

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: Trantrunghieut16031992@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

với bộ câu hỏi gồm đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và thang Roland–Morris. Các biến lâm sàng gồm vị trí đau, mức độ đau (NRS), đau khi đổi tư thế, thời điểm xuất hiện và đau lan chân. Hạn chế chức năng được đánh giá bằng Roland–Morris (0–24 điểm), điểm cao hơn phản ánh hạn chế nhiều hơn.

Kết quả: Người bệnh đau thắt lưng mạn tính chủ yếu ở độ tuổi trung niên – cao tuổi, với cường độ đau trung vị NRS là 6. Vị trí đau thường gặp nhất là hai bên (48,4%). Đau xuất hiện nhiều khi thay đổi tư thế, đặc biệt ở động tác đứng–ngồi (73%), nằm–ngồi (53,2%), ngồi–đứng (41,3%) và ngồi–nằm (32,5%); 42,1% có đau lan xuống chân.

Điểm Roland–Morris trung vị là 12, với 95,2% người bệnh có hạn chế chức năng. Điểm RMDQ tương quan dương yếu với tuổi ($r_s = 0,18$; $p = 0,05$) và tương quan dương mạnh với cường độ đau ($r_s = 0,59$; $p < 0,01$). Ngoài ra, RMDQ liên quan với đau khi thay đổi tư thế (ngồi–đứng, đứng–ngồi), thời điểm đau trong ngày (trưa, chiều) và đau lan xuống chân ($p < 0,05$).

Kết luận: Người bệnh đau thắt lưng mạn tính có mức độ hạn chế chức năng đáng kể trong sinh hoạt hằng ngày. Mức độ hạn chế này liên quan đến tuổi, cường độ đau, đau khi thay đổi tư thế, thời điểm xuất hiện đau trong ngày và tình trạng đau lan xuống chân. Thang điểm Roland–Morris là công cụ hữu ích để đánh giá mức độ hạn chế chức năng và hỗ trợ định hướng can thiệp phục hồi chức năng phù hợp.

Từ khóa: Đau thắt lưng mạn tính, Roland–Morris, Hạn chế chức năng, Chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND FUNCTIONAL LIMITATION ACCORDING TO THE ROLAND–MORRIS DISABILITY QUESTIONNAIRE IN PATIENTS WITH CHRONIC LOW BACK PAIN

Backgrounds: Chronic low back pain is a common musculoskeletal disease, significantly affecting working ability, daily activities, and quality of life. Patients not only suffer from prolonged pain but also have difficulties in daily activities such as walking, bending, changing posture, or performing personal care. Persistent pain may lead to reduced movement, muscle weakness, and increased level of functional limitation. Notably, pain intensity does not always fully reflect the level of impact on movement and daily activities; therefore, a more comprehensive assessment tool is needed.

The Roland–Morris scale is widely used to assess the level of functional limitation in chronic low back pain, helping to more clearly reflect the impact of the condition on patients' lives compared to measuring pain alone. Describing clinical characteristics and the level of functional limitation is important for orienting treatment, rehabilitation, and monitoring intervention effectiveness. However, in Vietnam, studies using this scale are still limited. Therefore, this study was conducted to describe clinical characteristics and the level of functional limitation according to the Roland–Morris scale in patients with chronic low back pain.

Objectives: To describe the clinical characteristics and assess the degree of functional limitation according to the Roland–Morris Disability Questionnaire in patients

with chronic low back pain. In addition, to determine the relationship between Roland–Morris scores and selected clinical characteristics of the patients.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on patients aged ≥ 18 years with chronic low back pain lasting more than 3 months, treated as outpatients; serious spinal pathologies were excluded. Data were collected through interviews using a questionnaire including demographic characteristics, clinical characteristics, and the Roland–Morris scale. Clinical variables included pain location, pain intensity (NRS), pain when changing posture, time of pain occurrence, and radiating leg pain. Functional limitation was assessed using the Roland–Morris scale (0–24 points); higher scores indicate greater limitation.

Results: Patients with chronic low back pain were mainly middle-aged to elderly, with a median NRS pain intensity of 6. The most common pain location was bilateral (48.4%). Pain frequently occurred when changing posture, especially standing to sitting (73%), lying to sitting (53.2%), sitting to standing (41.3%), and sitting to lying (32.5%); 42.1% had radiating leg pain.

The median Roland–Morris score was 12, with 95.2% of patients having functional limitation. RMDQ scores had a weak positive correlation with age ($r_s = 0.18$; $p = 0.05$) and a strong positive correlation with pain intensity ($r_s = 0.59$; $p < 0.01$). In addition, RMDQ scores were associated with pain when changing posture (sitting to standing, standing to sitting), time of pain occurrence during the day (noon, afternoon), and radiating leg pain ($p < 0.05$).

Conclusions: Patients with chronic low back pain experience significant functional limitation in daily activities. This limitation is associated with age, pain intensity, pain during position changes, time of pain occurrence during the day, and radiating pain to the leg. The Roland–Morris Disability Questionnaire is a useful tool for assessing functional limitation and supporting the selection of appropriate rehabilitation interventions.

Key words: Chronic low back pain, Roland–Morris, Functional limitation, Quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng (ĐTL) là tình trạng đau hoặc khó chịu khu trú từ bờ dưới xương sườn thứ 12 đến nếp lằn mông, có thể lan xuống chân và thường không xác định được nguyên nhân cụ thể [1]. Khi triệu chứng kéo dài hoặc tái phát trên 3 tháng, tình trạng này được xem là đau thắt lưng mạn tính. Đây là một trong những bệnh lý cơ xương khớp phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây hạn chế chức năng trên toàn thế giới. Theo nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2021, có khoảng 619 triệu người đang sống chung với ĐTL vào năm 2020 và con số này dự báo sẽ tăng lên 843 triệu người vào năm 2050 [2].

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Chuong và cộng sự năm 2019 ghi nhận có 27,75% người trưởng thành bị đau vùng thắt lưng, cho thấy đây là một trong những vị trí đau phổ biến nhất trong cộng đồng [3]. Đau thắt lưng mạn tính không chỉ gây đau kéo

dài mà còn ảnh hưởng đáng kể đến vận động, lao động, sinh hoạt hằng ngày và chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, mức độ đau không phản ánh đầy đủ mức độ hạn chế chức năng, do đó cần công cụ đánh giá toàn diện hơn. Bộ câu hỏi Roland–Morris (RMDQ) là công cụ phổ biến để đánh giá hạn chế chức năng ở người bệnh ĐTL mạn tính, đã được chứng minh có độ tin cậy và giá trị cao trong thực hành lâm sàng [4]. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện vẫn còn ít nghiên cứu ứng dụng RMDQ ở người bệnh ĐTL mạn tính. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm 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.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu cắt ngang 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. Mẫu được chọn thuận tiện tại phòng khám đa khoa trị liệu và phục hồi chức năng An Nhiên (01/2025–10/2025). Cỡ mẫu tối thiểu 114, dự kiến hao hụt 10%, tổng số 126 người bệnh. Người tham gia được giải thích mục tiêu và đồng ý trước khi thu thập dữ liệu.

Tiêu chí chọn vào: Người tham gia là bệnh nhân ≥ 18 tuổi, bị đau thắt lưng kéo dài liên tục hoặc tái phát trên 3 tháng, đến khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám đa khoa trị liệu và phục hồi chức năng An Nhiên. Người bệnh có khả năng giao tiếp tiếng Việt, tự nguyện tham gia nghiên cứu và ký phiếu đồng thuận sau khi được giải thích đầy đủ thông tin.

Tiêu chí loại ra: Loại trừ các trường hợp không có khả năng giao tiếp tiếng Việt hoặc có dấu hiệu “cờ đỏ” gợi ý bệnh lý cột sống nghiêm trọng như sốt, sụt cân không rõ nguyên nhân, ung thư, chấn thương cột sống cấp, nhiễm trùng cột sống, hội chứng chùm đuôi ngựa hoặc bệnh lý viêm hệ thống đang hoạt động nặng.

Kiểm soát sai lệch số liệu: Nghiên cứu được Hội đồng Y đức của Đại học Quốc tế Hồng Bàng phê duyệt. Người tham gia được tuyển chọn theo tiêu chí, giải thích mục tiêu, ký đồng thuận và phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi cấu trúc. Năm sinh đối chiếu với CCCD; chiều cao, cân nặng đo trực tiếp để tính BMI. Dữ liệu được kiểm tra, mã hóa, lưu trữ và nhập liệu theo quy trình thống nhất nhằm đảm bảo chính xác và bảo mật.

Phương pháp phân tích thống kê: Dữ liệu được nhập bằng Microsoft Excel 365, làm sạch và phân tích bằng SPSS 22.0. Biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ; biến định lượng bằng trung bình

$\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). Phân phối chuẩn kiểm tra bằng Shapiro–Wilk. So sánh dùng Chi-square/Fisher cho biến định tính và t-test/Mann–Whitney U cho biến định lượng. Ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Có 126 người bệnh tham gia nghiên cứu, chủ yếu là trung niên và cao tuổi. Nhóm >60 tuổi chiếm cao nhất 56 người (44,4%), tiếp theo 50–60 tuổi 40 người (31,7%); các nhóm còn lại chiếm tỷ lệ thấp. Nữ giới chiếm ưu thế với 78 người (61,9%). Cường độ đau NRS trung vị là 6 [5;7], dao động 2–10 điểm, cho thấy mức đau chủ yếu từ trung bình đến nặng.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của người tham gia nghiên cứu (n=126)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Phân loại BMI		
< 18,5	2	1.6
18,5 – 22,9	42	33.3
≥ 23 – 24,9	38	30.2
25 – 29,9	38	30.2
≥ 30	6	4.8
Trình độ học vấn		
Biết đọc biết viết	3	2.4
Tiểu học	1	0.8
Trung học cơ sở	26	20.6
Trung học phổ thông	22	17.5
Trên trung học phổ thông	74	58.7
Nghề nghiệp		
Sinh viên	1	0.8
Công nhân viên chức	21	16.7
Lao động phổ thông	21	16.7
Nội trợ	24	19
Nghỉ hưu	43	34.1
Nghề nghiệp khác	16	12.7
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	9	7.1
Đã kết hôn	112	88.9
Khác	5	4

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Hút thuốc		
Có	30	23.8
Không	96	76.2
Uống rượu		
Có	39	31
Không	87	69

BMI chủ yếu trong giới hạn bình thường hoặc thừa cân nhẹ, với các mức 18,5–22,9 chiếm 33,3%, 23–24,9 chiếm 30,2% và 25–29,9 chiếm 30,2%; chỉ có 1,6% thiếu cân và 4,8% béo phì. Trình độ học vấn chủ yếu trên trung học phổ thông (58,7%), tiếp theo là trung học cơ sở (20,6%) và trung học phổ thông (17,5%).

Về nghề nghiệp, nhóm nghỉ hưu chiếm tỷ lệ cao nhất (34,1%), tiếp theo là nội trợ (19,0%), trong khi công nhân viên chức và lao động phổ thông đều chiếm 16,7%. Đa số người bệnh đã kết hôn (88,9%), có 23,8% hút thuốc lá và 31,0% có uống rượu.

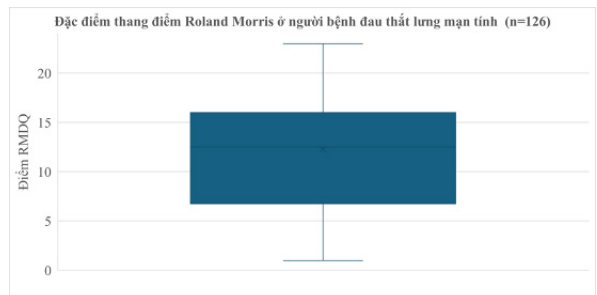
Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của người tham gia nghiên cứu (n=126)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Vị trí đau		
Trái	35	27.8
Phải	30	23.8
Hai bên	61	48.4
Ngồi sang nằm		
Có	41	41
Không	85	85
Nằm sang ngồi		
Có	67	53.2
Không	59	46.8
Ngồi sang đứng		
Có	52	41.3
Không	74	58.3
Đứng sang ngồi		
Có	92	73
Không	34	27

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Đau vào buổi sáng		
Có	40	31.7
Không	86	68.3
Đau vào buổi trưa		
Có	85	67.5
Không	41	32.5
Đau vào buổi chiều		
Có	73	57.9
Không	53	42.1
Đau vào buổi tối		
Có	43	34.1
Không	83	65.9
Đau lan xuống chân		
Có	53	42.1
Không	73	57.9

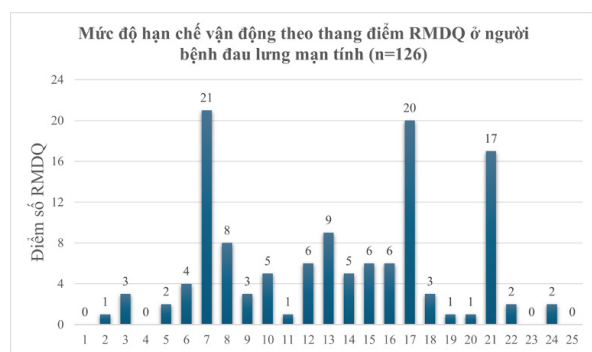
Đặc điểm lâm sàng cho thấy vị trí đau thường gặp nhất là hai bên cột sống thắt lưng với 61 người (48,4%), tiếp theo là bên trái 35 người (27,8%) và bên phải 30 người (23,8%). Đau khi thay đổi tư thế xuất hiện phổ biến, chủ yếu ở động tác đứng–ngồi (73,0%) và nằm–ngồi (53,2%), ngoài ra còn gặp ở ngồi–đứng (41,3%) và ngồi–nằm (41,0%).

Về thời điểm đau, buổi trưa gặp nhiều nhất (67,5%), tiếp theo là buổi chiều (57,9%), buổi tối (34,1%) và buổi sáng (31,7%). Có 42,1% người bệnh ghi nhận đau lan xuống chân.



Hình 1. Biểu đồ Boxplot thể hiện đặc điểm thang điểm Roland Morris ở người bệnh đau thắt lưng mạn tính (n=126)

Điểm RMDQ phản ánh mức độ hạn chế chức năng của người bệnh có trung vị là 12 điểm, khoảng tứ phân vị [7; 16], với giá trị nhỏ nhất là 1 và lớn nhất là 23 điểm.



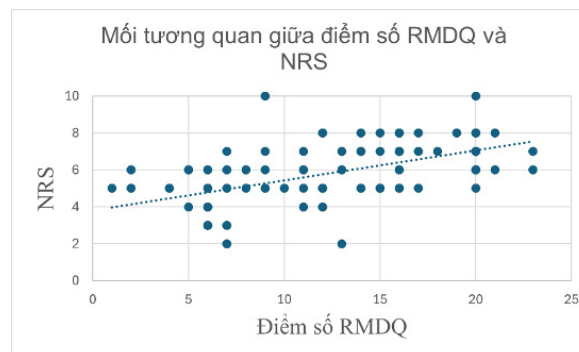
Hình 2. Mức độ hạn chế vận động theo thang điểm RMDQ ở người bệnh đau thắt lưng mạn tính (n=126)

Điểm Roland–Morris ghi nhận từ 1 đến 23, không có trường hợp 0, 3, 22 và 24 điểm. Người bệnh chủ yếu tập trung ở mức hạn chế trung bình, với các điểm thường gặp nhất là 6 điểm (16,7%), 16 điểm (15,9%) và 20 điểm (13,5%). Một số mức khác như 12 điểm (7,1%), 7 điểm (6,3%) và 11, 14, 15 điểm (4,8%) cũng xuất hiện. Các mức điểm thấp (1–4) chiếm tỷ lệ thấp, trong khi các mức cao (17–19, 23 điểm) chỉ gặp rải rác. Nhìn chung, phần lớn người bệnh có mức hạn chế chức năng từ trung bình đến cao.

Bảng 3. Mối liên quan giữa điểm Roland–Morris và một số đặc điểm lâm sàng ở người bệnh đau thắt lưng mạn tính

Đặc điểm	Điểm RMDQ	Giá trị kiểm định Giá trị p
Đau chuyển từ ngồi sang đứng		
Có	11.5 [6;15.75]	U= 2904 p<0.05*
Không	14.5 [7;18.25]	
Đau chuyển từ đứng sang ngồi		
Có	12 [6;16]	U= 1163.5 p<0.05*
Không	16 [10.5;18.5]	
Đau vào buổi trưa		
Có	11 [6;16]	U= 1147 p<0.01*
Không	16 [12;17.5]	
Đau vào buổi chiều		
Có	12 [7;15]	U= 1200 p<0.01*
Không	14 [12;16]	
Đau lan xuống chân		
Có	11 [6;14]	U= 1337 p<0.01*
Không	16 [7.5;19]	

Điểm RMDQ có liên quan đến một số đặc điểm lâm sàng. Người bệnh có đau khi chuyển từ ngồi sang đứng và từ đứng sang ngồi có điểm RMDQ khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không đau ($p < 0,05$). Ngoài ra, RMDQ cũng liên quan với đau vào buổi trưa, buổi chiều và đau lan xuống chân ($p < 0,01$). Nhìn chung, các triệu chứng này đi kèm với sự khác biệt rõ rệt về mức độ hạn chế chức năng ở người bệnh đau thắt lưng mạn tính.



Hình 3. Biểu đồ phân tán thể hiện mối tương quan giữa điểm số RMDQ và NRS

Điểm RMDQ có mối tương quan dương mạnh với cường độ đau ($rs = 0,59$; $p < 0,001$), tương ứng mức tương quan vừa đến mạnh theo Cohen, cho thấy mức độ hạn chế vận động tăng rõ rệt khi cường độ đau tăng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh đau thắt lưng mạn tính có đặc điểm nhân khẩu học và lối sống đa dạng, chủ yếu là trung niên và cao tuổi, trong đó nữ giới chiếm ưu thế. BMI phần lớn ở mức bình thường hoặc thừa cân nhẹ; trình độ học vấn chủ yếu trên trung học phổ thông; nghề nghiệp chủ yếu là nghỉ hưu và nội trợ; đa số đã kết hôn. Các đặc điểm này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước, cho thấy tuổi cao và giới tính nữ là những yếu tố liên quan đến đau thắt lưng mạn tính và hạn chế chức năng [2, 3].

Về đặc điểm lâm sàng, đau hai bên cột sống thắt lưng là phổ biến nhất, kèm đau khi thay đổi tư thế và đau lan xuống chân. Các triệu chứng này liên quan chặt chẽ đến mức độ hạn chế chức năng theo Roland–Morris, với điểm chủ yếu ở mức trung bình đến cao, cho thấy hạn chế sinh hoạt đáng kể. Điểm RMDQ tương quan dương mạnh với cường độ đau ($rs = 0,59$; $p < 0,001$), phản ánh đau tăng đi kèm giảm chức năng, phù hợp với các nghiên cứu trước [4, 5].

Ngoài ra, đau khi thay đổi tư thế (ngồi–đứng, đứng–ngồi), đau vào buổi trưa và buổi chiều, cũng như đau lan xuống chân đều có liên quan có ý nghĩa

thống kê với điểm RMDQ. Điều này cho thấy tính chất và thời điểm xuất hiện đau có thể ảnh hưởng đến mức độ hạn chế chức năng, đồng thời nhấn mạnh cần đánh giá toàn diện triệu chứng lâm sàng trong chẩn đoán và can thiệp [6-8]. Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với các khuyến cáo về việc sử dụng thang Roland–Morris như một công cụ PROMs đáng tin cậy trong theo dõi chức năng vận động ở người bệnh đau thắt lưng mạn tính, qua đó hỗ trợ định hướng can thiệp phục hồi chức năng hiệu quả [4].

Nhìn chung, nghiên cứu cho thấy người bệnh đau thắt lưng mạn tính tại dân số nghiên cứu có hạn chế chức năng rõ rệt, đặc biệt khi có đau khi thay đổi tư thế và đau lan xuống chân. Kết quả nhấn mạnh vai trò của RMDQ trong đánh giá toàn diện và hỗ trợ cá thể hóa can thiệp nhằm cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh đau thắt lưng mạn tính chủ yếu thuộc nhóm trung niên và cao tuổi, nữ chiếm ưu thế, BMI chủ yếu bình thường hoặc thừa cân nhẹ, và trình độ học vấn tương đối cao. Phần lớn có hạn chế chức năng từ trung bình đến cao, với điểm Roland–Morris trung vị là 12. Mức độ hạn chế này liên quan rõ với cường độ đau, tuổi, đau khi thay đổi tư thế, thời điểm đau trong ngày và đau lan xuống chân. Thang Roland–Morris là công cụ hữu ích trong đánh giá chức năng, giúp phản ánh mức độ hạn chế và

định hướng can thiệp phục hồi chức năng phù hợp. Kết quả nhấn mạnh vai trò của đánh giá toàn diện chức năng vận động nhằm tối ưu hóa điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống và hạn chế tiến triển chức năng lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Farley, T., et al., Chronic low back pain: History, symptoms, pain mechanisms, and treatment. 2024. 14(7): p. 812.
2. Mattiuzzi, C., G. Lippi, and C. Bovo, Current epidemiology of low back pain. Journal of Hospital Management and Health Policy, 2020. 4.
3. Chuong, N.V., et al., Pain incidence, assessment, and management in Vietnam: a cross-sectional study of 12,136 respondents. Journal of Pain Research, 2019: p. 769-777.
4. Roland, M. and R. Morris, A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. Spine (Phila Pa 1976), 1983. 8(2): p. 141-4.
5. Brinkman, M., et al., Current use of PROMs and factors associated with their use in patients with nonspecific low back pain. 2019. 3(4): p. e10194.
6. Airaksinen, O., Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J, 2006. 15(Suppl 2): p. S192-300.
7. Koes, B.W., M.W. van Tulder, and S. Thomas, Diagnosis and treatment of low back pain. Bmj, 2006. 332(7555): p. 1430-4.
8. Hancock, M.J., et al., Systematic review of tests to identify the disc, SIJ or facet joint as the source of low back pain. Eur Spine J, 2007. 16(10): p. 1539-50.

KHẢO SÁT CÁC BIẾN THỂ CỦA THẦN KINH DƯỚI Ổ MẮT TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH

Trần Thị Mai Thùy¹, Phạm Anh Hoàng¹, Võ Thị Thúy Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các biến thể của thần kinh dưới ổ mắt (TKDOM) trên cắt lớp vi tính (CLVT).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 210 bệnh nhân được chụp CLVT mũi xoang tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2025 đến tháng 05/2025.

Kết quả: Theo phân loại của Ferenc, tỉ lệ TKDOM loại 1, 2 và 3 lần lượt là 65,2%; 21,7% và 13,1%. Tỉ lệ gấp góc của đoạn thần kinh trong ống dưới ổ mắt là 64,8%, có sự khác biệt giữa các loại thần kinh ($p < 0,05$). Góc tạo bởi phần trước dây thần kinh với mặt phẳng song song khẩu cái cứng và mặt phẳng song song vách ngăn mũi lần lượt là $58,9 \pm 10,3$ độ và $19,4 \pm 7,5$ độ. Khoảng cách từ lỗ dưới ổ mắt đến bờ dưới ổ mắt (khoảng cách IOF-IOF) là $8,1 \pm 1,8$ mm và đến bờ ngoài hố mũi (khoảng cách IOF-PA) là $12,5 \pm 2,2$ mm.

Mức độ nhô vào lòng xoang hàm của thần kinh có tương quan thuận với khoảng cách IOF - IOF; đồng thời, vị trí thoát ra của thần kinh có xu hướng dịch chuyển vào trong, gần hơn về phía bờ ngoài hố mũi. Tỉ lệ xuất hiện tế bào Haller là 28,8%. Trong đó, TKDOM đi chung vách với tế bào Haller chiếm 28,9%, đi trong vách xoang hàm chiếm

¹Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mai Thùy

Email: maithuyd@ump.edu.vn

Mã bài: N592

Ngày nhận bài: 18/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/4/2026

Ngày duyệt bài: 10/5/2026