

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LỰC BẰNG PHƯƠNG PHÁP GIẢM ÁP ĐĨA ĐỆM QUA DA BẰNG LASER

*Nguyễn Văn Chương\**

### TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 39 bệnh nhân (BN) thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng (CSTL). Kết quả cho thấy:

\* *Về lâm sàng*: các triệu chứng sau có tỷ lệ quan sát > 74,0%: chỉ số Schober (giảm), dấu hiệu chuông bấm (+), dấu hiệu Lasègue ấn đau (+), hệ thống các điểm Valleix ấn đau dọc thần kinh hông to, đau có tính chất cơ học, vẹo cột sống và thay đổi đường cong sinh lý CSTL.

\* *Về hình ảnh cộng hưởng từ*: thoát vị một tầng có tỷ lệ cao nhất (74,36%) còn lại thoát vị đa tầng. TVĐĐ L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> và L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> có tỷ lệ cao nhất (43,58% và 23,08%), thoát vị thể sau bên 69,23%, đáng lưu ý là thoát vị ra trước 43,59% trong đó thoát vị ra trước đa tầng 23,08%.

So sánh 2 phương pháp điều trị bảo tồn và giảm áp đĩa đệm qua da bằng laser (PLDD) cho thấy: với phương pháp điều trị bảo tồn: tốt 65%, trung bình 25%, không đạt 10%; với phương pháp điều trị bằng PLDD: tốt 57,89%, trung bình 31,58% và không đạt 10,53%. Mức độ phục hồi các triệu chứng của hai nhóm BN khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

\* Từ khoá: Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng; Giảm áp đĩa đệm qua da bằng laser.

## THE RESULT OF TREATMENT OF LUMBAR DISCAL HERNIATION BY PERCUTANEOUS LASER DISC DECOMPRESSION

*Nguyen Van Chuong*

### SUMMARY

*After studying 39 patients with lumbar discal herniation, the results showed that:*

- *Clinical characteristics: the following symptoms and signs appeared with high rate: mechanic pain (89.74%), pain radiating down the leg (94.87%), decreased Schober - index (100%), positive sign of ringed bell (100%), positive Lasègue sign (100%). Discal herniation at L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> and L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> with high rate (45.58 and 23.08%), posterior - lateral discal herniation was most seen (69.23%).*

- *Clinical efficacy of PLDD:*

+ *The rate of very good and good results gained in patients treated with PLDD was as good as those in patients undergone conservative treatment.*

+ *The rate of satisfied results of both patients groups was equal.*

\* *Key words: Lumbar discal herniation; Percutaneous laser disc decompression.*

\* *Bệnh viện 103*

*Phản biện khoa học: GS. TS. Vũ Hùng Liên*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm CSTL là một bệnh hay gặp trên lâm sàng, chiếm 23% số BN vào điều trị tại Bộ môn - Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện 103. Theo Lambert, 63% đau thắt lưng là do TVĐĐ, các tác giả trong nước nhận thấy 80% BN có hội chứng thắt lưng hông còn trong độ tuổi lao động là do bệnh lý đĩa đệm. Bệnh thường gặp ở cả nam và nữ, chủ yếu xảy ra ở người đang độ tuổi lao động. Do đó, bệnh gây ảnh hưởng nhiều tới hoạt động nghề nghiệp - sinh hoạt của BN, là một gánh nặng cho xã hội [2, 3].

Để điều trị bệnh TVĐĐ CSTL, hiện nay có 3 phương pháp: điều trị bảo tồn, can thiệp tối thiểu và điều trị phẫu thuật. Trong đó phương pháp can thiệp tối thiểu mang lại nhiều lợi ích và triển vọng, là phương pháp đang được nghiên cứu áp dụng trong điều trị TVĐĐ cột sống hiện nay và tương lai, đặc biệt ở các nước phát triển. Bệnh viện 103 đã áp dụng phương pháp điều trị giảm áp đĩa đệm qua da bằng laser (percutaneous laser disc decompression, viết tắt là PLDD) từ tháng 8 - 2008. Chúng tôi đánh giá sơ bộ kết quả điều trị TVĐĐ CSTL của phương pháp PLDD nhằm mục tiêu:

*Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cộng hưởng từ và đánh giá hiệu quả điều trị TVĐĐ CSTL của phương pháp PLDD.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

- 39 BN có chẩn đoán xác định TVĐĐ CSTL được khám và điều trị nội trú tại Bộ môn - Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện 103 từ tháng 08 - 2008 đến 10 - 2008.

- Chia BN làm hai nhóm nghiên cứu.

+ Nhóm I (nhóm chứng): gồm 20 BN điều trị bằng phương pháp bảo tồn.

+ Nhóm II (nhóm bệnh): gồm 19 BN điều trị bằng phương pháp PLDD.

- *Tiêu chuẩn chọn BN:*

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng TVĐĐ CSTL của Saporta (1970), ứng dụng của Bộ môn - Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện 103 và chẩn đoán xác định bằng phương pháp chụp cộng hưởng từ.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ BN đã điều trị phẫu thuật TVĐĐ CSTL trước đó.

+ BN có bệnh lý kết hợp: chấn thương, vết thương cột sống, bệnh lý tuỷ sống, viêm đa dây thần kinh, tiểu đường, suy tim, suy gan, suy thận, ung thư cột sống, lao cột sống...

+ BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, tiến cứu, ngẫu nhiên, có đối chứng, thu thập số liệu theo mẫu thống nhất.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Thống kê các triệu chứng lâm sàng.

+ Phân tích đặc điểm phim chụp cộng hưởng từ.

+ Về điều trị:

Ở Nhóm chứng: điều trị theo phác đồ chuẩn của Bộ môn - Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện 103 (tiêm ngoài màng cứng bằng

depot medrol 40 mg pha với 3 ml novocain 1%, kéo giãn CSTL, dùng các thuốc giảm đau chống viêm non-steroids, giãn cơ, vitamin nhóm B liều cao).

Ễ Nhóm nghiên cứu: điều trị bằng phương pháp PLDD với công suất 10 - 20 W, tổng năng lượng từ 800 - 1000 J. Thực hiện dưới X quang tăng sáng và C-arm.

- Đánh giá kết quả:

+ Đánh giá theo tỷ lệ % triệu chứng theo các mức độ:

+ Đánh giá kết quả theo G.S. Yumashev và M.E. Furman, kết quả được chia thành 3 mức độ:

Ễ Tốt: triệu chứng đau giảm rõ rệt trong hoạt động hàng ngày. Chỉ khi vận động gắng sức mạnh mới có đau nhẹ và khu trú ở vùng thắt lưng. Giảm cảm giác và giảm phản xạ còn lại không đáng kể. Khả năng lao động được phục hồi.

Trung bình: triệu chứng đau xuất hiện khi gắng sức mức độ vừa và mạnh. BN giảm đau ít phải chuyển sang làm công việc nhẹ nhàng.

Ễ Kh«ng Ồạt: không có cải thiện sau điều trị, có khi còn tăng nặng, đau liên tục, tăng nặng ngay khi vận động cơ thể nhẹ nhàng. Có thể còn kèm theo rối loạn tiết niệu sinh dục. Khả năng lao động giảm sút nặng nề.

- Đánh giá tỷ lệ các triệu chứng trước và sau điều trị.

- So sánh điểm lâm sàng trước và sau điều trị để đánh giá kết quả điều trị của từng phương pháp và so sánh kết quả của hai phương pháp với nhau.

- Xử lý kết quả bằng thuật toán thống kê y học.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung.

Bảng 1: Phân bố BN theo tuổi.

TUỔI	NHÓM I		NHÓM II		p	CỘNG HAI NHÓM	
	n	%	n	%		n	%
20 - 29	9	45,00	9	47,37	> 0,05	18	46,15
30 - 39	6	30,00	4	21,05		10	25,64
40 - 49	4	20,00	4	21,05		8	20,52
50 - 59	1	5,00	2	10,53		3	7,69
Cộng	20	100	19	100		39	100

\* Tuổi nhỏ nhất 20, lớn nhất 58 tuổi, lứa tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 20 - 29 (46,15%), BN ở độ tuổi từ 20 - 49 có tỷ lệ mắc bệnh 93,31%. Không có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm nghiên cứu ( $p > 0,05$ ).

*Bảng 2: Phân bố BN theo giới.*

GIỚI	NHÓM I		NHÓM II		p	CỘNG HAI NHÓM	
	n	%	n	%		n	%
Nam	15	75,00	14	73,68	> 0,05	29	74,36
Nữ	5	25,00	5	26,37	> 0,05	10	20,51
Cộng	20	100	19	100		39	100

\* Tỷ lệ nam/nữ chung cho cả 2 nhóm là 2,9/1 (nhóm I là 3/1 và nhóm II 2,8/1). Tỷ lệ giới tính giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

*Bảng 3: Phân bố BN theo thời gian mắc bệnh.*

	NHÓM I		NHÓM II		p	CỘNG HAI NHÓM	
	n	%	n	%		n	%
< 1 tháng	1	0,50	0	0,00	> 0,05	1	2,57
1 - 6 tháng	3	15,00	3	15,79	> 0,05	6	15,38
6 - 12	11	55,00	12	63,16	> 0,05	23	58,97
> 12 tháng	5	25,00	4	21,05	> 0,05	9	23,08
Cộng	20	100	19	100		39	100

\* Thời gian mắc bệnh từ 6 - 12 tháng có tỷ lệ cao nhất (58,97%). Sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Bảng 4: Phân bố BN theo nghề nghiệp.

	NHÓM I		NHÓM II		p	CỘNG HAI NHÓM	
	n	%	n	%		n	%
Lao động trí óc	3	15,00	3	15,79	> 0,05	6	15,38
Lao động chân tay	14	70,00	15	78,95	> 0,05	29	74,36
Lao động khác	3	15,00	1	5,26	> 0,05	4	10,26
Cộng	20	100	19	100		39	100

\* BN mắc bệnh TVĐĐ ở nhóm lao động chân tay chiếm tỉ lệ cao nhất (74,36). Không có sự khác biệt về loại hình lao động giữa 2 nhóm ( $p > 0,05$ ).

## 2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm BN.

Bảng 5: Các triệu chứng lâm sàng.

LÂM SÀNG \ NHÓM	I		II		p	CỘNG 2 NHÓM	
	n	%	n	%		n	%
Đau có tính chất cơ học	18	90,00	17	89,47	> 0,05	35	89,74
Đau lan dọc theo dây thần kinh hông to	19	95,00	18	94,97	> 0,05	37	94,87
Thay đổi đường cong sinh lý CSTL	13	65,00	15	78,95	> 0,05	28	71,79
Lệnh vẹo cột sống	15	75,00	14	73,68	> 0,05	29	74,36
Chỉ số Schober (+)	20	100	19	100	> 0,05	39	100
Dấu hiệu chuông bấm (+)	20	100	19	100	> 0,05	39	100
Điểm đau Valleix (+)	20	100	19	100	> 0,05	39	100
Dấu hiệu Lasègue (+)	20	100	19	100	> 0,05	39	100
Giảm, mất cảm giác	6	30,00	8	42,10	> 0,05	14	35,90
Teo cơ	3	15,00	4	21,05	> 0,05	7	19,95

Rối loạn vận động	2	10,00	2	10,53	> 0,05	4	10,26
Rối loạn phản xạ gối, gót	9	45,00	9	47,37	> 0,05	18	46,15
Yếu tố chấn thương	10	50,00	13	68,42	> 0,05	23	58,97

\* Xét chung cả 2 nhóm: 100% số BN có chỉ số Schober giảm, dấu hiệu Lasègue (+), hệ thống điểm Vallix (+) và dấu hiệu chuông bấm (+). Các triệu chứng: đau có tính chất cơ học, đau lan dọc theo dây thần kinh hông to, giảm đường cong sinh lý cột sống có tỷ lệ cao > 73% trong nhóm BN nghiên cứu. Tỷ lệ các triệu chứng của BN trong 2 nhóm tương đương nhau, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

### 3. Một số đặc điểm cộng hưởng từ của nhóm BN.

Bảng 6: Vị trí thoát vị.

ĐẶC ĐIỂM	NHÓM	I		II		p	CẢ 2 NHÓM	
		n	%	n	%		n	%
Đơn tầng		15	75,00	14	73,68	> 0,05	29	74,36
	L <sub>3</sub> -L <sub>4</sub>	1	5,00	2	10,53	> 0,05	3	7,69
	L <sub>4</sub> -L <sub>5</sub>	9	45,00	8	42,10	> 0,05	17	43,58
	L <sub>5</sub> -S <sub>1</sub>	5	25,00	4	21,05	> 0,05	9	23,08
Đa tầng		5	25,00	5	36,84	> 0,05	10	25,64
	2 tầng	4	20,00	3	26,32	> 0,05	7	17,95
	> 2 tầng	1	5,00	2	10,53		3	7,69

\* Xét trong cả 2 nhóm: thoát vị một tầng là chủ yếu (74,36%), Thoát vị L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> chiếm tỷ lệ cao nhất (43,58%), sau đó là thoát vị L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> (23,08). Tỷ lệ các tầng thoát vị giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. 17 BN có TVĐĐ ra trước (43,59%), trong đó 9 BN thoát vị ra trước đa tầng (23,08%).

Bảng 7: Thở thoát vị trên phim MRI.

TRIỆU CHỨNG	NHÓM I		NHÓM II		p	CẢ 2 NHÓM	
	n	%	n	%		n	%
Trung tâm đơn thuần	6	30,00	4	21,05	> 0,05	10	25,64
Sau bên (phải, trái)	13	65,00	14	73,68	> 0,05	27	69,23
Vào lỗ ghép	1	5,00	1	5,26	> 0,05	2	5,13
Ra trước đơn thuần	0	0,00	0	0,00	> 0,05	0	0,00
Vào thân đốt đơn thuần	0	0,00	0	0,00	> 0,05	0	0,00

\* Xét cả 2 nhóm: thở thoát vị sau bên hay gấp nhất (69,23%). Không có BN thoát vị ra trước hoặc vào thân đốt đơn thuần. Thở thoát vị ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

#### 4. Kết quả sau điều trị ở 2 nhóm BN.

Bảng 8: Sự thay đổi của các triệu chứng trước và sau điều trị.

LÂM SÀNG	NHÓM I (n = 20)		NHÓM II (n = 19)		p
	Trước điều trị n (%)	Sau điều trị n (%)	Trước điều trị n (%)	Sau điều trị n (%)	
Đau có tính chất cơ học	18 (90,00)	5 (25,00) ***	17 (89,47)	6 (31,58) **	> 0,05
Đau lan dọc theo dây thần kinh hông to	19 (95,00)	3 (15,00) ***	18 (94,97)	4 (21,05) ***	> 0,05
Thay đổi đường cong sinh lý CSTL	13 (65,00)	6 (30,00) *	15 (78,95)	4 (21,05) **	< 0,05
Lệnh vẹo cột sống	15 (75,00)	3 (15,00) **	14 (73,68)	1 (5,26) ***	< 0,05
Chỉ số Schober (+)	20 (100)	5 (25,00) ***	19 (100)	6 (31,58) ***	> 0,05
Dấu hiệu chuông bấm (+)	20 (100)	4 (20,00) ***	19 (100)	6 (31,58) ***	> 0,05
Điểm đau Valleix (+)	20 (100)	4 (20,00) ***	19 (100)	1 (5,26) ***	> 0,05
Dấu hiệu Lasègue (+)	20 (100)	6 (30,00) ***	19 (100)	4 (21,05) ***	> 0,05

Giảm, mất cảm giác	6 (30,00)	6 (30,00) *	8 (42,10)	8 (42,11) *	> 0,05
Teo cơ	3 (15,00)	3 (15,00) *	4 (21,05)	4 (21,05) *	> 0,05
Rối loạn vận động	2 (10,00)	1 (5,00) *	2 (10,53)	1 (5,26) *	> 0,05
Rối loạn phản xạ gối, gót	9 (45,00)	6 (30,00) *	9 (47,37)	3 (15,79) *	> 0,05

*Ghi chú: thuyên giảm  $\geq 65\%$  \*\*\*; 50 đến  $< 65\%$  \*\*; thuyên giảm  $< 50\%$  hoặc tăng nặng \**  
Mức độ phục hồi các triệu chứng của 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

*\* Đánh giá kết quả điều trị theo Yumashev:*

Lượng giá theo cách đánh giá của Yumashev thấy ở nhóm nghiên cứu kết quả tốt đạt tỷ lệ cao nhất (65,00% ở nhóm I và 57,89% ở nhóm II). Nếu tính tỷ lệ BN có kết quả đạt mục đích điều trị thì nhóm I có 90,00% và nhóm II là 89,47%. Sự khác nhau về kết quả điều trị giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

## 5. Tác dụng phụ, biến chứng của 2 nhóm nghiên cứu.

Theo dõi trong 15 ngày, cả 39 BN của 2 nhóm không có biểu hiện biến chứng hoặc tác dụng phụ của thuốc.

### BÀN LUẬN

#### 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

*- Tuổi:*

So sánh nghiên cứu của các tác giả khác, kết quả của chúng tôi tương tự, Vũ Quang Bích thấy lứa tuổi 20 - 50 hay gặp nhất, Bùi Quang Tuyển lại gặp lứa tuổi 30 - 50, đồng thời Hồ Hữu Lương cho biết lứa tuổi 19 - 50 có tỷ lệ 80,8% (Nguyễn Minh Hiện 81,3%) là lứa tuổi hay gặp TVĐĐ CSTL nhất.

Đây là nhóm tuổi trong độ tuổi lao động, thường xuyên đòi hỏi các động tác làm cột sống vận động quá mức. Bên cạnh đó, ở lứa tuổi này đĩa đệm đã có

những biểu hiện thoái hoá nhất định, nhân nhày tuy còn độ căng phồng nhưng khả năng chịu tải trọng kém đi. Do đó, khi gặp động tác đột ngột, quá mức sẽ dễ dàng bị thoát vị.

*- Giới tính:*

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Quang Bích, nhưng khác so với Ngô Thanh Hải. Điều này có thể lý giải do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ nên chưa có tỷ lệ tương đương như các tác giả khác. Cũng có tác giả cho thấy tỷ lệ nam/nữ không có sự khác biệt nhiều. Trong thực tế gia đình và xã hội thấy các công việc nặng nề với cơ thể, có mức độ nặng nhọc cao thường do nam giới đảm đương, đây cũng là một yếu tố tạo tiền đề và là yếu tố khởi phát của TVĐĐ. Do đó, tỷ lệ TVĐĐ ở nam nhiều hơn nữ là hợp lý.

*- Thời gian mắc bệnh:*



Bảng 3 cho thấy, BN khám và điều trị trong khoảng 6 - 12 tháng sau bị bệnh, cao nhất tính chung cả 2 nhóm là 58,97% (nhóm I 55,0% và nhóm II là 63,6%). Những trường hợp tới khám trong vòng 1 tháng sau bị bệnh thấp nhất. Chính điều này là một trở ngại trong công tác điều trị. BN đến muộn thường có tiến độ khỏi bệnh chậm hơn, kết quả điều trị cũng kém hơn. Theo cơ chế bệnh sinh, các rễ thần kinh do đĩa đệm chèn ép sẽ bị thoái hoá myeline, sau đó thoái hoá sợi trục, nếu quá trình bệnh lý càng kéo dài thì tổn thương các rễ thần kinh càng sâu sắc và khả năng phục hồi càng chậm. Chính vì vậy, BN có thời gian mắc bệnh lâu sẽ làm kết quả điều trị chung giảm xuống.

*- Nghề nghiệp:*

Kết quả nghiên cứu ở cả 2 nhóm cho thấy đối tượng lao động chân tay có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn so với các loại hình lao động khác (74,36% so với 15,38% và 10,26%). Điều này cũng dễ hiểu vì lao động chân tay có cường độ cao nhất, cột sống chịu tải trọng cao nhất, ở tư thế bất lợi nhất. Trên nền đĩa đệm bị thoái hoá sẽ rất dễ gây lực xén cắt, khi lao động sẽ làm rách vòng sợi và gây thoát vị. Ở các ngành nghề khác, nếu tư thế lao động không đúng (cột sống vận động đột ngột, quá mức, mang tải ở tư thế bất lợi) cũng là yếu tố khởi phát làm TVĐĐ. Chúng tôi gặp nhiều trường hợp BN chỉ cúi người đột ngột nhặt đồ vật, hay chỉ vận mình ở tư thế đang nằm cũng gây ra TVĐĐ. Tỷ lệ BN của các loại hình lao động giữa 2 nhóm nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

## 2. Đặc điểm lâm sàng nhóm BN.

- Xét chung cả 2 nhóm, hầu hết BN tới khám có đầy đủ triệu chứng của hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh. 100% BN có chỉ số Schober giảm, dấu hiệu Lasègue (+), hệ thống điểm Vallix (+) và dấu hiệu chuông bấm (+). Các triệu chứng: đau có tính chất cơ học, đau lan dọc theo dây thần kinh hông to giảm đường cong sinh lý cột sống cũng có tỷ lệ cao (73% trong nhóm BN nghiên cứu). 74,36% BN thấy triệu chứng lệch vẹo cột sống, phù hợp với Vũ Hùng Liên, Bùi Quang Tuyển (72,7%) [7], trong khi con số này của Vũ Quang Bích, Nguyễn Xuân Thảo, Ngô Thanh Hồi thấp hơn (57,40%). Chúng tôi gặp > 89,0% các trường hợp có triệu chứng đau mang tính chất cơ học, lan dọc theo dây thần kinh hông to, dấu hiệu Lasègue (+), dấu hiệu chuông bấm (+) là những triệu chứng biểu hiện của tình trạng kích thích rễ, gây ra khó chịu buộc BN phải đi khám và điều trị. Theo Hồ Hữu Lương, dấu hiệu Laègue (+) 96,7%; Bùi Ngọc Tiến 92,3%. Hệ thống các điểm Valleix (+) chúng tôi gặp với tỷ lệ (+) cao. Tuy nhiên, triệu chứng này biểu hiện ở từng BN khác nhau, có BN đau 1 điểm nhưng đa phần đau 2, thậm chí đau tất cả các điểm của hệ thống điểm đau Valleix.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ teo cơ, rối loạn vận động, giảm hoặc mất cảm giác rất thấp. Những trường hợp này đã được giới thiệu tới các khoa ngoại để điều trị phẫu thuật.

- Do cách chọn BN của chúng tôi (chia từng cặp BN vào 2 nhóm phải có điểm lâm sàng tương đương) nên mức độ

nặng trên lâm sàng của 2 nhóm BN như nhau.

### 3. Đặc điểm cộng hưởng từ của nhóm BN nghiên cứu.

- Bảng 4 cho thấy thoát vị đơn tầng trong 2 nhóm là chủ yếu (74,36%), của nhóm I là 75,0% và nhóm II là 74,68%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong đó, vị trí L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> với 43,58% và L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> (23,08%) là vị trí gặp thoát vị nhiều nhất. Điều này có thể giải thích, vùng cột sống chuyển đoạn phải chịu tải trọng cao nhất trong mọi vận động của cột sống, do đó đây là điểm yếu của CSTL, các quá trình thoái hoá tại đây diễn ra nhanh và biểu hiện nặng là tiền đề thuận lợi cho TVĐĐ. Kết quả này cũng phù hợp với Bùi Quang Tuyển: thoát vị đơn tầng 82,9%; đa tầng 17,3%. Theo Greerberg, thoát vị L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> và L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> chiếm từ 90 - 95%; Borestein thấy thoát vị đơn tầng là 90% [6].

- Qua phân tích phim chụp cộng hưởng từ chúng tôi thấy thoát vị sau bên hay gặp nhất (nhóm I 65,0%, nhóm II 73,68% và tính chung là 69,23%). Vì dây chằng dọc sau không bao phủ hết mặt sau cột sống, khoang sau bên thường trống không được gia cố kỹ càng, đây là điểm yếu nhất trong mỗi đơn vị vận động, vì vậy khi chịu áp lực lớn trong nội đĩa đệm nhân nhày thường thoát vị qua con đường này. Chúng tôi không gặp trường hợp thoát vị vào thân đốt hay ra trước đơn thuần mà thường kèm theo các thể thoát vị khác [6].

- Tuy nhiên, nếu chỉ tính riêng TVĐĐ ra trước thì tỷ lệ quan sát trên hình ảnh MRI cũng rất cao (43,59% với 17 BN), trong đó thoát vị ra trước đa tầng là 9 BN (23,08%). Trước kia các nhà lâm sàng

thường cho rằng TVĐĐ ra trước hiếm gặp vì dây chằng dọc trước rất bền vững và theo cơ chế bệnh sinh của TVĐĐ, động tác uốn CSTL gây TVĐĐ thể này, đây là hướng vận động rất ít gặp trong sinh hoạt và lao động hàng ngày và trong thực tế trên lâm sàng, tỷ lệ thoát vị thể này cũng thấp. Trên phim MRI, lại thấy một kết quả khác hẳn, ngược lại với quan sát của chúng ta lâu nay. Đây có thể sẽ là một căn cứ để nghiên cứu về cơ chế bệnh sinh của thể thoát vị này.

- Mặc dù phim cộng hưởng từ là một kỹ thuật chẩn đoán TVĐĐ hoàn hảo, song để xác định chính xác rễ thần kinh nào bị tổn thương thì đòi hỏi phải kết hợp chặt chẽ với lâm sàng. Chúng tôi gặp những trường hợp trên phim MRI có hình ảnh thoát vị đa tầng nhưng trên lâm sàng chỉ tổn thương một rễ thần kinh. Tương tự, có BN bệnh cảnh lâm sàng nặng, nhưng hình ảnh MRI lại biểu hiện chèn ép rất nhẹ và ngược lại, lâm sàng rất nhẹ nhưng hình ảnh chèn ép trên phim MRI lại rất nặng. Chính vì vậy, việc chẩn đoán và cho chỉ định điều trị TVĐĐ luôn luôn phải kết hợp cả lâm sàng và cận lâm sàng. Mọi quyết định chỉ dựa vào một phía hoặc lâm sàng hoặc cận lâm sàng là phiến diện, không chặt chẽ và không chính xác.

### 4. Kết quả điều trị.

#### 4.1. Tác dụng điều trị trên từng triệu chứng:

- Tác dụng điều trị của cả hai phương pháp làm giảm  $\geq 65\%$  các triệu chứng đau lan dọc theo dây thần kinh hông to, chỉ số Schober, dấu hiệu chuông bấm và

điểm đau Valleix. Bên cạnh đó các BN nhóm I (điều trị bảo tồn) đạt được kết quả điều trị này trên triệu chứng đau có tính chất cơ học, trong khi nhóm II đạt ngưỡng kết quả này với triệu chứng vẹo cột sống. Mức độ thuyên giảm từ 50 đến < 65% sau điều trị ở BN nhóm I và với triệu chứng đau có tính chất cơ học ở BN nhóm II. Các triệu chứng rối loạn vận động, giảm, mất cảm giác, teo cơ và rối loạn phản xạ đáp ứng kém với tác dụng điều trị ở 2 tuần đầu ngay sau điều trị. Trong thực tế, các triệu chứng trên thuyên giảm lệ thuộc hoàn toàn vào sự hoàn thiện của các rễ thần kinh.

- Kết quả xử lý thống kê cho thấy mức độ thuyên giảm các triệu chứng của 2 nhóm BN khác nhau không có ý nghĩa.

#### **4.2. Tác dụng điều trị đánh giá theo thang điểm của Yumashev:**

- Đánh giá chung kết quả điều trị của cả 2 nhóm: tốt 61,33% (ở nhóm I 65,0% và nhóm II 57,89%), trung bình 28,61% (nhóm I là 25%, nhóm II là 31,58%), không đạt yêu cầu 10,26%. Đây cũng là khả năng đạt được của nhiều phương pháp khác [1, 2, 8, 10]. Đối chiếu kết quả của chúng tôi đã nghiên cứu của nhóm nghiên cứu Trần Công Duyệt, Hà Việt Tiến [4, 5] và Choy [9, 10] tương đương nhau.

- Kết quả điều trị của hai phương pháp khác biệt không có ý nghĩa thống kê và cũng phù hợp với các tác giả khác trước đây, không thấy có tác dụng phụ ở cả 2 nhóm BN.

## **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và điều trị 31 BN TVĐĐ CSTL bằng hai phương pháp bảo tồn và PLDD chúng tôi có một số kết luận sau:

### **1. Đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ.**

\* Về lâm sàng: các triệu chứng sau có tỷ lệ quan sát cao:

- Chỉ số Schober (giảm): 100%.
- Dấu hiệu chuông bấm (+): 100%.
- Dấu hiệu Lasègue (+): 100%.
- Hệ thống các điểm Valleix: 100%.
- Đau dọc thần kinh hông to: 94,87%.
- Đau có tính chất cơ học: 89,74%.
- Vẹo cột sống: 74,36%.

- Thay đổi đường cong sinh lý CSTL: 71,79%.

\* Về hình ảnh cộng hưởng từ:

- Thoát vị một tầng có tỷ lệ cao nhất (74,36%), sau đó là thoát vị đa tầng (25,64%).

- Thoát vị đĩa đệm L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> và L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> có tỷ lệ cao nhất (43,58% và 23,08%).

- Thoát vị thể sau bên: 69,23%.

- Thoát vị ra trước (43,59%), trong đó thoát vị ra trước đa tầng là 23,08%.

### **2. Tác dụng điều trị của phương pháp PLDD đối với BN TVĐĐ CSTL.**

- Mức độ phục hồi các triệu chứng của 2 nhóm BN khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Kết quả điều trị phương pháp bảo tồn: tốt 65,0%, trung bình 25,0%, không đạt 10,0%.

- Kết quả điều trị của phương pháp PLDD: tốt 57,89%, trung bình 31,58% và không đạt là 10,53%.

- Nếu xét ở mức đạt yêu cầu điều trị (gồm cả tốt và trung bình), tỷ lệ của hai phương pháp điều trị là: phương pháp bảo tồn đạt 90,0% và phương pháp PLDD đạt 89,47%.

- Kết quả điều trị của hai phương pháp tương đương nhau.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Vũ Quang Bích, Nguyễn Xuân Thân, Ngô Thanh Hồi.* Đau thắt lưng. Cục Quân y, 1988.

2. *Nguyễn Văn Chương.* Điều trị TVĐĐ CSTL bằng phương pháp chọc hút đĩa đệm qua da. Tạp chí Y học thực hành, 2003.

3. *Nguyễn Văn Chương.* TVĐĐ CSTL. Thực hành lâm sàng thần kinh học, Tập III Bệnh học, 2005.

4. *Trần Công Duyệt, Hà Việt Tiến.* Một số nhận xét về kết quả giảm áp đĩa đệm cột sống bằng laser qua da theo độ tuổi. Tạp chí Y học thực hành, 2004.

5. *Trần Công Duyệt, Hà Việt Tiến.* Giảm áp đĩa đệm cột sống bằng laser chọc qua da -

một kỹ thuật y tế cao lần đầu tiên được thực hiện thành công tại Việt Nam, 2003.

6. *Hoàng Đức Kiệt.* Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ về thần kinh, Thần kinh học lâm sàng. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2004.

7. *Vũ Hùng Liên.* Góp phần nghiên cứu nâng cao chất lượng điều trị ngoại khoa TVĐĐ vùng thắt lưng - cùng. Luận án Phó tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, 1992.

8. *Vũ Hùng Liên, Bùi Quang Tuyển.* Kết quả điều trị ngoại khoa 2303 trường hợp TVĐĐ thắt lưng - cùng tại Bộ môn - Khoa Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện 103 - Học viện Quân y (từ tháng 1-1996 đến 7-2002). Tạp chí Y học thực hành, Hội nghị phẫu thuật thần kinh toàn quân, 2002.

9. *Choy D.S., Ascher P.W.* PLDD a new therapeutic modality, Spine (8), 1992.

10. *Choy D.S, Case R.B., Fielding M. Ascher P.W.* PLDD of lumbar disc herniation. J Med, 1987.

11. *G.S Yumashev, M.E Murman.* Osteochondrosis of the spine (dịch từ bản tiếng Nga, xuất bản năm 1973). Mir Publishers Moscow, 1976, pp. 386-387.

