

- disease: A Global Evidence-Based Consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006;101(8): 1900-1920.
2. **Wiklund I.** Review of the Quality of Life and Burden of Illness in Gastroesophageal Reflux Disease. *Dig Dis.* 2004;22(2): 108-114.
  3. **Kulich KR, Madisch A, Pacini F, et al.** Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) and Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QOLRAD) questionnaire in dyspepsia: A six-country study. *Health Qual Life Outcomes.* 2008;6(1):12.
  4. **Pace F, Negrini C, Wiklund I, et al.** ITALIAN ONE INVESTIGATORS STUDY GROUP. Quality of life in acute and maintenance treatment of non-erosive and mild erosive gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22(4):349-356.
  5. **Nocon M, Labenz J, Jaspersen D, et al.** Health-related quality of life in patients with gastro-oesophageal reflux disease under routine care: 5-year follow-up results of the ProGERD study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29(6):662-668.
  6. **Sawaya RA, Macgill A, Parkman HP, et al.** Use of the Montreal global definition as an assessment of quality of life in reflux disease. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus.* 2012;25(6):477-483.
  7. **Ponce J, Beltrán B, Ponce M, et al.** Impact of gastroesophageal reflux disease on the quality of life of Spanish patients: the relevance of the biometric factors and the severity of symptoms: *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2009;21(6):620-629.
  8. **Kahrilas PJ, Jonsson A, Denison H, et al.** Impact of regurgitation on health-related quality of life in gastro-oesophageal reflux disease before and after short-term potent acid suppression therapy. *Gut.* 2014;63(5):720-726.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Bùi Đặng Minh Trí<sup>1</sup>, Bùi Tùng Hiệp<sup>1</sup>, Trần Văn Kha<sup>2</sup>, Nguyễn Vương Vũ<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại bệnh viện Thống Nhất. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiên cứu trên 72 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là trên 1 tháng, thường gặp là từ 6- 12 tháng, khởi phát bệnh đột ngột, liên quan đến các yếu tố chấn thương chiếm tỉ lệ cao. Đau lan theo rễ dây thần kinh chi phối, đau bên trái gặp nhiều hơn so với đau bên phải. Tính chất đau tăng khi vận động, ho, hắt hơi. Chủ yếu là dị cảm và giảm cảm giác chân giảm hoặc mất phản xạ gối, phản xạ gót hoặc rối loạn cả phản xạ gối và gót, goámsức cơ theo rễ dây thần kinh chi phối. Tỷ lệ teo cơ là 27,5 %. Bệnh nhân có hội chứng cột sống thắt lưng và hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng chiếm tỷ lệ cao. **Kết luận:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là trên 1 tháng, khởi phát bệnh đột ngột, liên quan đến các yếu tố chấn thương chiếm tỉ lệ cao. Bệnh nhân có hội chứng cột sống thắt lưng và hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng chiếm tỷ lệ cao.

**Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LUMBAR DISC HERNIATION AT THONG NHAT HOSPITAL

**Objectives:** Describing clinical and paraclinical characteristics of patients with lumbar disc herniation at Thong Nhat hospital. **Subjects and methods:** A prospective descriptive study on 72 patients diagnosed with lumbar disc herniation and treated at Thong Nhat Hospital. **Results:** Among patients, the majority of patients had a disease duration of more than 1 month, usually 6-12 months, sudden onset of the disease, related to traumatic factors with high rate. Pain spreads along the nerve roots, pain on the left side was more common than pain on the right side. The nature of pain increased as movement, coughing, and sneezing. Mainly paresthesia and loss of foot sensation, decreased or lost knee reflex, heel reflex or disorder of both knee and heel reflex, loss of muscle strength along the nerve roots. The rate of muscle atrophy was 27.5%. Patients with lumbar spinal syndrome and nerve root syndrome accounted for the high percentage. **Conclusion:** Among patients, the majority of patients had a disease duration of more than 1 month, sudden onset of the disease, and high proportion of traumatic factors related to the disease. Patients with lumbar spinal syndrome and nerve root syndrome accounted for the high percentage.

**Keywords:** clinical characteristics, lumbar disc herniation.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm tại vị trí cột sống thắt lưng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp đau thắt lưng (chiếm 63-73%) và là nguyên nhân của khoảng 72% trường hợp đau thần kinh tọa [1].

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Học viên Quân y

<sup>3</sup>Trung tâm Y tế Huyện Trảng Bom, Tỉnh Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đặng Minh Trí

Email: drtribui1@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2022

Ngày phản biên khoa học: 16.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022

Chẩn đoán bệnh lý TVĐĐ đã đạt được những tiến bộ nhất định do áp dụng các kỹ thuật chẩn đoán hiện đại như chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ. Nghiên cứu này của chúng tôi thực hiện nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại bệnh viện Thống Nhất".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 72 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân có đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng cột sống và hội chứng rễ thần kinh theo Hồ Hữu Lương [2]:

- Bệnh nhân có thời gian bị bệnh > 1 tuần.
- Bệnh nhân có độ tuổi ≥ 20.
- Bệnh nhân có hội chứng đau thần kinh tọa điển hình trên lâm sàng.
- Bệnh nhân có kết quả hình ảnh thoát vị đĩa đệm L4 - L5, L5 - S1 có chèn ép rễ thần kinh ngang mức trên phim cộng hưởng từ cột sống thắt lưng.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có hội chứng tọa rõ nhưng không phải do TVĐĐ.
- Bệnh nhân bị TVĐĐ cần điều trị bằng phẫu thuật.
- Bệnh nhân bị vẹo cột sống cấu trúc.
- Bệnh nhân dị ứng với các thuốc chống viêm giảm đau không steroid, giãn cơ..
- Bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu, không tuân thủ nguyên tắc điều trị.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu.

**Chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Thời gian mắc bệnh: Dưới 1 tháng; Từ 1 – 6 tháng; Từ 6 – 12 tháng; Từ 1 năm trở lên.
- Hoàn cảnh xuất hiện: tự nhiên; sau chấn thương; sau vi chấn thương
- Khởi phát: Đột ngột; Từ từ.
- Đặc điểm hội chứng thắt lưng: đau cột sống; Thay đổi đường cong sinh lý; Lệch vẹo cột sống thắt lưng; Co cứng khối cơ cạnh cột sống thắt lưng; Chỉ số Schober < 14/10; Hạn chế vận động cột sống thắt lưng
- Đặc điểm hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng: Dấu hiệu chuông bấm; Điểm đau Valleix; Dấu hiệu Lasègue; Rối loạn vận động theo rễ; Rối loạn cảm giác theo rễ; Rối loạn phản xạ gót gôi; Đánh giá mức độ teo cơ; Rối loạn cơ tròn.

**3. Phương pháp xử lý số liệu:** số liệu thu

thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh**

Thời gian mắc bệnh	Số lượng	Tỉ lệ
< 1 tháng	3	4,2
1-6 tháng	4	5,6
6-12 tháng	37	51,4
>1 năm	28	38,8

**Nhận xét:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là trên 1 tháng, thường gặp là từ 6- 12 tháng chiếm 51,4%, sau đó là trên 1 năm.

**Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm khởi phát và hoàn cảnh xuất hiện**

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ
Hoàn cảnh xuất hiện	Tự nhiên	33	45,8
	Sau chấn thương	36	50
	Sau vi chấn thương	3	4,2
Khởi phát	Đột ngột	40	55,6
	Từ từ	32	44,4

**Nhận xét:** Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng khởi phát bệnh đột ngột, liên quan đến các yếu tố chấn thương chiếm tỉ lệ cao. Bệnh thoát vị đĩa đệm khởi phát đột ngột và sau một tác động cơ học bất thường (50% liên quan đến chấn thương, 4,2% liên quan đến các vi chấn thương). Trong nghiên cứu, 45,8% bệnh nhân thoát vị đĩa đệm không có yếu tố chấn thương.

**Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng đau**

Đặc điểm đau		Số lượng	Tỷ lệ
Đau lan dọc theo dây thần kinh hông to		68	94,4
Vị trí đau	Đau bên phải	30	41,7
	Đau bên trái	35	48,6
	Đau 2 bên	7	9,7
Tính chất đau	Đau khi nghỉ	2	2,8
	Đau liên tục	23	31,9
	Đau khi vận động, ho, hắt hơi	48	66,7
<b>Mức độ đau theo VAS</b>			
Không đau		0	0
Đau ít		11	15,3
Đau vừa		26	36,1
Đau nhiều		23	31,9
Đau dữ dội		12	16,7

**Nhận xét:** Đau lan theo rễ dây thần kinh chi phối trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chiếm tỉ lệ 94,4%. Đau bên trái gặp nhiều hơn so với đau bên phải, tỉ lệ lần lượt là 48,6% và 41,7%, đau 2 bên chỉ xảy ra ở 7 trường

hợp, chiếm 9,7%. Tính chất đau tăng khi vận động, ho, hắt hơi chiếm 66,7% các trường hợp.

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tính cường độ đau theo thang điểm nhìn tương ứng (VAS), đa số bệnh nhân đau mức độ vừa (36,1%) và mức độ nặng (31,9%). Không có bệnh nhân nào không đau.

**Bảng 4. Các rối loạn cảm giác nông, phản xạ, vận động**

Rối loạn cảm giác	Số lượng	Tỷ lệ
Giảm cảm giác mặt ngoài cẳng chân. Mu chân	10	13,9
Dị cảm (tê bì)	16	22,2
Dị cảm và giảm cảm giác	22	30,5
<b>Rối loạn phản xạ</b>		
Giảm hoặc mất phản xạ gót		
Giảm hoặc mất phản xạ gót	17	23,61

**Bảng 5. Dấu hiệu teo cơ**

Tầng TVĐĐ	Bệnh nhân	Bệnh nhân teo cơ	Vị trí khô teo cơ		Tỷ lệ %
			Cơ tứ đầu	Cơ dép	
L3-L4	2	1	1	0	50
L4-L5	28	17	0	17	60,7
L5-S1	16	4	0	4	25
TVĐĐ kép	26	5	1	4	19,2
<b>Tổng</b>	<b>72</b>	<b>27</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>27,5</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ teo cơ gặp trong nghiên cứu là 27,5%. Trong đó các tầng thoát vị thắt lưng cao có tỷ lệ teo cơ cao hơn các tầng thắt lưng thấp.

Trong nghiên cứu về thoát vị đĩa đệm chúng tôi gặp 2 trường hợp có biểu hiện thoát vị đĩa đệm không hoàn toàn với các biểu hiện: rối loạn cảm giác tăng sinh môn, rối loạn cơ tròn và rối loạn vận động.

**Bảng 6. Đánh giá hạn chế tầm vận động cột sống qua chỉ số Schoberg**

Tầng TVĐĐ	Chỉ số Schoberg				
	10/10 cm	11/10 cm	12/10 cm	13/10 cm	>14/10 cm
L3-L4	1 (1,4)	1 (1,4)			
L4-L5		2 (2,8)	13 (18,1)	9 (12,5)	
L5-S1		2 (2,8)	6 (8,3)	4 (5,5)	5 (6,9)
TVĐĐ kép	4 (5,6)	5 (6,9)	14 (19,4)	2 (2,8)	4 (5,5)

**Nhận xét:** Bệnh nhân có chỉ số Schober mức độ nặng đến mức độ trung bình 96,7%.

**Bảng 7. Đặc điểm hội chứng cột sống thắt lưng, hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng**

Hội chứng cột sống	Số lượng	Tỷ lệ
Điểm đau CSTL	70	97,2
Thay đổi đường cong sinh lý	51	70,8
Lệch vẹo CSTL	38	52,78
Cơ cứng khối cơ cạnh CSTL	69	95,83
Chỉ số Schober <14/10	71	98,6
Hạn chế vận động CSTL	72	100
<b>Hội chứng rễ thần kinh, thắt lưng cùng</b>		
Dấu hiệu chuông bấm (+)	56	77,8
Điểm đau Valleix (+)	68	94,4
Dấu hiệu Lasègue (+)	69	95,8

Rối loạn cả gối và gót	2	2,8
<b>Rối loạn vận động</b>		
Yếu gấp mu chân hoặc yếu gấp mu ngón cái	9	12,5
Yếu gấp gan chân	4	5,5
Yếu duỗi cẳng chân	1	1,4

**Nhận xét:** Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, gặp chủ yếu là dị cảm và giảm cảm giác chân chiếm 52,7%, giảm cảm giác mặt ngoài cẳng chân và mu chân chỉ gặp 13,9%.

Có 36,11% các trường hợp rối loạn phản xạ. Trong đó giảm hoặc mất phản xạ gối (9,7%), giảm hoặc mất phản xạ gót (23,61%), rối loạn cả phản xạ gối và gót là 2,8%. Có 19,4%. Số bệnh nhân yếu gấp mu chân hoặc yếu gấp mu cái chiếm 12,5%, yếu gấp gan chân chỉ gặp 5,5%, yếu duỗi cẳng chân ít gặp nhất chỉ có ở 1,4% bệnh nhân.

Rối loạn vận động theo rễ	1	1,4
Rối loạn cảm giác theo rễ	28	38,9
Rối loạn phản xạ gót gối	17	23,6
Teo cơ theo rễ	1	1,4
Rối loạn cơ vòng	2	2,8

**Nhận xét:** Điểm đau cột sống thắt lưng xảy ra với hầu hết bệnh nhân thoát vị đĩa đệm với bệnh nhân chiếm tỷ lệ, lệch vẹo cột sống thắt lưng: bệnh nhân (%), thay đổi đường cong sinh lý cột sống thắt lưng (%), chỉ số Schober, hạn chế tầm vận động cột sống thắt lưng: bệnh nhân (%).

"Dấu hiệu chuông bấm" (+): 56 bệnh nhân (77,8%), điểm đau Valleix: 68 bệnh nhân (94,4%), dấu hiệu Lasègue (+): 69 bệnh nhân (95,8%), tư thế chống đau: bệnh nhân (%), teo

cơ theo rễ dây thần kinh: 1 bệnh nhân (1,4%), rối loạn cơ vòng: 2 bệnh nhân (2,8%).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là trên 1 tháng, thường gặp là từ 6-12 tháng chiếm 51,4%, sau đó là trên 1 năm. Kết quả của nghiên cứu tương tự với các nghiên cứu đã được công bố. Theo Trần Ngọc Anh, số bệnh nhân < 1 tháng: 3 BN (4,3%); 1 - 6 tháng: 4 BN (5,7%); 6 - 12 tháng: 36 BN (51,4%); > 1 năm: 27 BN (38,6%) [3]. Nguyễn Văn Chương, thời gian mắc bệnh từ >24 chiếm 31,7% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng khởi phát bệnh đột ngột, liên quan đến các yếu tố chấn thương chiếm tỉ lệ cao. Bệnh thoát vị đĩa đệm khởi phát đột ngột và sau một tác động cơ học bất thường (50% liên quan đến chấn thương, 4,2% liên quan đến các vi chấn thương). Nguyễn Văn Chương, nhiều BN không nhận thấy có yếu tố khởi phát bệnh (24,16%); yếu tố khởi phát rất đa dạng, phong phú; hay gặp nhất là động tác bê, mang vật nặng (31,22%) [4].

Đau lan theo rễ dây thần kinh chi phối trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chiếm tỉ lệ 94,4%. Đau bên trái gặp nhiều hơn so với đau bên phải, tỉ lệ lần lượt là 48,6% và 41,7%, đau 2 bên chỉ xảy ra ở 7 trường hợp, chiếm 9,7%. Tính chất đau tăng khi vận động, ho, hắt hơi chiếm 66,7% các trường hợp. Đau có tính chất cơ học không chỉ đơn thuần do cơ chế chèn ép như tài liệu kinh điển đã nêu, mà còn do kích thích của yếu tố viêm không đặc hiệu tại chỗ đĩa đệm thoát vị gây ra như những nghiên cứu gần đây đã công bố [5]. Đau CSTL là triệu chứng thường gặp trên lâm sàng của bệnh, gây khó chịu khiến BN phải nhập viện điều trị. Trong nghiên cứu của Trần Ngọc Anh, đau CSTL gặp 98,6% [3].

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tính cường độ đau theo thang điểm nhìn tương ứng (VAS), đa số bệnh nhân đau mức độ vừa (36,1%) và mức độ nặng (31,9%). Không có bệnh nhân nào không đau. Kết quả này tương tự kết quả của các tác giả khác. Theo Nguyễn Văn Chương, tính cường độ đau theo thang điểm nhìn tương ứng (VAS), đa số BN đau mức độ vừa (35,20%) và nặng (32,18%). Với 2 cường độ đau này (67,38%), BN sẽ gặp khó khăn trong sinh hoạt, lao động và có nhu cầu điều trị cấp thiết (Khonethasouk) [4].

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, gặp chủ yếu là dị cảm và giảm cảm giác chân chiếm

52,7%, giảm cảm giác mặt ngoài cẳng chân và mu chân chỉ gặp 13,9%. Kết quả tương tự nghiên cứu Đặng Ngọc Huy, gặp chủ yếu là dị cảm và giảm cảm giác chiếm 53,32%, giảm cảm giác mặt ngoài cẳng chân, mu chân chỉ gặp 13,92%. Căn cứ vào vùng rối loạn cảm giác phân bố theo giải phẫu ta có thể biết được rễ thần kinh nào bị chèn ép [6].

Nghiên cứu gặp 36,11% các trường hợp rối loạn phản xạ. Trong đó giảm hoặc mất phản xạ gối 9,7%, giảm hoặc mất phản xạ gót 23,61%, rối loạn cả phản xạ gối và gót là 2,8%. Nguyễn Ngọc Huy cũng gặp 35,31% các trường hợp bị rối loạn phản xạ. Trong đó giảm hoặc mất phản xạ gối 8,74%, giảm hoặc mất phản xạ gót 23,77%, rối loạn cả phản xạ gối và gót là 2,8%, nghiên cứu trên 286 bệnh nhân thấy có 8,74% là giảm phản xạ gân bánh chè và 23,77% giảm phản xạ gân gót [6].

Trong nghiên cứu gặp 19,4%. Số bệnh nhân yếu gấp mu chân hoặc yếu gấp mu cái chiếm 12,5%, yếu gấp gan chân chỉ gặp 5,5%, yếu duỗi cẳng chân ít gặp nhất chỉ có ở 1,4% bệnh nhân. Kết quả tương tự trong nghiên cứu Đặng Ngọc Huy gặp 21,33%. Số bệnh nhân yếu gấp mu chân hoặc yếu gấp mu ngón cái chiếm 13,29%, yếu gấp gan chân chỉ gặp 5,59%, yếu duỗi cẳng chân ít gặp nhất (1,75%) [6].

Tỷ lệ teo cơ gặp trong nghiên cứu là 27,5%. Trong đó các tầng thoát vị thắt lưng cao có tỷ lệ teo cơ cao hơn các tầng thắt lưng thấp. Trong nghiên cứu của Đặng Ngọc Huy teo cơ do nhiều nguyên nhân gây nên như: đau hạn chế vận động dẫn đến teo cơ, bại liệt dẫn đến teo cơ và thường gặp ở những bệnh nhân diễn biến kéo dài, là tổn thương khó hồi phục [6].

Trong nghiên cứu về thoát vị đĩa đệm chúng tôi gặp 2 trường hợp có biểu hiện thoát vị đĩa đệm không hoàn toàn với các biểu hiện: rối loạn cảm giác tăng sinh môn, rối loạn cơ tròn và rối loạn vận động.

Bệnh nhân có chỉ số Schober mức độ nặng đến mức độ trung bình 96,7%. Tương tự Đặng Ngọc Huy, bệnh nhân có chỉ số Schöberg từ mức độ nặng đến mức độ trung bình 97,9% [6].

Qua phân tích, Hồ Hữu Lương cho rằng, chỉ với chỉ số Schober cùng với 2 triệu chứng khác có yếu tố chấn thương hoặc đau có tính chất cơ học céng dấu hiệu Lasègue (+) đã có thể chẩn đoán được TVĐĐ CSTL chính xác tới 89,0% [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu chuông bầm" (+): 56 bệnh nhân (77,8%), điểm đau Valleix: 68 bệnh nhân (94,4%), dấu hiệu Lasègue (+): 69 bệnh nhân (95,8%), tư thế

chống đau: bệnh nhân (%), teo cơ theo rễ dây thần kinh: 1 bệnh nhân (1,4%), rối loạn cơ vòng: 2 bệnh nhân (2,8%).

Qua nghiên cứu 2.359 BN TVĐĐ CSTL, Bùi Quang Tuyến thấy dấu hiệu Lasègue (+) là đặc trưng của bệnh và gặp 80,33% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự (92,9%). Ngoài dấu hiệu Lasègue, chúng tôi còn gặp dấu hiệu "Chuông bấm", ấn các điểm Valleix đau với tỷ lệ rất cao (94,4%). Trong nghiên cứu của Trần Thị Bích Thảo, dấu hiệu "chuông bấm" (+): 34 BN (85%); điểm đau Valleix: 38 BN (90%); dấu hiệu Lasègue (+): 38 BN (95%); tư thế chống đau: 36 BN (90%); teo cơ theo rễ thần kinh: 5 BN (12,5%); rối loạn cơ vòng: 2 BN (5%) [9].

## V. KẾT LUẬN

- Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là trên 1 tháng, thường gặp là từ 6- 12 tháng, sau đó là trên 1 năm

- Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng khởi phát bệnh đột ngột, liên quan đến các yếu tố chấn thương chiếm tỉ lệ cao.

- Đau lan theo rễ dây thần kinh chi phối, đau bên trái gặp nhiều hơn so với đau bên phải. Tính chất đau tăng khi vận động, ho, hắt hơi.

- Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, gặp chủ yếu là dị cảm và giảm cảm giác chân giảm hoặc mất phản xạ gối, phản xạ gót hoặc rối loạn cả phản xạ gối và gót, goámsức cơ theo rễ dây thần kinh chi phối. Tỷ lệ teo cơ là 27,5%.

- Trong nghiên cứu về thoát vị đĩa đệm chúng

tôi gặp 2 trường hợp có biểu hiện thoát vị đĩa đệm không hoàn toàn với các biểu hiện: rối loạn cảm giác tăng sinh môn, rối loạn cơ tròn và rối loạn vận động.

- Bệnh nhân có hội chứng cột sống thắt lưng và hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng chiếm tỷ lệ cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrew J** (2006). Functional restoration for a chronic lumbar disk extrusion with associated radiculopathy. Issue of Physical therapy: 1-11.
2. **Hồ Hữu Lương** (2012), Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Trần Ngọc Anh** (2012). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Tạp chí y dược học, 4.
4. **Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Thị Hòa** (2017). Đánh giá hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng của phác đồ tiêm ngoài màng cứng methylprednisolon kết hợp với uống Cyclophosphorine A.
5. **Lê Tự Phương Thảo, Võ Hoàng Nghiệp** (2009). Đặc điểm hình ảnh học trên BN đau vùng thắt lưng. Tạp chí Y học thực hành, 2: 152-160.
6. **Đặng Ngọc Huy** (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chụp cộng hưởng từ và phẫu thuật thoát vị đĩa đệm lệch bên vùng cột sống thắt lưng cùng, Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
7. **Hồ Hữu Lương** (2006), Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, Nhà xuất bản Hà Nội.
8. **Bùi Quang Tuyến** (2007), Điều trị Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
9. **Trần Thị Bích Thảo** (2015). Nghiên cứu tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng của phương pháp tiêm ngoài màng cứng kỹ thuật 2 kim. Tạp chí y dược học quân sự, 2.

## KẾT QUẢ XẠ TRỊ KỸ THUẬT VMAT KẾT HỢP ĐỒNG THỜI HOÁ TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CARBOPLATIN BỆNH UNG THƯ THỰC QUẢN 1/3 TRÊN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Quang Duy\*, Vũ Xuân Huy\*, Võ Văn Xuân\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả xạ trị kỹ thuật VMAT kết hợp đồng thời hoá trị phác đồ paclitaxel – carboplatin bệnh ung thư thực quản 1/3 trên tại bệnh viện K. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng thực hiện trên 51 người bệnh UTTQ trong thời gian từ tháng 8 năm 2021 đến tháng

7 năm 2022. **Kết quả:** 100% người bệnh đáp ứng với điều trị, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 45,1%. Về mức độ cải thiện lâm sàng, đa phần người bệnh có đáp ứng hoàn toàn (70,6%). Tác dụng không mong muốn trong quá trình hóa trị thường gặp như giảm huyết sắc tố (9,8%), giảm bạch cầu (15,4%), độc tính lên gan (13,7%), độc tính lên thận (17,6%). Các tác động lên cơ quan khác như buồn nôn (27,4%), nôn (13,7%), viêm miệng (5,9%), rụng tóc (39,1%). Tác dụng không mong muốn trong quá trình xạ trị như viêm thực quản do tia xạ (86,3%), viêm da (76,5%). **Kết luận:** Phác đồ điều trị này nên được áp dụng phổ biến hơn trong điều trị ung thư thực quản do an toàn và đáp ứng tốt.

**Từ khóa:** Ung thư thực quản, Paclitaxel-

\**Bệnh viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Duy

Email: ngduy10210@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022