

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHONG BÉ RỄ THẦN KINH CHỌN LỌC TRONG BỆNH LÝ RỄ THẮT LƯNG

Đ.Đ

Ths. BSCCKII. Hồ Hữu Dũng*, Ths. Nguyễn Thị Thu Thảo, BS Bùi Thế Thắng,
BS Phạm Quốc Đạt, BS Lê Trần Hùng

Background: Lumbar selective nerve root block (SNRB) is a diagnostic and therapeutic procedure routinely performed at 1A Hospital for treating chronic low back pain and radiculopathy. The aim of the procedure is to reduce pain by injecting local anesthetic and/or corticosteroid around the affected nerve root. Despite its widespread use around the world, there is still limited evidence on the efficacy of lumbar SNRB in Vietnam.

Patients and Methods: In this study, we conducted a retrospective study on 98 patients to evaluate the efficacy of lumbar SNRB in treating low back pain and radiculopathy. They were then followed up for pain intensity using VAS scores, functional improvement using MacNab criteria, and duration of pain relief.

Results: We report a significant improvement in mean VAS leg score from $8,2 \pm 1,73$ to $2,08 \pm 2,02$ in 88 cases after SNRB. Mean VAS leg score at 6 months is $3,56 \pm 2,93$ ($p < 0,01$). Leg pain recurrence was reported 1-2 weeks after the procedure in 10,2% of cases (10/98) and these patients was indicated for surgery later. The duration of pain relief is between 1 week to 6 months.

Conclusion: The results of this retrospective study suggest that lumbar SNRB is an effective treatment for chronic low back pain and radiculopathy. The procedure provides significant pain relief, functional improvement and may be able to delay surgery in a few cases. However, further studies with larger sample sizes and different study designs are needed to confirm these findings and to determine its efficacy. Overall, lumbar SNRB should be considered as a viable option for treating low back pain and radiculopathy in appropriately selected patients.

Đặt vấn đề: Phong bế rễ thần kinh chọn lọc (PBRTKCL) là một thủ thuật ít xâm lấn mang tính chẩn đoán và điều trị đau thắt lưng mạn tính và bệnh lý rễ thắt lưng được thực hiện thường quy tại Bệnh viện 1A. Phong bế rễ thần kinh được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê kèm với corticoid xung quanh rễ thần kinh để giảm đau. Mặc dù thủ thuật này đã được áp dụng rộng rãi ở nhiều nơi trên thế giới, vẫn còn ít nghiên cứu về tính hiệu quả của thủ thuật tại Việt Nam.

Phương pháp nghiên cứu: Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu trên 98 bệnh nhân để đánh giá hiệu quả của PBRTKCL trong điều trị đau thắt lưng mạn và bệnh lý rễ thắt lưng. Sau thủ thuật, chúng tôi theo dõi mức độ đau bằng thang VAS, mức cải thiện chức năng bằng thang điểm MacNab và thời gian giảm đau.

Kết quả: 88 trường hợp trước thủ thuật có điểm VAS trung bình $8,2 \pm 1,73$ sau PBRTKCL cải thiện điểm VAS có ý nghĩa thống kê ($2,08 \pm 2,02$, $p < 0,01$). Điểm VAS trung bình sau PBRTKCL 6 tháng trung bình $3,56 \pm 2,93$ ($p < 0,01$). Có 10/98 trường hợp sau PBRTKCL 1-2 tuần đau tái phát nên chúng tôi phải phẫu thuật trên 10 trường hợp này. Thời gian giảm đau ghi nhận từ 1 tuần tới 6 tháng.

Kết luận: Kết quả của nghiên cứu cho thấy PBRTKCL là 1 phương pháp điều trị giảm đau hiệu quả với đau thắt lưng mạn và bệnh lý rễ thắt lưng. Bệnh nhân cải thiện mức độ đau và chức năng đáng kể, và trong một số trường hợp có thể trì hoãn phẫu thuật. Tuy nhiên, cần nghiên cứu có phương pháp khách quan hơn và có cỡ mẫu lớn hơn để xác định tính hiệu quả của thủ thuật này. Tóm lại, trên những bệnh nhân đã được chọn lọc kỹ thì PBRTKCL là một phương pháp khả quan điều trị đau thắt lưng mạn và bệnh lý rễ thắt lưng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý rễ thần kinh (TK) thắt lưng là tình trạng rễ thắt lưng bị viêm hoặc chèn ép gây đau lưng lan chân dọc theo phân bố cảm giác của 1 hay nhiều rễ nhất định và có thể kèm với cảm giác tê, dị cảm, yếu cơ hoặc giảm phản xạ gân xương ở chân. Có nhiều nguyên nhân gây bệnh lý rễ thắt lưng nhưng chủ yếu do thoát vị đĩa đệm gây chèn ép thần kinh hoặc thoái hóa cột sống thắt lưng gây hẹp ống sống, ngách bên và lỗ liên hợp.

Đa số các trường hợp bệnh lý rễ thắt lưng - cùng đều được điều trị bảo tồn thành công với thuốc giảm đau, kháng viêm, giãn cơ phối hợp với vật lý trị liệu. Tuy nhiên, đối với một số bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội khoa sau 6 tuần hoặc trên những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nhưng không thể can thiệp phẫu thuật ngay vì bệnh lý nội khoa thì PBRTKCL là một phương pháp điều trị nên được cân nhắc.

PBRTKCL được tác giả Macnab¹⁰ thực hiện lần đầu tiên vào năm 1971. Tác giả mô tả vị trí đặt mũi kim, cách tái tạo con đường rễ và hình ảnh rễ bằng thuốc cản quang trên màn tăng sáng, và cuối cùng là giảm đau rễ bằng lidocaine đơn thuần. Kỹ thuật phong bế hiện tại vẫn không thay đổi so với trước đây.

Ở người và động vật, tác giả Grava³ cho thấy hiện tượng đau TK tọa chỉ xảy ra khi khối thoát vị chèn ép lên rễ đang sưng viêm. Hiện tượng rễ sưng viêm chủ yếu do quá trình thiếu máu rễ bởi các tác nhân vật lý chèn ép lên rễ hoặc do các hoá chất trung gian được phóng thích khi các mucopolysaccharide¹¹ trong nhân nhầy tiếp xúc với rễ TK. Ngoài ra, tác giả Franson⁴ và cộng sự cho thấy enzyme phospholipase A2 có trong đĩa đệm là yếu tố chính điều hoà quá trình sản xuất các hoá chất trung gian gây viêm như prostaglandin và leukotriene. Bên cạnh đó, tác giả Lee và cộng sự⁸ cho thấy hoạt tính của phospholipase A trong rễ TK bị chèn ép sẽ bị ức chế khi tiêm corticoid.

Tại Bệnh viện 1A, PBRTKCL (PBRTKCL) là một thủ thuật ít xâm lấn mang tính chẩn đoán và điều trị đau thắt lưng mạn tính và bệnh lý rễ thắt lưng được thực

hiện thường quy. Thủ thuật này được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê kèm với corticoid xung quanh rễ TK tại vị trí rễ thoát ra lỗ liên hợp dưới màn tăng sáng với mục tiêu giảm hiện tượng viêm do chèn ép TK. Mặc dù đã được áp dụng rộng rãi ở nhiều nơi trên thế giới, vẫn còn ít nghiên cứu về tính ứng dụng của thủ thuật này tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá tính hiệu quả của phương pháp này trên bệnh nhân có bệnh lý rễ thắt lưng do thoát vị đĩa đệm không đáp ứng điều trị bảo tồn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng hoặc hẹp ống sống thắt lưng được chẩn đoán bệnh lý rễ thắt lưng do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng khám và điều trị tại bệnh viện 1A từ tháng 11/2019 tới tháng 11/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân có triệu chứng bệnh lý rễ thắt lưng do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng hoặc hẹp ống sống thắt lưng đáp ứng kém với điều trị nội khoa (ngủ ngơi, vật lý trị liệu, thuốc kháng viêm...).
- Thời gian theo dõi sau thủ thuật tối thiểu 6 tháng.
- Nơi thực hiện: Đơn vị Cột sống – Bệnh viện 1A.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng hoặc có chấn thương trước đó.
- Bệnh nhân có chống chỉ định với PBRTKCL:
 - o Các bệnh lý nhiễm trùng thân sống – đĩa đệm
 - o Nhiễm trùng da tại vùng tiêm
 - o Các bệnh lý nhiễm trùng toàn thân nghiêm trọng
 - o Tiền sử dị ứng với thuốc tê hoặc thuốc cản quang

- Rối loạn đông máu

2.1.3. Phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu theo mục đích nghiên cứu.

2.2. *Phương pháp nghiên cứu*

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Khám và lên kế hoạch trước thủ thuật

- Tất cả các bệnh nhân đều được lên lịch thực hiện thủ thuật.
- Thăm khám lâm sàng xác định triệu chứng chèn ép rễ thắt lưng.
- Dựa trên MRI để xác định tầng thoát vị/hẹp ống sống.
- Giải thích chi tiết thủ thuật với bệnh nhân.

2.3. *Bố trí phòng mổ*

- C-arm ở bên đối diện với rễ dự định phong bế.
- Đội thực hiện thủ thuật gồm:
 - 2 thủ thuật viên: 1 bác sỹ chính + 1 bác sỹ phụ
 - 1 Bác sỹ gây mê + 1 Kỹ thuật viên gây mê
 - 1 Điều dưỡng tiếp liệu vòng ngoài



Hình 2.1. Máy C-arm. Nguồn: Tác giả

2.4. Phương pháp phẫu thuật

2.4.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân nằm sấp có trên 2 gối dọc để giảm độ ưỡn cột sống thắt lưng.

2.4.2. Các bước phẫu thuật

- Sát trùng vùng thủ thuật và trải băng cách ly phẫu trường.



Hình 2.2. A. Xác định vị trí tiêm ngoài da. B. Định hướng vị trí cần chích bằng kim 18G. C. Hướng của kim 22G trong nòng kim 18G

- Nghiêng màn tăng sáng hướng về phía đầu của bệnh nhân sao cho tia X-quang song song với tấm tận trên trên bình diện trước-sau (trên phim thấy tấm tận trên là 1 đường thẳng).
- Xác định đúng tầng cột sống thắt lưng và lỗ liên hợp bằng C-arm (Hình 2.2A).
- Tiến hành tê tại chỗ vùng da ra ngoài và cách chân cung 1,5 cm bằng Lidocain 2% từ lớp nông tới sâu.
- Dùng 1 kim 18G đâm cùng hướng với tia X tạo đường vào cho kim 22G (Hình 2.2B).
- Dùng 1 kim 22G luồn qua nòng kim 18G có sẵn tới vị trí góc 6h của chân cung cho tới khi bị cản lại hoặc kích thích đau trên bệnh nhân (Hình 2.2C, hình 2.3)

- Kiểm tra hướng của kim 22G bằng C-arm trên hai bình diện trước-sau và nghiêng. Trên bình diện trước sau thấy kim 22G đúng vị trí nằm ở góc từ 9h tới 6h (đối với chân cung bên trái) và 3h tới 6h (đối với chân cung bên phải). Trên bình diện nghiêng, kim đúng vị trí khi nằm ở ngang lỗ liên hợp và đi gần bờ dưới chân cung.

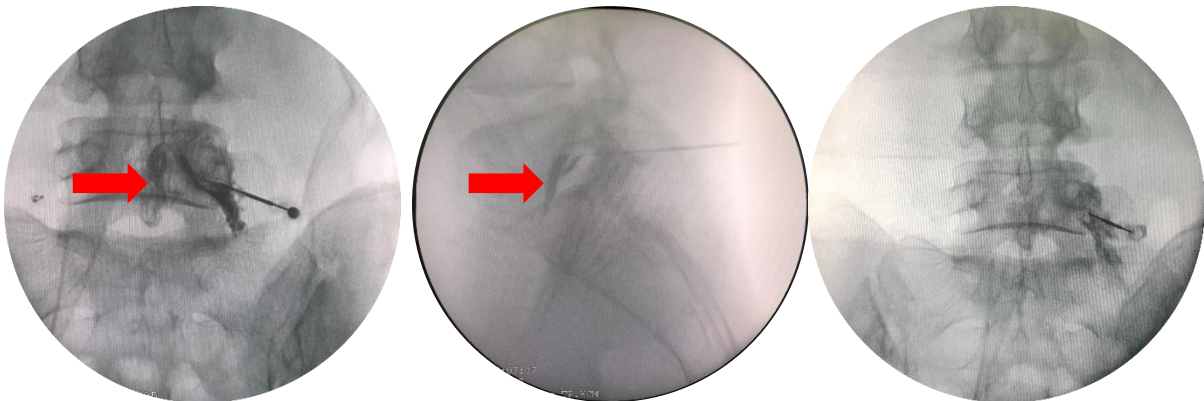
Hình 2.3. Luồn kim 22G vào nòng kim 18G hướng vào vị trí cần chích



- Ở mỗi bước tiêm, kiểm tra kim 22G không nằm trong lòng mạch bằng cách rút xy lanh 2-3 ml.

- Khi kim 22G nằm đúng vị trí, tiến hành bơm 1ml nước cất kích thích cơn đau kiểu rễ của bệnh nhân. Nếu giống với cơn đau thường ngày của bệnh nhân, tiến hành bơm 1ml Lidocaine 2% giảm đau.

- Bơm 1ml thuốc cản quang Xenetix và kiểm tra lại hình ảnh rễ ngấm thuốc trên C-arm trên hai bình diện trước sau và nghiêng (Hình 2.4A, B)



Hình 2.4A, B. Hình dạng rễ TK (mũi tên) khi tiêm thuốc cản quang trên hai bình diện trước sau và nghiêng. C. Hình ảnh rễ ngấm thuốc.

- Nếu xuất hiện hình ảnh rễ và bao màng cứng ngấm thuốc trên C-arm,

tiến hành tiêm dung dịch 1ml Depo-Medrol + 1ml Bupivacaine 0.5%. Kiểm tra lại trên C-arm thấy hình ảnh rễ và bao màng cứng ngấm thuốc bị mờ đi. (Hình 2.4C)

- Rút 2 kim và băng kín vết thương

2.5. Thu thập dữ liệu

Bệnh nhân được hẹn tái khám hoặc gọi điện thoại trực tiếp để đánh giá triệu chứng chèn ép rễ và khả năng sinh hoạt hằng ngày

Khi tái khám ghi nhận các triệu chứng lâm sàng.

Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tái khám và điền thông tin vào phiếu thu thập dữ liệu. Chụp lại phim Xquang và phim MRI của bệnh nhân bằng máy ảnh kỹ thuật số.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị: Mức độ đau theo thang điểm VAS. Mức độ hài lòng theo thang điểm MacNab.

2.6. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

3. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 98 trường hợp được chẩn đoán đau rễ thắt lưng do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, hẹp ống sống tại Đơn vị Cột Sống bệnh viện 1A từ tháng 11 năm 2019 tới tháng 3 năm 2023 chúng tôi thu được kết quả như sau:

Tuổi trung bình là $53,37 \pm 16,56$, tuổi thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất 92 tuổi.

Nữ chiếm 60 trường hợp (61,2%) và nam chiếm 38 trường hợp (38,8%).

100% các trường hợp ghi nhận có thoát vị đĩa đệm, trong đó thoát vị đĩa đệm gây hẹp ống sống chiếm 6,1% (6/98) và thoát vị đĩa đệm kèm mất vững cột sống chiếm 12,2% (12/98).

Bảng 3.1. Phân nhóm theo đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Tỉ lệ (%)
Tuổi	
20-29	7 (7,14%)
30-39	15 (15,30%)
40-49	18 (18,36%)
50-59	15 (15,30%)
60-69	26 (26,53%)
>=70	16 (16,32%)
Giới	
Nam	60 (61,2%)
Nữ	38 (38,8%)
Phân nhóm tổn thương	
Thoát vị đĩa đệm	98 (100%)
Thoát vị đĩa đệm + Hẹp ống sống	6 (6,1%)
Thoát vị đĩa đệm + Mất vững cột sống	12 (12,2%)
Số tầng thoát vị	
1 tầng	65 (66,33%)
2 tầng	32 (32,65%)
3 tầng	1 (1,02%)
Vị trí thoát vị đĩa đệm	
TL3-4 đơn thuần	1
TL4-5 đơn thuần	44
TL5-S1 đơn thuần	37
Nhiều tầng	16

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo bệnh lý rễ

Bệnh lý rễ	Tần số	Tỉ lệ (%)
L4	10	5.1
L5	121	61.7
S1	65	33.2
Tổng số	196	100

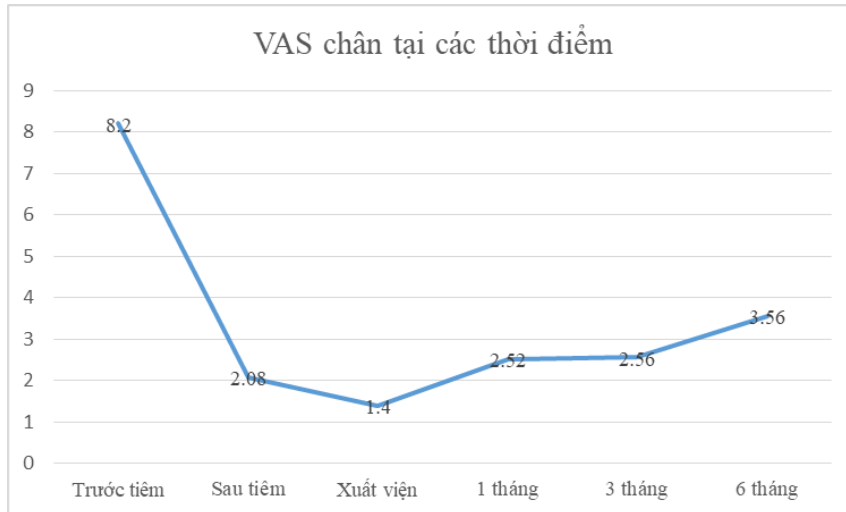
Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 5,1% (10/196) rễ L4 có biểu hiện bệnh lý, 61,7% (121/196) rễ L5 và 33,2% (65/196) có biểu hiện bệnh lý.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo kết quả MacNab

MacNab	Tần số	Tỉ lệ (%)
Xấu	10	10.2
Trung bình	15	15.3
Tốt	40	40.8
Rất tốt	33	33.7
Tổng	98	100

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 10.2% (10/98) trường hợp có kết quả “Xấu” theo MacNab, 15.3% (15/98) trường hợp “Trung bình”, 40.8% (40/98) ghi nhận “Tốt” và 33.7% (33/98) ghi nhận “Rất tốt”.

- Kết quả lâm sàng trước và sau phong bế



Hình 3.1. VAS chân tại các thời điểm

Trên 88 trường hợp không ghi nhận phẫu thuật, VAS trước phong bế ghi nhận $8,2 \pm 1,73$, VAS sau phong bế ghi nhận $2,08 \pm 2,02$. VAS sau tiêm tại thời điểm xuất viện: $1,4 \pm 1,3$. Đánh giá VAS sau 1 tháng ghi nhận: $2,52 \pm 2,43$, 3 tháng: $2,56 \pm 2,29$, 6 tháng: $3,56 \pm 2,93$. Thời gian giảm đau ngắn nhất ghi nhận 1 tuần sau tiêm. Ghi nhận VAS trước tiêm và sau phong bế tại các thời điểm giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0.01$).

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo kết quả cuối cùng:

Phẫu thuật	Tần số	Tỉ lệ (%)
Không	88	89.8
Có	10	10.2
Tổng	98	100

Qua hồi cứu 98 bệnh nhân ghi nhận, 10 trường hợp sau phong bế rễ TK được phẫu thuật

4. BÀN LUẬN

Kết quả của nghiên cứu chúng tôi cho thấy PBRTKCL là 1 phương pháp hiệu quả giảm đau rễ ở phần lớn các bệnh nhân. Chúng tôi nhận thấy điểm đau VAS trước và sau tiêm giảm có ý nghĩa thống kê trên hầu hết các bệnh nhân và điều này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác như Giang (2020)¹. Tác giả Kumar và cộng sự báo cáo 82,5% số bệnh nhân phong bế rễ cải thiện đau trong 2 tuần sau tiêm. Năm 2016, tác giả Joswig và cộng sự báo cáo 66,7% bệnh nhân phong bế rễ cải thiện đau đáng kể trong 1 tháng. Trong 1 nghiên cứu tiến cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng năm 2000, tác giả Riew¹³ báo cáo 29/55 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật đã tránh được cuộc phẫu thuật sau khi PBRTKCL.

Về phương diện cải thiện chức năng sau tiêm chúng tôi dùng thang điểm MacNab để đánh giá và nhận thấy 74.5% trường hợp (73/98) đánh giá mức độ hồi phục từ “Tốt” tới “Rất tốt” 6 tháng sau thủ thuật. Trên 88 trường hợp không phẫu thuật, khoảng 18 trường hợp (20,4%) bắt đầu than đau trở lại 6 tháng sau phong bế (20%) nhưng vẫn chưa có nhu cầu phẫu thuật. Tuy nhiên, vì đây là nghiên cứu hồi cứu nên chúng tôi khó đánh giá được chính xác thời gian giảm đau hiệu quả kéo dài chính xác là bao nhiêu. Bên cạnh đó, dựa trên hệ số tương quan Pearson, chúng tôi không ghi nhận có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm VAS tại thời điểm trước tiêm, sau tiêm, sau 1, 3 và 6 tháng và tuổi của bệnh nhân.

Vị trí thoát vị đĩa đệm thường gặp nhất là TL4-5 chiếm 52,58%, TL5-S1 chiếm 46,55%, TL3-4 chiếm 0,87%, kết quả này tương tự với tác giả Jing Luan (2022)⁹.

Trong 98 trường hợp bệnh nhân sau PBRTKCL, chúng tôi ghi nhận 10 trường hợp có chỉ định phẫu thuật vì triệu chứng đau của 10 bệnh nhân này có mức độ giống như trước khi thực hiện thủ thuật khi bệnh nhân quay lại tái khám 1 tới 2 tuần sau khi xuất viện. Đối với 10 trường hợp cần phải phẫu thuật này, VAS sau thủ thuật giảm có ý nghĩa trên cả 10 trường hợp. Những trường hợp này chủ yếu bao gồm những bệnh nhân có trượt đốt sống hoặc thoát vị đĩa đệm nhiều tầng. Trên những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, phong bế rễ TK chọn lọc có ý nghĩa chẩn đoán và giúp chúng tôi xác định được rễ TK gây triệu chứng nhiều nhất và qua đó tập trung giải ép rễ tủy đa trong phẫu thuật.

Chúng tôi thực hiện PBRTKCL dưới màn tăng sáng bằng phương pháp 2 kim. Ưu điểm của phương pháp này khi thực hiện với màn tăng sáng là có thể thấy rõ hình ảnh giải phẫu của các thân đốt sống, thủ thuật thực hiện nhanh và ít bị phơi nhiễm với tia xạ đối với các phẫu thuật viên dày dặn kinh nghiệm. Theo kinh nghiệm của chúng tôi và tác giả Kingsbury ⁷, chúng tôi có thể thăm dò trước các mốc giải phẫu qua việc cảm nhận các cấu trúc xương bằng kim 18G. Kim 18G giúp dễ điều hướng dưới màn tăng sáng và sau đó luồn kim 22G để có thể “lái” đầu kim đến đúng vị trí rễ thần kinh thoát ra ngoài lỗ liên hợp trên 2 bình diện trước sau và nghiêng. Khi đã đúng vị trí, chúng tôi tái tạo cơn đau trên lâm sàng tương tự với cơn đau của bệnh nhân và giảm đau bằng 1ml Lidocaine 2%. Để xác định hướng lan của thuốc, chúng tôi tiến hành 1ml bơm thuốc cản quang Xenetix và đánh giá trên 2 bình diện. Nếu thấy hình ảnh bao rễ TK xuất hiện trên màn tăng sáng, chúng tôi sẽ tiêm dung dịch chứa Bupivacaine + Depomedrol 40mg. Tuy nhiên, hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào cho thấy mối tương quan giữa độ lan của thuốc cản quang và hiệu quả giảm đau sau tiêm ⁵. Chúng tôi cũng đảm bảo thể tích của dung dịch phong bế chỉ 2ml để thuốc chỉ tác dụng trên rễ thần kinh mà chúng tôi muốn phong bế và không lan quá nhiều vào bao màng cứng hoặc rễ thần kinh khác.

Đối với loại corticoid sử dụng khi phong bế, nhiều tác giả ghi nhận sử dụng các loại thuốc với số lần và liều lượng tiêm khác nhau. Corticoid dùng trong phong bế được chia làm 2 dạng: dạng hạt nhỏ và dạng không hạt. Depo-Medrol (methylprednisolone acetate) và K-Cort (Triamcinolone acetonide) là 2 loại corticoid phổ biến tại thị trường Việt Nam. Năm 2005, tác giả Anwar ¹ ghi nhận không có sự khác biệt về hiệu quả của methylprednisolone và triamcinolone trong 1 nghiên cứu tiến cứu ngẫu nhiên mù đơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, loại corticoid tác dụng kéo dài được sử dụng là Depo-Medrol (methylprednisolone) với liều 40mg cho một lần tiêm duy nhất. Chúng tôi sử dụng Depo-Medrol vì loại corticoid này có giá thành rẻ, dễ tìm và hiệu quả tương đương triamcinolone. Chúng tôi sử dụng liều 40mg dựa trên kết quả của tác giả Owlia (2007) ¹² cho thấy hiệu quả giảm đau tương đương của liều 40mg và 80mg Depo-Medrol, và liều 40mg có ít tác dụng phụ hơn. Tuy nhiên, một số tác giả khác như Kang (2011) ⁶ khuyến cáo phong bế liều triamcinolone nhỏ nhất là 10mg đã có hiệu quả giảm đau. Mặt khác, nhiều nghiên cứu khác trên thế giới so sánh độ an toàn giữa corticoid dạng hạt và dạng hòa tan. Các tác giả cho rằng corticoid dạng hạt nhỏ có thể làm thuyên tắc các mạch máu tủy và làm nhồi máu tủy. Tuy nhiên nguy cơ này hiếm khi xảy ra và chúng tôi không ghi nhận trường hợp biến chứng liên quan đến tắc mạch trong nghiên cứu này.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có nhiều hạn chế. Theo dõi và đánh giá bệnh nhân qua điện thoại có thể không khách quan và chính xác. Ngoài ra, một số bệnh nhân sau phong bế không thể liên lạc được bằng điện thoại. Hơn nữa, do nghiên cứu này chỉ là nghiên cứu hồi cứu không nhóm chứng nên sẽ không thể đánh giá chính xác hiệu quả của phương pháp này.

5. KẾT LUẬN

Tóm lại, nghiên cứu của chúng tôi đã đánh giá hiệu quả của phương pháp PBRTKCL trong việc điều trị bệnh lý rễ thắt lưng trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm và hẹp ống sống thắt lưng. Kết quả cho thấy đây là một phương pháp điều trị an toàn và

hiệu quả giúp giảm đáng kể các chỉ số đau và cải thiện chức năng ở đa số bệnh nhân. Tuy nhiên, nghiên cứu này còn nhiều hạn chế do thiết kế nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ và thiếu nhóm chứng. Vì vậy, chúng tôi cần thực hiện các nghiên cứu tiền hành với cỡ mẫu lớn hơn để tăng độ tin cậy trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quỳnh Giang, Phạm Mạnh Cường. 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. Tạp chí Điện Quang Việt Nam. 2017;26:18-25.
2. Anwar A, Zaidah I, & Rozita, R. (2005). Prospective randomised single blind study of epidural steroid injection comparing triamcinalone acetate with methylprednisolone acetate. *APLAR Journal of Rheumatology*, 8(1)
3. de Souza Grava AL, Ferrari LF, Defino HL. Cytokine inhibition and time-related influence of inflammatory stimuli on the hyperalgesia induced by the nucleus pulposus. *Eur Spine J*. 2012;21(3):537-545.
4. Franson RC, Saal JS, Saal JA. Human disc phospholipase A2 is inflammatory. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1992;17(6 Suppl):S129-S132.
5. Kanna RM, Shetty AP, Rajasekaran S. Predictors of Successful Outcomes of Selective Nerve Root Blocks for Acute Lumbar Disc Herniation. *Global Spine J*. 2019;9(5):473-479.
6. Kang SS, Hwang BM, Son HJ, et al. The dosages of corticosteroid in transforaminal epidural steroid injections for lumbar radicular pain due to a herniated disc. *Pain Physician*. 2011;14(4):361-370.
7. Kingsbury D. Lumbar Transforaminal Epidural Steroid Injection—Supraneural, Two-Needle Technique: Fluoroscopic Guidance. In: Atlas of Image-Guided Spinal Procedures . 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2018:217-225.
8. Lee HM, Weinstein JN, Meller ST, Hayashi N, Spratt KF, Gebhart GF. The role of steroids and their effects on phospholipase A2. An animal model of

radiculopathy. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1998;23(11):1191-1196.

9. Luan J, Wang Q, Lyu D, Wang Z, He Y. Comparable effectiveness of transforaminal endoscopic spine system technique combined with selective nerve root block between far lateral lumbar disc herniation and central or paracentral herniation. *Jt Dis Relat Surg*. 2022;33(3):513-520.

10. Macnab I. Negative disc exploration. An analysis of the causes of nerve-root involvement in sixty-eight patients. *J Bone Joint Surg Am*. 1971;53(5)

11. Milette PC, Fontaine S, Lepanto L, Breton G. Radiating pain to the lower extremities caused by lumbar disk rupture without spinal nerve root involvement. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1995;16(8):1605-1615.

12. Owlia MB, Salimzadeh A, Alishiri G, Haghghi A. Comparison of two doses of corticosteroid in epidural steroid injection for lumbar radicular pain. *Singapore Med J*. 2007;48(3):241-245.

13. Riew KD, Yin Y, Gilula L, et al. The effect of nerve-root injections on the need for operative treatment of lumbar radicular pain. A prospective, randomized, controlled, double-blind study. *J Bone Joint Surg Am*. 2000;82(11):1589-1593.