

- quy não" Quyết định số 5331/QĐ-BYT ngày 23 tháng 12 năm 2020 (Bộ Y tế, Hà Nội, 2020).
- Donkor ES.** Stroke in the 21(st) Century: A Snapshot of the Burden, Epidemiology, and Quality of Life. *Stroke Res Treat* 2018, 3238165, doi:10.1155/2018/3238165 (2018).
  - Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al.** Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 50(12), 344 - 418 (2019).
  - Lee SJ, Liu B, Rane N, et al.** Correlation between CT angiography and digital subtraction angiography in acute ischemic strokes. *Clin Neurol Neurosurg* 200, 106-109 (2021).
  - Trương Thị Phương Thảo, Lê Văn Phước, Nguyễn Quang Thái Dương và cộng sự.** Vai trò của chụp CLVT mạch máu trong chẩn đoán hẹp tắc động mạch nội sọ ở BN đột quỵ do thiếu máu não cấp. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh* 26, 201 - 205 (2022).
  - Saver JL, Goyal M, Bonafe A, et al.** Solitaire™ with the Intention for Thrombectomy as Primary Endovascular Treatment for Acute Ischemic Stroke (SWIFT PRIME) trial: protocol for a randomized, controlled, multicenter study comparing the Solitaire revascularization device with IV tPA with IV tPA alone in acute ischemic stroke. *International journal of stroke* 10, 439 - 448 (2015).
  - Campbell BCV, Mitchell PJ, Yan B, et al.** A multicenter, randomized, controlled study to investigate Extending the time for Thrombolysis in Emergency Neurological Deficits with Intra-Arterial therapy (EXTEND-IA). *International Journal of Stroke* 9, 126 - 132 (2014).
  - Bash S, Villablanca JP, Jahan R, et al.** Intracranial Vascular Stenosis and Occlusive Disease: Evaluation with CT Angiography, MR Angiography, and Digital Subtraction Angiography. *AJNR Am J Neuroradiol* 26, 1012-1021 (2005).
  - Huynh N, Wintermark M, English J, et al.** How accurate is CT angiography in evaluating intracranial atherosclerotic disease? *Stroke* 39, 1184-1188 (2008).
  - Phùng Đức Lâm.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương hệ động mạch cảnh trong ở BN đột quỵ NMN, Luận án Tiến sỹ Y học, Học Viện Quân Y, (2017).

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ ĐƯỢC PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM, GHEP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT, CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG CỔ TRƯỚC (ACDF) ĐƠN TẦNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Vũ Văn Cường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) đơn tầng ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu với 41 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) đơn tầng tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 – tháng 1/2023. **Kết quả:** có 41 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ chiếm 56,1%, tuổi trung bình là 45,8 ± 7,68. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: Thời gian khởi phát bệnh chủ yếu từ 3-12 tháng, chiếm 48,8%. Tất cả bệnh nhân đau cổ vai gáy chiếm, đa số bệnh nhân có triệu chứng chèn ép tủy với biểu hiện giảm sự khéo léo bàn tay (58,5%), yếu tứ chi (75,6%), tăng phản xạ gân xương (63,4%), dấu hiệu Hoffmann dương

tính (68,2%). Điểm VAS trung bình cột sống cổ là 6,9 ± 1,5, ở tay là 7,1 ± 1,6. Điểm NDI trung bình là 51,6% ± 11,3%. Điểm mJOA trung bình là 9,8 ± 4,2. Trên Xquang, tỉ lệ mất vững cột sống cổ là 34,1%. Trên MRI: thoát vị đĩa đệm cột sống cổ hầu hết là thể trung tâm chiếm 63,4%, vị trí hay gặp nhất là C5-6 chiếm 51,2%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) là đau cột sống cổ kèm theo chèn ép tủy cổ mức độ trung bình và nặng. Trên Xquang, chủ yếu là biểu hiện thoái hoá cột sống cổ, có thể đi kèm với mất vững cột sống. Trên MRI chủ yếu là thoát vị thể trung tâm và hay gặp nhất ở vị trí C5-6, với biểu hiện phù tủy cổ.

**Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm, thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF).

### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURES AND IMAGING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH CERVICAL DISC HERNIATION TREATED WITH SINGLE – LEVEL ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY AND FUSION AT VIET DUC HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with cervical disc

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

herniation undergoing single-level anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) with bone grafting and cervical spine fixation at Viet Duc Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study involving 41 patients with cervical disc herniation who underwent single-level anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) with bone grafting and cervical spine fixation at Viet Duc Hospital from January 2022 to January 2023. **Results:** Among Of the 41 patients in our study, the majority were female (56.1%), with an average age of  $45.8 \pm 7.68$  years. Clinical characteristics of the patients: The onset of the disease was mainly between 3 to 12 months, accounting for 48.8%. All patients experienced neck and shoulder pain, with most showing symptoms of spinal cord compression, such as decreased hand dexterity (58.5%), weakness in all four limbs (75.6%), hyperreflexia (63.4%), and a positive Hoffmann's sign (68.2%). The average VAS score for the cervical spine was  $6.9 \pm 1.5$ , and for the arms, it was  $7.1 \pm 1.6$ . The average NDI score was  $51.6\% \pm 11.3\%$ . The average mJOA score was  $9.8 \pm 4.2$ . On X-ray, the rate of cervical spine instability was 34.1%. On MRI, cervical disc herniation was mostly central (63.4%), with the most common site being C5-6 (51.2%). **Conclusion:** The prominent clinical symptoms of patients with cervical disc herniation undergoing anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) with bone grafting and cervical spine fixation are cervical spine pain accompanied by moderate to severe cervical spinal cord compression. On X-ray, cervical spine degeneration is the most common finding, often accompanied by spinal instability. On MRI, the herniation is primarily central, with the most frequent location being C5-6, often showing signs of cervical cord edema. **Keywords:** Cervical disc herniation, disc herniation, anterior cervical discectomy and fusion (ACDF).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý thường gặp, nguyên nhân do nhân đĩa đệm thoát ra khỏi vị trí bao xơ gây chèn ép rễ thần kinh và tuỷ sống, từ đó biểu hiện trên lâm sàng các hội chứng chèn ép rễ hoặc hội chứng chèn ép tuỷ sống. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1,79/1000 người/năm<sup>2</sup>. Đây là bệnh lý đặc trưng bởi quá trình thoái hoá thể hiện bằng tổn thương vòng xơ đĩa đệm và tăng áp lực nội đĩa.

Triệu chứng lâm sàng của thoát vị đĩa đệm cột sống cổ khá đa dạng, phụ thuộc vào vị trí, thể loại, mức độ thoát vị đĩa đệm. Biểu hiện lâm sàng có thể từ đau theo rễ thần kinh cột sống cổ hoặc nặng nề hơn là liệt tứ chi, rối loạn cơ tròn, rối loạn thần kinh thực vật... làm giảm khả năng làm việc, giảm chất lượng cuộc sống, thậm chí tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh.

Ngày nay, việc chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống nói chung, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ nói riêng không quá khó khăn nhờ sự phổ biến của máy cộng hưởng từ tại cơ sở y tế. Bên cạnh đó, các chẩn đoán hình ảnh khác như chụp x-

quang, chụp cắt lớp vi tính vẫn có giá trị nhất định trong quá trình chẩn đoán. Tuy nhiên việc thăm khám lâm sàng luôn giữ vai trò quan trọng trong định khu tổn thương và quyết định thái độ xử trí chính xác.

Phẫu thuật cho bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là một trong các phương pháp điều trị chính. Trong đó phương pháp thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) được xem là "tiêu chuẩn vàng". Tuy nhiên để chỉ định đúng phương pháp phẫu thuật cần hiểu rõ và đánh giá các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng như: *Mức độ tổn thương tuỷ trên lâm sàng, sự mất vững cột sống cổ trên Xquang, tổn thương phù tuỷ cổ trên T2W.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm tất cả các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) đơn tầng tại khoa Phẫu thuật Cột sống – bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2022 – 01/2023.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF).

**Lâm sàng:** có triệu chứng chèn ép rễ thần kinh hoặc hội chứng chèn ép tuỷ mức độ trung bình - nặng theo thang điểm mJOA. Trên Xquang có hình ảnh mất vững cột sống. Trên MRI xung T2W có hình ảnh phù tuỷ cổ do khối thoát vị đĩa đệm chèn ép. Bệnh nhân được điều trị nội khoa tích cực trong 6 tuần không đáp ứng hoặc triệu chứng nặng lên.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng, chống chỉ định gây mê ( suy tim nặng, bệnh phổi nặng,...)

**Các tham số nghiên cứu:** Các thông tin chung thu thập như tuổi, giới. Về lâm sàng triệu chứng đau cột sống cổ, đau tay theo thang điểm VAS. Triệu chứng thực thể gồm dấu hiệu rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, NDI, JOA... Trên Xquang đánh giá mất vững cột sống. Trên cộng hưởng từ đánh giá vị trí, mức độ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu khoa học, mọi dữ liệu thu thập được đảm bảo bí mật tối đa và chỉ dùng cho nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**3.1.1. Tuổi và giới**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 40	8 / 19,5
	Từ 40 - 59	21 / 51,2
	≥ 60	12 / 29,3
	Tổng	41 / 100
	Mean ± SD	45,8 ± 7,68
Min - Max	35 - 69	

**Bảng 3.2. Phân bố theo giới của đối tượng nghiên cứu**

Giới	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Nam	18 / 43,9	
Nữ	23 / 56,1	

**Nhận xét:** BN thuộc nhóm tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 21/41 BN (51,2%)

Độ tuổi trung bình là 45,8 ± 7,68. BN nhỏ tuổi nhất là 35, lớn tuổi nhất là 69

Bệnh gặp nhiều hơn ở nữ giới (56,1%)

**3.1.2. Nghề nghiệp**

**Bảng 3.3. Phân bố theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Làm ruộng	10 / 24,4	
Công nhân	12 / 29,3	
Văn phòng	16 / 39,0	
Hưu trí	3 / 2,3	
Tổng	41 / 100	

**Nhận xét:** Nhóm ngành nghề công nhân và văn phòng chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 29,3% và 39,0%, hưu trí chiếm tỉ lệ thấp nhất với 2,3%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân**

**3.2.1. Thời gian khởi phát bệnh**

**Bảng 3.4. Thời gian khởi phát bệnh**

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Thời gian khởi phát bệnh	Dưới 3 tháng	7 / 17,1
	Từ 3 tháng-12 tháng	20 / 48,8
	Trên 12 tháng	14 / 34,1
	Tổng	41 / 100

**Nhận xét:** Thời gian khởi phát bệnh chủ yếu từ 3-12 tháng, chiếm 48,8%.

**3.2.2. Triệu chứng cơ năng**

**Bảng 3.5. Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng cơ năng	Số lượng NB (n=41)	Tỷ lệ %
Đau cổ vai gáy	41 / 100	
Đau lan xuống tay	19 / 46,3	
Tê bì tứ chi	36 / 87,8	

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân có triệu chứng

đau cổ vai gáy (100%), hầu hết các bệnh nhân tê bì tứ chi (87,8%).

**3.2.3. Triệu chứng thực thể**

**Bảng 3.6. Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng và dấu hiệu	Số lượng NB (n=41)	Tỷ lệ %
Có điểm đau và hạn chế vận động cột sống cổ	41 / 100	
Đau và dị cảm theo rễ thần kinh	7 / 17,1	
Tê bì ngón chi trên	32 / 78,0	
Giảm sự khéo léo bàn tay	24 / 58,5	
Yếu liệt tứ chi	31 / 75,6	
Tăng phản xạ gân xương	26 / 63,4	
Dấu hiệu Hoffmann	28 / 68,2	
Dấu hiệu Spurling	12 / 29,3	
Rối loạn cơ tròn	1 / 2,4	

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số NB có triệu chứng chèn ép tuỷ cổ với biểu hiện giảm sự khéo léo bàn tay (58,5%), yếu tứ chi (75,6%), tăng phản xạ gân xương (63,4%), dấu hiệu Hoffmann dương tính (68,2%).

**3.2.4. Hội chứng lâm sàng**

**Bảng 3.7. Các hội chứng lâm sàng**

Hội chứng	Số lượng NB (n=41)	Tỷ lệ %
Hội chứng chèn ép rễ	4 / 9,8	
Hội chứng chèn ép tuỷ	35 / 85,4	
Hội chứng chèn ép rễ-tuỷ phối hợp	2 / 4,8	

**Nhận xét:** Hội chứng chèn ép tuỷ đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất 85,4%.

**3.2.5. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS**

**Bảng 3.8. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS**

VAS	Trước mổ (n=41)
Cổ	6,9 ± 1,5
Tay	7,1 ± 1,6

**Nhận xét:** Trước mổ, người bệnh đau ở các mức độ khác nhau, trong đó điểm VAS trung bình cột sống cổ là 6,9 ± 1,5, ở tay là 7,1 ± 1,6.

**3.2.5. Đánh giá mức độ giảm chức năng cột sống cổ trước mổ (NDI)**

**Bảng 3.9. Mức độ giảm chức năng cột sống cổ**

Mức độ ảnh hưởng	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ (%)
Mức 1: Không ảnh hưởng (<10%)	0 / 0	
Mức 2: Mất chức năng nhẹ (10-29%)	5 / 12,2	
Mức 3: Mất chức năng trung bình (30-49%)	15 / 36,6	

Mức 4: Mất chức năng nặng (50 – 69%)	21	51,2
Mức 5: Hoàn toàn mất chức năng ( $\geq 70\%$ )	0	0
<b>Tổng</b>	<b>41</b>	<b>100</b>
Mean $\pm$ SD	51,6% $\pm$ 11,3%	
Min - max	18% - 68%	

**Nhận xét:** Trước mổ, đa số các bệnh nhân bị ảnh hưởng chức năng cột sống mức độ trung bình và nặng chiếm 87,8%.

**3.2.6. Đánh giá mức độ tổn thương tuỷ theo mJOA**

**Bảng 3.10. Mức độ tổn thương tuỷ theo mJOA**

Mức độ tổn thương	Số lượng NB (n=41)	Tỷ lệ %
Nhẹ ( $15 \leq mJOA \leq 17$ )	1	2,4
Trung bình ( $12 \leq mJOA \leq 14$ )	25	61,0
Nặng ( $mJOA < 12$ )	15	36,6
Mean $\pm$ SD	9,8 $\pm$ 4,2	
Min - max	8 - 17	

**Nhận xét:** Trước mổ, hầu hết các bệnh nhân có tổn thương tuỷ đều ở mức độ trung bình và nặng, chỉ số mJOA trung bình là 9,8  $\pm$  4,2.

**3.3. Đặc điểm cận lâm sàng**

**3.3.1. Đặc điểm tổn thương trên phim X-quang**

**Bảng 3.11. Các biểu hiện trên hình ảnh X-quang**

Hình ảnh	Số lượng NB (n=41)	Tỷ lệ %
Mất đường cong sinh lý	29	70,7
Hẹp khe gian đốt	26	63,4
Gai xương phía trước đốt sống	18	43,9
Mất vững cột sống cổ	14	34,1

**Nhận xét:** - Mất đường cong sinh lý có 29 trường hợp, chiếm 70,7%

- Hẹp khe gian đốt có 26 trường hợp, chiếm 63,4%

- Gai xương phía trước đốt sống có 18 trường hợp, chiếm 43,9%

- Mất vững cột sống cổ có 14 trường hợp, chiếm 34,1%

**3.3.2. Đặc điểm trên cộng hưởng từ (MRI)**

**Bảng 3.12. Vị trí khô TVDD trên lát cắt ngang T2W**

Hướng thoát vị	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Thoát vị trung tâm	26	63,4
Thoát vị trung tâm lệch bên	10	24,4
Thoát vị bên	5	12,2
<b>Tổng</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Thoát vị thể trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,4%.

**Bảng 3.13. Vị trí khô TVDD trên lát cắt dọc T2W**

Vị trí tầng thoát vị	Số lượng	Tỷ lệ %
C2-3	0	0
C3-4	2	4,9
C4-5	10	24,4
C5-6	21	51,2
C6-7	8	19,5
<b>Tổng</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Thoát vị đĩa đệm xảy ra nhiều nhất ở vị trí C5-6 với 51,2%.

**Bảng 3.14. Đặc điểm phù tuỷ cổ trên T2W**

Phù tuỷ	Số lượng (n=41)	Tỷ lệ %
Có	33	80,5
Không	8	19,5
<b>Tổng</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ phù tuỷ cổ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 80,5%.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 41 bệnh nhân, BN thuộc nhóm tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 21/41 BN (51,2%). Độ tuổi trung bình là 45,8  $\pm$  7,68. BN nhỏ tuổi nhất là 35, lớn tuổi nhất là 69. Bệnh gặp nhiều hơn ở nữ giới (56,1%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Vũ và Lương Đức Hà<sup>1</sup>, độ tuổi thường gặp là 51-60 tuổi, tỉ lệ gặp ở nữ nhiều hơn với 56,5%.

Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng của hội chứng chèn ép tuỷ mức độ trung bình và nặng. Trong nghiên cứu của Hoàng Văn Chiến<sup>2</sup>, tỷ lệ hội chứng chèn ép tuỷ là 82%.

Chỉ số mJOA trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,8  $\pm$  4,2. Theo nghiên cứu của Lê Trọng Sanh<sup>4</sup>, chỉ số mJOA trước mổ trung bình là 12,76  $\pm$  1,79.

Trước mổ, người bệnh đau ở các mức độ khác nhau, trong đó điểm VAS trung bình cột sống cổ là 6,9  $\pm$  1,5, ở tay là 7,1  $\pm$  1,6. Nghiên cứu của Nordin<sup>4</sup> và cộng sự cho rằng thang điểm VAS chỉ sử dụng để đánh giá kết quả phẫu thuật chứ không có giá trị như một tiêu chuẩn để chỉ định phẫu thuật. Do đó có các bệnh nhân điểm VAS không cao nhưng có triệu chứng yếu liệt tứ chi cần phải phẫu thuật cho bệnh nhân.

Trên MRI chủ yếu là thoát vị thể trung tâm chiếm 63,4% và hay gặp nhất ở vị trí C5-6 chiếm 51,2%. Nguyên nhân là do tăng đĩa đệm C5-6 có biên độ vận động lớn nhất, tham gia nhiều động tác cúi, uốn, nó đóng vai trò như điểm tựa cho một đòn bẩy trong sự vận động của đầu và cổ, thường xuyên chịu tải trọng lớn của cơ thể và lực bổ sung gât nên dễ xảy ra thoái hoá và gây

thoát vị tại vị trí này là nhiều nhất<sup>5</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật thay đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống cổ trước (ACDF) là đau cột sống cổ kèm theo chèn ép tuỷ cổ mức độ trung bình và nặng. Trên Xquang, chủ yếu là biểu hiện thoái hoá cột sống cổ, có thể đi kèm với mất vững cột sống. Trên MRI chủ yếu là thoát vị thể trung tâm và hay gặp nhất ở vị trí C5-6, với biểu hiện phù tuỷ cổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Đức Hà** (2018). Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận án thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018
2. **Hoàng Văn Chiến**. Nghiên cứu chẩn đoán phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp thay đĩa đệm nhân tạo. Luận án Tiến sỹ y học. Học viên Quân y. 2016
3. **Lê Trọng Sanh và cs**. 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 tại bệnh viện Việt Đức, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2010
4. **Nordin M et al**. "Assesment of Neck Pain and Its Associated Disorders: Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders". Eur Spine 17 (Suppl 1), 2008: S101 – S122.
5. **Panjabi MM, White AA**. Basic biomechanics of the spine. Neurosurgery. 1980;7(1):76-93.
6. **Rozankovic M, Marasanov SM, Vukic M**. Cervical Disk Replacement With Discover Versus Fusion in a Single – Level Cervical Disk Disease: A Prospective Single – Center Randomized Trial With a Minimum 2-Year Follow-up. Clin Spine Surg. 2017;30(5): E515-E522.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U TẾ BÀO HÌNH SAO BẬC THẤP TRÊN LỀU CÓ SỬ DỤNG ĐỊNH VỊ THẦN KINH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Dương Đại Hà<sup>1,2</sup>, Dương Đức Hùng<sup>1,2</sup>, Đinh Đức Sơn<sup>3</sup>,  
Phạm Hoàng Anh<sup>1,2</sup>, Chu Thành Hưng<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật u não tế bào hình sao bậc thấp trên lều có sử dụng hệ thống định vị thần kinh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 59 bệnh nhân u tế bào hình sao bậc thấp trên lều, điều trị phẫu thuật có sử dụng hệ thống định vị thần kinh tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Trong số 59 bệnh nhân nghiên cứu, triệu chứng cơ năng sau mổ khi bệnh nhân xuất viện có sự cải thiện rõ rệt. Chất lượng sống của bệnh nhân, dựa theo bảng điểm Karnofsky, tăng lên đáng kể sau mổ với điểm số lớn hơn 80, duy trì trong suốt quá trình theo dõi 3-6 tháng. Tỷ lệ cải thiện và bảo tồn chức năng vận động sau mổ đạt 96,18%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp: phù não 7,7%, chảy máu sau mổ 3,4%, giãn não thất 1,7%. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 3,39%. **Kết luận:** Phẫu thuật vi phẫu cắt u tế bào hình sao bậc thấp trên lều có tỷ lệ thành công cao và ít gặp biến chứng, chứng minh tính khả thi và hiệu quả của phương pháp này. Khi có sự hỗ trợ của hệ thống định vị thần kinh trong mổ và cộng hưởng từ, độ chính xác

được nâng cao và chất lượng sống của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt. **Từ khóa:** U tế bào hình sao bậc thấp, định vị thần kinh, cộng hưởng từ, vi phẫu thuật.

## SUMMARY

### SURGICAL RESULTS OF SUPRATENTORIAL LOW GRADE ASTROCYTOMAS USING NEURO-NAVIGATION SYSTEM AT VIET DUC HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the surgical outcomes of supratentorial low-grade astrocytomas using the neuro-navigation system. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 59 patients diagnosed with supratentorial low-grade astrocytomas who underwent surgery with neuro-navigation at Viet Duc Hospital from January 2022 to March 2024. **Results:** Among the 59 patients, postoperative symptoms showed significant improvement upon discharge. The rate of motor function improvement and preservation after surgery was 96.18%. Quality of life, as measured by the Karnofsky Performance Status Scale, significantly improved, with scores above 80 after the operation and at the 3-6 month follow-up. The postoperative complication rate was low, with brain edema in 7.7%, bleeding in 3.4%, and ventricular dilation in 1.7%. The postoperative mortality rate was low at 3.39%. **Conclusion:** Microsurgical resection of supratentorial low-grade astrocytomas using a neuro-navigation system has a high success rate with few complications, demonstrating the feasibility and effectiveness of the procedure when aided by intraoperative MRI and

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đại Hà

Email: duongdaiha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024