CHT nhưng không đi đôi với mức thuyên giảm của các dấu hiệu và triệu chứng trên lâm sàng. Điều này cho thấy không có sự tương xứng giữa giữa các triệu chứng trên lâm sàng và hình ảnh CHT của bệnh. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu về mối tương quan giữa hình ảnh CHT và lâm sàng của Greenberg & Schnell (1991), Reijo A. (2006). Chính vì vậy, theo chúng tôi hình ảnh CHT ở bệnh nhân sau điều trị chỉ mang ý nghĩa hỗ trợ với mục đích chứng minh bổ xung thêm bằng hình ảnh về hiệu quả đạt được của phương pháp. Để đánh giá hiệu quả của một phương pháp điều trị TVĐĐCSTL nên dựa chủ yếu vào mức thuyên giảm đau và thuyên giảm các triệu chứng lâm sàng của hội chứng cột sống, hội chứng rễ thần kinh thất lưng cùng.

KẾT LUẬN

1. Lâm sàng bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống thất lưng: 130 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thể hiện các triệu chứng của hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh trong đó đau có tính chất cơ học, Lasègue (+) gặp ở 100% bệnh nhân. Các triệu chứng khác như: khởi phát có yếu tố cơ học; đau lan xuống mông, đùi và cẳng chân; lệch vẹo cột sống; dấu hiệu ‘Chuông bấm’ (+) đều đạt tỷ lệ cao tương ứng với 70,77%; 84,62%; 80,77% và 67,69%. Bệnh gặp nhiều nhất ở lứa tuổi từ 40 đến dưới 60 (65,39%), nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1).

2. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống thất lưng: ở nhóm 130 bệnh nhân thể hiện qua vị trí, loại, mối liên quan của đĩa đệm thoát vị với ống sống, rễ thần kinh và tình trạng thoái hoá đĩa đệm, thoái hoá cột sống thất lưng.

Phân bố vị trí thoát vị ở một tầng chiếm tỷ lệ 43,08% và hai tầng là 42,30% bệnh nhân. 59,23% bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm tại vị trí L4-L5 và 28,46% tại L5-S1. Hình ảnh lõi đĩa đệm có ở 61,54% bệnh nhân và 38,46% bệnh nhân có hình ảnh thoát vị. Đĩa đệm thoát vị ra sau gặp ở 100% bệnh nhân (49,23% thể lệch bên, 30% thể trung tâm, 15,39% thể trung tâm 2 cạnh bên và 5,38% thoát vị vào lỗ ghép).

Trên cộng hưởng từ, hình ảnh chèn ép rễ thần kinh gặp ở 49,03% số đĩa đệm (chủ yếu ở rễ L5, S1 tương ứng với tỷ lệ 31,55% và 14,08%). 50,97% số đĩa đệm thoát vị không có hình ảnh chèn ép rễ thần kinh ứng với 100% số bệnh nhân đều có thể hiện lâm sàng tổn thương rễ thần kinh.

Hình ảnh thoái hoá nhân nhầy gặp ở tất cả các bệnh nhân (100%). Có 34,35% đứt rách vòng sợi và 10,87% thoái hoá bản sụn. 75,38% giảm và mất đường cong sinh lý cột sống thắt lưng, 59,23% có mỏ, gai ngang xương đốt sống. Vô hóa dây chằng dọc trước và sau, phì đại dây chằng vàng, hẹp khoang liên đốt sống gặp ở 2,31%, 3,85% và 5,38% số bệnh nhân.

3. Kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp chọc cắt đĩa đệm qua da sau khi sử dụng phương pháp điều trị bảo tồn không đạt hiệu quả khỏi bệnh:

Điều trị bảo tồn: trên 130 bệnh nhân cho kết quả giảm đau (điểm VAS trung bình ở một bệnh nhân từ 6,92 giảm còn 4,86, điểm Oswestry trung bình từ 22,06 giảm còn 18,75), giảm dấu hiệu Lasègue dương tính (từ 100% số bệnh nhân xuống 55,38%). Đánh giá theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng của Saporta có 55 bệnh nhân khỏi bệnh (42,3%). 75 bệnh nhân còn đủ tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh (27/130 bệnh nhân còn 4 và 48/130 bệnh nhân còn trên 4 triệu chứng) chiếm tỷ lệ 57,7%.

Điều trị chọc cắt đĩa đệm qua da: trên 68 bệnh nhân không khỏi bệnh sau điều trị bảo tồn cho kết quả tốt với 53 bệnh nhân (77,94%), 11 bệnh nhân đạt mức khá, 4 bệnh nhân mức trung bình và không có mức kém ứng với tỷ lệ 16,18%; 5,88% và 0%. 100% số bệnh nhân có hiệu quả giảm đau ngay sau 24 giờ. Điểm VAS trung bình ở một bệnh nhân giảm từ 7,1 xuống 3,96. Giảm hạn chế vận động cột sống thắt lưng do đau (điểm Oswestry trung bình ở một bệnh nhân từ 21,16 giảm còn 14,12). Dấu hiệu Lasègue (-) sau điều trị đạt tới tỷ lệ 89,71%. Các chỉ tiêu nghiên cứu tiếp tục giảm tại thời điểm 2 tuần, 1 và 6 tháng sau điều trị, ứng với tỷ lệ bệnh nhân có mức kết quả tốt là 88,24%, 91,18% và 94,12%.

◆ Kiến nghị:

- Cần tiếp tục nghiên cứu thêm về mối quan hệ giữa lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

- Các kỹ thuật điều trị đau lưng do thoát vị đĩa đệm thuộc nhóm phương pháp điều trị theo nguyên lý giảm áp đĩa đệm qua da cần được tiếp tục nghiên cứu và ứng dụng trong lâm sàng.