

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ NGẮN HẠN CỦA PHƯƠNG PHÁP TIÊM THẨM PHÂN CHỌN LỌC RỄ THẦN KINH VÙNG THẮT LƯNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH

**Primary result: the short - term efficacy  
of selective nerve root block for lumbar radicular  
pain under ct guidance**

*Nguyễn Quỳnh Giang\*, Phạm Mạnh Cường\*, Nguyễn Duy Trinh\*,  
Phạm Minh Thông\**

### SUMMARY

**Purpose:** *Evaluating the short-term efficacy and the safety of SNRB method in treating lumbar discal herniation pain.*

**Methods:** *prospective, 24 patients with lumbar disc herniation treated by SNRB from February to June 2016, the contrast media is used to identify the nerve root before injecting compound of Corticosteroid and Lidocain under CT guidance. Measurements of pain (with pain scale Visual Analogue Score - VAS) and mobility (Disability Index OSWESTRY - ODI) were compared at 1 day, 2 week, 1 month and 3 months after the procedure.*

**Results:** *27 roots are blocked/24 patients, pain scores were significantly reduced compared with before treatment at every follow-up period. The preprocedural mean VAS score was 5.9. At follow-up, mean VAS scores ranged from 1.9 to 2.4. The pre-treatment mean ODI score was 43,6 and it ranged from 9,8 to 19 at follow-up, none grave complication.*

**Conclusion:** *S.N.R.B for lumbar radicular pain is a simple and safe procedure, but its effect is quite high. It is recommended to perform before surgery.*

**Keywords:** *SNRB, discal herniation.*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là bệnh lý có tỷ lệ mắc cao trong cộng đồng và là một trong các nguyên nhân chủ yếu gây đau thắt lưng [1].

Về điều trị bệnh TVĐĐ cột sống thắt lưng ngày nay có 3 phương pháp chính: nội khoa, can thiệp qua da không phẫu thuật và phẫu thuật. Trong đó tiêm thẩm phân cột sống thắt lưng là một phương pháp can thiệp qua da quan trọng với mục tiêu điều trị bảo tồn, được công nhận trong nhiều nghiên cứu trên thế giới về hiệu quả giảm đau và tính an toàn [2].

Với kỹ thuật tiêm thuốc dưới sự trợ giúp của CLVT hoặc tăng sáng truyền hình, thầy thuốc có thể nhìn thấy các cấu trúc giải phẫu trong thủ thuật tiêm và đảm bảo việc đặt kim, đưa thuốc chính xác, cải thiện kết quả và sự an toàn trong khi tiêm so với phương pháp tiêm không có hướng dẫn CĐHA. Trong một số trường hợp triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân không hoàn toàn phù hợp với các khảo sát hình ảnh học (về tầng bệnh hay bên tổn thương) thì tiêm thẩm phân chọn lọc rễ thần kinh là một lựa chọn vừa có tác dụng chẩn đoán vừa để điều trị [3].

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, chẩn đoán xác định là thoát vị đĩa đệm CSTL có chèn ép rễ thần kinh và xác định được đĩa đệm thoát vị tương ứng trên phim MRI.

- Đã điều trị bảo tồn thất bại bằng nội khoa và/hoặc châm cứu và/hoặc vật lý trị liệu và/hoặc tiêm thẩm phân mù, là các ứng cử viên cho các chỉ định phẫu thuật.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các chống chỉ định điều trị tuyệt đối với can thiệp nói chung.

- Bệnh nhân đã được điều trị bằng phẫu thuật thoát vị đĩa đệm CSTL trước đó.

- Bệnh nhân có bệnh lý kết hợp: chấn thương, bệnh lý tuỷ, viêm đa dây TK, lao...

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, không đối chứng.

- Thời gian nghiên cứu: 11/2016 - 6/2016

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai.

### 2.3. Quy trình nghiên cứu

- Lập bệnh án: hỏi bệnh và khám LS

- Chụp MRI đánh giá vị trí, tình trạng tổn thương đĩa đệm, mức độ chèn ép dây TK.

- Chuẩn bị và tiến hành kĩ thuật: giải thích cho bệnh nhân và người nhà hiểu rõ mục tiêu, quá trình và các tai biến có thể xảy ra. Định vị tầng đốt sống dưới máy CLVT, kiểm tra vị trí kim, bơm thuốc cản quang chụp bao rễ thần kinh, tiêm thuốc.

- Đánh giá kết quả điều trị bằng so sánh các thang điểm đau và hạn chế hoạt động trước điều trị, sau điều trị 1 ngày, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

### 2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

- Mức độ đau: thang điểm VAS

- Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt: bộ câu hỏi ODI.

### 2.5. Phương pháp xử lý số liệu

- Chương trình SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của 26 đối tượng nghiên cứu là  $46,42 \pm 13,42$  tuổi (23-79 tuổi, 10 nam/16 nữ).

Các phương pháp điều trị đã sử dụng: 100% dùng thuốc giảm đau, 58% tiêm mù, 33% châm cứu kết hợp vật lý trị liệu.

Vị trí đĩa đệm thoát vị: đĩa đệm L4-5 chiếm 71%, L5-S1: 25%, L3-4: 1%, trong đó lệch phải chiếm 45,8% (11/24), lệch trái 41,6% (10/24) và hai bên là 12,5% (3/24).

Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS trước tiêm thẩm phân:  $5,92 \pm 1,28$  điểm, trong đó nhóm đau vừa (3-4 điểm) chiếm 12,5%, đau nặng (5-6 điểm)

54,2%, đau rất nặng (7-8 điểm) 29,1%, đau nghiêm trọng (9-10 điểm) chiếm 4,2%.

Mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt ODI trước tiêm thẩm phân:  $43,42 \pm 18,04$  điểm, trong đó 4,2% bệnh nhân thuộc nhóm chức năng sinh hoạt tốt (0-20), khá (21-40 điểm) 50%, trung bình (41-60 điểm) 33,3% và kém (> 60 điểm) 12,5%.

### 3.2. Đặc điểm kỹ thuật tiêm thẩm phân

Tổng số: 27 rễ được tiêm/ 24 bệnh nhân, trong đó có 3 bệnh nhân được tiêm hai bên.

Kim sử dụng: 22G (Quincke), liều lượng tiêm:

1ml Prednisolone (Depomedrol 40mg/ml) pha với 1ml Lidocain 2%.

Chúng tôi không gây tê tại chỗ trước tiêm bằng Lidocain.

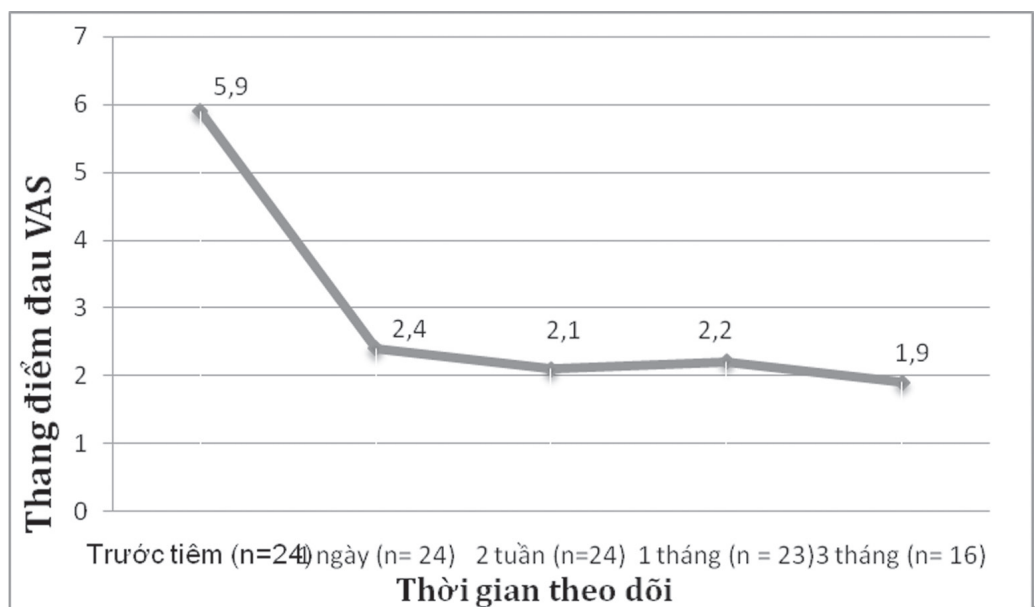
100% bệnh nhân được test thuốc cản quang - 1ml (Omnipaque) xác định vị trí trước khi tiêm Corticoid và Lidocain, thuốc lan theo bao rễ thần kinh.

Thời gian trung bình của thủ thuật 45 phút.

Không có biến chứng nghiêm trọng nào trong quá trình tiến hành cũng như sau thủ thuật: sốc, trụy tim mạch, chảy máu, nhiễm khuẩn, liệt...

### 3.3. Kết quả theo dõi sau can thiệp

Mức độ đau theo thang điểm VAS:

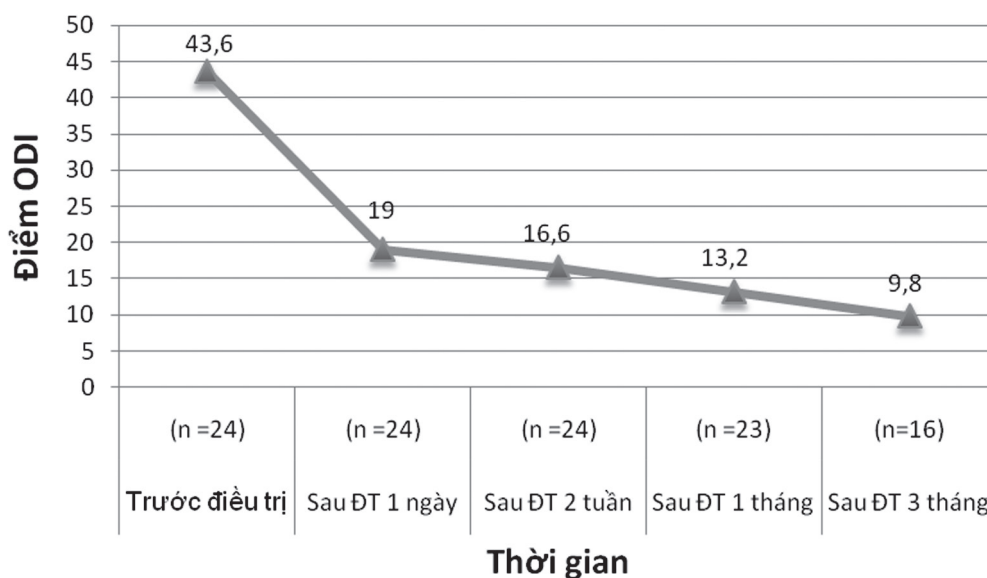


Biểu đồ 1. Thang điểm đau VAS trung bình trước tiêm, sau 1 ngày, 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng

Bảng 1. Điểm đau VAS theo mức độ sau tiêm 3 tháng (n=16)

Mức độ đau	N	%
Không đau	9	56.25
Đau ít (1-2)	4	25
Đau vừa (3-4)	2	12.5
Đau nặng (5-6)	0	0
Đau rất nặng (7-8)	1	6.25
Đau nghiêm trọng (9-10)	0	0
<b>Tổng</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Mức độ hạn chế vận động theo bộ câu hỏi ODI:



Biểu đồ 2. Điểm hạn chế hoạt động trung bình trước tiêm, sau 1 ngày, 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng

Bảng 2. Điểm ODI theo mức độ sau tiêm 3 tháng (n=16)

Mức độ hạn chế hoạt động	N	%
Tốt (0-20)	14 (8 BN 0 điểm)	87,5
Khá (21-40)	1	6,25
Trung bình (41-60)	1	6,25
Kém (> 60)	0	0
<b>Tổng</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Tương quan giữa mức độ đau và mức độ hạn chế hoạt động sinh hoạt:

Bảng 3. Tương quan giữa mức độ đau theo VAS và mức độ hạn chế hoạt động theo ODI

	Mức độ hạn chế hoạt động theo bộ câu hỏi OWESTRY				
	Trước tiêm (n=24)	1 ngày (n=24)	2 tuần (n=24)	1 tháng (n=23)	3 tháng (n=16)
Mức độ đau	0,929*	0,956*	0,936*	0,927*	0,989*

\*p < 0,01

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của các đối tượng là 46,4 tuổi, có sự phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Trần Thị Lan Nhung [4] tuổi trung bình là 42,7, theo Jaro Karppinen và cộng sự là 43,8 tuổi [5]. Hay gặp ở lứa tuổi này là vì quá trình thoái hóa sinh học của

đĩa đệm bắt đầu từ sau 20 tuổi và ngày càng tăng dần do đĩa đệm cột sống phải chịu tác động trọng tải thường xuyên và chịu nhiều tác động cơ học của chấn thương, vì chấn thương trong quá trình lao động.

100% bệnh nhân đã từng dùng thuốc giảm đau, 58% tiêm mù, 33% châm cứu kết hợp vật lý trị liệu. Kết quả cho thấy các bệnh nhân được lựa chọn trong

nghiên cứu của chúng tôi đều là những bệnh nhân đã điều trị thất bại với ít nhất là một trong các phương pháp bảo tồn. Đặc biệt có tới 58% bệnh nhân đã từng tiêm mù giảm đau CSTL tại phòng khám hay bệnh viện cho thấy sự phổ biến của phương pháp đồng thời cũng đặt ra câu hỏi về mức độ chính xác của vị trí tiêm khi không có sự hướng dẫn của chẩn đoán hình ảnh.

Vị trí thoát vị đĩa đệm hay gặp nhất là L4-5 chiếm 71%, L5-S1 chiếm 25% (tổng 96%), kết quả phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Theo nghiên cứu của Jaro Karppinen và cs 2001 là 95% [5]. Các tác giả đều thống nhất rằng đĩa đệm L4-L5 và L5-S1 là những vị trí hay bị thoát vị nhất vì đây là vùng bản lề của cột sống, thường xuyên chịu trọng tải lớn của cơ thể. Hơn nữa, đây là nơi có biên độ vận động lớn nhất mà lại có sự tiếp xúc hẹp giữa rễ thần kinh và đĩa đệm. Trong những điều kiện nhất định, các lực tác động cơ học là yếu tố khởi phát TVĐĐ.

Chóp cùng của tủy sống dừng lại ngang mức L1-L2 nhưng các rễ thần kinh tủy vẫn tiếp tục chạy xuống dưới và rời ống tủy (ra khỏi bao màng cứng) qua các lỗ tiếp hợp tương ứng vì thế rễ càng kéo dài xuống dưới thì góc rời ra khỏi bao màng cứng càng nhọn. Chính vì vậy, khi thoát vị đĩa đệm L4-L5 sẽ chèn ép trước hết là rễ L5 còn rễ L4 chỉ bị chèn ép khi khối thoát vị rất lớn và đẩy ra phía trên vì rễ L4 qua lỗ tiếp hợp ở phía trên ngoài của đĩa đệm này. Đối với đĩa đệm L5-S1 thì chỉ cần một thoát vị sau bên dù nhỏ thì cả hai rễ L5 và S1 đều đồng thời bị chèn ép như nhau do rễ S1 thoát ra khỏi bao màng cứng ở mức này, còn rễ L5 đi qua lỗ liên đốt L5-S1 và là rễ lớn nhất nhưng khoảng trống hoạt động của rễ L5 ở lỗ liên đốt L5-S1 lại rất nhỏ nên dễ gây chèn ép cả rễ L5. Trên thực tế, nhiều bệnh nhân đến viện đau kiểu rễ ở vùng chi phối của rễ L5 và S1 nhưng trên cộng hưởng từ chỉ có TVĐĐ L5-S1 [6]. Đặc điểm giải phẫu này có ý nghĩa lớn trong xác định tầng thoát vị và rễ bị chèn ép tương ứng với lâm sàng đau lan kiểu rễ của bệnh nhân.

#### 4.2. Đặc điểm về kĩ thuật tiêm thẩm phân CSTL

Giá trị hướng dẫn của máy CLVT trong tiêm thẩm phân CSTL là giúp người thực hiện thủ thuật nhìn rõ các cấu trúc giải phẫu và đảm bảo việc đặt kim, đưa thuốc chính xác, điều này đã được đưa vào các khuyến

cáo trên thế giới như AFSSAPS 2011 (hiệp hội an toàn về các chế phẩm y tế Pháp), cũng như khẳng định từ lâu trong các nghiên cứu. Theo Botwin KP và cs 2002, tiêm mù có thể sai vị trí từ 25-40% [3].

Tiêm thẩm phân được thực hiện với quy trình đơn giản, tổng thời gian trung bình thực hiện thủ thuật của chúng tôi chỉ là 45 phút, trong đó tiêm chỉ mất 10-15 phút, còn lại là thời gian theo dõi sau tiêm, bệnh nhân có thể đi và về trong ngày.

Tỉ lệ biến chứng nghiêm trọng chung của các thủ thuật tiêm thẩm phân dưới hướng dẫn CLVT thấp, thường chỉ từ 0,1-0,01% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có biến chứng nghiêm trọng nào trong cũng như sau thủ thuật.

#### 4.3. Hiệu quả điều trị

Chúng tôi theo dõi các đối tượng ở các thời điểm sau can thiệp, cụ thể là 1 ngày, 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Chúng tôi chọn lựa các mốc thời gian này dựa theo các tác giả trong nước và trên thế giới. Chúng tôi sử dụng thang điểm VAS và bộ câu hỏi ODI để đánh giá mức độ đau và mức độ hạn chế hoạt động của đối tượng nghiên cứu. Đây là những công cụ dễ sử dụng, dễ đánh giá, đã được áp dụng nhiều trong các nghiên cứu trong và ngoài nước. Bộ câu hỏi ODI chứa đựng các thông tin chăm sóc cá nhân, nhắc vật nặng, đi bộ, đứng, ảnh hưởng giấc ngủ.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện rõ ràng, có ý nghĩa thống kê về thang điểm VAS, số điểm trung bình của bộ câu hỏi ODI ở thời điểm trước can thiệp và sau can thiệp (giảm 3,5 điểm trong thang điểm VAS và giảm 24,6 điểm ODI ở thời điểm sau 1 ngày). Sự cải thiện này vẫn tiếp tục thấy được cả trong thời gian theo dõi các đối tượng nghiên cứu (3 tháng).

Kết quả cũng cho thấy thang điểm VAS và thang điểm ODI giảm rõ rệt ngay sau khi bệnh nhân được tiến hành tiêm thẩm phân cột sống thất lưng nhờ đó bệnh nhân có thể vận động lại nhanh chóng. Việc giảm đau nhanh và phục hồi vận động sớm giúp bệnh nhân tăng chất lượng cuộc sống, nhanh chóng khắc phục các khó chịu và hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày, tái hòa nhập cộng đồng, ngoài ra còn tránh các biến chứng do lâu không vận động như teo cơ, liệt.

Đặc biệt trước tiêm, nhóm bệnh nhân có điểm đau VAS thuộc đau nặng, rất nặng và nghiêm trọng chiếm tới 87,5%, điểm hạn chế hoạt động sinh hoạt từ khá tới kém chiếm tới 95,8% cho thấy thoát vị gây đau nhiều cũng như ảnh hưởng lớn tới sinh hoạt của bệnh nhân. Kết quả sơ bộ sau tiêm 3 tháng trên 16 bệnh nhân cho thấy có 9 bệnh nhân giảm đau hoàn toàn chiếm 56,25%, tổng số bệnh nhân giảm đau hoàn toàn hoặc đau ít chiếm tới 81,25%. Kết quả có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Marcelo và cs năm 2011 trên

38 bệnh nhân có 22 bệnh nhân giảm đau hoàn toàn, chiếm 58% [8]. Tương tự, sau tiêm số bệnh nhân có điểm ODI thấp (0-20), tức có chức năng sinh hoạt tốt là 14/16 bệnh nhân, chiếm tới 87,5%, trong đó có 8 bệnh nhân chức năng sinh hoạt hoàn toàn bình thường (0 điểm) chiếm 50%, trong nghiên cứu của Marcelo tỷ lệ này là 35%, không có bệnh nhân nào có chức năng sinh hoạt kém. Như vậy sau tiêm đa số bệnh nhân giảm đau tốt và có chức năng sinh hoạt tốt tới hoàn toàn bình thường.

**Bảng 4. Thang điểm VAS của các nghiên cứu**

Tác giả	Năm	n	VAS				
			Trước can thiệp	1 ngày	2 tuần	1 tháng	3 tháng
Jaro Karppinen và cs [5]	2001	79	7,1	-	3,9	3,1	3,13
Tafazal và cs [9]	2009	74	7,3	-	-	4,7	4,8
Nazia Tauheed và cs [10]	2014	60	7,8	-	3,9	4,3	4,6
Chúng tôi	2016	24	5,9	2,4	2,1	2,2	1,9

**Bảng 5. Thang điểm ODI của các nghiên cứu**

Tác giả	Năm	n	VAS				
			Trước can thiệp	1 ngày	2 tuần	1 tháng	3 tháng
Jaro Karppinen và cs [5]	2001	80	42,9	-	28,8	26,8	22,9
Tafazal và cs [9]	2009	74	43,4	-	-	34,6	34,1
Chúng tôi	2016	24	43,6	19	16,6	13,2	9,8

Hai bảng trên so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, cho thấy có sự tương đồng về mức độ giảm điểm đau VAS trong các nghiên cứu sau 3 tháng theo dõi điểm VAS trung bình giảm từ 2,5-4 điểm, trong nghiên cứu của chúng tôi giảm 4 điểm; điểm ODI giảm trong các nghiên từ 10-20 điểm, trong nghiên cứu của chúng tôi giảm 33,8 điểm, cao hơn so với các nghiên cứu, có thể do ảnh hưởng từ điểm đau ban đầu VAS trung bình của nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nên sau khi giảm đau tốt (trung bình 3 điểm) bệnh nhân không bị ảnh hưởng nhiều chức năng sinh hoạt do đau.

Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy mối tương quan tương đối chặt chẽ giữa mức độ đau

với mức độ hạn chế vận động, mối tương quan này thuận chiều và có ý nghĩa thống kê ở thời điểm trước can thiệp, sau can thiệp 1 ngày, 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

**Bệnh án minh họa**

Bệnh nhân nữ, 46 tuổi, đau thắt lưng lan dọc mặt sau xuống gót chân phải 1 tháng nay, hạn chế nhiều đi lại và sinh hoạt, đã điều trị thất bại bằng uống thuốc, mức độ đau VAS 7 điểm, điểm hạn chế hoạt động sinh hoạt ODI 54 điểm. Trên hình ảnh CHT có thoát vị đĩa đệm L5-S1 lệch phải, chèn ép cả rễ L5 và S1 bên phải. Tiêm chọn lọc rễ thần kinh L5 ngang mức bên phải L5-S1, thuốc lan theo bao rễ vào khoang ngoài màng cứng. Sau tiêm điểm VAS và ODI giảm còn 0 điểm sau 1 tuần và không tái phát sau 3 tháng.



Hình 1. Hình CHT các chuỗi xung T1W, T2W cắt đứng dọc, T2W cắt ngang qua đĩa đệm L5-S1



Định vị tầng đốt sống L5-S1 (chụp Topography)



Dán kim định vị trên da tương ứng đĩa đệm L5-S1 thoát vị lệch phải



Chọc kim, kiểm tra đường đi của kim dưới CLVT



Bơm thuốc cản quang xác định vị trí đầu kim



Thuốc lan theo bao rễ thần kinh qua lỗ tiếp hợp



Kiểm tra lại sau bơm hỗn hợp thuốc Corticoid và Lidocain → thuốc tiếp tục lan dọc đường đi dây TK

Hình 2. Các bước trong quá trình tiêm

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp tiêm thẩm phân chọn lọc rễ thần kinh CSTL dưới hướng dẫn CLVT là thủ thuật đơn giản, nhẹ nhàng, bệnh nhân có thể đi lại và xuất viện trong ngày, ít tốn kém, hơn nữa là phương pháp an toàn, không có biến chứng nào nghiêm trọng trong suốt quá trình nghiên cứu. Phương pháp không chỉ mang lại hiệu quả giảm đau nhanh, phục hồi vận động sớm mà hiệu quả này còn tồn tại duy trì trong các thời gian theo dõi sau 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Đây là phương pháp

điều trị nên chọn lựa trước khi quyết định phẫu thuật.

Tuy nhiên đề tài nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số mặt hạn chế do nghiên cứu này mới chỉ là nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng không đối chứng và trên cỡ mẫu nhỏ. Chúng tôi không có nhóm chứng để so sánh xem liệu phương pháp tiêm thẩm phân cột sống thất bại có thực sự hiệu quả hơn phương pháp điều trị truyền thống hay không. Vì vậy cần phải phát triển một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng để trả lời được câu hỏi này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Hữu Lương (2006), Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, Nhà xuất bản Y học.
2. Park JB, Riwe KD, Cho YS, et al. Nerver root blocks in the treatment of lumbar radicular pain. A minimum five - year follow - up. *J Bone Joint Surg Am.* Aug 2006;88(8), pp1722 -5.
3. Botwin KP et al, "Fluoroscopically Guided Lumbar Transforaminal Epidural Steroid and Injections in Degenerative Lumbar Stenosis An Outcome Study", *Am. J. Phys. Med. Rehabil.*, 2002, Vol. 81, No. 12, pp898 -905.
4. Trần Thị Lan Nhung (2006), Bước đầu nghiên cứu hiệu quả điều trị đau vùng thắt lưng do thoát vị đĩa đệm với phương pháp kéo nắn bằng tay, Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa.
5. Karppinen J, Ohinmaa A, Malmivaara A, Kurunlahti M, Kyllönen E, Pienimäki T, Nieminen P, Tervonen O, Vanharanta H. Cost effectiveness of periradicular infiltration for sciatica: subgroup analysis of a randomized controlled trial. *Spine.* 2001;26:2587–2595.
6. Bùi Quang Tuyền (2007), Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, Nhà xuất bản y học Hà Nội.
7. Windsor RE, Storm S, Sugar R. Prevention and management of complications from common spinal injections. *Pain Physician.* 2003;6:473–83.
8. Marcelo F. Gruenberg, Matias Petracchi, Marcelo Valacco, and Carlos Solas. Use of CT-guided periradicular injection for the treatment of foraminal and extraforaminal disc herniations, *Evid Based Spine Care J.* 2011 Aug; 2(3): 19–24.
9. Tafazal S, Ng L, Chaudhary N, Sell P. Corticosteroids in periradicular infiltration for radicular pain: a randomised double blind controlled trial. One year results and subgroup analysis. *Eur Spine J.* 2009;8:1220–1225. doi: 10.1007/s00586-009-1000-2.
10. Nazia Tauheed, Hammad Usmani et al. A comparison of the analgesic efficacy of transforaminal methylprednisolone alone and with low doses of clonidine in lumbo-sacral radiculopathy, *Saudi J Anaesth.* 2014 Jan-Mar; 8(1): 51–58.

## TÓM TẮT:

**Mục đích:** Đánh giá hiệu quả ngắn hạn và tính an toàn của phương pháp tiêm thẩm phân chọn lọc rễ thần kinh (TTPCLRKT) dưới hướng dẫn CLVT ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (TVĐĐCSTL).

**Phương pháp:** tiến cứu, từ 25/02/2016 đến 20/06/2016, 24 bệnh nhân TVĐĐCSTL được TTPCLRKT có sử dụng thuốc cản quang định vị vị trí rễ thần kinh trước tiêm Corticosteroid và Lidocain dưới hướng dẫn CLVT. Đánh giá hiệu quả qua thang điểm đau VAS và bộ câu hỏi mức độ hạn chế hoạt động ODI tại các thời điểm sau can thiệp 1 ngày, 2 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

**Kết quả:** 27 rễ được thẩm phân/24 bệnh nhân, mức độ đau giảm nhanh và phục hồi vận động tại các thời điểm theo dõi so với trước can thiệp, 0 biến chứng nghiêm trọng. Điểm VAS trung bình trước can thiệp 5,9, sau can thiệp dao động từ 1,9 - 2,4. Điểm ODI trung bình trước can thiệp 43,6, sau can thiệp dao động từ 9,8 - 19.

**Kết luận:** TTPCLRKT là thủ thuật đơn giản, an toàn và hiệu quả trong giảm đau và cải thiện rõ chức năng hoạt động. Nên khuyến khích trước khi phải dùng tới phẫu thuật.

**Từ khóa:** tiêm thẩm phân chọn lọc rễ, thoát vị đĩa đệm.

Người liên hệ: Nguyễn Quỳnh Giang. Email: [dr.quynhgiang@gmail.com](mailto:dr.quynhgiang@gmail.com)

Ngày nhận bài: 12.9.2016 ngày chấp nhận đăng: 15.10.2016