

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS AND SELECTED ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION UNDERGOING SURGERY AT NHAN DAN 115 HOSPITAL IN 2025

Tran Thi Hong Nga¹, Tran Thanh Tuyen¹, Tran Huu Tai²

¹Nhan Dan 115 Hospital, 527 Su Van Hanh Street, Hoa Hung Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Health Sciences, Hai Thuong Lan Ong Street, Dong Hoa Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 04/01/2026

Revised: 04/02/2026; Accepted: 27/03/2026

ABSTRACT

Objective: To describe clinical characteristics and analyze the association between clinical symptoms and magnetic resonance imaging features in patients with lumbar disc herniation undergoing surgery at People's Hospital 115 in 2025.

Materials and Methods: A descriptive study was conducted on 123 surgically treated patients with lumbar disc herniation. Data collected included general characteristics; clinical symptoms (radiating leg pain, numbness/paresthesia, lower-limb weakness); and magnetic resonance imaging findings (axial herniation zone, nerve root compression grade, and herniation morphology). Associations were analyzed using the Chi-square test or Fisher's exact test; $p < 0.1$ was considered statistically significant.

Results: The mean age was 50.9 ± 13.3 years; 48.8% were male and 51.2% were female. Radiating leg pain occurred in 95.1%, low back pain in 92.7%, numbness/paresthesia in 37.4%, and lower-limb weakness/reduced muscle strength in 98.4%; no sphincter dysfunction was observed. Nerve root compression grade on magnetic resonance imaging was associated with clinical symptoms, with numbness/paresthesia more frequent in the grade 2–3 group than in the grade 0–1 group (44.4% vs 23.8%; $p = 0.025$). The axial herniation zone (central/paracentral vs foraminal/extraforaminal) was not significantly associated with lower-limb weakness ($p > 0.1$). Herniation morphology (bulge/protrusion vs extrusion/sequestration) was not significantly associated with symptom duration ($p = 0.508$).

Conclusion: Among surgically treated patients with lumbar disc herniation, the predominant clinical presentation was radicular pain and low back pain. Nerve root compression severity on magnetic resonance imaging was associated with numbness/paresthesia, whereas the axial herniation zone alone did not clearly predict major symptoms. Magnetic resonance imaging should be integrated with standardized neurological examination and comprehensive clinical assessment to guide diagnosis and treatment.

Keywords: Lumbar disc herniation; clinical characteristics; magnetic resonance imaging; nerve root compression.

*Corresponding author

Email: dr100267@gmail.com Phone: (+84) 913605565 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4715>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115 TRONG NĂM 2025

Trần Thị Hồng Nga¹, Trần Thanh Tuyền¹, Trần Hữu Tài²

¹Bệnh viện nhân dân 115, 527 đường Sư Vạn Hạnh, P. Hòa Hưng, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Đại học Khoa học Sức khỏe, Đường Hải Thượng Lãn Ông, P. Đông Hòa, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 04/02/2026; Ngày duyệt đăng: 27/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân tích mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với đặc điểm hình ảnh học trên cộng hưởng từ ở người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân Dân 115 năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên 123 người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật. Thu thập các đặc điểm chung, triệu chứng lâm sàng (đau lan xuống chân, tê bì/dị cảm, yếu chi dưới) và đặc điểm cộng hưởng từ (vị trí thoát vị theo trục ngang; mức độ chèn ép rễ; hình thái thoát vị). Phân tích mối liên quan bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher; $p < 0,1$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Kết quả: Tuổi trung bình $50,9 \pm 13,3$; nam 48,8% và nữ 51,2%. Đau lan xuống chân gặp ở 95,1%, đau thắt lưng 92,7%, tê bì/dị cảm 37,4% và yếu chi dưới/giảm sức cơ 98,4%; không ghi nhận rối loạn cơ tròn. Mức độ chèn ép rễ trên cộng hưởng từ có liên quan đến triệu chứng lâm sàng, trong đó tê bì/dị cảm gặp nhiều hơn ở nhóm chèn ép mức độ 2–3 so với 0–1 (44,4% so với 23,8%; $p = 0,025$). Vị trí thoát vị (trung tâm/cạnh trung tâm so với lỗ liên hợp/ngoài lỗ liên hợp) không khác biệt có ý nghĩa với triệu chứng yếu chi dưới ($p > 0,1$). Hình thái thoát vị (phồng/lồi so với vỡ/mảnh rời) không liên quan có ý nghĩa với thời gian xuất hiện triệu chứng ($p = 0,508$).

Kết luận: Ở người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật, biểu hiện lâm sàng nổi bật là đau kiểu rễ và đau thắt lưng. Mức độ chèn ép rễ trên cộng hưởng từ liên quan với tê bì/dị cảm, trong khi vị trí thoát vị theo trục ngang đơn thuần không dự báo rõ các triệu chứng chính. Cần phối hợp cộng hưởng từ với khám thần kinh chuẩn hóa và đánh giá toàn diện lâm sàng để định hướng chẩn đoán và điều trị.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm thắt lưng; đặc điểm lâm sàng, cộng hưởng từ; chèn ép rễ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau thắt lưng và đau thần kinh tọa, ảnh hưởng đáng kể đến khả năng lao động, mức độ độc lập trong sinh hoạt và chất lượng sống của người bệnh [1]. Biểu hiện lâm sàng thường là đau lan theo rễ kèm tê bì, rối loạn cảm giác; một số trường hợp có yếu cơ khu trú theo khoanh chi phối, giảm phản xạ gân xương hoặc hạn chế vận động do đau. Ở mức độ nặng, người bệnh có thể xuất hiện rối loạn cơ tròn hoặc hội chứng chùm đuôi ngựa, đây là tình trạng cần được nhận diện sớm và xử trí kịp thời [2]. Trong thăm khám, nghiệm pháp nâng chân thẳng vẫn được sử dụng rộng rãi để gợi ý đau rễ, nhưng giá trị chẩn đoán phụ thuộc bối cảnh và cần được diễn giải cùng các dấu hiệu thần kinh khu trú [3].

Về chẩn đoán hình ảnh, cộng hưởng từ (CHT) là phương tiện quan trọng giúp xác định tầng tổn thương, kiểu và vị trí thoát vị, cũng như mức độ chèn ép rễ; tuy nhiên, các bất thường thoái hóa và cả hình ảnh thoát vị có thể gặp ở người không triệu chứng, do đó cần nhấn mạnh nguyên tắc đối chiếu lâm sàng–hình ảnh để tránh quy kết nguyên nhân đơn thuần dựa trên CHT [4]. Điều trị thường khởi đầu bằng biện pháp bảo tồn; nhiều tổng quan hệ thống cho thấy một tỷ lệ thoát vị có thể thoái triển theo thời gian và một số yếu tố có thể liên quan đến diễn tiến tự nhiên hoặc đáp ứng điều trị. Phẫu thuật được chỉ định khi điều trị bảo tồn không hiệu quả sau thời gian phù hợp hoặc khi có thiếu hụt thần kinh tiến triển, nhằm giải ép cấu trúc thần kinh và cải thiện chức năng [5]. Bệnh viện Nhân Dân 115 là

*Tác giả liên hệ

Email: dr100267@gmail.com Điện thoại: (+84) 913605565 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4715>

cơ sở tuyến cuối với lưu lượng lớn người bệnh cột sống và triển khai thường quy các kỹ thuật phẫu thuật thoát vị đĩa đệm thắt lưng. Trong bối cảnh đó, việc mô tả có hệ thống đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của nhóm người bệnh được chỉ định phẫu thuật, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan giữa lâm sàng và CHT, có ý nghĩa thực tiễn trong chuẩn hóa đánh giá trước mổ, tối ưu hóa chỉ định can thiệp và nâng cao chất lượng chăm sóc. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và một số yếu tố liên quan ở người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân Dân 115 năm 2025.”**

Mô tả đặc điểm lâm sàng ở người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

Mô tả đặc điểm hình ảnh học trên CHT của thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

Phân tích một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh học trên CHT ở người bệnh được phẫu thuật.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Ngoại thần kinh - Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 1/2025 đến tháng 12/2025.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và được điều trị bằng phẫu thuật.

2.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện từ danh sách Người bệnh được phẫu thuật và đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Sau quá trình chọn mẫu, chúng tôi thu được cỡ mẫu là 123 bệnh nhân phù hợp và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Người nghiên cứu tiếp cận trực tiếp Người bệnh tại khoa theo danh sách được cung cấp, giải thích nghiên cứu và xin ý kiến đồng ý. Đã tập huấn nhóm khảo sát để đồng nhất phương pháp thu thập.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 27.0. Thống kê mô tả, phân tích trung bình, kiểm định Chi-square hoặc Fisher's Exact Test.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Nhân dân 115 số 2564/BVND115-NCKH.

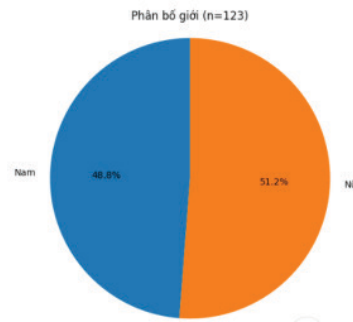
3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng ở người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Đặc điểm dịch tễ:

- Tuổi: $50,9 \pm 13,3$; trung vị 50 (IQR 41–61,5).

- Giới: Nam 60 (48,8%), Nữ 63 (51,2%).



Hình 1. Phân bố giới tính

Trong nhóm nghiên cứu, tuổi của người bệnh khác nhau theo nghề nghiệp. Nhóm lao động trí óc (n=46) có tuổi trung bình $43,2 \pm 10,9$ với trung vị 43,5; nhóm lao động chân tay (n=47) có tuổi trung bình $47,7 \pm 8,8$ với trung vị 48,0. Nhóm nghề nghiệp khác (n=30) có tuổi cao nhất, với tuổi trung bình $67,8 \pm 5,3$ và trung vị 68,0.

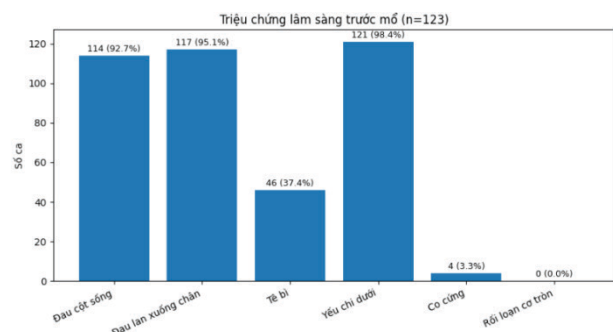
Khi phân tầng theo nghề nghiệp, tuổi của nhóm khác (hưu trí và nội trợ) cao rõ rệt so với hai nhóm lao động trí óc và lao động chân tay. Hai nhóm lao động trí óc và lao động chân tay tập trung chủ yếu ở độ tuổi lao động, trong đó nhóm lao động chân tay có xu hướng lớn tuổi hơn nhẹ so với nhóm lao động trí óc.

Trong nhóm nghiên cứu, 44 bệnh nhân (35,8%) có ít nhất một bệnh nền. Bệnh nền thường gặp nhất là tăng huyết áp với 33 trường hợp (26,8%), tiếp theo là đái tháo đường với 22 trường hợp (17,9%). Các bệnh lý khác ít gặp hơn gồm bệnh tim mạch (1 trường hợp; 0,8%), COPD/hen (1 trường hợp; 0,8%) và bệnh nền khác (2 trường hợp; 1,6%).

Về chỉ số BMI, nhóm BMI <23 chiếm tỷ lệ cao nhất với 51 bệnh nhân (41,5%). Nhóm BMI 23–24,9 ghi nhận 47 bệnh nhân (38,2%), trong khi nhóm BMI ≥ 25 chiếm 25 bệnh nhân (20,3%).

Thời gian xuất hiện triệu chứng trước khi nhập viện/điều trị, đa số bệnh nhân có thời gian triệu chứng từ 3 đến dưới 6 tháng với 81 trường hợp (65,9%). Nhóm có thời gian triệu chứng từ 6 đến dưới 12 tháng gồm 27 trường hợp (22,0%), trong khi nhóm từ 12 tháng trở lên ghi nhận 14 trường hợp (11,4%). Có 1 trường hợp (0,8%) bị thiếu dữ liệu về thời gian triệu chứng.

Về biểu hiện lâm sàng, đa số bệnh nhân có đau lan xuống chân (117 trường hợp; 95,1%) và đau cột sống (114 trường hợp; 92,7%). Yếu chi dưới là triệu chứng ghi nhận nhiều nhất với 121 trường hợp (98,4%). Ngoài ra, tê bì gặp ở 46 trường hợp (37,4%), trong khi co cứng ít gặp (4 trường hợp; 3,3%). Không ghi nhận trường hợp nào có rối loạn cơ tròn (0%; 0,0%).



Hình 2. Phân bố triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

3.2. Đặc điểm hình ảnh học trên CHT của thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

Tổn thương thoát vị đĩa đệm ghi nhận chủ yếu tại tầng L4–5 với 64 trường hợp (52,0%), tiếp theo là L5–S1 (46 trường hợp; 37,4%); các tầng L3–4 và L2–3 ít gặp hơn với lần lượt 9 trường hợp (7,3%) và 4 trường hợp (3,3%). Về số tầng thoát vị, đa số bệnh nhân bị 1 tầng (104 trường hợp; 84,6%), 2 tầng chiếm 16 trường hợp (13,0%), và 3 tầng chiếm 3 trường hợp (2,4%).

Xét theo vị trí, thoát vị cạnh trung tâm là thường gặp nhất (76 trường hợp; 61,8%), tiếp theo là trung tâm (22 trường hợp; 17,9%), lỗ liên hợp (19 trường hợp; 15,4%) và ngoài lỗ liên hợp (6 trường hợp; 4,9%). Về hình thái, extrusion chiếm tỷ lệ cao nhất (60 trường hợp; 48,8%), kế đến là protrusion (43 trường hợp; 35,0%), trong khi bulge và sequestration đều chiếm 10 trường hợp (8,1%) mỗi loại.

Mức độ chèn ép rễ thần kinh chủ yếu ở mức độ 2 (47 trường hợp; 38,2%) và độ 1 (41 trường hợp; 33,3%); mức độ 3 ghi nhận 20 trường hợp (16,3%), còn độ 0 là 15 trường hợp (12,2%). Về dấu hiệu hẹp ống sống, hẹp ngách bên gặp nhiều nhất (74 trường hợp; 60,2%), tiếp theo là hẹp lỗ liên hợp (37 trường hợp; 30,1%) và hẹp ống sống trung tâm (30 trường hợp; 24,4%).

3.3. Phân tích các yếu tố liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh học

Triệu chứng lâm sàng	Chèn ép rễ độ 0–1 (n=42)	Chèn ép rễ độ 2–3 (n=81)	p
Đau lan xuống chân	39 (92,9)	78 (96,3)	0,041
Tê bì/dị cảm	10 (23,8)	36 (44,4)	0,025
Yếu chi dưới/giảm sức cơ	42 (100,0)	79 (97,5)	0,054

Bảng 1. Mọi liên quan giữa mức độ chèn ép rễ trên CHT và triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Trung tâm/cạnh trung tâm (n=61)	Lỗ liên hợp/ngoài lỗ liên hợp (n=62)	p
Đau lan xuống chân	59 (96,7)	58 (93,5)	0,068
Tê bì/dị cảm	21 (34,4)	25 (40,3)	0,049
Yếu chi dưới/giảm sức cơ	60 (98,4)	61 (98,4)	0,751

Bảng 2. Mọi liên quan giữa vị trí thoát vị trên CHT và triệu chứng lâm sàng

Hình thái thoát vị	3–<6 tháng	6–<12 tháng	≥12 tháng	p
Phồng/lồi đĩa đệm (n=47)	29 (61,7)	13 (27,7)	5 (10,6)	0,508
Thoát vị vỡ/mảnh rời (n=76)	52 (69,3)	14 (18,7)	10 (12,0)	0,485

Bảng 3. Mọi liên quan giữa hình thái thoát vị trên CHT và thời gian triệu chứng

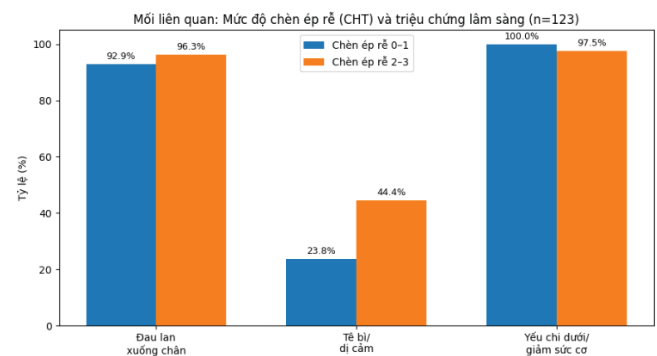
Ghi chú: Số liệu trình bày dạng n (%), % làm tròn 1 chữ số thập phân. P < 0,1 được xem là có ý nghĩa thống kê; lựa chọn Chi-square hoặc Fisher tùy điều kiện tần số kỳ vọng.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 123 người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, tuổi trung bình 50,9 ± 13,3 và phân bố giới tương đối cân bằng. Phần lớn người bệnh có thời gian triệu

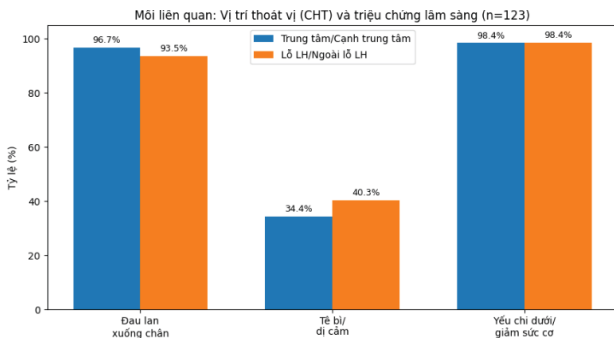
chứng từ 3 đến dưới 6 tháng trước phẫu thuật (65,9%), với biểu hiện nổi bật là đau lan xuống chân (95,1%) và đau thắt lưng (92,7%). Tê bì được ghi nhận ở 37,4% trường hợp, không ghi nhận rối loạn cơ tròn. BMI trung bình là 23,5 ± 2,1 kg/m²; khoảng 20,3% người bệnh có BMI ≥ 25 kg/m² theo phân loại châu Á và 35,8% có ít nhất một bệnh nền, thường gặp nhất là tăng huyết áp và đái tháo đường.

Trên CHT, thoát vị đĩa đệm tập trung chủ yếu ở hai tầng L4–5 và L5–S1, trong đó đa số người bệnh có tổn thương một tầng. Về phân bố không gian, thoát vị thường gặp ở vị trí cạnh trung tâm, với bên trái và phải tương đối cân bằng. Hình thái thoát vị chủ yếu thuộc nhóm protrusion/extrusion, một tỷ lệ nhỏ có mảnh rời; di lệch mảnh thoát vị gặp không thường xuyên và đa số theo hướng xuống. Chèn ép rễ là dấu hiệu nổi bật, thường đi kèm hẹp ngách bên, trong khi hẹp ống sống trung tâm và hẹp lỗ liên hợp gặp với tỷ lệ thấp hơn.



Theo biểu đồ trên cho thấy, mọi liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh học trên CHT cho thấy một điểm nổi bật: tê bì/dị cảm gặp nhiều hơn ở nhóm chèn ép rễ mức độ vừa–nặng (độ 2–3) so với nhóm 0–1, trong khi đau lan xuống chân và yếu chi dưới/giảm sức cơ không khác biệt có ý nghĩa theo mức độ chèn ép rễ. Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh: tê bì/dị cảm phản ánh rối loạn dẫn truyền cảm giác do chèn ép/thiếu máu cục bộ rễ thần kinh, nên có xu hướng tương quan rõ hơn với mức độ chèn ép rễ trên CHT [1]. Ngược lại, đau kiểu rễ chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố ngoài “mức độ chèn ép hình thái” như viêm quanh rễ, phóng thích chất trung gian viêm, nhạy cảm hóa trung ương, cũng như khác biệt cá thể về ngưỡng đau; vì vậy, mối tương quan giữa đau và hình ảnh học thường không mạnh hoặc không tuyến tính trong thực hành lâm sàng. Quan điểm tiếp cận chẩn đoán của các khuyến cáo cũng nhấn mạnh cần tổng hợp triệu chứng–khám thần kinh–CHT, tránh suy luận mức độ triệu chứng chỉ từ hình ảnh học [3].

Khuyến cáo của WFNS và hướng dẫn thực hành lâm sàng nhấn mạnh thoát vị đĩa đệm thắt lưng thường gặp ở lứa tuổi lao động và biểu hiện nổi bật là đau kiểu rễ (sciatica), có thể kèm thiếu hụt thần kinh; quyết định điều trị cần dựa trên tổng hợp triệu chứng, dấu thần kinh, và diễn tiến đáp ứng điều trị bảo tồn [6]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với mô tả này khi phần lớn bệnh nhân có đau lan theo rễ và một tỷ lệ đáng kể có tê bì/dị cảm. Việc mẫu nghiên cứu tập trung vào nhóm được phẫu thuật cũng giải thích vì sao thời gian triệu chứng thường nằm trong khoảng vài tháng và tỷ lệ biểu hiện thần kinh cao hơn so với quần thể cộng đồng, phù hợp với nhận định từ các tổng quan về dịch tễ và yếu tố nguy cơ của thoát vị đĩa đệm có đau rễ [4].



Dựa trên biểu đồ “Vị trí thoát vị (CHT) và triệu chứng lâm sàng”, có thể thấy tỷ lệ đau lan xuống chân rất cao ở cả hai nhóm trung tâm/cạnh trung tâm và lỗ liên hợp/ngoài lỗ liên hợp (lần lượt khoảng 96,7% và 93,5%). Yếu chi dưới/giảm sức cơ gần như tương đương giữa hai nhóm (đều khoảng 98,4%). Riêng tê bì/dị cảm có xu hướng cao hơn ở nhóm lỗ liên hợp/ngoài lỗ liên hợp (40,3% so với 34,4%), nhưng mức chênh lệch này nhìn chung không lớn và không đủ để khẳng định sự khác biệt rõ ràng chỉ dựa trên “vị trí thoát vị”. Kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng rằng mối tương hợp giữa hình ảnh học và triệu chứng không phải lúc nào cũng tuyến tính. Nhiều bất thường trên CHT có thể xuất hiện ở người không triệu chứng hoặc triệu chứng không tương xứng với mức độ/vị trí tổn thương; điều này đã được ghi nhận trong các nghiên cứu CHT ở đối tượng không triệu chứng (ví dụ vận động viên trẻ), cho thấy hình ảnh thoái hóa/thoái vị có thể hiện diện mà không gây biểu hiện lâm sàng tương ứng [8].

Mặt khác, vì đau kiểu rễ và các triệu chứng thần kinh chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố ngoài “vị trí thoát vị”, cần nhấn mạnh vai trò của khám lâm sàng chuẩn hóa, trong đó nghiệm pháp nâng chân thẳng (SLR) là công cụ thường dùng để gợi ý đau rễ. Tuy vậy, các bằng chứng gần đây cho thấy SLR có độ tin cậy và hiệu năng chẩn đoán phụ thuộc kỹ thuật thực hiện, tiêu chuẩn tham chiếu và bối cảnh lâm sàng, và các biến thể/“mở rộng” SLR có thể cải thiện đánh giá đau thần kinh tọa khi đối chiếu CHT [6]. Nói cách khác, khi vị trí thoát vị trên CHT không phân tách rõ nhóm triệu chứng như trong hình, việc chuẩn hóa khám thần kinh (SLR, phân bố dermatome, phản xạ, đánh giá sức cơ theo MRC) sẽ giúp tăng tính tái lập và làm rõ nhóm “triệu chứng thật sự do rễ” so với đau do cơ chế khác.

Trong nghiên cứu này, hình thái thoát vị trên CHT (phồng/lồi so với võ/mảnh rời) không liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian triệu chứng ($p=0,508$). Kết quả này có thể được giải thích bởi thiên lệch chọn mẫu của quần thể phẫu thuật: trong khi các tổng quan hệ thống cho thấy thoát vị dạng extrusion/sequestration có xu hướng thoái triển tự phát cao hơn và do đó nhiều trường hợp có thể cải thiện với điều trị bảo tồn [9], những bệnh nhân được đưa vào phẫu thuật thường là nhóm còn triệu chứng dai dẳng ảnh hưởng chức năng hoặc không đáp ứng điều trị, làm “làm phẳng” khác biệt về thời gian triệu chứng giữa các hình thái. Vì vậy, trong bối cảnh nghiên cứu ở nhóm đã có chỉ định mổ, hình thái thoát vị đơn thuần có thể không phản ánh đầy đủ diễn tiến triệu chứng như ở các nhóm điều trị không phẫu thuật [10].

5. KẾT LUẬN

Người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng trong nghiên cứu chủ yếu biểu hiện hội chứng rễ với tỷ lệ cao

đau lan xuống chân và đau thắt lưng; tê bì/dị cảm gặp ở một tỷ lệ đáng kể, trong khi không ghi nhận rối loạn cơ tròn. Khi đối chiếu lâm sàng với CHT, vị trí thoát vị theo trục ngang (trung tâm/cạnh trung tâm so với lỗ liên hợp/ngoài lỗ liên hợp) không cho thấy sự khác biệt rõ rệt về đau lan và yếu chi dưới, và chỉ ghi nhận xu hướng tê bì cao hơn ở nhóm thoát vị lỗ liên hợp/ngoài lỗ liên hợp. Các kết quả cho thấy CHT có vai trò quan trọng trong xác định đặc điểm giải phẫu và mức độ chèn ép, nhưng khả năng dự báo biểu hiện lâm sàng từ vị trí thoát vị đơn thuần còn hạn chế; do đó cần đánh giá toàn diện dựa trên triệu chứng, khám thần kinh chuẩn hóa và các yếu tố nguy cơ/thoái hóa kèm theo để tối ưu hóa chẩn đoán và chỉ định điều trị.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Haro H, Maekawa S, Hamada Y, et al. Clinical practice guidelines for lumbar disc herniation, 2021: Part 1. *J Orthop Sci.* 2022;27(1):31-78. doi:10.1016/j.jos.2021.07.028.
- [2] Pojskic M, Bojanic I, Aithala PJ, et al. Lumbar disc herniation: epidemiology, clinical features, diagnosis, and classification: WFNS Spine Committee recommendations. *World Neurosurg X.* 2024;22:100279. doi:10.1016/j.wnsx.2024.100279.
- [3] Costa F, Hajjioui A, Qureshi S, et al. The role of surgery in primary lumbar disk herniation: WFNS spine committee recommendations. *World Neurosurg X.* 2024;22:100276. doi:10.1016/j.wnsx.2024.100276.
- [4] Hincapié CA, et al. Incidence and risk factors for lumbar disc herniation with radiculopathy in adults: a systematic review. *Eur Spine J.* 2025;34(1):263-294. doi:10.1007/s00586-024-08528-8.
- [5] Rajesh N, et al. Smoking and degenerative spinal disease: a systematic review. *Brain Spine.* 2022;2:100916. doi:10.1016/j.bas.2022.100916.
- [6] Pesonen J, Shacklock M, Suomalainen JS, Karttunen L, Mäki J, Airaksinen O, et al. Extending the straight leg raise test for improved clinical evaluation of sciatica: validity and diagnostic performance with reference to the magnetic resonance imaging. *BMC Musculoskelet Disord.* 2021;22:808. doi:10.1186/s12891-021-04649-z.
- [7] Nee RJ, Coppieters MW, Boyd BS. Reliability of the straight leg raise test for suspected lumbar radicular pain: a systematic review with meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract.* 2022;59:102529. doi:10.1016/j.msksp.2022.102529.
- [8] Carmody S, Rajeswaran G, Mitchell A, Kryger KO, Ahmad I, Gill M, et al. Lumbar spine MRI findings in asymptomatic elite male academy footballers: a case series. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* 2022;14:184. doi:10.1186/s13102-022-00576-1.
- [9] Wang Y, Dai G, Jiang L, et al. The incidence of regression after the non-surgical treatment of symptomatic lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2020;21:530. doi:10.1186/s12891-020-03548-z.
- [10] Rashed S, Vassiliou A, Starup-Hansen J, Tsang K. Systematic review and meta-analysis of predictive factors for spontaneous regression in lumbar disc herniation. *J Neurosurg Spine.* 2023;39(4):471-478. doi:10.3171/2023.6.SPINE23367.