

DOI: <https://doi.org/10.59294/HIUJS20250145>

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: ĐÁNH GIÁ DIỄN TIẾN LÂM SÀNG SAU ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG MỘT TRƯỜNG HỢP CÓ HỘI CHỨNG CHÙM ĐUÔI NGỰA DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Trần Quốc Tiến*, Nguyễn Đức Việt

Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng chùm đuôi ngựa (CES) là tình trạng cấp cứu thần kinh không thường gặp (0.01% trong quần thể không triệu chứng và 0.08% ở bệnh nhân đau lưng thấp) tuy nhiên hậu quả để lại nặng nề, nhiều di chứng không phục hồi cho bệnh nhân như rối loạn tiêu tiểu, rối loạn cảm giác, yếu liệt nếu chẩn đoán và điều trị không kịp thời. Phân loại chùm đuôi ngựa hoàn toàn (CES-I) và không hoàn toàn (CES-R), thời điểm phẫu thuật có giá trị tiên lượng đến quá trình phục hồi. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo ca lâm sàng. Phân tích kết quả lâm sàng bệnh nhân hội chứng chùm đuôi ngựa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được điều trị bằng phẫu thuật giải ép cấp cứu, sử dụng thang điểm đau lưng, đau chân (VAS), tình trạng sức cơ, rối loạn cảm giác, chức năng sinh dục, khả năng đại tiện, tiểu tiện được ghi nhận và so sánh với trước thời điểm phẫu thuật. Kết quả: Sau 1 năm theo dõi bệnh nhân không còn đau theo rãnh, VAS giảm từ 7/10 về 0/10, mức độ rối loạn cảm giác, tê bì không cải thiện, sức cơ cải thiện từ 0/5 lên 3/5, tình trạng đại tiện, tiểu tiện được cải thiện nhưng hạn chế. Kết luận: Hội chứng chùm đuôi ngựa là tình trạng bệnh lý ít gặp, để lại hậu quả nặng nề, phẫu thuật giải ép là phương án điều trị được ưu tiên lựa chọn, khả năng phục hồi phụ thuộc vào tình trạng trước phẫu thuật.

Từ khóa: *hội chứng chùm đuôi ngựa, thoát vị đĩa đệm, bí tiểu*

A CASE REPORT: EVALUATION OF THE CLINICAL PROGRESS OF CAUDA EQUINA SYNDROME INDUCED BY LUMBAR DISC HERNIATION TREATED WITH SURGICAL INTERVENTION AND REHABILITATION

Tran Quoc Tien, Nguyen Duc Viet

ABSTRACT

Background: Cauda equina syndrome (CES) is an uncommon neurological emergency (0.01% in the asymptomatic population và 0.08% in patients with low back pain), but the consequences are severe, with many irreversible sequelae for patients such as urinary disorders, sensory disorders, and paralysis if not diagnosed and treated promptly. Classification of complete (CES-I) and incomplete (CES-R) cauda equina syndrome and timing of surgery have prognostic value on recovery. Materials and Methods: Case report. Analysis of clinical results of patients with cauda equina syndrome due to lumbar disc herniation treated by emergency decompression surgery, using the low back pain, sciatica scale (VAS), saddle-area anesthesia, motor weakness, sensory deficit, and urinary or fecal incontinence were recorded and compared with before surgery. Results: After one year of follow-up, the patient no longer experienced radicular pain, VAS decreased from 7/10 to 0/10, the level of sensory disturbance and numbness did not improve, muscle strength improved from 0/5 to 3/5, defecation and urination improved but remained limited. Conclusion: Cauda equina syndrome is a rare disease with serious consequences. Surgical decompression is the preferred treatment option. Recovery depends on the preoperative neurological status.

Keywords: *cauda equina syndrome, lumbar disc herniation, urinary retention*

* Tác giả liên hệ: Trần Quốc Tiến, Email: tient9@gmail.com

(Ngày nhận bài: 13/11/2025; Ngày nhận bản sửa: 06/12/2025; Ngày duyệt đăng: 08/12/2025)

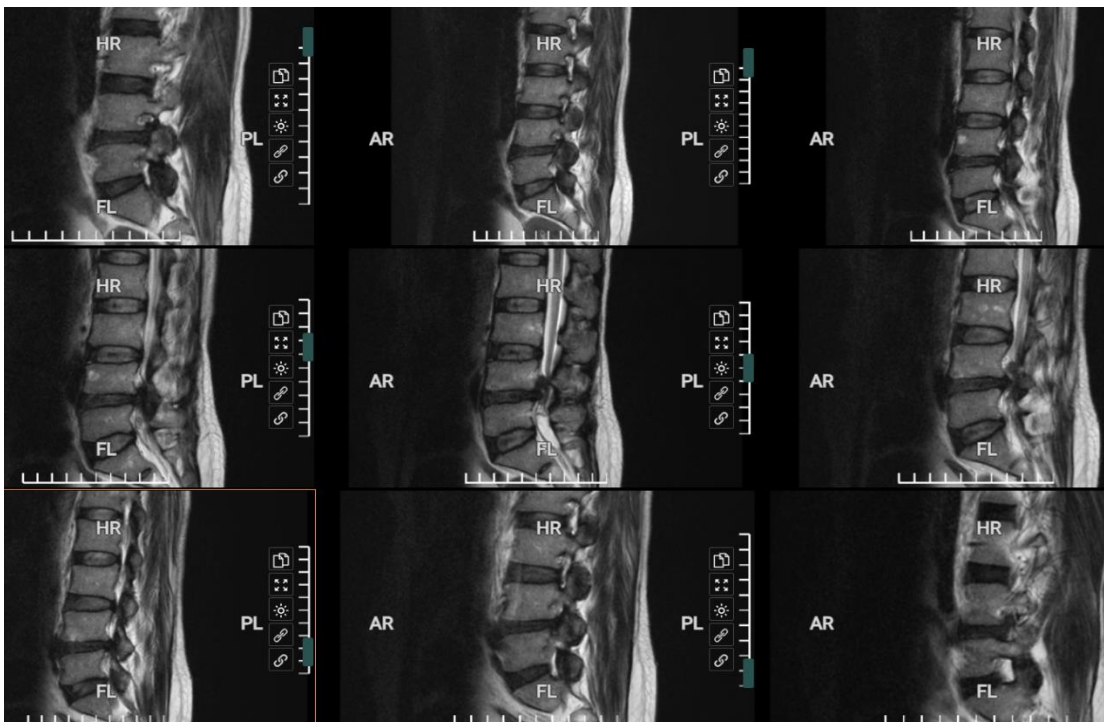
1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chùm đuôi ngựa (CES - Cauda Equina Syndrome) là tình trạng cấp cứu thần kinh không thường gặp (0.01% trong quần thể không triệu chứng và 0.08% ở bệnh nhân đau lưng thấp) tuy nhiên hậu quả để lại nặng nề, nhiều di chứng không phục hồi cho bệnh nhân, như rối loạn tiêu tiểu, rối loạn cảm giác, yếu liệt, nếu chẩn đoán và điều trị không kịp thời. Trong đó, khoảng 36.7% bệnh nhân còn rối loạn chức năng bàng quang sau 5 năm phẫu thuật điều trị CES và cần phẫu thuật để giải quyết [1]. Từ đó làm tăng gánh nặng lên chi phí chữa bệnh và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Theo Gleave và Marfalan, CES được chia thành hai loại: Không hoàn toàn và hoàn toàn. Loại 1: không hoàn toàn (CES-incomplete, CESI) với kiểm soát một phần hoạt động bài xuất nước tiểu (như phải gồng bụng, rặn nhiều, giảm phần nào cảm giác căng tiểu của bàng quang khi đi tiểu...) [2]. Loại 2: Có bí tiểu (CES-Retention, CESR) bệnh nhân hoàn toàn không kiểm soát hoạt động bài xuất nước tiểu (như bí tiểu hoặc tiểu không tự chủ). Phương pháp điều trị được áp dụng rộng rãi là phẫu thuật giải ép thần kinh [3]. Việc chẩn đoán và điều trị sớm là điều cần thiết để giảm các biến chứng thần kinh, cải thiện chất lượng cuộc sống. Chúng tôi báo cáo trường hợp Hội chứng chùm đuôi ngựa được phẫu thuật giải ép, đánh giá kết quả sau 1 năm và thảo luận về kết quả so với y văn.

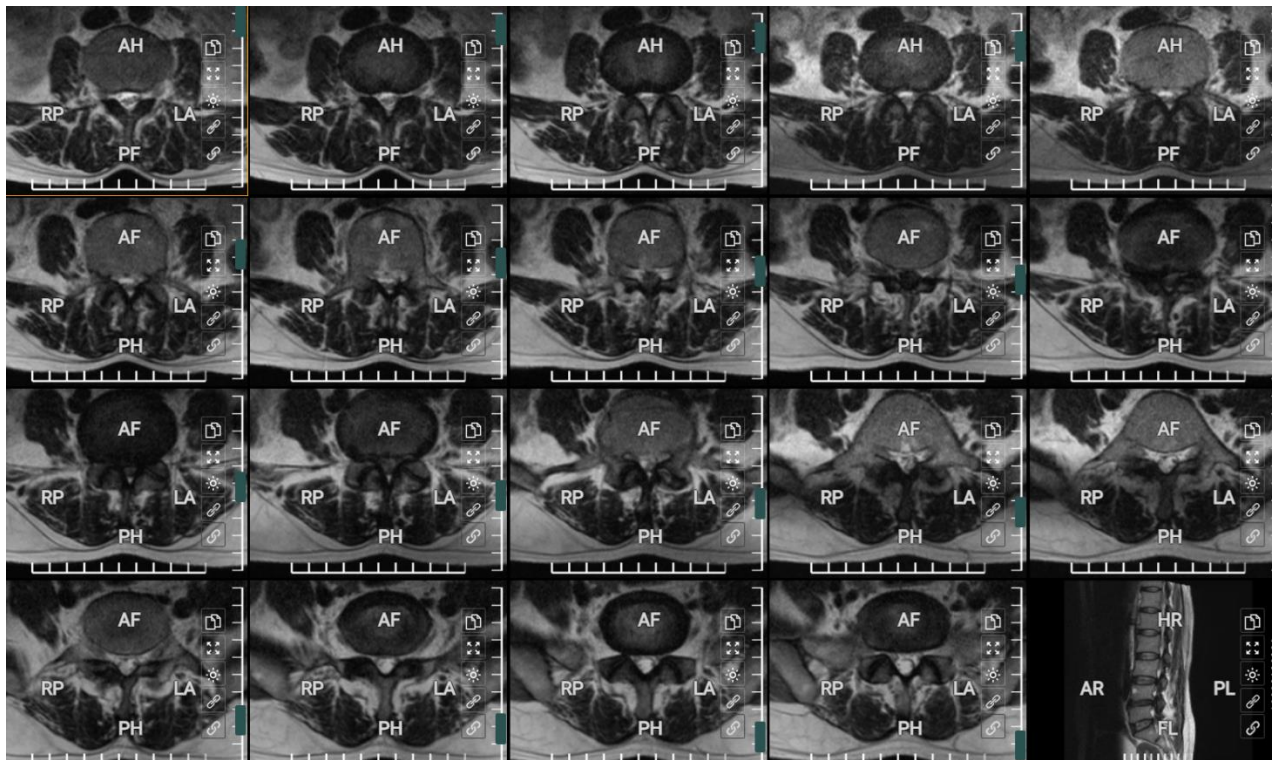
2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 40 tuổi, vào viện lúc 20h ngày 3/12/2024 vì tê bì vùng mông, âm hộ, bẹn # 2 ngày, trước đó bệnh nhân đau lưng âm ỉ kéo dài # 2 tháng. Bệnh nhân tê bì kèm yếu chi dưới 2 bên, đi lại khó và phải có người giúp đỡ.

Tại thời điểm nhập viện, ghi nhận: Bệnh nhân tỉnh táo, dấu hiệu sinh tồn ổn định. Thăm khám lâm sàng ghi nhận bệnh nhân đau nhẹ vùng thắt lưng (VAS 4 điểm); đau lan dọc chân theo rễ L5 và S1 2 bên (VAS 7 điểm); yếu chi dưới 2 bên, cụ thể cơ tứ đầu đùi 4/5; cơ chày trước 3/5, cơ bụng chân 3/5 (theo ASIA). Phản xạ gân gối bình thường, mất phản xạ gân gót 2 bên. Cảm giác tiểu khó, gắng sức khi tiểu tiện. Khám cảm giác: Giảm cảm vùng mông, vùng yên ngựa. Ngày hôm sau, bệnh nhân được khảo sát MRI cột sống thắt lưng: Kết quả ghi nhận thoát vị đĩa đệm L4-L5, chèn ép, gây hẹp nặng ống sống ngang mức L4-L5 (phân độ D theo Schizas). 20h cùng ngày, bệnh nhân xuất hiện bí tiểu và được đặt sonde tiểu lưu. Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm L4/L5, gây hội chứng chùm đuôi ngựa và được phẫu thuật bán cấp vào ngày hôm sau.

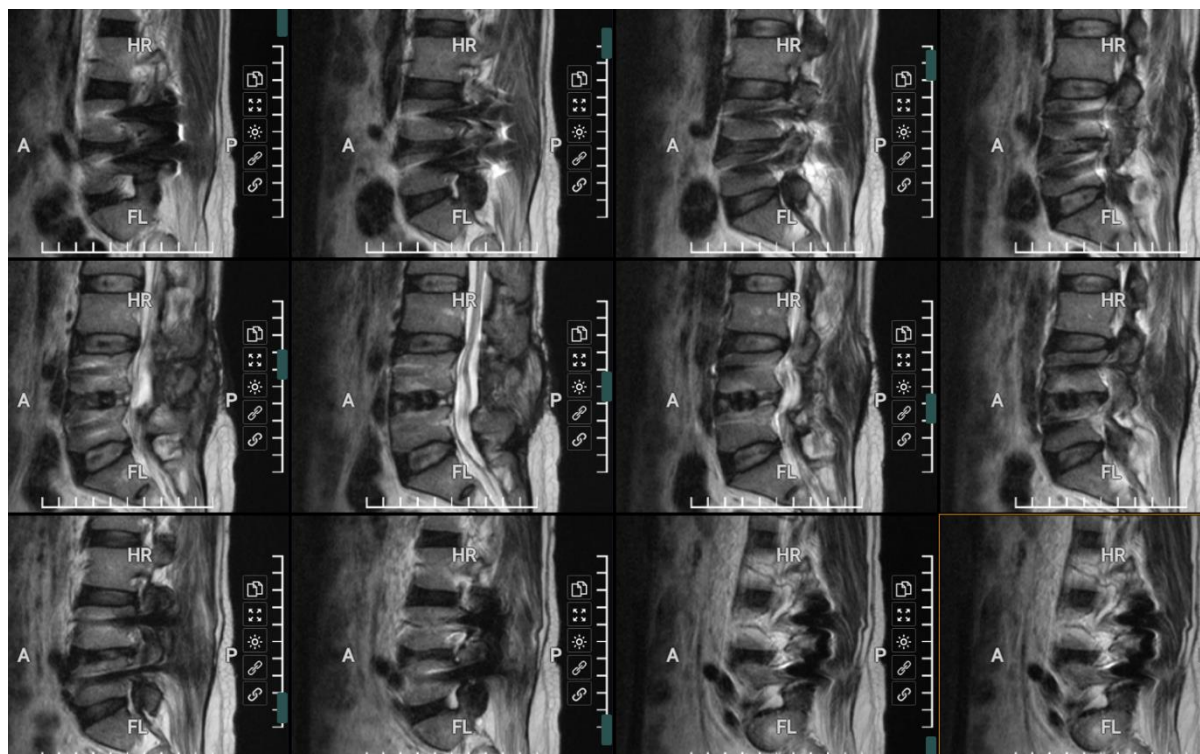


Hình 1. MRI T2-Sagittal bệnh nhân trước phẫu thuật

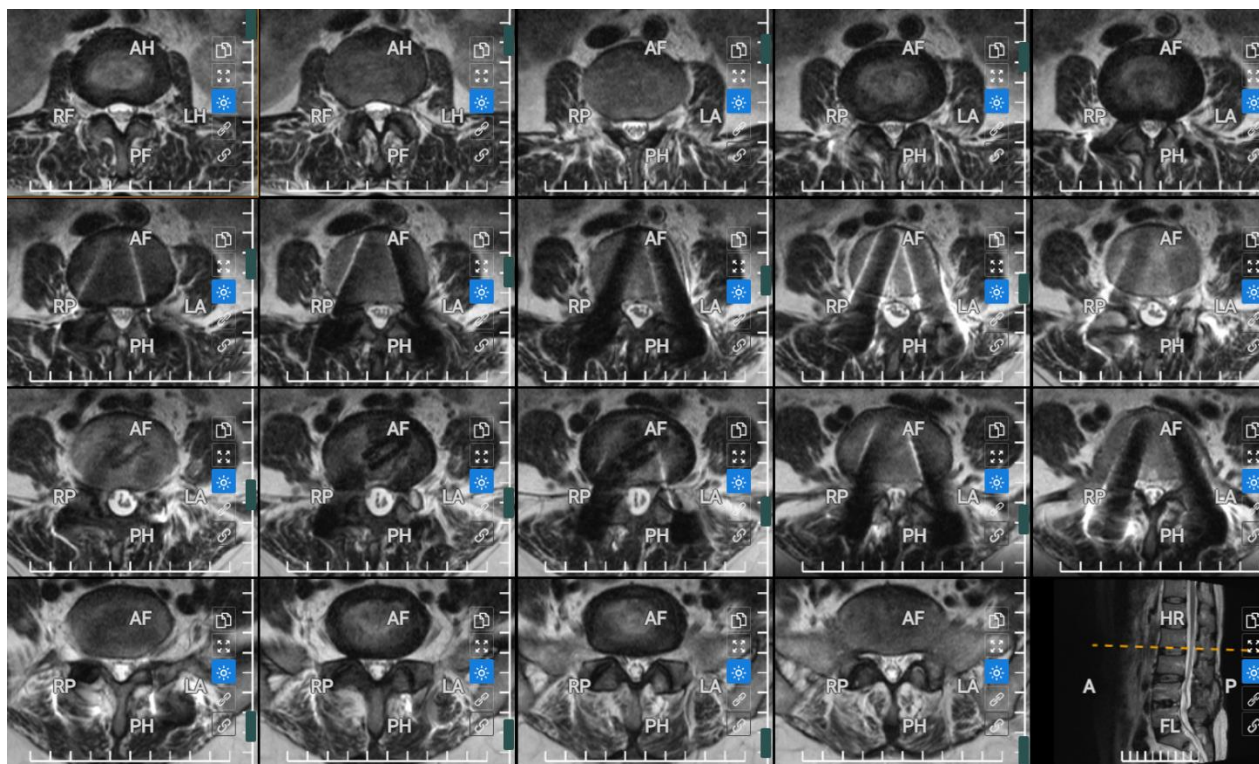


Hình 2. T2-Axial trước phẫu thuật

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt bản sống, giải ép rộng rãi kèm cố định cột sống. Hậu phẫu bệnh nhân không ghi nhận biến chứng gì. Thăm khám lâm sàng ghi nhận bệnh nhân đau nhẹ vết mổ, giảm đau theo rề 2 chi (VAS 4 điểm), liệt nhóm cơ gấp duỗi bàn chân (sức cơ 0/5), liệt cơ duỗi ngón cái bàn chân 2 bên. Mất phản xạ gân gót 2 bên. Tình trạng tê bì dị cảm vùng yên ngựa như trước mổ. Tiểu qua sonde và xuất hiện đại tiện không tự chủ. Sau phẫu thuật, điều trị nội khoa kèm tập phục hồi chức năng, sau 10 ngày bệnh nhân được xuất viện với tình trạng lâm sàng không thay đổi.



Hình 3. MRI T2-Sagittal bệnh nhân sau phẫu thuật.



Hình 4. MRI T2-Axial sau phẫu thuật

Bệnh nhân được hẹn tái khám vào các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và 1 năm sau khi xuất viện. 1 tháng sau mổ, bệnh nhân được tập vật lý tại nhà, đặt thông tiểu ngắt quãng ghi nhận bệnh nhân có khả năng tiểu tự chủ nhưng gắng sức nhiều, táo bón cần sử dụng thuốc nhuận tràng, không còn đau lưng và chân, VAS giảm từ 7 xuống còn 0, sức cơ chày trước bên phải 3/5; duỗi ngón cái 1/5, gập lòng bàn chân 2/5 hai bên. Đến tháng thứ 3, tình trạng đại tiểu tiện không thay đổi, sức cơ chi dưới 2 bên cải thiện đến 3/5 hai bên. Tiếp tục thăm khám vào tháng thứ 6, 9 sức cơ dần cải thiện. Sức cơ sau 1 năm cải thiện từ 0/5 lên đến 4/5 cả 2 bên, riêng nhóm cơ chày trước bên phải chỉ dừng lại ở mức 2/5 kèm theo dấu hiệu teo cơ. Bệnh nhân có thể đi lại tự chủ, tuy nhiên dáng đi chậm, dang rộng chân và lệch người về phía khỏe hơn. Tình trạng tê bì, dị cảm vùng yên ngựa gần như không cải thiện sau 1 năm. Chức năng tình dục hạn chế. Tình trạng bí tiểu được cải thiện nhưng bệnh nhân cần gắng sức khi đi tiểu, cảm giác còn nước tiểu sau tiểu tiện. Tình trạng đại tiện được kiểm soát nhưng còn táo bón và cần sử dụng thuốc hỗ trợ đại tiện.

3. BÀN LUẬN

Hội chứng chèn ép đuôi ngựa là tình trạng cấp cứu ngoại thần kinh hiếm gặp nhưng có ý nghĩa tiên lượng thần kinh nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Nguyên nhân thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng - cùng, chiếm khoảng 2 - 6% các trường hợp thoát vị đĩa đệm được phẫu thuật [2]. Cơ chế bệnh sinh chủ yếu là chèn ép cơ học trực tiếp lên các rễ thần kinh L4-5, S1-5 và Co1, thường gặp là các rễ L4-S2, kết hợp với phản ứng viêm và phù nề thứ phát gây rối loạn dẫn truyền cảm giác - vận động và rối loạn cơ vòng [4].

Việc định nghĩa một cách chính xác CES chưa có sự nhất quán giữa các tác giả. Năm 2009, Fraser S [5] đánh giá 17 định nghĩa khác nhau, qua đó, để chuẩn hóa đã đề xuất một định nghĩa sau: Hội chứng chèn ép đuôi ngựa được chẩn đoán khi có một trong các tiêu chí sau:

- Rối loạn chức năng bàng quang hoặc trực tràng.
- Giảm cảm giác vùng yên ngựa.
- Mất chức năng tình dục với khiếm khuyết thần kinh chi dưới (vận động, cảm giác, thay đổi phản xạ).

Theo Tandon và Sankara [6], Hội chứng chùm đuôi ngựa được chia làm 3 loại:

- Loại 1: CES với triệu chứng cấp tính mà không có tiền sử bệnh lý về lưng.
- Loại 2: triệu chứng bàng quang/CES với tiền sử đau lưng, đau thần kinh tọa.
- Loại 3: CES diễn tiến từ từ đi kèm với tiền sử các vấn đề về lưng lâu năm.

Việc phân loại này giúp dễ nhận biết nhưng ít có giá trị trong điều trị lâm sàng. Tuy nhiên lại có nhiều giá trị trong việc giải thích cho người bệnh, đôi khi có giá trị về mặt pháp lý. Trường hợp ca lâm sàng nằm trong nhóm thứ 2 với biểu hiện đau âm ỉ kéo dài 2 tháng trước, đây là nhóm phổ biến nhất. Sau đó, Gleave và Macfarlane [2] đưa ra một định nghĩa được sử dụng rộng rãi và có ý nghĩa tiên lượng kết quả tốt hơn.

- Hội chứng chùm đuôi ngựa không hoàn toàn (CES-I): rối loạn cảm giác vùng yên ngựa, rối loạn một phần chức năng cơ tròn- bệnh nhân còn cảm giác buồn tiểu nhưng gặp khó khăn như tiểu khó, phải rặn tiểu, dòng nước tiểu yếu hoặc tiểu không hết.
- Hội chứng chùm đuôi ngựa hoàn toàn: mất khả năng kiểm soát cơ bàng quang, bí tiểu hoặc tiểu không tự chủ.

Phân loại hoàn toàn và không hoàn toàn này hữu ích vì nó phản ánh mức độ tổn thương của các dây thần kinh đuôi ngựa nhạy cảm và do đó có giá trị tiên lượng cho chức năng trong tương lai. Phương pháp phẫu thuật được nhiều tác giả đồng thuận là cắt bỏ cung sau đốt sống, ưu tiên hơn so với vi phẫu lấy nhân đệm [3, 7].

Bàn luận về thời điểm phẫu thuật, theo Ahn và cộng sự [8], việc điều trị cho bệnh nhân trong vòng 48 giờ mang lại lợi ích đáng kể so với việc điều trị muộn hơn 48 giờ sau khi khởi phát hội chứng chùm đuôi ngựa. Cải thiện đáng kể các khiếm khuyết về cảm giác và vận động, cũng như chức năng tiểu tiện và trực tràng ở những bệnh nhân được giải áp trong vòng 48 giờ so với sau 48 giờ. Điều này nhận được sự đồng thuận từ nhiều tác giả qua các báo cáo khác nhau [9]. Năm 2022, Nancy E. Epstein [10] đã đánh giá tổng hợp và đưa ra khuyến nghị rằng bệnh nhân CES nên được thực hiện phẫu thuật trong vòng 48 giờ và thực hiện trước 24 giờ là tốt nhất.

Một yếu tố quan trọng khác ảnh hưởng đến kết quả sau mổ là tình trạng lâm sàng tại thời điểm phẫu thuật. Gleave và Macfarlane cũng cho rằng "Một khi CESR đã xảy ra, thời điểm phẫu thuật không ảnh hưởng đến kết quả, được giải thích rằng việc phẫu thuật khẩn cấp không mang lại nhiều lợi ích hơn so với trì hoãn sau khi chuẩn bị kỹ và "phải kết luận rằng kết quả của CES hoàn toàn đã được quyết định vào thời điểm bệnh nhân được đưa vào bệnh viện". Có những người phản đối điều này, ví dụ như De Long [11] nhưng hệ thống phân loại này vẫn được chấp nhận rộng rãi.

Năm 2013, Danil Adam, Ioana Hornea [12] báo cáo 03 trường hợp CES, đều có rối loạn chức năng ruột, bàng quang, tình dục kèm yếu chi dưới, sức cơ 3/5, được phẫu thuật cấp cứu trong vòng 24h sau khi chụp MRI cột sống. Sau phẫu thuật từ 1 đến 4 năm, bệnh nhân vẫn gặp khó khăn khi tiểu tiện - chức năng bàng quang, ruột và tình dục phục hồi nhưng hạn chế.

Khả năng phục hồi sau mổ giữa CES-I và CES-R cũng được Nancy E. Epstein [10] hay Anuj D. Bharuka và cộng sự [13] chỉ ra phẫu thuật ở bệnh nhân CES-I được phẫu thuật sớm (< 48 giờ) có tiên lượng tốt hơn và bệnh nhân CES-R có tiên lượng chức năng bàng quang, ruột kém hơn.

Ca lâm sàng được ghi nhận bí tiểu trước phẫu thuật, điều này tiên lượng trước khả năng phục hồi một cách hạn chế chức năng cơ vòng- bàng quang. Cụ thể bệnh nhân cần 1 tháng để phục hồi khả năng tiểu tiện, tuy nhiên đến 9 tháng sau, dừng lại ở mức tiểu khó, và táo bón.

Trường hợp ca bệnh chúng tôi được phẫu thuật ở thời điểm 45 giờ sau khi khởi phát CES không hoàn toàn hay 21 giờ sau khi khởi phát CES hoàn toàn. Mặc dù trong mổ đã thực hiện phẫu thuật giải ép hoàn toàn, bệnh nhân đã phục hồi tình trạng bí đại tiểu tiện nhưng mức độ khó khăn khi kiểm soát cơ vòng vẫn còn, mức độ phục hồi cơ lực từ 0/5 đến 3/5 - 4/5 (vẫn hạn chế ở mức 3/5 - 4/5). Do đó, trước và sau phẫu thuật cần hội chẩn, phối hợp điều trị với các chuyên khoa như phục hồi chức năng để đạt được kết quả phục hồi tốt nhất cho bệnh nhân.

4. KẾT LUẬN

CES là tình trạng bệnh tương đối hiếm gặp trong cấp cứu ngoại thần kinh, việc chẩn đoán muộn, phẫu thuật muộn có thể để lại khả năng phục hồi hạn chế hoặc những di chứng nặng nề, làm giảm chất lượng cuộc sống. Trường hợp ca lâm sàng dù được phẫu thuật sớm nhưng tình trạng CES hoàn toàn, làm giảm khả năng phục hồi của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Henry Seidel, Sarah Bhattacharjee, Sean Pirkle, Lewis Shi, Jason Strelzow, Michael Lee, Mostafa El Dafrawy, "Long-term rates of bladder dysfunction after decompression in patients with cauda equina syndrome," *The Spine Journal*, vol. 21, no. 5, pp. 803-809, 21 5 2021.
- [2] J R W Gleave, R Macfarlane, "Cauda equina syndrome: what is the relationship between timing of surgery and outcome?," *British Journal of Neurosurgery*, vol. 16, no. 4, pp. 325-328, 2002.
- [3] Gitelman A, Hishmeh S, Morelli BN, Joseph SA, Casden A, Kuflik P,, "Cauda equina syndrome: a comprehensive review," *The American Journal of Orthopedics (Belle Mead, NJ)*, vol. 37, no. 11, pp. 556-562, 11 2008.
- [4] Stuart Fraser, BSc, Lisa Roberts, PhD, Eve Murphy, MSc, "Cauda Equina Syndrome: A Literature Review of Its Definition and Clinical Presentation," *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 90, no. 11, pp. 1964-1968, 11 2009.
- [5] Stuart Fraser, BSc, Lisa Roberts, PhD, Eve Murphy, MSc, "Cauda Equina Syndrome: A Literature Review of Its Definition and Clinical Presentation," *Arch Phys Med Rehabil*, pp. 1964-1968, 11 2009.
- [6] Tandon P, Sankaran B, "Cauda equina syndrome due to lumbar disc prolapse," *Indian Journal of Orthopaedics*, vol. 1, no. 2, pp. 112-119, 1967.
- [7] S, Shapiro, "Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation," *Neurosurgery*, vol. 32, no. 5, pp. 743-747, 5 1993.
- [8] Ahn, Uri Michael MD*; Ahn, Nicholas U. MD*; Buchowski, Jacob M. MS*; Garrett, Elizabeth S. PhD†; Sieber, Ann N. RN, MSN*; Kostuik, John P. MD, "Cauda Equina Syndrome Secondary to Lumbar Disc Herniation A Meta-Analysis of Surgical Outcomes," *Spine (Phila Pa 1976)*, vol. 25, no. 12, pp. 1515-1522, 15 6 2000.
- [9] Shapiro, Scott MD, "Medical realities of cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation," *Spine*, vol. 25, no. 3, pp. 348-352, 1 2 2000.
- [10] Nancy E. Epstein, "Review/Perspective: Operations for Cauda Equina Syndromes - "The Sooner the Better"," *Surgical Neurology International* , vol. 13, no. 100, 2022.
- [11] DeLong WB, Polissar N, Neradilek B, "Timing of surgery in cauda equina syndrome with urinary retention: meta-analysis of observational studies," *Journal of Neurosurgery: Spine*, vol. 8, no. 4, pp. 305-320, 4 2008.
- [12] Danil Adam, Ioana Hornea, "Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. Report of three cases," *Romanian Neurosurgery*, vol. 20, no. 3, pp. 261-266, 9 2013.
- [13] Anuj D. Bharuka, Rajendra Phunde, Hiren B. Patel, "Evaluation of relationship between timing of surgery and functional outcome considering the extent of neurological deficit in patients with cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation," *International Journal of Research in Orthopaedics*, vol. 3, no. 5, pp. 998-1003, 9 2017.