

GIÁ TRỊ CỦA CHẨN ĐOÁN ĐIỆN TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH RỄ THẦN KINH THẮT LƯNG - CÙNG DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM

Lê Thị Ngọc Tuyết¹, Trần Thanh Hùng^{1,3}, Lương Hoàng Bảo²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh rễ thắt lưng-cùng do thoát vị đĩa đệm là bệnh lý thường gặp, chẩn đoán xác định thường dựa vào cộng hưởng từ (CHT) nhưng nhược điểm là chi phí chụp khá cao. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy trong một số trường hợp, chẩn đoán điện (CĐĐ) cũng có vai trò hữu ích trong chẩn đoán bệnh rễ. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về mối liên quan giữa CĐĐ với lâm sàng và CHT, tuy nhiên cho tới thời điểm hiện tại, dữ liệu chưa được đầy đủ, đặc biệt là dữ liệu về tính giá trị của CĐĐ trong chẩn đoán bệnh rễ thần kinh thắt lưng-cùng do thoát vị đĩa đệm.

Mục tiêu: (1) Xác định tỉ lệ tổn thương rễ thần kinh thắt lưng-cùng trên CĐĐ. (2) Khảo sát mối liên quan giữa CĐĐ với cộng hưởng từ và triệu chứng lâm sàng trong bệnh rễ thần kinh thắt lưng-cùng do thoát vị đĩa đệm. (3) Tính giá trị của CĐĐ trong chẩn đoán bệnh rễ thần kinh thắt lưng-cùng do thoát vị đĩa đệm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng-cùng biểu hiện trên lâm sàng, cộng hưởng từ và CĐĐ, đến khám tại phòng khám Bệnh viện Mỹ Phước (04/2025-8/2025).

Kết quả: Tổng cộng khảo sát 119 bệnh nhân. Tầng đĩa đệm có tỉ lệ thoát vị cao nhất là L4-L5 (48,8%). Rễ L5 bị chèn ép cao nhất trên cộng hưởng từ 64,7%, trên CĐĐ là 78,2%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cộng hưởng từ và CĐĐ trong chẩn đoán tổn thương rễ thần kinh L4 (OR=36,9), L5 (OR=10,8), S1 (OR=4,3) do thoát vị đĩa đệm với $p<0,001$. CĐĐ có độ nhạy (88,9%-100%) và giá trị tiên đoán âm (96,2%-100%) khi so sánh với tiêu chuẩn lâm sàng kết hợp cộng hưởng từ.

Kết luận và kiến nghị: CĐĐ có tính giá trị cao trong chẩn đoán bệnh rễ thắt lưng-cùng do thoát vị đĩa đệm. Trên lâm sàng CĐĐ có thể thay thế cộng hưởng từ trong những trường hợp chống chỉ định hoặc bệnh nhân không đủ chi phí chụp cộng hưởng từ hay kết quả trên cộng hưởng từ và lâm sàng không tương đồng với nhau.

Từ khóa: triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán điện, cộng hưởng từ, thoát vị đĩa đệm, rễ thần kinh thắt lưng-cùng, bệnh rễ thần kinh.

SUMMARY

THE VALUE OF ELECTRODIAGNOSTIC STUDIES IN THE DIAGNOSIS OF LUMBOSACRAL NERVE ROOT DISORDERS CAUSED BY INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION

Background: Lumbosacral radiculopathy caused by intervertebral disc herniation is a common condition. A definitive diagnosis is usually based on magnetic resonance imaging (MRI); however, a major limitation is the relatively high cost of imaging. Studies worldwide have shown that, in certain cases, electrodiagnostic studies (EDX) also play a useful role in the diagnosis of radiculopathy. In Vietnam, several studies have examined the relationship between EDX, clinical findings, and MRI; nevertheless, to date, the available data remain limited, particularly regarding the diagnostic value of EDX in lumbosacral radiculopathy due to intervertebral disc herniation.

Objective: (1) To determine the proportion of lumbosacral root injury on EDX. (2) To investigate the correlation between EDX, MRI and clinical diagnosis in lumbosacral radiculopathy of disc herniation patients. (3) To evaluate the diagnostic value of EDX in lumbosacral radiculopathy due to intervertebral disc herniation.

Methods: Descriptive cross-sectional study on patients with lumbosacral disc herniation who had clinical diagnosis, MRI and EDX results and visited the clinic of My Phuoc Hospital (04/2025-8/2025).

Results: A total of 119 patients were surveyed. The L4-L5 disc has the highest rate of herniation (48.8%). L5 root compression is the most common on MRI (64.7%) and on EDX (78.2%). There is a statistically significant correlation between MRI and EDX in L4 (OR=36.9), L5 (OR=10.8), S1 (OR=4.3) nerve root damage due to lumbar disc herniation with $p<0,001$. EDX has a high sensitivity (88.9%-100%) and negative predictive value (96.2%-100%) when compared with clinical criteria combined with MRI.

Conclusion and Proposal: EDX is highly valuable in diagnosing radiculopathy. In clinical practice, EDX can replace MRI in cases of contraindications, patients unable to afford MRI, or MRI results do not correlate with clinical findings.

Keywords: Clinical diagnosis, Magnetic Resonance Imaging, Electrodiagnostic study, lumbosacral nerve root, radiculopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh rễ thắt lưng-cùng do thoát vị đĩa đệm là bệnh cơ xương khớp thường gặp, chiếm từ 3%-5% dân số.³ Bệnh ảnh hưởng nhiều lên sức khỏe và làm giảm đáng kể năng suất lao động của người bệnh, do đó việc chẩn đoán chính xác là rất cần thiết để quản lý tốt căn bệnh này. Chẩn đoán bệnh rễ thường

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện đa khoa Mỹ Phước

³Bệnh viện Nhân dân 115 Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Hùng

Email: tranthanhhungmd@ump.edu.vn.

Mã bài: N629

Ngày nhận bài: 11/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/3/2026

Ngày duyệt bài: 11/5/2026

dựa vào triệu chứng lâm sàng kết hợp với CHT với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, tuy nhiên nhược điểm là chi phí cho mỗi lần chụp khá cao. Bên cạnh CHT, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy chẩn đoán điện (Điện cơ) có thể hỗ trợ chẩn đoán bệnh rễ ở những trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định hoặc không đủ chỉ phí chụp CHT. Đồng thời CĐĐ có thể giúp loại trừ được một số bệnh thần kinh ngoại biên khác hoặc hỗ trợ khi CHT và lâm sàng không tương đồng với nhau. Tuy nhiên, dữ liệu hiện nay về CĐĐ trong chẩn đoán bệnh rễ thất lưng-cùng và mối tương quan của nó so với lâm sàng và cộng hưởng từ vẫn chưa đầy đủ, đặc biệt là tính giá trị của CĐĐ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của CĐĐ trong chẩn đoán bệnh rễ thần kinh thất lưng-cùng do thoát vị đĩa đệm.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Xác định tỉ lệ tổn thương rễ thần kinh thất lưng-cùng trên CĐĐ. (2) Khảo sát mối liên quan giữa CĐĐ với CHT và triệu chứng lâm sàng trong bệnh rễ thần kinh thất lưng-cùng do thoát vị đĩa đệm. (3) Tính giá trị của CĐĐ trong chẩn đoán bệnh rễ thần kinh thất lưng-cùng do thoát vị đĩa đệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân từ đủ 18 tuổi có bệnh lý rễ thất lưng-cùng biểu hiện trên CHT và có kết quả CĐĐ, đến khám tại phòng khám Bệnh viện Mỹ Phước, TPHCM (tỉnh Bình Dương cũ) từ tháng 04/2025 đến tháng 8/2025.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân có biểu hiện nghi ngờ chèn ép rễ thần kinh thất lưng-cùng do thoát vị đĩa đệm, có kết quả chụp CHT và kết quả CĐĐ, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị chấn thương cột sống thắt lưng, trượt đốt sống thắt lưng, tiền căn phẫu thuật cột sống thắt lưng, kết quả CĐĐ nghi ngờ bệnh neuron vận động, bệnh đám rối thất lưng cùng, bệnh đa dây thần kinh ngoại biên hoặc chèn ép dây thần kinh ở chi dưới.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Phương pháp thu thập số liệu

Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân vào khám tại bệnh viện Mỹ Phước sẽ được người nghiên cứu trực tiếp hỏi bệnh, khám lâm sàng và ghi nhận kết quả cận lâm sàng theo mẫu bệnh án chi tiết nghiên cứu.

Phương pháp phân tích kết quả

- Hỏi và khám bệnh: triệu chứng cơ năng (đau lan theo rễ thần kinh thất lưng-cùng; rối loạn cảm giác

chủ quan (tê bì, giảm hay mất cảm giác); đau tăng khi khom cúi, ho rặn; đau giảm khi nằm); triệu chứng thực thể (rối loạn cảm giác theo khoanh da; yếu cơ theo khoanh cơ; giảm phản xạ gối/gót; nghiệm pháp nâng chân thẳng).

- Cộng hưởng từ: căn cứ vào hình ảnh T1, T2 cắt dọc và cắt ngang để chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và chèn ép rễ thần kinh.

- Chẩn đoán điện: Vị trí thực hiện khảo sát điện cơ kim gồm các cơ: cơ rộng trong/ngoài (L3-L4), cơ chày trước (L4-L5), cơ chày sau (L5), cơ bụng chân trong (S1), cơ dẹt (S1), cơ cạnh sống L2, L3, L4, L5 theo Hội chẩn đoán điện và bệnh thần kinh cơ của Mỹ (American Association of Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine-AANEM) (2017). Mỗi cơ có 10-12 vị trí được khảo sát. Bất thường được xác định bởi sự có mặt của 2 hoặc 3 cơ ngoại biên và cơ cạnh sống có mất phân bố thần kinh ở cùng rễ thần kinh chi phối.

2.3 Cỡ mẫu và phương pháp lấy mẫu

Cỡ mẫu ước lượng dựa vào công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$ thì $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: tỉ lệ trường hợp tổn thương rễ thần kinh phát hiện bằng CĐĐ. Theo tác giả Dumitru⁴ p = 85,6%

q = 1-p

d: là khoảng sai lệch giữa kết quả nghiên cứu với tỉ lệ ước lượng, chúng tôi mong muốn d = 0,10

Cỡ mẫu ước tính cần ít nhất là 48 người.

Nghiên cứu của chúng tôi lấy mẫu thuận tiện, thu thập được 119 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.4 Phương pháp thống kê

Số liệu trong quá trình nghiên cứu sau khi được thu thập sẽ được xử lý qua phần mềm STATA 17.0. Đối với biến số định tính: tính tần số và tỉ lệ phần trăm (%). Đối với biến số định lượng: tính trung bình và độ lệch chuẩn. Đánh giá mối tương quan giữa hai biến số nhị giá hoặc biến số danh định: phép kiểm Chi bình phương. Nếu trị số p < 0,05 được xem có ý nghĩa, nếu có 1 ô có giá trị < 5 thì dùng phép kiểm Fisher's exact. Tìm mối tương quan giữa hai biến số nhị giá với độ nhạy, độ đặc hiệu và chỉ số tương quan được tính theo tỉ số chênh (OR). So sánh hai giá trị trung bình dùng phép kiểm T-test để so sánh.

2.5 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 1711/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 10/04/2025.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm dân số nghiên cứu (n=119)

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 46 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 30-50 tuổi (60,6%). Tỉ lệ nam : nữ là 1:1,4.

3.2 Tỉ lệ tổn thương rễ thần kinh thất lưng-cùng trên chẩn đoán điện

Hai tầng đĩa đệm L4-L5 (48,8%) và L5-S1 (27,2%) có tỉ lệ thoát vị cao nhất trong các tầng đĩa đệm thất lưng cùng được khảo sát trên CHT. Rễ thần kinh có tỉ lệ tổn thương cao nhất trên CĐTĐ là rễ L5 (78,2%), kế

đến là rễ L4 (54,6%), thấp nhất là rễ S1 (25,2%). Kết quả cũng phù hợp với kết quả chèn ép rễ trên CHT: rễ thần kinh L5 là rễ bị chèn ép nhiều nhất (64,7%), rễ L4 (52,1%); thấp nhất là rễ S1 có 20,2% (Bảng 3.1).

Bảng 3.1 Tỉ lệ các rễ thần kinh bị chèn ép trên cộng hưởng từ và chẩn đoán điện

Rễ thần kinh bị tổn thương	Cộng hưởng từ n (%)	Chẩn đoán điện n (%)
Tổn thương rễ	109(91,6)	112(94,1)
Rễ L4	62(52,1)	65(54,6)
Rễ L5	77(64,7)	93(78,2)
Rễ S1	24(20,2)	30(25,2)
Tổng cộng	119(100)	119(100)

3.3 Mối liên quan giữa tổn thương rễ trên chẩn đoán điện so với kết quả chèn ép rễ tương ứng trên cộng hưởng từ

Bảng 3.2 Mối liên quan giữa tổn thương rễ trên chẩn đoán điện so với kết quả chèn ép rễ tương ứng trên cộng hưởng từ

Cộng hưởng từ (CHT)	Có chèn ép rễ/CHT	Không chèn ép rễ/CHT	Tỉ số chênh OR	Trị số p (*Fisher's exact)	Khoảng tin cậy 95%
Chẩn đoán điện (CĐTĐ)					
Tổn thương rễ/CĐTĐ	106	06	23,6	p = 0,001*	3,01-187,09
Tổn thương rễ L4/CĐTĐ	55	10	36,9	p < 0,001	11,83 – 121,04
Tổn thương rễ L5/CĐTĐ	71	06	10,8	p < 0,001	3,52 – 36,12
Tổn thương rễ S1/CĐTĐ	12	12	4,3	p = 0,002	1,47 – 12,25

Các rễ thần kinh (L4, L5, S1) bị tổn thương trên CĐTĐ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với từng rễ thần kinh tương ứng bị chèn ép trên CHT với p < 0,001 và OR (36,9; 10,8; 4,3) (Bảng 3.2).

3.4 Tính giá trị của chẩn đoán điện so với cộng hưởng từ và triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3 Độ nhạy và độ đặc hiệu của chẩn đoán điện so sánh với tiêu chuẩn lâm sàng kết hợp với cộng hưởng từ

Lâm sàng và Cộng hưởng từ (CHT)	Có chèn ép rễ trên lâm sàng và CHT		Không chèn ép rễ trên lâm sàng và CHT		Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị tiên đoán dương	Giá trị tiên đoán âm
	Có tổn thương rễ/CĐTĐ	Không tổn thương rễ/CĐTĐ	Có tổn thương rễ/CĐTĐ	Không tổn thương rễ/CĐTĐ				
Chẩn đoán điện (CĐTĐ)								
Tổn thương rễ L4/CĐTĐ	13	0	52	54	100	50,9	20,0	100
Tổn thương rễ L5/CĐTĐ	26	01	67	25	96,3	27,1	28,0	96,2
Tổn thương rễ S1/CĐTĐ	08	01	22	88	88,9	80,0	26,7	98,9

So sánh với tiêu chuẩn tương đồng giữa lâm sàng và CHT, CĐĐ có độ nhạy (88,9%-100%) và giá trị tiên đoán âm (Negative Predictive Value) rất cao (96,2%-100%); tuy nhiên độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương (Positive Predictive Value) thấp (Bảng 3.3).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm dân số nghiên cứu

Trong mẫu nghiên cứu, bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất trong lứa tuổi lao động 30-50 tuổi (60,6%) phù hợp với cơ chế bệnh sinh của bệnh. Tỉ lệ nam : nữ gần tương đương nhau cho thấy không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

4.2 Tỉ lệ tổn thương rễ thần kinh thất lưng-cùng trên chẩn đoán điện

Hai tầng đĩa đệm L4-L5 (48,8%) và L5-S1 (27,2%) có tỉ lệ thoát vị cao nhất trong các tầng đĩa đệm thất lưng-cùng được khảo sát trên CHT. Điều này được giải thích là do những vị trí này phải chịu áp lực lớn nhất từ trọng lượng cơ thể và các hoạt động hàng ngày, đồng thời đây cũng là vùng bản lề của cột sống thất lưng. Tỉ lệ bệnh nhân bị chèn ép rễ thần kinh thất lưng - cùng được phát hiện trên cộng hưởng từ là 91,6% với rễ thần kinh L5 là rễ bị chèn ép nhiều nhất, chiếm 64,7%. Kết quả của chúng tôi gần tương đồng với kết quả của tác giả Jeoung H.J. (2020) và cộng sự⁵ với tỉ lệ chèn ép rễ L5 là 50,8%. Kết quả này cũng phù hợp với tỉ lệ tầng đĩa đệm L4-L5 thoát vị cao nhất và phù hợp với cơ chế bệnh sinh của bệnh.

Trên CĐĐ, tỉ lệ tổn thương rễ thần kinh thất lưng-cùng là 94,1% trong đó rễ L5 (78,2%), kế đến là rễ L4 (54,6%), thấp nhất là rễ S1 (25,2%). Kết quả này cũng phù hợp với tỉ lệ thoát vị đĩa đệm ở tầng L4-L5 cao và tương đồng với kết quả trên CHT.

4.3 Mối liên quan giữa chẩn đoán điện so với cộng hưởng từ và triệu chứng lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát mối liên quan giữa CĐĐ và CHT. Kết quả của chúng tôi ghi nhận các rễ thần kinh (L4, L5, S1) bị tổn thương trên CĐĐ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với từng rễ thần kinh tương ứng bị chèn ép trên CHT với $p < 0,001$ và OR (36,9; 10,8; 4,3). Trong một số nghiên cứu có kết luận tương tự.^{2,5} Tuy nhiên cũng có nghiên cứu lại kết luận không có mối liên quan giữa CHT và CĐĐ. Mặc dù kết quả nghiên cứu giữa các tác giả có khác nhau, tuy nhiên trong các nghiên cứu có kết quả không có mối liên quan có ý nghĩa giữa CĐĐ và CHT có ghi nhận tỉ lệ đáng kể các trường hợp kết quả có tổn thương rễ trên CĐĐ nhưng kết quả CHT không có chèn ép rễ mặc dù bệnh nhân vẫn có triệu chứng nghi ngờ bệnh rễ. Và các tác giả đều có

chung một kết luận về vai trò quan trọng của CĐĐ trong chẩn đoán bệnh rễ trong trường hợp không có hình ảnh chèn ép rễ trên CHT.^{6,7} Trong nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Nga và Võ Hồng Khôi (2022) về sự phù hợp lâm sàng, CHT và CĐĐ ghi nhận 74% bất thường CĐĐ phù hợp với lâm sàng và 56% phù hợp với cộng hưởng từ.¹ Tuy nhiên tác giả chưa khảo sát mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ba phương pháp này.

4.4 Tính giá trị của chẩn đoán điện so với cộng hưởng từ và triệu chứng lâm sàng

Do nghiên cứu của chúng tôi không có kết quả phẫu thuật làm tiêu chuẩn để so sánh nên chúng tôi đã phân tích trên 38 bệnh nhân có kết quả chẩn đoán tương đồng giữa lâm sàng và CHT làm tiêu chuẩn. Trên thực tế lâm sàng, tương đồng này thường được lấy làm tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định và đưa ra chỉ định can thiệp điều trị bảo tồn hay phẫu thuật. Triệu chứng lâm sàng được tham khảo dựa theo quy tắc chẩn đoán lâm sàng (Clinical Diagnostic Rule): sàng lọc bằng nghiệm pháp nâng chân thẳng sau đó kết hợp với quy tắc Hancock (ít nhất 3 trong 4 triệu chứng dương tính gồm đau lan theo rễ, rối loạn cảm giác theo khoanh da, giảm/mất phản xạ gân cơ và yếu cơ theo khoanh cơ). Bệnh nhân thỏa đủ tiêu chuẩn trong quy tắc chẩn đoán lâm sàng sẽ được chẩn đoán tổn thương rễ trên lâm sàng.⁸ Kết quả nghiên cứu cho thấy CĐĐ có độ nhạy cao (88,9%-100%) và giá trị tiên đoán âm cao (96,2%-100%) trong chẩn đoán tổn thương rễ L4, L5, S1 cho thấy CĐĐ có giá trị cao trong chẩn đoán bệnh lý rễ tương ứng với lâm sàng và cộng hưởng từ. Tuy nhiên độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương không cao, có thể giải thích là do trong nhiều trường hợp không tương đồng giữa TCLS và CHT thì tổn thương rễ vẫn được chẩn đoán trên CĐĐ. Cụ thể là trong 119 ca bệnh, có 52 trường hợp không tương hợp giữa lâm sàng và CHT nhưng CĐĐ vẫn chẩn đoán có tổn thương rễ L4; 67 trường hợp với rễ L5 và 22 trường hợp với rễ S1. Điều đó cho thấy vai trò của CĐĐ trong chẩn đoán bệnh rễ, nhất là trong các trường hợp lâm sàng và CHT không tương đồng với nhau. Kết luận này cũng tương đồng với kết luận trong các nghiên cứu của các tác giả trong nước và ngoài nước.^{1,6,7} Nghiên cứu của chúng tôi cũng còn điểm hạn chế do không có tiêu chuẩn vàng độc lập. Việc sử dụng "lâm sàng kết hợp cộng hưởng từ" làm tiêu chuẩn tham chiếu có thể ảnh hưởng đến độ nhạy/độ đặc hiệu. OR = 23,6; KTC 95%: 3,01 – 187,09. OR cao nhưng khoảng tin cậy rộng cho thấy độ chính xác của ước lượng chưa cao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 119 bệnh nhân có bệnh rễ thắt lưng-cứng do thoát vị đĩa đệm, chúng tôi rút ra các kết luận: (1) Tỷ lệ rễ L5 bị tổn thương cao nhất trên CDD (78,2%). (2) Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa CDD và CHT trong chẩn đoán tổn thương rễ thần kinh L4, L5, S1. (3) CDD có độ nhạy cao, có thể thay thế CHT trong những trường hợp chống chỉ định chụp hoặc bệnh nhân không đủ chỉ phí chụp CHT.

VI. KIẾN NGHỊ

Trên lâm sàng, CDD có thể thay thế CHT chẩn đoán tổn thương rễ thần kinh trong trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định chụp hoặc không đủ chỉ phí chụp CHT. Ngoài ra bệnh nhân nên được chỉ định CDD để xác định tổn thương rễ khi kết quả trên CHT và lâm sàng không tương đồng với nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Nga, Võ Hồng Khôi.** Sự phù hợp giữa lâm sàng, cộng hưởng từ và chẩn đoán điện thần kinh-cơ ở bệnh nhân đau thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 515(1):76-79.
2. **Arslan Y, E Yaşar, and Y Zorlu.** Correlation of Electromyography and Magnetic Resonance Imaging Findings in the Diagnosis of Suspected Radiculopathy. Turkish Journal of Neurology. 2016; 22:55-59.
3. **Berry JA, Elia C, Saini HS, Miulli DE.** A Review of Lumbar Radiculopathy, Diagnosis, and Treatment. Cureus. 2019;11(10):5934-7.
4. **Dumitru D, MJ Zwarts and AA Amato.** 2nd ed. Philadelphia: Hanly & Belfus; 2002. Chapter 18, Radiculopathies; p. 713-63.
5. **Jeoung JH, Jeoung HM, Kang SH and Joon JS.** Clinical Value of Physical Examination and Electromyography in Acute and Chronic Lumbosacral Radiculopathy. Clinical Pain, 2020;19(2):90-7.
6. **Montaner-Cuello A, Caudevilla-Polo S, Rodríguez-Mena D, Ciuffreda G, Pardos-Aguilella P, Albarova-Corral I et al.** Comparison of Magnetic Resonance Imaging with Electrodiagnosis in the Evaluation of Clinical Suspicion of Lumbosacral Radiculopathy. Diagnostics. 2024;14(12):1258-10.
7. **Murtaza F, Haider S, Amin A, Zahid A and Rehman A.** Correlation between Electrodiagnostic Study and Magnetic Resonance Imaging in Lumbar Radiculopathy Patients in a Tertiary Care Hospital. Case Reports in Clinical Medicine. 2023; 12:363-370.
8. **Petersen T, M Laslett, and C Juhl.** Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. BMC Musculoskeletal Disorders. 2017;18(1):188-23.

NHẬN XÉT CẮT TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ PHỤ KHOA LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI

Nguyễn Thành Vinh¹, Đặng Tuấn Anh¹, Nguyễn Đức Hình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung điều trị bệnh lý phụ khoa lành tính tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 94 bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung vì bệnh lý phụ khoa lành tính (u xơ tử cung, lạc nội mạc, polyp buồng tử cung, CIN...) từ tháng 07/2022 đến tháng 12/2023, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội. Các biến số nghiên cứu bao gồm tuổi, tiền sử sản khoa, chỉ định phẫu thuật, kích thước tử cung, trọng lượng

tử cung, thời gian phẫu thuật, tai biến, thời gian nằm viện.

Kết quả: Tuổi trung bình $44,64 \pm 5,8$ (30–59). Nhóm đã sinh 2 con chiếm 61,7%; chưa sinh 10,6%. Tử cung to tương đương thai 3–4 tháng chiếm 68,1%. Thiếu máu trước mổ: không thiếu máu 63,8%; thiếu máu nhẹ 26,6%; vừa 7,4%; nặng 2,1%. Chỉ định cắt tử cung chủ yếu do u xơ tử cung 75,5%; lạc nội mạc/adenomyosis 20,2%; CIN III 3,2%; polyp buồng tử cung 1,1%. Phẫu thuật nội soi thành công 88,3%; chuyển mổ mở 6,4%; mổ mở ngay từ đầu 5,3%. Cắt tử cung bán phần 53,2% và hoàn toàn 46,8%. Cắt hai phần phụ 18,1%; bảo tồn hai buồng trứng 81,9% (trong đó nhóm không bảo tồn vòi đi kèm chiếm 50,0%). Thời gian phẫu thuật trung bình $84,69 \pm 19,1$ phút (40–130). Trọng lượng tử cung trung bình $340,96 \pm 202$ g (50–1198). Thời gian nằm viện trung bình $2,97 \pm 1,01$ ngày (2–7). Không ghi nhận biến chứng nặng.

Kết luận: Cắt tử cung qua nội soi điều trị bệnh lý phụ khoa lành tính tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội, có tỷ lệ thành công cao, thời gian hồi phục nhanh, an toàn và

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh.

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Vinh.

Email: nguyenthanhvinh2886@gmail.com

Mã bài: N625

Ngày nhận bài: 22/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 21/4/2026

Ngày duyệt bài: 22/5/2026