

(năm 1996) chỉ ra rằng đái tháo đường làm môi trường vùng niêm mạc họng, biểu mô thanh quản bị acid hóa, lớp nhầy bảo vệ niêm mạc cũng như biểu mô dây thanh bị mỏng đi. Môi trường này tạo thuận lợi cho nấm *Candida* phát triển⁶. Như vậy, suy giảm miễn dịch đường như không còn là yếu tố thuận lợi gây bệnh nấm thanh quản như trước.

Về tiền sử điều trị, tỷ lệ BN điều trị kháng sinh trước khi đến viện là rất cao (91,9%), thời gian chủ yếu là từ 1-2 tuần, tiếp đến là 35,1% BN sử dụng corticoid dưới dạng uống và khí dung. Drouhet (năm 1987) điều trị kháng sinh phổ rộng dài ngày làm mất cân bằng hệ vi khuẩn trong cơ thể tạo điều kiện cho các vi nấm phát triển⁷. Ibrahim (năm 2018) báo cáo 93 trường hợp VTQ do nấm trong đó 74,19% BN sử dụng steroid đường hít, 16,13% sử dụng corticoid đường uống, 8,6% sử dụng đường hít⁸. Sử dụng thuốc chống viêm corticoid dù bất kì đường nào cũng làm tăng nguy cơ nhiễm nấm. Vì vậy, trong quá trình điều trị viêm thanh quản do nấm không nên dùng corticoid.

Khàn tiếng là triệu chứng cơ năng dễ nhận biết và quan trọng nhất, gặp ở tất cả các BN và là nguyên nhân chính mà BN đến khám, ngoài ra còn có triệu chứng ho và ngứa họng. Dutta (năm 2015)⁹, Ibrahim (năm 2018)⁸ cũng báo cáo kết quả tương tự thấy khàn tiếng là triệu chứng cơ năng đặc hiệu nhất, lần lượt chiếm 100% và 90,3% các BN đến khám. Theo Nguyễn Thị Trang, ngoài triệu chứng khàn tiếng, BN còn có các triệu chứng cơ năng khác như ho (chiếm 83,9%), ngứa họng (chiếm 48,4%)³. Như vậy, triệu chứng cơ năng hay gặp nhất ở BN VTQ do nấm là khàn tiếng, ho khan và ngứa họng. Vì vậy, khi BN có 3 triệu chứng này không đáp ứng với điều trị nội khoa thông thường, bác sĩ lâm sàng cần thăm khám nội soi thanh quản kĩ càng để phát hiện bệnh sớm.

Đa số các BN có thời gian khàn tiếng dưới 1 tháng (43,2%) và 37,8% BN khàn tiếng trên 2 tháng. Ban đầu BN thường có tâm lý coi thường bệnh tật, vì ngoài khàn tiếng, các triệu chứng khác không cấp diễn, không đau, BN vẫn có khả năng sinh hoạt gần như bình thường. Và đến khi BN đã mất nhiều thời gian tự điều trị hoặc điều trị ở tuyến dưới mà thấy không đỡ lúc đó mới đi khám.

Tất cả BN đều có giả mạc ở dây thanh. Ibrahim và cộng sự (năm 2018)⁸ nghiên cứu 93 trường hợp VTQ do nấm thấy có 92 BN có giả mạc ở dây thanh, 4 BN ở sụn phễu, 1 BN ở sụn nắp, 5 BN giả mạc ở toàn bộ thanh quản. Lương Thị Minh Hương (năm 2004) 100% trường hợp có giả mạc ở dây thanh, buồng Morgani là

17,31%, băng thanh thất là 40,38%, mép trước là 13,46%, hạ thanh môn là 0,96%⁴. Sự lan tràn của giả mạc cũng giải thích sự khác nhau về triệu chứng nặng và mức độ khàn tiếng ở các BN.

Trong nghiên cứu này 100% mẫu bệnh phẩm đều thấy sợi nấm. Tuy nhiên xét nghiệm này không định danh được chủng nấm gây bệnh. Tương đồng với Nguyễn Thị Trang (2020)³ và cao hơn Lương Thị Minh Hương (năm 2004) có tỷ lệ 88,46%⁴ và Lương Thị Xuân Hà (năm 1999) là 80%¹⁰, Nguyễn Thị Minh Huyền (2020) là 85,7%².

Xét nghiệm mô bệnh học có 4 BN có kết quả ung thư và đều có giả mạc ở 1 bên dây thanh. Như vậy trước BN khàn tiếng kéo dài, dây thanh có giả mạc 1 bên thì chúng ta nên thận trọng chẩn đoán, ngoài nhiễm nấm có thể là cả ung thư trên nền bội nhiễm nấm.

Phẫu thuật vi phẫu bóc giả mạc được thực hiện lần 1 ở tất cả các BN giúp giảm liều thuốc, giảm thời gian điều trị, phục hồi khả năng phát âm. Lương Thị Minh Hương (năm 2004)⁴ 100% BN được bóc giả mạc lần 1, 5,77% BN bóc lần 2 và không BN nào phải bóc lần 3. Nguyễn Thị Trang (2020), chỉ có 1 BN phải tiến hành bóc lại giả mạc lần 2 sau 2 tuần do giả mạc vẫn còn dày, không có BN nào phải bóc giả mạc lần ba³. Như vậy trong viêm thanh quản do nấm, bóc giả mạc thường chỉ cần thực hiện 1 lần đã cho kết quả điều trị tốt.

Chúng tôi lựa chọn Itraconazole điều trị toàn thân vì đây là thuốc kháng nấm có phổ tác dụng rộng trên 2 loài nấm thường gặp nhất ở nước ta là *Aspergillus* và *Candida*, tác dụng phụ không đáng kể, hấp thu tốt qua đường uống và chỉ dùng duy nhất 1 lần trong ngày. Dutta (năm 2015) báo cáo 27 trường hợp viêm thanh quản do *Aspergillus* trong đó có 20 BN điều trị bằng Itraconazole cho kết quả tốt và không có trường hợp nào tái phát, có 2 BN được điều trị bằng Amphotericin B đường tĩnh mạch cho kết quả tốt. Tuy nhiên, Amphotericin B có nhiều tác dụng không mong muốn như sốt, tăng ure, độc trên gan thận nên Itraconazole vẫn là lựa chọn đầu tiên để điều trị bệnh⁹.

Triệu chứng cơ năng cải thiện sớm nhất là ho, ngứa họng, sau cùng là khàn tiếng. Sau khi bóc giả mạc (loại bỏ nguyên nhân gây ngứa họng và ho) nên triệu chứng được cải thiện nhanh, tuy nhiên dây thanh còn viêm phù nề trong thời gian dài nên triệu chứng khàn tiếng chưa cải thiện nhanh được. Điều này cũng rất cần thiết trong việc giải thích cho BN trước khi điều trị, để BN không quá kỳ vọng vào sự cải thiện nhanh chóng của giọng nói. Thời gian điều trị trung bình là 7,15 tuần cao hơn các nghiên

cứu khác. Chúng tôi cũng chưa lý giải tại sao, có thể BN xuất hiện vấn đề kháng thuốc. Lương Thị Minh Hương, thời gian điều trị trung bình là 6,27 tuần đối với nhóm BN nhiễm nấm *Aspergillus* và 4,81 tuần đối với nhóm BN nhiễm nấm *Candida*⁴. Nguyễn Thị Trang thời gian điều trị trung bình là 6,06 tuần³. Kết quả điều trị của chúng tôi không tốt bằng nghiên cứu của Lương Thị Minh Hương (năm 2004) cho kết quả tốt 95,71% khi điều trị các BN viêm thanh quản do *Aspergillus*⁴. Thái Hữu Dũng, Nguyễn Thị Ngọc Dung điều trị cho 31 BN nhiễm nấm thanh quản bằng *Intraconazole* và bóc tách giả mạc. Sau 5-6 tuần điều trị thấy kết quả tốt đạt 90,3%, kết quả khá đạt 9,7% và không có kết quả điều trị xấu¹. Nguyễn Thị Minh Huyền: kết quả điều trị: tốt: 82,9%, khá: 17,1%².

V. KẾT LUẬN

Viêm thanh quản do nấm không chỉ gặp trên người suy giảm miễn dịch mà còn gặp ở BN có tiền sử khỏe mạnh. Cần làm mô bệnh học dây thanh dưới vị trí giả mạc một cách thường quy, nhất là những trường hợp giả mạc 1 bên dây thanh để loại trừ ung thư thanh quản bội nhiễm nấm. Phẫu thuật bóc giả mạc do nấm kết hợp điều trị thuốc kháng nấm đường toàn thân đem

lại kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Hữu Dũng và Nguyễn Thị Ngọc Dung.** Chẩn đoán và điều trị viêm thanh quản do nấm, Y học TP. Hồ Chí Minh. 2011;15(1):222-227.
2. **Nguyễn Thị Minh Huyền.** Đánh giá kết quả điều trị nấm thanh quản. 2019.
3. **Nguyễn Thị Trang.** Đánh giá kết quả điều trị viêm thanh quản do nấm bằng thuốc kháng nấm *Itraconazole*. 2020.
4. **Lương Thị Minh Hương.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị viêm thanh quản do nấm. 2004.
5. **Benjamin G, David K, Kim G và cộng sự.** Laryngeal Actinomy-cosis: A Case Report and Systematic Review of 32 Cases in the Literature. J Otolaryng Head Neck Surg. 2016; 2(006).
6. **Dupont B.** Myco Top, *Aspergillus*, *Aspergilloses* - Diagnostic Mycologique. 1996; 3-38.
7. **Drouhet E và Dupont B.** Evolution of antifungal agents: past, present, and future. 1987.
8. **Issa I.J. và Thomas J.P.** Fungal Laryngitis in Immunocompetent Patients; Risk Factors, Presentation and Treatment. Sch J Otolaryngol. 2018; 1(3), 1-5.
9. **Dutta M, Jotdar A, Kundu S và cộng sự.** Primary laryngeal aspergillosis in the immunocompetent state: a clinical update. Braz J Otorhinolaryngol. 2017; 83(2), 228-234.
10. **Lương Thị Xuân Hà.** Góp phần chẩn đoán và điều trị viêm thanh quản do nấm tại trung tâm tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh. 1999.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG MẠN TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP DÙNG STEROID PHONG BỂ CÙNG CỤT

Trần Trung Kiên¹, Võ Thành Toàn¹, Lưu Vĩnh Tiến¹, Nguyễn Chí Nguyễn¹, Nguyễn Minh Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị đau rễ thần kinh thắt lưng mạn tính bằng phương pháp dùng steroid phong bế rễ thần kinh cùng cột. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu can thiệp không đối chứng, trường hợp bệnh nhân (BN) đau rễ thần kinh mạn tính được điều trị bằng phương pháp dùng steroid phong bế rễ thần kinh cùng cột tại Bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 06/2023 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Điểm Visual Analog Scale (VAS) sau can thiệp 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng lần lượt là $4,3 \pm 0,78$; $3,2 \pm 0,9$; $3,2 \pm 0,9$ giảm đáng kể so với điểm VAS $7,3 \pm 0,3$ trước can thiệp ($p < 0,05$). Ghi nhận 01 trường hợp đau nặng lên theo rễ thoáng qua. **Kết luận:** ứng dụng phong bế rễ thần kinh cùng

cột dùng steroid là phương pháp bước đầu cho thấy tính hiệu quả và an toàn. **Từ khóa:** đau rễ thần kinh, thoát vị đĩa đệm, phong bế thần kinh, đau lưng mạn

SUMMARY

EVALUATE THE EFFICACY OF LUMBAR STEROID EPIDURAL INJECTION IN MANAGEMENT OF CHRONIC LUMBOSACRAL RADICULOPATHY

Objective: to evaluate the efficacy of lumbar steroid epidural injection in management of chronic lumbosacral radiculopathy. Subjects and methods: a non-randomized interventional study was conducted on patients with chronic lumbosacral radiculopathy treated with lumbar epidural steroid injection at Thong Nhat hospital, Ho Chi Minh City, from 06/2023 to 01/2024. **Results:** the Visual Analog Scale (VAS) score at 1 week, 1 month, and 3 months post-intervention was 4.3 ± 0.78 ; 3.2 ± 0.9 ; and 3.2 ± 0.9 , respectively, which was significantly lower compared to the pre-intervention VAS score of 7.3 ± 0.3 ($p < 0.05$). One case of transient radicular exacerbation was noted. **Conclusion:** the application of lumbar

¹Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2024

Ngày duyệt bài: 9.12.2024

epidural steroid injection showed promising results in efficacy and safety. **Keywords:** radiculopathy, herniated disc, epidural injection, chronic back pain

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau rễ thần kinh thắt lưng là một trong những nguyên nhân hàng đầu khiến BN tìm kiếm sự chăm sóc y tế, ảnh hưởng khả năng làm việc, lao động. Hơn 80% dân số trên toàn thế giới đã từng trải qua đau thắt lưng ít nhất một lần trong đời [1]. Đau rễ thần kinh thắt lưng được xem là mạn tính khi thời gian đau kéo dài trên 3 tháng. BN có thể chỉ đau vùng thắt lưng đơn thuần hoặc kèm những triệu chứng tổn thương rễ thần kinh: đau tê, dị cảm dọc theo đường phân bố rễ thần kinh, giảm phản xạ gân xương, yếu cơ phân bố theo rễ, đau cách hồi thần kinh... Có nhiều nguyên nhân gây đau rễ thần kinh thắt lưng mạn tính, trong đó nguyên nhân thường gặp nhất là nhóm bệnh lý thoái hóa cột sống thắt lưng. Nhóm bệnh lý này bao gồm: thoái hóa khớp bên, khớp cùng chậu, hẹp ống sống, thoát vị đĩa đệm chèn ép rễ thần kinh, trượt cột sống...

Có nhiều phương pháp điều trị đau rễ thần kinh thắt lưng mạn tính bao gồm điều trị bảo tồn cũng như các phương pháp xâm lấn là phẫu thuật [1], [2]. Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cho từng BN đau lưng mạn tính trong thực hành lâm sàng cần có sự hiểu biết về bệnh lý, cơ chế cũng như hiệu quả và nguy cơ của phương pháp đó. Hiện tại, nhiều BN có đau rễ thần kinh thắt lưng mạn tính chưa đáp ứng với điều trị nội khoa, vật lý trị liệu, thay đổi thói quen sinh hoạt và lao động. Đồng thời, BN từ chối phẫu thuật hay nhiều bệnh nội khoa phối hợp chống chỉ định phẫu thuật. Những thủ thuật can thiệp tối thiểu giảm đau ngày càng đóng vai trò quan trọng cho những BN này. Ưu điểm của những thủ thuật này giúp giảm đau, tránh được tác dụng phụ của thuốc giảm đau, tránh những tai biến phẫu thuật có thể gặp phải, từ đó cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Điều trị giảm đau rễ thần kinh thắt lưng bằng phương pháp dùng steroid phong bế rễ thần kinh cùng cột là một thủ thuật can thiệp tối thiểu ngày càng được ứng dụng nhiều trong quản lý đau.[4]

Tại Bệnh viện Thống Nhất, số lượng BN đau rễ thần kinh mạn tính do các bệnh lý cột sống ngày càng nhiều, có những BN chưa đồng ý hoặc chưa thể phẫu thuật, có nhu cầu giảm đau bằng phương pháp không xâm lấn. Như vậy phương pháp này có hiệu quả giảm đau như thế nào, có biến chứng của thủ thuật hay không cần nghiên cứu đánh giá thêm. Do đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả*

điều trị đau rễ thần kinh thắt lưng mạn tính bằng phương pháp dùng steroid phong bế rễ thần kinh cùng cột.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Dân số đích: BN biểu hiện đau rễ thần kinh mạn tính được điều trị bằng phương pháp dùng steroid phong bế rễ thần kinh cùng cột tại Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 06/2023 đến tháng 01/2024.

2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh: Hình ảnh chèn ép rễ thần kinh dựa trên cộng hưởng từ cột sống thắt lưng

Đau thắt lưng kèm đau rễ thần kinh thất bại sau tối thiểu 8 tuần điều trị bảo tồn (thuốc, vật lý trị liệu ...) [4]

Có dấu hiệu và triệu chứng phù hợp với tình trạng kích thích rễ thần kinh

Không có tiền sử phẫu thuật vùng thắt lưng.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ: Hẹp ống sống thắt lưng đa tầng, trượt đốt sống thắt lưng đa tầng (trên 2 tầng)

Thoát vị đĩa đệm tạm thời hoặc di chuyển trên hình ảnh chụp

Khuyết khuyết vận động, hội chứng chùm đuôi ngựa

Bệnh lý cột sống do nguyên nhân ác tính, lao, nhiễm trùng, dị tật cột sống, chèn ép rễ sau chấn thương

Rối loạn tâm lý

Mang thai hoặc tiền sử dị ứng với thuốc gây tê tại chỗ hoặc corticosteroid

Các vấn đề y tế chống chỉ định thủ thuật (suy tim nặng, suy hô hấp, suy thận nặng, rối loạn đông cầm máu).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng.

2.2.2. Các biến số nghiên cứu: Các biến khảo sát được phân tích thành bốn nhóm: nhóm các biến liên quan dịch tễ (tuổi, giới, trình độ học vấn); nhóm các biến đánh giá tình trạng lâm sàng trước can thiệp; nhóm các biến đánh giá tình trạng thoát vị đĩa đệm, nhóm các biến liên quan đến hiệu quả điều trị và biến chứng sau thủ thuật. Để đánh giá hiệu quả điều trị, chúng tôi dựa vào thang đo VAS. Mức độ đau theo thang điểm VAS được khảo sát tại thời điểm trước khi can thiệp thủ thuật và theo dõi đánh giá lại tại thời điểm sau khi BN đã được can thiệp 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Giảm đau có hiệu quả khi mức độ đau sau can thiệp giảm $\geq 50\%$ so với trước can thiệp và mức độ đau sau can thiệp nhỏ hơn trước can thiệp $\geq 2,5$ tính theo thang

điểm đánh giá mức độ đau VAS [3].

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu trên lâm sàng

2.3.1. Thu thập số liệu: Các BN tham gia nghiên cứu này đã được khám sức khỏe, bệnh án chi tiết và xét nghiệm tiền phẫu, được thực hiện tại khoa Ngoại Thần kinh - Bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh. Trước phong bế thần kinh, BN được đánh giá về triệu chứng đau, rễ thần kinh gây đau phù hợp cả hình ảnh học cộng hưởng từ và điện cơ.

2.3.2. Phương pháp thực hiện: BN nằm sấp, gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1%. Xác định khe cùng cụt dưới hướng dẫn siêu âm, đâm kim 20 G qua dây chằng cùng cụt, nhẹ nhàng rút ống tiêm để kiểm tra máu hoặc dịch não tủy. Đưa kim qua lỗ cùng cụt khoảng 5cm bơm 8mg Dexamethasone pha 4ml Lidocain 1% và nước cất đủ 10ml. Rút kim và băng vô trùng tại chỗ tiêm. Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn sau thủ thuật. BN được đánh giá sau 1 giờ làm thủ thuật các dấu thần kinh mới.

2.3.3. Theo dõi đánh giá sau thủ thuật: Sau khi xuất viện dặn dò với lời khuyên tránh cúi quá nhiều, nâng vật nặng hoặc đi bộ đường dài và được yêu cầu tái khám vào các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng theo thang điểm VAS, các thăm khám lâm sàng về bệnh lý.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel 2022 và SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới: Tuổi trung bình là 60 tuổi, nhỏ nhất là 42, lớn nhất là 81. Những BN trong nghiên cứu tuổi trung bình là 60 ± 12 còn nằm trong độ tuổi lao động (36 đến 74 tuổi), đây là nhóm đối tượng bị ảnh hưởng bởi cơn đau lưng nhất đến năng suất làm việc.

Giới: có 8 BN nữ chiếm tỷ lệ 61,5% và 5 BN nam chiếm tỷ lệ 38,5%. Tỷ lệ nữ:nam = 1,6.

Số lượng BN nữ gấp 1,6 lần so với nam. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới [2], [4].

3.1.2. Trình độ học vấn: Trình độ học vấn có 5/13 (38,5%) BN tử trung học phổ thông trở lên. Nhóm những BN có trình độ học vấn thấp hơn chiếm tỷ lệ đau thắt lưng cao hơn nhóm có trình độ học vấn cao, tương tự tác giả van Wijk [6]

3.2. Thời gian đau rễ thần kinh thắt lưng. Thời gian từ lúc bắt đầu đau rễ thần kinh thắt lưng đến khám trước thủ thuật trung bình 9,8 ± 15,2 tháng, ngắn nhất là 5 tháng, lâu nhất lên đến 60 tháng.

Những BN này được điều trị nội khoa nhiều nơi nhưng đáp ứng giảm đau kém, đau gây trải nghiệm khó chịu, ảnh hưởng đến đời sống sinh hoạt.

3.3. Thời gian thực hiện thủ thuật. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là 29 ± 9 phút, nhanh nhất là 18 phút, kéo dài nhất là 45 phút.

Thời gian thực hiện thủ thuật kéo dài nhất chưa đến 60 phút vì những lý do về giải phẫu, kỹ thuật người thực hiện. Thủ thuật tiến hành nhanh chóng, BN can thiệp và xuất viện trong ngày. Điều này tạo sự thoải mái cho BN, giảm chi phí điều trị so với nằm dài ngày, chăm sóc y tế.

3.4. Tình trạng lâm sàng trước can thiệp. Các BN có hẹp ống sống là 8/13 BN và hẹp đĩa đệm tầng L3-S1, triệu chứng lâm sàng tê chân phải là 7/13 BN, tê chân trái là 2/13 BN và tê 2 chân là 4/13 BN; điểm đau VAS ghi nhận đau vừa (4-6 điểm) là 2 BN, đau nặng (7-10 điểm) là 11 BN.

Bảng 3.1. Tình trạng lâm sàng trước can thiệp

Đặc điểm trước can thiệp		Số BN	Tỷ lệ %
Chẩn đoán	Thoát vị đĩa đệm cột sống đơn thuần	5	38,5
	Hẹp ống sống	8	61,5
Tầng đĩa đệm tổn thương	L3-L4	2	15,4
	L4-L5	6	46,1
	L5-S1	5	38,5
Triệu chứng lâm sàng	Tê chân Phải	7	53,8
	Tê chân Trái	2	15,4
	Tê chân hai bên	4	30,8
Điểm VAS	Trung bình ± SD	7,3±0,3	
	VAS 4-6	2	15,4
	VAS 7-10	11	84,6

Trước can thiệp, BN có điểm đau VAS trung bình là 7,3 ± 0,3 dù đã dùng thuốc giảm đau, cao hơn so với các tác giả [2], [4]. Điều này có thể giải thích do nhiều yếu tố. Đầu tiên, đau là một cảm giác chủ quan, do đó luôn luôn phải dựa vào BN để đánh giá. Đồng thời, đáp ứng giảm đau thành công dựa trên sự cảm nhận thay đổi về mức độ đau của chính BN trước và sau điều trị, và yếu tố tâm lý cũng ảnh hưởng đến nhận định của BN. Hơn nữa, sự khác biệt của mẫu nghiên cứu rút ra từ những dân số khác nhau về các đặc điểm liên quan đến chủng tộc, tập quán sinh hoạt, văn hoá khác nhau. Thêm vào đó, BN trong nghiên cứu có xu hướng chịu đựng đau thắt lưng kéo dài đến khi vượt ngưỡng chịu đựng, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt mới điều trị can thiệp vì đây vẫn là một thủ thuật xâm lấn, hoặc vì BN chưa được tiếp cận với sự hiểu biết về phương pháp này.

Khảo sát trên cộng hưởng từ kết hợp khám lâm sàng vị trí gây triệu chứng nhiều nhất là tầng L4-L5 chiếm 46.1%, thấp nhất là L3-L4 14.5%, tầng L5-S1 38,5%. Chẩn đoán trước can thiệp chủ yếu hẹp ống sống thắt lưng chiếm tỷ lệ 61,5%, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đơn thuần 38,5%.

Điểm VAS sau can thiệp 1 tuần của 13 BN trung bình là $4,3 \pm 0,78$ thấp hơn điểm VAS trước can thiệp trung bình là $7,3 \pm 0,3$. Tại thời điểm 3 tháng khảo sát, điểm VAS sau can thiệp trung bình là $3,2 \pm 0,9$ thấp hơn điểm VAS trước can thiệp trung bình là $7,3 \pm 0,3$. Mức độ đau sau can thiệp 4 tuần và 12 tuần giảm có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ($p < 0,001$).

Bảng 3.2. Điểm VAS trung bình tại các thời điểm theo dõi

Thời điểm theo dõi	Trước can thiệp	1 tuần	1 tháng	3 tháng
Điểm VAS trung bình	7,3	4,3	3,3	3,2

Điểm VAS (đau rễ thần kinh) trước can thiệp so sánh sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng ($n = 13$) giảm có ý nghĩa thống kê theo kiểm định T-test ($p < 0,05$).

Trong những năm gần đây, phong bế thần kinh giảm đau đã phát triển như một kỹ thuật điều hòa thần kinh đầy hứa hẹn để kiểm soát các hội chứng đau mãn tính khác nhau, như đau rễ thần kinh, đau dây thần kinh sinh ba, đau thần kinh chằm và đau khớp gối [6].

Theo tác giả Brian T. Boies, điều trị đau thần kinh thắt lưng mạn tính bằng phương pháp dùng steroid phong bế rễ thần kinh cùng cột ở BN thoát vị đĩa đệm và bệnh rễ thần kinh cho thấy hiệu quả giảm đau ở thời điểm 3, 6 và 12 tháng (mức độ bằng chứng vừa phải) và ở BN hẹp ống sống kèm đau cách hồi thần kinh (mức độ bằng chứng yếu) [7]

Một yếu tố quan trọng khác của hiệu quả điều trị là loại steroid, chúng tôi sử dụng dexamethasone kèm lidocain, một số nghiên cứu cho thấy BN đáp ứng tốt hơn so với triamcinolone, betamethasone, bupivacaine [7], [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN được thực hiện thủ thuật và theo dõi tại giường bệnh. Các biến chứng theo dõi gồm: Đau khu trú tại chỗ kéo dài trên 2 tuần, đau thần rễ nặng lên sau can thiệp 2 tuần, nhiễm trùng, yếu liệt tiến triển.

3.5. Tình trạng lâm sàng và biến chứng sau can thiệp. Chúng tôi có 16 BN thỏa điều kiện đưa vào can thiệp phong bế thần kinh, có 1 BN không cải thiện triệu chứng ở tháng thứ 2 và được phẫu thuật giải ép thần kinh, 2 BN mất dấu trong quá trình theo dõi.

Bảng 3.3. Biến chứng sau can thiệp

Biến chứng sau can thiệp	Số BN	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng	0	0
Đau rễ nặng lên sau can thiệp	1	7,7%
Đau vị trí đâm kim kéo dài trên 2 tuần	0	0
Yếu liệt tiến triển	0	0

Trong 13 BN, chỉ có 1 BN gặp phải biến chứng đau nặng lên theo rễ và hồi phục sau 10 tiếng, các biến chứng như nhiễm trùng, đau khu trú vị trí đâm kim, đặc biệt yếu liệt chỉ dưới không xảy ra.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp đau nặng lên theo rễ thần kinh (VAS 8 điểm) so với trước thủ thuật (VAS 6 điểm), được theo dõi nội viện và hồi phục hoàn toàn sau 10 giờ. BN được chụp cộng hưởng từ kiểm tra sau đó không ghi nhận nhồi máu tủy, máu tụ ngoài màng cứng... Một số tác giả báo cáo trường hợp lâm sàng ghi nhận biến chứng tương tự chúng tôi với thủ thuật phong bế thần kinh qua lỗ liên hợp [5]. Các nguyên nhân gây đau tăng theo rễ có thể có: tổn thương - huyết khối mạch máu, nhồi máu tủy, máu tụ màng tủy, tổn thương rễ thần kinh, chèn ép rễ thần kinh. Trong trường hợp này, chúng tôi nghĩ nhiều đến nguyên nhân chèn ép rễ thần kinh khi tiêm nhanh lượng nhiều 10ml hỗn hợp dung dịch dexamethasone + lidocain vùng cùng cột khi thuốc chưa tan có thể gây chèn ép thêm cho rễ thần kinh đã bị chèn ép trước đó tình trạng thoái hóa. Do đó chúng tôi đề nghị không nên bơm thuốc quá nhanh và chỉ nên bơm từ từ.

IV. KẾT LUẬN

Điều trị đau thắt lưng mạn tính bằng phương pháp dùng steroid phong bế cùng cột tương đối an toàn, giảm đau hiệu quả và kéo dài, tỉ lệ biến chứng thấp, thời gian can thiệp và nằm viện ngắn. Đây là lựa chọn ít xâm lấn cho các BN đau thắt lưng mạn tính mà không đáp ứng với các điều trị nội khác. Tuy nhiên cần đánh giá theo dõi dài hơn, cũng như số lượng BN lớn hơn để đánh giá hiệu quả toàn diện và kết quả lâu dài của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kalichman L, Suri P, Guermazi A, et al** (2009). Facet orientation and tropism: Associations with facet joint osteoarthritis and degenerative spondylolisthesis. Spine (Phila Pa 1976):34(16): 579-585.
- Leclaire R, Fortin L, Lambert R, et al** (2001). Radiofrequency facet joint denervation in the treatment of low back pain: A placebo-controlled clinical trial to assess efficacy. Spine (Phila Pa 1976) 26(13): 1411-1416; discussion 1417.