

đĩa không hồi phục có liên hệ chặt chẽ nhất với các dấu hiệu thoái hóa xương lồi cầu và ổ chảo trên CHT.¹⁰ Nghiên cứu của Koca và cộng sự năm 2020 cũng nhận thấy mức độ thoái hóa lồi cầu nặng thường gắn liền với tình trạng đau nhiều, hạn chế há miệng và đĩa khớp không hồi phục ở bệnh nhân rối loạn nội khớp. Như vậy, hình ảnh học và lâm sàng có sự tương đồng, bệnh nhân càng đau và hạn chế chức năng há miệng thì trên CHT thường thấy tổn thương lồi cầu càng rõ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khẳng định vai trò của CHT trong chẩn đoán các rối loạn nội khớp TDH. Các đặc điểm hình ảnh như vị trí, hình dạng đĩa khớp, tình trạng tổn thương lồi cầu không chỉ giúp xác nhận chẩn đoán mà còn phản ánh mức độ bệnh, từ đó lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cho bệnh nhân, giúp nâng cao hiệu quả trong tiên lượng và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al.** Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *Journal of oral & facial pain and headache*. 2014;28(1):6.
2. **Paesani D, Westesson P-L, Hatala M, Tallents RH, Kurita K.** Prevalence of temporomandibular joint internal derangement in patients with craniomandibular disorders.

- American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1992;101(1):41-47.
3. **Drace JE, Enzmann DR.** Defining the normal temporomandibular joint: closed-, partially open-, and open-mouth MR imaging of asymptomatic subjects. *Radiology*. 1990;177(1):67-71.
4. **Rammelsberg P, Pospiech PR, Jäger L, Duc J-MP, Böhm AO, Gernet W.** Variability of disk position in asymptomatic volunteers and patients with internal derangements of the TMJ. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 1997;83(3):393-399.
5. **Murakami S, Takahashi A, Nishiyama H, Fujishita M, Fuchihata H.** Magnetic resonance evaluation of the temporomandibular joint disc position and configuration. *Dentomaxillofacial Radiology*. 1993;22(4):205-207.
6. **Carter LC.** American Academy Of Oral And Maxillofacial Radiology. *Journal of the American College of Dentists*. 2009;76(1).
7. **Hải PN.** Nghiên cứu dịch tễ học loạn năng bộ máy nhai và đề xuất giải pháp can thiệp. Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội. 2006;
8. **Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB.** Temporomandibular disorders. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(25):2693-2705.
9. **Matsubara R, Yanagi Y, Ōki K, et al.** Assessment of MRI findings and clinical symptoms in patients with temporomandibular joint disorders. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2018; 47(4):20170412.
10. **Bedran LM, Santos AASMDd.** Changes in temporomandibular joint anatomy, changes in condylar translation, and their relationship with disc displacement: magnetic resonance imaging study. *Radiologia Brasileira*. 2019;52:85-91.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM TRÊN CỘNG HƯỚNG TỬ VÀ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN CHÈN ÉP RỄ THẦN KINH HÔNG TO

Nguyễn Văn Sang^{1,2}, Nguyễn Thế Tùng², Vi Văn Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng trên cộng hưởng tử và triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân có hội chứng chèn ép rễ thần kinh hông to. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 102 bệnh nhân được khám có hội chứng chèn ép rễ thần kinh hông to và được chụp cộng hưởng tử cột sống thắt lưng tại Bệnh viện E từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 06 năm 2025. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. **Kết quả:**

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng hay gặp ở lứa tuổi 30-50, tuổi trung bình là $41,33 \pm 15,692$. Tỷ lệ nam/nữ = 1,2. Lâm sàng bệnh nhân thường xuất hiện triệu chứng <12 tuần, đau ở mức độ nhẹ - vừa với điểm VAS trung bình là $3,89 \pm 1,534$, có triệu chứng đau tại cột sống thắt lưng, nghiệm pháp Lasègue dương tính, đau dọc theo rễ L5 và S1. Trên cộng hưởng tử, đĩa đệm L4/5 và L5/S1 hay bị thoát vị nhất, đa số thoát vị thể trung tâm, gây hẹp ống sống và chèn ép rễ thần kinh độ 1. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đa dạng. Cộng hưởng tử có vai trò rất quan trọng giúp chẩn đoán sớm, chính xác và định hướng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. **Từ khóa:** TVĐĐ, CSTL, chèn ép rễ thần kinh hông to, CHT.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN LUMBAR DISC HERNIATION ON MAGNETIC RESONANCE

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

IMAGING AND CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH SCIATICA

Purpose: Description of magnetic resonance imaging (MRI) and clinical features in patients with sciatica. **Materials and Methods:** In this prospective cross-sectional study, 102 patients clinically diagnosed with sciatica underwent MRI at E Hospital from January 2025 to June 2025. Data analysis was performed using SPSS version 22.0. **Results:** Lumbar disc herniation is most commonly observed in individuals aged 30-50 years, with the average age being 41.33 ± 15.692 . The male-to-female ratio of 1.2. Clinically, patients often present with symptoms for less than 12 weeks. The pain is typically mild to moderate, with an average VAS score of 3.89 ± 1.534 . Patients experience low back pain, a positive Lasègue sign, and radicular pain typically along the L5 and S1 nerve roots. On magnetic resonance imaging, the L4/5 and L5/S1 discs are the most frequently herniated, predominantly of the central type, often leading to stenosis and nerve root compression grade 1. **Conclusion:** The clinical features of lumbar disc herniation are variable. Magnetic resonance plays a very important role in helping to diagnose early and accurately and guide the treatment of lumbar disc herniation

Keywords: Lumbar disc herniation, sciatica, MRI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chèn ép rễ thần kinh hông to là hội chứng thường gặp trong thần kinh và nội khoa, phổ biến ở cả Việt Nam và thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 1,2% đến 43% tùy nhóm dân số, trong đó khoảng 1–5% bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau ít nhất một lần trong năm và 30% có triệu chứng kéo dài trên một năm¹. Nguyên nhân chèn ép rễ thần kinh hông to thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) thắt lưng².

Triệu chứng điển hình là đau dọc đường đi thần kinh hông to, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống². Cộng hưởng từ (CHT) cột sống thắt lưng (CSTL) là phương tiện chẩn đoán hình ảnh chính, giúp đánh giá vị trí, mức độ và nguyên nhân tổn thương. Việc mô tả, phân tích các đặc điểm về lâm sàng và hình ảnh CHT giúp định khu tổn thương, theo dõi và định hướng điều trị hiệu quả.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu:

102 bệnh nhân được khám có hội chứng chèn ép rễ thần kinh hông to và được chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng tại Bệnh viện E từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 06 năm 2025. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Người bệnh được chụp phim cộng hưởng từ cột sống thắt lưng có đủ các chuỗi xung, tư

thế: T1W Sagital, T2W Sagital, STIR Sagital, T2W Axial.

+ Có triệu chứng, hội chứng của chèn ép rễ thần kinh hông to.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh mắc các bệnh lý cấp tính như viêm đĩa đệm, viêm đốt sống, áp xe ngoài màng cứng, viêm màng tủy rễ thần kinh; u đốt sống, u rễ thần kinh, u màng tủy; một số bệnh lý như: Bệnh đa dây thần kinh, hội chứng Guillain – Barre; người bệnh liệt hai chân.

- Người bệnh bị câm, điếc, bệnh lý tâm thần – thần kinh không có khả năng hiểu, trả lời bộ câu hỏi và khó khăn trong thăm khám lâm sàng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 06 năm 2025, tại khoa Chẩn đoán hình ảnh và khoa Cơ – xương – khớp, Bệnh viện E.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Lâm sàng: Điểm đau VAS; Mức độ đau theo thang điểm VAS bao gồm: Không đau: 0 điểm, đau nhẹ: 1-3 điểm, đau vừa: 4-6 điểm, đau nặng: 7-8 điểm, đau không chịu nổi: 9-10 điểm³. Triệu chứng đau dọc theo rễ thần kinh.

+ Đặc điểm hình ảnh CHT:

• Vị trí TVĐĐ: Từ đĩa đệm L1/2 đến đĩa đệm L5/S1.

• Thể TVĐĐ: Thoát vị thể trung tâm, thể cạnh trung tâm, thể trong lỗ liên hợp và thể bên.

• Mức độ hẹp ống sống phân theo Lee: độ 0 (không hẹp); độ 1 (hẹp nhẹ, nhưng vẫn quan sát được sự tách biệt của mỗi rễ thần kinh trong chùm đuôi ngựa); độ 2 (hẹp vừa, vài rễ của chùm đuôi ngựa nằm sát lại với nhau); độ 3 (hẹp nặng, chùm đuôi ngựa bó lại, rễ thần kinh bị chèn ép)⁴.

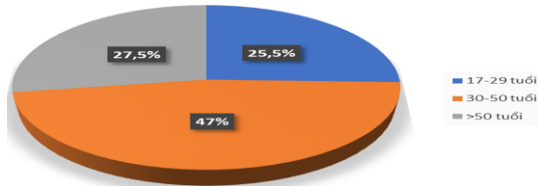
• Mức độ chèn ép rễ thần kinh phân theo Pfirrmann: độ 0 (không chèn ép); độ 1 (mất lớp mỡ giữa đĩa đệm và rễ thần kinh); độ 2 (rễ thần kinh bị đĩa đệm đẩy ra sau); độ 3 (rễ thần kinh bị đẩy dẹt, khó phân biệt ranh giới giữa rễ thần kinh và đĩa đệm)⁵.

- Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình hoặc tỷ lệ phần trăm, kiểm định t-test, p-value.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

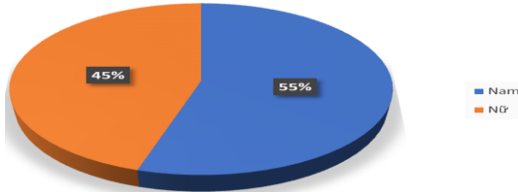
3.1.1. Phân bố tuổi



Biểu đồ 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $41,33 \pm 15,692$ tuổi (nhỏ nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 88 tuổi). Trong đó, nhóm tuổi thường gặp nhất là 30-50 tuổi chiếm 47%.

3.1.2. Phân bố giới



Biểu đồ 2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Nhận xét: Trong 102 bệnh nhân có 56 bệnh nhân nam chiếm 54,9%, 46 bệnh nhân nữ chiếm 45,1%, tỉ lệ nam/nữ = 1,2. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Bệnh sử

Bảng 1: Đặc điểm thời gian xuất hiện triệu chứng trên người bệnh có chèn ép rễ thần kinh hông to

	Bệnh sử	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Thời gian xuất hiện triệu chứng	<4 tuần	38	37,3
	4-12 tuần	50	49
	>12 tuần	14	13,7
Hoàn cảnh xuất hiện triệu chứng	Tự nhiên	89	87,3
	Sau sang chấn	13	12,7

Nhận xét: Trong 102 đối tượng tham gia nghiên cứu, đa số bệnh nhân xuất hiện triệu chứng trong 4-12 tuần (chiếm 49%) và dưới 4 tuần (chiếm 37,3%) và các bệnh nhân thường xuất hiện triệu chứng một cách tự nhiên (chiếm 87,3%).

3.2.2. Mức độ đau theo thang điểm VAS.

Bảng 2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo mức độ đau theo thang điểm VAS

Mức độ đau theo thang điểm VAS	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Đau nhẹ	46	45,1
Đau vừa	49	48
Đau nặng	7	6,9
Tổng	102	100

Nhận xét: Điểm VAS trung bình là $3,89 \pm 1,534$. Đa số các bệnh nhân đau ở mức độ nhẹ -

vừa với tỉ lệ lần lượt là 45,1% và 48%, chỉ có 6,9% bệnh nhân đau ở mức độ nặng.

3.2.3. Đặc điểm kiểu đau theo rễ thần kinh trên lâm sàng

Bảng 3: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo kiểu đau theo rễ thần kinh trên lâm sàng

Kiểu đau	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Đau kiểu rễ L1, L2	1	0,9
Đau kiểu rễ L3, L4	8	7,3
Đau kiểu rễ L5	28	25,7
Đau kiểu rễ S1	32	29,4
Không đau/Không rõ	40	36,7
Tổng	109	100

Nhận xét: Trong 102 bệnh nhân, triệu chứng đau theo rễ hay gặp là theo rễ S1 (29,4%), rễ L5 (25,7%). Có tới 36,7% bệnh nhân không có triệu chứng đau theo rễ hoặc triệu chứng không rõ ràng.

3.2.4. Đặc điểm hội chứng cột sống

Bảng 4: Đặc điểm hội chứng cột sống

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Có điểm đau tại CSTL	81	79,4
Thay đổi đường cong sinh lý CSTL	13	12,7
Nghiêm pháp tay – đất (+)	63	61,8

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp của hội chứng cột sống là có điểm đau tại CSTL (79,4%); nghiêm pháp tay – đất dương tính (61,8%) và triệu chứng ít gặp nhất là thay đổi đường cong sinh lý CSTL (12,7%).

3.2.5. Đặc điểm hội chứng chèn ép rễ thần kinh

Bảng 5: Đặc điểm hội chứng rễ thần kinh

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Điểm đau Valleix (+)	66	64,7
Dấu hiệu Lasègue (+)	92	90,2
Có tư thế giảm đau	7	6,9
Rối loạn cảm giác	68	66,7
Teo cơ theo rễ thần kinh	9	8,8
Rối loạn cơ tròn	2	2

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất của hội chứng rễ thần kinh là dấu hiệu Lasègue dương tính (90,2%), tiếp theo là rối loạn cảm giác (66,7%), điểm đau Valleix dương tính (64,7%). Triệu chứng teo cơ theo rễ thần kinh và có tư thế giảm đau ít gặp, chiếm tỉ lệ lần lượt 8,8% và 6,9%.

3.3. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ cột sống thắt lưng.

3.3.1. Vị trí thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

Bảng 6: Phân bố đôi tượng nghiên cứu theo tầng đĩa đệm bị thoát vị

Tầng đĩa đệm bị thoát vị	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
L1/L2	5	3,9
L2/L3	2	1,6
L3/L4	6	4,7
L4/L5	51	40,2
L5/S1	63	49,6
Tổng	127	100

Nhận xét: Vị trí đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng thoát vị hay gặp nhất là L5/S1 (49,6%); sau đó là L4/L5 (40,2%); tiếp đến L3/L4 (4,7%). Vị trí đĩa đệm L2/3 có tỷ lệ thấp nhất (1,6%).

3.3.2. Phân loại thể thoát vị đĩa đệm.

Bảng 7: Phân bố đôi tượng nghiên cứu theo thể thoát vị

Thể thoát vị đĩa đệm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Thoát vị trung tâm	92	72,4
Thoát vị cạnh trung tâm	33	26
Thoát vị trong lỗ liên hợp	2	1,6
Thoát vị bên	0	0
Tổng	127	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, thể thoát vị hay gặp nhất là thể trung tâm (72,4%). Thoát vị thể trong lỗ liên hợp chỉ chiếm 1,6% và không có bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu có thoát vị thể bên.

3.3.3. Mức độ hẹp ống sống

Bảng 8: Phân bố đôi tượng nghiên cứu theo mức độ hẹp ống sống

Mức độ hẹp ống sống	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Độ 0	18	14,2
Độ 1	73	57,5
Độ 2	33	26
Độ 3	3	2,4
Tổng	127	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm có hẹp ống sống độ 1 (57,5%). Có 26% bệnh nhân hẹp ống sống độ 2, 2,4% bệnh nhân hẹp độ 3 và có 14,2% bệnh nhân không có hẹp ống sống.

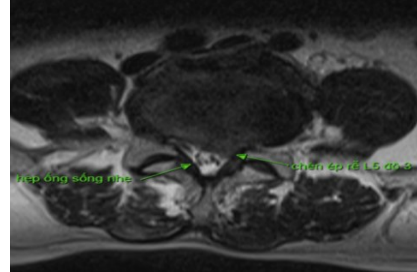
3.3.4. Mức độ chèn ép rễ thần kinh

Bảng 9: Phân bố đôi tượng nghiên cứu theo mức độ chèn ép rễ thần kinh

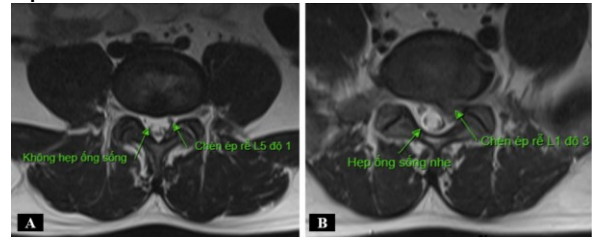
Mức độ chèn ép rễ thần kinh	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Độ 0	26	17,8
Độ 1	68	46,6
Độ 2	32	21,9
Độ 3	20	13,7
Tổng	146	100

Nhận xét: Trong 146 rễ thần kinh bị chèn ép, mức độ 1 chiếm tỉ lệ cao nhất với 46,6%, tiếp theo là độ 2 (21,9%) và độ 0 (17,8%). Mức độ chèn ép nặng nhất (độ 3) chiếm tỉ lệ thấp nhất, chỉ 13,7%.

3.4. Hình ảnh minh họa



Bệnh nhân 1: Bệnh nhân nữ, Nguyễn Như Th, 81 tuổi, thoát vị đĩa đệm L4/5 thể cạnh trung tâm bên trái gây hẹp nhẹ ống sống, chèn ép rễ L5 bên trái độ 3 đoạn trong ống sống. Tuy nhiên, bệnh nhân chỉ đau ở mức độ nhẹ với điểm VAS là 2 điểm, có điểm đau tại cột sống thắt lưng nhưng lại không có triệu chứng đau dọc theo rễ thần kinh.



Bệnh nhân 2: Bệnh nhân nam, Đỗ Tuấn A, 31 tuổi, thoát vị đĩa đệm L4/5 thể trung tâm không gây hẹp ống sống, chèn ép rễ L5 bên trái độ 1 đoạn trong ống sống. Thoát vị đĩa đệm L5/S1 thể cạnh trung tâm bên trái gây hẹp nhẹ ống sống, chèn ép rễ S1 bên trái độ 3. Tuy nhiên, bệnh nhân đau ở mức độ nhẹ với điểm VAS là 3 điểm, có triệu chứng đau dọc theo rễ thần kinh S1 bên trái.

(A: Thoát vị đĩa đệm L4/5, B: Thoát vị đĩa đệm L5/S1)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đôi tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $41,33 \pm 15,692$ tuổi (nhỏ nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 88 tuổi). Trong đó, nhóm tuổi thường gặp nhất là 30-50 tuổi chiếm 47%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu trước đó của Huỳnh Trung Tín⁶, Tăng Thị Kỳ Ninh⁷, vì khi càng lớn tuổi đĩa đệm ngày càng thoái hóa, do đó với tác động nhẹ cũng có thể làm đĩa đệm bị thoát vị gây chèn ép thần kinh.

Trong nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ = 1,2. Kết

quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Huỳnh Trung Tín⁶ và Tăng Thị Kỳ Ninh⁷ khi bệnh lý thường gặp ở nữ hơn nam. Tuy nhiên sự khác biệt về giới không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Thời gian xuất hiện triệu chứng từ 4 đến 12 tuần và dưới 4 tuần là đa số với tỉ lệ lần lượt là 49% và 37,3%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Điểm VAS trung bình của đối tượng nghiên cứu là $3,89 \pm 1,534$. Đa số các bệnh nhân đau ở mức độ nhẹ - vừa.

Đau dọc theo rễ S1 và rễ L5 hay gặp nhất. Nhiều bệnh nhân đau nhiều rễ.

Trong các triệu chứng của hội chứng cột sống thì triệu chứng đau tại cột sống chiếm tỷ lệ cao nhất (79,4%). Đây là xuất hiện đầu tiên và thường là lý do khiến bệnh nhân tìm đến bác sĩ. Nghiệm pháp Lasègue dương tính ở 90,2% bệnh nhân có hội chứng chèn ép rễ thần kinh thắt lưng-cùng, là dấu hiệu cần được áp dụng rộng rãi như một thăm khám đầu tiên với bệnh nhân đau thắt lưng có đau lan xuống chân.

4.3. Hình ảnh cộng hưởng từ. Đĩa đệm L5/S1 và L4/L5 là hai đĩa đệm hay bị thoát vị nhất với tỉ lệ lần lượt là 49,6% và 40,2%. Do tư thế thẳng đứng của con người, hai đĩa đệm này nằm ở vùng bản lề hoạt động chủ yếu của cột sống, thường xuyên phải chịu áp lực trọng tải cao nhất dẫn đến tình trạng thoát vị dễ xảy ra hơn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Trung Tín⁶.

Thoát vị đĩa đệm thể trung tâm chiếm tỉ lệ cao nhất với 72,4%, sau đó là thoát vị cạnh trung tâm với tỉ lệ 26%. Điều này được lý giải do ở CSTL, vòng sợi vị trí phía sau và sau bên mỏng và chỉ có một số ít các bó sợi tương đối mạnh, nên đây là điểm yếu của vòng sợi.

Hẹp ống sống độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (57,5%). Hẹp ống sống độ 3 chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Trung Tín⁶.

Trong 146 rễ thần kinh bị chèn ép trên CHT, mức độ 1 chiếm tỉ lệ cao nhất với 46,6%, mức độ chèn ép nặng nhất (độ 3) chiếm tỉ lệ thấp nhất, chỉ 13,7%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Huỳnh Trung Tín⁶ và Pfirrmann⁵ ghi nhận chèn ép mức độ 3 chiếm tỉ lệ cao nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có những bệnh nhân có chèn ép rễ thần kinh ở mức độ 3 nhưng chỉ đau ở mức độ nhẹ, có những bệnh nhân gần như không có triệu chứng đau. Điều này có thể giải thích do khi rễ thần kinh bị chèn ép ở mức độ nặng, giai đoạn mạn tính, rễ thần kinh giảm

tính nhạy cảm hoặc do cơ chế thích nghi; mất cảm giác do hiện tượng hủy myelin, xơ hóa rễ thần kinh⁹.

V. KẾT LUẬN

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng hay gặp ở lứa tuổi 30-50, độ tuổi trung bình $41,33 \pm 15,692$. Tỉ lệ nam/nữ = 1,2. Đa số bệnh nhân xuất hiện triệu chứng <12 tuần, đau ở mức độ nhẹ - vừa với điểm VAS trung bình là $3,89 \pm 1,534$, có triệu chứng đau tại cột sống thắt lưng, nghiệm pháp Lasègue dương tính, đau dọc theo rễ L5 và S1. Trên cộng hưởng từ, đĩa đệm L4/5 và L5/S1 hay bị thoát vị nhất, đa số thoát vị thể trung tâm, gây hẹp ống sống và chèn ép rễ thần kinh độ 1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kumar Manish, Garg Gaurav, Singh LR, Singh Talever & Tyagi. Epidemiology, pathophysiology and symptomatic treatment of sciatica: a review. 2, 1050-1061 (2011).
2. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp. 140-144 (Nhà xuất bản Y học, 2014).
3. Mohamed, R., Amin, M. & Omar, H. Computed tomography-guided celiac plexus neurolysis for intractable pain of unresectable pancreatic cancer. Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine 48, 627-637, doi:10.1016/j.ejrm.2017.03.027 (2017).
4. Lee, G. Y., Lee, J. W., Choi, H. S., Oh, K. J. & Kang, H. S. A new grading system of lumbar central canal stenosis on MRI: an easy and reliable method. Skeletal Radiol 40, 1033-1039, doi:10.1007/s00256-011-1102-x (2011).
5. Pfirrmann, C. W. et al. MR image-based grading of lumbar nerve root compromise due to disk herniation: reliability study with surgical correlation. Radiology 230, 583-588, doi:10.1148/radiol.2302021289 (2004).
6. Huỳnh Trung Tín. Nghiên cứu mối tương quan của hình ảnh cộng hưởng từ với triệu chứng lâm sàng trong bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2022 đến năm 2024. Tạp chí Y - Dược Cần Thơ 77, 234-240, doi:DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2773 (2024).
7. Tăng Thị Kỳ Ninh. Tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ cột sống thắt lưng với đặc điểm dẫn truyền thần kinh trên bệnh nhân đau thần kinh tọa. Tạp chí Y học Việt Nam 2, 165-168 (2019).
8. Hồ Thị Nhung. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, Đại học Quốc Gia Hà Nội, (2020).
9. Hubbard, R. D., Quinn, K. P., Martinez, J. J. & Winkelstein, B. A. The role of graded nerve root compression on axonal damage, neuropeptide changes, and pain-related behaviors. Stapp car crash journal 52, 33-58, doi:10.4271/2008-22-0002 (2008).