

hơn so với nữ. Ở nam, trong bảy chỉ số so sánh thì có ba chỉ số không thấy có sự khác biệt giữa hai nửa mặt là chỉ số Z - Cg, O - Cg và Nc - Cg; còn bốn chỉ số còn lại thì có thể thấy rằng nửa mặt bên phải lớn hơn nửa mặt bên trái, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nữ thì ngược lại, chỉ có ba chỉ số là Zy - Cg, J - Cg và Ag - Cg là có sự khác biệt giữa hai nửa mặt trái - phải. Những chỉ số có sự khác biệt ở hai nửa mặt của nam và nữ có một đặc điểm chung là kích thước nửa mặt bên phải lớn hơn nửa mặt bên trái. Đặc điểm mặt này tương đồng với nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc³. So với các quốc gia khác, kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu trên 43 đối tượng người Ấn Độ ở độ tuổi 18 - 25 tuổi⁶. Sự khác biệt này có thể do nhóm đối tượng nghiên cứu được lựa chọn là khác nhau và có thể liên quan đến các yếu tố môi trường như thói quen ăn uống.

V. KẾT LUẬN

Các chỉ số mô tả kích thước theo chiều ngang, chiều dọc khối xương mặt và liên quan đến sự cân đối so mặt trên phim sọ mặt thẳng đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ (kích thước của nam lớn hơn kích thước của nữ).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Tuấn Anh, Nguyễn Thị Thu Phương, Võ Trương Như Ngọc và cộng sự** (2016). Nghiên cứu một số chỉ số, số đo, kích thước đầu mặt trên phim sọ nghiêng từ xa ở một nhóm sinh viên người Việt tuổi từ 18-25 có khớp cắn bình thường. Tạp chí Y Học Việt Nam, Số CĐ - tập 466, 56-62.
2. **Nguyễn Lê Hùng, Tống Minh Sơn, Nguyễn Văn Huy** (2020). Tương quan mô cứng và mô mềm trên phim mặt nghiêng ở người dân tộc Kinh 18-25 tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam, số 1&2 (487), 210-214
3. **Võ Trương Như Ngọc** (2014), "Phân tích kết cấu đầu mặt và thẩm mỹ khuôn mặt" Nhà xuất bản y học, 28 - 29, 43 - 46.
4. **Khan T., Ahmed, Erum Gul, et al** (2013), "Cephalometric measurements of a Pakistani adult sample according to Jarabak's analysis", J Pak Med Assoc 63 (11), 1345-8, 2013.
5. **Mona Pokharel, Situ Lal Shrestha** (2019), "Cephalometric evaluation of Brahmins of Kathmandu, Nepal based on Jarabak's analysis", Journal of Kathmandu Medical College, 8 (1), pp. 13-19.
6. **Sruthi H., Aravind Kumar S, Sivakumar Arvind** (2022), "Rakosi Jarabak Analysis for the South Indian Population - A Cross-Sectional Study: Original Research", International Journal of Orthodontic Rehabilitation, 13 (2), pp. 47 - 63.
7. **Wadie Gilada, Amal Abuaffan, Marwa Hamid** (2021), "Orthognathic cephalometric norms for a sample of Sudanese adults", Journal of Head & Neck Physicians and Surgeons 9 (1), pp. 20-27.

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM ROLAND MORRIS Ở BỆNH NHÂN ĐAU THẦN KINH TỌA DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM

Mai Văn Duy¹, Trần Thị Tô Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Áp dụng thang điểm Roland Morris đánh giá mức độ đau và hạn chế vận động ở bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm và khảo sát mối liên quan giữa thang điểm Roland Morris với hình ảnh tổn thương cột sống trên cộng hưởng từ và các đặc điểm lâm sàng khác. **Đối tượng:** 68 bệnh nhân điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai, trong thời gian từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 07 năm 2022, có triệu chứng lâm sàng đau thần kinh tọa gợi ý do thoát vị đĩa đệm và được khẳng định bằng hình ảnh chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Bệnh nhân được khám

lâm sàng, chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng, đánh giá mức độ hạn chế vận động bằng thang điểm Roland Morris gồm 24 câu hỏi. **Kết quả:** Điểm RMDQ trung bình là $16,94 \pm 3,582$, không gặp điểm RMDQ dưới 6 và trên 21. Số bệnh nhân có điểm RMDQ là 18 chiếm tỉ lệ cao nhất (20,6%). Sự khác biệt điểm RMDQ trung bình giữa nhóm có và không có dấu hiệu lâm sàng của đau thần kinh tọa trong hầu hết các dấu hiệu là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điểm trung bình RMDQ theo số tầng đĩa đệm thoát vị không có sự khác biệt, $p > 0,05$. Điểm trung bình RMDQ tăng khi mức độ hẹp ống sống tăng lên, $p < 0,05$. **Kết luận:** Có thể sử dụng thang điểm Roland Morris đánh giá mức độ hạn chế vận động cột sống và sinh hoạt do tình trạng đau lưng ở bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. Điểm trung bình của RMDQ có mối liên quan với mức độ hẹp ống sống.

Từ khóa: Roland Morris (RMDQ), Đau thần kinh tọa, hẹp ống sống

SUMMARY

APPLICATION OF THE ROLAND MORRIS DISABILITY QUESTIONNAIRE IN

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Mai Văn Duy

Email: maivanduydtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022

PATIENTS WITH SCIATICA DUE TO DISC HERNIATION

Objectives: Apply the Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) to assess pain and mobility limitations in patients with sciatica due to disc herniation and investigate the relationship between the Roland Morris scale and the image of spine injuries magnetic resonance and other clinical features. **Subjects:** 68 inpatients treated at the Center of Rheumatology at Bach Mai Hospital, during the period from November 2021 to July 2022, with clinical symptoms of sciatica suggestive of disc herniation cushion and confirmed by magnetic resonance imaging of the lumbar spine. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. The patient underwent clinical examination, magnetic resonance imaging of the lumbar spine, and assessed the degree of mobility restriction using RMDQ of 24 questions. **Results:** The mean RMDQ score was 16.94 ± 3.582 , no RMDQ scores below 6 and above 21. The number of patients with RMDQ scores of 18 accounted for the highest percentage (20.6%). The difference in RMDQ score was statistically significant with $p < 0.05$. The mean score of RMDQ increased as the degree of spinal stenosis increased, this difference was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** The Roland Morris Disability Questionnaire can be used to assess the severity of sciatica due to disc herniation. The mean score of RMDQ is related to the degree of spinal stenosis. **Keywords:** Roland Morris (RMDQ), sciatica, spinal stenosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa là thuật ngữ Y học chỉ tình trạng đau nhức xảy ra dọc dây thần kinh tọa. Các cơn đau lan rộng xuống khu vực cẳng chân, ngón chân là triệu chứng điển hình nhất để phân biệt bệnh lý này¹. Thoát vị đĩa đệm do những thay đổi thoái hóa liên quan đến tuổi tác, và hiếm khi chấn thương, là nguyên nhân phổ biến nhất. Hiện nay chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng được xem là một kĩ thuật có giá trị trong hỗ trợ chẩn đoán và định hướng điều trị đau thần kinh tọa do khả năng đánh giá chính xác mức độ, vị trí, thể thoát vị đĩa đệm cũng như mức độ hẹp ống sống. Trên thế giới, đau cột sống thắt lưng nói chung và đau thần kinh tọa nói riêng thường được theo dõi và đánh giá dựa trên các thang điểm lâm sàng như Oswestry, Quebec, SF36, Thang điểm Roland Morris (RMDQ),... Tại Việt Nam, việc sử dụng và đánh giá bệnh nhân đau thần kinh tọa dựa trên thang điểm Roland Morris còn chưa phổ biến. Các nghiên cứu trong nước sử dụng RMDQ áp dụng phần lớn trong đánh giá cải thiện triệu chứng bệnh nhân trước và sau can thiệp ngoại khoa. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm hai mục tiêu:

1. *Áp dụng thang điểm Roland Morris đánh giá mức độ đau và hạn chế vận động ở bệnh*

nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm

2. *Khảo sát mối liên quan giữa thang điểm Roland Morris với hình ảnh tổn thương cột sống trên cộng hưởng từ và các đặc điểm lâm sàng khác.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân điều trị nội trú tại Trung tâm Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai, trong thời gian từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 07 năm 2022, có triệu chứng lâm sàng đau thần kinh tọa gợi ý do thoát vị đĩa đệm và được khẳng định bằng hình ảnh chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đau thần kinh tọa do các nguyên nhân khác như trượt đốt sống; viêm đốt sống đĩa đệm do lao, u, nhiễm khuẩn,...; viêm cột sống dính khớp; viêm khớp cùng chậu; viêm khớp liên mấu; thoái hóa khớp liên mấu; tình trạng mang thai.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Bệnh nhân thuộc đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng theo hội chứng rễ và cột sống, đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng, đánh giá mức độ hạn chế vận động bằng thang điểm Roland Morris gồm 24 câu hỏi, thấp nhất là 0 điểm tương ứng hạn chế vận động tối thiểu, cao nhất là 24 điểm tương ứng hạn chế vận động tối đa..

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm 68 bệnh nhân

Phân tích và xử lý số liệu

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

- Các biến số được tính toán các tỷ lệ %, tính các giá trị trung bình, sử dụng các thuật toán thống kê so sánh các tỷ lệ và so sánh giá trị trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mức độ bệnh theo thang điểm RMDQ

Bảng 1: Phân bố điểm RMDQ

Điểm	Tỉ lệ %	Điểm	Tỉ lệ %	Điểm	Tỉ lệ %
0	0	9	0	18	20,6
1	0	10	5	19	11,8
2	0	11	1,5	20	13,2
3	0	12	1,5	21	13,2
4	0	13	1,5	22	0
5	0	14	8,8	23	0
6	1,5	15	1,5	24	0
7	0	16	10,3	Điểm RMDQ	

8	1,5	17	5,9	trung bình: 16,94 ± 3,582
---	-----	----	-----	------------------------------

Nhận xét: Điểm RMDQ phân bố chủ yếu ở mức từ 14 – 21 điểm, không gặp điểm RMDQ dưới 6 và trên 21, Trong đó số bệnh nhân có điểm RMDQ là 18 chiếm tỉ lệ cao nhất (20,6%). Điểm RMDQ trung bình là 16,94 ± 3,582.

3.2. Môi liên quan giữa thang điểm Roland Morris và đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương trên cộng hưởng từ

Bảng 2: Điểm trung bình RMDQ theo đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Dấu hiệu lâm sàng		n	X ± SD	p
Valleix	Có	55	18,02 ± 2,705	p < 0,05
	Không	13	12,38 ± 3,305	
Bấm chuông	Có	50	18,04 ± 2,725	p < 0,05
	Không	18	13,89 ± 3,969	
Lassgue	Có	53	17,68 ± 3,062	p < 0,05
	Không	15	14,33 ± 4,152	
Tổn thương rễ L5	Có	42	17,31 ± 3,302	p > 0,05
	Không	26	16,35 ± 3,989	
Tổn thương rễ S1	Có	33	18,09 ± 2,626	p < 0,05
	Không	35	15,86 ± 4,038	
Co cứng cơ cạnh sống	Có	40	17,9 ± 2,808	p < 0,05
	Không	28	15,57 ± 4,140	
Mất đường cong sinh lí	Có	22	17,86 ± 3,137	p > 0,05
	Không	46	16,5 ± 3,728	
NP tay đất	Có	51	17,82 ± 2,968	p < 0,05
	Không	17	14,29 ± 4,058	
Nghiệm pháp Schober	Có	48	17,69 ± 2,983	p < 0,05
	Không	20	15,15 ± 4,295	
Giảm phản xạ gân xương	Có	32	18,75 ± 1,918	p < 0,05
	Không	36	16,94 ± 3,582	
Rối loạn cảm giác	Có	13	18,92 ± 1,605	p < 0,05
	Không	55	16,47 ± 3,766	
Rối loạn cơ tròn	Có	5	19,20 ± 1,304	p > 0,05
	Không	63	16,76 ± 3,649	
VAS	Trung bình	45	15,62 ± 3,651	p < 0,05
	Nặng	23	19,52 ± 1,337	

Nhận xét: Điểm RMDQ trung bình ở các đa số các dấu hiệu lâm sàng bao gồm: Dấu hiệu

Valleix, Lassgue, Bấm chuông, tổn thương rễ S1, rối loạn phản xạ gân xương, rối loạn cảm giác, co cứng cơ cạnh sống, nghiệm pháp tay đất, nghiệm pháp Schober điểm VAS mức độ nặng cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có các triệu chứng này và VAS mức độ trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Sự khác biệt điểm RMDQ trung bình giữa nhóm có và không có dấu hiệu mất đường cong sinh lí cột sống, tổn thương rễ L5, rối loạn cơ tròn không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3: Điểm trung bình RMDQ theo tổn thương trên hình ảnh cộng hưởng từ

		n	X ± SD	p
Số tầng đĩa đệm thoát vị	1	28	17,14 ± 3,407	p > 0,05
	2	21	15,90 ± 4,288	
	3	9	18,00 ± 3,122	
	4	9	17,89 ± 2,619	
	5	1	15,00 ± 0,000	
Hẹp ống sống	Không hẹp	9	12,78 ± 2,682	p < 0,05
	Hẹp tương đối	30	17,30 ± 3,007	
	Hẹp tuyệt đối	29	17,86 ± 3,563	

Nhận xét: Sự khác biệt điểm RMDQ trung bình giữa các nhóm theo số tầng đĩa đệm thoát vị không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Điểm RMDQ tăng dần theo mức độ hẹp ống sống, điểm RMDQ trung bình ở nhóm hẹp ống sống tuyệt đối cao nhất, tiếp đến là hẹp ống sống tương đối, thấp nhất là nhóm không có hẹp ống sống. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Trong những năm qua, việc nghiên cứu và đánh giá các thang điểm lâm sàng trong lượng giá đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm đã được thực hiện rộng rãi, trong đó có một số thang điểm được áp dụng rộng rãi như thang điểm Roland Morris, SF36, Oswestry, Quebec, McGill...² Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn thang điểm Roland Morris để lượng giá mức độ nặng ở bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. Được xuất bản lần đầu tiên vào năm 1983, Bảng câu hỏi về người khuyết tật Roland-Morris (RMDQ) được thiết kế để đánh giá mức độ hạn chế về thể chất do đau thắt lưng gây ra. Nó được thiết kế để sử dụng trong nghiên cứu nhưng cũng đã được thấy hữu ích để theo dõi bệnh nhân trong thực hành lâm sàng. RMDQ nhạy cảm nhất đối với những bệnh nhân bị khuyết tật nhẹ đến trung bình do đau thắt lưng cấp tính, bán cấp tính hoặc mãn tính³. Ưu điểm

của RMDQ đó là sự đơn giản và thuận tiện cho thầy thuốc. Tuy nhiên nhược điểm là thang điểm này hoàn toàn phụ thuộc vào đánh giá chủ quan của người bệnh và tập trung vào đau thắt lưng, cũng như chưa có phân loại rõ ràng về mức độ điểm nặng nhẹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm RMDQ phân bố chủ yếu ở mức từ 14 – 21 điểm, không gặp điểm RMDQ dưới 6 và trên 21. Trong đó số bệnh nhân có điểm RMDQ là 18 chiếm tỉ lệ cao nhất (20,6%). Điểm RMDQ trung bình là $16,94 \pm 3,582$. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu về so sánh hiệu quả trước và sau can thiệp ngoại khoa của S. Danazumi nghiên cứu trên 60 bệnh nhân đau thần kinh tọa do TVĐĐ cho kết quả RMDQ trung bình $13,4^4$, C. Peul và cộng sự trên 283 bệnh nhân với điểm RMDQ trung bình là $17,3 \pm 3,9^5$. Ngoài ra ở một số nghiên cứu của tác giả nước ngoài như M. Topolska và cộng sự cho thấy thang điểm RMDQ có thể được ứng dụng để đánh giá và so sánh kết quả phục hồi chức năng ở phụ nữ bị đau thắt lưng mãn tính sau khoảng 03 tháng điều trị phục hồi chức năng 6, hay như của M. Monticone và cộng sự cho thấy thang điểm RMDQ tỏ ra nhạy bén trong việc phát hiện những thay đổi lâm sàng sau khi điều trị bảo tồn với bệnh nhân đau thắt lưng cấp và mạn⁷. Nghiên cứu của Stratford và cộng sự chỉ ra rằng giá trị ngưỡng 4 điểm là có ý nghĩa để đánh giá sự cải thiện lâm sàng của bệnh nhân trước và sau điều trị.⁸

Cũng theo nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân có các triệu chứng của hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh có điểm trung bình RMDQ cao hơn so với nhóm không có triệu chứng. Sự khác biệt này giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở hầu hết các triệu chứng. Các dấu hiệu lâm sàng của hai hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh là các dấu hiệu ảnh hưởng nhiều đến số điểm đánh giá theo RMDQ, điều đó chứng tỏ có thể sử dụng bộ câu hỏi RMDQ đánh giá mức độ hạn chế vận động cột sống và sinh hoạt do tình trạng đau lưng của bệnh và theo dõi được tiến triển của bệnh trong quá trình điều trị. Như vậy có sự phù hợp giữa mức độ nặng đánh giá theo chủ quan của bệnh nhân bằng bộ câu hỏi RMDQ và khám lâm sàng của thầy thuốc. Điểm trung bình RMDQ là $15,62 \pm 3,651$ ở bệnh nhân có điểm VAS mức độ trung bình, ở bệnh nhân có điểm VAS mức độ nặng là $19,52 \pm 1,337$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy có mối liên quan giữa 2 thang điểm RMDQ và VAS. Điểm VAS càng cao thì điểm RMDQ tương ứng cũng sẽ

càng cao và ngược lại. Thực tế lâm sàng cho thấy đây là 2 thang điểm được sử dụng tương đối nhiều trong các nghiên cứu về đánh giá hiệu quả điều trị trước và sau các biện pháp can thiệp cũng như bảo tồn. Bản chất của 2 thang điểm đều là đánh giá mức độ đau của người bệnh và hoàn toàn dựa theo đánh giá chủ quan của người bệnh. So với VAS thì RMDQ phức tạp hơn tuy nhiên RMDQ cung cấp nhiều thông tin cho thầy thuốc về những ảnh hưởng của đau lưng đến sinh hoạt và lao động của người bệnh, từ đó giúp người thầy thuốc đưa ra được những phương pháp điều trị không chỉ là thuốc hay can thiệp ngoại khoa, mà còn bao gồm những bài tập vật lý trị liệu, phục hồi chức năng phù hợp với người bệnh. Như vậy trên lâm sàng thầy thuốc hoàn toàn có thể sử dụng thang điểm RMDQ đơn thuần hoặc kết hợp với thang điểm VAS trong đánh giá tình trạng lâm sàng của bệnh nhân.

Đối chiếu giữa số tầng thoát vị với điểm trung bình RMDQ, nhóm thoát vị 01 tầng hay gặp nhất, có điểm RMDQ trung bình là $17,14 \pm 3,407$, điểm RMDQ thấp nhất là ở nhóm thoát vị 05 tầng. Tuy nhiên kết quả đánh giá mức độ nặng theo bộ câu hỏi RMDQ theo số tầng thoát vị không có thấy có sự khác biệt giữa số tầng thoát vị với mức độ nặng trên lâm sàng. Điều này có thể được giải thích là do số tầng thoát vị không phải yếu tố quyết định đến biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân. Một số thể thoát vị như thoát vị nội xoắn hoặc thoát vị ra trước ít gây triệu chứng cho người bệnh. Hoặc một số đĩa đệm ra sau nhưng ít gây chèn ép rễ thần kinh.

Đối chiếu mức độ hẹp ống sống trên cộng hưởng từ với điểm RMDQ cho thấy điểm RMDQ trung bình ở nhóm hẹp ống sống tuyệt đối cao nhất, tiếp đến là hẹp ống sống tương đối, thấp nhất là nhóm không có hẹp ống sống. Mức độ hẹp ống sống càng nặng thì điểm RMDQ càng cao. Sự khác biệt điểm trung bình RMDQ ở nhóm không hẹp ống sống và hẹp ống sống tương đối có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy hẹp ống sống có mối liên quan với mức độ nặng trên lâm sàng theo thang điểm RMDQ, có thể dự đoán có hẹp ống sống khi điểm RMDQ lấy điểm mốc tương ứng từ mức độ hẹp ống sống tương đối là từ $17,30 \pm 3,007$ trở lên.

V. KẾT LUẬN

Điểm RMDQ trung bình là $16,94 \pm 3,582$. Điểm RMDQ phân bố chủ yếu ở mức từ 14 – 21 điểm, không gặp điểm RMDQ dưới 6 và trên 21. Số bệnh nhân có điểm RMDQ là 18 chiếm tỉ lệ cao nhất (20,6%). Sự khác biệt về điểm RMDQ là

có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt điểm RMDQ trung bình trong hầu hết các dấu hiệu lâm sàng giữa nhóm có và không có dấu hiệu là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (ngoại trừ các triệu chứng sau: mất đường cong sinh lý cột sống, tổn thương rễ L5, rối loạn cơ tròn với $p > 0,05$). Như vậy có thể sử dụng thang điểm Roland Morris đánh giá mức độ hạn chế vận động cột sống và sinh hoạt do tình trạng đau lưng của bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm.

Điểm trung bình RMDQ theo số tầng đĩa đệm thoát vị không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Điểm trung bình RMDQ tăng khi mức độ hẹp ống sống tăng lên, $p < 0,05$. Điểm trung bình của RMDQ có mối liên quan với mức độ hẹp ống sống, vì vậy có thể dự đoán có hẹp ống sống khi điểm RMDQ từ $17,30 \pm 3,007$ trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jensen RK, Kongsted A, Kjaer P, Koes B.** Diagnosis and treatment of sciatica. BMJ. Published online November 19, 2019;l6273. doi:10.1136/bmj.l6273
2. **Garg A, Pathak H, Churyukanov MV, Uppin RB, Slobodin TM.** Low back pain: critical assessment of various scales. Eur Spine J. 2020;29(3):503-518. doi:10.1007/s00586-019-06279-5
3. **Stevens ML, Lin CCW, Maher CG.** The Roland Morris Disability Questionnaire. J Physiother. 2016;62(2):116. doi:10.1016/j.jphys.2015.10.003
4. **Danazumi MS, Bello B, Yakasai AM, Kaka B.** Two manual therapy techniques for management of lumbar radiculopathy: a randomized clinical trial. Journal of Osteopathic Medicine. 2021; 121(4):391-400. doi:10.1515/jom-2020-0261
5. **Peul WC, Brand R, Thomeer RTWM, Koes BW.** Influence of gender and other prognostic factors on outcome of sciatica. Pain. 2008;138(1): 180-191. doi:10.1016/j.pain.2007.12.014
6. **Topolska M, Sapuła R, Topolski A, Marczewski K.** Evaluation of the effectiveness of short-term rehabilitation of women with chronic low back pain using the Oswestry and Roland-Morris Disability Scales. Ortop Traumatol Rehabil. 2011;13(4):353-360. doi:10.5604/15093492.955723
7. **Monticone M, Baiardi P, Vanti C, et al.** Responsiveness of the Oswestry Disability Index and the Roland Morris Disability Questionnaire in Italian subjects with sub-acute and chronic low back pain. Eur Spine J. 2012;21(1):122-129. doi:10.1007/s00586-011-1959-3
8. **Stratford PW, Riddle DL.** A Roland Morris Disability Questionnaire Target Value to Distinguish between Functional and Dysfunctional States in People with Low Back Pain. Physiother Can. 2016;68(1):29-35. doi:10.3138/ptc.2014-85

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ CHỈ SỐ DẪN TRUYỀN THẦN KINH NGOẠI VI CHI DƯỚI Ở NGƯỜI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Đỗ Đình Tùng^{1,2}, Nguyễn Thị Hạnh¹, Nguyễn Minh Núi¹

TÓM TẮT

Bệnh lý thần kinh đái tháo đường gồm nhiều biểu hiện do tăng glucose máu mạn tính dẫn đến mất myelin của sợi thần kinh, mất chức năng dẫn truyền. Nghiên cứu làm rõ các đặc điểm một số chỉ số dẫn truyền thần kinh của dây thần kinh ngoại vi chi dưới và tình trạng tổn thương thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 để phát hiện sớm, can thiệp kịp thời. Kết quả cho thấy: Tổn thương dây thần kinh chày phải, chày trái, mác nông phải, mác nông trái lần lượt là 67,21%, 68,85%, 19,7%, 17,2%; Tổn thương dây thần kinh mác phải bằng dây thần kinh mác trái: 86,7%. Dây thần kinh chày, dây thần kinh chày mác, dây thần kinh chày mác nông: thời gian tiềm tàng tăng, biên độ đáp ứng giảm, tốc độ dẫn truyền giảm.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số dẫn truyền thần kinh chày, dây thần kinh chày mác, dây thần kinh chày mác nông giữa bên phải và bên trái. Các dây thần kinh chày phải, chày trái, mác nông có biểu hiện bất thường theo các tỉ lệ khác nhau ở người đái tháo đường.

Từ khóa: Bệnh lý thần kinh ngoại vi; chỉ số dẫn truyền; thời gian tiềm

SUMMARY

INVESTIGATING CHARACTERISTICS OF CONDUCTION INDEX OF LOWER EXTREMITY PERIPHERAL NERVES IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS IN VIETNAM

Diabetes neuropathy is characterized by the impairment of conduction of nerve fibers having symptoms such as pain, tingling, numbness, etc., or being asymptomatic. Investigate some parameters of nerve conduction of lower extremity nerves in type 2 diabetic patients to have an overall strategy for early detection and timely intervention, we found that: Right tibial nerve; left tibial nerve; right peroneal nerve; left peroneal nerve damage: 67.21%; 68.85%; 86.7%; 86.7%. The right superficial peroneal nerve; the left

¹Học viện Quân Y

²Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2022

Ngày duyệt bài: 2.12.2022