

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SAU MỔ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Huyền My¹, Nguyễn Thị Thanh Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ tại bệnh viện Châm cứu Trung ương. **Đối tượng:** 60 bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, nghề nghiệp chủ yếu là lao động nặng (65%), thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm 71,7%. Thoát vị đĩa đệm vị trí C4 - C5 và C5-C6 chiếm tỷ lệ cao, thường gặp thoát vị đĩa đệm một tầng. Hội chứng cột sống cổ: Co cứng cơ cạnh sống (chiếm 100%), co cứng cơ cạnh sống (chiếm 90%) và hạn chế vận động cột sống cổ (chiếm 100%). Hội chứng rễ thần kinh: Đau cổ vai lan xuống tay (chiếm 86,7%), rối loạn cảm giác theo kiểu rễ (chiếm 80%) và rối loạn phản xạ chi trên (chiếm 33,3%). Phương pháp mổ mở chiếm 50%.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, Phẫu thuật, Đặc điểm lâm sàng, Hội chứng cột sống cổ, Hội chứng rễ thần kinh.

SUMMARY

Objective: To investigate the clinical characteristics of patients after their surgery for cervical disc herniation at National Hospital of Acupuncture. **Subjects:** 60 patients after a surgery for cervical disc herniation. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** The proportion of the men were higher than the women. Most patients were engaged in heavy labor (65%). The duration of the disease was over 3 months in 71.7% of cases. Cervical disc herniation at C4-C5 and C5-C6 levels was most prevalent, and single-level herniation was common. Cervical Spine Syndrome: Paravertebral muscle spasm (100%), paravertebral muscle stiffness (90%), and limited cervical spine mobility (100%). Radicular Syndrome: Neck and shoulder pain radiating to the arm (86.7%), sensory disturbances in a radicular pattern (80%), and upper limb reflex disorders (33.3%). Open surgery was performed in 50% of cases.

Keywords: Cervical disc herniation, surgery, clinical features, cervical spine syndrome, nerve root syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ (TVĐĐ CSC) là bệnh lý rất thường gặp trong y học nói chung và trong chuyên ngành thần kinh nói riêng. Tại Việt Nam, theo Trần Ngọc Ân,

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương,
²Trường Đại học Y Hà Nội
Tác giả liên hệ: Nguyễn Huyền My
Email: drhuyenmy@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/12/2024
Ngày phản biện: 23/3/2025
Ngày đăng bài: 22/4/2025



TVĐĐ CSC gặp tới 40 % trong số thoát vị cột sống nói chung thấy bệnh có xu hướng gia tăng.[1] TVĐĐ CSC có thể khởi phát đột ngột do chấn thương, hoặc diễn biến từ từ do quá trình thoái hóa nhân nhầy và bao xơ. Phẫu thuật để điều trị TVĐĐ CSC có nhiều phương pháp như: Lấy đĩa đệm nổi trước, tiếp cận nổi sau, phẫu thuật cắt đĩa đệm, cố định, hàn xương liên thân đốt sống trước, giải ép cột sống cổ lồi sau, mở lỗ liên hợp lồi sau. Một số nghiên cứu gần đây trên thế giới về 179 quy trình phẫu thuật thì phẫu thuật cột sống được đánh giá là một trong 6 loại phẫu thuật gây ra mức độ đau sau phẫu thuật là nhiều nhất.[2] Hiện nay ở Việt Nam, phẫu thuật TVĐĐ CSC bằng phương pháp mổ phẫu thuật cắt đĩa đệm, cố định, hàn xương liên thân đốt sống trước vẫn được áp dụng nhiều nhất.[3] Hàng năm, Bệnh viện Châm cứu Trung ương tiếp cận hàng trăm bệnh nhân sau mổ TVĐĐ CSC. Do đó, theo dõi diễn biến lâm sàng giúp đánh giá mức độ phục hồi sau phẫu thuật, từ đó xác định hiệu quả của phương pháp điều trị đã áp dụng. Việc nắm bắt các đặc điểm lâm sàng của người bệnh sau phẫu thuật TVĐĐ CSC giúp người thầy thuốc có hướng xử trí phù hợp nhằm mang lại hiệu quả và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ tại bệnh viện Châm cứu Trung ương"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHHD:

- Tuổi ≥ 18 , tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân sau phẫu thuật TVĐĐ CSC từ ngày thứ 3 - 5, dựa trên lâm sàng có mức độ đau theo thang điểm VAS: $2 < VAS \leq 6$ điểm.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

Bệnh nhân sau mổ TVĐĐ CSC kèm theo các bệnh lý tim, phổi, gan, thận cấp tính; bệnh lý loét dạ dày tá tràng tiến triển, tiền sử chảy máu đường tiêu hóa. Tham gia quy trình nghiên cứu với thuốc và thiết bị khác. Tồn thương da, bầm lõm hoặc mô sẹo tại một điểm nhĩ áp bất kỳ. Không tuân thủ theo nghiên cứu, bỏ điều trị ≥ 3 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Gồm 60 bệnh nhân đã phẫu thuật CSC do TVĐĐ được điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 6/2024.

2.2.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, vị trí TVĐĐ, số tầng TVĐĐ.

- Đặc điểm lâm sàng:

- + Triệu chứng cơ năng: mức độ đau, hướng đau lan, vị trí đau, tính chất đau, rối loạn cảm giác.

- + Triệu chứng thực thể: hội chứng cột sống, hội chứng rễ thần kinh.

- + Đặc điểm phẫu thuật: Phương pháp phẫu thuật.

3. Xử lý số liệu

Số liệu trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng bảo vệ luận văn Thạc sỹ của Trường Đại học Y Hà Nội và được sự cho phép của bệnh viện Châm cứu Trung ương. Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu và mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số		Bệnh nhân (n = 60)	
		n	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi	18 - 29	1	1,7
	30 - 39	6	10,0
	40 - 49	10	16,7
	50 - 59	15	25,0
	≥ 60	28	46,7
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		57,10 ± 13,25	
Giới	Nam	44	73,3
	Nữ	16	26,7
Nghề nghiệp	Lao động nhẹ	21	35,0
	Lao động nặng	39	65,0
Thời gian mắc bệnh	≤ 1 tháng	5	8,3
	1 tháng - 3 tháng	12	20,0
	3 đến 6 tháng	21	35,0
	> 6 tháng	22	36,7
Vị trí TVDD	C2 - C3	5	8,3
	C3 - C4	12	20,0
	C4 - C5	38	63,3
	C5 - C6	36	60,0
	C6 - C7	9	30,0
Số tầng TVDD	1 tầng	31	51,7
	2 tầng	18	30,0
	≥ 3 tầng	11	18,3

Đa số bệnh nhân TVDD xảy ra nhiều ở tuổi trên 30, trong đó độ tuổi gặp nhiều nhất thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm nhiều nhất với 46,7%. Tỷ lệ bệnh nhân nam bị TVDD cao hơn nữ giới. Bệnh nhân lao động nặng chiếm đa số (65%). Số lượng bệnh nhân mắc bệnh trên 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (71,7%). Vị trí TVDD tại C4-C5 chiếm 63,3% và C5 – C6 chiếm tỷ lệ cao (60,0%). TVDD 1 tầng chiếm tỷ lệ cao nhất (51,7 %).



3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng cơ năng		Bệnh nhân (n = 60)	
		n	%
Vị trí rối loạn cảm giác	Rối loạn cảm giác nông (đau, tê bì) ở vai và mặt ngoài cánh tay	26	43,3
	Rối loạn cảm giác ở mặt ngoài cẳng tay và ngón cái	25	41,7
	Rối loạn cảm giác ở ngón giữa	9	15,0
Đau lan dọc theo dây thần kinh cổ		54	90,0
Vị trí đau	Bên phải	14	23,3
	Bên trái	14	23,3
	2 bên	32	53,3
Tính chất đau	Đau khi nghỉ	4	6,7
	Đau liên tục	12	20,0
	Đau khi vận động, ho, hắt hơi	44	73,3
Mức độ đau theo VAS	Đau nhẹ	1	1,7
	Đau vừa	20	33,3
	Đau nặng	39	65,0

Tỷ lệ bệnh nhân tê bì cả ở vai, mặt ngoài cánh tay chiếm 43,3%, tỉ lệ bệnh nhân tê bì mặt ngoài cẳng tay và ngón cái chiếm 41,7%. Hầu hết bệnh nhân đau lan dọc theo đường đi dây thần kinh cổ (90,0%), bệnh nhân đau cả 2 bên chiếm tỉ lệ cao với 53,3%, đa số các bệnh nhân đau kiểu cơ học, đau khi vận động, ho, hắt hơi (73,3%) và mức độ nặng theo thang điểm VAS chiếm đa số (65,0%).

Bảng 3. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân nghiên cứu

Khám thực thể		Bệnh nhân (n = 60)	
		n	%
Hội chứng cột sống cổ	Đau cột sống cổ	60	100
	Co cứng cơ cạnh CSC	55	91,7
	Hạn chế vận động CSC	60	100
Hội chứng rễ thần kinh	Đau cổ vai lan xuống tay	51	85,0
	Rối loạn cảm giác theo rễ	51	85,0
	Rối loạn phản xạ chi trên	19	31,7

Hầu hết bệnh nhân có đau cột sống cổ chiếm 100%, bệnh nhân co cứng cơ cạnh CSC chiếm 91,7%, hạn chế vận động CSC chiếm 100%. Bệnh nhân đau cổ vai lan xuống tay chiếm 85,0%, rối loạn cảm giác theo rễ chiếm 85,0% và rối loạn phản xạ chi trên chiếm tỉ lệ 31,7%.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

Phẫu thuật		Bệnh nhân (n = 60)	
		n	%
Phương pháp phẫu thuật	Mở mở hàn xương liên thân đốt lồi trước hoặc cắt cung sau cột sống	30	50,0
	Thay thế đĩa đệm nhân tạo	12	20,0
	Phẫu thuật nội soi	18	30,0

Phương pháp phẫu thuật mở hàn xương hoặc cắt cung sau đốt lồi trước hoặc cắt cung sau cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), phẫu thuật nội soi chiếm 30% và thay thế đĩa đệm nhân tạo chiếm 20%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình các bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi là $57,10 \pm 13,25$ (tuổi), phần lớn bệnh nhân trên 50 tuổi. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương kết quả của một số nghiên cứu khác. Theo kết quả nghiên cứu của Đinh Trung Hiếu, tuổi trung bình là $54,31 \pm 11,00$ tuổi [4]; nghiên cứu của Nguyễn Văn Chiến tuổi trung bình là $50,59 \pm 12,43$. [5] Các nghiên cứu đều cho thấy người bệnh đa số trong độ tuổi lao động, đĩa đệm cột sống phải chịu tác động trọng tải lớn và các chấn thương, cột sống cổ phải cố định trong một tư thế thời gian lâu và các vi chấn thương trong quá trình làm việc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam giới có xu hướng nhiều hơn nữ giới, nam chiếm 73,3% và nữ chiếm 26,7%, có thể do họ phải làm những công việc nặng nhọc, vất vả hơn. Một số các nghiên cứu cũng cho thấy có sự tương đồng. Nghiên cứu của Đinh Trung Hiếu, tỷ lệ nam giới chiếm 57%, nữ giới chiếm 43% [4]; nghiên cứu của Phạm Như Dũng, tỷ lệ nam giới chiếm 53,9%, nữ giới chiếm 46,1%. [6] Mặc dù tỷ lệ nam giới có xu hướng tăng hơn nữ giới nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Như vậy giới tính không phải đặc trưng của TVĐĐ CSC. Điều này phù hợp với sự phân công lao động trong điều kiện kinh tế xã hội hiện nay, cả nam và nữ đều có thể tham gia lao động và hoạt động xã hội như nhau mà không phân biệt giới tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nghề nghiệp của bệnh nhân được xếp làm hai nhóm đó là người lao động nặng bao gồm công nhân, nông dân hoặc người mang vác, bưng bê hoặc thường xuyên làm việc nặng khác; nhóm lao động nhẹ bao gồm: Cán bộ hưu, nhân viên văn phòng, giáo viên... Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm lao động nặng chiếm tỷ lệ lớn (65,0%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Tuyên (2016), bệnh nhân lao động nặng chiếm 60%. [7] Như vậy, các công việc lao động nặng, mang vác nặng thường xuyên, tư thế lao động sai, lặp đi lặp lại trong thời gian dài gây áp lực làm tăng thêm áp lực đĩa đệm làm tổn thương đĩa đệm và các cấu trúc cột sống cổ tạo điều kiện cho thoát vị CSC xảy ra.



Theo nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân được chẩn đoán TVĐĐ > 3 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất (71,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thành Tuyên (2010), bệnh nhân được chẩn đoán TVĐĐ > 3 chiếm tỉ lệ 76,7%.[8] Thông thường, khi người bệnh khi được chẩn đoán TVĐĐ sẽ được điều trị nội khoa và phương pháp điều trị ngoại sẽ sẽ được áp dụng nếu điều trị nội khoa thất bại. Nhiều người chủ quan, xem nhẹ các triệu chứng ban đầu, điều này dẫn đến việc bỏ lỡ giai đoạn điều trị bảo tồn hiệu quả, khiến bệnh tiến triển nặng, gây tổn thương rễ thần kinh. Vì vậy, đa phần bệnh nhân khi có chỉ định phẫu thuật thì đã có thời gian mắc bệnh kéo dài.

TVĐĐ 1 tầng chiếm đa số với 51,7%, 2 tầng chiếm 30%, trong đó thoát vị đĩa đệm hay gặp nhất ở vị trí C4-C5 và C5-C6. Điều này phù hợp với nhận định của các tác giả trên thế giới, đó là đĩa đệm C4 – C5 và C5 – C6 là hai đĩa đệm phải chịu toàn bộ sức nặng của cơ thể và tải trọng bổ xung trong các hoạt động hàng ngày, hơn nữa đây là nơi vận động có biên độ lớn nhất và trong những điều kiện nhất định, các lực tác động cơ học là yếu tố khởi phát thoát vị.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đau cột sống cổ chiếm 100%, triệu chứng co cứng cơ cạnh sống cổ ở nhóm NC là 90,0%, ở nhóm ĐC là 93,3%; triệu chứng hạn chế vận động CSC ở hai nhóm NC và nhóm ĐC là 100%. Quá trình TVĐĐ làm vòng sợi bị đứt một phần hay toàn bộ, nhân nhầy tụt ra phía sau đè ép

vào rễ thần kinh và các tổ chức xung quanh gây đau, đau vùng cột sống cổ là biểu hiện đầu tiên của TVĐĐ CSC, đau phía sau cổ tăng khi ngửa cổ và đặc biệt là xoay đầu nên nghĩ nhiều đến bệnh lý của đĩa đệm, sau đó là triệu chứng khác càng ngày càng tăng như rối loạn cảm giác, rối loạn phản xạ. Thêm vào đó những thay đổi thứ phát sau mổ TVĐĐ CSC như: phù nề các mô xung quanh, ứ đọng tĩnh mạch, các quá trình viêm, dính... làm cho đau, co cơ cạnh sống nhiều hơn. Quá trình đau và co cơ nhiều khiến cho bệnh nhân hạn chế vận động CSC. Biểu hiện như: giảm xoay, mất xoay cột sống cổ hoặc cột sống bị cong đảo ngược. Các động tác cử động đều giảm biên độ hoạt động, chủ yếu là hạn chế khả năng quay cổ và khả năng cúi.

Trong hội chứng rễ thần kinh, đa số bệnh nhân đau lan dọc theo dây thần kinh cổ (90%) và tê bì, rối loạn cảm giác ở vai và mặt ngoài cánh tay (43,3%). Tỉ lệ bệnh nhân rối loạn cảm giác ở mặt ngoài cẳng tay và ngón cái chiếm 41,7%. Điều này cho thấy đa số các bệnh nhân nghiên cứu bị cổ vai cánh tay do TVĐĐ mức độ nặng và cần điều trị bằng phương pháp phẫu thuật. Biểu hiện sớm nhất của bệnh nhân đau cổ vai cánh tay do TVĐĐ CSC là đau, đây cũng là nguyên nhân chính làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và phải nhập viện điều trị. 73,3% bệnh nhân đau khi vận động, ho, hắt hơi; đó là biểu hiện cho đau thần kinh cổ có tính chất cơ học. Đau xuất hiện và tăng lên khi tải trọng cơ học tác động lên CSC tăng lên. Ngoài ra, đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, đa số bệnh nhân có mức độ đau vừa (33,3%) và đau nặng (65,0%). Mức độ

đau này cũng phù hợp cho bệnh nhân sau mổ TVDD, ngoài đau do hội chứng cổ vai cánh tay, bệnh nhân còn đau do tổn thương mô mềm sau phẫu thuật. Quá trình tổn thương rễ cổ làm bệnh nhân đau cổ vai lan xuống tay, đây là triệu chứng thường gặp khi khám thường cho bệnh nhân có biểu hiện, đau từ cổ lan xuống vai, xuống cánh tay, cẳng tay và các ngón tay theo vệt dọc, thường mất trước cánh tay đến ngón cái, mất trong cánh tay, cẳng tay đến ngón út, và thường đi kèm với giảm hay mất cảm giác nông vùng da đó, người bệnh xuất hiện đau đột ngột hoặc đau từ từ. Rối loạn cảm giác theo rễ thường xuất hiện sau triệu chứng đau, một số ít xuất hiện với triệu chứng đau.

Trong khi khám để đánh giá và phát hiện nhanh các rễ thần kinh bị tổn thương, chúng tôi khám ngón cái để xác định tổn thương rễ C6, khám ngón giữa trong tổn thương rễ C7, khám ngón út trong tổn thương rễ C8, nếu tê cả năm đầu ngón tay thường bệnh nhân bị chèn ép cả 3 rễ trên. Các vị trí rối loạn cảm giác này đa số phù hợp với chèn ép rễ trên cộng hưởng từ trong những trường hợp có hội chứng chèn ép rễ đơn thuần do thoát vị. Như vậy triệu chứng rối loạn cảm giác kiểu rễ cổ có thể có giá trị trong việc xác định mức rễ bị tổn thương trong thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Nhiều tác giả trong và ngoài nước, khi nghiên cứu về triệu chứng rối loạn cảm giác kiểu rễ cổ trong nhóm thoát vị cũng đưa ra nhiều tỷ lệ khác nhau. Nguyễn Đức Hiệp (2000). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, Sarker, tỷ lệ này cũng dao động từ 48% đến 92%.[9]

Rối loạn phản xạ kiểu rễ cổ hay gặp ở

bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Khi khám bệnh nhân bị mất hay giảm phản xạ gân cơ nhị đầu khi tổn thương rễ C5, giảm hay mất phản xạ chày quay khi tổn thương rễ C6, giảm hoặc mất phản xạ gân cơ tam đầu khi tổn thương rễ C7. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tâm (2002). Nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đối chiếu với phẫu thuật.[10] Điều này có thể được giải thích vì quá trình phẫu thuật gây tổn thương mạch máu, thần kinh ngoại vi cộng với bệnh nhân đau nhiều, hạn chế vận động sau phẫu thuật làm giảm phản xạ gân xương trên bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi. Do vậy, vận động sớm trên bệnh nhân sau mổ góp phần quan trọng vào phục hồi chức năng và hạn chế các thương tật thứ cấp, giúp bệnh nhân sớm trở lại với sinh hoạt thường ngày.

4.3 Đặc điểm phẫu thuật của bệnh nhân nghiên cứu

Mục đích phẫu thuật là giải phóng chèn ép tủy và rễ thần kinh, trả lại khả năng hoạt động bình thường cho bệnh nhân. Có 3 phương pháp mổ chính: Mổ mở hàn xương liên thân đốt lồi trước hoặc cắt cung sau cột sống, thay thế đĩa đệm nhân tạo và phẫu thuật nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp phẫu thuật mổ mở hàn xương liên thân đốt lồi trước hoặc cắt cung sau cột sống hoặc cắt cung sau cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,0% ở nhóm NC và 40,0% ở nhóm ĐC, phương pháp phẫu thuật nội soi và thay thế đĩa đệm nhân tạo chiếm lần lượt 26,7% và 13,3% tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu. Phẫu thuật



mở mở cắt đĩa đệm, cố định, hàn xương liên thân đốt lõi trước có thể tiếp cận tới cột sống cổ từ C3- C7, đôi khi C2- C3 hoặc C7 – T1. Lợi ích của phương pháp phẫu thuật này là giúp lấy bỏ những chồi xương và đĩa đệm, hàn xương vào khoang đĩa đệm, hỗ trợ làm vững cột sống, lấy được thoát vị đĩa đệm trung tâm. Phẫu thuật nội soi và thay thế đĩa đệm nhân tạo ít xâm lấn hơn, thời gian hồi phục nhanh hơn, tuy nhiên đòi hỏi kỹ thuật cao, chi phí lớn và chưa được áp dụng rộng rãi.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 60 bệnh nhân mổ TVĐĐ CSC, chúng tôi rút ra một kết luận sau:

Tỉ lệ nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới, nghề nghiệp chủ yếu là lao động nặng (65,0%). Thời gian mắc bệnh trên 3 tháng chiếm 71,7%. TVĐĐ vị trí C4-C5 và C5-C6 chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 63,3% và 60,0%, thường gặp TVĐĐ một tầng chiếm tỉ lệ 51,7%.

Hội chứng cột sống cổ biểu hiện triệu chứng đau cột sống cổ chiếm 100%, co cứng cơ cạnh CSC chiếm 91,7%, hạn chế vận động CSC chiếm 100%. Hội chứng rễ thần kinh có biểu hiện bệnh nhân đau vai lan xuống tay (85,0 %), rối loạn cảm giác theo rễ chiếm 85,0% và một số ít bệnh nhân có rối loạn phản xạ chi trên chiếm 31,7%.

Phương pháp mổ mở được áp dụng phổ biến nhất chiếm tỉ lệ cao với 50,0%, còn lại là phương pháp phẫu thuật thay thế đĩa đệm nhân tạo chiếm 20,0% và phẫu thuật nội soi chiếm 30,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan.** Phác đồ chẩn đoán và điều trị bệnh cơ xương khớp thường gặp. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2005: 145-149.
2. **“H. J. Gerbershagen, S. Aduckathil, A. J. M. van Wijck, L. M. Peelen, C. J. Kalkman, and W. Meissner,** ‘Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures, *Anesthesiology*. vol. 118, no. 4, pp. 934–944, Apr. 2013, doi: 10.1097/ALN.0b013e31828866b3.
3. **Dương Cham Uyên, H.K.C.** Điều trị phẫu thuật cột sống cổ bằng đường cổ trước bên. Tạp chí y học thực hành; 1999.
4. **Đinh Trung Hiếu,** Nghiên cứu đặc điểm chẩn đoán điện trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ trước phẫu thuật. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
5. **Nguyễn Văn Chiến,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ tại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2014.
6. **Phạm Như Dũng,** Kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm và hàn xương liên thân đốt. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
7. **Nguyễn Mạnh Tuyên,** Kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp lấy đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống lõi trước. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
8. **Nguyễn Thành Tuyên,** Đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp của bài tập Mc Kenzie trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2010.
9. **Nguyễn Đức Hiệp.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ Nội trú, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; 2000.
10. **Nguyễn Thị Tâm.** Nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đối chiếu với phẫu thuật. Luận án tiến sỹ khoa học y dược, Học viên quân y; 2002.