

Mục lục

**“NGƯỜI THẦY THUỐC GIỎI ĐỒNG THỜI
PHẢI LÀ NHƯ NGƯỜI MẸ HIỀN”**
Chủ tịch Hồ Chí Minh

SỐ 339 (9-10/2019)

HỌC TẬP VÀ LÀM THEO TƯ TƯỞNG, ĐẠO ĐỨC, PHONG CÁCH HỒ CHÍ MINH

- 3.** Lời Bác Hồ dạy ngày này năm xưa
Ban Biên tập
- 4.** Tầm gương sáng trong công tác phòng chống dịch, bảo vệ sức khỏe bộ đội
Nguyễn Thị Thanh Phương

CHỈ ĐẠO NGHIỆP VỤ

- 6.** Kết quả hội thi đội phẫu thuật cứu chữa bước đầu các trung đoàn bộ binh (bộ binh cơ giới) đủ quân toàn quân năm 2019
Thiếu tướng PGS.TS. Nguyễn Xuân Kiên
- 9.** Định hướng một số nội dung hoạt động được lâm sàng tại các bệnh viện quân đội
Thượng tá TS. Phạm Xuân Chung

NGHIÊN CỨU - TRAO ĐỔI

- 11.** Nghiên cứu chế tạo và đánh giá hiệu quả một số trang bị pha chế thuốc tiêm truyền tại trạm quân y sư đoàn
TS. Nguyễn Minh Tuấn, ThS. Tạ Chí Bình, BS. Đặng Văn Hùng
- 14.** Đáp ứng y tế trong thảm họa và nhu cầu xây dựng mô hình đội quân y đáp ứng y tế cứu trợ thảm họa trong tình hình mới
ThS. Lương Trung Hiếu, ThS. Trịnh Lê Nam
- 17.** Ngộ độc methanol và ca lâm sàng điều trị tại Bệnh viện Quân y 110
BSCKI. Nguyễn Đức Chiến, BSCKII. Ngô Hữu Long
- 20.** Nhận xét bước đầu tai biến, biến chứng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Bệnh viện Quân y 354
BSCKII. Lê Trung Nghĩa, BSCKII. Phạm Văn Quỳnh
- 24.** Đánh giá kết quả phẫu thuật u khoang bên họng có sử dụng dao siêu âm
BSCKI. Phạm Văn Đức, PGS.TS. Phạm Tuấn Cảnh
- 28.** Rác thải nhựa và một số vấn đề xử lý rác thải nhựa trong hoạt động y tế
PGS.TS. Nguyễn Minh Hiếu
- 32.** Đánh giá các yếu tố nguy cơ và tỉ lệ nhiễm virus viêm gan E ở 150 phụ nữ mang thai
ThS. Phạm Xuân Huy, TS. Đặng Thành Chung, PGS.TS. Nguyễn Linh Toàn, ThS. Nguyễn Cẩm Thạch
- 36.** Đánh giá độ dày lớp nội trung mạc động mạch đùi nông trên 104 bệnh nhân đái tháo đường típ 2
BS. Nguyễn Thị Thu Thủy, BS. Nguyễn Thị Hạnh, PGS.TS. Nguyễn Minh Núi
- 39.** Đánh giá vai trò của ^{18}F FDG-PET/CT ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến triển
BS. Phan Quang Quân
- 45.** Nghiên cứu một số đặc điểm hình thái hài cốt liệt sĩ tại lô E, nghĩa trang liệt sĩ tỉnh Đắk-Lắk
TS. Nguyễn Văn Lợi, ThS. Nguyễn Tất Thọ, ThS. Phạm Hồng Thao, PGS.TS. Nguyễn Xuân Kiên

NHẬN XÉT BƯỚC ĐẦU TẠI BIẾN, BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKII. LÊ TRUNG NGHĨA
BSCKII. PHẠM VĂN QUỲNH - Bệnh viện Quân y 354
Thẩm định khoa học: TS. ĐỖ KHẮC HẬU
Phó Chủ nhiệm Khoa Ngoại thần kinh,
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT: Nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là phẫu thuật ít xâm lấn, có nhiều ưu điểm, ngày càng được ứng dụng rộng rãi. Chúng tôi hồi cứu, nhận xét bước đầu một số tai biến, biến chứng của phẫu thuật này tại Bệnh viện Quân y 354 trong điều trị 9 bệnh nhân, từ tháng 3/2016-3/2019. Các tai biến, biến chứng gặp là: 2/9 bệnh nhân sót mảnh thoát vị phải phẫu thuật lần 2; 2/9 bệnh nhân rũ bàn chân, hồi phục hoàn toàn; 2/9 bệnh nhân tái phát sau mổ. Nguyên nhân của biến chứng có liên quan đến việc lựa chọn bệnh nhân, lựa chọn phương pháp phẫu thuật, kỹ thuật phẫu thuật và một phần do trang bị, dụng cụ phẫu thuật. Để áp dụng có hiệu quả phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, cần phải có đội ngũ phẫu thuật viên được đào tạo cơ bản; có trình độ, có kinh nghiệm, liên tục cập nhật kiến thức, rút kinh nghiệm nâng cao chất lượng phẫu thuật.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, phẫu thuật nội soi, sót mảnh thoát vị.

ABSTRACT: The endoscopic treatment of lumbar disc herniation is less invasive surgery with many advantages and is widely used. We have retrospective study and initially reviewed some accidents and complications of this surgery at the Military hospital 354 in the treatment of 9 patients, from March 2016 to March 2019. The following accidents and complications were: 2/9 patients with the omission of hernia fragment and must to have surgery for the 2nd time; 2/9 patients drooped their feet, fully recovered; 2/9 patients relapsed after surgery. The cause of the complications related to patient selection, surgical methods selection, surgical techniques and partly due to surgical equipment and instruments. To apply effectively endoscopic surgery for treatment of lumbar disc herniation required a team of trained surgeons; qualified, experienced, constantly updated knowledge, learn from experience to improve surgical quality.

Keywords: Lumbar disc herniation, endoscopic surgery, the omission of hernia fragment.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Lê Trung Nghĩa, Email: begianghi07@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 10/8/2019; mời thẩm định khoa học: 20/8/2019; chấp nhận đăng: 30/8/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Cho đến nay, phẫu thuật vi phẫu lấy khối nhân đĩa đệm thoát vị vẫn là kỹ thuật tiêu chuẩn trong phẫu thuật điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (CSTL). Những năm gần đây, phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý này cho thấy nhiều ưu điểm, song tỉ lệ tai biến, biến chứng phẫu thuật là vấn đề cần quan tâm phòng ngừa, giảm thiểu. Tại Việt Nam, một số cơ sở y tế lớn đã áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL và cho kết quả tốt. Tại Bệnh viện Quân y 354, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL được áp dụng từ tháng 3/2016. Do đây là kỹ thuật mới, các thao tác kỹ thuật khác với phẫu thuật quy ước nên bước đầu triển khai còn gặp những khó khăn và gặp các tai biến, biến chứng nhất định.

Góp phần giảm thiểu các tai biến, biến chứng phẫu thuật, nâng cao chất lượng điều trị bệnh lý này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu nhận xét một số tai biến, biến chứng trong

phẫu thuật nội soi điều trị 9 bệnh nhân (BN) thoát vị đĩa đệm CSTL tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

9 BN thoát vị đĩa đệm CSTL có chỉ định phẫu thuật và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 3/2016-3/2019.

Loại trừ các BN mổ cấp cứu; mất vững cột sống; hẹp ống sống; đã phẫu thuật cột sống tại tầng thoát vị; thoát vị di trú; khối thoát vị vôi hóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

- Kỹ thuật cơ bản mổ nội soi qua đường lỗ liên hợp (với các thoát vị đĩa đệm L4-5 trở lên; thoát vị lỗ liên hợp và ngoài lỗ liên hợp [4], [5]):

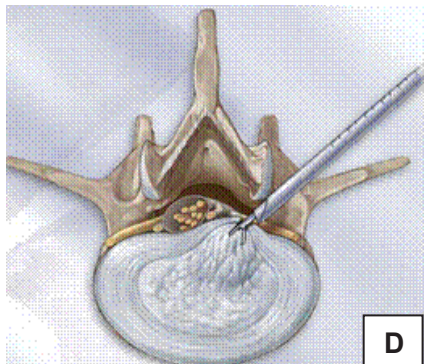
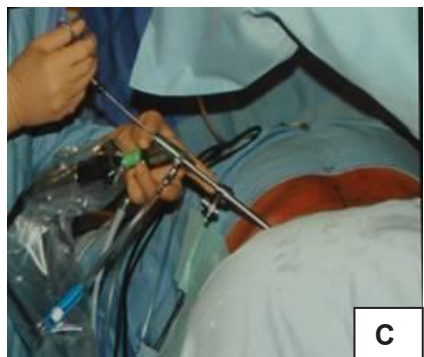
+ BN nằm sấp trên bàn phẫu quang, kê ngực bụng; vô cảm bằng tiền mê, tê tại chỗ.

+ Xác định tầng thoát vị, vị trí điểm vào trên

màn tăng sáng hai bình diện thẳng và nghiêng, điểm vào cách đường giữa 8-10 cm.

+ Gây tê tại chỗ và gây tê dọc theo đường vào lỗ liên hợp, rạch da khoảng 1 cm ở vị trí điểm vào.

+ Chọc kim dẫn đường vào đĩa đệm thoát vị ở trong tam giác Kambin, đầu kim ở đường giữa liên cuống trên bình diện thẳng và ở đường nối bờ sau 2 thân đốt trên bình diện nghiêng; chọc kim và đưa đinh dẫn vào trong đĩa đệm.



Hình 1. Mô tả kỹ thuật mổ qua lỗ liên hợp (A: xác định điểm vào trên C-arm; B: chọc kim vào tam giác Kambin; C: thao tác lấy khối thoát vị; D: minh họa lấy khối thoát vị).

+ Dùng cây nong đưa theo đinh dẫn đường vào lỗ liên hợp.

+ Đưa ống thao tác 8 mm theo cây nong và cố định vào trong đĩa đệm.

+ Đưa ống nội soi vào qua ống thao tác; thực hiện lấy khối thoát vị và nhân đệm thoái hóa.

- Kỹ thuật cơ bản mổ nội soi qua đường liên cung sau (với những trường hợp thoát vị đĩa đệm L5-S1; khối thoát vị nằm trong ống sống [6]):

+ BN nằm sấp, kê ngực bụng; vô cảm bằng gây tê ngoài màng cứng.

+ Xác định tầng thoát vị và vị trí điểm vào trên màn tăng sáng (điểm vào tương ứng bên thoát vị, cạnh gai sau); rạch da khoảng 1 cm tại điểm vào.

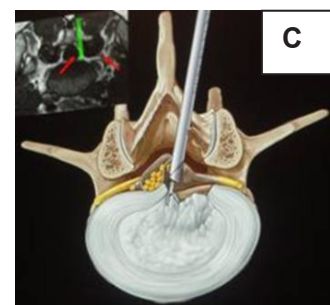
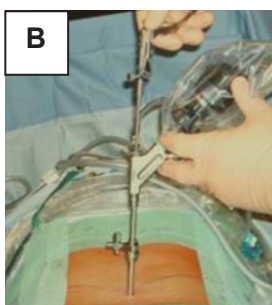
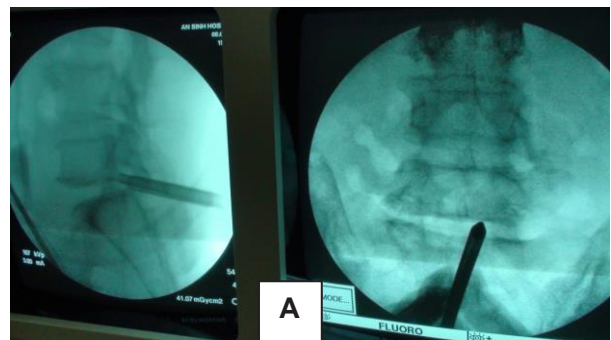
+ Đưa cây nong đến khe liên cung sau.

+ Luồn ống thao tác qua cây nong và giữ cố định tại khe liên cung.

+ Quan sát và cắt dây chằng vàng đủ rộng để đưa ống thao tác vào trong ống sống; vén rễ thần kinh và màng tủy vào trong để bộc lộ khối thoát vị.

+ Cắt và lấy khối thoát vị, nhân đệm thoái hóa.

- Sau khi lấy khối thoát vị và nhân đệm thoái hóa, kiểm tra sự tự do của rễ và màng tủy; nếu thấy rễ và màng tủy mềm mại, di động dễ, không bị chèn ép là đạt yêu cầu. Cầm máu bằng đầu đốt sóng cao tần. Quá trình thực hiện kỹ thuật được quan sát trên màn hình nội soi và màn tăng sáng. Vết rạch da được khâu lại bằng một mũi chỉ. Dụng cụ phẫu thuật là bộ phẫu thuật nội soi CSTL của hãng Richart Wolf (Đức).



Hình 2. Mô tả kỹ thuật mổ qua liên cung sau (A: xác định điểm vào trên C-arm; B: thao tác lấy khối thoát vị; C: minh họa lấy khối thoát vị).

- Chỉ tiêu nghiên cứu: thống kê, mô tả một số tai biến, biến chứng phẫu thuật, đánh giá trên lâm sàng và phim cộng hưởng từ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ NHẬN XÉT.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu và tai biến, biến chứng phẫu thuật:

- Đặc điểm BN nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm BN.

Tầng TVĐĐ	Tuổi trung bình	Đường mổ
L3-4 (1 BN)	56	Qua lỗ liên hợp
L4-5 (7 BN)	43	Qua lỗ liên hợp
L5-S1 (1 BN)	55	Qua liên cung sau

- Tai biến, biến chứng phẫu thuật:

Bảng 2. Tai biến, biến chứng phẫu thuật.

Tai biến, biến chứng	Tầng thoát vị đĩa đệm	Diễn tiến
Sốt mảnh thoát vị	L3-4 (1 BN)	Mổ mở lại sau 6 tuần
	L5-S1 (1 BN)	Mổ lại sau 4 tuần (qua lỗ liên hợp)
Rũ bàn chân	L4-5 (2 BN)	Hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng
Tái phát	L4-5 (2 BN)	Sau 1 năm và 2 năm

Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL là một kỹ thuật ít xâm lấn, có nhiều ưu điểm, như mất ít máu, ít gây sang chấn, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục nhanh, thẩm mỹ cao... Tuy nhiên, biến chứng của phẫu thuật nội soi so với mổ mở khác nhau không có ý nghĩa thống kê [7]. Những biến chứng của phẫu thuật nội soi có thể được chia ra thành các nhóm biến chứng xảy ra ngay (gồm tổn thương thần kinh, màng tủy và rễ thần kinh; tổn thương mạch máu lớn; tổn thương ổ phúc mạc; tổn thương tạng trong ổ bụng; nhầm tầng, nhầm bên; gãy dụng cụ; lấy sót mảnh thoát vị), biến chứng sớm (gồm tụ máu cơ đáy chậu; tụ máu vết mổ; rối loạn cảm giác sau mổ; rối loạn vận động sau mổ; nang giả sau mổ; nhiễm trùng, viêm đĩa đệm sau mổ) và tái phát sau mổ [1]. Chúng tôi gặp tần suất 2/9 BN có các biến chứng ở mỗi nhóm nêu trên. Mô tả phân tích các biến chứng đã gặp, chúng tôi thấy:

- Biến chứng lấy sót mảnh thoát vị (Missed fragment): có 1 BN thoát vị trong và ngoài lỗ liên hợp L5-S1, phẫu thuật lần 1 bằng nội soi qua đường liên cung sau lấy khối thoát vị. Trong mổ lần 1, kiểm tra thấy lỗ liên hợp rộng rãi, tuy nhiên sau mổ, các triệu chứng đỡ ít, chụp MRI thấy còn mảnh thoát vị ngoài lỗ liên hợp. Phẫu thuật lần 2, nội soi qua lỗ liên hợp lấy mảnh thoát vị. Sau mổ, triệu chứng cải thiện rõ, BN trở lại công việc sau 4 tuần. Trường hợp thứ 2, thoát vị đĩa đệm L3-4,

phẫu thuật nội soi lần 1 lấy khối thoát vị qua lỗ liên hợp, lượng nhân đệm được lấy khá nhiều. Sau mổ, BN không giảm đau. Phẫu thuật mở lần 2 lấy nhân đệm thoát vị; sau mổ, BN cải thiện tốt.

Theo chúng tôi, nguyên nhân lấy sót mảnh thoát vị là do lựa chọn kỹ thuật chưa phù hợp, kinh nghiệm và dụng cụ chưa đầy đủ. Ở trường hợp đầu tiên, do lựa chọn đường mổ ban đầu chưa phù hợp, nên không lấy hết khối thoát vị, phải can thiệp lần 2. Cụ thể ở lần mổ 1, thực hiện qua đường liên cung sau, không thể đưa dụng cụ ra ngoài lỗ liên hợp để lấy nhân đệm thoát vị. Hơn nữa, do BN gây tê ngoài màng cứng nên không đánh giá được thay đổi triệu chứng đau trong mổ. Vì vậy, khó biết là đã lấy hết khối thoát vị hay chưa. Nếu ngay từ đầu, lựa chọn đường mổ qua lỗ liên hợp dưới gây tê tại chỗ, thì trong mổ sẽ đánh giá được sự cải thiện triệu chứng đau sau khi lấy khối thoát vị (BN hết đau thì không cần can thiệp khác; BN còn đau có thể quyết định tiếp tục can thiệp nội soi qua đường liên cung sau hoặc mổ mở). Theo chúng tôi, ở những trường hợp BN đặc biệt (như BN này), sử dụng 2 đường mổ nội soi trong 1 cuộc phẫu thuật là cần thiết. Ở trường hợp thứ 2, nguyên nhân lấy không hết khối thoát vị là do kỹ thuật chưa tốt. Cũng có thể do thời điểm này, chúng tôi chưa có dụng cụ gấp đĩa đệm đầu cong lên, nên khó lấy những mảnh đĩa đệm thoát vị ở sát phía màng tủy.

- Biến chứng rũ bàn chân (Foot drop): chúng tôi gặp biến chứng này ở 2/7 BN thoát vị đĩa đệm L4-5, cả 2 BN này đều hồi phục hoàn toàn sau phẫu thuật 3 tháng.

Chúng tôi cho rằng biến chứng này liên quan đến yếu tố kỹ thuật, đặc biệt trong quá trình cầm máu (sử dụng đầu đốt đã làm tổn thương rễ thần kinh). Điều này có thể nhận biết ngay trong phẫu thuật (do BN chỉ gây tê tại chỗ, nên khi chạm vào rễ thần kinh, BN sẽ đau theo rễ và biểu hiện giết cơ chân). Có thể do nhiệt độ sinh ra trong quá trình đốt khoảng 50°-60°C nên không gây tổn thương nặng nề đến tổ chức, BN hồi phục hoàn toàn. Một số tác giả cũng gặp biến chứng này khi thực hiện phẫu thuật tương tự, như Võ Xuân Sơn [2] (gặp ở 2/590 BN phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL theo 2 đường, có 1 BN không hồi phục) hay Shriver và cộng sự [7] (gặp ở 2/89 BN và các BN đều hồi phục sau 3 tháng).

- Thoát vị đĩa đệm tái phát (Recurrent herniation): chúng tôi gặp 1 BN tái phát sau mổ 1 năm và 1 BN tái phát sau mổ 2 năm (đều ở tầng đĩa đệm đã phẫu thuật), trong đó, 1 BN không đồng ý can thiệp lại, 1 BN phẫu thuật mở lấy đĩa đệm và đã hồi phục tốt. Thoát vị đĩa đệm tái phát được thống kê tỉ lệ gặp từ 3-17% và có tới 74% trong số đó ở tại tầng đĩa đệm đã phẫu thuật. Quan điểm coi thoát vị đĩa đệm tái phát là một biến chứng sau phẫu thuật còn chưa được thống nhất. Nhiều tác

giả cho rằng đây có thể do quá trình diễn tiến của bệnh lý thoái hóa cột sống [1]. Có nhiều yếu tố liên quan đến thoát vị đĩa đệm CSTL tái phát sau phẫu thuật, như mức độ tổn thương bao xơ, thời gian vận động sau mổ sớm, thể thoát vị...

4. KẾT LUẬN.

Hồi cứu, mô tả cắt ngang 9 BN thoát vị đĩa đệm CSTL có chỉ định và được phẫu thuật nội soi điều trị tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 3/2016-3/2019, kết luận: gặp 2/9 BN sót mảnh thoát vị phải phẫu thuật lần 2; 2/9 BN rũ bần chân, hồi phục hoàn toàn; 2/9 BN tái phát sau mổ. Nguyên nhân của biến chứng có liên quan đến việc lựa chọn BN, lựa chọn phương pháp phẫu thuật, kỹ thuật phẫu thuật và một phần do trang bị, dụng cụ phẫu thuật.

Để áp dụng hiệu quả phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL, cần phải có đội ngũ phẫu thuật viên được đào tạo cơ bản; có trình độ, có kinh nghiệm, liên tục cập nhật kiến thức, rút kinh nghiệm nâng cao chất lượng phẫu thuật.

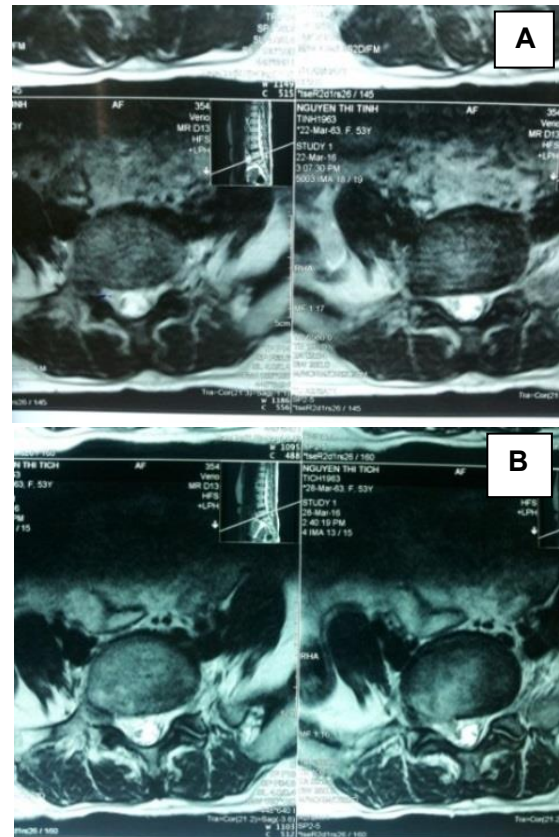
TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đinh Ngọc Sơn (2013), *Nghiên cứu ứng dụng phương pháp phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp lấy đĩa đệm trong thoát vị đĩa đệm CSTL*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Võ Xuân Sơn (2013), “Ứng dụng nội soi cột sống trong điều trị phẫu thuật cột sống ngực và CSTL”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 891 + 892, tr. 21-23.
3. Bùi Quang Tuyền (2007), “Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng”, trong *Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống*, Nhà xuất bản Y học, tr. 137-180.
4. Ahn Y et al (2009), “Transforaminal percutaneous endoscopic lumbar discectomy for upper lumbar disc herniation: clinical outcome, prognostic factors, and technical consideration”, *Acta Neurochir*, Vol. 151, pp. 199-206.
5. Daniel H Kim, Gun Choi, Sang Ho Lee (2011), “Transforaminal Surgical Approach”, *Endoscopy Spine Procedures*, (14), pp. 108-118.
6. Daniel H Kim, Gun Choi, Sang Ho Lee (2011), “Interlaminar surgical approach”, *Endoscopy Spine Procedures*, Thieme (14), pp. 135-142.
7. Michel F Shriver et al (2015), “Lumbar Microdiscectomy complication rates: a systematic review and meta-anlysis”, *Neurosurg focus* 39. □

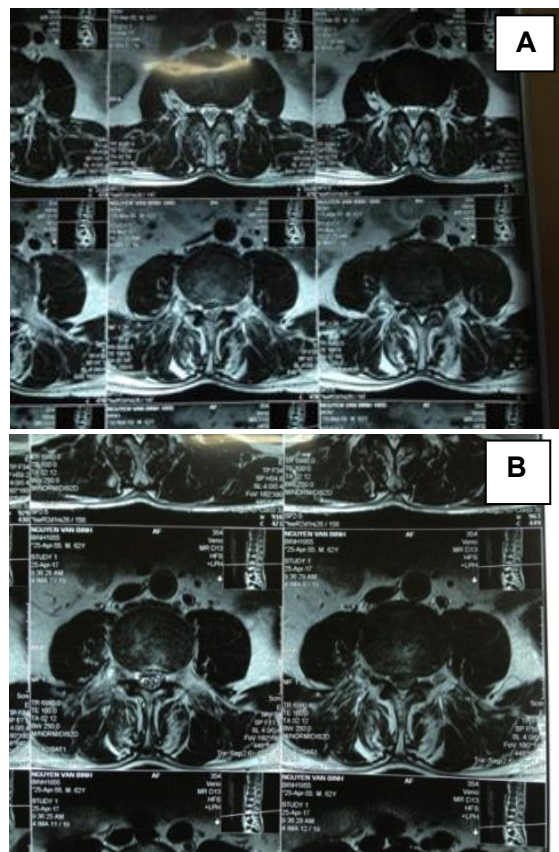
MINH HỌA 2 TRƯỜNG HỢP BN:

- Hình 3: BN Nguyễn Thị Y., sinh năm 1969, thoát vị đĩa đệm CSTL L5-S1 trong và ngoài lỗ liên hợp bên phải. Trên phim chụp MRI thấy hình ảnh sót mảnh thoát vị sau phẫu thuật.

- Hình 4: BN Nguyễn Văn B., sinh năm 1958, thoát vị đĩa đệm CSTL L5-S1 trong và ngoài lỗ liên hợp bên phải. Trên phim chụp MRI thấy hình ảnh sót mảnh thoát vị sau phẫu thuật.



Hình 3. Hình ảnh MRI trước mổ (A) và sau mổ lần 1 (B) của BN Nguyễn Thị Y.



Hình 4. Hình ảnh MRI trước mổ (A) và sau mổ lần 1 (B) của BN Nguyễn Văn B.