

của tác giả Juhyun Song (2021) cho thấy VIS  $\geq 27$  tiên lượng tử vong 30 ngày với AUC 0,70, độ nhạy 0,68, độ đặc hiệu 0,65,  $p < 0,001$  [6]. Điểm cắt VIS tiên lượng tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác do mức độ bệnh nặng hơn [6, 7].

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, trong điều kiện nguồn lực thấp, chúng tôi đã không thể đo lường các thông số huyết động học xâm lấn để đảm bảo liều thuốc vận mạch và tăng cơ bóp cơ tim là vừa đủ cho từng bệnh nhân. Điều này dẫn đến điểm VIS có thể cao hoặc thấp hơn nhu cầu thực tế tại thời điểm cụ thể. Thứ hai, các biến số huyết động không được theo dõi dẫn đến mục tiêu hồi sức, trong đó có huyết áp trung bình, có đạt được hay không vẫn là câu hỏi. Thứ ba, vasopressin đã không được sử dụng như là thuốc vận mạch thứ hai theo khuyến cáo do hạn chế về nguồn cung cấp thuốc này trên thị trường, gây ra hiện tượng quá liều hoặc ngộ độc catecholamine có thể góp phần vào tỷ lệ tử vong cao hơn bên cạnh mức độ bệnh nặng trầm trọng hơn. Sau cùng, cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ cùng với nhiều yếu tố gây nhiễu chưa được khảo sát là những vấn đề cần được cải thiện trong những nghiên cứu tiếp theo trong lĩnh vực này.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn kháng trị theo điểm VIS  $> 50$  có các chỉ số, dấu hiệu bệnh nghiêm trọng cao hơn và kết cục lâm sàng xấu hơn nhóm sốc không kháng trị. Điểm VIS liên quan đến tăng nguy cơ tử vong 30 ngày ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Điểm VIS  $> 50$  trong 24 giờ đầu có thể được sử dụng để kích hoạt bác sĩ hồi sức xem xét các biện pháp điều trị tích cực, theo dõi và đánh giá bệnh nhân cẩn thận hơn nhằm cải thiện tiên lượng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Auchet, T., M.A. Regnier, N. Girerd, and B. Levy**, Outcome of patients with septic shock and high-dose vasopressor therapy. *Ann Intensive Care*, 2017. 7(1):43.
2. **Kwak, G.H., R. Madushani, L. Adhikari, A.Y. Yan, E.S. Rosenthal, K. Sebbane, et al.**, Septic Shock Requiring Three Vasopressors: Patient Demographics and Outcomes. *Crit Care Explor*, 2024. 6(11):e1167.
3. **Ro, S.K., W.K. Kim, J.Y. Lim, J.S. Yoo, S.B. Hong, and J.B. Kim**, Extracorporeal life support for adults with refractory septic shock. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2018. 156(3):1104-1109.e1.
4. **Nandhabalan, P., N. Ioannou, C. Meadows, and D. Wyncoll**, Refractory septic shock: our pragmatic approach. *Crit Care*, 2018. 22(1):215.
5. **Evans, L., A. Rhodes, W. Alhazzani, M. Antonelli, C.M. Coopersmith, C. French, et al.**, Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med*, 2021. 47(11):1181-1247.
6. **Song, J., H. Cho, D.W. Park, S. Moon, J.Y. Kim, S. Ahn, et al.**, Vasoactive-Inotropic Score as an Early Predictor of Mortality in Adult Patients with Sepsis. *J Clin Med*, 2021. 10(3).
7. **Li, W., Y. Wang, B. Abuduaini, X. Li, P. Pan, J. Cui, et al.**, Prognostic evaluation of the norepinephrine equivalent score and the vasoactive-inotropic score in patients with sepsis and septic shock: a retrospective cohort study. *Front Cardiovasc Med*, 2024. 11:1415769.
8. **Singer, M., C.S. Deutschman, C.W. Seymour, M. Shankar-Hari, D. Annane, M. Bauer, et al.**, The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *Jama*, 2016. 315(8):801-10.
9. **Gattinoni, L., F. Vasques, L. Camporota, J. Meessen, F. Romitti, I. Pasticci, et al.**, Understanding Lactatemia in Human Sepsis. Potential Impact for Early Management. *Am J Respir Crit Care Med*, 2019. 200(5):582-589.
10. **Mongardon, N., Q. de Roux, M. Leone, and P. Guerci**, Norepinephrine formulation for equivalent vasopressor score. *Crit Care*, 2023. 27(1):62.

## ĐÁNH GIÁ ĐAU DO NGUYÊN NHÂN THẦN KINH BẰNG THANG ĐIỂM DN4 Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Hoàng Thị Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Vĩnh Ngọc<sup>2</sup>, Trần Thị Tô Châu<sup>3</sup>,  
Lương Duy Thịnh<sup>1</sup>, Lương Thị Thùy Linh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Lê Phương Thảo<sup>4</sup>, Trương Minh Hải<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, Hải Phòng

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Ngọc

Email: vinhngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2025

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang và đặc điểm đau do nguyên nhân đau thần kinh theo thang điểm DN4 ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng. **Đối tượng nghiên cứu:** Tiến hành nghiên cứu trên 81 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng có đau đau cột sống với thang điểm VAS  $\geq 3$  điểm đang điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai từ 8/2024 đến 8/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $65,8 \pm 11,5$  tuổi; đa số là nữ (69,1%); chủ yếu là lao động chân tay (91,4%). Đau cột sống thắt lưng chủ yếu xuất hiện tự nhiên (81,5%); thời gian đau chủ yếu >6 tháng (50,0%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất: ấn đau điểm cạnh sống (100%), co cứng cơ cạnh sống (86,4%), giảm chỉ số Schober (72,8%), tăng khoảng cách tay đất (70,4%). Triệu chứng Xquang thường gặp nhất: gai xương thân đốt sống (88,9%), đặc xương dưới sụn (72,8%), hẹp khe đĩa đệm (58,0%). Tỷ lệ đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng theo thang điểm DN4 là 37%. Triệu chứng đau thần kinh theo thang điểm DN4 hay gặp là tê bì (90,0%), buốt cồng (90,0%), cảm giác như kim châm (66,7%), đau như điện giật (56,7%), giảm cảm giác khi chạm vào (50,0%). **Kết luận:** Tỷ lệ đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng theo thang điểm DN4 là 37%. Các triệu chứng đau thần kinh thường gặp là tê bì, buốt cồng, đau như kim châm, đau như điện giật, và giảm cảm giác khi chạm vào. **Từ khóa:** Thoái hóa cột sống thắt lưng, đau do nguyên nhân thần kinh, DN4

## SUMMARY

### DOULEUR NEUROPATHIQUE 4 (DN4) 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 DN4 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  $\geq 4$  points and were treated in the Centre for Rheumatology from August 2024 to August 2025. **Research Method:** Cross-sectional study. **Result:** The average age of the study subjects was  $65,8 \pm 11,5$  years; the majority were female (69,1%); (58,1%). Lumbar Mainly manual labor (91.4%) spinal pain primarily occurred spontaneously (81,5%); pain duration is mainly >6 months (50,0%). Most common clinical symptoms: pain on palpation of paraspinal pain points (100%), paraspinal muscle stiffness (85.2%), decreased Schober index (72,8%), increased hand-to-ground distance (70,4%). 2. Most common X-ray symptoms: subchondral sclerosis (72.8%), vertebral body osteophytes (98.8%). 3. The rate of neuropathic pain in patients with degenerative lumbar spine disease according to the DN4 scale was 30,7%.

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025

Common neuropathic pain symptoms according to the DN4 scale were painful cold (84,8%), electric shocks (69,7%), (61,9%) and numbness (90,9%). **Conclusion:** The rate of lumbar spine pain due to neuropathic pain in patients with degenerative lumbar spine disease according to the DN4 scale is 30,7% and neuropathic pain may be 30,7%. Common symptoms of neuropathic pain according to the DN4 scale are numbness, painful cold, electric shocks. **Keywords:** Lambar spinal stenosis, neuropathic pain, DN4.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống thắt lưng (CSTL) là bệnh lý thường gặp trên lâm sàng chiếm tỷ lệ 40% - 85%<sup>1</sup>. 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 douleur neuropathique 4 (DN4) có độ nhạy và độ đặc hiệu cao để áp dụng trên lâm sàng. Ở Việt Nam vấn 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 DN4 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 81 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng có đau đau cột sống với thang điểm VAS  $\geq 3$  điểm đang điều trị tại Trung tâm Cơ Xương Khớp 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.
- Bệnh nhân đang có những tổn thương phần mềm vùng cột sống thắt lưng.
- Bệnh nhân có tiền sử zona vùng cột sống thắt lưng.
- Đau vùng cột sống thắt lưng do các tổn thương nội tạng, bệnh lý chuyển hóa.
- 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 do nguyên nhân thần kinh bằng bảng điểm DN4. Cụ thể bệnh nhân tự trả lời hai câu hỏi về đau gồm 7 triệu chứng và thầy thuốc thăm khám 2 test cảm giác da (3 triệu chứng); mỗi triệu chứng bệnh nhân có cho 1 điểm, tổng điểm là điểm DN4 của bệnh nhân.

- Nếu điểm DN4 ≥ 4: đau do nguyên nhân thần kinh

- Nếu điểm DN4 < 4: không đau do nguyên nhân thần kinh.

- **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=81)**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40 tuổi	2	2,5
	40-59 tuổi	20	24,7
	≥60 tuổi	59	72,8
	Tuổi trung bình (năm) Min-Max (năm)	65,8 ± 11,5 năm (36-91) năm	
Giới	Nam	25	30,9
	Nữ	56	69,1
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	74	91,4
	Lao động trí óc	7	8,6
Chỉ số BMI	Gầy (BMI<18,5)	4	4,9
	Bình thường (18,5≤BMI<23)	53	65,5
	Thừa cân (23≤BMI<25)	17	21
	Béo phì (BMI≥25)	7	8,6
	BMI trung bình (kg/m <sup>2</sup> ) Min-Max	22,1±3,0 (15,2-35,6)	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,8 ± 11,5 tuổi; độ tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là từ 60 tuổi trở lên (72,8%); đa số là nữ (69,1%); chủ yếu là lao động chân tay (91,4%), nhóm bệnh nhân có BMI thừa cân và béo phì chiếm tỷ lệ (29,6%).

**Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (N=81)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hoàn cảnh khởi phát đau CSTL	Sau mang vác vật nặng	7	8,6
	Sau động tác sai tư thế	3	3,7
Thời gian đau CSTL	Sau chấn thương	5	6,2
	Tự nhiên	66	81,5
Triệu chứng thực thể	≤3 tháng	35	43,8
	>3 và ≤6 tháng	5	6,3
	>6 tháng	40	50,0
Mức độ đau theo thang điểm VAS	An điểm đau tại cột sống	81	100
	Co cứng cơ cạnh cột sống	70	86,4
	Chỉ số Schober	59	72,8
	Khoảng cách tay đất	57	70,4
	Điểm đau Valleix	46	56,8
	Nghiệm pháp Lasègue	46	56,8
Mức độ đau theo thang điểm VAS	Biến dạng cột sống	28	34,6
	Đau ít (VAS ≤ 3)	0	0
	Đau vừa (4 ≤ VAS ≤ 6)	60	74,1
	Đau nhiều (VAS ≥ 7)	21	25,9
VAS trung bình Min-Max		5,2±1,4 (4-8)	

**Nhận xét:** Hoàn cảnh khởi phát đau CSTL chủ yếu xuất hiện tự nhiên (81,5%); thời gian đau chủ yếu >6 tháng (50,0%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất:ấn đau điểm đau cạnh sống (100%), co cứng cơ cạnh sống ( 86,4%), giảm chỉ số Schober (72,8%), tăng khoảng cách tay đất (70,4%). Mức độ đau vừa (4 ≤ VAS ≤ 6) hay gặp nhất (74,1%).

**Đặc điểm Xquang của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.3. Đặc điểm Xquang cột sống thắt lưng (N=81)**

Đặc điểm		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Đặc xương dưới sụn		59	72,8
Gai xương thân đốt sống		72	88,9
Hẹp khe đĩa đệm		47	58
Mất đường cong sinh lý		33	40,7
Hẹp lỗ liên hợp		39	48,1
Số đốt sống thoái hóa	1	0	0
	2	13	16
	3	33	40,7
	4	25	30,9
	5	10	12,3
Số lượng khe đĩa đệm hẹp	<4	31	66
	≥4	16	34
Số lượng đốt sống có gai xương	<4	39	54,2
	≥4	33	45,8

**Nhận xét:** Xquang thường gặp nhất: đặc xương dưới sụn (72,8%), gai xương thân đốt sống (88,9%).

### 3.3. Đặc điểm đau do nguyên nhân đau thần kinh theo thang điểm DN4 ở bệnh nhân thoái hóa CSTL

**Bảng 3.4. Tỷ lệ đau do thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa CSTL bằng thang điểm DN4 (N=81)**

Thang điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Có đau thần kinh	30	37
Không đau thần kinh	51	63
<b>Tổng</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ đau cột sống thắt lưng do nguyên nhân thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa CSTL theo thang điểm DN4 là 30,7%.

**Bảng 3.5. Các biểu hiện của đau thần kinh theo DN4 (N=81)**

Biểu hiện	Số lượng (n=30)	Tỷ lệ (%)
Rất	10	33,3
Buồn óng	27	90,0
Điện giật	17	56,7
Cảm giác rần rần như kiến bò	14	46,7
Cảm giác như kim châm	20	66,7
Tê	27	90,0
Ngứa	0	0
Giảm cảm giác ở vùng chạm vào	15	50
Giảm cảm giác ở vùng châm kim vào	8	26,7
Sự kích thích lướt qua do chải	10	33,3

**Nhận xét:** Triệu chứng cơ năng của đau cột sống thắt lưng do thần kinh ở bệnh nhân thoái hóa CSTL theo thang điểm DN4 hay gặp là tê bì (90,0%), buồn óng (90,0%), đau như điện giật (56,7%), cảm giác như kim châm (66,7%), cảm giác dằn dằn như kiến bò (46,7%) và giảm cảm giác khi chạm vào (50,0%).

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $65,8 \pm 11,5$  tuổi; độ tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là  $\geq 60$  tuổi (72,8%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu Trần Bùi Minh (2024) trên 105 bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng tại bệnh viện Bạch Mai cho kết quả tuổi trung bình là 62,0; nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm tỷ lệ (59,1)<sup>3</sup>, 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 = 2,24/1), tương tự với nghiên cứu của Trần Bùi Minh (2024) tỷ lệ (nữ/nam  $\approx 2,01/1$ )<sup>3</sup>. 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.

Nhóm lao động chân tay chiếm tỷ lệ áp đảo với 91,4% do đặc thù công việc phải mang vác vật nặng thường xuyên, tư thế lao động sai (cúi nhiều, vặn xoắn người, hoặc lao động trong tư thế gập người kéo dài), cường độ làm việc cao, nghỉ ngơi không hợp lý khiến cấu trúc cột sống bị ảnh hưởng lâu dài. Hơn nữa nhóm lao động chân tay thường ít có điều kiện thăm khám, phục hồi chức năng, dẫn đến tình trạng thoái hóa tiến triển âm thầm và trở nên nghiêm trọng hơn khi phát hiện.

BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $22,1 \pm 3,0$  kg/m<sup>2</sup>, nhóm bệnh nhân có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (65,5%), nhóm BMI thừa cân và béo phì chiếm 29,6%. 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 81,5%, đau sau tác động cơ học (mang vác vật nặng, sai tư thế, chấn thương) chiếm 28,5%. 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 (50,0%), tương tự với nghiên cứu của Trần Bùi Minh (2025) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đau CSTL > 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (55,2%)<sup>3</sup>. 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 86,4%, 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 72,8% và 70,4%, triệu chứng của hội chứng chèn ép rễ cũng chiếm tỷ lệ đáng kể (điểm đau Valleix dương tính 56,8% và nghiệm pháp lasseque dương tính 56%). 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  $5,2 \pm 1,4$ , thấp nhất 4 điểm, cao nhất 8 điểm, trong đó nhóm đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 74,1%, đến nhóm đau nhiều 25,9%.

**4.2. Đặc điểm Xquang của đối tượng nghiên cứu:** Xquang CSTL phần lớn có dấu

hiệu: đặc xương dưới sụn (72,8%), gai xương thân đốt sống (88,9%), hẹp khe đĩa đệm (58%), mất đường cong sinh lý (40,7%), hẹp lỗ liên hợp (48,1%). 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 mâm 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 DN4:** Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đau do nguyên nhân thần kinh theo thang điểm DN4 ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng là 37%. Kết quả này giống 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%<sup>5</sup>. Kết quả này tương đương Jin-Hwan K và cộng sự (2017) nghiên cứu trên 1200 bệnh nhân trên 20 tuổi tuyển chọn từ 27 bệnh viện đa khoa ở Hàn Quốc, được chẩn đoán đau cột sống thắt lưng mãn tính, VAS  $\geq 4$ , được đánh giá đau bằng thang điểm DN4 cho tỷ lệ đau thần kinh (DN4  $\geq 4$ ) là 41,0%<sup>6</sup>. Theo thang điểm DN4 cảm giác đau thần kinh hay gặp nhất ở bệnh nhân thoái hóa CSTL là tê bì chiếm (90,0%), buốt cóng (90,0%), đau đột ngột như điện giật chiếm (56,7%), cảm giác như kim châm (66,7%), giảm cảm giác ở vùng chạm vào (50%), ít gặp hơn là rất chiếm (33,3%), giảm cảm giác ở vùng châm kim vào (26,7%). Các triệu chứng ít gặp hơn là rất (33,3%) và kích thích khi lướt qua vùng da (33,3%), trong khi ngứa không được ghi nhận ở bất kỳ bệnh nhân nào. So sánh với nghiên cứu của Kim JH và cộng sự (2017), tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện tê bì (87,2%), buốt cóng (85,5%), đau như điện giật (55,6%), cảm giác như kim châm (65,3%) là tương đối tương đồng với kết quả của chúng tôi<sup>6</sup>. Một số khác biệt nhỏ có thể do quy mô dân số nghiên cứu và đặc điểm bệnh nhân khác nhau giữa các quốc gia. Nghiên cứu của Trần Bùi Minh (2024) cũng cho thấy tê bì (76,2%), đau như kim châm (61,9%) và đau như điện giật (52,4%) là những triệu chứng thần kinh hay gặp nhất, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù thang điểm sử dụng là PDQ chứ không phải DN4<sup>3</sup>. Theo thang điểm DN4, các triệu chứng đau thần

kinh hay gặp nhất ở bệnh nhân thoái hóa CSTL trong nghiên cứu của chúng tôi là: tê bì (90,0%), buốt cóng (90,0%), đau như kim châm (66,7%), đau như điện giật (56,7%), cảm giác như kiến bò (46,7%), giảm cảm giác khi chạm vào (50%) và giảm cảm giác với châm kim (26,7%). Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy trong thoái hóa cột sống thắt lưng không chỉ có đau cơ học mà còn có tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng đau thần kinh. Việc nhận diện sớm các biểu hiện như tê bì, buốt cóng, đau như điện giật, kim châm... là cần thiết để có hướng điều trị phù hợp, nâng cao hiệu quả can thiệp và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

## 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 DN4 là 37%. Các triệu chứng đau thần kinh theo thang điểm DN4 thường gặp gồm: tê bì (90,0%), buốt cóng (90,0%), cảm giác như kim châm (66,7%), đau đột ngột như điện giật (56,7%), giảm cảm giác khi chạm vào (50,0%) và cảm giác như kiến bò (46,7%). Một số triệu chứng ít gặp hơn là rất (33,3%), giảm cảm giác với châm kim (26,7%) và kích thích khi lướt nhẹ qua da (33,3%).

## 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. **Lục Chánh Trực.** Đánh Giá Sự Khác Biệt Giữa Đau Thần Kinh và Đau Thụ Thể Mạn Tính Bằng Thang Điểm DN4 và LANS5. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2015.
3. **Trần BM, Nguyễn VN, Phạm TĐ, Nguyễn TTT, Bùi HB, Phùng ĐT, Nguyễn TNY, Ngô TTN.** Nhân đánh giá đau do nguyên nhân thần kinh bằng thang điểm painDETECT ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng. *VMJ.* 2024;545(1). doi:10.51298/vmj.v545i1.12133
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. **Freyngahen R, Baron R, Gockel U, Tölle TR.** DN4: 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. **Kim JH, Hong JT, Lee CS, et al.** Prevalence of neuropathic pain and patient-reported outcomes in Korean adults with chronic low back pain resulting from neuropathic low back pain. *Asian Spine J.* 2017;11(6):917-927. doi:10.4184/asj.2017.11.6.917