

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: HỘI CHỨNG CƠ HÌNH LÊ DO CƠ HÌNH LÊ TÁCH ĐÔI

Vũ Thị Hình¹, Nguyễn Văn Liệu¹, Hoàng Nguyên Tài²,
Phạm Thu Phương¹, Nguyễn Thị Ánh Ngọc¹, Trần Thị Trinh¹

TÓM TẮT

Hội chứng cơ hình lê (piriformis syndrome - PS) là một nguyên nhân hiếm gặp gây đau vùng mông và đau thần kinh tọa, thường do chấn thương, viêm, co thắt hoặc thoái hóa. Tuy nhiên, biến thể giải phẫu bẩm sinh là một nguyên nhân hiếm gặp. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 59 tuổi được chẩn đoán hội chứng cơ hình lê do biến thể giải phẫu loại B (theo phân loại của Beaton và Anson) – trong đó nhánh mạc chung của thần kinh tọa đi xuyên qua giữa hai bó của cơ hình lê. Bệnh nhân có cải thiện bước đầu với điều trị bảo tồn bằng kỹ thuật tiêm corticosteroid dưới hướng dẫn của siêu âm kết hợp với các bài tập kéo giãn cơ. Báo cáo ca bệnh này nhằm mục đích nâng cao nhận thức của các bác sĩ chuyên khoa thần kinh và cơ xương khớp về hội chứng cơ hình lê, đặc biệt trên những bệnh nhân đau thần kinh tọa mạn tính không điển hình.

Từ khóa: Hội chứng cơ hình lê, biến thể giải phẫu cơ hình lê, nghiệm pháp FAIR.

SUMMARY

PIRIFORMIS SYNDROME CAUSED BY A SPLIT PIRIFORMIS MUSCLE: A CASE REPORT

Piriformis syndrome (PS) is a rare cause of buttock pain and sciatica, most commonly resulting from trauma, inflammation, muscle spasm, or degenerative changes. However, congenital anatomical variants represent an uncommon etiology. We report the case of a 59-year-old woman diagnosed with piriformis syndrome caused by a type B anatomical variant

according to the Beaton and Anson classification, in which the common fibular division of the sciatic nerve passes between the two bundles of the piriformis muscle. The patient achieved initial clinical improvement with conservative management consisting of ultrasound-guided corticosteroid injection combined with piriformis stretching exercises. This case report aims to increase awareness among neurologists and musculoskeletal physicians of piriformis syndrome, particularly in patients presenting with atypical chronic sciatica.

Keywords: Piriformis syndrome, piriformis muscle anatomical variant, FAIR test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng cơ hình lê (piriformis syndrome - PS) là một nguyên nhân hiếm gặp nhưng quan trọng gây đau thắt lưng và đau thần kinh tọa, do thần kinh tọa (sciatic nerve - SN) bị chèn ép tại khuyết hông lớn. Nguyên nhân phổ biến nhất thường liên quan đến các bất thường của cơ hình lê (piriformis muscle - PM) bao gồm phì đại, viêm hoặc biến thể giải phẫu. Mặc dù được Yeoman mô tả lần đầu tiên vào năm 1928, PS vẫn thường bị chẩn đoán nhầm hoặc chậm trễ do tỷ lệ mắc thấp, biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và thiếu các xét nghiệm chẩn đoán mang tính quyết định⁸. Trước những thách thức này, việc hiểu rõ các dấu hiệu khám lâm sàng, đánh giá điện sinh lý và các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tiên tiến là yếu tố then chốt để chẩn đoán chính xác và xử trí hiệu quả⁴.

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hình

Email: hinhvt@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 7/6/2026

Ngày phản biện khoa học: 27/7/2026

Ngày duyệt bài: 7/8/2026

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 59 tuổi, đến khám tại bệnh viện của chúng tôi với tiền sử 3 năm đau mạn tính vùng mông phải, lan xuống mặt sau đùi và vùng bẹn. Cảm giác đau tăng dần, đặc biệt là sau khi ngồi lâu, đứng, đi bộ hoặc leo cầu thang. Dù đã đi khám nhiều nơi và chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng nhiều lần, bệnh nhân đều được chẩn đoán đau rễ thần kinh do bệnh lý đĩa đệm thắt lưng, tuy nhiên các triệu chứng không thuyên giảm sau điều trị. Gần đây, bệnh nhân xuất hiện teo cơ và yếu chân phải, dẫn đến đi lại khó khăn, đi khoảng 50m phải dừng lại nghỉ do đau. Khám lâm sàng ghi nhận có teo cơ nhẹ ở vùng đùi và bắp chân phải. Cơ lực chân phải đạt 4/5 so với chân trái là 5/5. Nghiệm pháp Lasègue dương tính ở góc 45°. Nghiệm pháp FAIR (Gập, khép và xoay trong khớp háng) khởi phát cơn đau dữ dội ở vùng mông và lan xuống chân phải. Các thăm khám thần kinh và mạch máu khác chưa phát hiện bất thường.

III. CẬN LÂM SÀNG

Kết quả đo dẫn truyền thần kinh thường quy cho thấy biên độ đáp ứng của thần kinh mác nông bên phải giảm, trong khi dẫn truyền vận động thần kinh mác sâu và thần kinh chày, cũng như sóng F và phản xạ H đều trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên, khi tiến hành làm nghiệm pháp FAIR, thời gian tiềm (latency) của phản xạ H bên phải kéo dài từ 27,7 ms lên 30,3 ms. Phát hiện này định hướng chúng tôi cần thăm dò sâu hơn, bởi tổn thương thoát vị đĩa đệm mức độ nhẹ trên các phim chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng trước đó không đủ để giải thích toàn bộ triệu chứng của bệnh nhân (Hình 1).

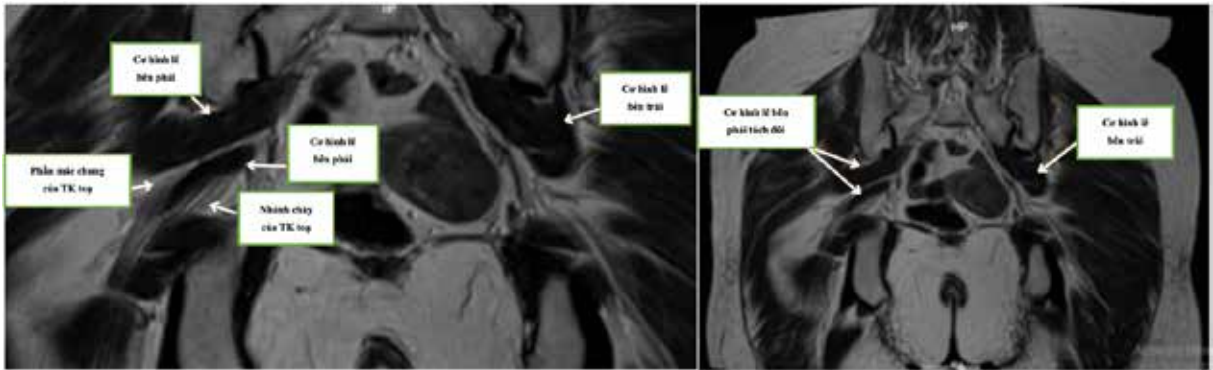
Điện cơ kim sau đó cho thấy dấu hiệu tổn thương thần kinh mạn tính (đơn vị vận động

cao, rộng, đa pha, kết tập giảm) ở các cơ chày trước, cơ bụng chân trong, cơ nhị đầu đùi, trong khi cơ mông nhỡ và cơ cạnh sống ngang mức L5-S1 không bị ảnh hưởng. Kết quả chẩn đoán điện giúp định khu tổn thương thuộc bệnh lý thần kinh toạ đoạn gần hơn là tổn thương rễ L5-S1 hay đám rối thắt lưng. Do đó, bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ chuyên sâu tập trung vào thần kinh toạ và các cấu trúc lân cận, đặc biệt là vị trí đi ra của thần kinh ở cơ hình lê.



Hình 1. Phim cộng hưởng từ cột sống thắt lưng (Mũi tên đỏ chỉ vị trí thoát vị đĩa đệm thắt lưng mức độ nhẹ tại tầng L4-L5 và L5-S1.)

Phim chụp cộng hưởng từ cho thấy hình ảnh cơ hình lê bên phải tách đôi thành hai phần, với nhánh mác chung của thần kinh toạ đi xuyên qua giữa hai bó cơ này (Hình 2). Không phát hiện thêm bất thường giải phẫu hoặc biến thể nào khác về mối tương quan với các cấu trúc xung quanh. Biến thể giải phẫu hiếm gặp này tương ứng với Loại B theo phân loại Beaton và Anson về các biến thể của thần kinh toạ. Ở giải phẫu thông thường, thần kinh toạ đi phía dưới cơ hình lê; tuy nhiên, ở biến thể Loại B, thần kinh mác chung đi xuyên giữa hai phần bị tách đôi của cơ hình lê⁵.



Hình 2. Phim MRI cho thấy cơ hình lê bên phải bị chia làm hai bó, với nhánh mạc chung của thần kinh tọa đi ở giữa. (PM: Cơ hình lê; SN: Thần kinh tọa).

IV. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Dựa trên các dữ kiện lâm sàng, điện sinh lý và hình ảnh học, chúng tôi chẩn đoán hội chứng cơ hình lê liên quan đến biến thể giải phẫu loại B theo phân loại Beaton và Anson. Bệnh nhân được điều trị bằng hai đợt tiêm lidocaine 2%, 10mg/2mL và corticosteroid (Diprospan Injection (5+2) mg/ml) vào cơ hình lê bên phải dưới hướng dẫn của siêu âm, mỗi đợt cách nhau một tháng, phối hợp với phác đồ bài tập kéo giãn cơ chuyên biệt. Theo dõi sau điều trị 3 tháng, bệnh nhân vẫn cho thấy có cải thiện triệu chứng lâm sàng, đỡ đau và có thể đi được một đoạn đường dài hơn trước, ngồi hoặc leo cầu thang dễ dàng hơn. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn liên quan điều trị.

V. BÀN LUẬN

Sự không tương xứng giữa biểu hiện lâm sàng và hình ảnh cận lâm sàng cột sống thắt lưng ở bệnh nhân này là gợi ý quan trọng giúp chúng tôi tiếp cận chẩn đoán. Trước khi nhập viện, bệnh nhân bị đau mạn tính và được chẩn đoán là bệnh lý rễ thần kinh, song các triệu chứng không cải thiện dù đã tuân thủ điều trị.

Chẩn đoán phân biệt của đau thần kinh tọa bao gồm bệnh lý rễ (L5-S1), bệnh lý đám rối thắt lưng cùng và bệnh lý thần kinh tọa khu trú. Triệu chứng lâm sàng đau vùng mông lan xuống đùi, bụng chân, nghiệm pháp Lasègue dương tính có thể gặp trong cả 3 bệnh lý trên. Kết quả đo dẫn truyền kết hợp điện cơ kim sau đó giúp chúng ta định khu tổn thương tại đoạn gần thần kinh tọa. Về nguyên nhân, bệnh lý tổn thương thần kinh tọa khu trú là cực kỳ hiếm gặp và PS là một trong những nguyên nhân hiếm thấy của nó. Mặc dù không đe dọa đến tính mạng, hội chứng này có thể gây ra những tàn phế phối hợp đáng kể cho người bệnh⁷.

Trong ca bệnh này, nghiệm pháp FAIR dương tính cũng đóng là một gợi ý quan trọng giúp định hướng cho chẩn đoán PS. Nghiệm pháp được thực hiện khi bệnh nhân nằm ngửa, khớp háng bên tổn thương gấp 65° và khớp gối gấp 90°, sau đó thực hiện xoay trong và khép khớp háng⁶. Nghiệm pháp FAIR có độ nhạy lên tới 85% trong việc xác định PS³.

Theo Hopayian, PS thường đặc trưng bởi 4 dấu hiệu lâm sàng: đau vùng mông, ấn đau vùng khuyết hông lớn, đau tăng lên khi ngồi lâu và đau tăng khi thực hiện các nghiệm pháp

làm tăng độ căng của cơ hình lê. Bên cạnh nghiệm pháp FAIR, các nghiệm pháp lâm sàng khác như nghiệm pháp Beatty, dấu hiệu cơ hình lê (Piriformis sign), dấu hiệu Pace và dấu hiệu Freiberg cũng có giá trị gợi ý cao cho chẩn đoán PS¹.

Cùng với các thử nghiệm lâm sàng, thăm dò điện sinh lý thần kinh có thể hỗ trợ đắc lực cho chẩn đoán PS. Trong khi các thăm dò điện sinh lý trạng thái tĩnh (không kích thích) có giá trị chẩn đoán hạn chế, độ chính xác của phương pháp này có thể được nâng cao bằng cách đánh giá cơ hình lê khi thực hiện các động tác, ví dụ như trong nghiệm pháp FAIR, như đã được chứng minh trong ca bệnh của chúng tôi. Phương pháp này tiến hành so sánh thời gian tiềm của phản xạ H ở tư thế giải phẫu trung gian với tư thế khi làm nghiệm pháp FAIR. Khoảng thời gian tiềm kéo dài hơn 1,86 ms trong nghiệm pháp FAIR được xem là dấu hiệu quan trọng về điện sinh lý để chẩn đoán PS².

Chẩn đoán được củng cố bởi hình ảnh cộng hưởng từ với hình ảnh cơ hình lê bên phải tách đôi thành hai phần, và nhánh mạc chung của thần kinh tọa đi xen giữa. Biểu thể giải phẫu này tương ứng với loại B trong bảng phân loại của Beaton và Anson. Trong khi loại A đại diện cho cấu trúc giải phẫu “thông thường” và là biểu thể hay gặp nhất (chiếm 85,2% đến 90% số ca), loại B được xác định là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến sự khởi phát của hội chứng cơ hình lê, chiếm khoảng 1,6% các trường hợp⁵.

Điều trị bảo tồn PS tập trung vào kiểm soát triệu chứng đau cơ và thần kinh bằng các thuốc đường uống, bao gồm thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs), thuốc giãn cơ

và các thuốc giảm đau do nguyên nhân thần kinh, kết hợp với vật lý trị liệu. Mục tiêu chính của vật lý trị liệu là tác động vào cơ chế bệnh sinh thông qua việc làm giãn cơ hình lê và kéo căng các nhóm cơ phối hợp xung quanh nhằm giải phóng thần kinh bị chèn ép. Các bài tập kéo giãn có thể thực hiện ở cả tư thế đứng và nằm ngửa, kết hợp gấp háng - gối, khép háng và xoay trong đùi (tương tự như nghiệm pháp FAIR).

Đối với những bệnh nhân không đáp ứng đầy đủ với điều trị bảo tồn, các kỹ thuật can thiệp tiêm tại chỗ có thể được cân nhắc, bao gồm thuốc gây tê cục bộ, corticosteroid, botulinum toxin (BTX-A) hoặc phối hợp các chất này. Mặc dù tiêm corticosteroid và lidocaine giúp giảm đau tạm thời và tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân tham gia tập lý trị liệu, chúng không giải quyết triệt để được bất thường giải phẫu học của PS và thường đòi hỏi phải tiêm nhắc lại. Tiêm BTX-A đã được chứng minh đem lại hiệu quả giảm triệu chứng kéo dài đến 3 tháng, giảm tần suất phải tiêm lại, song chi phí điều trị cao hơn. Đối với các trường hợp kháng trị nghiêm trọng, can thiệp ngoại khoa như phẫu thuật giải ép thần kinh có thể được chỉ định³. Ở bệnh nhân này, bước đầu chúng tôi ưu tiên lựa chọn phương án tiêm phối hợp corticosteroid và lidocaine vì tính sẵn có và hiệu quả về mặt chi phí. Việc theo dõi liên tục sau điều trị là cần thiết để đánh giá hiệu quả lâu dài và định hướng các bước xử trí tiếp theo.

VI. KẾT LUẬN

PS là một bệnh lý hiếm gặp và thường bị bỏ sót trên lâm sàng, gây ra các cơn đau kiểu thần kinh tọa dễ nhầm lẫn với các bệnh phổ biến

hơn như bệnh lý đĩa đệm và rễ thần kinh thắt lưng. Việc chẩn đoán chính xác đòi hỏi phải thăm khám lâm sàng toàn diện, kết hợp chặt chẽ với các thăm dò điện sinh lý thần kinh và chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu, từ đó định hướng chiến lược điều trị thích hợp nhất cho người bệnh.

ĐẠO ĐỨC TRONG CÔNG BỐ CA BỆNH

Người bệnh đã được giải thích về việc sử dụng thông tin lâm sàng và hình ảnh cho mục đích công bố và đã đồng ý bằng văn bản. Các thông tin nhận dạng cá nhân được bảo mật và ẩn danh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hopayian K, Danielyan A.** Four symptoms define the piriformis syndrome: an updated systematic review of its clinical features. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2018;28(2):155-164. doi:10.1007/s00590-017-2031-8
2. **Jankovic D, Peng P, van Zundert A.** Brief review: piriformis syndrome: etiology, diagnosis, and management. *Canadian Journal of Anesthesia.* 2013;60(10):1003-1012. doi:10.1007/s12630-013-0009-5
3. **Kirschner JS, Foye PM, Cole JL.** Piriformis syndrome, diagnosis and treatment. *Muscle & Nerve.* 2009;40(1):10-18. doi:10.1002/mus.21318
4. **Lee EY, Margherita AJ, Gierada DS, Narra VR.** MRI of Piriformis Syndrome. *American Journal of Roentgenology.* 2004;183(1):63-64. doi:10.2214/AJR.183.1.1830063
5. **Marchese CR, Graves AL, Pautler BJ, Dye D, Creamer BA, Dennis JF.** Beaton and Anson Type A Classification of the Sciatic Nerve and Piriformis Complex: Clinical Considerations for Sex and Laterality. *Anatomia.* 2024;3(3):182-191. doi:10.3390/anatomia3030014
6. **Othman IK, Raj NB, Siew Kuan C, et al.** Association of Piriformis Thickness, Hip Muscle Strength, and Low Back Pain Patients with and without Piriformis Syndrome in Malaysia. *Life.* 2023;13(5):1208. doi:10.3390/life13051208
7. **Robinson DR.** Piriformis syndrome in relation to sciatic pain. *The American Journal of Surgery.* 1947;73(3):355-358.
8. **Yeoman W.** The relation of arthritis of the sacro-iliac joint to sciatica, with an analysis of 100 cases. *The Lancet.* 1928;212(5492):1119-1123. doi:10.1016/S0140-6736(00)84887-4