

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU TRONG TIÊM PHONG BỂ RỄ THẦN KINH THẮT LƯNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA DSA

### The efficacy of lumbar selective nerve root block under DSA guidance

*Nguyễn Phúc Hoàn\*, Vũ Long\*, Hoàng Nguyên Tài\**

#### SUMMARY

**Objection.** Evaluation of clinical efficacy of lumbar selective nerve root block under DSA guidance

**Subject and methods:** Prospective study on 160 patients at Duc Giang hospital from May 2019 to May 2020 with signs of lumbar radiculopathy. Subjects were undergone lumbar selective nerve root block under DSA guidance and were assessed with visual analog scale (VAS) and Oswestry disability questionnaire (ODI) prior to procedure and at 3 days, 1 week, 2 weeks, 1 month and 2 months follow-up.

**Results:** In 160 patients who undergone lumbar selective nerve root block under DSA guidance, average of age was  $63.1 \pm 12.8$ . Female account for 60.6% of participants. VAS and ODI score were significant improve ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Lumbar selective nerve root block under DSA guidance was an effective method in the treatment of sciatica.

**Key words:** *Lumbar selective nerve root block, DSA, lumbar radiculopathy.*

\* Bệnh viện Đa khoa  
Đức Giang

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đau vùng thắt lưng là một vấn đề sức khỏe lớn có ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh trong các nghiên cứu cộng đồng có thể từ 12 - 35% trong đó có khoảng 10% có thể tiến triển ảnh hưởng mạn tính. Hiện nay có nhiều lựa chọn trong điều trị đau rễ thần kinh thắt lưng. Trong đó, phương pháp tiêm thẩm phân lỗ liên hợp dưới hướng dẫn DSA là một can thiệp ít xâm lấn, ít tai biến và có hiệu quả giảm đau tốt.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

160 BN tại bệnh viện đa khoa Đức Giang có đau rễ thần kinh thắt lưng được tiêm thẩm phân lỗ liên hợp dưới hướng dẫn DSA.

BN vào viện có chẩn đoán lâm sàng đau rễ thần kinh thắt lưng được tiến hành chụp cộng hưởng từ và tiêm thẩm phân lỗ liên hợp dưới hướng dẫn của DSA.

Đánh giá đau theo thang điểm Visual Analog Scale (VAS) từ 1 đến 10

- 1-2 điểm: không đau hoặc gần như không đau
- 2-3: đau mức độ nhẹ, ít ảnh hưởng tới hoạt động
- 4-5: đau mức độ vừa, ảnh hưởng một phần tới hoạt động hàng ngày.
- 6-7: đau mức độ nhiều, ảnh hưởng tới hoạt động hàng ngày.
- 8-10: đau rất nhiều, ảnh hưởng nhiều tới hoạt động hàng ngày, hoặc phải nằm một chỗ.

Điểm chức năng vận động: Tính theo thang Oswestry (ODI) gồm 10 tiêu chí: Mức độ đau tại thời điểm khám bệnh, tự chăm sóc cá nhân, nâng đồ vật, đi bộ, ngồi, đứng, ngủ, hoạt động tình dục, hoạt động xã hội, đi du lịch.

Mức cải thiện điểm ODI: Mức 1 mất nhẹ chức năng giảm 0 - 20%, mức 2 mất vừa giảm 21 - 40%, mức 3 mất đáng kể giảm 41 - 60%, mức 4 mất chức năng rất nhiều 61 - 80% và mức 5 mất hoàn toàn chức năng giảm 81 - 100%.

Mức độ gây hẹp ống sống: Tính theo đường kính ống sống trước sau đo trên lát cắt đứng dọc tại vị trí hẹp.

- Không gây hẹp: Đường kính ống sống trước sau trên 15mm.

- Hẹp nhẹ: Đường kính ống sống trước sau từ 11-15mm.

- Hẹp ống sống: Đường kính ống sống trước sau dưới 10mm.

Mức độ chèn ép vào rễ thần kinh

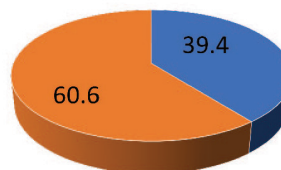
- Không chèn ép
- Chèn ép nhẹ: Đĩa đệm có chèn ép vào rễ thần kinh ngang mức nhưng chưa gây thay đổi về kích thước rễ thần kinh.
- Chèn ép nặng: Đĩa đệm chèn ép gây thay đổi về kích thước và hình dạng của rễ thần kinh.

Thời gian đau:

- Cấp tính: dưới 6 tuần
- Bán cấp: từ 6 tuần đến 12 tuần
- Mạn tính: Trên 12 tuần

**III. KẾT QUẢ**

**1. Phân bố giới tính**



■ Nam ■ Nữ

Nữ chiếm ưu thế với tỷ lệ 60,6% so với 39,4%.

**2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

Tuổi	Số bệnh nhân (n=160)	Tỷ lệ (%)
18 - 39	9	5,6
40 - 60	41	25.6
>60	110	68.8
$\bar{X} \pm SD$	63.1±12.8, min=31, max=99	

Nhóm trên 60 tuổi, chiếm 68.8%, tuổi trung bình 63.1.

**3. Thời gian xuất hiện triệu chứng**

Thời gian xuất hiện	Số bệnh nhân (n=160)	Tỷ lệ (%)
Dưới 6 tuần	80	50.00
Từ 6 đến 12 tuần	54	33.75
Trên 12 tuần	26	16.25

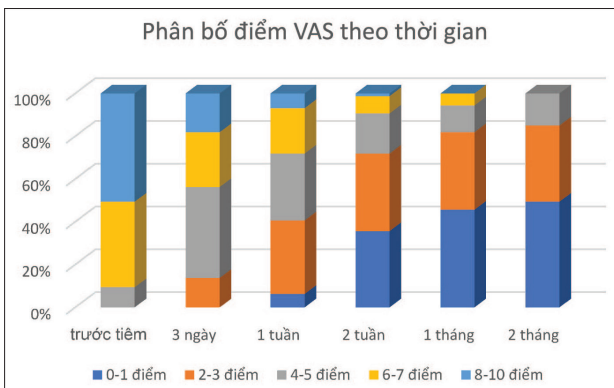
Nhóm bệnh nhân đau cấp tính chiếm tỉ lệ cao nhất 50% số bệnh nhân tham gia. Nhóm bệnh nhân đau mạn tính có tỉ lệ thấp nhất với 16.25%.

**4. Phân bố vị trí đĩa đệm tổn thương**

Vị trí đĩa đệm có tổn thương	Số bệnh nhân/Tổng số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
L1/2	19/160	11,88%
L2/3	24/160	15,00%
L3/4	41/160	25,62%
L4/5	89/160	55,62%
L5/S1	115/160	71,88%

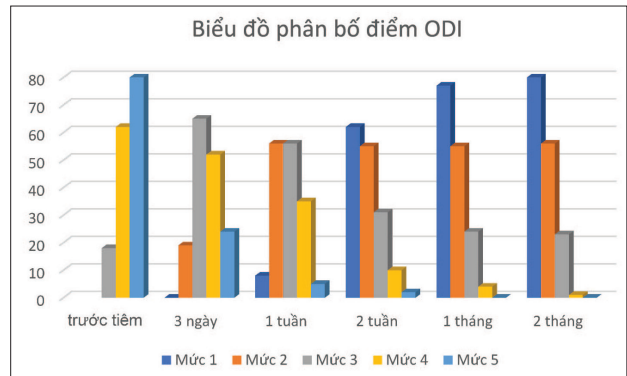
Ở 160 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, vị trí gặp tổn thương đĩa đệm nhiều nhất ở L5/S1 và L4/L5 với tỉ lệ 71.88% và 55.62%. Ít gặp tổn thương đĩa đệm L1/L2 và L2/L3 ít gặp với tỉ lệ 11.88% và 15%.

**5. Thay đổi điểm đau theo thời gian**



Trước can thiệp các bệnh nhân tham gia nghiên cứu có điểm đau từ mức 6 đến 10 (với 145 bn chiếm 90.6%). Sau can thiệp có sự chuyển dịch điểm đau về phân nhóm đau nhẹ hơn: Sau 2 tháng tỉ lệ bệnh nhân hết đau hoàn toàn đạt tới 49.4%, tất cả bệnh nhân đều có mức điểm đau trở về dưới 5 điểm.

**6. Cải thiện chức năng vận động theo thời gian**



Trước khi thực hiện thủ thuật, mức giảm chức năng vận động chủ yếu thuộc mức 4 và mức 5 chiếm tới 88.8%, trong đó 50% thuộc mức 5 và không có bệnh nhân hạn chế vận động mức 1 và mức 2. Sau thủ thuật phong bế cho thấy nhóm bệnh nhân đau mức 4 và mức 5 giảm mạnh, thời điểm theo dõi 1 tháng và 2 tháng không còn ghi nhận trường hợp đau nặng mức 4 và 5. Trong khi nhóm bệnh nhân hạn chế vận động mức 1 và 2 có tỉ lệ tăng lên nhanh sau tiêm, đạt 82.5% thời điểm 1 tháng và 85% tại thời điểm theo dõi sau 2 tháng.

**III. BÀN LUẬN**

**1. Giới**

Trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu có giới tính nữ chiếm ưu thế với tỷ lệ 60,6% so với 39,4% bệnh nhân nam. Tỷ lệ cao của giới tính nữ tương đồng với nghiên cứu của tác giả Alcuife và cs (1999) có tỉ lệ mắc bệnh của nữ là 53% và xác định giới tính nữ là yếu tố nguy cơ độc lập [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định giới tính nữ là yếu tố nguy cơ của bệnh đau rễ thần kinh thắt lưng

**2. Tuổi**

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 63.1±12.8, độ tuổi từ 31 đến 99. Độ tuổi này thấp hơn trong nghiên cứu của Trịnh Tú Tâm và cs có tuổi trung bình là 71.5 [2]. Trong khi nghiên cứu của Tafazal và cs (2009) cho thấy tuổi trung bình thấp hơn là 51.9 [3].

**3. Thời gian xuất hiện triệu chứng**

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ đau cấp tính khá cao tới 50%, tỉ lệ đau mạn tính chiếm tỉ lệ 16.25T%. Tỉ lệ đau mạn tính trong nghiên

cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của El – Yahchouchi và cs (2014) có 87.8% BN đau mạn tính [4]. Tỷ lệ đau mạn tính tương đương nghiên cứu của Lee và cs năm (2013) có 20,1% BN đau mạn tính [5].

#### **4. Phân bố vị trí đĩa đệm tổn thương**

Vị trí gặp tổn thương đĩa đệm nhiều nhất ở L5/S1 và L4/L5 với tỷ lệ 71.88% và 55.62%. Ít gặp tổn thương đĩa đệm L1/L2 và L2/L3 ít gặp với tỷ lệ 11.88% và 15%. Tỷ lệ gặp tổn thương đĩa đệm cao ở tầng L4/L5 và L5/S1 do đây là vị trí bản lề của cột sống, chịu nhiều lực tác động và có tính di động cao.

#### **5. Thay đổi điểm đau theo thời gian**

Điểm VAS giảm nhiều sau can thiệp khi tỷ lệ bệnh nhân đau nặng giảm dần và không còn nhóm đau trên 7 điểm kể từ thời điểm sau 1 tháng. Hiệu quả giảm đau rõ rệt có sự tương đồng với nghiên cứu của Tafazal và cs (2009) [3] và El – Yahchouchi và cs (2014) [4].

#### **6. Thay đổi điểm ODI theo thời gian**

Cùng với sự cải thiện triệu chứng đau theo thang điểm VAS, điểm ODI cũng dần được cải thiện. Sau can

thiệp, tỷ lệ giảm chức năng vận động rất nặng và mất chức năng hoàn toàn chiếm tới 88%, đến thời điểm sau can thiệp 2 tháng tỷ lệ này chỉ còn 0.6%. Sự cải thiện chức năng vận động đáng kể có sự tương đồng với nghiên cứu của Tafazal và cs (2009) [3].

#### **IV. KẾT LUẬN**

Với 160BN, nữ chiếm đa số (60.6%), tuổi trung bình  $63.1 \pm 12.8$ .

Tỷ lệ bệnh nhân đau cấp tính, bán cấp và mạn tính lần lượt là 50%, 33.75% và 16.25%. Vị trí gặp tổn thương đĩa đệm nhiều nhất ở L5/S1 và L4/L5 với tỷ lệ 71.88% và 55.62%.

Mức độ đau theo thang điểm VAS giảm nhiều sau can thiệp khi tỷ lệ bệnh nhân đau nặng giảm dần và không còn nhóm đau trên 7 điểm kể từ thời điểm sau 1 tháng.

Điểm ODI cũng dần được cải thiện. Sau can thiệp, tỷ lệ giảm chức năng vận động rất nặng và mất chức năng hoàn toàn chiếm tới 88%, đến thời điểm sau can thiệp 2 tháng tỷ lệ này chỉ còn 0.6%.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Alcouffe J, Manillier P, Brehier M, Fabin C, Faupin F. Analysis by sex of low back pain among workers from small companies in the Paris area: severity and occupational consequences. *Occup Environ Med*. 1999;56(10):696-701.
2. Trịnh Tú Tâm. Đánh giá hiệu quả tiêm thẩm phân ổ tiếp hợp trong điều trị đau rễ thần kinh thắt lưng do thoát vị đĩa đệm tại bệnh viện hữu nghị. 2018.
3. Tafazal S, Ng L, Chaudhary N, Sell P. Corticosteroids in peri-radicular infiltration for radicular pain: a randomised double blind controlled trial. One year results and subgroup analysis. *Eur Spine J*. 2009;18(8):1220-1225. doi:10.1007/s00586-009-1000-2
4. El-Yahchouchi C, Wald J, Brault J, et al. Lumbar transforaminal epidural steroid injections: does immediate post-procedure pain response predict longer term effectiveness? *Pain Med Malden Mass*. 2014;15(6):921-928. doi:10.1111/pme.12347
5. Lee JW, Choi SW, Park SH, Lee GY, Kang HS. MR-based outcome predictors of lumbar transforaminal epidural steroid injection for lumbar radiculopathy caused by herniated intervertebral disc. *Eur Radiol*. 2013;23(1):205-211. doi:10.1007/s00330-012-2566-3

---

Người liên hệ: Nguyễn Phúc Hoàn, Email: hoanxq@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/8/2020. Ngày chấp nhận đăng: 10/9/2020