

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miayaoka R, Esteves SC** (2012) A critical appraisal on the role of varicocele in male infertility. *Adv Urol* 2012: 597495.
2. **World Health Organization** (1992) The influence of varicocele on parameters of fertility in large group of men presenting to infertility clinics. *Fertil Steril* 57: 1289 - 1293.
3. **Pastuszak A, Wang R** (2015) Varicocele and testicular function. *Asia J Androl* 17:659.
4. **Saypol DC** (1981) Varicocele. *J Androl* 2: 61-71.
5. **Macleod J** (1965) Seminal cytology in presence of varicocele. *Fertil Steril* 16: 735 - 757.
6. **Will MA, Swain J, Fode M, Sonksen J, Christman GM, Ohi D** (2011) The great debate: varicocele treatment and impact on fertility. *Fertil Steril* 95: 841 - 852.
7. **F Pallotti, D Paoli, T. Carlini et al** (2017) Varicocele and semen quality: a retrospective case-control study of 4230 patients from single centre. *J Endocrinol Invest*.
8. **Nguyễn Hoài Bắc** (2018). Nghiên cứu ứng dụng phương pháp vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh trong điều trị vô sinh nam. Luận án Tiến sĩ y học.
9. **Dubin L, Amelar R.D** (1970) Varicocele size and results of varicocelectomy in selected subfertile men with varicocele. *Fertil Steril*, 21(8), 606 - 9.
10. **Ashok Agarwal, Reecha Sharma, Avi Harlev, Sandro C Esteves** (2016). Effect of varicocele on semen characteristics according to the new 2010 World Health Organization criteria: a systematic review and meta- analysis. *Asian J Androl*. 18(2): 163 - 170.
11. **Giovanny Vivas-Acevedo, Jesús Ricardo Lozano, María Isabel Camejo** (2010) Effect of varicocele grade and age on seminal parameters. *Urologia Internationalis*. 85: 194 - 199.
12. **Aza Mohammed, Frank Chinegwudoh** (2009) Testicular varicocele: an overview. *Urol Int*. 82(4): 373-9.
13. **Nguyễn Quang** (2012) Bệnh học nam khoa cơ bản. Nhà xuất bản Y học. 115 - 122.
14. **Chiou R.K, Anderson J.C, Wobig R.K et al** (1997) Color Doppler ultrasound criteria to diagnose varicoceles: correlation of a new scoring system with physical examination. *Adult Urology*. 50 (6): 953 - 956.

## NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẤT LƯNG MÃN TÍNH DO THOÁI HÓA ĐĨA ĐỆM BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT NHIỆT NỘI ĐĨA TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

**ĐINH NGỌC SƠN,  
ĐỖ MẠNH HÙNG, NGUYỄN BÁ BA**  
*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*

### TÓM TẮT

*Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị IDET ở BN đau CSTL mãn tính do thoái hóa đĩa đệm.*

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 34 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán đau CSTL do thoái hóa đĩa đệm được điều trị bằng IDET tại Khoa Phẫu thuật Cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2017 - 12/2019, phương pháp mô tả hồi cứu.*

*Kết quả: Trong số 34 BN nghiên cứu, BN nam (n = 21) chiếm 61,76%, nữ (n = 13) chiếm 38,24%; tỷ lệ nam/nữ là 1,61/1. Tuổi trung bình là 37,47 ± 9,13 tuổi, BN bé tuổi nhất là 17, lớn tuổi nhất là 53. Phân theo nhóm nghề nghiệp, nhóm nguy cơ cao chiếm 73,53%, nhóm nguy*

*cơ thấp tỷ lệ 26,47%. Thời gian can thiệp trung bình là 36 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 2,05 ngày. Biến chứng sau can thiệp chiếm tỷ lệ 20,59% với triệu chứng đau rất tại vị trí đâm kim, các triệu chứng này đã hết khi bệnh nhân tái khám. Điểm VAS trung bình giảm 2,75 điểm ngay sau can thiệp và giảm 3,64 điểm sau can thiệp 1 tháng, từ 6,27 điểm trước can thiệp xuống 2,64 điểm sau 1 tháng. Chỉ số ODI trung bình giảm 11,64 điểm ngay sau can thiệp và giảm 19,24 điểm sau can thiệp 1 tháng từ 39,82 điểm trước can thiệp xuống 20,58 điểm sau 1 tháng. Đánh giá chung kết quả theo MacNab cải tiến sau can thiệp đạt 94,12% ở mức độ tốt và rất tốt sau can thiệp 1 tháng, không có trường hợp nào mức độ kém.*

*Kết luận: Qua nghiên cứu cho thấy phương pháp IDET điều trị đau CSTL do thoái hóa đĩa đệm là một phương pháp can thiệp ít xâm lấn an toàn, ít biến chứng, thời gian can thiệp và nằm viện ngắn, đem lại hiệu quả cao về giải quyết*

*Chịu trách nhiệm: Nguyễn Bá Ba  
Email: galaxy9bm@gmail.com  
Ngày nhận: 17/8/2021  
Ngày phản biện: 08/9/2021  
Ngày duyệt bài: 10/9/2021*

triệu chứng đau và cải thiện chất lượng cuộc sống BN.

**Từ khóa:** Đau cột sống thắt lưng, thoái hóa đĩa đệm, đốt nhiệt nội đĩa.

#### **SUMMARY**

**Objectives:** To evaluate the results of Intradiscal Electrothermal Therapy (IDET) treatment in patients with chronic lower back pain due to disc degeneration.

**Subjects:** 34 patients diagnosed with lower back pain due to disc degeneration were treated with IDET at the Department of Spine Surgery, Viet Duc Friendship Hospital from January 2017 to December 2019.

**Method:** Retrospective.

**Results:** Among 34 patients studied, male (n=21) accounted for 61.76%, female (n = 13) accounted for 38.24%; The male/female ratio is 1.61/1. The mean age was  $37.47 \pm 9.13$  years old, the youngest patient was 17, the oldest was 53. Classified by patients' occupation, the high-risk group accounted for 73.53%, the low-risk group was 26.47%. The mean intervention time was 36 minutes. The mean hospital stay was 2.05 days. Complications after intervention accounted for 20.59% with burning pain at the needle puncture site, these symptoms disappeared when the patient was re-examined after discharged. The average VAS score decreased by 2.75 points immediately after the intervention and 3.64 points after 1 month, from 6.27 points before the intervention to 2.64 points after 1 month. The average ODI index decreased 11.64 points immediately after the intervention and 19.24 points after 1 month from 39.82 points before the intervention to 20.58 points after 1 month. Overall assessment of the results according to MacNab, the improvement after intervention reached 94.12% at good and very good level after 1 month of intervention, there were no cases of poor level.

**Conclusion:** Through the study, the IDET method for treating lower back pain due to disc degeneration is a safe, minimally invasive intervention method, with few complications, short intervention time and hospital stay, bringing high efficiency on pain management and improvement of patients' quality of life.

**Keywords:** Low back pain, disk degeneration, Intradiscal Electrothermal Therapy (IDET).

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đau CSTL là một vấn đề thường gặp trong cộng đồng. Một trong những nguyên nhân chính dẫn đến đau CSTL mãn tính là do thoái hóa đĩa đệm. Trước đây khi điều trị bảo tồn thất bại, các can thiệp phẫu thuật xâm lấn là lựa chọn duy

nhất cho những BN này. IDET là một phương pháp ít xâm lấn, mang lại một can thiệp trung gian giữa chăm sóc bảo tồn và phẫu thuật.

Từ năm 2007, Bệnh viện Việt Đức đã áp dụng các kỹ thuật cao trên thế giới vào điều trị bệnh lý đĩa đệm, trong đó có kỹ thuật tạo hình nhân nhầy đĩa đệm điều trị đau thắt lưng thấp bằng đốt nhiệt nội đĩa, nhưng chưa có công trình nghiên cứu, đánh giá nào về kỹ thuật này và theo dõi kết quả sau phẫu thuật một cách có hệ thống. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị IDET ở BN đau CSTL mạn tính do thoái hóa đĩa đệm.

#### **ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

##### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Nghiên cứu trên 34 BN được chẩn đoán đau thắt lưng mãn tính do thoái hóa đĩa đệm, tiến hành tạo hình nhân nhầy đĩa đệm bằng phương pháp đốt nhiệt nội đĩa (IDET) tại Khoa Phẫu thuật Cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau:

##### **1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán đau thắt lưng mãn tính do thoái hóa đĩa đệm, tiến hành IDET tại Khoa Phẫu thuật Cột sống, Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 01/2017 - 12/2019.

Hồ sơ bệnh án được ghi chép đầy đủ chẩn đoán, diễn biến, có kết quả phim chụp MRI.

Không phân biệt giới, tuổi của người bệnh.

##### **1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

Người bệnh có bệnh mạn tính nặng đi kèm có thể ảnh hưởng tới kết quả nghiên cứu.

Người bệnh không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

#### **2. Phương pháp nghiên cứu**

##### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

##### **Nội dung nghiên cứu:**

- Lâm sàng: Ghi nhận mức độ đau theo thang điểm VAS, mức độ giảm chức năng cột sống theo thang điểm Oswestry của BN trước can thiệp, sau can thiệp và khi tái khám. Đánh giá kết quả chung theo MacNab cải tiến.

- Cận lâm sàng: Trên phim MRI trước can thiệp ghi nhận các đặc điểm vị trí rách bao xơ cầu đĩa đệm, số lượng đĩa đệm tổn thương, tầng tổn thương, mức độ thoái hóa đĩa đệm theo phân độ Pfirrmann.

##### **3. Thu thập và phân tích số liệu**

Thu thập thông tin bằng bộ công cụ điều tra.

Số liệu được làm sạch, sau đó được nhập và quản lý vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

STT	Nhóm tuổi	Số lượng	Tỉ lệ %
1	< 30	2	5,88
2	31 - 40	9	26,47
3	41 - 50	10	29,41
4	50 - 59	10	29,41
5	≥ 60	3	8,82
6	Tổng số	34	100,0

Bảng 1 cho thấy, nhóm 50 - 59 tuổi và 41 - 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao bằng nhau (n = 10; 29,41%). Nhóm dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,88; n = 2).

Tỷ lệ giới tính: Giới tính nam chiếm tỷ lệ cao (n = 21; 61,76%). Nữ giới có 13 bệnh nhân (38,24%). Tỷ lệ nam/nữ là 21/13 = 1,61.

Bảng 2. Phân bố nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

STT	Trình độ chuyên môn	Số lượng	Tỉ lệ %
1	Nhóm nguy cơ thấp	9	26,47
2	Nhóm nguy cơ cao	25	73,53
3	Tổng số	34	100,0

Bảng 2 cho thấy nhóm bệnh nhân nguy cơ cao chiếm tỷ lệ cao (73,53%; n = 25). Nhóm nguy cơ thấp chiếm 26,47% (n = 9).

### 2. Cộng hưởng từ cột sống thắt lưng

Bảng 3. Tỷ lệ mức độ thoái hóa đĩa đệm theo phân loại Pfirman

Phân loại	Tỷ lệ	
	n	%
Độ I: Đĩa sáng và đồng nhất	0	0
Độ II: Không đồng chất hoặc có vách ngang	14	35,9
Độ III: Đĩa màu xám không đồng chất	25	64,1
Độ IV: Đĩa màu xám tới đen, không đồng chất	0	0,0
Độ V: Đĩa đen và không đồng chất	0	0,0
Tổng số	39	100

Bảng 3 cho biết mức độ thoái hóa đĩa đệm theo phân loại Pfirman trên MRI. Trong đó, thoái hóa độ III chiếm lệ cao nhất với 64,1%, còn lại là thoái hóa độ II với 35,9%, không có đĩa đệm thoái hóa độ I, độ IV, độ V.

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương rách bao xơ đĩa đệm

Các đặc điểm	Dấu hiệu	Tỷ lệ	
		n	%
Tầng đĩa đệm rách bao xơ	L1 - L2	0	0,0
	L2 - L3	0	0
	L3 - L4	1	2,56
	L4 - L5	26	66,67
	L5 - S1	12	30,77

Vị trí rách bao xơ đĩa đệm	Trung tâm	15	38,46
	Nghách bên	24	61,54
	Vị trí khác	0	0
Số tầng đĩa đệm rách bao xơ	1 tầng	29	85,29
	2 tầng	5	14,71
	3 tầng trở lên	0	0

Bảng 4 cho biết các đặc điểm tổn thương rách bao xơ đĩa đệm:

Có 5 bệnh nhân tổn thương rách bao xơ tại 2 tầng đĩa đệm chiếm 14,71%, còn lại là tổn thương tại 1 tầng đĩa đệm, không có trường hợp nào tổn thương rách bao xơ trên 2 tầng đĩa đệm.

Tầng đĩa tổn thương nhiều nhất là L4 - L5 chiếm 66,67%, tiếp đến là tầng L5 - S1 chiếm 30,77%, chỉ có 1 trường hợp rách bao xơ ở tầng L3 - L4, không có tổn thương ở các tầng L1 - L2 và L2 - L3.

Vị trí rách bao xơ nghách bên thường gặp hơn

### 3. Phương pháp IDET

**Phương pháp vô cảm:** Bệnh nhân được gây tê tại chỗ 100%

**Thời gian can thiệp:** Thời gian trung bình =  $36 \pm 17,6$ , thời gian ngắn nhất min = 25 phút, thời gian dài nhất max = 80 phút (trường hợp này can thiệp đĩa đệm 2 tầng vị trí L3 - L4, L4 - L5).

Bảng 5. Tỷ lệ mức số tầng can thiệp IDET

Số tầng đĩa đệm can thiệp	Tỷ lệ	
	n	%
Một tầng	29	85,29
Hai tầng	5	14,71
Ba tầng	0	0

Phần lớn bệnh nhân được can thiệp 1 tầng đĩa đệm với 85,29%, có 5 trường hợp bệnh nhân được can thiệp 2 tầng đĩa đệm chiếm 14,71%, không bệnh nhân nào can thiệp 3 tầng đĩa đệm

Bảng 6. Tỷ lệ các biến chứng sau can thiệp

Biến chứng	Tỷ lệ	
	n	%
Gãy đầu ống thông, que đốt	0	0
Đau rát tại vị trí đâm kim	7	20,59
Tụ máu vị trí đâm kim	0	0
Dị ứng thuốc cản quang	0	0
Viêm đĩa đệm can thiệp	0	0

Sau can thiệp chỉ gặp biến chứng đau rát tại vị trí đâm kim với tỷ lệ 20,59%, các biến chứng còn lại không xảy ra.

Bảng 7. Tỷ lệ thời gian nằm gian

Thời gian nằm viện	Tỷ lệ	
	n	%
1 ngày	5	14,71
2 ngày	22	64,7
3 ngày	7	20,59
Trên 3 ngày	0	0

Thời gian bệnh nhân điều trị trong viện chủ yếu là 2 ngày với 64,7%, ngắn nhất là 1 ngày với 14,71%, còn lại là 3 ngày với 20,59%. Không có trường hợp nào nằm trên 3 ngày.

#### 4. Đánh giá kết quả điều trị

Thời gian trung bình tái khám là  $25,4 \pm 8,2$  tháng sau ra viện, bệnh nhân tái khám sớm nhất là 3 tháng, tái khám lâu nhất là 38 tháng.

Bảng 8. Đặc điểm cải thiện lâm sàng theo thang VAS

Thang điểm VAS	Trước mổ	Ngay sau can thiệp	Khám lại	P (Kruskal Wallis test)
	TB $\pm$ ĐLC	TB $\pm$ ĐLC	TB $\pm$ ĐLC	
VAS lưng	6,27 $\pm$ 0,65	3,52 $\pm$ 1,1	2,64 $\pm$ 1,22	0,0001

TB: Trung bình; ĐLC: Độ lệch chuẩn

Bảng 8 cho biết sự thay đổi của thang điểm vas trên bệnh nhân qua 3 thời điểm trước mổ, ngay sau mổ và khi tái khám. VAS của bệnh nhân trước mổ trung bình là  $6,72 \pm 0,65$ . Mức độ đau của bệnh nhân giảm đáng kể, ngay sau can thiệp chỉ còn  $3,52 \pm 1,1$ . Khi tái khám VAS trung bình còn  $2,64 \pm 1,22$ . Sự khác biệt giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 9. Đặc điểm cải thiện lâm sàng theo thang điểm Oswestry

Thang điểm	Trước mổ	Ngay sau can thiệp	Khám lại	P (Kruskal Wallis test)
	TB $\pm$ ĐLC	TB $\pm$ ĐLC	TB $\pm$ ĐLC	
Điểm giảm chức năng cột sống Oswestry (ODI)	39,82 $\pm$ 7,15	28,18 $\pm$ 4,01	20,58 $\pm$ 3,79	0,0001

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn.

Nhận xét: Điểm Oswestry trung bình trước mổ là  $39,82 \pm 7,15$ ; ngay sau can thiệp, điểm Oswestry trung bình giảm còn  $28,18 \pm 4,01$ ; khám lại, điểm Oswestry là  $20,58 \pm 3,79$ . Sự khác biệt của điểm Oswestry giữa 3 thời điểm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 10. Đánh giá chung kết quả theo MacNab cải tiến

Mức độ	Sau can thiệp		Khám lại	
	n	%	n	%
1. Rất tốt	4	11,76	8	23,53
2. Tốt	25	73,53	24	70,59
3. Trung bình	5	14,71	2	5,88
4. Kém	0	0,0	0	0,0
Tổng	34	100,0	34	100,0

Bảng 10 cho thấy kết quả điều trị chung theo thang MacNab ở 2 thời điểm. Kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất tại thời điểm sau can thiệp với 73,53% và khi tái khám với 70,59%. Không có trường hợp nào ghi nhận kết quả kém. Tỷ lệ rất tốt tăng gấp 2 lần khi tái khám so với sau can thiệp, cùng với đó là sự giảm tỷ lệ của bệnh nhân trung bình.

Bảng 11. Các triệu chứng lâm sàng khám lại

Triệu chứng	n	%
Đau cột sống thắt lưng	6	17,65
Đau tăng khi vận động	2	5,88
Hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng	0	0
Dấu hiệu cơ cứng cơ cạnh sống	0	0
Biến dạng cột sống	0	0
Đau lan chân dọc theo rễ thần kinh chi phối	0	0
Rối loạn cảm giác nông vùng cảm giác được chi phối bởi rễ thần kinh bị chèn ép	0	0
Rối loạn phản xạ	0	0
Rối loạn vận động	0	0

Kết quả khám lại cho thấy 17,65% bệnh nhân còn có triệu chứng đau cột sống, 2 trường hợp đau tăng khi vận động mức độ vừa.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $37,47 \pm 9,13$ , với bệnh nhân trẻ tuổi nhất min = 17, bệnh nhân lớn tuổi nhất max = 53, phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả: Saal J.S. là 43<sup>[1]</sup>, Davis T.T. là 40<sup>[2]</sup>, Lee M.S là 41,4<sup>[3]</sup>.

Theo tỷ lệ phân bố nhóm tuổi, nhóm tuổi <30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,88%. Điều này được cho là phù hợp với bệnh lý thoái hóa đĩa đệm, quá trình thoái hóa đĩa đệm bắt đầu từ rất sớm, từ những năm 30 tuổi với sự mất nước của nhân nhầy đĩa đệm làm cho nhân nhầy trở nên khô đi, chức năng hấp thu lực sẽ giảm, đồng thời vòng xo sẽ mất dần tính bền vững, đĩa đệm sẽ giảm chiều cao và chùng ra sau, quá trình ngày càng tăng nặng theo tuổi<sup>[4]</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 34 bệnh nhân, bệnh nhân nam (n = 21) chiếm 61,76%, nữ (n = 13) chiếm 38,24%; tỷ lệ nam/nữ là 1,61/1. Tham khảo số liệu nghiên cứu của một số tác giả Saal J.S. (nam/nữ = 1,27/1)<sup>[1]</sup>, Davis T.T.(nam/nữ là 1,94/1)<sup>[2]</sup>, nhận thấy kết quả không có sự khác biệt tương đối. Điểm tương đồng là tỷ lệ nam giới nhiều hơn so với nữ. Điều này cho thấy bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thường hay xảy ra ở bệnh nam trong lứa tuổi lao động, đây là thành phần lao động chủ lực trong gia đình và xã hội, sử dụng nhiều

sức lực cơ bản nhất nên rất dễ bị mắc bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nghề nghiệp nguy cơ cao chiếm tỷ phần lớn là 73,53%, nhóm nghề nghiệp nguy cơ thấp tỷ lệ 26,47%. Điều này cho thấy nghề nghiệp góp phần tạo nên mối nguy cơ cho bệnh lý đĩa đệm và phù hợp với các nghiên cứu về bệnh sinh của thoái hóa đĩa đệm. Ở những người nguy cơ cao vốn là những người lao động phải thường xuyên mang vác nặng, tác động của công việc hàng ngày đồng thời là tải trọng cột sống phải chịu tác động như những chấn thương nhỏ mạn tính, kéo dài, lặp đi lặp lại chính là nguyên nhân làm cho không chỉ cột sống mà cả các khớp lớn của chi thể dần bị thoái hóa, dần bị lão hóa các thành phần cấu tạo như tổ chức xương sụn, dây chằng, tổ chức xương dưới sụn... rồi sau cùng là sự biến dạng về hình thể. Còn những nghề nghiệp như lái xe, nhân viên văn phòng, thời quen ngồi lâu khiến cột sống dù không phải vận động vượt quá giới hạn sinh lý, nhưng làm việc trong tư thế gò bó lại phải chịu lực tác động mạnh, tư thế sai lệch thường xuyên sẽ là yếu tố nguy cơ đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm.

## 2. Hình ảnh cộng hưởng từ

Tất cả các trường hợp đều được tiến hành chụp phim cộng hưởng. Căn cứ vào kết quả đọc phim cộng hưởng từ của chúng tôi và các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh tầng đĩa tổn thương rách bao xơ nhiều nhất là L4 - L5 chiếm 66,67%, tiếp đến là tầng L5 - S1 chiếm 30,77%, chỉ có 1 trường hợp rách bao xơ ở tầng L3 - L4, không có tổn thương ở các tầng L1 - L2 và L2 - L3. So sánh kết quả với các tác giả Tsou H.-K.(L4-L5 và L5 - S1 lần lượt là 56% và 38,79%)<sup>[5]</sup>, Lee M.S (L4 - L5 và L5 - S1 lần lượt là 58,82% và 45,05%)<sup>[3]</sup> thấy kết quả có sự tương đồng. Điều này được cho là phù hợp với giải phẫu cột sống thắt lưng, tầng đĩa đệm L4 - L5 và L5 - S1 là nơi chuyển tiếp vận động và chịu áp lực cao của cột sống.

Cùng với đó đa phần là tổn thương tại 1 tầng đĩa đệm với 85,29%, rách bao xơ tại 2 tầng đĩa đệm chiếm 14,71%, còn lại không có trường hợp nào tổn thương rách bao xơ trên 2 tầng đĩa đệm. Vị trí rách trung tâm chiếm 38,46% và ngách bên chiếm 61,54%.

Về mức độ thoái hóa đĩa đệm theo phân loại Pfirrmann, trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy chỉ, thoái hóa độ III chiếm lệ cao nhất 64,1%, còn lại là thoái hóa độ II với 35,9%, không có đĩa đệm thoái hóa độ I, độ IV và độ V. Điều này có thể lý giải do liên quan tới tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân của thủ thuật IDET, một trong những chống chỉ định IDET là hoá

hóa đĩa đệm mức độ nặng, ghi nhận bởi mất trên 50% chiều cao đĩa đệm trên phim. Ngược lại, với chất lượng đĩa còn tốt, tổn thương rách vỡ nội đĩa ít xảy ra.

## 3. Về phương pháp IDET

Tất cả bệnh nhân được tiến hành IDET với gây tê tại chỗ. Điều này làm giảm gánh nặng các nguy cơ về gây mê trong và sau mổ, đồng thời có ý nghĩa quan trọng đánh giá theo dõi tổn thương thần kinh trong mổ.

Thời gian can thiệp IDET trung bình (là 36 phút) ngắn, thời gian nằm viện trung bình (là 2,05 ngày) ngắn cho thấy IDET là một phương pháp can thiệp ít xâm lấn, tối thiểu, thực hiện nhanh, thời gian hồi phục ngắn cho bệnh nhân, là ưu điểm so với các phương pháp mổ mở trước đây.

Trong nghiên cứu, có 5 bệnh nhân được can thiệp IDET 2 tầng đĩa đệm chiếm tỷ lệ 14,71%, còn lại tất cả được can thiệp 1 tầng đĩa đệm. Điều này cũng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn IDET, khuyến cáo can thiệp với chỉ 3 tầng đĩa trở xuống.

## 4. Kết quả sau can thiệp và khám lại

Sau can thiệp, có sự thay đổi rõ rệt về đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS và mức độ giảm chức năng cột sống theo thang điểm Oswestry. Điểm VAS trung bình giảm 2,75 điểm ngay sau can thiệp và giảm 3,64 điểm tại thời điểm tái khám từ 6,27 điểm trước can thiệp xuống 2,64 điểm. Chỉ số ODI trung bình giảm 11,64 điểm ngay sau can thiệp và giảm 19,24 điểm tại thời điểm tái khám từ 39,82 điểm trước can thiệp xuống 20,58. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). So sánh với kết quả của các tác giả khác được đưa ra trong bảng dưới.

Bảng 12. So sánh kết quả điều trị của các nghiên cứu

Tác giả	Cỡ mẫu (n)	Chỉ số	Kết quả
Saal and Saal <sup>[1]</sup>	25	VAS	7,3 => 3,6 (3,7)
Spruit and Jacobs <sup>[6]</sup>	20	VAS ODI	6,54 => 5,06 (1,48) 43,1 => 36,7 (6,4)
Lutz et al <sup>[7]</sup>	33	VAS	7,5 => 3,9 (3,6)
Chúng tôi	34	VAS ODI	6,27 => 2,64 (3,64) 39,82 => 20,58 (19,24)

Chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng về mức độ giảm điểm VAS và ODI giữa các nghiên cứu. Đánh giá chung kết quả theo MacNab cải tiến sau can thiệp đạt 94,12% ở mức độ tốt và rất tốt tại thời điểm tái khám, không có trường hợp nào mức độ kém. Các thay đổi trên chứng tỏ IDET là một phương pháp hiệu quả trong điều

trị tình trạng đau cột sống thắt lưng do thoái hóa đĩa đệm.

Về tai biến, biến chứng phẫu thuật ghi nhận triệu chứng đau rất tại vị trí đâm kim với tỷ lệ 20,59% ngay sau can thiệp, các triệu chứng này đã hết khi bệnh nhân tái khám. Như vậy cho thấy IDET là một phương pháp tương đối an toàn, là một ưu điểm so với các phương pháp phẫu thuật xâm lấn khác.

Khám lại lâm sàng các bệnh nhân đều có khám lại sau điều trị. Chúng tôi ghi nhận 17,65% bệnh nhân còn có triệu chứng đau cột sống, 5,88% bệnh nhân còn đau tăng khi vận động mức độ vừa.

#### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 34 bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoái hóa đĩa đệm đã được điều trị bằng phương pháp đốt nhiệt nội đĩa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong 3 năm (từ T1/2017 - T12/2019) chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

- Chụp cộng hưởng từ giúp đánh giá tổn thương khi nghi ngờ có đau thắt lưng do nguyên nhân đĩa đệm. Trên phim 100% phát hiện hình ảnh rách bao xơ (vùng cường độ cao - vùng H<sub>2</sub> trên thì T<sub>2</sub>), kèm theo hình ảnh thoái hóa đĩa đệm ở một hay nhiều tầng đĩa đệm.

- IDET là một phương pháp can thiệp ít xâm lấn tương đối an toàn, ít biến chứng: Bệnh nhân được tiến hành can thiệp IDET 100% gây tê tại chỗ. Thời gian phẫu thuật ngắn, trung bình là 36 phút. Tỷ lệ biến chứng 20,59% ngay sau can thiệp với triệu chứng đau rất tại vị trí đâm kim. Các triệu chứng này đã hết khi tái khám. Thời gian nằm viện ngắn, trung bình là 2,01 ngày.

- Cải thiện mức độ đau lưng, chức năng cột sống ngay sau can thiệp: Điểm VAS trung bình giảm 2,75, điểm ODI trung bình giảm 11,64 điểm.

- Cải thiện mức độ đau lưng, chức năng cột sống sau trung bình ... tháng: điểm VAS trung bình giảm 3,64 điểm, điểm ODI trung bình giảm 19,24 điểm.

- Đánh giá chung kết quả theo MacNab cải thiện sau can thiệp đạt 94,12% ở mức độ tốt và rất tốt tại thời điểm khám lại trung bình sau 25,4 tháng, không có trường hợp nào mức độ kém.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saal J.S. and Saal J.A.** (2000). Management of Chronic Discogenic Low Back Pain With a Thermal Intradiscal Catheter: A Preliminary Report. Spine, 25(3), 382 - 388.

2. **Davis T.T., Delamarter R.B., Sra P., et al.** (2004). The IDET procedure for chronic discogenic low back pain. Spine (Phila Pa 1976), 29(7), 752 - 756.

3. **Lee M.S., Cooper G., Lutz G.E., et al.** (2003). Intradiscal electrothermal therapy (IDET) for treatment of chronic lumbar discogenic pain: a minimum 2-year clinical outcome study. Pain Physician, 6(4), 443 - 448.

4. **Miller J.A., Schmatz C., and Schultz A.B.** (1988). Lumbar disc degeneration: correlation with age, sex, and spine level in 600 autopsy specimens. Spine (Phila Pa 1976), 13(2), 173 - 178.

5. **Tsou H.-K., Chao S.-C., Kao T.-H., et al.** (2010). Intradiscal electrothermal therapy in the treatment of chronic low back pain: Experience with 93 patients. Surg Neurol Int, 1, 37.

6. **Spruit M. and Jacobs W.C.H.** (2002). Pain and function after intradiscal electrothermal treatment (IDET) for symptomatic lumbar disc degeneration. Eur Spine J, 11(6), 589 - 593.

7. **Lutz C., Lutz G.E., and Cooke P.M.** (2003). Treatment of chronic lumbar diskogenic pain with intradiscal electrothermal therapy: a prospective outcome study. Arch Phys Med Rehabil, 84(1), 23 - 28.

## SỰ PHÂN BỐ CÁC TỔN THƯƠNG NỘI BIỂU MÔ VÂY ĐỘ CAO TRÊN SINH THIẾT CỐ TỬ CUNG

LÊ HOÀNG LINH<sup>1</sup>, PHẠM THỊ ĐƠN<sup>2</sup>,  
HOÀNG THỊ TUYẾT HẰNG<sup>1</sup>, NGUYỄN ĐÌNH QUYẾT<sup>1</sup>, TRẦN TUẤN VŨ<sup>1</sup>,  
NGUYỄN VIỆT THẮNG<sup>1</sup>, ĐÀO THÚY HẰNG<sup>1</sup>, PHÙNG QUANG THÙY<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Thái Bình

<sup>3</sup>Bệnh viện Vinmec

Chịu trách nhiệm: Lê Hoàng Linh  
Email: dr.lequangvinh@yahoo.com  
Ngày nhận: 10/8/2021  
Ngày phản biện: 23/8/2021  
Ngày duyệt bài: 06/9/2021

#### TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ phân bố các tổn thương nội biểu mô vầy độ cao trên bệnh phẩm sinh thiết cổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.