

với sự hài lòng của người bệnh. Tỷ lệ hài lòng chủ yếu ở nhóm không suy giảm và suy giảm tối thiểu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Garcia-Gutierrez S. và cộng sự năm 2014 nghiên cứu về tác động của kết quả lâm sàng đến sự hài lòng của người bệnh với phẫu thuật ĐTTT, tác giả kết luận sự hài lòng với phẫu thuật ĐTTT có liên quan đến kết quả lâm sàng và cũng liên quan đến sự mong đợi của người bệnh về sự cải thiện chức năng thị giác [4].

V. KẾT LUẬN

Đánh giá chung, 91,4% người bệnh hài lòng sau khi sử dụng dịch vụ phẫu thuật phaco tại khoa Mắt, bệnh viện E.

Các yếu tố thời gian phẫu thuật và phương pháp vô cảm được sử dụng trong phẫu thuật, yếu tố kết quả thị lực sau phẫu thuật 1 ngày và mức độ suy giảm thị lực sau phẫu thuật 1 tháng là các yếu tố có mối liên quan đến sự hài lòng của người bệnh.

Các đặc điểm tuổi, giới tính, thời gian chờ phẫu thuật không có mối liên quan đến sự hài

lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào, N.T.** (2023). Kết quả chăm sóc, tư vấn cho người bệnh sau phẫu thuật phaco tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2022- 2023. Tạp Chí Y Học Việt Nam, 527(2), 57-61.
2. **Colin, J. và cộng sự** (2010). Assessment of patient satisfaction with outcomes of and ophthalmic care for cataract surgery. Journal of Cataract and Refractive Surgery, 36(8), 1373-1379.
3. **Chan, F.W. và cộng sự** (2009). Waiting Time for Cataract Surgery and Its Influence on Patient Attitudes. Investigative Ophthalmology & Visual Science, 50(8), 3636-3642.
4. **Garcia-Gutierrez, S. và cộng sự** (2014). Impact of clinical and patient-reported outcomes on patient satisfaction with cataract extraction. Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 17(6), 765-775.
5. **Harutyunyan T. và cộng sự** (2023). Health-Related Quality of Life after Cataract Surgery in Armenia: A Cross-Sectional Survey. Healthcare 2023, 11(17), 1-13.
6. **Kinga K. và cộng sự** (2022). Survey of patient satisfaction after bilateral cataract surgery. Rom J Ophthalmol, 66(1), 36-40.

ĐÁNH GIÁ ĐAU DO NGUYÊN NHÂN THẦN KINH BẰNG THANG ĐIỂM PAINDETECT Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Trần Bùi Minh¹, Nguyễn Vĩnh Ngọc², Phạm Thành Đồng³,
Nguyễn Thị Thu Thủy⁴, Bùi Hải Bình⁵, Phùng Đức Tâm⁵,
Nguyễn Thị Ngọc Yến⁵, Ngô Thị Thục Nhân⁶

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang và đặc điểm đau do nguyên nhân đau thần kinh theo thang điểm PainDETECT ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng. **Đối tượng nghiên cứu:** Tiến hành nghiên cứu trên 105 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng có đau đau cột sống với thang điểm VAS ≥ 3 điểm đang điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp và phòng khám ngoại trú bệnh viện Bạch Mai từ 8/2023 đến 8/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 1. Tuổi trung bình

của đối tượng nghiên cứu là $62,0 \pm 11,5$ năm; đa số là nữ (67,6%); chủ yếu là lao động trí óc (58,1%). Đau cột sống thắt lưng chủ yếu xuất hiện tự nhiên (54,3%); thời gian đau chủ yếu >6 tháng (55,2%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất: ấn đau điểm đau cạnh sống (100%), co cứng cơ cạnh sống (81,9%), giảm chỉ số Schober (67,6%), tăng khoảng cách tay đất (65,7%). 2. Triệu chứng Xquang thường gặp nhất: đặc xương dưới sun (78,1 %), gai xương thần đốt sống (75,2 %). 3. Tỷ lệ đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân đau thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng theo thang điểm PainDETECT là 27,6%. Triệu chứng đau thần kinh theo thang điểm PainDETECT hay gặp là tê bì (72,4%), đau đột ngột như điện giật (64,8%), đau như ngứa ran hay châm chích (61,9%), đau khi có lực tác dụng nhẹ (58,1%), kiểu đau hay gặp nhất là đau dai dẳng với sự tăng giảm nhẹ (48,1%) và đau có tính chất lan tỏa (43,2%). **Kết luận:** Tỷ lệ đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân đau thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng theo thang điểm PainDETECT là 26,7% và có thể đau do nguyên nhân thần kinh là 22,9%. Triệu chứng đau thần kinh theo thang điểm PainDETECT hay gặp là tê bì, đau như nóng rát, đau khi có lực tác dụng nhẹ chiếm, đau như ngứa ran hay

¹Bệnh viện đa khoa Hậu Lộc, Thanh Hóa

²Trường Đại học y Hà Nội

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa

⁴Bệnh viện đa khoa Văn Đình, Hà Nội

⁵Bệnh viện Bạch Mai

⁶Trường đại học điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc

Email: vinhngoc@hmu.edu

Ngày nhận bài: 11.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

kim châm, kiểu đau hay gặp nhất là đau dai dẳng với sự tăng giảm nhẹ. **Từ khoá:** Thoái hóa cột sống thắt lưng, đau do nguyên nhân thần kinh, PainDETECT.

SUMMARY

PAINDETECT SCALE FOR NEUROPATHIC PAIN IN PATIENTS WITH LUMBAR SPINE OSTEOARTHRITIS

Objective: Description of clinical, radiological and pain characteristics due to neuropathic causes according to the PainDETECT scale in patients with lumbar spine osteoarthritis. **Subjects:** Conducted a study on 105 patients diagnosed with lumbar spine osteoarthritis who had VAS spinal pain score ≥ 3 points and were treated in the Centre for Rheumatology from August 2023 to August 2024. **Research Method:** Cross-sectional study. **Result:** 1. The average age of the study subjects was $62,0 \pm 11,5$ years; the majority were female (67,6%); mainly intellectual workers (58,1%). Lumbar spinal pain primarily occurred spontaneously (54,3%); pain duration is mainly >6 months (55,2%). Most common clinical symptoms: pain on palpation of paraspinal pain points (100%), paraspinal muscle stiffness (81,9%), decreased Schober index (67,6%), increased hand-to-ground distance (65,7%). Most common X-ray symptoms: subchondral sclerosis (78,1%), vertebral body osteophytes (75,2%). 2. Most common X-ray symptoms: subchondral sclerosis (78,1%), vertebral body osteophytes (75,2%). 3. The rate of neuropathic pain in patients with degenerative lumbar spine disease according to the PainDETECT scale was 27,6%. Common neuropathic pain symptoms according to the PainDETECT scale were numbness (72,4%), sudden electric shock-like pain (64,8%), tingling or prickling pain (61,9%) and pain with light pressure (58,1%), the most common types of pain were persistent pain with slight increases and decreases (48,1%) and diffuse pain (43,2%). **Conclusion:** The rate of lumbar spine pain due to neuropathic pain in patients with degenerative lumbar spine disease according to the PainDETECT scale is 26,7% and neuropathic pain may be 22,9%. Common symptoms of neuropathic pain according to the PainDETECT scale are numbness, burning pain, pain when lightly applied, tingling or prickling pain, the most common type of pain is persistent pain with slight increases and decreases.

Keywords: Lumbar spinal stenosis, neuropathic pain, PainDETECT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống thắt lưng (CSTL) là bệnh lý thường gặp trên lâm sàng chiếm tỷ lệ 40% - 85%¹. Bệnh diễn biến mãn tính, gây đau, hạn chế vận động, biến dạng CSTL làm gánh nặng cho bản thân, gia đình và xã hội. Đau CSTL trong đó có thoái hóa CSTL gồm cả đau thần kinh và đau thụ thể trong đó đau do nguyên nhân thần kinh đóng vai trò quan trọng. Việc xác định nguyên nhân đau có vai trò rất lớn trong việc đưa ra phương án điều trị hiệu quả vì đau

thần kinh thường kém đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường. Hiện nay có nhiều thang điểm được sử dụng trong việc tiếp cận chẩn đoán đau thần kinh trong đó thang điểm painDETECT (PDQ) có độ nhạy và độ đặc hiệu cao để áp dụng trên lâm sàng. Ở Việt Nam vẫn đề đau thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa CSTL chưa được chú trọng và có ít nghiên cứu về đau do thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa CSTL vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang và đặc điểm đau do nguyên nhân đau thần kinh theo thang điểm PainDETECT ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: gồm 105 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng có đau đau cột sống với thang điểm VAS ≥ 3 điểm đang điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp và phòng khám ngoại trú bệnh viện Bạch Mai.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân bị đau CSTL do nguyên nhân nhiễm khuẩn, do u, do bệnh lý viêm.
- Tiền sử chấn thương vùng CSTL, gãy đốt sống, trượt đốt sống.
- Người bị mắc các bệnh về tâm thần kinh, không có khả năng trả lời câu hỏi.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu: mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, thăm khám theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất:

- Hỏi bệnh khai thác các thông tin về tiền sử, thời gian chẩn đoán bệnh.
- Đánh giá triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.
- Đánh giá đau cột sống theo thang điểm PDQ gồm 7 câu hỏi về cảm giác và 2 câu hỏi về kiểu đau và có tính chất lan tỏa hay không.
- + Thang điểm PDQ với tổng điểm -1 đến 38 điểm.
- + Có 3 bậc để đánh giá đau do thần kinh hay không: Bậc 1: điểm ≤ 12 , không đau do thần kinh. Bậc 2: điểm từ 13-18, có thể đau do thần kinh. Bậc 3: điểm ≥ 19 , đau do thần kinh².
- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân trắc học của đối tượng nghiên cứu (N=105)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40 tuổi	12	11,4
	40-59 tuổi	31	29,5
	≥60 tuổi	62	59,1
	Tuổi trung bình (năm) Min-Max (năm)	62,0 ± 11,5 năm (39 – 90) năm	
Giới	Nam	34	32,4
	Nữ	71	67,7
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	44	41,9
	Lao động trí óc	61	58,1
Chỉ số BMI	Gầy (BMI<18,5)	16	15,2
	Bình thường (18,5≤BMI<23)	55	52,4
	Thừa cân (23≤BMI<25)	23	21,9
	Béo phì (BMI≥25)	11	10,5
	BMI trung bình (kg/m ²) Min- Max	22,1±2,4 (17,2-26,2)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 62,0 ± 11,5 tuổi; độ tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là ≥60 tuổi (59,1%); đa số là nữ (67,6%); chủ yếu là lao động trí óc (58,1%), nhóm bệnh nhân có BMI thừa cân và béo phì chiếm tỷ lệ (32,4%).

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (N=105)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hoàn cảnh khởi phát đau CSTL	Sau mang vác vật nặng	17	16,2
	Sau động tác sai tư thế	18	17,1
	Sau chấn thương	13	12,4
	Tự nhiên	57	54,3
Thời gian đau CSTL	≤3 tháng	29	27,6
	>3 và ≤6 tháng	18	17,2
	>6 tháng	58	55,2
Triệu chứng thực thể	Ấn điểm đau tại cột sống	105	100
	Cơ cứng cơ cạnh cột sống	86	81,9
	Chỉ số Schober	71	67,6
	Khoảng cách tay đặt	69	65,7
	Điểm đau Valleix	53	50,5
	Nghiệm pháp Lasègue	49	46,7
Mức độ đau theo thang điểm VAS	Biến dạng cột sống	16	15,2
	Đau ít (VAS ≤ 3)	8	7,6
	Đau vừa (4 ≤ VAS ≤ 6)	70	66,7
	Đau nhiều (VAS ≥ 7)	25	25,7
	VAS trung bình Min-Max	5,5 ± 1,4 (3-8)	

Nhận xét: Hoàn cảnh khởi phát đau CSTL chủ yếu xuất hiện tự nhiên (54,3%); thời gian đau chủ yếu >6 tháng (55,2%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất: ấn đau điểm đau cạnh sống (100%), cơ cứng cơ cạnh sống (81,9%), giảm chỉ số Schober (67,6%), tăng khoảng cách

tay đặt (65,7%). Mức độ đau vừa (4 ≤ VAS ≤ 6) hay gặp nhất (66,7%).

3.2. Đặc điểm Xquang của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm Xquang cột sống thắt lưng (N=105)

Đặc điểm	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)	
Đặc xương dưới sụn	82	78,1	
Gai xương thân đốt sống	79	75,2	
Hẹp khe đĩa đệm	55	52,3	
Mất đường cong sinh lý	46	43,8	
Hẹp lỗ liên hợp	23	21,9	
Số đốt sống thoái hóa	1	10	9,5
	2	11	10,5
	3	23	21,9
	4	32	30,5
	5	29	27,6
Số lượng khe đĩa đệm hẹp	<4	38	69,1
	≥4	17	30,9
Số lượng đốt sống có gai xương	<4	45	57,0
	≥4	34	43,0

Nhận xét: Xquang thường gặp nhất: đặc xương dưới sụn (78,1%), gai xương thân đốt sống (75,2%).

3.3. Đặc điểm đau do nguyên nhân đau thần kinh theo thang điểm PDQ ở bệnh nhân thoái hóa CSTL

Bảng 3.4. Tỷ lệ đau do thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa CSTL bằng thang điểm PDQ (N=105)

Thang điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Có đau thần kinh	29	27,6
Có thể đau thần kinh	24	22,9
Không đau thần kinh	52	49,5
Tổng	105	100

Nhận xét: Tỷ lệ đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa CSTL theo thang điểm PDQ là 27,6% và có thể đau do nguyên nhân thần kinh là 22,9%.

Bảng 3.5. Các biểu hiện của đau thần kinh theo PDQ (N=105)

Cảm giác đau	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tê bì	76	72,4
Đau đột ngột như điện giật	68	64,8
Ngứa ran hay kim châm	65	61,9
Đau do áp lực nhẹ	61	58,1
Nóng rất	34	32,4
Đau do thay đổi nhiệt độ	33	31,4
Đau do cọ xát	25	23,8
Kiểu đau		
Đau dai dẳng với sự tăng giảm nhẹ	51	48,6

Đau dai dẳng kèm theo đau từng cơn	23	21,9
Đau thành từng cơn và ngừng đau giữa các cơn	20	19,0
Đau từng cơn và không ngừng đau giữa các cơn	11	10,5
Đau có lan	44	41,9

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng của đau cột sống thắt lưng do thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa CSTL theo thang điểm PDQ hay gặp là tê bì (72,4 %), đau đột ngột như điện giật (64,8%), cảm giác ngứa ran hay kim châm (61,9%) và đau khi có lực tác dụng nhẹ chiếm (58,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $62,0 \pm 11,5$ tuổi. Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu ở độ tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (59,1 %). Kết quả này tương tự với nghiên cứu Phùng Đức Tâm (2023) trên 102 bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng tại bệnh viện Bạch Mai cho kết quả tuổi trung bình là 62,1; nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ (64,8%)³, thấp hơn so với nghiên cứu của Yoshihito Sakai và cộng sự (2017) trên 100 bệnh nhân đau cột sống thắt lưng mãn tính ở Nhật Bản với tỷ lệ bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 86%, độ tuổi trung bình là $74,4 \pm 6^4$. Có sự khác biệt này là do ở Nhật Bản có tỷ lệ dân số già hóa cao hơn Việt Nam. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nữ giới là 67,6%, nam là 32,4%, (nữ/nam $\approx 2,01/1$), tương tự với nghiên cứu của Phùng Đức Tâm (2023) tỷ lệ (nữ/nam $\approx 2/1$)³. Điều này có thể được giải thích do phụ nữ qua quá trình mang thai đã làm tăng gánh nặng lên CSTL tăng nguy cơ thoái hóa.

Về nghề nghiệp tỷ lệ lao động trí óc chiếm tỷ lệ nhiều hơn 58,1%, lao động chân tay 41,9%. Thoái hóa CSTL ngày càng gặp nhiều ở đối tượng lao động trí óc do đặc thù công việc dẫn đến tư thế ngồi lâu, gò bó, ít vận động, hoặc ngồi sai tư thế như gù lưng, uốn quá mức, lệch vẹo cột sống.

BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là $22,1 \pm 2,4$ kg/m², nhóm bệnh nhân có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (52,4 %), nhóm BMI thừa cân và béo phì chiếm 32,4%. Béo phì làm tăng sức nặng lên cột sống dẫn đến thoái hóa cột sống.

Hoàn cảnh khởi phát đau thắt lưng gặp nhiều nhất là xuất hiện tự nhiên chiếm 54,3%, đau sau tác động cơ học (mang vác vật nặng, sai tư thế, chấn thương) chiếm 45,7%. Kết quả này phù hợp với đặc điểm của thoái hóa là bệnh tiến triển từ từ tăng dần gây đau và hạn chế vận động.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian đau CSTL > 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (55,2%), tương tự với nghiên cứu của Phùng Đức Tâm (2023) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đau CSTL > 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (61,8%)³. Đặc điểm này cũng phù hợp với đối tượng là bệnh nhân thoái hóa CSTL. Triệu chứng ban đầu thường nhẹ nên bệnh nhân chưa đi khám ngay, cho tới khi đau nhiều, kéo dài, hạn chế sinh hoạt, vận động, khi bệnh đã chuyển sang giai đoạn mạn tính bệnh nhân mới đi khám.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng hay gặp nhất là ấn đau tại cột sống (100%) vì đây là tiêu chuẩn lựa chọn của chúng tôi. Co cứng cơ cạnh sống chiếm 81,9%, phần lớn bệnh nhân đều có giảm độ giãn CSTL thể hiện qua chỉ số Schober giảm và khoảng cách tay đất tăng chiếm tỷ lệ lớn 67,6% và 65,7%, triệu chứng của hội chứng chèn ép rễ cũng chiếm tỷ lệ đáng kể (điểm đau Valleix dương tính 50,5% và nghiệm pháp lasseque dương tính 46,7%). Ở đây chúng tôi sử dụng thang điểm VAS để đánh giá mức độ đau cho bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi có mức độ đau VAS trung bình $5,5 \pm 1,4$, thấp nhất 3 điểm, cao nhất 8 điểm, trong đó nhóm đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7%, đến nhóm đau nhiều 25,7%, đau mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ ít 7,6%.

4.2. Đặc điểm Xquang của đối tượng nghiên cứu. Xquang CSTL phần lớn có dấu hiệu: đặc xương dưới sụn (78,1%), gai xương thân đốt sống (75,2%), hẹp khe đĩa đệm (52,3%), mất đường cong sinh lý (43,8%), tỉ lệ ít nhất là hẹp lỗ liên hợp (21,9%). Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của thoái hóa khớp bao gồm thoái hóa đĩa đệm, thân đốt sống, xương sụn đốt sống. Tổn thương thoái hóa cột sống làm lực phân bố trên thân đốt sống không đều, khiến cho xương mầm đốt sống phải tăng chịu tải, kết quả là gây ra đặc xương dưới sụn, hình thành gai xương, hẹp khe khớp. Thân đốt sống là xương xốp nên trên Xquang hình ảnh đặc xương dưới sụn tăng cản quang rõ với thân đốt sống nên thấy được đặc xương dưới sụn ở giai đoạn sớm.

4.3. Đau do nguyên nhân đau thần kinh theo thang điểm PDQ. Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh theo thang điểm PDQ ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng là 27,6%, có thể đau thần kinh là 22,9%. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Freyngahen và cộng sự (2006) trên 7772 bệnh nhân đau thắt lưng bằng thang điểm PDQ có tỷ lệ đau thần kinh là 37%⁵. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Kew (2017) đã tiến hành một

ngghiên cứu mô tả cắt ngang các 210 bệnh nhân đau thắt lưng được khám tại Trung tâm Y tế Đại học Kuala Lumpur, Malaysia bằng thang điểm PDQ đã cho kết quả 12,4% bệnh nhân có đau nguyên nhân thần kinh⁶. Có sự khác nhau là vì đối tượng trong nghiên cứu của Kew với độ tuổi trung bình là $44,70 \pm 11,98$ thấp hơn chúng tôi là $62,0 \pm 11,5$ chính vì đối tượng nghiên cứu trẻ hơn nhiều nên có sự khác biệt này. Nghiên cứu Kew thì đối tượng nghiên cứu là tại phòng khám, còn chúng tôi là bao gồm cả bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú và nội trú nên có nhiều bệnh nhân đau mức độ nhiều hơn. Từ đó cho thấy trong thoái hóa CSTL không chỉ có đau do cảm thụ thần kinh mà còn có một tỷ lệ nhất định bệnh nhân có biểu hiện đau do nguyên nhân thần kinh.

Theo thang điểm PDQ cảm giác đau thần kinh hay gặp nhất ở bệnh nhân thoái hóa CSTL là tê bì chiếm (72,4%), đau đột ngột như điện giật chiếm (64,8%), đau như ngứa ran hay kim châm (61,9%), đau khi có lực tác dụng nhẹ chiếm (58,1%), ít gặp hơn là nóng rát chiếm (32,4%), đau do thay đổi nhiệt độ chiếm (31,4%), đau do cọ xát chiếm (23,8%). Về kiểu đau hay gặp là đau dai dẳng với sự tăng giảm nhẹ chiếm (48,6%), ít gặp nhất là đau từng cơn và không ngừng đau giữa các cơn chiếm (10,4%), đau có lan chiếm (41,9%). Kết quả trên cao hơn so với nghiên cứu của E.Hasvik (2018) khi nghiên cứu 50 bệnh nhân đau lưng do đau thần kinh tọa bằng thang điểm PDQ cảm giác đau phổ biến là tê bì chiếm 56%, đau đột ngột như điện giật 54%, đau như ngứa ran hay kim châm chiếm (50%), và đau với áp lực nhẹ (30%), ít gặp hơn là nóng rát chiếm (26%), đau do cọ xát chiếm (14%) và đau do thay đổi nhiệt độ chiếm (8 %). Về kiểu đau hay gặp là đau dai dẳng với sự tăng giảm nhẹ chiếm (40%), ít gặp nhất là đau từng cơn và không ngừng đau giữa các cơn chiếm (6%) và đau từng cơn và không ngừng đau giữa các cơn (6%)⁷. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi vì tác giả chỉ tính tỷ lệ của các bệnh nhân đánh giá 3-4 điểm tức là có mức độ các cảm giác đau vừa và nặng, tuy nhiên các triệu chứng đau thần kinh hay gặp thì tương đồng với nghiên cứu chúng tôi. Theo tác giả Koop (2015) khi nghiên cứu 174 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp bằng thang điểm PDQ cảm giác đau phổ biến là đau như điện giật 34,6% và đau với áp lực nhẹ (45,3%), nhưng các triệu chứng khác kim châm, kiến bò khoảng 25% đau nóng rát chiếm 23,9%⁸, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi vì tác giả chỉ tính tỷ lệ của các bệnh nhân đánh giá 4-5 điểm tức là có mức độ các cảm giác đau nặng và rất nặng. Gần

một nửa số bệnh nhân có đau lan tỏa. Bệnh nhân thường có kiểu đau dai dẳng với sự tăng giảm nhẹ (44,0%) kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả này. Từ đó cho thấy khi thăm khám lâm sàng, ở bệnh nhân thoái hóa CSTL cần lưu ý các biểu hiện của đau thần kinh đặc biệt là tê bì, đau đột ngột như điện giật, đau như ngứa ran hay kim châm, đau do lực ép nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân đau thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng theo thang điểm PainDETECT là 26,7% và có thể đau do nguyên nhân thần kinh là 22,9%. Triệu chứng đau thần kinh theo thang điểm PainDETECT hay gặp tê bì (72,4%), đau đột ngột như điện giật (64,8%), đau như ngứa ran hay kim châm (61,9%), đau khi có lực tác dụng nhẹ (58,1%) và kiểu đau hay gặp là đau dai dẳng với sự tăng giảm nhẹ (48,6 %).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goode AP, Carey TS, Jordan JM.** Low back pain and lumbar spine osteoarthritis: how are they related? *Curr Rheumatol Rep.* 2013; 15(2):305. doi:10.1007/s11926-012-0305-z
2. **Freyenhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR.** painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Current Medical Research and Opinion.* 2006; 22(10): 1911-1920. doi:10.1185/030079906X132488
3. **Phùng Đức Tâm et al.** Đặc điểm đau thần kinh theo thang điểm LANSS ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng tại bệnh viện Bạch Mai. :245. doi:tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/10205
4. **Sakai Y, Matsui H, Ito S, et al.** Sarcopenia in elderly patients with chronic low back pain. *Osteoporos Sarcopenia.* 2017;3(4):195-200. doi:10.1016/j.afos.2017.09.001
5. **Freyenhagen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR.** painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin.* 2006;22(10):1911-1920. doi:10.1185/030079906X132488
6. **Kew Y, Tan CY, Ng CJ, et al.** Prevalence and associations of neuropathic pain in a cohort of multi-ethnic Asian low back pain patients. *Rheumatol Int.* 2017;37(4):633-639. doi:10.1007/s00296-016-3633-x
7. **Hasvik E, Haugen A j., Gjerstad J, Grøvle L.** Assessing neuropathic pain in patients with low back-related leg pain: Comparing the painDETECT Questionnaire with the 2016 NeuPSIG grading system. *European Journal of Pain.* 2018;22(6):1160-1169. doi:10.1002/ejp.1204
8. **Koop SMW, ten Klooster PM, Vonkeman HE, Steunebrink LMM, van de Laar MAFJ.** Neuropathic-like pain features and cross-sectional associations in rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2015;17(1):237. doi:10.1186/s13075-015-0761-8

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ TÁI PHÁT CỦA U NGUYÊN BÀO NUÔI SAU 2 NĂM TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Đặng Anh Thảo¹, Lê Quang Thanh¹, Quan Thành Đạt¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việt Nam là nước nằm trong vùng dịch tễ có tần suất bệnh nguyên bào nuôi cao. Hai phương pháp chính điều trị u nguyên bào nuôi (UNBN) là dùng hóa chất và phẫu thuật triệt để. Nghiên cứu của tác giả Vũ Bá Quyết năm 2016 ghi nhận có 12% bệnh nhân UNBN bị tái phát sau khi được điều trị đầy đủ và khỏi bệnh¹. Với phác đồ điều trị hiện nay, dù khả năng điều trị thành công cao nhưng vẫn ghi nhận những trường hợp bệnh nhân bị tái phát trở lại. Trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung nghiên cứu mối liên quan của các yếu tố nguy cơ đến tỷ lệ tái phát bệnh UNBN. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan của các yếu tố nguy cơ đến tỷ lệ tái phát bệnh u nguyên bào nuôi sau 2 năm tại bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu bệnh – chứng, tiến hành trên 176 bệnh nhân UNBN đã được điều trị khỏi bệnh từ năm 2017 – 2021 tại bệnh viện Từ Dũ, không có bệnh ung thư khác kèm theo, gồm 44 bệnh nhân thuộc nhóm thỏa tiêu chuẩn tái phát trong 2 năm, 132 bệnh nhân thuộc nhóm không tái phát trong 2 năm. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân tử tinh khác đến điều trị có nguy cơ tái phát thấp hơn, OR = 0,11. Nhóm bệnh nhân đã sinh con 1 lần đến điều trị có nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 6,08. Thời gian từ lúc mang thai đến khi chẩn đoán UNBN ở nhóm trong khoảng 4 – 6 tháng nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 24,87. Nhóm bệnh nhân trên hình ảnh siêu âm có dấu hiệu xâm lấn cơ tử cung có nguy cơ tái phát cao hơn, OR = 33,96. Nhóm bệnh nhân được củng cố ít nhất 2 đợt sau khi β -hCG về âm tính có nguy cơ tái phát ít hơn, OR = 0,06. Thời gian tái phát trung bình trong nghiên cứu là $12,95 \pm 0,88$. **Kết luận:** Bằng cách xác định các yếu tố nguy cơ chính liên quan đến tái phát, các kết quả của nghiên cứu này có thể được sử dụng để phát triển hoặc cải tiến các hướng dẫn lâm sàng về điều trị và quản lý bệnh nhân UNBN cho các cơ sở y tế, giúp giảm chi phí điều trị dài hạn cho bệnh nhân và hệ thống y tế, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bằng cách giảm thiểu các biến chứng và tăng tỷ lệ sống sót. **Từ khóa:** U nguyên bào nuôi, yếu tố nguy cơ, tái phát

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN RISK FACTORS AND RECURRENCE OF GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA (GTN) AFTER 2 YEARS AT TU DU HOSPITAL

Background: Vietnam is located in an endemic region with a high incidence of gestational

trophoblastic disease (GTD). The two main treatment methods for gestational trophoblastic neoplasia (GTN) are chemotherapy and radical surgery. A 2016 study by author Vu Ba Quyet reported that 12% of GTN patients experienced relapse after receiving full treatment and being cured¹. Despite the current treatment regimens having a high success rate, there are still cases of patients experiencing recurrence. In this study, we focus on examining the relationship between risk factors and the recurrence rate of GTN. **Objective:** To determine the relationship between risk factors and the recurrence rate of gestational trophoblastic neoplasia (GTN) after 2 years at Tu Du Hospital. **Methods:** A case-control study was conducted on 176 patients with gestational trophoblastic neoplasia (GTN) who had been successfully treated between 2017 and 2021 at Tu Du Hospital, with no accompanying cancers. The study included 44 patients who met the criteria for recurrence within 2 years and 132 patients who did not experience recurrence within 2 years. **Results:** The group of patients from other provinces had a lower risk of recurrence, OR = 0.11. The group of patients who had given birth once had a higher risk of recurrence, OR = 6.08. The time from pregnancy to GTN diagnosis in the group between 4 to 6 months was associated with a higher risk of recurrence, OR = 24.87. Patients with ultrasound images showing signs of uterine muscle invasion had a higher risk of recurrence, OR = 33.96. The group of patients who received at least two consolidation cycles after β -hCG became negative had a lower risk of recurrence, OR = 0.06. The average time to recurrence in the study was 12.95 ± 0.88 months. **Conclusion:** By identifying the key risk factors related to recurrence, the results of this study can be used to develop or improve clinical guidelines for the treatment and management of gestational trophoblastic neoplasia (GTN) patients at medical facilities. This will help reduce long-term treatment costs for both patients and the healthcare system, while also improving the quality of life for patients by minimizing complications and increasing survival rates. **Keywords:** Gestational trophoblastic neoplasia, risk factors, recurrence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nguyên bào nuôi liên quan đến thai kỳ là các bệnh có tăng sinh bất thường của các nguyên bào nuôi kết hợp với thai kỳ, được chia làm hai dạng: thai trứng và u nguyên bào nuôi (UNBN). Trong đó, UNBN gồm: thai trứng xâm lấn, ung thư nguyên bào nuôi, u nguyên bào nuôi nơi nhau bám, u nguyên bào nuôi dạng biểu mô và nốt nơi nhau bám không điển hình. Theo báo cáo của Dương Thị Cương (1995) hàng năm số bệnh nhân thai trứng trong cả nước chiếm tỷ lệ 1,5/1000 phụ nữ có thai, tỷ lệ tử

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Thanh

Email: thaodang0697@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024