

- Contemporary Profile of Seizures in Neonates: A Prospective Cohort Study. *J Pediatr*. Jul 2016; 174:98-103 e1. doi:10.1016/j.jpeds.2016.03.035
- Vimlesh Sonia PS, Arushi Gahlot Sainia, Prabhjot Malhia, Radha K. Rathoc, Baijayantimala Mishrac, Sunit C. Singhid.** Clinical profile and neurodevelopmental outcome of new-onset acute symptomatic seizures in children. *Seizure*. 2017;50:130-136. doi:10.1016/j.seizure.2017.06.013
  - Arican P, Salman H, Dundar NO.** Clinical profile and long-term outcome of the first seizures in children. *Turk J Pediatr*. 2021;63(4):612-617. doi:10.24953/turkjped.2021.04.008
  - Shayo F, Sawe HR, Hyuha GM, et al.** Clinical profile and outcomes of paediatric patients with acute seizures: a prospective cohort study at an urban emergency department of a tertiary hospital in Tanzania. *BMJ Open*. Jan 6 2024; 14(1):e069922. doi:10.1136/bmjopen-2022-069922
  - Corseello A, Marangoni MB, Macchi M, et al.** Febrile Seizures: A Systematic Review of Different Guidelines. *Pediatr Neurol*. Jun 2024;155:141-148. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2024.03.024
  - Tichasvika Mwoyofiri KJN, and Gwendoline Q, Kandawasvika.** Clinical Profile and Outcome of Children Admitted with Acute Seizures at Two Tertiary Hospitals, Zimbabwe. *Ann Pediatr Child Health*. 2022
  - Patterson JL, Carapetian SA, Hageman JR, Kelley KR.** Febrile seizures. *Pediatr Ann*. Dec 2013;42(12): 249-54. doi:10.3928/00904481-20131122-09
  - Cappellari AM, Mariani S, Bruschi G.** Febrile seizures and convulsions with mild gastroenteritis: age-dependent acute symptomatic seizures. *Front Pediatr*. 2023;11:1151770. doi:10.3389/fped.2023.1151770

## LIÊN QUAN GIỮA HÌNH ẢNH THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN CHÈN ÉP RỄ THẦN KINH HÔNG TO

Nguyễn Văn Sang<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thế Tùng<sup>2</sup>, Vi Văn Hiếu<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa hình ảnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng trên cộng hưởng từ 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 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. **Kết quả:** Hình ảnh hẹp ống sống, hẹp lỗ liên hợp và chèn ép rễ thần kinh trên cộng hưởng từ, có mối liên quan với mức độ đau và biểu hiện lâm sàng. Mỗi khi mức độ chèn ép trên cộng hưởng từ tăng thêm một bậc, nguy cơ xuất hiện đau theo rễ thần kinh trên lâm sàng tăng gấp 3,3 lần. **Kết luận:** Có mối liên quan giữa hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên cộng hưởng từ và triệu chứng lâm sàng. Tuy nhiên, cần phối hợp giữa hình ảnh và lâm sàng để đánh giá toàn diện. **Từ khóa:** TVĐĐ, CSTL, CETKHT, CHT.

### SUMMARY

#### CORRELATION BETWEEN LUMBAR DISC HERNIATION ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH SCIATICA

<sup>1</sup>Bệnh viện E

<sup>2</sup>Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

**Purpose:** To determine the correlation between lumbar disc herniation on magnetic resonance imaging (MRI) and clinical symptoms in patients with sciatica syndrome. **Materials and Methods:** In this prospective cross-sectional study, 102 patients clinically diagnosed with sciatica syndrome underwent MRI at E Hospital from January 2025 to June 2025. Data analysis was performed using SPSS version 22.0. **Results:** MRI findings of spinal canal stenosis, foraminal narrowing, and nerve root compression were associated with the severity of pain and clinical manifestations. For each incremental grade of compression observed on MRI, the risk of developing radicular pain increased by 3.3 times. **Conclusion:** There is an association between MRI findings of disc herniation and clinical symptoms. However, a combined assessment of imaging and clinical evaluation is necessary for a comprehensive assessment. **Keywords:** Disc herniation, lumbar vertebrae, sciatica, MRI.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chèn ép thần kinh hông to (CETKHT) 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 1–6% gặp đau mỗi năm và 30% có triệu chứng kéo dài trên một năm<sup>1</sup>. Nguyên nhân thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) thắt lưng<sup>2</sup>.

Triệu chứng điển hình là đau dọc đường đi thần kinh hông to, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng sống. 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. Nghiên cứu của Beattie ghi nhận mối liên quan giữa hình ảnh chèn ép rễ và đau rễ thần kinh<sup>3</sup>, trong khi Rankine và Borenstein cho thấy hình ảnh bất thường trên CHT không luôn dự báo tốt về triệu chứng lâm sàng<sup>4,5</sup>. Do đó, vẫn còn tranh luận liệu có nên chỉ định CHT thường quy cho mọi trường hợp TVĐĐ hay không, và phát hiện nào trên CHT thực sự có giá trị lâm sàng.

**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 CETKHT và được chụp CHT CSTL 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 CHT CSTL có đủ các chuỗi xung, tư thế: T1W Sagital, T2W Sagital, STIR Sagital, T2W Axial.

+ Có triệu chứng, hội chứng của CETKHT.

**- 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, triệu chứng đau tại cột sống, nghiệm pháp Lasègue.

+ Đặc điểm hình ảnh CHT: mức độ hẹp ống sống và hẹp lỗ liên hợp theo Lee, rễ thần kinh bị chèn ép, mức độ chèn ép rễ thần kinh theo Pfirrmann.

**- Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 22.0. So sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm nghiên cứu bằng bảng và kiểm định sự khác biệt bằng test Chi – Square. Phân tích hồi quy logistic.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**2.1.1. Phân bố tuổi:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 41,33 ± 15,692 tuổi (nhỏ

nhất là 17 tuổi và lớn nhất là 88 tuổi). Nhóm tuổi thường gặp nhất là 30-50 tuổi chiếm 47%.

**2.1.2. Phân bố giới:** Trong 102 bệnh nhân có 56 bệnh nhân nam, 46 bệnh nhân nữ. Tỷ lệ nam/nữ = 1,2.

**2.2. Liên quan giữa đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ cột sống thắt lưng và một số đặc điểm lâm sàng**

**2.2.1. Liên quan giữa đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ cột sống thắt lưng và mức độ đau theo thang điểm VAS**

**Bảng 1: Liên quan giữa hẹp ống sống và mức độ đau theo thang điểm VAS.**

Mức độ đau Hẹp ống sống	Nhẹ	Vừa	Nặng	Tổng	p
Hẹp	36	47	7	90	0,017
Không hẹp	10	2	0	12	
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>49</b>	<b>7</b>	<b>102</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ đau mức độ vừa và nặng cao hơn rõ rệt ở nhóm có hẹp ống sống (94,4%) so với nhóm không hẹp (16,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 2: Liên quan giữa hẹp lỗ liên hợp và mức độ đau theo thang điểm VAS.**

Mức độ đau Hẹp lỗ liên hợp	Nhẹ	Vừa	Nặng	Tổng	p
Hẹp	13	31	5	49	0,001
Không hẹp	33	18	2	53	
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>49</b>	<b>7</b>	<b>102</b>	

**Nhận xét:** Hẹp lỗ liên hợp có mối liên quan chặt chẽ với tăng mức độ đau lâm sàng. Ở nhóm hẹp lỗ liên hợp, tỷ lệ bệnh nhân đau mức độ vừa và nặng chiếm đa số (73,5%), trong khi nhóm không hẹp có tỷ lệ đau nhẹ cao hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = <0,01.

**Bảng 3: Liên quan giữa chèn ép rễ thần kinh và mức độ đau**

Mức độ đau Chèn ép thần kinh trên CHT	Nhẹ	Vừa	Nặng	Tổng	p
Chèn	26	47	7	80	0,000
Không chèn	20	2	0	22	
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>49</b>	<b>7</b>	<b>102</b>	

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa chèn ép rễ thần kinh trên CHT và mức độ đau. Có tới 85% trường hợp chèn ép rễ thần kinh trên MRI biểu hiện đau vừa hoặc nặng, trong khi nhóm không chèn ép chủ yếu đau nhẹ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

**2.2.2. Liên quan giữa đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ cột sống thắt lưng và triệu chứng đau tại cột sống thắt lưng.**

**Bảng 4: Liên quan giữa hẹp ống sống trên CHT và triệu chứng đau tại cột sống**

Đau tại CSTL	Dương tính		Âm tính		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Hẹp ống sống	72	80,0	18	20,0	0,687
Không hẹp	9	75,0	3	25,0	

**Nhận xét:** Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hẹp ống sống và triệu chứng đau tại cột sống. Tỷ lệ đau tại cột sống ở nhóm có hẹp ống sống (80%) khác biệt có ý nghĩa so với nhóm không hẹp (75%).

**Bảng 5: Liên quan giữa hẹp lỗ liên hợp trên CHT và triệu chứng đau tại cột sống**

Đau tại CSTL	Dương tính		Âm tính		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Hẹp lỗ liên hợp	44	89,8	5	10,2	0,013
Không hẹp	37	69,8	16	30,2	

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hẹp lỗ liên hợp trên CHT và triệu chứng đau tại cột sống. Đau tại cột sống gặp nhiều hơn ở nhóm có hẹp lỗ liên hợp (89,8%) so với nhóm không hẹp (69,8%).

**Bảng 6: Liên quan giữa chèn ép rễ thần kinh trên CHT và triệu chứng đau tại cột sống**

Đau tại cột sống	Có		Không		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Chèn ép rễ trên CHT	67	83,6	13	16,2	0,039
Không chèn	14	63,6	8	36,4	

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa chèn ép rễ thần kinh trên CHT và triệu chứng đau tại cột sống. Đau tại cột sống ghi nhận ở 83,6% bệnh nhân có chèn ép, cao hơn đáng kể so với nhóm không chèn ép (63,6%).

**2.2.3. Liên quan giữa đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ cột sống thắt lưng và nghiệm pháp Lasègue**

**Bảng 7: Liên quan giữa hẹp ống sống trên CHT và nghiệm pháp Lasègue**

Nghiệm pháp Lasègue	Dương tính		Âm tính		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Hẹp ống sống	84	93,3	6	6,7	0,04
Không hẹp	8	66,7	4	33,3	

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hẹp ống sống trên CHT và nghiệm pháp Lasègue. Có 93,3% bệnh nhân hẹp ống sống có nghiệm pháp Lasègue dương tính so với 66,7% ở nhóm không hẹp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 8: Liên quan giữa hẹp lỗ liên hợp trên CHT và nghiệm pháp Lasègue**

Nghiệm pháp Lasègue	Dương tính		Âm tính		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Hẹp lỗ liên hợp	49	100,0	0	0,0	0,001
Không hẹp	43	81,1	10	18,9	

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hẹp lỗ liên hợp trên CHT và nghiệm pháp Lasègue. Tất cả các bệnh nhân hẹp lỗ liên hợp đều có nghiệm pháp Lasègue dương tính (100%), trong khi nhóm không hẹp chỉ có 83,9%.

**Bảng 9: Liên quan giữa chèn ép rễ thần kinh trên CHT và nghiệm pháp Lasègue**

Nghiệm pháp Lasègue	Dương tính		Âm tính		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Chèn ép rễ trên CHT	79	98,8	1	1,2	0,000
Không chèn	13	59,1	9	40,9	

**Nhận xét:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chèn ép rễ thần kinh trên CHT và nghiệm pháp Lasègue. Có 98,8% trường hợp chèn ép rễ thần kinh dương tính với nghiệm pháp Lasègue, khác biệt có ý nghĩa cao so với nhóm không chèn ép (59,1%).

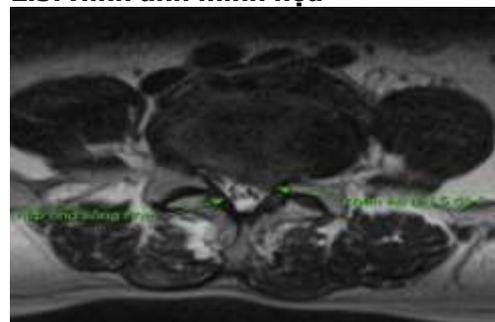
**2.2.4. Phân tích hồi quy logistic giữa mức độ chèn ép rễ thần kinh trên cộng hưởng từ và triệu chứng đau theo rễ thần kinh tương ứng**

**Bảng 10: Phân tích hồi quy logistic giữa mức độ chèn ép rễ thần kinh trên cộng hưởng từ và triệu chứng đau theo rễ thần kinh tương ứng**

	OR (95% CI)	p
Mức độ chèn ép rễ	3,33 (1,89 – 5,88)	0,000

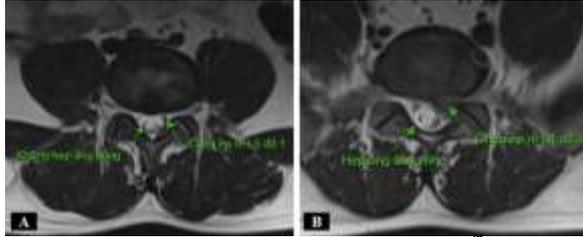
**Nhận xét:** Phân tích hồi quy logistic cho thấy mức độ chèn ép rễ thần kinh trên CHT có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với triệu chứng đau theo rễ tương ứng trên lâm sàng ( $p < 0,001$ ). Khi mức độ chèn ép tăng thêm một bậc, khả năng xuất hiện đau theo rễ tăng gấp 3,33 lần.

**2.3. 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

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tổn thương trên hình ảnh CHT và biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân TVĐĐ. Cụ thể, hẹp ống sống và hẹp lỗ liên hợp có liên quan chặt chẽ với mức độ đau theo thang điểm VAS, hẹp lỗ liên hợp cũng liên quan đến triệu chứng đau tại cột sống. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đó của Ding<sup>6</sup> và Fushimi<sup>7</sup>. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của hẹp ống sống, trong đó sự giảm thể tích khoang ống sống dẫn tới tăng áp lực lên rễ và khoang tủy, ảnh hưởng tới vi tuần hoàn quanh rễ và dẫn đến cảm nhận đau gia tăng<sup>8</sup>.

Tình trạng chèn ép rễ thần kinh trên CHT là yếu tố có mối liên quan chặt chẽ với lâm sàng, có liên quan có ý nghĩa với mức độ đau và triệu chứng đau tại cột sống. Các bệnh nhân có bằng chứng chèn ép rễ thần kinh trên hình ảnh thường biểu hiện đau nhiều hơn và rõ rệt hơn so với nhóm không có chèn ép. Mối liên hệ này được củng cố thêm khi xét nghiệm Lasègue dương tính gặp chủ yếu ở nhóm có chèn ép, cho thấy sự phù hợp giữa biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học.

Phân tích hồi quy logistic cho thấy mức độ chèn ép rễ thần kinh là yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa đến nguy cơ xuất hiện triệu chứng đau theo rễ, với tỉ suất chênh OR = 3,33 (KTC 95%:

1,89–5,88;  $p < 0,001$ ). Như vậy, mỗi khi mức độ chèn ép tăng thêm một bậc, nguy cơ xuất hiện đau theo rễ thần kinh tăng hơn 3 lần. Kết quả này phù hợp với giả thuyết sinh lý bệnh học: chèn ép cơ học kéo dài làm giảm lưu thông máu và gây phản ứng viêm quanh rễ thần kinh, dẫn đến tăng cảm giác đau và rối loạn cảm giác tương ứng với vùng chi phối. Tuy nhiên, trong nghiên cứu có 3 bệnh nhân có hình ảnh chèn ép rễ mức độ 3 nhưng chỉ đau ở mức độ nhẹ, điều này có thể giải thích do tình trạng chèn ép nhẹ, kéo dài có thể dẫn tới rễ thần kinh giảm tính nhạy cảm hoặc do cơ chế thích nghi; mất cảm giác do hiện tượng hủy myelin, xơ hóa<sup>9</sup>.

Nhìn chung, các kết quả trên cho thấy mức độ tổn thương giải phẫu quan sát được trên CHT phản ánh tương đối chính xác mức độ nặng của các triệu chứng lâm sàng. Tuy vậy, vẫn tồn tại một số trường hợp không hoàn toàn tương ứng giữa hình ảnh tổn thương và biểu hiện đau. Vì vậy, việc đánh giá bệnh nhân cần được thực hiện trên cơ sở kết hợp chặt chẽ giữa hình ảnh cộng hưởng từ và biểu hiện lâm sàng để đảm bảo đánh giá một cách toàn diện và chính xác hơn.

#### V. KẾT LUẬN

Hình ảnh hẹp ống sống, hẹp lỗ liên hợp và chèn ép rễ thần kinh trên cộng hưởng từ, có mối liên quan với mức độ đau và biểu hiện lâm sàng. Mỗi khi mức độ chèn ép trên cộng hưởng từ tăng thêm một bậc, nguy cơ xuất hiện đau theo rễ thần kinh trên lâm sàng tăng gấp 3,3 lần. Tuy nhiên, vẫn tồn tại một số trường hợp không tương xứng giữa hình ảnh và triệu chứng, có thể do cơ chế thích nghi thần kinh hoặc khác biệt cá thể. Do đó, việc phối hợp đánh giá giữa lâm sàng và hình ảnh học là cần thiết để chẩn đoán và định hướng điều trị chính xác hơn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weber, H., Holme, I. & Amlie, E. The natural course of acute sciatica with nerve root symptoms in a double-blind placebo-controlled trial evaluating the effect of piroxicam. *Spine* 18, 1433-1438 (1993).
2. Valat, J.-P., Genevay, S., Marty, M., Rozenberg, S. & Koes, B. *Sciatica*. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 24, 241-252, doi:https://doi.org/10.1016/j.berh.2009.11.005 (2010).
3. Beattie, P. F., Meyers, S. P., Stratford, P., Millard, R. W. & Hollenberg, G. M. Associations between patient report of symptoms and anatomic impairment visible on lumbar magnetic resonance imaging. *Spine* 25, 819-828, doi:10.1097/00007632-200004010-00010 (2000).
4. Rankine, J. J., Fortune, D. G., Hutchinson, C. E., Hughes, D. G. & Main, C. J. Pain drawings in the assessment of nerve root compression: a

- comparative study with lumbar spine magnetic resonance imaging. *Spine* 23, 1668-1676, doi:10.1097/00007632-199808010-00011 (1998).
5. **Borenstein, D. G. et al.** The value of magnetic resonance imaging of the lumbar spine to predict low-back pain in asymptomatic subjects: a seven-year follow-up study. *The Journal of bone and joint surgery. American volume* 83, 1306-1311, doi:10.2106/00004623-200109000-00002 (2001).
  6. **Ding, S. et al.** Lumbar foraminal stenosis was associated with back pain and leg pain: epidemiological evidence from a population-based cohort. *Neuroradiology* 66, 1649-1656, doi:10.1007/s00234-024-03391-2 (2024).
  7. **Fushimi, Y. et al.** The association between clinical symptoms of lumbar spinal stenosis and MRI axial imaging findings. *Fukushima journal of medical science* 67, 150-160, doi:10.5387/fms.2021-22 (2021).
  8. **Lee, B. H. et al.** Lumbar Spinal Stenosis: Pathophysiology and Treatment Principle: A Narrative Review. *Asian spine journal* 14, 682-693, doi:10.31616/asj.2020.0472 (2020).
  9. **Yoshizawa, H., Kobayashi, S. & Morita, T.** Chronic nerve root compression. Pathophysiologic mechanism of nerve root dysfunction. *Spine* 20, 397-407, doi:10.1097/00007632-199502001-00001 (1995).

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH Ở NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2025

Nguyễn Quang Hùng<sup>1</sup>, Vũ Thị Quỳnh Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm mũi xoang mạn tính là tình trạng viêm kéo dài trên 12 tuần của niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi, đặc trưng bởi các triệu chứng nghẹt hoặc tắc mũi, chảy mũi, đau hoặc cảm giác nặng vùng mặt và giảm hoặc mất khứu giác. Việc nắm bắt rõ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm mũi xoang mạn tính sẽ giúp cho các y bác sĩ trong quá trình chẩn đoán và điều trị cho người bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh viêm mũi xoang mạn tính. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 142 người trưởng thành điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2025. **Kết quả:** Các triệu chứng cơ năng chính gồm: Chảy mũi (94,4%), nghẹt tắc mũi (77,5%), giảm hoặc mất ngủ (42,3%), đau nhức đầu, mặt (38,0%) và các triệu chứng cơ năng khác gồm: Ngứa mũi, hắt hơi (94,4%), ho dai dẳng (45,8%), ù tai, nặng tai (22,5%). Triệu chứng thực thể gồm phù nề niêm mạc mũi, dịch trong hốc mũi, niêm mạc khe giữa, niêm mạc cuốn giữa và niêm mạc cuốn dưới với mức độ nhẹ chiếm đa số. Đa số bệnh nhân không có dị hình giải phẫu và polyp mũi. **Kết luận:** Phù nề niêm mạc kéo dài và cản trở vật lý của dị hình giải phẫu và polyp mũi góp phần hình thành viêm mũi xoang mạn tính. Các triệu chứng chính gồm: Chảy mũi; nghẹt tắc mũi; giảm hoặc mất ngủ; đau nhức đầu, mặt; ngứa mũi, hắt hơi; ho dai dẳng và ù tai, nặng tai. **Từ khóa:** viêm mũi xoang mạn tính, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA CLINICAL

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hùng

Email: hungtintmh125@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

### CHARACTERISTICS OF CHRONIC RHINOSINUSITIS IN PATIENTS AT VIET TIỆP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2025

**Introduction:** Chronic rhinosinusitis is defined as inflammation of the nasal mucosa and paranasal sinuses lasting more than 12 weeks, characterized by nasal obstruction or congestion, rhinorrhea, facial pain or pressure, and hyposmia or anosmia. Understanding the clinical and paraclinical features of CRS is essential for clinicians to optimize diagnosis and treatment. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of adult patients with chronic rhinosinusitis. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 142 adult patients treated at Viet Tiep Friendship Hospital in 2025. **Results:** The main subjective symptoms were rhinorrhea (94.4%), nasal obstruction (77.5%), hyposmia or anosmia (42.3%), and facial pain or headache (38.0%). Other common symptoms included nasal itching and sneezing (94.4%), persistent cough (45.8%), and tinnitus or ear fullness (22.5%). Objective findings revealed mucosal edema of the nasal cavity, nasal discharge, and mild edema of the middle meatus, middle turbinate, and inferior turbinate in most patients. The majority of patients had no anatomical deformities or nasal polyps. **Conclusion:** Prolonged mucosal edema and physical obstruction due to anatomical variations or nasal polyps contribute to the development of chronic rhinosinusitis. The principal clinical features include rhinorrhea, nasal obstruction, hyposmia or anosmia, facial pain or headache, nasal itching and sneezing, persistent cough, and tinnitus or ear fullness.

**Keywords:** chronic rhinosinusitis, clinical features, paraclinical features, Viet Tiep Friendship Hospital

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính (Chronic rhinosinusitis – CRS) là tình trạng viêm kéo dài trên 12 tuần của niêm mạc mũi và các xoang cạnh mũi, đặc trưng bởi các triệu chứng nghẹt