

KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG LIÊN BẢN SỐNG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM THẮT LƯNG CÙNG

Nguyễn Duy Linh^{1}, Nguyễn Quang Hưng², Nguyễn Hữu Lâm³, Phạm Văn Hữu⁴, Nguyễn Trung Tĩnh², Nguyễn Hải Đăng², Hà Thoại Kỳ¹, Tôn Nữ Thị Diễm²*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ

3. Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng

4. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

*Email: ndlinh@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị đĩa đệm thắt lưng cùng là bệnh lý cột sống thường gặp nhất, khoảng 10% bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cần phải phẫu thuật. Mặc dù phẫu thuật mở lấy nhân đệm thoát vị đem lại hiệu quả khá tốt, các tác giả vẫn tiếp tục phát triển các kỹ thuật ít xâm lấn hơn để đem lại hiệu quả điều trị tốt nhất. Phẫu thuật nội soi đường liên bản sống là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu có nhiều ưu điểm và được áp dụng ngày càng rộng rãi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đánh giá bước đầu hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng bằng phẫu thuật nội soi liên bản sống. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ 7/2022 đến 10/2022. Tiêu chuẩn chọn gồm bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm thắt lưng cùng có triệu chứng chèn ép rễ thần kinh, không đáp ứng với điều trị nội khoa thích hợp sau 5 - 8 tuần. **Kết quả:** Trong 3 tháng, chúng tôi tiến hành phẫu thuật được 9 trường hợp. Tuổi trung bình $43,11 \pm 5,06$. Nam giới chiếm 55,56%. Toàn bộ bệnh nhân đều được chụp cộng hưởng từ, quang động cột sống trước mổ đánh giá không trường hợp nào mất vững. Đa số các trường hợp phẫu thuật nội soi ở tầng L5S1 (66,67%), tầng L4L5 chiếm 33,33%. Giá trị của VAS lưng và VAS chân giảm sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chúng tôi không ghi nhận biến chứng trong và sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi liên bản sống là can thiệp xâm lấn tối thiểu và là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả trong thoát vị đĩa đệm thắt lưng cùng khi được chỉ định phù hợp.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm thắt lưng cùng, phẫu thuật nội soi đường liên bản sống, xâm lấn tối thiểu, kết quả phẫu thuật.

ABSTRACT

SURGICAL OUTCOME OF ENDOSCOPIC INTERLAMINAR LUMBAR DISCECTOMY FOR DISC HERNIATION

Nguyen Duy Linh^{1}, Nguyen Quang Hung², Nguyen Huu Lam³, Pham Van Huu⁴, Nguyen Trung Tinh², Nguyen Hai Dang², Ha Thoai Ky¹, Ton Nu Thi Diem²*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. S.I.S Can Tho International General Hospital

3. Da Nang General Hospital

4. Thai Binh General Hospital

Background: Lumbar disc herniation is the most common spinal disease, about 10% of herniated discs require surgery. Although open surgery for discectomy of the lumbar herniation is quite good, many authors continue to develop minimally invasive techniques to provide the best treatment. Endoscopic surgery is a minimally invasive surgery with many advantages. **Objective:** To evaluate the surgical outcome of lumbar disc herniation by endoscopic interlaminar approach. **Materials and**

methods: An uncontrolled clinical prospective study at S.I.S Can Tho International General Hospital from 7/2022 to 10/2022. Selection criteria included patients with lumbar disc herniation with symptoms of radiculopathy, who did not respond to appropriate medical treatment after 5-8 weeks. **Results:** In 3 months, we performed the surgery in 9 cases. The mean age is $43,11 \pm 5,06$. Men account for 55,56%. All patients underwent magnetic resonance imaging, and a preoperative x-ray of the spine evaluated no cases of instability. The median value of VAS back pain and VAS leg pain post-op decreased statistically significantly with $p < 0.001$. We did not record any intra- or postoperative complications. **Conclusion:** The endoscopic interlaminar approach is a safe and effective minimally invasive surgery in the treatment of lumbar disc herniation in case of appropriate indication.

Keywords: Lumbar disc herniation, endoscopic interlaminar approach, minimally invasive surgery, surgical results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gần 90% dân số bị đau lưng ít nhất một lần trong đời, ít nhất là sẽ gây triệu chứng đau lưng lan xuống chân theo đường đi của rễ thần kinh, gây tê bì và yếu chi [9]. Nguyên nhân thường gặp nhất của đau lưng là thoái hóa các cấu trúc liên đốt sống, dẫn tới chèn ép thần kinh và ống sống bởi các thành phần như đĩa đệm lồi, bao xơ và dây chằng, mảnh rời đĩa đệm.

Điều trị thoát vị đĩa đệm có triệu chứng chủ yếu bằng các phương pháp nội khoa như thuốc giảm đau, tiêm ngoài màng cứng, tiêm phong bế thần kinh. Ngoại khoa chỉ áp dụng khi thất bại với các phương pháp điều trị nội khoa thông thường hoặc khi dấu hiệu thần kinh suy yếu, chèn ép nặng gây hội chứng chùm đuôi ngựa. Phẫu thuật vi phẫu lấy nhân đệm thoát vị ngày nay đã trở thành tiêu chuẩn vàng với kết quả khá tốt. Tuy nhiên phương pháp này cũng có một vài nhược điểm như tạo mô xơ sẹo ngoài màng cứng có thể gây đau cho bệnh nhân kéo dài (khoảng 10%), mất vững cột sống do tổn thương cấu trúc quá mức ở mặt khớp, bản sừng hay eo đốt sống. Tất cả các yếu tố trên gây nên Hội chứng sau phẫu thuật lấy nhân đệm (postdiscectomy syndrome) [4], [7].

Phẫu thuật nội soi cột sống lấy thoát vị đĩa đệm được giới thiệu vào năm 1971 bởi Hijikata. Kỹ thuật nội soi cột sống đầu tiên được tiến hành bằng đường qua lỗ liên hợp và được hoàn thiện bởi Anthony T Yeung vào năm 1997 với hệ thống nội soi mang tên ông. Đến năm 2005, Ruetten và Gun Choi đưa ra kỹ thuật lấy nhân đệm nội soi qua đường liên bản sừng [8].

Tại Việt Nam, kỹ thuật nội soi cột sống được triển khai từ những năm 2000. Võ Xuân Sơn báo cáo 15 trường hợp phẫu thuật nội soi liên bản sừng lấy nhân đệm thắt lưng năm 2009 với kết quả thành công 73,3% [2]. Đến nay nhiều trung tâm lớn đã triển khai kỹ thuật này và có kết quả tốt nhờ vào sự phát triển của hệ thống trợ cụ và kinh nghiệm phẫu thuật thành thạo. Tại Cần Thơ, Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S đã bước đầu áp dụng kỹ thuật này vào điều trị phẫu thuật các trường hợp thoát vị đĩa đệm đơn thuần. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu Kết quả ban đầu phẫu thuật nội soi đường liên bản sừng điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng cùng nhằm mục tiêu:

+ Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học bệnh lý thoát vị đĩa đệm được phẫu thuật nội soi đường liên bản sừng.

+ Đánh giá kết quả ban đầu sau phẫu thuật qua so sánh điểm VAS trước và sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng cùng được phẫu thuật bằng phương pháp phẫu thuật nội soi đường liên bản sống tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ tháng 7/2022 đến tháng 10/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng cùng thể trung tâm hoặc cạnh trung tâm gây triệu chứng thần kinh, không đáp ứng điều trị nội khoa phù hợp, được phẫu thuật bằng phương pháp phẫu thuật nội soi đường liên bản sống.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Bệnh lý khác của cột sống gây chèn ép thần kinh: nhiễm trùng, u cột sống, chấn thương.
- + Kèm theo các bệnh lý thoái hóa khác của cột sống: trượt mắt vừng cột sống, hẹp ống sống do phì đại khớp, dây chằng vàng, hẹp ngách bên, lỗ liên hợp.
- + Thoát vị đĩa đệm có mảnh rời di trú trong ống sống, thoát vị gây hội chứng chùm đuôi ngựa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng với 9 bệnh nhân từ tháng 7/2022 đến tháng 10/2022.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Ghi nhận các trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh. Thăm khám lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ, xquang cột sống động đánh giá mất vừng và ghi nhận triệu chứng đau theo thang điểm VAS lưng và chân.

- **Kỹ thuật mổ:**

Bệnh nhân gây mê nội khí quản nằm sấp trên bàn mổ xuyên tia X.

+ Chuẩn bị máy C arm kiểm tra vị trí phẫu thuật, xác định vị trí mổ vào khoảng liên bản sống giữa 2 đốt và phù hợp với vị trí khoang đĩa đệm.

+ Đường mổ được xác định phía bên chân đau nhiều của bệnh nhân, cách đường liên gai khoảng 5mm. Tiến hành rạch da và cân cơ khoảng 7mm.

+ Dùng ống nong để tách cơ trước khi đặt trocar nội soi. Đặt trocar và ống soi vào cầm máu bộc lộ phẫu trường khoảng liên bản sống.

+ Tách dọc dây chằng vàng, trường hợp có hẹp khoảng liên bản sống có thể lấy bỏ dây chằng vàng, cần sử dụng cò súng hoặc khoan mài để mở rộng đường vào.

+ Kiểm tra dùng thăm rỗng đánh giá, xác định vị trí thoát vị, kích thích khối thoát vị, tương quan của khối thoát vị với rễ thần kinh. Xác định vị trí rễ, vén rễ thần kinh vào trong, tìm vị trí thoát vị đĩa đệm, lấy khối thoát vị và nhân nhày đĩa đệm. Cầm máu và đóng vết mổ.

+ Theo dõi kết quả điều trị sau mổ bằng thang điểm VAS lưng, VAS chân. So sánh triệu chứng đau lưng và chân trước và sau mổ, thống kê tần suất biến chứng trong và sau mổ như rách màng cứng, tổn thương rễ, nhiễm trùng.

- **Phân tích số liệu:** Dùng phần mềm SPSS 23.0.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Bệnh nhân và người nhà được giải thích và hiểu rõ trước khi tiến hành phẫu thuật. Các thông tin cá nhân và bệnh tật được giữ kín khi tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Giá trị	Phạm vi
Cỡ mẫu	9	
Tỷ lệ Nam/Nữ	4 (44,4%)/5 (55,56%)	
Tuổi	43,11 ± 5,06	35 – 52
Đau thắt lưng	9 (100%)	
Đau lan xuống chân	9 (100%)	
Lasegue dương tính	7 (77,8%)	
VAS lưng trước mổ	7,22 ± 0,441	7 – 8
VAS chân trước mổ	7,00 ± 0,707	6 – 8

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận 9 trường hợp thoát vị đĩa đệm được phẫu thuật nội soi đường liên bản sống. Với tỷ lệ nữ:nam là 1,25. Tuổi trung bình 43,11 ± 5,06 tuổi, nhỏ nhất 35 tuổi, cao nhất 52 tuổi. Tất cả bệnh nhân đều có đau thắt lưng và đau lan xuống chân, 77,8% bệnh nhân có dấu hiệu Lasegue dương tính bên chân đau. VAS lưng trước mổ trung bình 7,22 ± 0,441 (từ 7-8 điểm) và VAS chân trước mổ trung bình 7,00 ± 0,707 (từ 6-8 điểm).

3.2. Đặc điểm hình ảnh học

Bảng 2. Đặc điểm vị trí và hình thái thoát vị

Vị trí tầng thoát vị	Tần số	Tỷ lệ %
L4L5	3	33,33
L5S1	6	66,67
Tổng	9	100
Hình thái thoát vị	Tần số	Tỷ lệ %
Trung tâm	2	22,22
Cạnh trung tâm	7	77,78
Tổng	9	100

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận đa số trường hợp phẫu thuật nội soi liên bản sống ở vị trí tầng L5S1 (66,67%). Thoát vị cạnh trung tâm là dạng thường gặp với tỷ lệ 77,78%. Không có trường hợp nào có mất vững cột sống trên Xquang cột sống động và cộng hưởng từ cột sống.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình 78,78 ± 14,47 phút.

Thời gian nằm viện trung bình 3,78 ± 0,83 ngày.

Chúng tôi không ghi nhận biến chứng trong và sau mổ như rách màng cứng, tổn thương thần kinh, nhiễm trùng.

Bảng 3. So sánh triệu chứng đau lưng và chân trước và sau mổ

So sánh		Giá trị trung vị	<i>p</i> (Wilcoxon test)
VAS lưng	Trước mổ	7 (7-8)	0,006
	Sau mổ	2 (1-2)	
VAS chân	Trước mổ	7 (6-8)	0,007
	Sau mổ	1 (1-2)	

Nhận xét: Số trung vị VAS lưng giảm từ 7 điểm xuống 2 điểm có ý nghĩa với $p = 0,006$, trung vị VAS chân giảm từ 7 điểm xuống 1 điểm có ý nghĩa với $p = 0,007$ (kiểm định Wilcoxon).



Hình 1. Khôi thoát vị được lấy qua phẫu thuật nội soi liên bản sống và vết mổ nhỏ 7mm

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Chúng tôi ghi nhận 9 trường hợp thoát vị đĩa đệm được phẫu thuật nội soi đường liên bản sống. Với tỷ lệ nữ:nam là 1,25. Trong nghiên cứu của Nguyễn Vũ và Lê Đức Tâm có tỷ lệ nữ cũng chiếm đa số với 60% [3]. Tuổi trung bình $43,11 \pm 5,06$ tuổi, nhỏ nhất 35 tuổi, cao nhất 52 tuổi. Đây là lứa tuổi lao động chính, dễ gặp bệnh lý đĩa đệm đơn thuần hơn so với nhóm lớn tuổi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các tác giả Nguyễn Vũ [3], Vũ Văn Cường [1] và Wenbin Hua [13]. Chúng tôi ghi nhận tất cả bệnh nhân đều có đau thắt lưng và đau lan xuống chân, 77,8% bệnh nhân có dấu hiệu Lasegue dương tính bên chân đau. Wenbin Hua cũng nhận thấy 29/30 bệnh nhân đau lưng, 28/30 bệnh nhân đau lan chân và có dấu lasegue dương tính. VAS lưng trước mổ trung bình $7,22 \pm 0,441$ (từ 7-8 điểm) và VAS chân trước mổ trung bình $7,00 \pm 0,707$ (từ 6-8 điểm). Nguyễn Vũ cũng ghi nhận VAS trước mổ khá cao với VAS lưng là 6 và VAS chân là 7. Tác giả Hongfei Nie [6] cũng có kết quả trước mổ tương tự.

4.2. Đặc điểm hình ảnh học

Đa số trường hợp phẫu thuật nội soi liên bản sống ở vị trí tầng L5S1 (66,67%). Không có trường hợp nào có mất vững cột sống trên Xquang cột sống động và cộng hưởng từ cột sống. Lợi thế của phương pháp nội soi qua đường liên bản sống là nhờ sử dụng độ rộng của khoảng liên bản sống để tiến hành lấy đĩa đệm thoát vị mà ít hoặc không cần phải cắt thêm xương. Vị trí tầng L5S1 có kích thước khoảng liên bản sống to nhất trong các tầng nên thường thoát vị ở L5S1 sẽ được xem xét ưu tiên phẫu thuật bằng phương pháp này. Tầng L4L5 cũng có khoảng liên bản sống khá to nhưng vẫn hơi nhỏ hơn so với tầng L5S1 nên khi cần chỉ định đường mổ liên bản sống thông thường sẽ cần phải cắt xương một ít. Đôi khi tầng L5S1 cũng có khoảng liên bản sống hẹp hơn bình thường nên việc chụp Xquang cột sống trước mổ là hết sức cần thiết để khảo sát độ rộng khoảng liên bản sống để lập kế hoạch phẫu thuật, chuẩn bị khoan mài để mở rộng cửa sổ lấy đĩa đệm. Việc đánh giá độ rộng khoảng liên bản sống cần có kinh nghiệm để nhận định, mài xương thêm hay không

cũng rất quan trọng nhằm tránh biến chứng chèn rễ thần kinh khi mài không đủ hoặc gây mất vững khi mài cắt xương quá nhiều. Vì thế hầu hết nghiên cứu trong và ngoài nước đều nghiêng về tầng L5S1 trong sử dụng kỹ thuật mổ này [3], [13], [11].

4.3. Kết quả phẫu thuật

Các trường hợp có thể tiếp cận bằng đường liên bản sống là các dạng thoát vị cạnh trung tâm và trung tâm. Chúng tôi ghi nhận trong nghiên cứu đa số các trường hợp là thoát vị cạnh trung tâm chiếm 77,78%. Về kỹ thuật mổ đường liên bản sống tiếp cận khối thoát vị gần giống với phẫu thuật vi phẫu thường quy, tuy nhiên do phẫu trường tiếp cận nhỏ hơn nên hạn chế không chỉ định đối với các trường hợp có khối thoát vị di trú, thoát vị ở lỗ liên hợp hay ngoài lỗ liên hợp. Tuy chỉ định hạn chế nhưng hiệu quả của phương pháp này mang lại là khá rõ ràng do ít xâm lấn cơ xương hơn các phương pháp khác. Đối với mổ nội soi cũng phải đánh giá độ vững cột sống dựa vào X quang cột sống động và cộng hưởng từ giống như mổ mở hay mổ vi phẫu, mặc dù ít khả năng tổn thương thêm gây trượt thứ phát. Nếu phát hiện có mất vững cột sống thì nên thực hiện phẫu thuật lấy thoát vị kèm cố định cột sống và hàn xương liên thân đốt.

Thời gian phẫu thuật nội soi liên bản sống trung bình là 25 phút theo Ruetten [10]. Tuy nhiên cần có đường cong học tập và số ca mổ đủ lớn để hoàn thiện kỹ năng và kinh nghiệm, cũng như số giờ thực hành trên mô hình, phẫu tích xác. Để có thể cơ bản thực hiện tốt kỹ thuật mổ liên bản sống lấy thoát vị L5S1 đơn thuần thì cần hoàn thành 20 ca đầu tiên, thời gian phẫu thuật sẽ được rút ngắn dần. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là $78,78 \pm 14,47$ phút do đây là những ca đầu tiên và chúng tôi phẫu thuật cả tầng L4L5 và mài xương liên bản sống nhiều hơn. Còn theo tác giả Vũ Văn Cường, Đinh Thế Hưng thì thời gian phẫu thuật nội soi liên bản sống điều trị hẹp ống sống trung bình là 64,51 phút, giải áp ống sống không kèm lấy nhân đệm. Thời gian nằm viện trung bình $3,78 \pm 0,83$ ngày là khá ngắn và bệnh nhân có thể phục hồi đi lại bình thường mà không cần hỗ trợ. Theo Võ Xuân Sơn, thời gian nằm viện chỉ 1-2 ngày sau mổ cho thấy đây là phẫu thuật ít xâm lấn mang lại hiệu quả phục hồi nhanh chóng cho bệnh nhân [2].

Chúng tôi chưa ghi nhận biến chứng trong và sau mổ thoát vị đĩa đệm bằng kỹ thuật này như rách màng cứng, tổn thương thần kinh hay nhiễm trùng. Tuy nhiên theo Võ Xuân Sơn, biến chứng có thể gặp là rách màng cứng và tê yếu chi sau mổ. Tê yếu chi có thể do thoát vị lớn, chèn ép rễ nhiều và trong mô vền rễ nhiều hoặc có hẹp ống sống kèm theo nhưng giải ép chưa đủ lớn. Vũ Văn Cường [1] ghi nhận 1 ca (6,67%) rách màng cứng và tê chân sau mổ. Xử trí các trường hợp rách màng cứng trong mổ cũng cần có kinh nghiệm phẫu thuật và đôi lúc phải chuyển mổ mở. Wasinpongwanich [12] và cộng sự nghiên cứu 545 trường hợp phẫu thuật nội soi liên bản sống điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng trong 5 năm ghi nhận tỷ lệ tái phát 12,11%, biến chứng rách màng cứng 1 ca, tổn thương rễ thần kinh 3 trường hợp, yếu chi sau mổ ghi nhận 5 trường hợp. Destandau J [5] nghiên cứu 1562 trường hợp nội soi lấy nhân đệm ghi nhận 54 trường hợp tái phát và trong đó 44 ca cần mổ lại, rách màng cứng xảy ra với tỷ lệ 1,6%, 0,5% có tổn thương rễ thần kinh và tỷ lệ nhiễm trùng rất thấp.

Kết quả sau mổ của chúng tôi ghi nhận tất cả bệnh nhân đều giảm đau lưng và chân với giá trị trung vị VAS lưng trước mổ từ 7,0 (khoảng giá trị 7-8) đến sau mổ còn 2 (khoảng giá trị 1-2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,006$ qua kiểm định Wilcoxon. Giá trị trung vị VAS chân từ 7,0 (khoảng giá trị 6-8) giảm xuống còn 1 (khoảng giá trị 1-2) với $p=0,007$ qua kiểm định Wilcoxon. Theo tác giả Nguyễn Vũ, Lê Đức Tâm [3] VAS lưng và

chân giảm từ 6 xuống 1 ngay ngày hậu phẫu thứ nhất. Các tác giả cũng lưu ý việc phẫu thuật lấy cả phần đĩa đệm lõi và phần bên trong đĩa đệm giúp giảm tỷ lệ tái phát của thoát vị đĩa đệm. Phẫu thuật nội soi liên bản sống cũng được chứng minh ít xâm lấn và ít làm tổn thương cơ lưng sâu (multifidus) qua đó giúp giảm tạo xơ sẹo cơ và đau sau mổ so với mổ mở thông thường và mổ thoát vị đĩa đệm vi phẫu [3], [12].

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế do cỡ mẫu còn ít, không lựa chọn ngẫu nhiên và không có nhóm chứng. Bên cạnh đó thời gian theo dõi chưa đủ dài để đánh giá kết quả lâu dài và tỷ lệ tái phát. Chúng tôi kiến nghị cần thời gian theo dõi dài hơn và cỡ mẫu lớn hơn để có những đánh giá khách quan về hiệu quả của phương pháp nội soi thoát vị đĩa đệm đường liên bản sống.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đường liên bản sống điều trị thoát vị đĩa đệm là một phương pháp ít xâm lấn có nhiều ưu điểm như thời gian hồi phục sau mổ nhanh, thời gian nằm viện ngắn, hạn chế biến chứng và thẩm mỹ. Một lợi điểm nữa của phương pháp này là không sử dụng kính vi phẫu đắt tiền mà có thể sử dụng hệ thống nội soi sẵn có ở các bệnh viện. Tuy nhiên để thực hiện kỹ thuật này an toàn và hiệu quả cần được đào tạo từ cơ bản đến nâng cao theo đường cong học tập, trang bị dụng cụ nội soi dùng riêng cũng như phải chịu đựng phơi nhiễm tia X trong mổ. Phương pháp này chỉ áp dụng cho một số loại thoát vị đĩa đệm trung tâm hoặc cạnh trung tâm ở mức L5S1 hoặc L4L5 có khoảng liên bản sống rộng, không thể thực hiện cho các thoát vị lỗ liên hợp hay ngoài lỗ liên hợp, cũng như thoát vị ở các tầng cao có khoảng liên bản sống hẹp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Cường, Đinh Thế Hưng, Đỗ Mạnh Hùng, Nguyễn Hoàng Long (2022), Kết quả phẫu thuật nội soi liên bản sống điều trị bệnh lý hẹp ống sống thắt lưng, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 513, tr.119-122.
2. Võ Xuân Sơn, Lương Võ Phương Thông (2009), Phẫu thuật nội soi liên bản sống lấy nhân đệm thắt lưng, *Tạp chí Y học thực hành*, số 11/2009, tr.40-42.
3. Nguyễn Vũ, Lê Đức Tâm (2021), Kết quả bước đầu điều trị thoát vị đĩa đệm l5/s1 bằng phẫu thuật nội soi liên bản sống, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 147 (11) – 2021, tr.177-185.
4. Daniel H Kim, Gun Choi, Sang Hoo Lee (2011), Chap 17 Interlaminar surgical approach, *Endoscopic Spine Procedures*, Thieme, 2011, pp.135-142.
5. Destandau J, (2005), Chap 21 Paraspinal endoscopic laminectomy and discectomy, *Endoscopic Spine Surgery and Instrumentation*, 2005, Thieme, pp.241-246
6. Hongfei Nie, Tian-Hang Xie, Jian-Cheng Zeng et al. (2017) Complications of Lumbar Disc Herniation Following Full-endoscopic Interlaminar Lumbar Discectomy: A Large, Single-Center, Retrospective Study, *Pain Physician*, 20:E379-E387.
7. Jin-Sung Kim, Jun Ho Lee, Yong Ahn (2020), *Endoscopic Procedure on the Spine*, Springer, pp.564-573.
8. Liu Y, Jin-Sung Kim, Chien-Min Chen et al. (2021), A Review of Full-endoscopic Interlaminar Discectomy for Lumbar Disc Disease: A Historical and Technical Overview, *Journal of Minimally Invasive Spine Surgery and Technique*, 6(Suppl 1), S109-S116
9. Lokhande (2020), Full-endoscopic interlaminar surgery of lumbar spine, *Indian Spine Journal*, 3 (1), pp. 66-77.

10. Ruetten S., Komp M., Merk H. *et al.* (2008), Full-endoscopic interlaminar and transforaminal lumbar discectomy versus conventional microsurgical technique: a prospective, randomized, controlled study. *Spine (Phila Pa 1976)*, 33, pp. 931-939
11. Sananthan Sivakanthan, Saqib Hasan, Christoph Hofstetter (2020), Full-Endoscopic Lumbar Discectomy, *Neurosurg Clin N Am*, 31, pp. 1–7
12. Wasinpongwanich K, Pongpirul K, Ruetten S *et al.* (2019), Full-Endoscopic Interlaminar Lumbar Discectomy: Retrospective Review of Clinical Results and Complications in 545 International Patients, *World Neurosurgery*, 132, 2019, e922-e928.
13. Wenbin Hua, Yukun Zhang, Cao Yang *et al.* (2018), Outcomes of discectomy by using full-endoscopic visualization technique via the interlaminar and transforaminal approaches in the treatment of L5-S1 disc herniation: An observational study. *Medicine*, 97, pp. 48-54.

(Ngày nhận bài: 14/10/2022 - Ngày duyệt đăng: 13/12/2022)
