

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ GHI ĐIỆN CƠ KIM Ở CƠ CẠNH SỐNG TRÊN BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÙNG

Nguyễn Tuấn Lượng¹, Nguyễn Hữu Công², Nguyễn Văn Liệu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò ghi điện cơ kim ở cơ cạnh sống trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 108 bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp cộng hưởng từ và làm chẩn đoán điện để chẩn đoán là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng (bệnh lý rễ thần kinh liên quan tủy sống) từ 01/2017 đến 11/2019 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $60,2 \pm 13,7$. Tỷ lệ nam/ nữ: 1/1,16. Đặc điểm lâm sàng của hội chứng cột sống: điểm đau cột sống ở vị trí móm gai L₅: 96,3%, chỉ số Schober < 14/10: 99,1%. Đặc điểm lâm sàng của hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng: dấu hiệu Lasègue: 100%, rối loạn cảm giác theo rễ L₄ và L₅: 60,2% và 93,5%; ODI trung bình: $54,1 \pm 9,4$ (mức độ 3 chiếm tỷ lệ nhiều: 76,9%). Đặc điểm điện cơ kim: khi đánh giá tổn thương rễ thần kinh ở bệnh nhân thấy độ nhạy và độ đặc hiệu khi ghi điện cơ kim ở nhóm cơ cạnh sống cao hơn ở nhóm cơ phía xa gốc chi. **Kết luận:** Ghi điện cơ kim ở vị trí cơ cạnh sống có vai trò quan trọng trong đánh giá tổn thương rễ thần kinh sớm ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng.

Từ khóa: khám lâm sàng, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng, bệnh lý rễ thần kinh (liên quan tủy sống), thang điểm Oswestry, cộng hưởng từ, chẩn đoán điện.

SUMMARY

TO EVALUATE THE ROLE OF NEEDLE ELECTROMYOGRAPHY OF PARASPINAL MUSCLE IN PATIENTS WITH LUMBOSACRAL DISC HERNIATION

Objectives: To evaluate the role of needle electromyography of paraspinal muscle in patients with lumbosacral disc herniation. **Subjects and methods:** A total of 108 patients who underwent physical examination, magnetic resonance imaging (MRI) and electrodiagnostic study (EDX) for diagnosis as lumbosacral disc herniation (radiculopathy) from Jan 2017 to Nov 2019 at Viet Tiep friendship hospital. **Results:** Mean age: $60,2 \pm 13,7$. Rate male/ female: 1/1,16. The clinical features of lumbosacral spinal syndrome: spinal pain in L₅ point: 96,3%, Schober index < 14/10: 99,1%. The clinical features of lumbosacral radiculopathy syndrome: Lasègue sign:

100%, sensation disorder in L₄ – L₅ root: 60,2% and 93,5%. ODI average: $54,1 \pm 9,4$ (3rd lever: 76,9%). The features of needle electromyography: the evaluation radiculopathy in these patients have sensitivity and specificity in needle electromyography of paraspinal muscle are higher than of peripheral muscle groups. **Conclusions:** The important role of needle electromyography of paraspinal muscle in patients with lumbosacral disc herniation, specially in the early part.

Keywords: Physical examination, lumbosacral disc herniation, radiculopathy, Oswestry Disability Index (ODI), magnetic resonance imaging (MRI), electrodiagnostic study (EDX).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng (TVĐĐ CSTLC) là tình trạng dịch chuyển chỗ của nhân nhầy đĩa đệm vượt quá giới hạn sinh lý của vòng xơ, gây nên sự chèn ép các thành phần lân cận (các rễ thần kinh, tủy sống,...), biểu hiện chính là đau thắt lưng và hạn chế vận động vùng cột sống và các biểu hiện chèn ép vùng các rễ thần kinh tương ứng. TVĐĐ CSTLC luôn là một vấn đề thời sự vì đó là một nguyên nhân phổ biến gây đau cột sống thắt lưng, kèm theo các triệu chứng thần kinh tương ứng. Ước tính hàng năm ở Mỹ có 31 triệu người đau lưng. Tổng chi phí điều trị cho các trường hợp này lên đến 50 tỉ đô la/ năm. Theo thông báo của Hội cột sống Hoa Kỳ tháng 6 năm 2005 bệnh thoát vị đĩa đệm thắt lưng chiếm 2-3% dân số, bệnh thường gặp ở lứa tuổi từ 30-50, nam mắc nhiều hơn nữ Mỹ [8].

Cộng hưởng từ phương pháp giúp chẩn đoán hình ảnh của TVĐĐ CSTLC. Phương pháp chẩn đoán chức năng thần kinh ở bệnh nhân TVĐĐ CSTLC là chẩn đoán điện, trong nghiên cứu này chúng tôi muốn sử dụng gồm đo dẫn truyền thần kinh và ghi điện cơ kim. Ở Việt Nam có công trình nghiên cứu về dẫn truyền thần kinh ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng. Tuy nhiên, những nghiên cứu về chức năng thần kinh ở bệnh lý này chưa nhiều và chưa đầy đủ. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá vai trò ghi điện cơ kim ở cơ cạnh sống trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 108 bệnh nhân TVĐĐ CSTLC, được điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2017 đến

¹Đại học Y dược Hải Phòng,

²Bệnh viện Ngoại thần kinh Quốc tế, Tp. Hồ Chí Minh.

³Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Lượng

Email: Luong_tk10@live.com

Ngày nhận bài: 11.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2021

Ngày duyệt bài: 5.3.2021

11/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Bệnh nhân được chẩn đoán là TVĐĐ CSTLC theo tiêu chuẩn của Hiệp hội cột sống Bắc Mỹ (2012) [4], khi có các đặc điểm sau:

***Lâm sàng:**

- Giảm sức cơ do các rễ thần kinh bị tổn thương chi phối.

- Rối loạn cảm giác theo rễ chi phối.

- Dấu hiệu Lasègue dương tính.

- Dấu hiệu chuông bầm dương tính.

***Chẩn lâm sàng:**

- Chẩn đoán điện (điện cơ) khảo sát dẫn truyền thần kinh, điện cơ kim ghi tại: nhóm cơ cạnh sống và nhóm cơ phía xa gốc chi (cơ chày trước, cơ bụng chân trong, cơ khép dài, cơ thẳng đùi,...) biểu hiện tổn thương rễ thần kinh.

- Chụp MRI cột sống thắt lưng cùng: có hình ảnh TVĐĐ [4].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân mắc các bệnh có thể ảnh hưởng đến dẫn truyền thần kinh như: viêm đa dây thần kinh, đái tháo đường, ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Khảo sát tiến cứu.

- Thực hiện quan sát mô tả cắt ngang.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu. Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn và quan sát trực tiếp bệnh nhân. Khi bệnh nhân vào bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp sẽ được người nghiên cứu trực tiếp khám và phối hợp với bác sỹ điều trị để hỏi bệnh, khám lâm sàng toàn diện và tỷ mỷ theo mẫu bảng thu thập nhằm xác định các yếu tố sau:

- Lâm sàng:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, hoàn cảnh xuất hiện, ...

+ Đặc điểm lâm sàng: khám hội chứng cột sống: điểm đau cột sống thắt lưng, biến dạng cột sống, hạn chế tầm hoạt động của cột sống thắt lưng, khám hội chứng rễ thần kinh: đau rễ thần kinh, dấu hiệu căng rễ thần kinh, rối loạn cảm giác, rối loạn phản xạ, ...

- Chẩn lâm sàng:

+ Chẩn đoán điện (điện cơ) khảo sát dẫn truyền thần kinh: khảo sát vận động dây thần kinh mác sâu, chày; khảo sát cảm giác dây thần kinh mác nông, thần kinh bắp chân; sóng F và phản xạ H. Khảo sát cơ cạnh sống: dựa vào sự mất phân bố thần kinh ở các cơ cạnh sống được khảo sát; theo tiêu chuẩn của Hội chẩn đoán điện và bệnh thần kinh cơ Mỹ (2017) [5].

+ Chụp MRI cột sống thắt lưng cùng: tỷ lệ, vị

trí, mức độ thoát vị đĩa đệm.

Từ đó, đánh giá vai trò ghi điện cơ kim ở nhóm cơ cạnh sống trong chẩn đoán tổn thương sớm rễ thần kinh ở bệnh nhân TVĐĐ CSTLC.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 18.0

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các yêu cầu về đạo đức trong nghiên cứu y sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu $60,2 \pm 13,7$ tuổi. Nhóm tuổi lao động chiếm tỷ lệ cao nhất là 47,2%. Nam/ nữ = 1/1,16, tỷ lệ nam/ nữ khác biệt không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê. Nhóm bệnh nhân lao động chân tay trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ rất cao (88%).

- Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng (94,4%); hoàn cảnh xuất hiện tự nhiên (99,1%); cách khởi phát đột ngột (56,5%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

- Đặc điểm lâm sàng hội chứng cột sống thắt lưng cùng: điểm đau cột sống ở vị trí mỏm gai L₅ chiếm tỷ lệ cao nhất 96,3%; chỉ số Schober hầu hết < 14/10 (99,1%), mất ưỡn cong sinh lý (17,6%), vẹo cột sống (9,3%).

- Đặc điểm lâm sàng hội chứng rễ thần kinh thắt lưng cùng: điểm đau cạnh sống liên mỏm gai L₄ – L₅ chiếm gần 94,4 %; 100% bệnh nhân có dấu hiệu Lasègue và có rối loạn vận động theo rễ tổn thương chi phối (trong đó mức cơ lực 5/5 chiếm 94,4%); rối loạn cảm giác theo rễ L₄ và L₅ chiếm 60,2% và 93,5%; hầu hết chưa có biểu hiện teo cơ.

- Tỷ lệ bệnh nhân TVĐĐ CSTLC: Trên hình ảnh cộng hưởng từ, vị trí đĩa đệm cột sống thắt lưng thoát vị hay gặp nhất là L₄ – L₅ (78,7%); sau đó L₅ – S₁ (55,6%); tiếp đến L₃ – L₄ (24,1%). Tỷ lệ thấp nhất là L₁ – L₂ (1,9%).

3.3. Đánh giá vai trò ghi điện cơ kim ở cơ cạnh sống ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng. Trong 108 bệnh nhân, chúng tôi chẩn đoán thoát vị đĩa đệm có tổn thương 284 rễ thần kinh trên cộng hưởng từ và chẩn đoán điện. Trên 284 rễ thần kinh, độ nhạy của chẩn đoán điện so với cộng hưởng từ là 81,9%; của cộng hưởng từ so với chẩn đoán điện thấp hơn là 63,5%. Tuy nhiên, khi phân tích độ nhạy theo từng rễ thần kinh thấy độ nhạy của thoát vị đĩa đệm tổn thương rễ thần kinh L₃, L₄, L₅, S₁ bằng chẩn đoán điện đều cao hơn.

Bảng 3.1. Độ nhạy, độ đặc hiệu của một số nhóm cơ trên chẩn đoán điện so với kết quả MRI (TVĐĐ L₄).

TVĐĐ L ₄		Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Thoát vị đĩa đệm 1 bên (n=81)			
Nhóm cơ cạnh sống L ₄		84,0	75,8
Nhóm cơ phía xa	Thẳng đùi	48,0	58,9
	Rộng trong, ngoài	79,4	58,2
	Bán gân	76,2	78,6
	Chày trước	68,0	68,5
Thoát vị đĩa đệm 2 bên (n=203x2)			
Nhóm cơ cạnh sống L ₄		93,1	78,2
Nhóm cơ phía xa	Thẳng đùi	53,4	56,6
	Rộng trong, ngoài	78,2	74,2
	Bán gân	68,9	76,1
	Chày trước	61,2	51,4

Nhận xét: Nhóm cơ cạnh sống L₄ cho kết quả độ nhạy khá cao trong chẩn đoán tổn thương rễ L₄. Tuy nhiên, độ đặc hiệu thì thấp hơn.

Bảng 3.2. Độ nhạy, độ đặc hiệu của một số nhóm cơ trên chẩn đoán điện so với kết quả MRI (TVĐĐ L₅).

TVĐĐ L ₅		Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Thoát vị đĩa đệm 1 bên (n=81)			
Nhóm cơ cạnh sống L ₅		90,4	75,2
Nhóm cơ phía xa	Bán gân	78,2	80,4
	Duỗi ngón chân cái dài	79,2	73,5
	Chày trước	80,2	69,7
	Chày sau	79,2	74,5
Thoát vị đĩa đệm 2 bên (n=203x2)			
Nhóm cơ cạnh sống L ₅		94,5	70,5
Nhóm cơ phía xa	Bán gân	69,2	77,3
	Duỗi ngón chân cái dài	73,9	98,1
	Chày trước	78,3	67,5
	Chày sau	73,5	69,2

Nhận xét: Nhóm cơ cạnh sống L₅ cho kết quả độ nhạy khá cao trong chẩn đoán tổn thương rễ L₅. Tuy nhiên, độ đặc hiệu thì thấp hơn.

Hiện nay, thực tế lâm sàng thường lấy tiêu chuẩn tương đồng giữa lâm sàng và cộng hưởng từ để đưa đến kết luận can thiệp nếu phải điều trị ngoại khoa. Vì thế, chúng tôi đã phân tích trên 51 bệnh nhân có kết quả chẩn đoán tương đồng này để đánh giá.

Bảng 3.3. Độ nhạy, độ đặc hiệu của một số nhóm cơ trên chẩn đoán điện so với kết quả MRI (TVĐĐ L₄).

TVĐĐ L ₄	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
---------------------	---------	-------------

Thoát vị đĩa đệm 1 bên (n=30)			
Nhóm cơ cạnh sống L ₄		85,2	77,1
Nhóm cơ phía xa	Thẳng đùi	60,1	69,6
	Rộng trong, ngoài	67,9	61,3
	Bán gân	62,5	60,9
	Chày trước	85,7	69,5
Thoát vị đĩa đệm 2 bên (n=102x2)			
Nhóm cơ cạnh sống L ₄		94,6	79,4
Nhóm cơ phía xa	Thẳng đùi	64,8	67,9
	Rộng trong, ngoài	73,5	70,4
	Bán gân	69,9	68,5
	Chày trước	74,9	70,5

Nhận xét: Nhóm cơ cạnh sống L₄ cũng cho kết quả độ nhạy cao trong chẩn đoán tổn thương rễ L₄.

Bảng 3.4. Độ nhạy, độ đặc hiệu của một số nhóm cơ trên chẩn đoán điện so với kết quả MRI (TVĐĐ L₅).

TVĐĐ L ₅		Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Thoát vị đĩa đệm 1 bên (n=30)			
Nhóm cơ cạnh sống L ₅		94,4	79,1
Nhóm cơ phía xa	Bán gân	79,4	77,4
	Duỗi ngón chân cái dài	78,4	73,2
	Chày trước	85,2	73,9
	Chày sau	80,1	75,4
Thoát vị đĩa đệm 2 bên (n=102x2)			
Nhóm cơ cạnh sống L ₅		95,4	74,2
Nhóm cơ phía xa	Bán gân	72,4	70,2
	Duỗi ngón chân cái dài	69,8	71,4
	Chày trước	86,5	72,7
	Chày sau	85,4	69,3

Nhận xét: Nhóm cơ cạnh sống L₅ cũng cho kết quả độ nhạy cao trong chẩn đoán tổn thương rễ L₅.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 60,2 ± 13,7 tuổi. Tỷ lệ độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,2%), điều này dễ hiểu bởi vì một trong những nguyên nhân gây thoát vị đĩa đệm là liên quan đến lao động chân tay, liên quan đến những động tác chịu lực của cột sống thắt lưng cùng (tỷ lệ lao động chân tay trong nghiên cứu của tôi chiếm đến 88%). Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả về độ tuổi lao động bị thoát vị đĩa đệm, như tác giả Phan Việt Nga thấy tỷ lệ độ tuổi này chiếm 63,4% [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn kiểm tra những cơ sau: cơ thắt lưng chậu (cơ chậu) (L₂ – L₃), cơ khấp dài (L₃ – L₄), cơ thẳng

đùi ($L_3 - L_4$), cơ rộng ngoài/ trong ($L_3 - L_4$), cơ chày trước ($L_4 - L_5$), cơ chày sau (L_5), cơ bán gân (L_5), cơ duỗi ngón chân cái dài (L_5), cơ mông lớn (S_1), cơ nhị đầu đùi (S_1), cơ bụng chân trong (S_1), cơ dóp (S_1), cơ cạnh sống L_2, L_3, L_4, L_5 . Mỗi vị trí cơ có 10 điện thế của đơn vị vận động (MUAPs) được kích thích trên tối đa. Số lượng đa pha, thời khoảng, biên độ được lưu lại ở mỗi cơ. Những cơ trên và dưới vị trí tổn thương dựa trên lâm sàng. Bất kỳ hoạt động mất hoặc tái phân bố thần kinh cần chú ý. Thời khoảng được tính từ đường nền xuống rồi quay trở lại và so sánh với giá trị bình thường. Thời khoảng tăng của điện thế của đơn vị vận động là dấu hiệu tái phân bố thần kinh. Sóng nhọn dương hoặc co giật sợi cơ ở 2 hoặc nhiều vị trí như nhau trên cùng 1 cơ được xem như là bằng chứng của mất phân bố thần kinh. Bệnh lý rễ thần kinh thắt lưng cũng được xác định bởi sự có mặt của 2 hoặc 3 cơ có sự mất phân bố thần kinh ở cùng rễ thần kinh chi phối nhưng khác nhau ở phía thần kinh ngoại biên. Những cơ chi dưới không phải cơ cạnh sống được xem như bất thường khi thấy đặc điểm sau: sóng nhọn dương, điện thế co giật sợi cơ, phóng điện lặp lại thành phức bộ, biên độ cao, thời khoảng dài của điện thế của đơn vị vận động, tăng số pha của điện thế của đơn vị vận động (>30%). Những cơ cạnh sống được xem là bất thường khi thấy đặc điểm: điện thế co giật sợi cơ, sóng nhọn dương, phóng điện lặp lại thành phức bộ. Những bệnh nhân có bằng chứng những bệnh thần kinh cơ khác như bệnh thần kinh ngoại biên, bệnh neuro vận động, bệnh cơ đều bị loại trừ khỏi nghiên cứu này.

Một số nghiên cứu thực hiện như trên nhưng số lượng vị trí khảo sát kim giảm hơn so với nghiên cứu của chúng tôi như: theo tác giả Dillingham lựa chọn kiểm tra 5 vị trí ở một chân và cơ cạnh sống: cơ căng chân được lựa chọn gồm cơ khép dài ($L_3 - L_4$), cơ chày sau (L_5), cơ bụng chân trong (S_1), cơ duỗi ngón chân cái dài (L_5), cơ chày trước ($L_4 - L_5$), cơ rộng giữa (từ đầu đùi) ($L_2 - L_4$) [2], [7]. Tác giả Nguyễn Hữu Công, SH Lee, John Jairo Forero cũng cho thấy vai trò rất quan trọng khảo sát điện cơ, đặc biệt điện cơ kim (phía chi và cơ cạnh sống) và vị trí khảo sát điện cực kim tương tự [1], [3], [6].

Do nghiên cứu của chúng tôi không có kết quả phẫu thuật để làm tiêu chuẩn trong so sánh. Trên thực tế lâm sàng hiện nay, thường lấy tiêu chuẩn tổn thương trên hình ảnh MRI kết hợp với biểu hiện lâm sàng để đưa đến kết luận vị trí phẫu thuật nếu bệnh nhân có chỉ định điều trị

ngoại khoa. Vì thế, chúng tôi tiến hành phân tích thêm ở 51 bệnh nhân có kết quả chẩn đoán tương đồng giữa lâm sàng và MRI; lấy đó là mẫu chuẩn để so sánh. Trong 51 bệnh nhân này, chúng tôi chẩn đoán thoát vị đĩa đệm tổn thương 130 rễ thần kinh trên MRI và chẩn đoán điện nhận thấy độ nhạy chẩn đoán giữa chẩn đoán điện và MRI đã được cải thiện. Sự phù hợp chẩn đoán thoát vị đĩa đệm tổn thương rễ thần kinh L_2 giữa MRI và điện cơ: độ nhạy (54,1%), độ đặc hiệu (65,1%); tổn thương rễ thần kinh L_3 : độ nhạy (60,7%), độ đặc hiệu (75,3%); tổn thương rễ thần kinh L_4 : độ nhạy (89,3%), độ đặc hiệu (77,9%); tổn thương rễ thần kinh L_5 : độ nhạy (94,1%), độ đặc hiệu (80,7%); tổn thương rễ thần kinh S_1 : độ nhạy (88,2%), độ đặc hiệu (75,3%). Khi phân tích riêng chi tiết 130 rễ thần kinh tổn thương ở 51 bệnh nhân này chúng tôi nhận thấy: khi khảo sát tổn thương rễ thần kinh L_3 : nhóm cơ cạnh sống L_3 có độ nhạy là 89,5%, độ đặc hiệu cũng là 66,7%, so với nhóm cơ phía xa (nhóm cơ thắt lưng chậu, khép dài và rộng trong, rộng ngoài) là tốt hơn khi đánh giá tổn thương rễ thần kinh này; còn khi so với nhóm 108 bệnh nhân thấy độ nhạy cao hơn (80,4%). Khi khảo sát tổn thương rễ thần kinh L_4 : nhóm cơ cạnh sống L_4 có độ nhạy là 85,2%, độ đặc hiệu 77,1%; so với nhóm 108 bệnh nhân thấy tốt hơn, độ nhạy (>84%) và độ đặc hiệu (75,8%). Khi khảo sát tổn thương rễ thần kinh L_5 : nhóm cơ cạnh sống L_5 có độ nhạy là 94,4%, độ đặc hiệu là 79,1%; so với nhóm 108 bệnh nhân thấy độ nhạy cao hơn (90,4%). Khi khảo sát tổn thương rễ thần kinh S_1 : nhóm cơ phía xa, cơ dóp có vai trò quan trọng, có độ nhạy và độ đặc hiệu đều cao (89,4% và 78,4%) hơn so với nhóm 108 bệnh nhân (độ nhạy là 83,5%).

Chẩn đoán điện trong đó có điện cơ, là một kỹ thuật quan trọng đánh giá chức năng rễ thần kinh bị tổn thương, bao gồm đo dẫn truyền thần kinh và điện cơ kim. Khi làm điện cơ kim đặc biệt khảo sát nhóm cơ cạnh sống chúng tôi thấy hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên phim MRI chưa phản ánh đúng chức năng rễ thần kinh bị tổn thương; có trường hợp bệnh nhân thoát vị đa tầng có tổn thương rễ thần kinh nhưng chỉ khi làm điện cơ mới xác định chính xác rễ thần kinh tổn thương. Chính vì thế và nghiên cứu của Jung Hwan Lee, Sang Ho Lee (2012) cũng kết luận chẩn đoán điện (trong đó điện cơ kim) có mối tương quan có ý nghĩa với lâm sàng và thấy có độ đặc hiệu cao hơn MRI ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng cùng [3].

V. KẾT LUẬN

Ghi điện cơ kim ở vị trí cơ cạnh sống có vai trò quan trọng trong đánh giá tổn thương sớm rễ thần kinh ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Công (2013), Chẩn đoán điện và bệnh lý thần kinh cơ, Nhà xuất bản y học, 42-70.
2. Annaswamy T. M. Dillingham T., Plastaras C.T., (2020), "Evaluation of persons with suspected lumbosacral and cervical radiculopathy: Electrodiagnostic assessment and implications for treatment and outcomes (Part I)", Muscle Nerve, tr. 1-24.
3. SH Lee JH Lee (2012), "Physical examination, magnetic resonance image, and electrodiagnostic study in patients with lumbosacral disc herniation or spinal stenosis", J Rehabil Med. 44, tr. 845-850.
4. D. Scott Kreiner; Steven Hwang; John Easa; Daniel K.Resnick (2012), "Clinical guidelines for diagnosis and treatment of lumbar disc herniation

with radiculopathy", NASS, tr. 13-22.

5. Andrew J.Haig MD, Zachary London MD và Danielle E.Sandella BS (2012), "Symmetry of paraspinal muscle denervation in clinical lumbar spinal stenosis", Muscle Nerve. 48, tr. 198-203.
6. John Jairo Forero. MD và Fernando Ortiz-Corredor. MD (2013), "Changes in electromyographic results of patients with lumbar radiculopathy: a follow-up study", American Congress of Rehabilitation Medicine. 94, tr. 1287-1292.
7. Timothy R. Dillingham MD (2013), "Evaluating the Patient With Suspected Radiculopathy", American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, tr. S41-S49.
8. Allen R.Last .MD. MPH và Karen Hulbert .MD. Racine Family (2009), "Chronic low back pain: Evaluation and Management", American Family Physician. 79, tr. 1067.
9. Phan Việt Nga (2013), "Nghiên cứu mối liên quan của chỉ số dẫn truyền thần kinh chi dưới với lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng", Thần kinh học Việt nam. 4+5, tr. 76-86.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐỘNG MẠCH VÀNH KHÔNG DỪNG TUẦN HOÀN NGOÀI CƠ THỂ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Thành Luân*, Trần Quyết Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và trong phẫu thuật, các kết quả hậu phẫu, biến chứng chung và tử vong sớm trong viện. **Phương pháp:** Hồi cứu, mô tả loạt ca không đối chứng. **Kết quả:** 141 trường hợp trong nghiên cứu có tuổi trung bình là 59,8 ± 8,3 tuổi, 83% < 70 tuổi, Nam chiếm 81,6%, Bệnh nội khoa và yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp 79,4%, rối loạn lipid máu 39%, đái tháo đường 29,1%, có giảm chức năng thận trước mổ 49,6%. Chức năng thất trái: phân suất tống máu 53,2 ± 12,4%, đường kính cuối tâm trương thất trái 53,2 ± 7,4mm. Tổn thương cả 3 nhánh động mạch vành là 93,6%, thân chung 44,1%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 5,3 giờ, ngắn nhất là 3 giờ, dài nhất là 8 giờ. Số lượng cầu nối: 3,2 ± 0,5 cầu nối. Có 99,3% dùng động mạch vú trong trái, 63,1% dùng động mạch vú trong phải, 60,3% dùng động mạch vị mạc nối phải, 46,8% dùng tĩnh mạch hiển. 53,2% bệnh nhân dùng cầu nối toàn động mạch. Thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 21,5 giờ (thở máy kéo dài 20,7%); 63 giờ và 10,5 ngày. Vận mạch sau mổ chủ yếu 1 vận mạch và không vận mạch. Tỷ

lệ tử vong sau phẫu thuật là 2,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành không dùng tuần hoàn ngoài cơ thể tại BV Chợ Rẫy bước đầu cho thấy an toàn và hiệu quả, tỷ lệ tử vong chấp nhận được so với các nghiên cứu thế giới. Bên cạnh đó chúng tôi thấy rằng PTBCDMV không THNCT là kỹ thuật đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và đường cong huấn luyện đóng vai trò rất quan trọng. Tương lai bệnh nhân mạch vành nguy cơ cao sẽ ngày càng tăng, PTBCDMV không THNCT sẽ là phương pháp được lựa chọn nhiều và phẫu thuật viên trẻ cần được tiếp cận, đào tạo kỹ thuật này.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF OFF-PUMP CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING AT CHO RAY HOSPITAL

Objectives: Describe clinical, paraclinical characteristics, postoperative results, general complications and early hospital mortality. **Methods:** Descriptive cross sectional study. **Results:** In 141 patients (Male 81.6%). Mean age was 59.8 ± 8.3 years, History and common risk factors were hypertension 79.4%, dyslipidemia 39%, diabetes 29.1%, renal failure 49.6%. Left ventricular function: ejection fraction 53.2 ± 12.4%, Left ventricular end-diastolic diameter 53.2 ± 7.4mm. Three-vessel disease accounted for 93.6%, Left Main was 41.1%. The average operative time was 5.3 hours, the shortest was 3 hours, the longest was 8 hours. Average number of grafts 3.2 ± 0.5, **conduits:** 99.3% left internal mammary artery, 63.1% right

*Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân
 Email: tluan.yak36@gmail.com
 Ngày nhận bài: 2.01.2021
 Ngày phản biện khoa học: 26.2.2021
 Ngày duyệt bài: 5.3.2021