

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO  
HỌC VIỆN QUÂN Y**  
\*\*\*\*\*

**BỘ QUỐC PHÒNG**

**ĐẶNG NGỌC HUY**

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG,  
CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ PHẪU THUẬT  
THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM LỆCH BÊN VÙNG  
THẮT LƯNG - CÙNG**

Chuyên ngành: Ngoại Thần kinh và sọ não  
Mã số: 62 72 07 20

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Hà Nội – 2010**

**LUẬN ÁN ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI  
HỌC VIỆN QUÂN Y**

**Cán bộ hướng dẫn khoa học:**

**1- PGS.TS. Bùi Quang Tuyển**

**2- TS. Nguyễn Hùng Minh**

**Phản biện 1: GS.TS. Hoàng Đức Kiệt**

**Phản biện 2: PGS.TS. Nguyễn Văn Liệu**

**Phản biện 3: TS. Hà Kim Trung**

**Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước  
họp tại Học viện Quân y.**

**Vào hồi ..... giờ ..... ngày ..... tháng .....năm 2010**

**Có thể tìm hiểu luận án tại:**

- Thư viện Quốc gia**
- Thư viện y học Trung ương**
- Thư viện Học viện Quân y**

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

- 1. Đặng Ngọc Huy, Lê Xuân Tân (2006),** “ Kết quả bước đầu điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm thắt lưng tại Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên”  *Tạp chí Y học thực hành*, 4 (538), tr. 11 – 13.
- 2. Bùi Quang Dũng, Vũ Hùng Liên, Bùi Quang Tuyển, Vũ Văn Hòa, Nguyễn Hùng Minh, Đặng Ngọc Huy (2007),** “ Chẩn đoán và phẫu thuật thoát vị đĩa đệm thắt lưng cao”,  *Tạp chí Y học thực hành*, 12(591+592), tr. 56 – 57.
- 3. Đặng Ngọc Huy, Bùi Quang Tuyển, Nguyễn Hùng Minh (2008),** “Nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng”,  *Tạp chí Y học thực hành*, 4 (604+605), tr. 46 – 49.
- 4. Đặng Ngọc Huy, Bùi Quang Tuyển, Nguyễn Hùng Minh (2008),** “Đặc điểm giải phẫu cột sống liên quan đến bệnh thoát vị đĩa đệm”,  *Tạp chí Y học thực hành*, 5(608+609), tr. 7 – 8.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng (CSTL) là bệnh lý lành tính gặp nhiều ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Có khoảng từ 80-85% các trường hợp đau dây thần kinh tọa là do TVĐĐ, trong đó tỷ lệ bệnh TVĐĐ lệch bên chiếm đại đa số. Theo Greenberg M.S.(1997) ở Mỹ hàng năm có khoảng 1% dân số bị TVĐĐ thắt lưng. Bệnh được điều trị chủ yếu bằng phương pháp nội khoa, chỉ có 10-20% trường hợp phải can thiệp phẫu thuật

Về chẩn đoán cận lâm sàng, chụp cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán TVĐĐ có giá trị nhất vì cho biết chính xác vị trí, hình thái TVĐĐ và các bệnh lý kèm theo. Hơn nữa chụp cộng hưởng từ là phương pháp an toàn, không can thiệp, cho hình ảnh trực tiếp, đặc biệt không gây nhiễm xạ cho bệnh nhân và thầy thuốc.

Ngày nay ở Việt Nam cũng như trên thế giới, phẫu thuật TVĐĐ bằng phương pháp mổ mở vẫn được áp dụng nhiều nhất (80-90%). Còn các phương pháp điều trị khác như: lấy đĩa đệm qua da, lấy đĩa đệm bằng nội soi, giảm áp đĩa đệm bằng laser, tạo hình đĩa đệm bằng sóng radio, mổ vi phẫu là các phương pháp điều trị can thiệp tối thiểu cần có trang thiết bị đắt tiền ở các trung tâm phẫu thuật thần kinh và mỗi phương pháp đều có những chỉ định riêng.

Hơn nữa ở Việt Nam phần lớn người bệnh đến viện đều đã ở giai đoạn muộn cần phải mổ, nhiều trường hợp đã có thiếu hụt về thần kinh do nhân nhày chèn ép lâu ngày nên ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Vì vậy mổ mở thường quy với đường mổ phía sau để lấy đĩa đệm vẫn là phẫu thuật cơ bản và chuẩn mực, được nhiều nhà phẫu thuật quan tâm. Mổ mở có thể áp dụng được ở các tuyến y tế không cần đòi hỏi phương tiện hiện đại, phù hợp với điều kiện kinh tế của người dân. Đến nay đã có nhiều công trình nghiên cứu về TVĐĐ vùng CSTL nhưng các nghiên cứu về TVĐĐ lệch bên vùng CSTL còn ít. Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài: “ **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chụp cộng hưởng từ và phẫu thuật thoát vị đĩa đệm lệch bên vùng thắt lưng - cùng**” nhằm các mục tiêu sau.

### **Mục tiêu:**

- 1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ của TVĐĐ lệch bên vùng cột sống thắt lưng - cùng.***
- 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật TVĐĐ lệch bên vùng thắt lưng- cùng bằng phương pháp mổ mở, từ đó rút ra kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng phẫu thuật mở.***

## **Ý NGHĨA THỰC TIỄN VÀ ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN**

Những nghiên cứu về TVĐĐ vùng CSTL ở Việt Nam khá nhiều, nhưng các nghiên cứu riêng về TVĐĐ lệch bên còn rất ít. Trong khi đó tỷ lệ bị bệnh TVĐĐ lệch bên vùng CSTL chiếm đa số cần được phẫu thuật. Để giải quyết được số lượng bệnh nhân lớn mà lại phù hợp với điều kiện kinh tế của đại đa số người dân và điều kiện trang thiết bị của các cơ sở y tế, nên mở mở là phương pháp được nhiều nhà phẫu thuật quan tâm. Đóng góp mới của luận án là cung cấp các bằng chứng về các triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) giúp cho việc chẩn đoán và lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. Đồng thời nghiên cứu cũng cung cấp các bằng chứng về kết quả phẫu thuật mở mở đối với loại bệnh lý này, đảm bảo hiệu quả và an toàn. Đây là phẫu thuật hiện vẫn còn đang phù hợp với điều kiện của nước ta trong một thời gian dài nữa.

### **Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

#### **1.1. Giải phẫu của đĩa đệm cột sống thắt lưng**

Cột sống của người thuộc bộ xương trục bao gồm nhiều đốt sống tiếp khớp với nhau. Cột sống có tác dụng nâng đỡ và giúp cho cơ thể vận động được dễ dàng, uyển chuyển. Cột sống bao bọc và bảo vệ cho tủy sống là một phần của thần kinh trung ương nối liền giữa não bộ và các cơ quan trong toàn bộ cơ thể. Tùy theo chức năng, mà mỗi đoạn cột sống được gọi là một đoạn vận động. Theo Junghanns và Schmorl đoạn vận động là một cấu trúc chức năng của cột sống.

Đĩa đệm gian đốt sống là đĩa sụn sợi có cấu trúc không xương nằm trong khoang gian đốt gồm có hai phần: phần chu vi là vòng sợi và phần trung tâm là nhân nhày. Thành phần cơ bản của nhân nhày là gelatines, chứa nhiều phân tử nước nằm ở trung tâm và có tính đàn hồi cao. Vòng sợi có tính đàn hồi cao nên đĩa đệm không bị ảnh hưởng khi cúi, khi uốn hoặc khi nghiêng sang hai bên. Vùng thắt lưng có bốn đĩa đệm và hai đĩa đệm chuyển tiếp là ngực-thắt lưng và thắt lưng-cùng. So với các đoạn khác, đĩa đệm thắt lưng có chiều cao lớn nhất.

Tuy nhiên vòng sợi phân bố không đồng đều: phía trước các bó sợi to, chắc, khoẻ; còn ở phía sau tạo thành dải sợi mảnh hơn và yếu hơn nên đĩa đệm hay bị thoát vị ra sau.

#### **1.2. Chức năng sinh lý của đĩa đệm**

Đĩa đệm được coi như chiếc “ lò xo sinh học” có tác dụng “ giảm xóc”, tức là làm giảm bớt lực chấn động phát sinh khi hoạt động như mang vác hoặc chạy nhảy.

Đĩa đệm có tính ưa nước rất cao, có tính đàn hồi và khả năng căng phồng rất lớn nên khi có một lực chấn động mạnh đĩa đệm sẽ bị ép lại, lực chấn động đó sẽ phát tán và bị hấp thu. Nhờ vậy mà xương cột sống, tủy sống và não bộ được bảo vệ.

Ngoài ra khi đĩa đệm bị đè ép ở tư thế đứng thẳng nhân nhày sẽ bị hạ thấp chiều cao, bị ép bẻ ra các hướng và khi tải trọng đè ép mất đi nhân nhày đĩa đệm lại trở về hình dáng ban đầu.

### **1.3. Cơ chế bệnh sinh của thoát vị đĩa đệm**

Có hai quá trình dẫn tới TVĐĐ đó là quá trình thoái hóa sinh lý và thoái hóa bệnh lý. Thoái hoá sinh lý là quá trình thoái hóa cơ bản diễn ra một cách tự nhiên và rất sớm. Thoái hoá bệnh lý là khi cột sống phải chịu những tác động thường xuyên liên tục ở những tư thế gò bó trong nhiều giờ như những người làm công việc nặng nhọc hoặc cả những người làm công việc hành chính nhưng phải ngồi lâu. Ngoài ra khi cột sống bị sang chấn cũng làm đĩa đệm bị tổn thương.

### **1.4. Phân loại thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng**

Có nhiều cách đánh giá phân loại TVĐĐ khác nhau, song chung quy lại có các cách phân loại chính sau đây:

\* **Theo hướng phát triển của nhân nhày đĩa đệm:** bao gồm thoát vị đĩa đệm ra trước và thoát vị đĩa đệm ra sau. Riêng TVĐĐ ra sau chia làm thoát vị trung tâm và thoát vị lệch bên

\* **Phân loại thoát vị đĩa đệm so với dây chằng dọc sau.** Hiện nay đa số các tác giả Anh, Mỹ thường phân loại theo cách này

### **1.5. Khái niệm thoát vị đĩa đệm lệch bên vùng cột sống thắt lưng**

TVĐĐ lệch bên vùng CSTL là trường hợp TVĐĐ mà nhân nhày đĩa đệm thoát ra sau bên gây chèn ép rễ thần kinh một bên. Biểu hiện trên lâm sàng: là bệnh nhân chỉ đau một chân. Trên hình ảnh CHT: thoát vị ở 1/2 bên của ống sống và TVĐĐ lệch bên còn được chia ra: (thoát vị bên hay cạnh lỗ ghép, thoát vị vào lỗ ghép, thoát vị ngoài lỗ ghép).

### **1.6. Chẩn đoán cận lâm sàng**

Để chẩn đoán bệnh, ngoài việc căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng còn có nhiều phương pháp hiện nay đang được áp dụng như: chụp bao rễ cản quang, chụp cắt lớp, chụp CHT. Trong đó chụp CHT là phương pháp có giá trị nhất vì cho hình ảnh đĩa đệm trực tiếp ở nhiều hướng khác nhau không phụ thuộc vào vị trí bệnh nhân. Đặc biệt CHT không sử dụng tia X nên không gây nhiễm xạ cho cả bệnh nhân và thầy thuốc.

### **1.7. Các phương pháp điều trị**

Điều trị nội khoa: áp dụng ở giai đoạn đầu của bệnh và điều trị củng cố sau mổ.

Các phương pháp can thiệp nội đĩa đệm: Phương pháp hóa tiêu nhân có tác dụng tiêu protein hoặc làm giảm áp lực căng phòng của đĩa đệm. Tiêm ozon oxygen vào đĩa

đệm do có tính oxy hóa mạnh nên có tác dụng giảm đau và chống viêm. Điều trị giảm áp đĩa đệm bằng laser qua da là dùng năng lượng của tia laser để đốt cháy và làm bốc hơi một phần nhân nhày đĩa đệm. Điều trị thoát vị đĩa đệm bằng sóng radio là phương pháp điều trị thoát vị còn chứa nhân nhày gây chèn ép rễ. Nhưng các phương pháp này có chỉ định riêng và không thể áp dụng được ở tất cả các giai đoạn của bệnh.

Điều trị bằng phẫu thuật: Phương pháp mổ mở hay còn gọi là phẫu thuật truyền thống để lấy bỏ đĩa đệm là phương pháp kinh điển chuẩn mực. Cắt đĩa đệm vi phẫu. Phẫu thuật lấy đĩa đệm vi phẫu nội.

## **Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Là những bệnh nhân được chẩn đoán TVĐĐ lệch bên vùng cột sống thắt lưng trên lâm sàng và có hình ảnh TVĐĐ lệch bên trên CHT, được điều trị bằng phẫu thuật tại khoa phẫu thuật thần kinh, bệnh viện Quân Y 103 Hà nội.

Không nghiên cứu bệnh nhân chẩn đoán TVĐĐ trên lâm sàng nhưng không có hình ảnh trên CHT, TVĐĐ một mức có biểu hiện chèn ép rễ thần kinh cả hai bên, TVĐĐ tái phát, có bệnh lý kết hợp như: lao cột sống, ung thư cột sống, u bao rễ thần kinh, trượt đốt sống, gai đôi cột sống. Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2007 đến tháng 4/2009.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** được sử dụng trong luận án này là nghiên cứu mô tả, tiến cứu, cắt ngang, không đối chứng.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Dựa trên công thức tính cỡ mẫu sau:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{(1-P)}{P \epsilon^2}$$

Cỡ mẫu nghiên cứu: n. Sai số tương đối:  $\epsilon = 0,05$

Độ chính xác của nghiên cứu  $\alpha > 95\%$  ( $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ )

Tỷ lệ bệnh nhân TVĐĐ lệch bên được điều trị bằng mổ mở đạt kết quả tốt và khá (ước lượng 87%). Số lượng cần nghiên cứu ít nhất là 230 bệnh nhân TVĐĐ lệch bên vùng thắt lưng - cùng được phẫu mổ.

Trên thực tế, số bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu là 286 bệnh nhân.

### **2.2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu**

- Phỏng vấn, khám lâm sàng để thu thập các đặc điểm về tiền sử, triệu chứng lâm sàng của bệnh TVĐĐ lệch bên vùng CSTL, thông qua bệnh án mẫu.

- Trực tiếp đọc phim, đánh giá phân tích kết quả có đối chiếu với triệu chứng lâm sàng.

- Theo dõi, đánh giá kết quả bệnh nhân sau mổ từ 12 đến 18 tháng theo phân loại của Macnab.

#### **2.2.4. Nội dung nghiên cứu thoát vị đĩa đệm lệch bên vùng cột sống thắt lưng**

**2.2.4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân:** độ tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian bị bệnh, cách thức khởi phát bệnh.

##### **2.2.4.2. Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng**

###### **\*\* Hội chứng cột sống**

**Đánh giá triệu chứng đau cột sống thắt lưng:** với tính chất âm ỉ, lan tỏa hoặc đau cấp sau chấn thương, đau tăng khi vận động, khi ho, khi thay đổi thời tiết, đau khu trú ở lưng hay đau lan xuống chân.

**Đánh giá biến đổi hình dáng cột sống:** co cứng cơ cạnh sống, lệch vẹo cột sống từ ít đến nhiều.

**Đánh giá sự hạn chế tầm vận động của cột sống:** căn cứ vào độ giãn của cột sống thắt lưng, đánh giá bằng chỉ số Schöberg .

###### **\*\* Hội chứng rễ thần kinh**

**Dấu hiệu “chuông bấm”:** ấn vào điểm đau cạnh sống thắt lưng xuất hiện đau lan dọc xuống chân theo khu vực phân bố của rễ thần kinh tương ứng.

**Dấu hiệu Lasègue:** đây là dấu hiệu rất có giá trị đối với TVĐĐ lệch bên vùng cột sống thắt lưng, dấu hiệu Lasègue dương tính (+) là khi góc tạo bởi giữa chân đầu và mặt giường bệnh nhân nằm  $\leq 60^{\circ}$ .

**Điểm đau Valleix:** dùng ngón tay cái ấn dọc theo đường đi của dây thần kinh hông bệnh nhân thấy đau chói tại chỗ là Valleix(+).

**Dấu hiệu Wassermann (+):** khi bệnh nhân nằm sấp nâng đùi lên khỏi mặt giường, nếu bệnh nhân đau ở phía trước đùi là dấu hiệu dương tính.

**Khám rối loạn vận động:** đánh giá qua việc kiểm tra sức cơ khi có sức cản đối lực qua các động tác gấp bàn chân về phía mu chân yếu, gấp bàn chân về phía gan chân yếu, yếu duỗi cẳng chân.

**Khám rối loạn cảm giác theo dải rễ thần kinh chi phối:** chủ yếu xác định rối loạn cảm giác nông của chi dưới như giảm hoặc mất cảm giác của mặt trước đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mu chân và dị.

**Khám phản xạ gân xương:** giảm hoặc mất phản xạ gôi, gót.

**Rối loạn dinh dưỡng:** đánh giá mức độ teo, nhẽo, lạnh , tím của cơ đùi hoặc cơ bắp chân bệnh nhân.



**Rối loạn cơ tròn:** bí tiểu hoặc tiểu không tự chủ.

### 2.2.4.3. Nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ

Khảo sát hai hình ảnh: T1W, T2W trên ảnh cắt dọc và trên ảnh cắt ngang.

#### \* Trên ảnh cắt dọc

**Đánh giá dấu hiệu thoái hóa đĩa đệm và cột sống:** Giảm tín hiệu đĩa đệm thoát vị trên ảnh T2W Sagittal. Giảm chiều cao đĩa đệm. Hình ảnh thoái hóa cột sống như dây dây chằng vàng. Đánh giá các trường hợp đặc biệt: TVĐĐ Schmorl.

**Đánh giá được số tầng thoát vị:** thoát vị một tầng hay thoát vị kép liên tầng hoặc thoát vị kép cách tầng.

#### **Đánh giá mức độ của TVĐĐ dựa theo cách đánh giá của Ross J.S**

Lồi đĩa đệm: là hình ảnh đơn giản nhất của TVĐĐ. Nhân nhày dịch chuyển khỏi vị trí trung tâm, trên ảnh T2W là hình ảnh tăng tín hiệu phá vỡ vòng xơ trong, nhưng vòng xơ ngoài vẫn còn liên tục.

Bong đĩa đệm: là nhân nhày đĩa đệm đã chui qua và phá vỡ vòng xơ ngoài của vòng sợi, nhưng vẫn liên tục với phần nhân nhày còn lại. Khối thoát vị tiếp xúc với dây chằng dọc sau và có thể xuyên qua dây chằng này.

Thoát vị đĩa đệm có mảnh rời: là khối thoát vị hoàn toàn tách rời, độc lập với tổ chức đĩa đệm gốc, khối này có thể di chuyển lên trên hoặc xuống dưới hay xuyên qua màng cứng.

#### \* Trên ảnh cắt ngang

**Đánh giá hình thái TVĐĐ lệch bên trên ảnh T2W cắt ngang:** thoát vị bên, thoát vị vào lỗ ghép, thoát vị ngoài lỗ ghép, thoát vị bên phải hay bên trái.

### 2.2.5. Chỉ định

**Chỉ định tuyệt đối:** thoát vị đĩa đệm gây hội chứng đuôi ngựa không hoàn toàn, thoát vị đĩa đệm gây thiếu hụt vận động.

**Chỉ định tương đối (Điều trị bảo tồn không kết quả):** Điều trị nội khoa thất bại. Đau quá mức mà các thuốc giảm đau không có tác dụng hoặc thời gian giảm đau rất ngắn. Bệnh nhân không muốn kéo dài thời gian điều trị nội khoa mà không mang lại hiệu quả. Điều trị bằng Laser hoặc Radio thất bại.

### 2.2.6. Điều trị bằng phương pháp mổ mở kinh điển

Mở cửa sổ xương hoặc cắt cung sau.

### 2.2.7. Sự phù hợp giữa hình ảnh CHT và hình ảnh quan sát trong mổ

- Giá trị của CHT trong chẩn đoán vị trí TVĐĐ lệch bên.
- Giá trị của CHT trong chẩn đoán mức độ TVĐĐ lệch bên.
- Giá trị của CHT trong việc phát hiện dấu hiệu thoái hóa cột sống.

### 2.2.8. Tai biến và biến chứng phẫu thuật

\* **Tai biến:** rách màng cứng, cắt vào rễ thần kinh, tổn thương mạch máu và các tạng.

\* **Biến chứng:** vết mổ chậm liền hoặc nhiễm khuẩn, chân bị đau không giảm hoặc đau tăng hơn trước mổ, hội chứng đuôi ngựa sau mổ, bí tiểu, chướng bụng, đau tê chân bên đối diện, bại yếu chân.

### 2.2.9. Đánh giá kết quả sau mổ

\* **Đánh giá kết quả gần:** tốt, khá, trung bình, kém.

\* **Kết quả xa:** kết quả được chia làm bốn mức độ theo tiêu chuẩn Macnab (rất tốt, tốt, khá, xấu).

### 2.2.10. Phân tích và xử lý số liệu

Chương trình phần mềm Epiinfo 6.04 và SPSS 15.2. Đánh giá, giá trị của phương pháp CHT so với kết quả phẫu thuật thông qua các trị số: độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính

## Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nghiên cứu

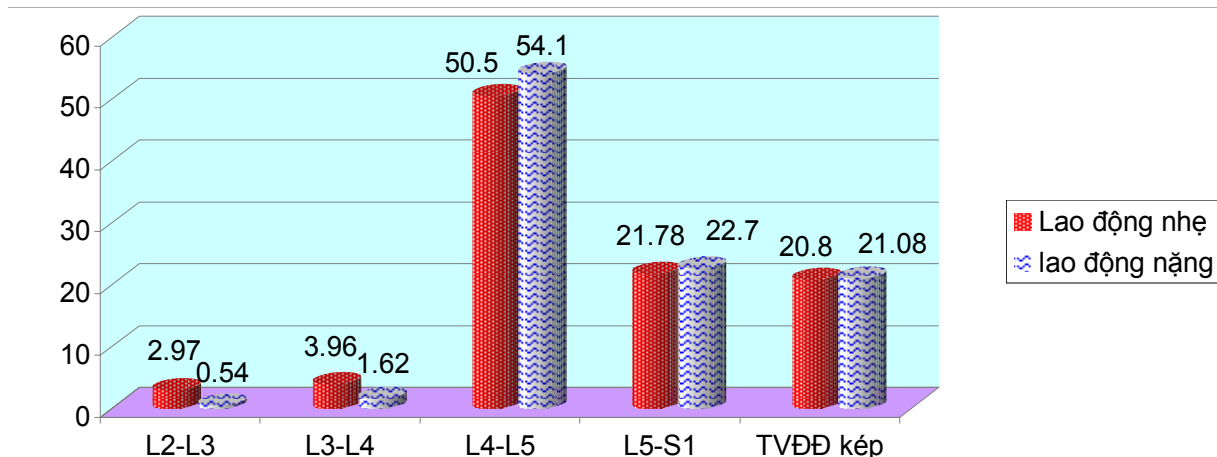
#### \* Phân bố nhóm tuổi và giới theo tầng thoát vị đĩa đệm

Độ tuổi thoát vị đĩa đệm lệch bên vùng cột sống thắt lưng gặp nhiều nhất từ 31- 50 chiếm 70,28% , lứa tuổi từ 51-60 là 14,34% và trên 60 tuổi là 5,94%. Độ tuổi trung bình  $43,0 \pm 11,0$  Tuổi cao nhất 71 và tuổi thấp nhất là 18. Trong nhóm nghiên cứu thấy nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 59,44% và 40,56%. Tỷ lệ nam / nữ = 1,36/1.

#### \* Phân bố tầng thoát vị đĩa đệm theo thời gian bị bệnh

Phần lớn bệnh nhân đến viện có thời gian bị bệnh từ tháng thứ 3 đến tháng thứ 6 chiếm 48,25%; tiếp đến là 7 đến 12 tháng ( 27,27%); trên 12 tháng (18,18%). Trung bình là  $14,3 \pm 9,1$  tháng ( từ 1 - 60 tháng).

#### \* Phân bố tầng thoát vị đĩa đệm theo nghề nghiệp



**Biểu đồ 3.1. Phân bố tầng thoát vị đĩa đệm theo nghề nghiệp**

**\* Phân bố tầng thoát vị đĩa đệm theo cách thức khởi phát bệnh**

Nghiên cứu cho thấy TVĐĐ xảy ra từ từ gặp nhiều nhất 86,4% còn TVĐĐ xảy ra đột ngột chỉ chiếm 13,6% chủ yếu ở tầng L4-L5(59%).

**3.2. Đặc điểm lâm sàng**

**3.2.1. Đặc điểm hội chứng cột sống**

**\* Dấu hiệu của hội chứng cột sống thắt lưng**

Gặp (100%) bệnh nhân đau chân theo dải rễ thần kinh chi phối, đau chân tăng khi vận động(98,25%), đau cột sống thắt lưng( 97,2%), dấu hiệu co cứng cơ cạnh sống (91,6%), cong vẹo cột sống (68,68%).

**\* Tầm vận động cột sống qua chỉ số Schöberg**

**Bảng 3.1. Đánh giá hạn chế tầm vận động cột sống qua chỉ số Schöberg**

Tầng TVĐĐ	Chỉ số Schöberg				
	10/10cm	11/10cm	12/10cm	13/10cm	≥14/10cm
L2-L3	1 (5,6)	1 (1,9)	2 (1,3)		
L3-L4	1 (5,6)	1 (1,9)	3 (2,0)	2 (3,4)	
L4-L5	10 (55,6)	23 (44,2)	86 (56,6)	27 (46,6)	5 (83,3)
L5-S1	2 (11,1)	18 (34,61)	33 (21,71)	10 (17,24)	1 (16,7)
TVĐĐ kép	4 (22,2)	9 (17,3)	28 (18,42)	19 (32,76)	
Tổng, %	18 (6,3)	52 (18,2)	152 (53,1)	58 (20,3)	6 (2,1)

Bệnh nhân có chỉ số Schöberg từ mức độ nặng đến mức độ trung bình 97,9%.

**3.2.2. Đặc điểm hội chứng rễ thần kinh**

**\* Triệu chứng căng rễ thần kinh**

Bệnh nhân có dấu hiệu Lasègue với tỷ lệ cao 98,3%, Valleix là 68,53%, dấu hiệu chuông bầm là 46,15% và 6/11 trường hợp thoát vị đĩa đệm thắt lưng cao có dấu hiệu Wassermann chiếm 2,1%.

**\* Các rối loạn chức năng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm lệch bên**

**Bảng 3.2. Các rối loạn cảm giác nông**

Dấu hiệu	Bệnh nhân	Tỷ lệ%
Giảm cảm giác mặt ngoài cẳng chân, mu chân	22	13,92
Dị cảm (tê bì )	62	21,68
Dị cảm và giảm cảm giác	50	31,64
Tổng	134	46,85

Gặp chủ yếu là dị cảm và giảm cảm giác chiếm 53,32%, giảm cảm giác mặt ngoài cẳng chân, mu chân chỉ gặp 13,92%.

**Rối loạn phản xạ:** Gặp ( 35,31%) các trường hợp bị rối loạn phản xạ. Trong đó giảm hoặc mất phản xạ gối( 8,74%), giảm hoặc mất phản xạ gót ( 23,77%), rối loạn cả phản xạ gối và gót là 2,8%.

**Rối loạn vận động:** Trong nghiên cứu gặp 21,33%. Số bệnh nhân yếu gấp mu chân hoặc yếu gấp mu ngón cái chiếm 13,29%, yếu gấp gan chân chỉ gặp 5,59%, yếu duỗi cẳng chân ít gặp nhất (1,75%).

**\* Dấu hiệu teo cơ**

**Bảng 3.3. Liên quan giữa tầng thoát vị với dấu hiệu teo cơ**

Tầng TVĐĐ	Bệnh nhân	Bệnh nhân teo cơ	Vị trí khối cơ bị teo		Tỷ lệ %
			Cơ tứ đầu	Cơ dếp	
L2-L3	4	3	3	0	75,0
L3-L4	7	3	3	0	42,9
L4-L5	151	43	0	43	28,47
L5-S1	64	12	0	12	18,75
TVĐĐ kép	60	8	1	7	13,33
Tổng	286	69	7	62	24,12

Tỷ lệ teo cơ trong nghiên cứu gặp 24,12%. Trong đó các tầng thoát vị thắt lưng cao có tỷ lệ teo cơ cao hơn các tầng thắt lưng thấp.

**\* Dấu hiệu ở bệnh nhân có hội chứng đuôi ngựa**

Trong nghiên cứu về TVĐĐ lệch bên chúng tôi gặp 4 trường hợp biểu hiện hội chứng đuôi ngựa không hoàn toàn với các biểu hiện: rối loạn cảm giác tầng sinh môn 0,7%, rối loạn cơ tròn 1,04% và rối loạn vận động 1,04%.

**\* Tiến triển của bệnh theo phân loại của Arseni K**

**Bảng 3.4. Tiến triển của bệnh thoát vị đĩa đệm theo phân loại của Arseni K**

Tiến triển	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giai đoạn 3a	22	7,7
Giai đoạn 3b	213	74,48
Giai đoạn 3c	47	16,43
Giai đoạn 4	4	1,39
Tổng	286	100

Giai đoạn 3b chiếm đa số 74,48%, tiếp đến là 3c chiếm 16,43%.

### 3.3. Hình ảnh cộng hưởng từ

Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng TVĐĐ lệch bên vùng CSTL cùng được mô tả về tầng thoát vị, hình thái, mức độ, các dấu hiệu của thoái hóa đĩa đệm và cột sống.

#### \* Bảng 3.5. Phân bố tầng thoát vị đĩa đệm

Tầng TVĐĐ		Bệnh nhân	Tỷ lệ %
L2-L3		4	1,4
L3-L4		7	2,45
L4-L5		151	52,8
L5-S1		64	22,38
TVĐĐ kép	L3-L4+L4-L5	11	3,85
	L4-L5+L5-S1	48	16,78
TVĐĐ kép cách tầng L2-L3+ L4-L5		1	0,34

Qua nghiên cứu 286 bệnh nhân, gặp TVĐĐ ở tầng L4-L5 nhiều nhất 52,8%. Chỉ có một trường hợp thoát vị kép cách tầng 0,34%.

#### \* Vị trí chèn ép của các trường hợp thoát vị đĩa đệm kép

Nghiên cứu này chúng tôi gặp 60 trường hợp TVĐĐ kép, có tới 18 trường hợp TVĐĐ kép nhưng mỗi tầng chèn ép về một bên, còn lại chèn ép cùng bên.

#### \* Bảng 3.6. Hình thái thoát vị đĩa đệm lệch bên

Hình thái	Bên phải	Bên trái	Tổng số, tỷ lệ %
TVĐĐ cạnh lỗ ghép	149(98,67)	192(98,46)	341(98,55)
TVĐĐ vào lỗ ghép	2(1,33)	3 (1,54)	5(1,45)
Tổng số	151(43,64)	195(56,36)	346(100)

Trong TVĐĐ lệch bên chủ yếu gặp thoát vị cạnh lỗ ghép chiếm tỷ lệ 98,55% còn thoát vị vào lỗ ghép rất thấp 1,45%.

#### \* Bảng 3.7. Mức độ thoát vị đĩa đệm trên cộng hưởng từ

Mức độ	Lỗi đĩa đệm	Đĩa đệm xuyên vòng sợi	Đĩa đệm có mảnh rời	Tổng số
Số bệnh nhân	78	257	11	346
Tỷ lệ %	22,54	74,28	3,18	100

Qua nghiên cứu 346 đĩa đệm trên 286 bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm thấy hình ảnh TVĐĐ xuyên vòng sợi chiếm 74,28%; lỗi đĩa đệm chiếm 22,54%.

### \* Hình ảnh thoái hóa đĩa đệm và cột sống

Gặp 100% bệnh nhân giảm tín hiệu đĩa đệm thoát vị; 97,6% giảm chiều cao đĩa đệm thoát vị; dày dây chằng vàng 48,25%; TVĐĐ Schmorl 3,2%. Bên cạnh đó còn gặp 26,6%) đĩa đệm không thoát vị cũng giảm tín hiệu.

### 3.4. Chỉ định mổ

#### \* Chỉ định mổ

Bệnh nhân đến viện được chỉ định mổ tuyệt đối là 19,23%, chỉ định mổ tương đối là 80,77%. Trong đó chỉ định mổ tuyệt đối nhiều nhất do thiếu hụt vận động 17,83% còn hội chứng đuôi ngựa không hoàn toàn chỉ gặp 1,4%. Chỉ định mổ tương đối nhiều nhất do điều trị nội khoa thất bại chiếm 60,14%, đau quá mức 12,94% và bệnh nhân muốn điều trị sớm là 7,69%.

### 3.5. Các kỹ thuật mổ và tổn thương phát hiện trong mổ

#### \* Các kỹ thuật mổ xương

**Bảng 3.8. Phân bố tầng thoát vị đĩa đệm với các kỹ thuật mổ xương**

Tầng TVĐĐ	Các kỹ thuật			
	Mở cửa sổ xương		Cắt cả cung	
	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
L2-L3	1	25	3	75
L3-L4	5	71,43	2	28,57
L4-L5	143	94,7	8	5,3
L5-S1	62	96,88	2	3,12
TVĐĐ kép	57	95	3	5
Tổng	268	93,7	18	6,3

Trong nghiên cứu áp dụng kỹ thuật mở cửa sổ xương là chính 93,7%, cắt cả cung thấp nhất 6,3%.

#### \* Nhận xét tổn thương đại thể trong mổ

Quan sát trong mổ nhận thấy rách vòng sợi 77,46%, tiếp đến dày dây chằng vàng 74,47%. Gặp 11 trường hợp đĩa đệm có mảnh rời và đĩa đệm viêm dính 7,3%.

### 3.6. Sự phù hợp giữa hình ảnh cộng hưởng từ và phẫu thuật

#### \* Giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán vị trí thoát vị lệch bên

Có 226 trường hợp được cả CHT và phẫu thuật chẩn đoán là TVĐĐ một tầng và 60 trường hợp được chẩn đoán là TVĐĐ kép. Độ nhạy của CHT đối với chẩn đoán vị trí TVĐĐ lệch bên ở vùng cột sống thắt lưng là  $226/226=100\%$ .

Độ đặc hiệu:  $60/60=100\%$ . Độ chính xác:  $100\%$ .

Giá trị dự báo dương tính:  $226/226=100\%$ .

**\*Giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán dây dây chằng vàng**

Có 123 trường hợp được cả CHT và phẫu thuật chẩn đoán là dây dây chằng vàng và 58 trường hợp được chẩn đoán là không dây dây chằng vàng. Độ nhạy của CHT đối với chẩn đoán dây dây chằng vàng ở vùng cột sống thắt lưng là  $123/213=57,75\%$ ; Độ đặc hiệu:  $58/73=79,45\%$ ; Giá trị dự báo dương tính:  $123/138=89,13\%$ ; Độ chính xác:  $123+58/286=63,29\%$

**\* Giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán mức độ thoát vị đĩa đệm lệch bên vùng thắt lưng**

**Bảng 3.9. Giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán mức độ lỗi đĩa đệm**

Hình ảnh cộng hưởng từ		Phẫu thuật		Tổng
		Có	Không	
Lỗi đĩa đệm	Có	78	0	78
	Không	1	267	268
Tổng		79	267	346

Có 78 đĩa đệm được cả CHT và phẫu thuật chẩn đoán là có lỗi đĩa đệm và 267 đĩa đệm được chẩn đoán là không có lỗi đĩa đệm. Độ nhạy của CHT đối với chẩn đoán TVĐĐ lệch bên vùng cột sống thắt lưng ở mức độ lỗi đĩa đệm là  $98,73\%$ ; Độ đặc hiệu:  $100\%$ ; Giá trị dự báo dương tính:  $100\%$ ; Độ chính xác:  $99,71\%$

**Bảng 3.10. Giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán đĩa đệm xuyên vòng sợi**

Hình ảnh cộng hưởng từ		Phẫu thuật		Tổng
		Có	Không	
Đĩa đệm xuyên vòng sợi	Có	256	1	257
	Không	0	89	89
Tổng		256	90	346

Có 256 đĩa đệm được cả CHT và phẫu thuật chẩn đoán là đĩa đệm xuyên vòng sợi và 89 đĩa đệm được chẩn đoán là không có đĩa đệm xuyên vòng sợi. Độ nhạy của CHT đối với chẩn đoán TVĐĐ lệch bên vùng cột sống thắt lưng ở mức độ đĩa đệm xuyên vòng sợi là  $256/256=100\%$ .

Độ đặc hiệu:  $89/90= 98,89\%$ .

Giá trị dự báo dương tính:  $99,61\%$ .

Độ chính xác:  $99,71\%$ .

**Bảng 3.11. Giá trị cộng hưởng từ trong chẩn đoán đĩa đệm có mảnh rời**

Hình ảnh cộng hưởng từ		Phẫu thuật		Tổng
		Có	Không	
Đĩa đệm có mảnh rời	Có	11	0	11
	Không	0	335	335
Tổng		11	335	346

Có 11 đĩa đệm được cả CHT và phẫu thuật chẩn đoán là đĩa đệm có mảnh rời và 335 đĩa đệm được chẩn đoán là không có mảnh rời. Độ nhạy của CHT đối với chẩn đoán TVĐĐ lệch bên vùng cột sống thắt lưng ở mức độ đĩa đệm có mảnh rời là 100% . Độ đặc hiệu: 100%; Giá trị dự báo dương tính: 100%

### 3.7. Tai biến và biến chứng

#### \*Tai biến của mổ mở

Chúng tôi gặp rách màng cứng 2,1%. Không gặp trường hợp nào tổn thương rễ thần kinh hoặc các tai biến khác.

#### \*Biến chứng của mổ mở

Biến chứng chúng tôi gặp chủ yếu là bí tiểu 57,69% và chướng bụng 18,88%, và gặp một trường hợp hội chứng đuôi ngựa.

### 3.8. Đánh giá kết quả sau mổ

#### 3.8.1. Kết quả sớm sau mổ

**Bảng 3.12. Kết quả phẫu thuật theo từng giai đoạn của bệnh**

Giai đoạn	Kết quả				Tổng (n,%)
	Tốt (BN,%)	Khá (BN,%)	Trung bình (BN,%)	Kém (BN,%)	
Giai đoạn 3a	5(22,73)	15(68,18)	2(9,09)		22 (7,7)
Giai đoạn 3b	51(23,94)	153(71,83)	9(4,23)	0	213(74,48)
Giai đoạn 3c	10(21,27)	30(63,83)	7(14,9)		47 (16,43)
Giai đoạn 4		1(25)	3(75)		4(1,39)
Tổng, tỷ lệ %	66 (23,08)	199(69,58)	21(7,34)	0	286

Ngay khi bệnh nhân ra viện chúng tôi thấy tỷ lệ tốt là 23,08% và khá 69,58% chủ yếu ở giai đoạn 3b, tiếp đến là giai đoạn 3a.



### 3.8.2. Kết quả xa sau mổ theo phân loại của Macnab

**Bảng 3.13. Giai đoạn của bệnh ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật**

Giai đoạn	Kết quả					
	BN nghiên cứu	BN kiểm tra	Rất tốt (n,%)(1)	Tốt (n,%)(2)	Khá (n,%)(3)	Xấu (n,%)(4)
Giai đoạn 3a(1)	22	16	9(56,25)	5(31,25)	2(12,5)	0
Giai đoạn 3b(2)	213	165	112(67,88)	47(28,48)	5(3,03)	1(0,61)
Giai đoạn 3c(3)	46	32	8 (25)	21 (65,62)	3 (9,38)	0
Giai đoạn 4(4)	5	3	0	1 (33,3)	2 (66,7)	0
Tổng, tỷ lệ%	286	216 (75,52)	129(59,72)	74(34,26)	12(5,56)	1(0,46)
P	P131=0,011; P132=0,024; P231=0,00001; P232=0,00005					

Sau một đến hai năm theo dõi kết quả rất tốt 59,72% và tốt 34,26%, khá chiếm 5,56%. Trong đó giai đoạn 3b cao nhất 67,88%, tiếp đến giai đoạn 3a đạt 56,25%, giai đoạn 4 thấp nhất. Kết quả khác nhau ở các giai đoạn bệnh lý có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.14. Đánh giá sự hồi phục của một số dấu hiệu khi khám lại**

Các dấu hiệu	Trước mổ (n)	Khám lại sau mổ (n,%)
Đau cột sống thắt lưng	198	29 (14,65)
Vẹo cột sống	152	8 (5,26)
Đau theo dải rễ thần kinh chi phối	216	26 (12,04)
Rối loạn vận động	49	6 (12,24)
Rối loạn cảm giác	124	67 (54,03)
Rối loạn cơ tròn	3	2 (66,66)

Các dấu hiệu cải thiện đáng kể, tuy còn có một số dấu hiệu phục hồi chậm như: rối loạn cảm giác, rối loạn cơ tròn.

#### \* Thời gian bị bệnh ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật

Chúng tôi thấy kết quả phẫu thuật tốt nhất ở nhóm bệnh nhân có thời gian bị bệnh từ 3 đến 6 tháng 80,77% còn trên 12 tháng có kết quả thấp nhất 30,77% có ý nghĩa với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.15. Một số dấu hiệu lâm sàng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật**

Các dấu hiệu		Kết quả				BN được kiểm tra	P
		Rất tốt	Tốt	Khá	Xấu		
Rối loạn vận động	Có	32	11	6	0	49	<0,01
	Không	103	58	5	1	167	
Rối loạn cảm giác	Có	16	41	66	1	124	
	Không	69	19	4	0	92	
Rối loạn phản xạ	Có	36	17	35	1	89	
	Không	96	22	9	0	127	
Rối loạn cơ tròn	Có	0	1	2	0	3	
	Không	145	58	9	1	213	

Ảnh hưởng của các dấu hiệu lâm sàng đến kết quả phẫu thuật khác nhau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

## Chương 4: BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

#### 4.1.1. Tuổi và giới

Qua nghiên chúng tôi thấy nhóm tuổi mắc nhiều nhất từ 31 đến 50 tuổi chiếm 70,28%. Tuổi trung bình  $43,0 \pm 11,0$  trong đó tuổi cao nhất là 71 tuổi và thấp nhất là 18 tuổi. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Bùi Quang Tuyên (2007) với độ tuổi từ 25-54 chiếm 77,7%, của Mirzai H.(2007) tuổi trung bình là  $44,8 \pm 8,6$ , của Epstein N.E.(1995) là 55 tuổi. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấy sự phân bố tầng TVĐĐ khác nhau theo độ tuổi, cụ thể đối với TVĐĐ thất lưng cao gặp 11 trường hợp trong đó độ tuổi từ 50 trở lên chiếm 9 trường hợp, còn TVĐĐ thất lưng thấp gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 20 đến 50 tuổi.

Để giải thích tại sao TVĐĐ thường xảy ra ở các vị trí khác nhau tùy theo lứa tuổi như đã mô tả, thì hầu hết các tác giả đều thống nhất TVĐĐ có liên quan đến lứa tuổi. Ngay từ năm 1920, nhà giải phẫu bệnh người Đức là Schmorl đã nhận thấy đĩa đệm bị thoái hóa chủ yếu là do mất nước, mà lượng nước ở các vòng sụn là 80%, ở nhân nhày là 90% đối với những người trẻ, khi bước sang độ tuổi 40 trở lên lượng nước trong nhân nhày giảm còn 70% đến 75%.

TVĐĐ cột sống thất lưng thường gặp cả nam và nữ, trong nghiên cứu tỷ lệ ở nam là 59,44%, nữ là 40,56% và tỷ lệ nam/nữ là 1,36/1. Nghiên cứu của Trần Trung (2008) tỷ lệ này là 1,183/1.

### 4.1.2. Thời gian bị bệnh

Trong nghiên cứu thời gian bị bệnh trung bình là  $14,3 \pm 9,1$  tháng, khoảng thời gian sớm nhất là 1 tháng và lâu nhất là 60 tháng. Thời gian bị bệnh tập trung từ tháng thứ 3 đến tháng thứ 6 là cao nhất chiếm 48,25%. Tuy nhiên cũng gặp 18,18% trường hợp bị bệnh kéo dài trên 12 tháng. Khi nghiên cứu ảnh hưởng của thời gian bị bệnh tới kết quả phẫu thuật, chúng tôi thấy rằng: các trường hợp có thời gian bị bệnh từ 3 đến 6 tháng có kết quả phẫu thuật tốt hơn các trường hợp có thời gian bị bệnh kéo dài, đặc biệt các trường hợp có thời gian bị bệnh trên 12 tháng có ý nghĩa với  $p < 0,001$ .

### 4.1.3. Nghề nghiệp và cách thức khởi phát bệnh

Nghiên cứu này chúng tôi gặp TVĐĐ lệch bên vùng CSTL - cùng ở nhóm lao động nặng là 64,69%, còn ở nhóm lao động nhẹ là 35,31%, trong đó những bệnh nhân bị TVĐĐ ở tầng L4-L5 và L5-S1 chủ yếu do lao động nặng. Tuy nhiên bệnh có thể gặp ở tất cả các đối tượng lao động, nhưng nguy cơ cao ở những bệnh nhân lao động chân tay. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Porchet F.(1999).

Nói về cách thức khởi phát bệnh đại đa số các tác giả cho rằng TVĐĐ xảy ra khi đã có thoái hóa cột sống trước đó. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gặp TVĐĐ khởi phát một cách từ từ chiếm đa số 86,4%, trong khi đó khởi phát đột ngột chỉ chiếm 13,6% trường hợp. Tuy nhiên, các trường hợp TVĐĐ xảy ra đột ngột thường gặp ở tầng đĩa đệm L4 - L5 và L5 - S1 chiếm 79,5%. Điều này có thể được giải thích là do hai tầng đĩa đệm này nằm ở vùng bản lề của cột sống, nên mức độ thoái hóa là lớn nhất và thường xuyên chịu áp lực trọng tải cao nhất.

## 4.2. Đặc điểm lâm sàng

### 4.2.1. Triệu chứng đau

Thường bắt đầu bằng dấu hiệu đau thắt lưng đơn thuần, sau đó đau lan theo đường đi của rễ thần kinh là biểu hiện lâm sàng sớm nhất và thường gặp nhất của bệnh nhân bị TVĐĐ lệch bên. Nghiên cứu về triệu chứng đau CSTL các tác giả có kết quả như sau: Vũ Hùng Liên (1992) là 100%, Porchet F.(1999) là 99,5%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự 100% có biểu hiện đau chân theo dải rễ thần kinh, 97,2% bệnh nhân đau CSTL, 98,25% là đau chân tăng khi vận động. Khi đau làm cơ cạnh sống co cứng mất sự linh động, dẫn tới hạn chế các động tác của người bệnh như: cúi, uốn, xoay người... Trong đó động tác cúi gập người về phía trước được biểu hiện rõ nhất qua việc đánh giá chỉ số Schöberg, tỷ lệ này là 97,9%.

#### 4.2.2. Các triệu chứng căng rễ thần kinh

Dấu hiệu Lasègue(+) ở góc  $\leq 60^\circ$  chúng tôi gặp 98.3%. Nghiên cứu của Johnson B.(1999) là 86%, Bùi Quang Tuyền (2007) là 80,33%. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 6/11 trường hợp TVĐĐ thắt lưng cao có dấu hiệu Wassermann dương tính chiếm 54,54%. Theo nghiên cứu của Lee S.H.(2005) tỷ lệ dấu hiệu Wassermann dương tính cao ở tầng TVĐĐ L1-L2 là 64,7% và Porcher F.(1994) báo cáo tỷ lệ dấu hiệu Wassermann dương tính là 84,4%. Ngoài ra điểm đau Valleix là điểm xuất chiếu của rễ thần kinh bị chèn ép chúng tôi gặp 68,53%.

#### 4.2.3. Rối loạn cảm giác

Căn cứ vào vùng rối loạn cảm giác phân bố theo giải phẫu ta có thể biết được rễ thần kinh nào bị chèn ép. Nghiên cứu về rối loạn cảm giác các tác giả có kết quả như sau: Porchet F.(1999) là 59%, Davis RA.(1994) là 38%. Chúng tôi gặp rối loạn cảm giác 46,85% ở các mức độ khác nhau. Trong đó dị cảm gặp nhiều nhất 53,32%. Đây cũng là triệu chứng thường xuất hiện cùng với triệu chứng đau, tiếp đến là dấu hiệu dị cảm kết hợp với giảm cảm giác gặp 31,64%.

#### 4.2.4. Rối loạn phản xạ gân xương

Chúng tôi nghiên cứu trên 286 bệnh nhân thấy có 8,74% là giảm phản xạ gân bánh chè và 23,77% giảm phản xạ gân gót. Trên lâm sàng ở những bệnh nhân có thoái hóa cột sống và thoái hóa đĩa đệm nhiều mức thì việc xác định đĩa đệm nào thoát vị là nguyên nhân chính gây đau kiểu rễ nhiều lúc gặp khó khăn.

#### 4.2.5. Rối loạn vận động

Rối loạn vận động là do yếu hoặc liệt các nhóm cơ mà rễ thần kinh chi phối bị chèn ép. Nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào bị liệt hoàn toàn, chỉ gặp động tác yếu gấp mu chân là 13,29% và yếu gấp gan chân 5,59%. Đây là yếu tố tiên lượng vì sau phẫu thuật bệnh nhân chưa tự đứng dậy và đi lại ngay mà cần có thời gian để phục hồi. Triệu chứng yếu sức cơ tứ đầu đùi biểu hiện bằng động tác yếu duỗi cẳng chân chỉ gặp 1,75%. Triệu chứng này ở một số bệnh nhân có biểu hiện sớm và kín đáo nếu như không có sự thăm khám và đánh giá kỹ lưỡng.

#### 4.2.6. Teo cơ

Teo cơ do nhiều nguyên nhân gây nên như: đau hạn chế vận động dẫn đến teo cơ, bại liệt dẫn đến teo cơ và thường gặp ở những bệnh nhân diễn biến kéo dài, là tổn thương khó hồi phục. Theo Vũ Hùng Liên (1992) gặp 66,33% bệnh nhân bị teo cơ, nghiên cứu của chúng tôi gặp 24,12%.

#### **4.2.7. Hội chứng đuôi ngựa**

Hội chứng đuôi ngựa có nhiều nguyên nhân như: chấn thương cột sống, do u rễ thần kinh, do hẹp ống sống và cũng có thể do biến chứng sau mổ đĩa đệm hoặc do TVĐĐ gây nên. Nghiên cứu của Shapiro S.(2000) chỉ gặp 1%, chúng tôi gặp hội chứng đuôi ngựa do TVĐĐ là 1,4% trong đó cả bốn trường hợp đều là hội chứng đuôi ngựa không hoàn toàn. Ngoài ra Henriques T.(2001) và Jensen R.L.(2004) đều có cùng nhận xét: đối với bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng đuôi ngựa cần được chẩn đoán và phẫu thuật sớm, tốt nhất trong vòng 24-48 giờ kể từ khi có biểu hiện của hội chứng đuôi ngựa.

### **4.3. Hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm**

#### **4.3.1. Phân bố tầng thoát vị đĩa đệm lệch bên trên ảnh cộng hưởng từ**

Chúng tôi tiến hành chụp phim cộng hưởng từ cho 100% các trường hợp, căn cứ vào kết quả đọc phim CHT của các bác sỹ chẩn đoán hình ảnh, chúng tôi thấy TVĐĐ một tầng gặp nhiều nhất chiếm 79,03%, TVĐĐ kép gặp ít hơn chiếm 20,97%. Vị trí hay gặp nhất là tầng L4-L5 chiếm 52,8%, tiếp đến là tầng L5-S1 chiếm 22,38%, càng lên cao tỷ lệ thoát vị càng giảm. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 60 trường hợp TVĐĐ kép chiếm 20,97%, trong đó có 18 trường hợp TVĐĐ kép lệch bên nhau tức là mỗi đĩa đệm chèn ép về một bên.

#### **4.3.2. Phân loại hình thái thoát vị đĩa đệm lệch bên**

TVĐĐ lệch bên gặp chủ yếu là TVĐĐ cạnh lỗ ghép chiếm 98,55%, còn TVĐĐ vào lỗ ghép là 1,45% không gặp trường hợp nào thoát vị ngoài lỗ ghép. Trong đó thoát vị lệch bên trái là 56,36%, lệch bên phải là 43,64%. Nghiên cứu của Vroomen (2000) trên 274 trường hợp TVĐĐ thắt lưng thấy có 15 trường hợp vào lỗ ghép chiếm 5,47%.

#### **4.3.3. Mức độ thoát vị đĩa đệm trên ảnh cộng hưởng từ**

Qua nghiên cứu 286 bệnh nhân bị TVĐĐ lệch bên trên 346 đĩa đệm thoát vị chúng tôi thấy: TVĐĐ xuyên vòng sợi gặp chủ yếu chiếm 74,28% các mức độ nặng của TVĐĐ như mảnh đĩa đệm tự do chỉ gặp 3,18%, tuy nhiên vẫn còn nhiều bệnh nhân bị TVĐĐ ở mức độ lõi đĩa đệm cũng được phẫu thuật chiếm 22,54%.

Theo nghiên cứu của Trần Trung (2008) trên 100 bệnh nhân TVĐĐ có tới 41,7% ở mức độ bong đĩa đệm, 33,8% ở mức độ lõi đĩa đệm và 24,5% ở mức độ nặng như TVĐĐ có mảnh tự do. Cách phân loại này có ưu điểm là mô tả được bản chất của TVĐĐ ở cả hai thành phần nhân nhày và vòng xơ.

#### **4.3.4. Thoái hóa đĩa đệm cột sống thắt lưng trên ảnh cộng hưởng từ**

CHT là phương pháp duy nhất đánh giá được một cách đầy đủ các dấu hiệu của bệnh. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi gặp 100% các trường hợp đĩa đệm có hình ảnh giảm tín hiệu trên ảnh T2W cắt dọc. Dấu hiệu giảm chiều cao của đĩa đệm gặp 97,6%, ngoài ra còn gặp 26,6% trường hợp giảm tín hiệu đĩa đệm không thoát vị.

Bên cạnh đó các dấu hiệu thoái hóa cột sống như: mô xương thân đốt sống, thoái hóa phì đại mỏ khớp, dây dây chằng vàng có giá trị trong chẩn đoán sớm TVĐĐ, thể hiện bằng hình ảnh biến đổi tín hiệu bản xương thân đốt sống sát đĩa đệm. Tỷ lệ gặp trong nhóm nghiên cứu đối với dấu hiệu dày dây chằng vàng là 48,25%.

#### **4.4. Giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm lệch bên vùng cột sống thắt lưng cùng**

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành đối chiếu kết quả chẩn đoán thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp chụp cộng hưởng từ với kết quả phẫu thuật ở một số dấu hiệu chính thông qua tính độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị dự báo dương tính nhằm đánh giá, giá trị của phương pháp này trong việc chẩn đoán bệnh thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, các dấu hiệu có độ nhạy cao trên ảnh CHT là: giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán vị trí thoát vị đĩa đệm lệch bên với độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu là 100%, giá trị dự báo dương tính là 100%; giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán mức độ thoát vị đĩa đệm lệch bên có độ nhạy từ 98,73% đến 100% tùy từng dấu hiệu như: lồi đĩa đệm, thoát vị đĩa đệm xuyên vòng sợi hay thoát vị đĩa đệm có mảnh rời. Riêng đối với dấu hiệu dày dây chằng vàng cộng hưởng từ có giá trị chẩn đoán không cao với độ nhạy thấp 57,75% và độ chính xác 63,29%.

Như vậy có thể nói hình ảnh CHT còn cho biết khá chi tiết về đặc điểm của đĩa đệm như: chiều cao của đĩa đệm bị thoát vị so với chiều cao của đĩa đệm không thoát vị ở ngay phía trên và phía dưới; mức độ thoái hóa của đĩa đệm, có thể có nhiều đĩa đệm bị thoái hóa nhưng chỉ có một đĩa đệm bị thoát vị; cho biết số tầng đĩa đệm thoát vị có một hoặc nhiều tầng thoát vị, đây là ưu việt của phương pháp chụp CHT mà các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng khác có thể không phát hiện được. Từ đó chúng ta lựa chọn được các phương pháp điều trị phù hợp nhất đối với từng bệnh nhân.

## **4.5. Điều trị ngoại khoa**

### **4.5.1. Chỉ định điều trị phẫu thuật**

Về chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp TVĐĐ nói chung cũng như TVĐĐ lệch bên luôn là vấn đề thời sự. Theo y văn và hầu hết các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng điều trị TVĐĐ cột sống thắt lưng phải bắt đầu bằng điều trị nội khoa một cách cơ bản và hệ thống. Những bệnh nhân phải điều trị ngoại khoa là bệnh nhân có triệu chứng nặng lên không đáp ứng với điều trị nội khoa, bị chèn ép cấp tính hoặc đã ở giai đoạn mất bù thì mới đặt ra chỉ định can thiệp ngoại khoa. Nghiên cứu 286 bệnh nhân có 19,23% được chỉ định mổ tuyệt đối. Còn lại 80,77% có chỉ định mổ tương đối như: điều trị nội khoa thất bại 60,14%, đau quá mức 12,94% và bệnh nhân không muốn điều trị nội khoa kéo dài 7,69%. Và theo phân loại tiến triển bệnh lý của Arseni thì bệnh nhân được phẫu thuật chủ yếu ở giai đoạn 3b và 3c tương ứng với chỉ định tương đối của chúng tôi là điều trị nội khoa thất bại, đau quá mức. Giai đoạn 3a tương ứng với chỉ định tương đối là bệnh nhân không muốn điều trị nội khoa kéo dài còn giai đoạn 4 tương ứng với chỉ định tuyệt đối là bệnh nhân có thiếu hụt vận động hay có biểu hiện của hội chứng đuôi ngựa.

### **4.5.2. Phương pháp vô cảm**

Để phẫu thuật thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng có thể áp dụng các phương pháp vô cảm như: mê nội khí quản, gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng. Nhưng mỗi phương pháp đều có những nhược điểm riêng. Chúng tôi áp dụng gây tê tủy sống bằng Marcain Heavy 0,5% với liều 0,2-0,3mg/kg cân nặng. Với kỹ thuật đơn giản đó là chọc kim vào khoang dưới nhện ở vị trí khe liên đốt L3-L4 trở xuống tùy theo tầng thoát vị đĩa đệm, có trường hợp phải chọc ở khe L2-L3 để mổ TVĐĐ thắt lưng cao. Ngoài ra bệnh nhân còn có thể hợp tác với phẫu thuật viên trong khi mổ, nhất là trong các thì vén rễ để lấy đĩa đệm.

### **4.5.3. Kỹ thuật mổ mở**

Hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam áp dụng chủ yếu đường mổ phía sau với ba kỹ thuật: cắt hoàn toàn cung sau, cắt nửa cung sau và mở cửa sổ xương. Trong nghiên cứu chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật cắt hoàn toàn cung sau và mở cửa sổ xương, tùy từng bệnh cảnh lâm sàng của bệnh nhân. Nhưng chủ yếu là áp dụng kỹ thuật mở cửa sổ xương chiếm 93,7% cho các bệnh nhân TVĐĐ lệch bên đơn thuần như: TVĐĐ lỗ ghép, cạnh lỗ ghép với biểu hiện lâm sàng chỉ đau một chân. Chỉ có 6,3% số trường hợp áp dụng cắt cả cung sau cho

những bệnh nhân TVĐĐ thất lưng cao, TVĐĐ có hội chứng đuôi ngựa không hoàn toàn, TVĐĐ đã có biểu hiện liệt chân, TVĐĐ có mảnh rời hoặc di trú, các trường hợp mở cửa sổ xương lấy đĩa đệm khó khăn có nguy cơ tổn thương rễ và để đảm bảo an toàn phục hồi tốt sau mổ, chúng tôi phải chuyển sang cắt cả cung. Việc mở xương phải bảo đảm nguyên tắc không làm mất vững cột sống, đặc biệt cần tôn trọng sự toàn vẹn của máu khớp và phân liên máu khớp.

#### **4.5.4. Tổn thương đại thể phát hiện trong mổ**

Theo nghiên cứu của chúng tôi tổn thương đại thể được quan sát trong khi phẫu thuật gặp chủ yếu là rách vòng sợi là 77,46% tiếp đến là dày dây chằng vàng 74,47%. Bên cạnh đó dấu hiệu viêm dính đĩa đệm gặp 7,3%.

#### **4.6. Một số tai biến và biến chứng do phẫu thuật**

##### **\* Tai biến**

Chúng tôi gặp tai biến trong mổ như rách màng cứng là 2,1% trong đó ba trường hợp rách ở tầng L4-L5, hai trường hợp rách ở tầng L5-S1 và một trường hợp rách ở tầng L2-L3.

##### **\* Biến chứng**

Chúng tôi gặp 54 trường hợp chướng bụng xuất hiện vào ngày thứ hai sau mổ chiếm 18,18%, bí tiểu gặp 57,69% là biến chứng sớm, nguyên nhân có thể do ảnh hưởng thuốc tê tủy sống, do tư thế hoặc do lứa tuổi. Nhiễm khuẩn vết mổ là biến chứng thường xuất hiện sớm và đáng sợ bởi nó làm tăng cả chi phí điều trị lẫn thời gian nằm viện. Chúng tôi gặp 1,04% trường hợp bị nhiễm khuẩn vết mổ, nhưng đều là các trường hợp nhiễm khuẩn bề mặt, chưa có mủ mà chỉ là dịch rỉ viêm, được cắt chỉ và chăm sóc tại chỗ là khỏi. Ngoài ra còn gặp 1,4% đau tê chân đối diện, đau tê chân tăng hơn trước mổ gặp 0,34% đây là triệu chứng làm người bệnh lo lắng nhất, nguyên nhân là do quá trình vén rễ lấy đĩa đệm đã làm đụng dập vào rễ thần kinh hoặc làm xung huyết các tĩnh mạch gây nên phù nề tại chỗ từ đó dẫn đến thiếu máu nuôi các rễ thần kinh.

#### **4.7. Kết quả phẫu thuật**

##### **4.7.1. Kết quả sớm sau mổ**

Được đánh giá ngay khi bệnh nhân xuất viện. Kết quả phẫu thuật ở mức tốt 23,08%, khá 69,58%, trung bình 7.34%, không gặp trường hợp nào có kết quả kém. Nghiên cứu của Porchet F.(1999) kết quả rất tốt là 31%, tốt 42%, khá 20% và kém là 7%. Kết quả này nhiều khi chưa phản ánh được hết hiệu quả của quá trình điều trị, thường phải căn cứ vào kết quả xa sau mổ.



#### 4.7.2. Kết quả xa sau phẫu thuật

Kết quả xa sau phẫu thuật được chúng tôi phân loại theo tiêu chuẩn của Macnab. Trong tổng số 286 bệnh nhân mổ TVĐĐ lệch bên vùng cột sống thắt lưng thì số được khám lại sau một đến hai năm là 216 bệnh nhân chiếm 75,52%. Kết quả sau mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố, chúng tôi nêu lên một số yếu tố chính như sau:

##### \* *Tiến triển của bệnh*

Chúng tôi có được kết quả như sau: rất tốt là 59,72%, tốt 34,26%, khá 5,56%, xấu 0,46%. Như vậy nếu tính chung cả hai loại rất tốt và tốt chúng tôi đạt 93,98%, các trường hợp này đều trở lại được với cuộc sống sinh hoạt và công việc hàng ngày. Kết quả phẫu thuật cũng phụ thuộc rất nhiều vào việc chỉ định phẫu thuật ở các giai đoạn bệnh lý nào của bệnh. Nếu tính riêng từng giai đoạn bệnh lý thì kết quả rất tốt và tốt ở giai đoạn 3a là 87,5%, giai đoạn 3b là 96,36%, giai đoạn 3c là 90,62% và giai đoạn 4 là 33,33%. Kết quả phẫu thuật ở các giai đoạn tiến triển bệnh lý là khác nhau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và  $p < 0,001$ .

##### \* *Kỹ thuật mổ xương và thời gian bị bệnh*

Chúng tôi cũng nhận thấy các phương pháp mổ xương có ảnh hưởng tới kết quả sau mổ. Phương pháp mổ cửa sổ xương cho kết quả khả quan nhất (rất tốt 62,63%; tốt 34,85%; khá 2,02% và xấu 0,5%), phương pháp cắt cung sau cho kết quả kém hơn (rất tốt 22,22%; tốt 27,78%; khá 50%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Ngoài ra kết quả phẫu thuật cũng phụ thuộc vào thời gian bị bệnh kéo dài hay ngắn. Những bệnh nhân có thời gian bị bệnh từ 3 đến 6 tháng có kết quả sau mổ tốt nhất (rất tốt 80,77%; tốt 14,42%; khá 3,85% và xấu 0,96%), bệnh nhân bị bệnh kéo dài trên 12 tháng có kết quả sau mổ thấp nhất (rất tốt 30,77%; tốt 61,54%; khá 7,69%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

##### \* *Một số dấu hiệu lâm sàng ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật*

Chúng tôi thấy rằng sự khác biệt kết quả phẫu thuật giữa các nhóm có biểu hiện tổn thương rễ và nhóm không có biểu hiện tổn thương rễ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Nếu tính riêng từng dấu hiệu thì chúng tôi thấy sau 12 đến 18 tháng khả năng phục hồi dấu hiệu rối loạn cơ tròn là kém nhất, sau đến rối loạn cảm giác. Trong khi đó dấu hiệu rối loạn vận động và vẹo cột sống phục hồi tốt hơn. Điều này cũng phù hợp bởi khi rễ thần kinh bị chèn ép thì các dấu hiệu rối loạn cảm giác và rối loạn phản xạ bao giờ cũng xuất hiện sớm. Trong khi đó dấu

hiệu rối loạn vận động xuất hiện muộn hơn, như thế có nghĩa là rễ đã bị chèn ép lâu hơn nên khi giải quyết được nguyên nhân chèn ép rễ thần kinh thì các dấu hiệu này cũng chưa thể phục hồi hoàn toàn ngay được.

#### **4.7.3. Vấn đề mổ lại sau mổ thoát vị đĩa đệm thắt lưng**

Phẫu thuật lại sau mổ đĩa đệm thắt lưng bao gồm TVĐĐ tái phát, sẹo dính sau mổ, hội chứng đuôi ngựa. Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ gặp một trường hợp mổ lại do viêm dính, không gặp trường hợp nào do TVĐĐ tái phát, có thể do bệnh nhân không có điều kiện kiểm tra lại vì giá thành chụp CHT còn quá cao với người dân Việt Nam hoặc do thời gian theo dõi còn ngắn. Theo Swartz cho rằng việc đọc phim CHT sau mổ ở giai đoạn sớm là rất khó do việc phân biệt các hình ảnh bệnh lý với hình ảnh bình thường của quá trình tái tạo tại vùng mổ.

## **KẾT LUẬN**

### **1. Về đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ**

#### **1.1. Lâm sàng**

Thoát vị đĩa đệm lệch bên vùng cột sống thắt lưng-cùng hay gặp ở lứa tuổi từ 31 đến 50 tuổi chiếm 70,28%. Độ tuổi trung bình  $43 \pm 11$  tuổi. Tầng thoát vị L4-L5 gặp nhiều nhất chiếm 52,8%. Triệu chứng đau chân theo dải rễ thần kinh chi phối 100%, đau cột sống thắt lưng 97,2% trường hợp, đau tăng khi vận động 98,25%. Cơ cơ cạnh sống gặp 91,6%, cong vẹo cột sống 68,68%. Hạn chế tầm vận động cột sống qua chỉ số Schöberg chiếm 97,9%. Rối loạn cảm giác vùng rễ thần kinh chi phối chiếm 46,85%, giảm phản xạ gót 23,77%, yếu gấp mu chân và gấp ngón cái 13,29%, dấu hiệu Lasègue dương tính với góc  $\leq 60^\circ$  gặp 98,3%, teo cơ gấp 24,12%, hội chứng đuôi ngựa 1,4%.

#### **1.2. Hình ảnh cộng hưởng từ**

Hình ảnh CHT xét theo tầng thoát vị gặp đa số là TVĐĐ một tầng chiếm 79,03%, thoát vị kép 20,97% trong đó có 6,29% thoát vị kép lệch bên nhau. Hình thái TVĐĐ cạnh lỗ ghép trên CHT chiếm 98,55%, TVĐĐ vào lỗ ghép rất thấp 1,45% không gặp trường hợp nào thoát vị ngoài lỗ ghép. Hình ảnh CHT xét theo mức độ thoát vị: TVĐĐ xuyên vòng sợi có tỷ lệ cao nhất 74,28%, tiếp đến lõi đĩa đệm 22,54%, mức độ TVĐĐ có mảnh rời có tỷ lệ thấp 3,18%. Hình ảnh thoái hóa đĩa đệm như: giảm tín hiệu đĩa đệm thoát vị 100%, giảm chiều cao đĩa đệm thoát vị 97,6%. Các dấu hiệu thoái hóa cột sống kèm theo TVĐĐ như: mô xương thân đốt sống 67,13%, dày dây chằng vàng là 48,25%. Giá trị chẩn đoán CHT đối với chẩn

đoán vị trí TVĐĐ lệch bên vùng CSTL rất cao với độ chính xác 100%. Giá trị CHT trong chẩn đoán mức độ TVĐĐ lệch bên có độ nhạy từ 98,73% đến 100%, nhưng đối với dấu hiệu dày dây chằng vàng độ nhạy thấp 57,75%.

## **2. Kết quả phẫu thuật và một số kinh nghiệm**

### **2.1. Kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm lệch bên vùng cột sống thắt lưng cùng bằng phương pháp mổ mở**

Mở cửa sổ xương lấy đĩa đệm chiếm ưu thế nhất 93,7%, chỉ có 6,3% trường hợp cắt cả cung sau để lấy đĩa đệm. Kết quả sớm sau mổ đạt được ở mức tốt và khá là 92,66%, trung bình 7,34%. Kết quả xa sau mổ theo tiêu chuẩn Macnab là: 216/286 bệnh nhân chiếm 75,52%. Trong đó kết quả rất tốt 59,72% và tốt là 34,26%, khá 5,56%, xấu 0,46%. Tai biến và biến chứng: rách màng cứng 2,1%, chướng bụng 18,88%, đau tê chân tăng 0,34% và hội chứng đuôi ngựa sau mổ là 0,34%.

### **2.2. Một số kinh nghiệm nâng cao chất lượng điều trị phẫu thuật mổ**

- Về chỉ định mổ: nên mổ đúng chỉ định, đúng giai đoạn của bệnh, đúng thể bệnh nhưng cũng không nên lạm dụng phẫu thuật. Nên mổ ở giai đoạn 3b theo phân loại tiến triển bệnh của Arseni, không nên để bệnh kéo dài sang giai đoạn 4 vì cho kết quả kém.

- Về kỹ thuật mổ: phải chọn phương pháp mổ phù hợp với từng bệnh nhân và từng giai đoạn bệnh, đối với TVĐĐ lệch bên mổ cửa sổ xương là kỹ thuật chủ yếu.

- Về đề phòng tai biến và biến chứng: đối với mổ mở kỹ thuật lấy đĩa đệm phải nhẹ nhàng, cầm máu kỹ hoặc phải ghép mỡ ngoài màng cứng trước khi đóng vết mổ và trang thiết bị phải đồng bộ. Sau mổ cần tập luyện cột sống thường xuyên, đây là biện pháp điều trị hữu hiệu nhất để hạn chế tái phát đau, hạn chế thoái hóa dẫn đến thoát vị tái phát hoặc thoát vị ở tầng đĩa đệm khác.

- Chẩn đoán quyết định phải dựa vào cộng hưởng từ và triệu chứng lâm sàng.