

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

LÊ TRỌNG SANH

**NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
PHẪU THUẬT THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ BẰNG
ĐƯỜNG CỔ TRƯỚC BÊN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC**

CHUYÊN NGÀNH : NGOẠI - THẦN KINH SỌ NÃO

MÃ SỐ : 62.72.07.20

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2010

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI:
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Người hướng dẫn khoa học:

GS. DƯƠNG CHẠM UYÊN

Phản biện 1: PGS.TS. Nguyễn Quang Bài

Phản biện 2: GS.TS. Lê Đức Hình

Phản biện 3: GS.TS. Hoàng Đức Kiệt

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng chấm Luận án cấp Nhà nước
hợp tại Trường Đại học Y Hà Nội.

Vào hồi 14 giờ ngày 27 tháng 9 năm 2010.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Trường Đại học Y Hà Nội
- Viện Thông tin – Thư viện Y học Trung ương

CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Lê Trọng Sanh, Dương Chạm Uyên** (2008), "Các thể lâm sàng của thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đối chiếu với hình ảnh cộng hưởng từ", *Tạp san Ngoại khoa*, Số 4, tr. 1-6.
2. **Lê Trọng Sanh, Dương Chạm Uyên, Hà Kim Trung** (2008), "Nghiên cứu kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng kính vi phẫu". *Tạp san Ngoại khoa*, Số 5, tr. 25 - 31.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (TVĐĐCSC) là một bệnh lý thường gặp, đôi khi chẩn đoán khó khăn. Từ những năm 1980 đến nay, nhờ khoa học tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính, đặc biệt chụp cộng hưởng từ, bệnh nhân ngày càng được phát hiện thoát vị đĩa đệm đốt sống cổ nhiều hơn. Kobubun (1996) đã nghiên cứu dịch tễ với số dân 2,26 triệu người, tỉ lệ bệnh nhân phải mổ do thoát vị đĩa đệm cột sống cổ hằng năm là 1,54/100.000 dân. Ở Việt Nam, chỉ trong 2 năm từ khi có chụp cộng hưởng từ, Hoàng Đức Kiệt (1994) đã thông báo 90 trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Ở Việt Nam, từ thập niên 90, tại các trung tâm phẫu thuật thần kinh, chấn thương chỉnh hình đã mổ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ có sự hỗ trợ của kính vi phẫu và theo kỹ thuật của Smith-Robinson, cho thấy kết quả khả quan. Trên cơ sở đó tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng đường mổ cổ trước bên tại Bệnh viện Việt Đức”** nhằm các mục tiêu sau:

1. *Mô tả các triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật qua đường mổ cổ trước bên có hỗ trợ kính vi phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức.*

Điểm mới của luận án:

+/ Nghiên cứu thang điểm TANAKA áp dụng trong bệnh lý rễ thần kinh cổ và thang điểm JOA cải tiến áp dụng trong bệnh lý tủy, rễ-tủy thần kinh cổ trước, sau mổ và tính tỉ lệ phục hồi.

+/ Nghiên cứu các vật liệu thay thế đĩa đệm, trong hàn xương liên thân đốt.

+/ Áp dụng phương pháp Smith-Robinson trong việc giải ép thoát vị đĩa đệm cột sống cổ với sự hỗ trợ của kính vi phẫu thuật.

Bố cục luận án.

Luận án có 114 trang gồm: Mở đầu (2 trang), chương 1: Tổng quan (38 trang), chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (15 trang), chương 3: Kết quả nghiên cứu (30 trang), chương 4: Bàn luận (26 trang), kết luận (2 trang), đề nghị (1 trang).

Trong luận án có: 39 bảng, 9 biểu đồ, 42 hình.

Luận án có 145 tài liệu tham khảo, trong đó 28 tiếng Việt, 117 tiếng Anh.

CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN

1.1. Lịch sử nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam

Năm 1927, Gutzeit là một tác giả người Đức lần đầu tiên mô tả bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Robinson và Smith (1955) phẫu thuật đĩa đệm bằng lối trước. Radharkrishman (1994) nghiên cứu dịch tễ học của hội chứng chèn ép rễ, tủy cổ. Năm 1980, máy chụp cộng hưởng từ ra đời giúp chẩn đoán chính xác thoát vị đĩa đệm. Hiện nay các trung tâm phẫu thuật lớn áp dụng giải ép thần kinh theo phương pháp Smith-Robinson có hỗ trợ kính vi phẫu.

1.2. Giải phẫu: Đĩa đệm hình thấu kính lồi nằm trong khoang gian đốt sống có nhân nằm ở giữa xung quanh là vòng sợi.

1.3. Phân loại và hội chứng lâm sàng: Thoát vị đĩa đệm là nhân thoát theo đường vành thứ bị rách vào ống sống có thể chèn ép rễ, tủy, hoặc cả hai. Dựa vào hình ảnh cộng hưởng từ phân thoát vị ra làm 3 dạng: Dạng trung tâm, Dạng cạnh bên, Dạng bên có thể có hội chứng tương ứng hội chứng chèn ép - Tủy: Yếu vận động hay vận động không hiệu quả có thể xảy ra ở chi trên hay chi dưới.

- Rễ: Thường đi kèm với triệu chứng đau. Bệnh nhân có cảm giác tê bì hoặc kiến bò ở quanh da của rễ bị chèn ép.

- Tủy-Rễ: Thường thể hiện các triệu chứng tủy rõ hơn triệu chứng rễ. Các rối loạn về vận động và phản xạ rõ hơn các rối loạn về cảm giác.

1.4. Chẩn đoán hình ảnh: Chụp Xquang thường quy + Cộng hưởng từ. Chụp Cắt lớp vi tính để tìm hiểu thêm thông tin.

1.5 Chẩn đoán xác định: Triệu chứng lâm sàng phù hợp với chẩn đoán trên CHT (có khối thoát vị).

1.6 Điều trị ngoại khoa:

Mục đích phẫu thuật: - Giải phóng chèn ép triệt để - Phục hồi chiều cao đĩa đệm: Bằng xương tự thân hay vật liệu thay thế - Hàn xương liên thân đốt - Cố định cột sống: Bằng nẹp vít bên trong, tăng cường nẹp cổ sau mổ.

1.7 Chỉ định phẫu thuật:- Sau điều trị nội đúng phác đồ từ 3 – 6 tuần không giảm.

Trong thời gian điều trị triệu chứng càng ngày càng tăng, hoặc xuất hiện bại liệt.

1.8. Phương pháp phẫu thuật: Đường vào tiếp cận đĩa đệm, lấy ĐĐ theo phương pháp Smith-Robinson, dùng vật liệu thay thế ĐĐ bằng xương tự thân, Cespace, PEEK (giải ép triệt để, phục hồi chiều cao đĩa đệm và hàn xương liên thân đốt), ĐĐ nhân tạo. Luôn có hỗ trợ kính vi phẫu thuật.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành trên 72 bệnh nhân có TVĐ ĐCSC. Thời gian từ tháng 7/2006 đến tháng 6/2009. Tất cả bệnh nhân đều có chụp X.quang, chụp cộng hưởng từ phù hợp với các triệu chứng lâm sàng.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

*/ Tất cả bệnh nhân có các : HC chèn ép rễ, tủy, tủy- rễ.

*/Chẩn đoán hình ảnh đều có kết quả CHT xác định là có TVĐĐ vùng cổ phù hợp với triệu chứng lâm sàng. Có kèm theo: Thoái hóa dây chằng dọc sau, phì đại mấu khớp, hẹp lỗ liên hợp. Tiên lượng giải ép thỏa đáng cùng với lấy bỏ đĩa đệm, cũng nằm trong nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nhóm nghiên cứu.

- Triệu chứng lâm sàng không phù hợp với hình ảnh cận lâm sàng:

* Có hình ảnh thoát vị phôi hợp với hình ảnh:

+ Các bệnh lý tủy cổ (không do TVĐĐ)

+ Các bệnh nhân có bệnh lý như: Tim mạch, tiểu đường, cao huyết áp, hen suyễn...làm ảnh hưởng xấu đến kết quả sau mổ.

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Loại hình nghiên cứu.

Sử dụng phương pháp mô tả lâm sàng cắt ngang, tiến cứu không đối chứng.

2.2.2. Phương pháp tiến hành.

Mọi thông tin, chỉ tiêu nghiên cứu được nghiên cứu sinh trực tiếp khám, khai thác các triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh điền vào mẫu bệnh án. Nghiên cứu sinh trực tiếp tham gia phẫu thuật, theo dõi sau mổ, đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

2.2.2.1. Dấu hiệu lâm sàng trước mổ

Đau vùng cổ lan xuống vai, xuống cánh tay, xuống chân, kèm với rối loạn cảm giác, rối loạn vận động định khu của rễ, tuỷ tương ứng.

Dựa vào triệu chứng lâm sàng của 3 hội chứng, cho điểm theo thang điểm theo JOA (Japanese orthopedic association) cải tiến của Benzel (1991) cho hội chứng chèn ép tuỷ và hội chứng tuỷ – rễ, và thang điểm TANAKA cho hội chứng chèn ép rễ.

Hoạt động bất thường chi trên

- 0 điểm. Không có khả năng vận động tay
- 1 điểm. Không ăn được bằng muỗng, nhưng có khả năng vận động tay.
- 2 điểm. Không có khả năng cài cúc áo, nhưng có khả năng ăn bằng muỗng.
- 3 điểm. Có thể cài cúc áo và làm việc ít khó khăn hơn
- 4 điểm. Có thể cài cúc áo, với đường kính nhỏ.
- 5 điểm. Không có bất thường

Hoạt động bất thường chi dưới

- 0 điểm. Mất chức năng vận động và cảm giác
- 1 điểm. Cảm giác duy trì, Cẳng chân còn vận động
- 2 điểm. Có khả năng vận động cẳng chân nhưng không có khả năng đi bộ.
- 3 điểm. Có khả năng đi bộ ở mặt phẳng với sự trợ giúp của gậy hoặc nạng.
- 4 điểm. Đứng lên ngồi xuống phải có tay vịn
- 5 điểm. Đi khó mức độ vừa hoặc nặng
- 6 điểm. Đi khó nhưng đi được, không cần sự giúp đỡ
- 7 điểm. Không có hoạt động bất thường.

Cảm giác bất thường ở chi trên

- 0 điểm. Mất cảm giác ở tay.
- 1 điểm. Mất giảm cảm giác hoặc đau.
- 2 điểm. Mất cảm giác nhẹ.
- 3 điểm. Không mất cảm giác

Bất thường cơ tròn

- 0 điểm. Không có khả năng tự đi tiểu
- 1 điểm. Đi tiểu khó khăn
- 2 điểm. Đôi lúc có khó khăn về đi tiểu.
- 3 điểm. Đi tiểu bình thường

Tổng số điểm cao nhất là 18 Tính mức độ phục hồi theo JOA cải tiến cho Hội chứng tuỷ và Hội chứng tuỷ - rễ.

Triệu chứng lâm sàng đánh giá theo thang điểm của Y.Tanaka, S.Kokubun, T.Sato (1998) cho chèn ép rễ.

Triệu chứng cơ năng. Đau cổ

- 3 điểm. Không
- 2 điểm. Có nhưng không thường xuyên
- 1 điểm. Thường xuyên hoặc không thường xuyên nhưng nặng.
- 0 điểm. Nặng, đau Thường xuyên về đêm

Triệu chứng ở cánh tay

- 3 điểm. Không có
- 2 điểm. Không thường xuyên
- 1 điểm. Thường xuyên hoặc không thường xuyên nhưng nặng
- 0 điểm. Thường xuyên và nặng (Đau về đêm)

Triệu chứng ở ngón tay

- 0 điểm. Không có
- 1 điểm. Bất thường nhưng không ảnh hưởng đến công việc
- 2 điểm. Ảnh hưởng đến công việc

Triệu chứng thực thể. Nghiệm pháp Spurling

- 3 điểm. Bình thường
- 2 điểm. Đau cổ nhưng không giới hạn cử động
- 1 điểm. Đau cánh tay và di cảm ngón tay có kèm với giới hạn cử động
- 0 điểm. Đau cánh tay và di cảm ngón tay có kèm với giới hạn cử động

Chức năng cảm giác

- 2 điểm. Bình thường
- 1 điểm. Giảm cảm giác nhẹ
- 0 điểm. Mất cảm giác rõ rệt

Khám vận động

- 2 điểm. Bình thường
- 1 điểm. Yếu nhẹ
- 0 điểm. Yếu rõ rệt

Phản xạ gân xương

- 1 điểm. Bình thường
- 0 điểm. Giảm hay mất

Tổng số điểm cao nhất là 20 tính mức độ phục hồi theo JOA cải tiến cho Hội chứng tủy và Hội chứng tủy - rễ

$$\text{Tỉ lệ phục hồi (RR)} = \frac{\text{Điểm JOA (khám cuối cùng)} - \text{JOA (trước mổ)}}{18 - \text{JOA (trước mổ)}} \times 100$$

Kết quả phục hồi thấp: bệnh phục hồi chậm.

Đánh giá mức độ phục hồi như sau:

Rất tốt $\geq 75\%$ - Tốt $\geq 50\%$ - Tạm chấp nhận $\geq 20\%$ - Xấu $\leq 20\%$

2.2.2.2. Phân tích và xử lý số liệu.

Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê Y học.

Tất cả các số liệu được mã hóa và nhập vào phần mềm Epi-Info 6,04 và sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 11.5 để phân tích.

2.2.2.3. Sai số và cách khắc phục.

Trực tiếp khai thác thông tin với bệnh nhân lúc khám bệnh, Khi kiểm tra trên 2/3 khám trực tiếp, hạn chế khai thác qua mạng thông tin. Chọn bệnh nhân đúng tiêu chuẩn. Mẫu hồ sơ thống nhất dễ hiểu, dễ sử dụng.

2.2.2.4. Đạo đức nghiên cứu. Các thông tin riêng về bệnh lý của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng xét duyệt của trường Đại học Y Hà Nội do Bộ Giáo dục và Đào tạo quyết định. Nghiên cứu được Bệnh viện Việt Đức và Trường Đại Y Hà Nội chấp nhận.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung.

Theo tuổi. Tuổi thấp nhất 21, tuổi cao nhất 72. Tuổi trung bình: 49,02 \pm 10,22. Tỷ lệ mắc nhiều nhất từ 41 tuổi đến 60 tuổi, chiếm 64%. **Theo giới.** Có 29 nam, 43 nữ. Tỷ lệ 40,3%/59,7%. **Theo nghề nghiệp.** Số người làm việc văn phòng mắc cao nhất 23 trường hợp, chiếm 31,9 %.

3.2. Lý do người bệnh đến bệnh viện:

Triệu chứng khiến người bệnh đến khám bệnh là đau cổ - vai, chiếm 100%. Rối loạn cảm giác 68 % (Tê bì tay và chân).

3.3. Thời gian mắc bệnh trước mổ

Thời gian từ 3- 24 tháng là nhiều nhất 47 trường hợp. Chiếm 65,3%. 7 trường hợp < 3 tháng. Thời gian mắc bệnh trung bình trước mổ là 18 tháng.

3.3.1. Số lượng các bệnh nhân trong các hội chứng (n = 72).

Bảng 3.4. Số lượng các bệnh nhân và tỉ lệ các hội chứng

Hội chứng	n = 72	%
Rễ	22	30,5
Tủy	38	52,8
Rễ Tủy	12	16,7

Nhận xét: Hội chứng tủy chiếm 53,8% nhiều nhất; hội chứng rễ chiếm (30,5%); hội chứng tủy- rễ chiếm (16,7%) ít nhất.

3.3.2. Triệu chứng lâm sàng trong hội chứng chèn ép rễ . n = 22

Triệu chứng	n	%
Đau cổ hạn chế vận động cổ	22	100
Đau vai cánh tay	20	90,9
Đau và dị cảm dọc theo rễ thần kinh chi phối	22	100
Tê bì đầu chi	19	86,3
Giảm sự khéo léo bàn tay	14	63,6
Yếu tay	10	45,4
Teo cơ	3	13,6
Nghiệm pháp Spurling	17	77,2

Triệu chứng đau cổ (100%), đau cánh tay (90,9%), đau và dị cảm (100%). Tê bì đầu chi 86,3%. và nghiệm pháp Spurling dương tính 77,2%.

3.3.3. Hội chứng chèn ép tủy tủy (n = 38)

Triệu chứng	n	%
Đau cổ hạn chế cử động cổ	31	81,5
Tăng phản xạ gân xương chi dưới	37	97,3
Đau và dị cảm dọc theo rễ thần kinh chi phối	25	65,7
Đi đứng khó khăn	19	50
Giảm sự khéo léo bàn tay	9	23,6
Rối loạn tiểu tiện	12	31,5
Liệt hai chi dưới	2	5,2
Teo cơ	8	21

Triệu chứng gặp cao nhất tăng phản xạ gân xương (97,3%); đau cổ hạn chế cử động cổ (81,5 %); đi đứng khó khăn chiếm 50%;

3.3.4. Hội chứng chèn ép tủy- rễ (n = 12)

Triệu chứng	n	%
Đau cổ	12	100
Đau vai cánh tay, Dị cảm theo rễ thần kinh chi phối	12	100
Giảm sự khéo léo tay	8	66,6
Đi đứng khó khăn	9	75
Tăng phản xạ gân xương chi dưới	12	100
Rối loạn cơ tròn	10	83,3

Triệu chứng đau cổ, dị cảm theo thần kinh chi phối, tăng phản xạ gân xương đều là (100%). Giảm khéo léo bàn tay (66,6%). Rối loạn cơ tròn (83,3%).

3.4. Cận lâm sàng

3.4.1. Quang thường quy (100%)

Mất đường cong giải phẫu nhiều nhất 48,6%. 8,4% đường cong bình thường

3.4.2. Chụp cắt lớp vi tính (20,83%)

Thoái hóa biến dạng thân đốt nhiều nhất 100%. Hẹp lỗ liên hợp ít nhất 40%.

3.4.3. Hình ảnh cộng hưởng từ (100%).

Tỉ lệ tầng TV (n = 86): Thoát vị 1 tầng có 59 trường hợp (68,60%). 2 tầng có 12 trường hợp (27,90%). 3 tầng có 1 trường hợp (3,50%).

Vị trí thoát vị C5- C6 là nhiều nhất có 32/72 trường hợp, chiếm 44,4%.

Dạng thoát vị ra sau có 72 trường hợp (100%).

Bảng 3.13. Tỉ lệ dạng thoát vị (n = 86 tầng)

Vị trí	n = 86	%
Thoát vị trung tâm	49	56,97
Thoát vị cạnh trung tâm	19	22,09
Thoát vị bên	18	20,94

Thoát vị trung tâm có 49 trường hợp. chiếm nhiều nhất 56,97%.

3.5. Điều trị phẫu thuật và theo dõi kết quả phục hồi ở hậu phẫu.

Kết quả Trong 22 bệnh nhân có HC chèn ép rễ, Giảm nhiều nhất đau và dị cảm dọc theo rễ thần kinh chi phối 10/22 trường hợp.

- Trong 38 bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy, triệu chứng giảm nhiều nhất là tăng phản xạ gân xương 14/32 trường hợp.

- Trong 12 bệnh nhân có hội chứng chèn ép tủy - rễ: triệu chứng đau cổ không thay đổi, dị cảm theo thần kinh chi phối giảm 5/12 trường hợp. Tăng phản xạ gân xương giảm nhiều nhất 6/12 trường hợp.

3.6. Biến chứng trong và sau mổ.

Bảng 3.18 .Các biến chứng trong mổ

Tên biến chứng	n = 72	%
Rách màng cứng	1	1,38
Tụ máu vết mổ	1	1,38
Khàn tiếng	5	7,14
Nuốt nghẹn	6	8,33

Biến chứng rách màng cứng có 1 trường hợp. Tụ máu 1 trường hợp.

Triệu chứng nuốt nghẹn và khàn tiếng nhiều nhất chiếm: 7 - 8%.

3.7. Kết quả khám lại

Thời gian theo dõi trung bình (n =72) $24,25 \pm 6,4$ tháng.

3.7.1. Tỉ lệ phục hồi từng triệu chứng trong bệnh lý rễ thần kinh theo thang điểm Tanaka, n = 22.

3.7.1.1. Triệu chứng chủ quan. Đau cổ

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 1,9 \pm 0,97$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 2,64 \pm 0,58$

Tỉ lệ phục hồi 67,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả triệu chứng đau cánh tay .

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 2,14 \pm 0,83$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 2,64 \pm 0,58$.

Tỉ lệ phục hồi 58,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả triệu chứng đau ngón tay .

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 2,59 \pm 0,93$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 2,64 \pm 0,66$.

Tỉ lệ phục hồi 50,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả khả năng làm việc .

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 2,59 \pm 0,66$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 2,77 \pm 0,53$.

Tỉ lệ phục hồi 43,9%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả chức năng ngón tay .

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = -0,32 \pm 0,57$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = -0,18 \pm 0,5$.

Tỉ lệ phục hồi 43,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.7.1.2. Triệu chứng thực thể nghiệm pháp Spurling

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 1,14 \pm 0,77$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 2,55 \pm 0,67$.

Tỉ lệ phục hồi 75,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

Kết quả chức năng cảm giác .

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 1,0 \pm 0,44$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 1,63 \pm 0,49$.

Tỉ lệ phục hồi 63%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả chức năng vận động.

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 0,95 \pm 0,57$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 1,77 \pm 0,43$.

Tỉ lệ phục hồi 78,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả phản xạ gân xương .

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 0,27 \pm 0,45$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 0,86 \pm 0,35$.

Tỉ lệ phục hồi 80,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.7.2. Kết quả hồi phục triệu chứng trong nhóm hội chứng bệnh lý tủy và hội chứng rễ - tuỷ thần kinh cổ theo thang điểm JOA cải tiến. n = 50.

Kết quả khả năng vận động chi trên

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 3,74 \pm 0,98$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 4,54 \pm 0,76$.

Tỉ lệ phục hồi 63,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

Kết quả hoạt động bất thường chi dưới

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 4,88 \pm 1,74$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 6,36 \pm 1,12$.

Tỉ lệ phục hồi 69,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Rối loạn cảm giác chi trên

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 2,12 \pm 0,69$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 2,54 \pm 0,58$.

Tỉ lệ phục hồi 47,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Rối loạn cơ tròn

Điểm trung bình trước mổ: $\bar{x} \pm s = 2,02 \pm 0,94$. sau mổ: $\bar{x} \pm s = 2,46 \pm 0,79$.

Tỉ lệ phục hồi 23,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.7.3. Kết quả phẫu thuật liên quan đến số tầng TV và HC lâm sàng

Bảng 3.34. Tỉ lệ phục hồi theo tầng trong hội chứng rễ. n = 22

Số tầng	Số lượng	Tỷ lệ %	Kết quả %
1	18	81,82	69
2	4	18,18	66

Kết quả hồi phục so sánh giữa phẫu thuật 1 tầng và phẫu thuật 2 tầng không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Bảng 3.35. Tỉ lệ phục hồi theo tầng trong hội chứng tủy, rễ - tủy. n = 50

Số tầng	Số lượng	Tỷ lệ %	Kết quả %
1	41	82	68,63
2	8	16	65,25
3	1	2	62

Kết quả hồi phục so sánh giữa phẫu thuật 1 tầng, phẫu thuật 2 tầng và 3 tầng không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Kết quả phân loại tỉ lệ phục hồi chung của các hội chứng

Bảng 3.36. Phân loại Tỷ lệ phục hồi chung

Phục hồi	Tanaka		JOA	
	n	%	n	%
Rất tốt $\geq 75\%$	9	40,9	25	50
Tốt $\geq 50\%$	11	50	18	36
Tạm chấp nhận $\geq 20\%$	2	9,1	6	12
Xấu $\leq 20\%$			1	2
Tổng cộng	22	100	50	100

Nhận xét: Tỷ lệ phục hồi trong hội chứng Rễ và hội chứng Tủy rất tốt gần như bằng nhau 40,9 và 50%.

Tỷ lệ phục hồi tốt hội chứng Rễ gần như gấp đôi hội chứng Tủy: 50- 36%.

Tỷ lệ phục hồi ở mức tạm chấp nhận gần như bằng nhau 9,1- 12%

Hội chứng rễ không có tỷ lệ xấu.

Hội chứng tủy có 1 trường hợp xấu.

Tỷ lệ chung 2 nhóm.

+ Rất tốt : 47, 22% + Tốt : 40, 27%

+ Tạm chấp nhận : 11, 11%. + Xấu : 1,40%.

Tỷ lệ phục hồi tốt và rất tốt : 87,49%

3.7.4. Kết quả kiểm tra chẩn đoán hình ảnh:

Tất cả 50 Bệnh nhân được mời về kiểm tra, đều cho chụp X.Quang. cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ áp dụng tùy theo từng biến chứng. như sau:

Bảng 3.37. Kết quả kiểm tra lại bằng chẩn đoán hình ảnh

Kết quả khám lại	n	%
Thoái hóa đốt trên- dưới khớp cổ định	2	4,65
Khớp giả	1	1,16
Thoát vị trên- dưới khớp cổ định	2	2,32
Lồng di chuyển	2	2,32
Lún lồng vào thân đốt	2	2,32
Lệch vị trí nẹp	3	5,17
Lâm sàng còn đau cổ và đau cổ trở lại	12/72	16,66

Thoái hóa đốt sống 2 trường hợp, 1 trường hợp khớp giả. Thoát vị trên – dưới khớp cổ định 2 trường hợp. Còn đau cổ và đau cổ trở lại 12/72 trường hợp, chiếm 16,66%. Còn lại 83,34% cải thiện tốt.

CHƯƠNG 4 . BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống cổ

4.1.1. Tuổi: Trong 72 BN là đối tượng nghiên cứu, tuổi thấp nhất là 21, tuổi cao nhất 72. Tuổi trung bình: $49,02 \pm 10,22$. Tuổi hay gặp từ 41 - 50, chiếm 35%, có chiều hướng giảm dần như trong (bảng 3.1) ở tuổi 51 - 60, và tuổi 61- 72. Đặc điểm này phù hợp với nghiên cứu của Adam và Hutton (1985). Theo Radhakrishnan K. (1994) là 47,6 tuổi. Nguyễn Đình Hưng (2008) tuổi trung bình là 53,9 tuổi, trong nghiên cứu này tuổi trung bình là: $49,02 \pm 10,22$ cũng tương tự như các tác giả trên.

4.1.2. Giới: Tỷ lệ nam 40,3% / Nữ 59,7%. So với Nguyễn Đình Hưng là nam 67,5% /nữ (32,5%). Tỷ lệ này trong các đối tượng nghiên cứu của NCS có khác với tác giả trên. Có thể do bệnh nhân nữ trở lại khám nhiều hơn.

4.1.3. Nghề nghiệp: TVĐĐ mắc cao nhất là nhân viên văn phòng chiếm 31,9%. Cán bộ hưu trí 15,3%, Ít nhất là giáo viên chiếm 6.9%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Michael (2007) nguyên nhân gây nên thoát vị đĩa đệm do sự lặp đi lặp lại chấn thương nhỏ tác động lên cột sống cổ, trong một thời gian dài. Thường xảy ra ở những người ngồi làm việc liên tục như ngồi trước máy vi tính, hay làm công việc mà một động tác lặp đi lặp lại nhiều lần.

4.1.4. Nguyên nhân đến khám bệnh: Nguyên nhân chính khiến bệnh nhân đến khám là đau cổ - vai kèm với tê bì tay, yếu tay cuối cùng là yếu chân. Giai đoạn này là thần kinh đã tổn thương.

4.1.5. Thời gian mắc bệnh

Thời gian từ khởi phát bệnh đến khi phẫu thuật trung bình là 18 tháng. Có 7 trường hợp < 3 tháng . Các trường hợp khác đều > 12 tháng, > 24 tháng. Khi chụp cộng hưởng từ, mới phát hiện TVĐĐ. Sampath P. thực hiện nghiên cứu đa trung tâm trên 503 trường hợp thấy thời gian trung bình là 29,8 tháng, sớm nhất là 8 tuần và muộn nhất là 180 tháng. Qua nghiên cứu này, mổ sớm như 3 bệnh nhân nói trên phục hồi rất giúp người bệnh nhanh trở lại với công việc hằng ngày. Nên mức độ phục hồi sau phẫu thuật yếu tố thời gian có ý nghĩa rất lớn, thời gian thần kinh chèn ép càng ngắn thì thời gian phục hồi càng nhanh.

4.2. Đặt điểm của một số triệu chứng trong bệnh lý TVĐĐ cột sống cổ

4.2.1. Đau cổ:

Trong nghiên cứu này tỉ lệ đau cổ 100% phù hợp với số liệu của Nguyễn Đình Hưng (2008) là 100%, Cooper PR. (1977) gặp 100% đau cổ.

Đau vùng cột sống cổ là biểu hiện đầu tiên của TVĐĐ cột sống cổ, đau lan ra vai, xuống cánh tay, cẳng tay, hoặc bàn tay. Đau phía sau cổ tăng khi ngửa cổ và đặc biệt là xoay đầu nên nghĩ đến bệnh lý của đĩa đệm. sau đó các triệu chứng càng ngày càng tăng như rối loạn cảm giác, đi đứng khó khăn và rối loạn tiểu tiện. NCS phân ra thành 3 hội chứng trong 72 bệnh nhân nghiên cứu.

4.2.2. Hội chứng rết:

Theo Marshall LL (1977), Hudkins PG (1987) cho biết rết thần kinh rất nhạy cảm. Khi khối TVĐĐ chèn ép, kéo căng hay thiếu máu thứ phát... gây nên kích thích rết, thể hiện triệu chứng lâm sàng đau tê bì lan tay theo rết thần kinh chi phối.

Có 22 trường hợp đau và dị cảm theo rết thần kinh chi phối chiếm 100%. Dấu hiệu yếu tay chiếm 45,4%, nghiệm pháp Spurling có 77,2%. Henderson và cộng sự (1983), nghiên cứu lâm sàng ở 736 bệnh nhân có bệnh lý rết thần kinh cổ và cho biết 99% các trường hợp có đau cánh tay, 85% có rối loạn cảm giác, 68% có yếu vận động. Các triệu chứng thường tăng khi ngửa cổ hay xoay đầu về phía đau (nghiệm pháp Spurling).

Rối loạn cảm giác là dấu hiệu cũng rất thường gặp cùng với dấu hiệu đau, Tỷ lệ gặp RLCG của nghiên cứu này là 92%, của Kokubun (1996) là 93%, trong đó có 60% rối loạn cảm giác nặng tê bì như bông buốt rất khó chịu, đặc biệt tăng vào những lúc thay đổi thời tiết nhất là về đêm. Qua những triệu chứng trên giúp người thầy thuốc bước đầu xác định được rết thần kinh bị chèn ép nặng, có thể rết thần kinh (sợi cảm giác) đã bị tổn thương, nên mức độ phục hồi sau khi giải ép có thể là rất chậm.

Thể hiện lâm sàng tê đầu các ngón tay, giảm sự khéo léo bàn tay, yếu tay và teo cơ, chứng tỏ rết thần kinh (sợi vận động) bị chèn ép nặng trong thời gian dài, cần phải giải ép càng sớm càng tốt.

4.2.3. Hội chứng chèn ép tủy:

Tăng phản xạ gân xương chi dưới (97,3%). Đi đứng khó khăn (50%), Các bệnh nhân có thể than phiền về rối loạn đường niệu, xảy ra thỉnh thoảng hay thường xuyên có 12 trường hợp, chiếm 31,5%. Là thể hiện tình trạng bệnh ở giai đoạn nặng. So với kết quả 76 bệnh nhân: của Cooper PR. (1977) thì các triệu chứng như: Mất sự khéo léo ở tay 75%. Cảm giác chi dưới bao gồm 82,9%. Dáng đi khó khăn 80,3%. Về chi dưới: Yếu cơ tứ đầu đùi 26,3%. KOKUBUN (1996) gặp rối loạn vận động 61%, Nguyễn Đình Hưng rối loạn vận động 57,5%. So với số liệu của các tác giả trên số liệu của nghiên cứu này cũng tương tự. Qua các triệu chứng trên, có thể triệu chứng đặc thù trong hội chứng chèn ép tủy là rối loạn vận động ở chi dưới diễn biến tương đối chậm.

4.2.4. Hội chứng túy – rỗ kết hợp

Có 12/72 Bệnh nhân (bảng 3.7) có triệu chứng đau cổ có lan xuống vai cánh tay. Các bệnh nhân này đều có triệu chứng rối loạn vận động, rối loạn cảm giác (sờ, tiếp xúc) và Tăng phản xạ gân xương, đặc biệt có rối loạn cơ tròn (83,3%), cao hơn Crandall và Batzdorf có 44%, bằng với Nguyễn Đình Hưng 82,6%. Có thể do bệnh nhân điều trị nội trong thời gian quá dài.

4.3. Số tầng và vị trí phẫu thuật

Có 86 tầng được phẫu thuật TV 1 tầng chiếm 68,60%. 2 tầng chiếm 27,90% và 3 tầng chiếm 3,50%.

Hay gặp nhất là TV C5- C6 chiếm 44.4%, sau đó là C4-C5 chiếm 22.2%. do đĩa đệm C4- C5, C5- C6 và đốt sống C4, C5, C6 là các vị trí cử động nhiều nhất trong các đốt sống cổ khác nên thường xuyên bị tác động, nên dễ xảy ra bệnh lý thoát vị, so sánh số liệu với các tác giả như Nguyễn Đình Hưng (2008) cũng hay gặp ở C5-C6 chiếm 43,3%, sau đó là C4-C5 chiếm 35,0%. Profeta (2000) hay gặp ở C4-C5 và C5-C6.

4.4. Chẩn đoán hình ảnh trước mổ.

4.4.1. Hình ảnh X.quang thường quy

Trong 72 trường hợp nghiên cứu có 48,6% mất chiều cong sinh lý, chỉ số ưỡn nhỏ hơn hoặc bằng 6mm có 43,10%. Chỉ số ưỡn dưới 6mm đã phản ánh tình trạng thoái hóa cột sống, mất chiều cao khoảng gian đốt sống và gián tiếp cho biết lỗ liên hợp có thể bị ảnh hưởng. Tuy nhiên, đây chỉ là hình ảnh gián tiếp đề nghị nhiều đến bệnh lý thoát vị đĩa đệm, Cần phải kết hợp thêm với nhiều phương pháp khác để tìm thêm thông tin trong chẩn đoán và trong điều trị, TVĐĐ.

4.4.2. Hình ảnh CLVT:

Chụp CLVT với mục đích tìm thông tin thêm về mức độ thoái hóa ở những bệnh nhân lớn tuổi, chú trọng hình ảnh các chồi xương không loại trừ thoái hóa làm hẹp lỗ liên hợp.

Lúc phẫu thuật ngoài lấy đĩa đệm phải dùng khoan mài cao tốc và kim găm bỏ gai xương. Nếu lỗ liên hợp hẹp, mở rộng lỗ liên hợp.

4.4.3. Hình ảnh chụp CHT

Chụp CHT 100% bệnh nhân trước mổ có chẩn đoán TVĐĐ ra sau. Trên hình ảnh cắt ngang của CHT, TVĐĐ được xác định chủ yếu là thể trung tâm chiếm 56,97%, thoát vị cạnh bên 22,09% còn lại là thoát vị bên 21,04% (bảng 3.14). Số liệu nghiên cứu của NCS cũng tương đương của Đặng Trần Đức, Nguyễn Đình Hưng.

Khi thực hiện phẫu thuật cho 72 bệnh nhân có đôi chiếu trong lúc phẫu thuật triệu chứng lâm sàng và hình ảnh CHT, phù hợp về vị trí tầng thoát vị và kiểu thoát vị. Qua đó có thể thấy hình ảnh CHT rất có giá trị trong chẩn đoán vị trí, kiểu thoát vị cũng như mức độ chèn ép thần kinh tủy sống.

4.5. Phẫu thuật TVĐĐ cột sống cổ theo đường mổ cổ trước bên (100%)

4.5.1. Phương pháp phẫu thuật: Phương pháp vô cảm là mê nội khí quản. Rạch da theo nếp gấp cổ cho thoát vị 1 hoặc 2 tầng, theo đường dọc cơ ức đòn chũm cho thoát vị 3 tầng. Lấy đĩa đệm, mài xương giải ép bằng dụng cụ chuyên dụng có hỗ trợ của kính vi phẫu. Thay thế đĩa đệm có thể bằng: Xương tự thân hay vật liệu thay thế. Cố định cột sống bên trong hay không là do kinh nghiệm của mỗi phẫu thuật viên. NCS thấy đường mổ trước bên theo phương pháp Smith – Robinson là lý tưởng trong việc lấy đĩa đệm thoát vị, giải ép, hàn xương, đặt dụng cụ thay thế đĩa đệm và đặt nẹp vít cố định.

4.5.2. Kết quả phẫu thuật:

4.5.2.1. Trong thời gian theo dõi hậu phẫu.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 56 ± 17 phút/ tầng

Nghiên cứu trên 72 Bệnh nhân trong thời kỳ hậu phẫu thấy rằng:

- Những bệnh nhân đến viện vì hội chứng ép rễ thì triệu chứng hồi phục sớm nhất là dấu hiệu đau, dị cảm theo rễ thần kinh chi phối,

- Những bệnh nhân đến viện vì Hội chứng ép tủy thì triệu chứng hồi phục sớm nhất là giảm dấu hiệu tăng phản xạ gân xương.

- Những bệnh nhân có hội chứng tủy – rễ mức độ phục hồi nhanh nhất là triệu chứng đau dị cảm và giảm triệu chứng tăng phản xạ gân xương chứng tỏ các triệu chứng trên giảm là do khối thoát vị chèn ép

trực tiếp vào sợi thần kinh nhưng chưa làm tổn thương , còn các triệu chứng còn lại phục hồi chậm có thể là thần kinh đã bị tổn thương.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $2,3 \pm 0,9$ ngày

4.5.2.2. *Biến chứng trong và thời gian hậu phẫu.*

Rách màng cứng

Nghiên cứu này gặp 1 trường hợp xảy ra sử dụng kìm Kerrison 1mm để gỡ các chồi xương và nhân nhày giải ép. Nghiên cứu này chỉ dùng miếng Surgicel và xỏ cầm máu đắp lên đường rách, sau đó bệnh nhân ổn định và cho xuất viện sau 5 ngày. Nghiên cứu của Lied B. (2006) tỉ lệ là 0,5%, tỷ lệ của nghiên cứu này là 1,38%. NCS thấy rằng việc thao tác khi giải ép có hỗ trợ của kính vi phẫu là cần thiết.

Tụ máu vết mổ

Xảy ra ở phòng hậu phẫu, Phát hiện và chuyển mổ cấp cứu lấy máu tụ và đốt cầm máu. Tỉ lệ của nghiên cứu này cũng phù hợp với tỉ lệ nghiên cứu của Lied B (2008) trên 370 trường hợp, tỉ lệ biến chứng là 1,2%. Tỷ lệ của nghiên cứu này là 1,3%, có thể trong lúc mổ các mạch máu không chảy, nhưng ở giai đoạn hậu phẫu chảy máu trở lại, nên đặt dẫn lưu vết mổ, để kiểm soát cầm máu không.

Nuốt nghẹn và khàn giọng

Nuốt khó có 6 trường hợp (8,33%), khàn tiếng 5 trường hợp (7,14%). Các triệu chứng trên đều thoáng qua và giảm dần trong vòng 2- 3 tuần lễ. Có thể trong phẫu thuật dùng dao điện để cầm máu, bóc tách làm phù nề các mô mềm xung quanh chèn ép vào thần kinh quặt ngược thanh quản.

Bazaz và cộng sự phân tích 249 bệnh nhân xác định rối loạn phát âm sau mổ cột sống cổ phía trước thường gặp (50,2%), hiện tượng này sẽ giảm rõ rệt lúc 6 tháng sau mổ. Trong nghiên cứu này tất cả đều mổ đường mổ bên phải. Các triệu chứng trên đều giảm sau 2 tuần và hết hẳn sau 3 tháng. Khi phẫu tích phần mềm để vào trước thân đốt sống và bóc lộ rõ phẫu trường là kinh nghiệm của mỗi phẫu thuật viên, quen chọn đường mổ và mở rộng phẫu trường rộng cỡ nào là đủ. không ảnh hưởng đến đường mổ bên phải hay bên trái, banh phẫu trường hẹp hay rộng.

4.5.3 Kết quả phục hồi ở lần khám sau cùng

4.5.3.1. Phục hồi đau cổ.

Thời gian theo dõi trung bình là $24,25 \pm 6,4$ tháng.

Ở thời điểm trước mổ trong 3 hội chứng: Có 71/72 bệnh nhân có triệu chứng đau cổ và hạn chế vận động cổ là 98,61%. Số bệnh nhân còn lại triệu chứng đau thường giảm sau vài ngày đầu và giảm từ từ đến hết đau 83,34% ($p < 0,05$). Kulkami AG (2007) theo dõi 24 tháng hết đau là 89,8 %, Nguyễn Đình Hưng (2008) hết đau cổ VAS từ 7.1 trước mổ còn 1.8 sau mổ. So với các tác giả trên số liệu của nghiên cứu này là phù hợp. Theo khai thác thông tin ở bệnh nhân mức độ đau giảm dần, đến một thời gian sau thì đau trở lại. Chứng tỏ trong lúc mổ kết quả phục hồi tốt, thời gian sau đau trở lại là do các biến chứng không có hàn xương liên thân đốt, hay xuất hiện sớm hội chứng thoái hoá các đốt liền kề. Các triệu chứng đau do nguyên nhân trên có thể do quá trình tiến hoá của bệnh cũng có thể do sai sót trong quá trình điều trị.

4.5.3.2. Phục hồi vận động và cảm giác: (cách tính ở phần kết quả nghiên cứu).

Tỉ lệ phục hồi vận động. Theo thang điểm TANAKA:

Tỉ lệ phục hồi chức năng làm việc 43,9% ($p > 0,05$). Chức năng ngón tay 43,7 %.($P > 0,05$). chức năng vận động 78,1%. ($p < 0,05$).

Qua tỉ lệ phục hồi trong 3 bảng trên, tỉ lệ phục hồi vận động làm các động tác khéo léo phục hồi chậm, phục hồi vận động trong việc đi đứng cao hơn ($p < 0,05$).

- Theo thang điểm JOA:

Tỉ lệ phục hồi chức năng chi trên 37,2 %. ($p < 0,05$). chi dưới 69,8. ($p < 0,05$).

Qua các số liệu trên tỉ lệ phục hồi các động tác sinh hoạt thông thường như ngồi, đứng, đi quanh nhà có kết quả tốt. Nhưng các động tác cần sự khéo léo, mang vát vật nặng phục hồi rất chậm, chứng tỏ mức độ tổn thương thần kinh tương đối nặng và cần tập luyện lâu dài thì mới hy vọng phục hồi.

Tỉ lệ phục hồi cảm giác:

- Thang điểm TANAKA: Tỉ lệ phục hồi 63 % ($p < 0,05$).

- Thang điểm JOA : Tỉ lệ phục hồi 47,7 % ($p > 0,05$).

Trong tỉ lệ phục hồi cảm giác trong hội chứng rễ cao hơn hội chứng tủy. Chứng tỏ khi bệnh nhân bị thoát vị gây nên chèn ép tủy, tủy – rễ là tình trạng bệnh nặng hơn, có lẽ không chỉ tủy bị chèn ép mà còn chèn ép rễ sau của tủy sống nên có rối loạn cảm giác kèm theo. Vì vậy khi đã giải ép triệt để mức độ phục hồi cảm giác trong hội chứng tủy thường chậm hơn hội chứng rễ đơn thuần.

Qua các số liệu trên tỉ lệ phục hồi nhanh ở cảm giác nhẹ, từ rối loạn cảm giác nặng sau thời gian thì giảm dần thành rối loạn cảm giác nhẹ, chứng tỏ khi giải ép có hiệu quả, thể hiện sự phục hồi từ nặng đến nhẹ và từ nhẹ đến trở lại bình thường.

Phục hồi rối loạn cơ tròn.

Tỉ lệ phục hồi 44,8 %. ($p < 0,05$)

Trong bệnh nhân có chèn ép tủy và tủy-rễ. Tỉ lệ phục hồi rất chậm.

4.6. Kết quả phục hồi các triệu chứng lâm sàng liên quan số tầng thoát vị

Trong 3 hội chứng cho thấy tỉ lệ phục hồi không có sự khác biệt giữa mô thoát vị, ($p > 0,05$).

1 tầng tỉ lệ phục hồi (69%), 2 tầng tỉ lệ phục hồi (66%) (bảng 3.34).

1 tầng tỉ lệ phục hồi (68,63%), 2 tầng tỉ lệ phục hồi (65,25%), 3 tầng tỉ lệ phục hồi (62%) (Bảng 3.35).

Nên kết quả phục hồi sau phẫu thuật không liên quan đến số lượng tầng thoát vị.

4.6.1. Kết quả phục hồi các triệu chứng lâm sàng liên quan đến vật liệu thay thế đĩa đệm.

Trong nghiên cứu này có trong 50 bệnh nhân mời khám lại và 22 bệnh nhân thông tin qua điện thoại.

Tỉ lệ phục hồi với các vật liệu thay thế từ xương tự thân đến Cespac đến PEEK đã áp dụng đều có tỉ lệ phục hồi thần kinh như nhau.

4.6.2. Kết quả phục hồi độ ưỡn cột sống cổ sau mổ

Trong 72 bệnh nhân đều đặt dụng cụ thay thế ĐĐ, nên mức độ phục hồi tương đối cao. Profeta R. (2000) thấy khi chiều cao gian đốt sống được duy trì tốt ($>5\text{mm}$), tỷ lệ đau tái phát chỉ có 5,7%. Ngoài ra độ ưỡn còn phụ thuộc vào số tầng cố định.

4.6.3. Biện chứng trên hình ảnh cận lâm sàng lần theo dõi cuối

NCS nhận thấy nếu đặt mảnh ghép chắc vào mặt tiếp xúc của mặt trên của đốt sống dưới và mặt dưới của đốt sống trên tốt, cố định cổ đúng thì quá trình hàn xương xảy ra tốt hơn và nhanh hơn,

4.6.3.1. Khớp giả (bảng 3.37)

Đây là trường hợp hiếm gặp Theo đáng giá độ liền xương của BRIDWELL là độ IV. Các tác giả nước ngoài báo cáo những biến chứng sau khi đặt PEEK. Tỷ lệ hàn xương 100% không có trường hợp nào khớp giả. Nghiên cứu này có 1 trường hợp khớp giả chiếm 2,22%, trong số 45 tầng đặt PEEK có lẽ đây là trường hợp đầu tiên.

4.6.3.2. Thoái hóa đốt liên kế

Thời gian theo dõi trung bình $24,25 \pm 6,4$ tháng. Có 2 bệnh nhân chiếm 4,65%. Tỷ lệ thoái hóa của NCS là: 2,27%/ năm. Theo các tác giả nghiên cứu chứng minh tỷ lệ bệnh lý của tầng trên dưới của đoạn sống cổ hàn xương và mổ lỗi trước là 2,9% mỗi năm mặc dù Kaplan-Meter tiên đoán rằng 25,6% những bệnh nhân sẽ có thoái hoá sau 10 năm. Nên nguy cơ này liên quan đến bệnh cảnh thoái hóa cột sống hơn là những thất bại do kỹ thuật mổ và có thể không ảnh hưởng bởi phương pháp mổ. Hầu hết những triệu chứng ở tầng trên dưới xuất hiện không đáp ứng với điều trị nội.

4.6.3.3. Đánh giá độ lún của PEEK vào thân đốt sống.

Đánh giá theo dõi X quang: Theo Sung-Kon-Ha (2008), X quang thường quy được chụp sau phẫu thuật, 06 tháng, 12 tháng và sau 16 tháng sau phẫu thuật. Ở lần theo dõi cuối cùng ở các tư thế nghiêng, cúi ngửa. Nếu chiều cao lún hơn 3mm được xem có tình trạng lún của mảnh ghép. Hầu hết các trường hợp này có mối tương quan giữa việc tăng diện tích lỗ liên hợp với chiều cao mảnh ghép khi so sánh với kết quả trước mổ với kết quả sau mổ của Colpan và cộng sự cho thấy chiều cao đĩa đệm sau mổ tăng hơn so với chiều cao đĩa đệm trước mổ, và độ lún dụng cụ vào thân đốt >3mm có ảnh hưởng đến diện tích lỗ liên hợp.

4.6.3.4. Mảnh ghép di chuyển (2 trường hợp chiếm 2,32%).

Trong 2 bệnh nhân này sau khám lại đều có triệu chứng đau ở cổ, thỉnh thoảng có những cơn đau cộng với tê buốt dọc xuống bàn tay. Có lẽ là do lỗi về kỹ thuật chuyên môn lúc đặt PEEK.

4.6.3.5. Đặt nẹp vít không đúng vị trí

NCS thấy 3 bệnh nhân (5,17%) đều có 3 hướng lệch khác nhau là do khi mổ không theo qui định là phải xác định đúng đường giữa để đặt nẹp cho đúng trục giữa (giữa 2 khối cơ dài cổ trước cột sống), xác định bờ trên của đốt sống trên và bờ dưới của đốt sống dưới khi đặt nẹp, tránh đầu nẹp vượt quá mặt đốt sống. Nên đặt đầu nẹp cách bờ trên và dưới thân đốt tối thiểu 5mm.

4.6.3.6. Thoát vị trên – dưới tầng cổ định.

Số liệu nghiên cứu của NCS có 2 trường hợp (2,32%). 1 thoát vị ở tầng trên, 1 thoát vị ở tầng dưới của tầng cổ định.

Cũng như hội chứng thoái hóa ở tầng trên – dưới tầng cổ định (Hội chứng liền kề), đĩa đệm phải gánh thêm lực tác động có thể làm cho đĩa đệm nhanh thoái hóa dễ rách vòng sợi làm cho nhân nhầy thoát ra ngoài tạo nên thoát vị.

4.6.3.7. Đau vùng lấy xương ghép (Mào chậu).

Có 2/7 trường hợp (28,57%).(bảng 3.37)

Hiện tại lấy xương ghép ở mào chậu thì tỉ lệ đau tại vùng lấy ghép là rất cao. Theo tác giả nước ngoài khi lấy xương ghép ở cánh chậu tỉ lệ đau là 4/13 bệnh nhân, Số liệu của NCS cũng phù hợp với tác giả trên. Hiện nay đa số các trường hợp thay đĩa đệm bằng vật liệu thay thế đều dùng xương tổng hợp, nên tránh được các biến chứng như: Đau, máu tụ, sẹo, nhiễm khuẩn.

4.7. Kết quả phục hồi chung:

Tổng số điểm TANAKA trước mổ 11.94 ± 1.72 .

Sau mổ $17.06 \pm 2,17$ ($p < 0,01$)

Tổng số điểm JOA trước mổ $13,54 \pm 1.79$.

Sau mổ 15.78 ± 2.28 ($p < 0,01$)

Tỉ lệ phục hồi trong hội chứng Rễ cao hơn hội chứng Tủy, hội chứng tủy-rễ.

Rất tốt và tốt: 87, 49%. Tạm chấp nhận 11,11%. Xấu 1,40%.

Kết quả của NCS cũng phù hợp với các tác giả như: KOKUBUN tỉ lệ tốt 83%. Nguyễn Đình Hưng tốt và rất tốt đạt 92,5%.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 72 bệnh nhân được phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng đường cổ trước bên, có dùng vật liệu thay thế và hỗ trợ của kính vi phẫu tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 07/2006 đến tháng 06/2009, tôi rút ra kết luận sau:

1. Chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ:

1.1. Lâm sàng

- Triệu chứng sớm nhất và thường gặp nhất của thoát vị đĩa đệm cổ là đau cổ và vai gáy, luôn có trong 3 hội chứng.

- Hội chứng: chèn ép rễ (30,5%): Đau dọc theo rễ thần kinh chi phối tỉ lệ chiếm 100%.

- Hội chứng chèn ép tủy (52,8%): Rối loạn vận động và cảm giác ở chi trên, chi dưới. Tăng phản xạ chi dưới tỉ lệ chiếm 97,3%.

- Hội chứng chèn rễ - tủy (16,7%): Đủ các triệu chứng của rễ và tủy. Đặc biệt có rối loạn cơ tròn 83,3%.

1.2. Chẩn đoán hình ảnh:

- X.Quang qui ước (100%) giúp xác định tình trạng xương, giảm chiều cao gian đốt, giảm độ cong sinh lý cột sống cổ là các hình ảnh gián tiếp của thoát vị đĩa đệm.

- Chụp cắt lớp vi tính (20,83%) giúp phát hiện các bệnh lý của xương, thân đốt sống, lỗ liên hợp...

- Chụp cộng hưởng từ cột sống cổ (100%) là phương pháp tin cậy có giá trị cao trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm, là cơ sở trong điều trị phẫu thuật.

2. Điều trị

2.1. Phương pháp mổ theo Smith- Robinson có sự trợ giúp kính vi phẫu:

72 trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật theo đường mổ cổ trước bên có những ưu điểm:

+ Đường mổ này ít phải cắt cơ và các tổ chức phần mềm, trực tiếp vào nguyên nhân gây chèn ép

+ Với sự hỗ trợ của kính vi phẫu góp phần giải quyết tốt các nguyên nhân chèn ép, tránh được các biến chứng khi phẫu thuật bằng mắt thường.

2.2. Kết quả phẫu thuật

Tỉ lệ phục hồi ở thời gian hậu phẫu là triệu chứng đau dị cảm dọc theo rễ thần kinh chi phối và giảm tăng phản xạ gân xương.

Tỉ lệ phục hồi trong 3 hội chứng không phụ thuộc vào số tầng thoát vị, vật liệu thay thế đĩa đệm. Kết quả phục hồi phụ thuộc vào thời gian mắc bệnh và thời điểm mổ.

- Điểm TANAKA	Trung bình trước mổ	11.94 ± 1.72,
	Trung bình sau mổ	17.32 ± 2.17.
Điểm JOA	Trung bình trước mổ	12.76 ± 1.79,
	Trung bình sau mổ	16.04 ± 1.88.

Đánh giá phân loại tỉ lệ phục hồi (RR)

+ Rất tốt	: 47, 22%
+ Tốt	: 40, 27%
+ Tạm chấp nhận	: 11, 11%.
+ Xấu	: 1,40%.

Áp dụng thang điểm JOA cải tiến và thang điểm TANAKA đánh giá kết quả phục hồi thần kinh cụ thể, chính xác và dễ thực hiện.

Kiến nghị

- 1/ Mạng lưới Y tế cơ sở nên tạo điều kiện để người bệnh khi có triệu chứng đau cổ sau khi điều trị nội 3-6 tuần không giảm, thì cần chụp cộng hưởng từ. Nên có danh mục này trong bảo hiểm y tế.
- 2/ Cần hướng dẫn tập vật lý trị liệu thích hợp với bệnh lý cột sống cổ trong thời gian ở tại nhà.
- 3/ Định kỳ khám lại ở các cơ sở chuyên khoa 03 tháng, 06 tháng một lần.
- 4/ Nếu là cán bộ công chức, người lao động... nên hướng dẫn chế độ làm việc thích hợp để giảm thiểu những biến chứng sau mổ (đau, rối loạn cảm giác vận động).