

GIÁ TRỊ CỦA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH RỄ THẦN KINH THẮT LƯNG-CÙNG DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM

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

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng-cùng là một trong những bệnh lý thường gặp, có thể gây chèn ép rễ thần kinh với biểu hiện lâm sàng đa dạng. Chẩn đoán xác định bệnh lý rễ thường dựa vào cộng hưởng từ (CHT) và chẩn đoán điện (CĐĐ), tuy nhiên các phương pháp này có chi phí cao và không được chỉ định thường quy. Do đó xác định triệu chứng lâm sàng (TCLS) nào giúp gợi ý tổn thương rễ trên CHT và CĐĐ có vai trò hữu ích, hỗ trợ bác sĩ lâm sàng quyết định chỉ định chụp CHT hay CĐĐ trên nhóm bệnh nhân có nghi ngờ tổn thương rễ thắt lưng-cùng.

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân có nghi ngờ tổn thương rễ thần kinh thắt lưng-cùng do TVĐĐ. (2) Khảo sát mối liên quan giữa TCLS với tổn thương rễ thần kinh thắt lưng-cùng trên CHT và CĐĐ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả trên bệnh nhân TVĐĐ cột sống thắt lưng-cùng biểu hiện trên lâm sàng, CHT và CĐĐ, đến khám tại phòng khám Bệnh viện Đa khoa Mỹ Phước (04/2025-8/2025).

Kết quả: Tổng cộng khảo sát 119 bệnh nhân. Các TCLS gồm rối loạn cảm giác chủ quan; đau lan theo rễ L4, L5, S1; rối loạn cảm giác theo khoanh da L4, L5, S1; giảm hoặc mất phản xạ gối, gót đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rễ thần kinh tổn thương trên CHT và trên CĐĐ ($p < 0,05$). Riêng triệu chứng yếu cơ theo khoanh cơ do rễ L4, L5 chỉ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rễ thần kinh tổn thương trên CHT ($p < 0,05$).

Kết luận và kiến nghị: Một số TCLS (rối loạn cảm giác chủ quan; đau lan theo rễ L4, L5, S1; rối loạn cảm giác theo khoanh da L4, L5, S1; giảm hoặc mất phản xạ gối, gót) có giá trị gợi ý tổn thương rễ trên CHT và CĐĐ. Riêng triệu chứng yếu cơ theo khoanh cơ do rễ L4, L5 chỉ có giá trị gợi ý trên CHT. Dựa trên các triệu chứng này bác sĩ lâm sàng có thể chỉ định cho bệnh nhân chụp CHT hoặc CĐĐ để chẩn đoán xác định bệnh lý rễ thần kinh.

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

SUMMARY

THE VALUE OF CLINICAL FINDINGS IN THE DIAGNOSIS OF LUMBOSACRAL RADICULOPATHIES CAUSED BY INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION

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: N628

Ngày nhận bài: 5/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/3/2026

Ngày duyệt bài: 5/5/2026

Background: Lumbosacral disc herniation is a common disease that can cause nerve root compression with diverse clinical manifestations. Diagnosis of radiculopathy usually based on Magnetic Resonance Imaging (MRI) and Electrodagnostic Study (EDX), but their costs are quite high and not routinely indicated. Therefore, identifying which clinical symptoms suggestive of radiculopathy on MRI and EDX is crucial in assisting clinicians to order MRI or EDX in patients suspected of lumbosacral radiculopathy.

Objective: (1) To describe the clinical features in patients suspected of lumbosacral radiculopathy due to disc herniation. (2) To examine the correlation between clinical symptoms and lumbosacral nerve root injuries on MRI and EDX.

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

Results: A total of 119 patients were surveyed. Clinical symptoms including subjective sensory disturbances; radicular pain; sensory disturbances in the L4, L5 dermatome; decreased/loss of knee and heel reflexes significantly correlate of nerve root injuries on MRI and EDX ($p < 0.05$). However, muscle weakness (L4, L5) was only correlated with MRI findings ($p < 0.05$).

Conclusion and Proposal: Clinical symptoms (subjective sensory disturbances in the L4, L5 dermatome; decreased/loss of knee and heel reflexes are valuable in suggesting lumbosacral nerve root lesions on MRI and EDX. However, muscle weakness in L4, L5 only suggests lesions on MRI. Based on these symptoms clinicians may order MRI or EDX to diagnose the radiculopathy.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm thắt lưng là một trong những nguyên nhân thường gặp, từ 1%-3% dân số mỗi năm³. Bệnh có thể gây chèn ép rễ thần kinh với TCLS đa dạng, chẩn đoán xác định bệnh lý rễ chủ yếu dựa vào CHT hoặc CĐĐ. Bác sĩ lâm sàng thường căn cứ vào một số TCLS tin cậy để chỉ định chụp CHT hay làm CĐĐ do chi phí cao và không được chỉ định thường quy. Do đó câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là các TCLS nào giúp gợi ý tổn thương rễ trên CHT và CĐĐ.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân có nghi ngờ tổn thương rễ thần kinh thắt lưng-cùng do TVĐĐ. (2) Khảo sát mối liên quan giữa TCLS với tổn thương rễ thần kinh thắt lưng-cùng trên CHT và CĐĐ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân TVĐĐ cột sống thắt lưng-cùng biểu hiện trên CHT và có kết quả CĐĐ, đến khám tại phòng khám Bệnh viện Đa khoa Mỹ Phước, TP.HCM (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 thắt lưng-cùng do TVĐĐ, 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 lý neuron vận động, bệnh lý đám rối thắt lưng cùng, bệnh lý 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: Khi bệnh nhân vào khám tại Bệnh viện Đa khoa Mỹ Phước sẽ được người nghiên cứu trực tiếp hỏi bệnh, khám lâm sàng toàn diện và ghi nhận kết quả cận lâm sàng theo mẫu bệnh án chi tiết với mục đích thu thập các dữ liệu phục vụ nghiên cứu.

Phương pháp phân tích kết quả:

- Hỏi và khám bệnh: triệu chứng cơ năng (thời gian khởi bệnh, mức độ đau theo thang điểm đau đánh giá bằng số (Numeric Rating Scale-11-NRS), đau lan theo rễ thần kinh thắt 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; 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 dép (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 Electromyography 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:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{pq}{d^2} = 1,96^2 \times \frac{0,01(1-0,01)}{(0,02)^2} = 95,08$$

n: cỡ mẫu tối thiểu

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

p: tỉ lệ bất thường trên cộng hưởng từ phù hợp với lâm sàng. Theo tác giả Yousif và cộng sự (2020)⁸ ước tính p = 66%.

q = 1-p

d: là khoảng sai lệch giữa kết quả nghiên cứu với tỉ lệ ước lượng, mong muốn d = 9%

Cỡ mẫu ước tính cần ít nhất 107 người. Nghiên cứu chúng tôi lấy mẫu thuận tiện, thu thập được 119 bệnh nhân thỏa mãn các điều kiện chọn mẫu trên.

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, chỉ số tương quan được tính theo tỉ số chênh (OR).

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 30-50 tuổi (60,6%) cao nhất. Tỉ lệ nam:nữ là 1:1,4. Nghề nghiệp công nhân chiếm tỉ lệ cao nhất (47%), các nhóm nghề nghiệp đòi hỏi phải ngồi lâu như nhân viên văn phòng (bao gồm cả tài xế, thợ may) 24% (Bảng 3.1). Những nghề nghiệp này thuộc nhóm lao động chân tay, thường xuyên khom cúi, khuân vác nặng hay thuộc nhóm nghề nghiệp ngồi lâu mặc dù không làm việc nặng.

Bảng 3.1 Các đặc điểm dịch tễ học của mẫu nghiên cứu

Biến số		Tần số (%) hay Trung bình $\pm$ SD (Min-Max)
Tuổi		46 $\pm$ 11,1 (25-73)
Giới tính	Nữ	70 (59%)
	Nam	49 (41%)
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng, thợ may, tài xế	28 (24%)
	Công nhân	56 (47%)
	Khác (nội trợ, buôn bán, làm nông, già...)	35 (29%)

3.2 Đặc điểm lâm sàng

Thời gian khởi bệnh trung bình là 2,4 tháng. Có 48% bệnh nhân đến khám trong giai đoạn đau lưng cấp tính và 42% ở giai đoạn bán cấp. Các triệu chứng cơ năng gồm rối loạn cảm giác chủ quan 76% (đau lan theo rễ L5 chiếm tỉ lệ cao nhất 56%), tăng đau khi khom cúi, ho rặn 76%, giảm khi nghỉ ngơi 56%. Mức độ đau được đánh giá theo thang điểm đau bằng số (Numeric Rating Scale-11) có điểm trung bình 4,4 điểm, trong đó có 91% bệnh nhân đến khám vì đau mức độ nhẹ và trung bình. Tỉ lệ bệnh nhân có rối loạn cảm giác theo khoanh da (15%-28%) cao hơn so với tỉ lệ bị yếu cơ theo khoanh cơ (6%-13%) của cùng rễ thần kinh chi phối. Trong đó rễ L5 chiếm tỉ lệ cao nhất (41%) trong số các rễ thần kinh thắt lưng-cùng nghi ngờ bị tổn thương. Phản xạ gối và gót có tỉ lệ lần lượt là 24% và 17%. Nghiệm pháp nâng chân thẳng dương tính chiếm 45% (Bảng 3.2).

Bảng 3.2 Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Biến số	Tần số (%) hay trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Thời gian khởi bệnh (tháng)		2,4 $\pm$ 1,5 (0.25-24)
Giai đoạn bệnh	Cấp tính (< 6 tuần)	57 (48%)
	Bán cấp (6-12 tuần)	50 (42%)
	Mạn tính (>12 tuần)	12 (10%)

Đau lan theo rễ	L4	46 (39%)
	L5	67 (56%)
	S1	21 (18%)
Rối loạn cảm giác chủ quan		91 (76%)
Mức độ đau (NRS-11)		4,4 $\pm$ 1,4 (2-8)
Phân loại mức độ đau	Nhẹ	33 (28%)
	Trung bình	75 (63%)
	Nặng	11 (9%)
Tăng khi khom cúi, ho rặn		91 (76%)
Giảm khi nằm nghỉ		67 (56%)
Rối loạn cảm giác theo khoanh da	L4	33 (28%)
	L5	49 (41%)
	S1	18 (15%)
Yếu cơ theo khoanh cơ	L4	15 (13%)
	L5	15 (13%)
	S1	07 (6%)
Giảm/mất phản xạ gân cơ	Phản xạ gối (L4)	29 (24%)
	Phản xạ gót (S1)	20 (17%)
Nghiệm pháp nâng chân thẳng	Dương tính	53 (45%)

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

Hai triệu chứng cơ năng (đau lan theo rễ, rối loạn cảm giác chủ quan) và ba triệu chứng thực thể (rối loạn cảm giác theo khoanh da, giảm/mất phản xạ gối, phản xạ gót) có liên quan có ý nghĩa thống kê với rễ thần kinh bị tổn thương trên cộng hưởng từ (Bảng 3.3) và trên chẩn đoán điện (Bảng 3.4) ($p < 0,05$). Riêng triệu chứng yếu cơ theo khoanh cơ do rễ L4, L5 chỉ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với rễ thần kinh chèn ép trên CHT ($p < 0,05$). Một số triệu chứng khác mặc dù có $p < 0,05$ nhưng khoảng tin cậy 95% có chứa giá trị 1 nên không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3 Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và cộng hưởng từ

Lâm sàng	Cộng hưởng từ (CHT) Có chèn ép rễ trên CHT	Không chèn ép rễ trên CHT	Tỉ số chênh OR	Trị số p (*Fisher's exact)	Khoảng tin cậy 95%
Đau lan theo rễ					
Rễ L4	41	05	20,3	$p < 0,001$	6,58 – 72,78
Rễ L5	59	08	13,9	$p < 0,001$	5,06 – 40,34
Rễ S1	17	04	55,3	$p < 0,001^*$	12,65–271,05
Rối loạn cảm giác chủ quan	87	04	5,9	$p = 0,011^*$	1,26 – 30,57
Tăng khi khom cúi, ho rặn	85	06	2,4	$p = 0,243^*$	0,45 – 10,82
Giảm khi nằm nghỉ	64	04	3,3	$p = 0,102^*$	0,70 – 20,74
Rối loạn cảm giác theo khoanh da					
Rễ L4	29	04	11,64	$p < 0,001$	3,58 – 48,69
Rễ L5	44	05	9,9	$p < 0,001$	3,30 – 35,00
Rễ S1	15	04	51,1	$p < 0,001^*$	10,90 – 305,65
Yếu cơ theo khoanh cơ					
Rễ L4	14	01	16,33	$p = 0,001$	2,28 – 702,55
Rễ L5	14	01	9,1	$p = 0,013$	1,28 – 398,04
Rễ S1	02	05	1,6	$p = 0,628^*$	0,15 – 10,79
Giảm phản xạ gối	25	04	9,0	$p < 0,001$	2,72 – 37,68
Giảm phản xạ gót	12	08	10,9	$p < 0,001^*$	3,24 – 36,83
Nghiệm pháp nâng chân thẳng dương tính	50	03	1,98	$p = 0,509$	0,42 – 12,40

Mặc dù có những triệu chứng không liên quan có ý nghĩa với tổn thương rễ trên CDD nhưng nếu kết hợp nhiều triệu chứng lâm sàng sẽ có giá trị dự đoán có ý nghĩa cho tổn thương rễ thần kinh thất lưng, cùng trên CDD. Trong một bài viết của tác giả Petersen và cộng sự (2017)⁶ khi tổng hợp các bài nghiên cứu về thoát vị đĩa đệm đã đưa ra quy tắc chẩn đoán lâm sàng (Clinical Diagnostic Rule) có giá trị chẩn đoán tổn thương rễ cao.

Bảng 3.4 Mối liên quan giữa lâm sàng và tổn thương rễ trên điện cơ

Lâm sàng	Chẩn đoán điện (CDD) Có tổn thương rễ trên CDD	Không tổn thương rễ trên CDD	Tỉ số chênh OR	Trị số p (*Fisher's exact)	Khoảng tin cậy 95%
Đau lan theo					
Rễ L4	43	03	33,2	$p < 0,001$	8,87 – 108,75
Rễ L5	60	07	5,0	$p = 0,001$	1,74 – 15,19
Rễ S1	13	08	7,7	$p < 0,001$	2,47 – 24,69
Rối loạn cảm giác chủ quan	89	02	9,7	$p = 0,008^*$	1,43 – 104,98
Tăng khi khom cúi, ho rặn	86	05	1,3	$p = 0,746$	0,12 – 8,66
Giảm khi nằm nghỉ	66	01	8,6	$p = 0,042^*$	0,97 – 401,77
Rối loạn cảm giác theo khoanh da					
Rễ L4	31	02	23,7	$p < 0,001$	5,31 – 212,35
Rễ L5	46	03	7,5	$p = 0,001$	2,03 – 41,08
Rễ S1	13	05	12,9	$p < 0,001$	3,60 – 50,82
Yếu cơ theo khoanh cơ					
Rễ L4	12	03	3,9	$p = 0,035$	0,95 – 22,25
Rễ L5	15	0	5,2	$p = 0,039^*$	0,72 – 256,51
Rễ S1	03	04	2,4	$p = 0,268$	0,32 – 14,08

Chẩn đoán điện (CĐĐ)	Có tổn thương rễ trên CĐĐ	Không tổn thương rễ trên CĐĐ	Tỉ số chênh OR	Trị số p (*Fisher's exact)	Khoảng tin cậy 95%
Lâm sàng					
Giảm phản xạ gối	26	03	11,3	$p < 0,001$	3,08 – 61,55
Giảm phản xạ gót	14	06	12,1	$p < 0,001$	3,61 – 43,32
Nghiệm pháp nâng chân thẳng dương tính	53	0	7,2	$p = 0,017^*$	0,90-325,22

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy các triệu chứng lâm sàng (TCLS) kinh điển có giá trị định hướng quan trọng đối với chẩn đoán tổn thương rễ thắt lưng - cùng trên cộng hưởng từ (CHT) và chẩn đoán điện (CĐĐ), phù hợp với các quy tắc chẩn đoán lâm sàng (Clinical Diagnostic Rules) cho tổn thương rễ thần kinh do thoát vị đĩa đệm được đề xuất bởi Petersen và cộng sự (2017)⁶.

Về mặt dịch tễ, tuổi tập trung chủ yếu nằm trong nhóm lao động, điều này gợi ý rằng đặc thù công việc nặng nhọc hoặc ngồi lâu có liên quan mật thiết tình trạng quá tải cơ học (cả động và tĩnh) lên đĩa đệm và đóng vai trò quan trọng trong bệnh lý thoát vị.

Về biểu hiện lâm sàng, rối loạn cảm giác xuất hiện với tần suất vượt trội so với tình trạng yếu cơ. Điều này hoàn toàn phù hợp với sinh lý bệnh, do các sợi cảm giác nhạy cảm hơn với áp lực chèn ép và tình trạng thiếu máu cục bộ so với các sợi vận động⁷.

Bên cạnh đó, đau lan theo phân bố rễ và rối loạn cảm giác theo khoanh da có mối tương quan chặt chẽ với tổn thương rễ trên cả CHT và CĐĐ. Riêng triệu chứng yếu cơ theo khoanh cơ do rễ L4, L5 chỉ có mối liên quan có ý nghĩa với CHT. Sự tương hợp phần lớn TCLS và CHT trong nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn tương đồng với Yousif và cộng sự (2020)⁸, khi nhóm tác giả ghi nhận TCLS và bất thường trên CHT và CĐĐ có mối tương quan lần lượt là 66,6% và 56,7%. Tuy nhiên, tác giả cũng chỉ ra không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa các phát hiện trên CHT và CĐĐ ($p = 0.638$). Sự khác biệt này bắt nguồn từ bản chất cốt lõi của hai phương pháp: CHT thiên về đánh giá các biến đổi cấu trúc giải phẫu, trong khi CĐĐ lại phản ánh hậu quả chức năng của quá trình mất phân bố thần kinh. Tương tự như nghiên cứu của Lee JH và cộng sự (2012)⁴ khi tác giả chỉ ra rằng chẩn đoán điện có độ đặc hiệu cao hơn cộng hưởng từ đối với các triệu chứng khám thực thể. Nhờ vậy, CĐĐ mang lại giá trị bổ sung to lớn, đặc biệt khi hình ảnh CHT không tương xứng với các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân¹.

Bên cạnh đó, các dấu hiệu cơ học (như đau tăng khi khom cúi, ho rặn) xuất hiện rất phổ biến nhưng lại không mang giá trị dự báo độc lập đối với tình trạng chèn ép rễ, mà phần lớn chỉ phản ánh sự kích thích đĩa đệm nói chung. Điều này hoàn toàn phù hợp với ghi nhận của Montaner-Cuello và cộng sự (2024)⁵ khi chỉ ra rằng các biến số lâm sàng chung như cường độ đau hiện tại (đánh giá qua thang điểm VAS) hay mức độ tàn tật chức năng (thang điểm ODI) đều không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả chẩn đoán xác định bệnh lý rễ trên cả CHT lẫn CĐĐ. Tương tự, quan điểm này cũng được chứng minh mạnh mẽ qua nghiên cứu của Ekedahl và cộng sự (2018)², khi nhóm tác giả nhận thấy việc có một triệu chứng thần kinh đơn lẻ thường có độ đặc hiệu rất thấp (chỉ 0,34) trong chẩn đoán. Vì thế, thay vì chỉ định cận lâm sàng thường quy cho mọi ca đau lưng, bác sĩ cần dựa vào các dấu hiệu định khu rõ ràng (như đau lan theo rễ, rối loạn cảm giác, giảm phản xạ) để đưa ra quyết định phù hợp.

Dù đạt được nhiều kết quả khả quan, nghiên cứu vẫn còn những hạn chế nhất định. Thứ nhất, sự thiếu vắng một "tiêu chuẩn vàng" tuyệt đối (như kết quả phẫu thuật) trong chẩn đoán bệnh lý rễ thần kinh là rào cản chung của y văn, gây khó khăn cho việc so sánh độ chính xác tuyệt đối giữa CHT và CĐĐ. Thứ hai, thiết kế cắt ngang chưa thể hiện diễn tiến nhân quả theo thời gian và cuối cùng, mẫu bệnh nhân được lấy tại một trung tâm duy nhất chưa mang tính đại diện cao cũng như chưa có sự đối chiếu trực tiếp tỷ lệ tương đồng giữa CHT và CĐĐ trên cùng một nhóm bệnh nhân.

Tóm lại, việc ứng dụng các triệu chứng lâm sàng đặc hiệu như một công cụ sàng lọc không chỉ nâng cao hiệu quả chẩn đoán mà còn giúp sử dụng hợp lý, tối ưu hóa các nguồn lực y tế cận lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 119 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng-cùng, chúng tôi rút ra các kết luận: (1) Các triệu chứng cơ năng có tỉ lệ cao hơn triệu chứng thực thể trong đó triệu chứng đau lan theo

rière, rối loạn cảm giác hay yếu cơ theo phân bố rễ L5 chiếm tỉ lệ cao nhất. (2) Một số triệu chứng lâm sàng (rối loạn cảm giác chủ quan; đau lan theo rễ L4, L5, S1; rối loạn cảm giác theo khoanh da L4, L5, S1; yếu cơ theo khoanh cơ do rễ L4, L5; giảm hoặc mất phản xạ gối, gót) có giá trị gợi ý tổn thương rễ trên CHT hoặc trên CĐĐ.

VI. KIẾN NGHỊ

Trên lâm sàng, dựa trên một số triệu chứng có giá trị gợi ý tổn thương rễ trên CHT hoặc CĐĐ, bác sĩ có thể chỉ định cho bệnh nhân chụp CHT và CĐĐ bổ sung để chẩn đoán xác định bệnh lý rễ thần kinh thắt lưng-cùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cho SC, Ferrante MA, Levin KH, Harmon RL, So YT. Utility of electrodiagnostic testing in evaluating patients with lumbosacral radiculopathy: an evidence-based review. *Muscle Nerve*. 2010;42(2):276-282. doi:10.1002/mus.21759.
2. Ekedahl H, Jönsson B, Annertz M, Frobell RB. Accuracy of Clinical Tests in Detecting Disk Herniation and Nerve Root Compression in Subjects With Lumbar

Radicular Symptoms. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2018;99:726-35.

3. Jin H et al. A Systematic Review of Treatment Guidelines for Lumbar Disc Herniation. *Neurospine*. 2025;22(2):389-402.
4. Lee JH and SH Lee. Physical examination, magnetic resonance image, and electrodiagnostic study in patients with lumbosacral disc herniation or spinal stenosis. *J Rehabil Med*. 2012;44(10):845-50.
5. Montaner-Cuello et al. Comparison of Magnetic Resonance Imaging with Electrodiagnosis in the Evaluation of Clinical Suspicion of Lumbosacral Radiculopathy. *Diagnostics*. 2024;14(12):1258-10.
6. Petersen T et al. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2017;18(1):188-23.
7. Preston DC, Shapiro BE. *Electromyography and Neuromuscular Disorders: Clinical-Electrophysiologic Correlations*. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
8. Yousif S et al. Correlation between Findings in Physical Examination, Magnetic Resonance Imaging, and Nerve Conduction Studies in Lumbosacral Radiculopathy Caused by Lumbar Intervertebral Disc Herniation. *Adv Orthop*. 2020: e9719813-6.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ HẠN CHẾ CHỨC NĂNG THEO THANG ĐIỂM ROLAND-MORRIS Ở NGƯỜI BỆNH ĐAU THẮT LƯNG MẠN TÍNH

Trần Trung Hiếu¹, Trần Thị Diệp¹, Phạm Xuân Hiệp¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Đau thắt lưng mạn tính là bệnh lý cơ xương khớp phổ biến, ảnh hưởng đáng kể đến khả năng lao động, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống. Người bệnh không chỉ chịu đau kéo dài mà còn gặp khó khăn trong các hoạt động thường ngày như đi lại, cúi người, thay đổi tư thế hay tự chăm sóc cá nhân. Tình trạng đau kéo dài có thể dẫn đến giảm vận động, yếu cơ và gia tăng mức độ hạn chế chức năng. Đáng chú ý, cường độ đau không phải lúc nào cũng phản ánh đầy đủ mức độ ảnh hưởng đến khả năng vận động và sinh hoạt, do đó cần có công cụ đánh giá toàn diện hơn.

Thang điểm Roland-Morris được sử dụng rộng rãi nhằm đánh giá mức độ hạn chế chức năng trong đau thắt lưng mạn tính, giúp phản ánh rõ hơn tác động của bệnh lên đời sống người bệnh so với việc chỉ đo lường đau. Việc mô tả đặc điểm lâm sàng và mức độ hạn chế chức năng có ý nghĩa quan trọng trong định hướng điều trị, phục hồi chức năng và theo dõi hiệu quả can thiệp. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu sử dụng thang điểm này còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và mức độ hạn chế chức năng theo thang Roland-Morris ở người bệnh đau thắt lưng mạn tính.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá mức độ hạn chế chức năng theo thang điểm Roland-Morris ở người bệnh đau thắt lưng mạn tính. Đồng thời, xác định mối liên quan giữa điểm số Roland-Morris với một số đặc điểm lâm sàng của người bệnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên người bệnh ≥ 18 tuổi bị đau thắt lưng mạn tính trên 3 tháng, điều trị ngoại trú; loại trừ các bệnh lý cột sống nghiêm trọng. Dữ liệu thu thập bằng phỏng vấn

¹Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Hiếu

Email: Trantrunghieul16031992@gmail.com

Mã bài: N630

Ngày nhận bài: 16/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2026

Ngày duyệt bài: 16/5/2026