

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ 128 BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Chu Văn Điền^{1*}
Nguyễn Văn Hùng¹, Ngô Xuân Thao¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng các kỹ thuật vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, tại Bệnh viện Quân y 110.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, không đối chứng 128 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, điều trị vật lý trị liệu - phục hồi chức năng, tại Bệnh viện Quân y 110.

Kết quả: Triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau cột sống thắt lưng (100%), đau có tính chất cơ học (85,2%); hạn chế vận động cột sống thắt lưng (90,6%), dấu hiệu Lasègue dương tính (74,2%); rối loạn cảm giác (72,7%). Trên phim cộng hưởng từ, có hình ảnh phình đĩa đệm (60%), thoát vị đĩa đệm (52,7%), thoát vị đĩa đệm thể trung tâm (42,2%). Tổn thương rễ thần kinh hay gặp tại L5 (67,2%), S1 (45,3%). Sau 15 ngày điều trị, 100% bệnh nhân cải thiện triệu chứng đau và cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng; 93% bệnh nhân hồi phục rất tốt và tốt.

Từ khóa: Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, thoát vị đĩa đệm.

ABSTRACT

Objectives: Remark the treatment results of lumbar disc herniation using physical therapy techniques functional rehabilitation at the Military Hospital 110.

Subjects and methods: A prospective study and cross-sectional description, retrospective non-controlled study was conducted on 128 patients with lumbar disc herniation treated physical therapy and functional rehabilitation at the Military Hospital 110.

Results: The clinical symptoms included lumbar spine pain (100%), mechanical pain (85.2%), limited lumbar spine mobility (90.6%), positive Lasègue sign (74.2%), and sensory disorders (72.7%). Magnetic resonance imaging showed disc bulges in 60% of cases, disc herniation in 52.7%, and central disc herniation in 42.2%. Nerve root injuries were most common at the L5 level (67.2%) and S1 level (45.3%). After 15 days of treatment, all patients (100%) experienced improvements in pain and lumbar spine mobility, with 93% reporting excellent to good recovery.

Keywords: Physical therapy, functional recovery, disc herniation.

Chịu trách nhiệm nội dung: Chu Văn Điền, Email: chuvandien@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2023; mời phản biện khoa học: 7/2023; chấp nhận đăng: 07/9/2023.

¹Bệnh viện Quân y 110

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng (CSTL) là bệnh lý cột sống phổ biến, đang có xu hướng gia tăng ở những người trong độ tuổi lao động [1]. TVĐĐ CSTL ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh hoạt, sức lao động của bệnh nhân (BN). Điều trị TVĐĐ CSTL hiện nay có nhiều phương pháp nội khoa, ngoại khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng..., trong đó đa số các BN được chỉ định điều trị bằng các kỹ thuật bảo tồn.

Điều trị nội khoa bằng thuốc chủ yếu hướng đến các can thiệp giảm nhẹ triệu chứng, không tác động vào cơ chế bệnh sinh. Điều trị TVĐĐ CSTL

bằng các kỹ thuật vật lý trị liệu, phục hồi chức năng hướng đến mục tiêu làm giảm áp lực đĩa đệm, tăng nuôi dưỡng đĩa đệm, giãn cơ, giảm chèn ép rễ thần kinh, giảm đau, hồi phục cảm giác tốt trên lâm sàng.

Tại Bệnh viện Quân y 110, chúng tôi đã điều trị TVĐĐ CSTL bằng các kỹ thuật vật lý trị liệu, phục hồi chức năng và nhiều năm qua đã cho thấy kết quả tốt. Tuy nhiên, đơn vị chưa có đề tài nào nghiên cứu, đánh giá về kết quả điều trị TVĐĐ CSTL bằng các kỹ thuật vật lý trị liệu, phục hồi chức năng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và nhận xét kết quả điều trị các BN

TVĐĐ CSTL bằng kĩ thuật vật lí trị liệu, phục hồi chức năng.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

128 BN chẩn đoán xác định TVĐĐ CSTL, vào điều trị ngoại trú tại Khoa Vật lí trị liệu, phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 8/2020 đến tháng 4/2023.

Loại trừ các BN mắc kèm theo bệnh lí cấp tính, bệnh mạn tính nặng (tăng huyết áp không kiểm soát, COPD, suy tim, u ác tính, loãng xương), BN có chống chỉ định với các kĩ thuật vật lí trị liệu, phục hồi chức năng (phụ nữ có thai, BN có chấn thương - vết thương cột sống...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu, không đối chứng.

- Các kĩ thuật vật lí trị liệu, phục hồi chức năng trên 128 BN nghiên cứu:

+ Đắp paraffin nhiệt độ 45-55°C, 20 phút/ngày.

+ Điều trị bằng dòng điện xung TENS (máy BTL 5625, hãng BTL, Vương quốc Anh), 10 phút/ngày.

+ Kéo giãn cột sống thắt lưng (máy Orthotrac OL-700, Phần Lan), kéo giãn dạng xung, lực kéo khởi đầu bằng 55% trọng lượng cơ thể và tăng dần mỗi kg trong 2 ngày nếu đáp ứng điều trị tốt; lực nền bằng 50% trọng lượng cơ thể.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung BN: tuổi đời, giới tính.

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: triệu chứng lâm sàng chủ yếu; các thể TVĐĐ; hình thái TVĐĐ; mức độ hẹp ống sống; vị trí tổn thương rễ thần kinh.

+ Kết quả điều trị (sau đợt trị liệu 15 ngày): mức độ cải thiện triệu chứng đau; mức độ cải thiện tầm vận động cột sống (chỉ số Schoberg, khoảng cách ngón tay - mặt đất); mức độ hồi phục theo thang điểm JOA.

- Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán xác định TVĐĐ CSTL: căn cứ vào lâm sàng (theo tiêu chuẩn Saporta, 1970) và hình ảnh cộng hưởng từ CSTL [2].

+ Chẩn đoán mức độ TVĐĐ [3]: phồng đĩa đệm (vòng sợi chưa rách hết, nhân nhày lệch vị trí nhưng vẫn nằm trong vòng sợi); lồi đĩa đệm (khối thoát vị đã xé rách vòng sợi nhưng vẫn nằm

trước dây chằng dọc sau); thoát vị còn cuống (khối thoát vị đã chui qua dây chằng dọc sau nhưng vẫn dính liền với nhân nhày nằm trước dây chằng dọc sau); thoát vị mảnh rời (khối thoát vị tách rời khỏi phần đĩa đệm nằm trước dây chằng dọc sau và di trú).

+ Chẩn đoán hình thái TVĐĐ [4]: thoát vị trung tâm (chèn ép tủy sống là chủ yếu); thoát vị cạnh trung tâm (chèn ép cả tủy sống và rễ thần kinh); thoát vị bên (chủ yếu chèn ép vào rễ thần kinh); thoát vị vào thân đốt sống (thoát vị Schmorl).

+ Đánh giá mức độ hẹp ống sống (theo Verbiest - 1976 và Modic M.T - 1999) [5]: hẹp nhẹ (đường kính trước sau ống sống còn từ 10-12 mm); hẹp vừa (đường kính trước sau ống sống còn từ 7-9 mm); hẹp nặng (đường kính trước sau ống sống còn từ 4-6 mm); hẹp rất nặng (đường kính trước sau ống sống còn dưới 4 mm).

+ Đánh giá mức độ đau (theo thang điểm VAS [2]): không đau (0 điểm); đau nhẹ (từ 1-2 điểm); đau vừa (từ 3-4 điểm); đau nhiều (từ 5-8 điểm); đau không chịu được (từ 9-10 điểm).

+ Đánh giá mức độ hồi phục sau điều trị (căn cứ vào tỉ lệ hồi phục theo thang điểm JOA [6]): mức độ hồi phục rất tốt khi tỉ lệ hồi phục > 75%; mức độ hồi phục tốt khi tỉ lệ hồi phục từ 51-75%; mức độ hồi phục trung bình khi tỉ lệ hồi phục từ 25-50% và mức độ hồi phục kém khi tỉ lệ hồi phục < 25%.

Tỉ lệ hồi phục = (Điểm sau điều trị - Điểm trước điều trị) x 100 / (29 - Điểm trước điều trị).

- Xử lí số liệu: theo phương pháp thống kê y học.

- Vấn đề đạo đức: đề cương nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện chấp thuận. Mọi thông tin BN được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu

- Tuổi đời (n = 128):

+ Dưới 30 tuổi: 7 BN (5,5%).

+ Từ 30-39 tuổi: 31 BN (24,2%).

+ Từ 40-49 tuổi: 24 BN (18,7%).

+ Từ 50-59 tuổi: 28 BN (21,9%).

+ Trên 59 tuổi: 38 BN (29,7%).

+ Tuổi trung bình: 58,9 ± 16,5 tuổi.

Chúng tôi gặp đa số BN ở độ tuổi từ 50 tuổi trở lên (51,6%) và ít gặp BN dưới 30 tuổi (5,5%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác về độ tuổi BN TVĐĐ CSTL, như nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hiền (BN TVĐĐ CSTL trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất, là 30% [7]).

- Giới tính (n = 128):
- + Nam giới: 58 BN (45,3%).
- + Nữ giới: 70 BN (54,7%).

BN nam (45,3%) ít gặp hơn nữ (54,7%), tỉ lệ BN nam/nữ = 1,0/1,2. Kết quả này khác biệt không đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Chương (BN TVĐĐ CSTL có tỉ lệ 55,0% nam, 45,0% nữ [2]).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Phân bố BN theo triệu chứng lâm sàng:

Bảng 1. Phân bố BN nghiên cứu theo triệu chứng lâm sàng (n = 128)

Triệu chứng lâm sàng		Số BN
Hội chứng CSTL	Đau có tính chất cơ học	109 (85,2%)
	Có đau CSTL	128 (100%)
	Có hạn chế vận động CSTL	116 (90,6%)
	Có biến dạng CSTL	54 (42,2%)
	Có co cứng cơ cạnh CSTL	35 (27,3%)
Hội chứng rễ - thần kinh	Dấu hiệu chuông bấm dương tính	70 (54,7%)
	Điểm Valleix ấn đau	35 (27,3%)
	Dấu hiệu Lasègue dương tính	95 (74,2%)
Tổn thương rễ thần kinh	Rối loạn dẫn xạ gân xương	20 (15,6%)
	Rối loạn vận động	65 (50,8%)
	Rối loạn cảm giác	93 (72,7%)
	Teo các nhóm cơ	27 (21,1%)

Trên các BN nghiên cứu, gặp tỉ lệ cao BN có đau vùng CSTL (100%), đau có tính chất cơ học (85,2%), hạn chế vận động CSTL (90,6%), dấu hiệu Lasègue dương tính (74,2%), dấu hiệu chuông bấm dương tính (54,7%), rối loạn cảm giác (72,7%), rối loạn vận động (50,8%). Cũng nghiên cứu các BN TVĐĐ CSTL, Hồ Thị Nhung gặp tỉ lệ BN đau CSTL

100%, hạn chế vận động CSLL 90,91%, dấu hiệu Lasègue (+) 74,55%, rối loạn cảm giác 72,73% [8].

- Phân bố BN theo mức độ TVĐĐ (n = 128):
- + Phồng đĩa đệm: 80 BN (62,5%).
- + Lòì đĩa đệm: 19 BN (14,5%).
- + TVĐĐ thực sự: 66 BN (51,8%).

Chiếm tỉ lệ cao nhất là các BN phồng đĩa đệm (62,5%) và TVĐĐ hoàn toàn (51,8%); tương đồng với nghiên cứu của Hồ Thị Nhung (tỉ lệ phình đĩa đệm chiếm 60%, TVĐĐ hoàn toàn 52,73% và lòì đĩa đệm chiếm 14,55% [8]).

- Phân bố BN theo hình thái TVĐĐ (n = 128):
- + Thoát vị trung tâm: 54 BN (42,2%).
- + Thoát vị cạnh trung tâm: 30 BN (23,4%).
- + Thoát vị bên: 2 BN (1,6%).
- + Thoát vị Schmorl: 1 BN (0,8%).

Chúng tôi gặp tỉ lệ thoát vị trung tâm là nhiều nhất (42,2%), tiếp đến là thoát vị cạnh trung tâm (23,4%); ít gặp thoát vị bên (1,6%) và thoát vị Schmorl (0,8%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hồ Thị Nhung (thoát vị trung tâm: 41,82%; thoát vị cạnh trung tâm: 23,64%; thoát vị bên: 1,82% và thoát vị Schmorl: 0% [8]).

- Phân bố theo mức độ hẹp ống sống (n = 89):
- + Hẹp nhẹ: 28 BN (31,5%).
- + Hẹp vừa: 40 BN (44,9%).
- + Hẹp nặng: 21 BN (23,6%).

Tỉ lệ BN hẹp ống sống trên tổng số BN nghiên cứu là 89/128 BN, chiếm 69,5%; trong đó chủ yếu là BN hẹp ống sống mức độ vừa (44,9%) và nhẹ (31,5%); không ghi nhận trường hợp nào hẹp rất nặng. Nghiên cứu của Hồ Thị Nhung gặp tỉ lệ BN TVĐĐ có hẹp ống sống là 29/55 BN, chiếm 52,73% [8].

- Phân bố BN theo vị trí tổn thương rễ thần kinh (n = 128):
- + Vị trí L3: 9 BN (7,0%).
- + Vị trí L4: 28 BN (21,9%).
- + Vị trí L5: 86 BN (67,2%).
- + Vị trí S1: 58 BN (45,3%).

Tổn thương rễ hay gặp nhất lần lượt tại các vị trí L5 (67,2%), S1 (45,3%), L4 (21,9%); tổn thương rễ L3 chiếm tỉ lệ thấp nhất (7,0%). Hồ Thị Nhung gặp tổn thương rễ L5 (65,45%), rễ S1 (45,45%), rễ L4 (12,72%), rễ L3 (1,82%) [8].

3.3. Kết quả sau 15 ngày điều trị

Bảng 2. So sánh lâm sàng trước điều trị và sau 15 ngày điều trị (n = 128)

Tiêu chí đánh giá		Trước điều trị	Sau 15 ngày điều trị	p
Điểm VAS	Khu vực lưng	7,12 ± 1,387 điểm	1 ± 1,255 điểm	< 0,5
	Khu vực chân	7,38 ± 1,015 điểm	0,85 ± 1,048 điểm	< 0,5
Chỉ số Schoberg	≤ 11/10 cm	112 BN (87,5%)	0	
	12/10-13/10 cm	16 BN (12,5%)	12 BN (9,4%)	
	14/10-15/10 cm	0	116 BN (90,6%)	
Khoảng cách ngón tay chạm đất	Hạn chế	109 BN (85,2%)	0	
	Bình thường	19 BN (14,8%)	6 BN (4,8%)	
	Tốt	0	122 BN (95,2%)	

Sau 15 ngày điều trị, mức độ đau trung bình ở cả vùng thắt lưng và chân BN đã cải thiện rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Mức độ cải thiện tầm vận động CSTL sau điều trị ở mức rất tốt chiếm 90,6% và mức tốt là 9,4%. Khoảng cách ngón tay - mặt đất trên các BN cũng được cải thiện đáng kể sau điều trị 15 ngày (95,2% BN đạt tốt, 4,8% BN hạn chế) so với trước điều trị (14,8% BN bình thường, 85,2% BN hạn chế).

- Đánh giá mức độ hồi phục của BN sau 15 ngày điều trị (n = 128):

- + Hồi phục mức độ rất tốt: 102 BN (79,7%).
- + Hồi phục mức độ tốt: 17 BN (13,3%).
- + Hồi phục mức độ trung bình: 9 BN (7,0%).

Tỉ lệ BN hồi phục rất tốt (79,7%) sau điều trị của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hiền (hồi phục rất tốt 60% BN); song khi so sánh tỉ lệ BN hồi phục rất tốt và tốt của chúng tôi (93,0%) với cùng tác giả này (90,0%) thì tương đương nhau [7].

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 128 BN chẩn đoán xác định TVĐĐ CSTL, điều trị vật lý trị liệu - phục hồi chức năng, tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 8/2020-4/2023, chúng tôi kết luận:

- BN có triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau cột sống thắt lưng (100%), đau có tính chất cơ học (85,2%); hạn chế vận động cột sống thắt lưng (90,6%), dấu hiệu Lasègue dương tính (74,2%); rối loạn cảm giác (72,7%). Trên phim cộng hưởng từ có hình ảnh phình đĩa đệm (60%), thoát vị đĩa đệm (52,7%), thoát vị trung tâm (42,2%). Tổn thương rễ hay gặp tại L5 (67,2%), S1 (45,3%).

- Sau 15 ngày điều trị, 100% BN cải thiện triệu chứng đau và cải thiện tầm vận động CSTL; 93,0% BN hồi phục ở mức rất tốt và tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2004), *Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*, Bệnh Nội khoa Tập 1, Nhà xuất bản Y học, tr. 456 - 460.
2. Nguyễn Văn Chương (2008), “Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng”, *Thực hành lâm sàng Thần kinh học, tập III*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 321-338.
3. Wang D, Wang H, and Shen WJ (2014), Spontaneous cervical intradural disc herniation associated with ossification of posterior longitudinal ligament. *Case Rep Orthop.* 2014 (256207).
4. Childress MA and Becker BA (2016), Nonoperative Management of Cervical Radiculopathy. *Am Fam Physician.* 93(9): p. 746-754.
5. Vũ Hùng Liên (2003), “Thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng”, *Bệnh học ngoại khoa*, NXB Quân đội nhân dân.
6. S Kato, et al. Comparison of the Japanese Orthopaedic Association (JOA) score and modified JOA (mJOA) score for the assessment of cervical myelopathy: A multicenter observational study. *PloS One* 2015; 10 (4):e0123022-e0123022.
7. Phạm Thị Thu Hiền (2021), “Kết quả điều trị vật lý trị liệu phục hồi chức năng ở người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng”, *Tạp chí Viện sức khỏe cộng đồng*, tr.120-125.
8. Hồ Thị Nhung (2020), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng*, Khóa luận tốt nghiệp, Đại học Quốc gia Hà Nội. □