

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA

Nguyễn Văn Chương*; Lê Thị Bích Thủy**

TÓM TẮT

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng 116 bệnh nhân (BN) thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng (CSTL) có hội chứng chuyển hóa (HCCH), kết quả cho thấy:

- Yếu tố chấn thương: 20,9%; dấu hiệu Lasègue (+): 98,5%; dấu hiệu chuông bấm (+): 79,4%. TVĐĐ L₄-L₅: 58,3% và L₅-S₁: 14,6%. Tỷ lệ các thành phần trong HCCH: tăng triglycerid (93,7%), tăng vòng bụng (79,2%), giảm HDL-C (79,2%), tăng huyết áp (47,9%), tăng glucose máu (14,6%). HCCH được cấu tạo từ 3 thành phần chiếm cao nhất (87,5%). Kiểu kết hợp 3 thành phần hay gặp nhất là vòng bụng tăng triglycerid + HDL-C thấp (41,6%), kiểu kết hợp 4 thành phần hay gặp nhất là tăng huyết áp + tăng triglycerid + HDL-C thấp + vòng bụng (8,3%).

* Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm; Hội chứng chuyển hóa.

CLINICAL AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN LUMBAR DISK HERNIA PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

SUMMARY

The authors studied 116 low lumbar disk hernia patients with metabolic syndrome, the results were as follows:

Heavy load: 20.9%, Lasègue sign : 98.5%, Ringbell sign: 79.4%. Hernia of L₄-L₅ and L₅-S₁: 58.3% and 14.6%.

The components of metabolic syndrome were as follows: hypertriglyceridemia (93.7%), abdominal fat distribution (79.2%), low HDL-C(79.2%), hypertension (47.9%), increased blood glucose (14.6%). 87.5% of patients had 3 omponents of metabolic syndrome. The combination of 3 factors in metabolic syndrome was high waist circumplex + hypertriglyceridemia + low HDL-C (41.6%). The frequent combination of 4 factors in metabolic syndrome was hypertension + hypertriglyceridemia + low HDL-C + high waist circumplex (8.3%).

** Key words: Disk hernia; Metabolic syndrome.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là một bệnh khá phổ biến, gặp ở mọi lứa tuổi,

mọi giới tính. Bệnh thường gặp nhiều ở lứa tuổi lao động nên ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và khả năng lao động của con người. Ở những BN có vữa xơ động mạch,

* Bệnh viện 103

** Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: PGS. TS. Nguyễn Minh Hiệ

PGS. TS. Phan Việt Nga

mạch máu nuôi dưỡng đĩa đệm cũng như các mạch máu khác khi mảng bám tích tụ trong lòng động mạch, chính những mảng bám này làm giảm lượng máu đến nuôi dưỡng đĩa đệm và tình trạng nuôi dưỡng kém dẫn đến đĩa đệm bị thoái hóa. Việc cung cấp dinh dưỡng tới đĩa đệm chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố, bao gồm cả những yếu tố ảnh hưởng tới quá trình dinh dưỡng ở thân đốt sống của một số bệnh lý mạn tính như thiếu máu, vữa xơ động mạch [4]. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có nhiều tác giả, nhiều công trình nghiên cứu về TVĐĐ CSTL. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào tập trung ở BN TVĐĐ CSTL có HCCH. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ ở BN TVĐĐ CSTL có HCCH.*
- *Tim mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ với HCCH ở những BN này.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- Nhóm bệnh: 48 BN, được chẩn đoán TVĐĐ CSTL có HCCH.
- Nhóm chứng: 68 BN được chẩn đoán TVĐĐ CSTL không có HCCH.

Cả 2 nhóm đều điều trị tại Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện 103 từ tháng 12 - 2011 đến 6 - 2012.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Phân bố BN theo tuổi.

NHÓM TUỔI	NHÓM CHỨNG (n = 68)		NHÓM BỆNH (n = 48)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
20 - 29	5	7,4	0	0	< 0,05
30 - 39	19	27,9	5	10,4	
40 - 49	15	22,1	17	35,4	
50 - 59	16	23,5	13	27,1	
≥ 60	13	19,1	13	27,1	
$\bar{X} \pm SD$	47,2 ± 14,2		51,7 ± 10,02		

Ở nhóm bệnh, hay gặp ở nhóm tuổi 40 - 49 (35,4%), nhóm tuổi 20 - 29 không có BN nào, nhóm 50 - 59 tuổi và > 60 tuổi có tỷ lệ như nhau (27,1%). Tuổi mắc HCCH ở BN TVĐĐ CSTL trung bình 51,7 ± 10,2, kết quả phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hằng (54,72%) và ở lứa tuổi trẻ tỷ lệ rất thấp [1]. Mối liên quan giữa tuổi và HCCH được giải thích là do sự tích lũy của các yếu tố thành phần HCCH cùng với tuổi.

Bảng 2: Phân bố theo giới.

GIỚI TÍNH	NHÓM CHỨNG (n = 68)		NHÓM BỆNH (n = 48)		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Nam	42	61,8	20	41,7	< 0,05
Nữ	26	38,2	28	58,3	
Tổng	68	100	48	100	

Ở nhóm bệnh, tỷ lệ nữ cao hơn nam (58,3% so với 41,7%). Giữa hai nhóm bệnh - chứng có sự khác biệt về tỷ lệ nam, nữ trong từng nhóm, p < 0,05. Kết quả này phù hợp với Nguyễn Thị Thu Hằng (69,07%) [1].

Sự khác biệt về tỷ lệ mắc HCCH giữa hai giới có thể do ảnh hưởng của chỉ số vòng eo. Số đo vòng eo của nữ châu Á thường cao gấp nhiều lần so với số đo ở nam.

Bảng 3: Đặc điểm hội chứng CSTL.

TRIỆU CHỨNG	NHÓM CHỨNG		NHÓM BỆNH		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Điểm đau CSTL	65	98,5	47	100	> 0,05
Thay đổi đường cong sinh lý	47	71,2	37	80,4	> 0,05
Lệch vẹo CSTL	32	51,5	23	48,9	> 0,05
Co cứng khối cơ cạnh CSTL	63	96,9	46	100,0	> 0,05
Chỉ số Shober < 14/10	65	98,5	46	97,9	> 0,05
Hạn chế vận động CSTL	66	97,1	47	97,9	> 0,05

Ở nhóm bệnh, 100% BN có điểm đau cột sống, lệch vẹo CSTL có tỷ lệ thấp nhất (48,9%). 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 [3].

Bảng 4: Đặc điểm hội chứng rễ thần kinh thắt lưng - cùng.

TRIỆU CHỨNG	NHÓM CHỨNG		NHÓM BỆNH		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Dấu hiệu chuông bấm (+)	42	87.5	54	79.4	> 0,05
Điểm đau Valleix (+)	46	95.8	66	97.1	> 0,05
Dấu hiệu Lasègue (+)	47	97.9	66	98.5	> 0,05

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Rối loạn vận động theo rễ	1	2.1	0	0.0	> 0,05
Rối loạn cảm giác theo rễ	19	39.6	26	38.2	> 0,05
Rối loạn phân xạ gót-gối	11	22.9	9	13.2	> 0,05
Teo cơ theo rễ	1	2.1	1	1.5	> 0,05

Ở nhóm bệnh, dấu hiệu Lasègue (+) chiếm tỷ lệ cao nhất (97,9%), sau đó là điểm đau Valleix (+) (95,8%). 2 dấu hiệu này chiếm tỷ lệ tương đối cao. Không có sự khác biệt về triệu chứng rễ thần kinh thắt lưng - cùng giữa hai nhóm bệnh - chứng, (p > 0,05). Nghiên cứu của Nguyễn Huy Thức về TVĐĐ CSTL ở người cao tuổi cho thấy dấu hiệu Lasègue (+) và điểm đau Valleix (+) gặp tương ứng là 69,23% và 63,08%, dấu hiệu chuông bấm gặp ít hơn (41,53%) [2].

Bảng 5: Đặc điểm TVĐĐ CSTL trên hình ảnh MRI (n = 116).

ĐẶC ĐIỂM		NHÓM BỆNH (n = 48)		NHÓM CHỨNG (n = 68)		p
		n	%	n	%	
Thể thoát vị	Ra sau trung tâm	14	29,2	11	16,2	< 0,05
	Ra sau lệch phải	15	31,2	22	32,4	
	Ra sau lệch trái	19	39,6	27	39,7	
	Khác	0	0	8	11,7	
Đĩa đệm thoát vị	L ₃ -L ₄	2	4,2	0	0	> 0,05
	L ₄ -L ₅	28	58,3	28	41,2	
	L ₅ -S ₁	7	14,6	14	20,6	
	L ₄ -L ₅ và L ₅ -S ₁	11	22,9	26	38,2	

Trên phim cộng hưởng từ, thể thoát vị ra sau lệch trái chiếm 39,6%. Trong cả 2 nhóm, vị trí đĩa đệm thoát vị chủ yếu là L₄-L₅, riêng

thoát vị đĩa L₃-L₄ chỉ có ở nhóm bệnh. Có sự khác biệt về vị trí đĩa đệm thoát vị trong hai nhóm bệnh - chứng, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu về quá trình thoái hóa đĩa đệm và cơ chế bệnh sinh của TVĐĐ CSTL, các tác giả đều cho rằng đĩa đệm CSTL, đặc biệt là L₄-L₅ và L₅-S₁ phải gánh chịu toàn bộ sức nặng của cơ thể và trọng tải bổ sung trong các hoạt động hàng ngày. Hậu quả làm cho đĩa đệm phải chịu áp lực cao thường

xuyên, các mạch máu bị dồn ra khỏi đĩa đệm. Mặt khác, đĩa đệm chỉ được nuôi dưỡng bằng cơ chế thẩm thấu, cho nên đĩa đệm trở thành loại mô có dinh dưỡng chậm. Do đó, loạn dưỡng và thoái hóa sớm xảy ra. Quá trình này tăng dần theo tuổi, diễn ra liên tục trong suốt cuộc đời.

* Thành phần các triệu chứng trong HCCH:

3 triệu chứng: 42 BN (87,5%); 4 triệu chứng: 5 BN (10,4%); 5 triệu chứng: 1 BN (2,1%).

Bảng 6: Đánh giá mức độ lâm sàng của 2 nhóm theo thang điểm của Bộ môn Nội Thần kinh.

MỨC ĐỘ LÂM SÀNG	NHÓM BỆNH		NHÓM CHỨNG	
	n	%	n	%
Nhẹ	5	10,4	11	16,2
Vừa	32	66,7	53	77,9
Nặng	11	22,9	4	5,9
Rất nặng	0	0	0	0
Tổng	48	100	68	100

Tỷ lệ BN bị mức độ lâm sàng nặng ở nhóm bệnh (22,9%) cao hơn nhóm chứng (5,9%). Kết quả này khác với Nguyễn Huy Thúc, có thể vì nhóm BN của chúng tôi mắc HCCH, biểu hiện lâm sàng của TVĐĐ CSTL có thể nặng hơn. Còn mức độ rất nặng không gặp BN nào, có thể nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở khoa nội, những BN rất nặng thường được điều trị bằng phẫu thuật [2].

Bảng 7: Liên quan giữa độ nặng lâm sàng và HCCH .

MỨC ĐỘ LÂM SÀNG \ THÀNH PHẦN CHUYỂN HOÁ	3 THÀNH PHẦN		4 THÀNH PHẦN		5 THÀNH PHẦN	
	n	%	n	%	n	%
Nhẹ	4	9,5	1	20	0	0
Vừa	28	66,7	3	60	1	100
Nặng	10	23,8	1	20	0	0
Rất nặng	0	0	0	0	0	0
Tổng	42	100	5	100	1	100

Phần lớn BN đều gặp ở dạng kết hợp 3 thành phần chuyển hoá, đặc biệt, ở nhóm mức độ lâm sàng nặng, tỷ lệ này là 23,8%. Các trường hợp có 4 và 5 thành phần chuyển hoá ít gặp hơn.

Bảng 8: Mối liên quan giữa thể TVĐĐ, vị trí đĩa đệm thoát vị với HCCH.

HÌNH ẢNH MRI		THÀNH PHẦN CHUYỂN HOÁ		3 THÀNH PHẦN		4 THÀNH PHẦN		5 THÀNH PHẦN		p
		n	%	n	%	n	%			
Thể thoát vị	Ra sau trung tâm	11	26,2	3	60	0	0	> 0,05		
	Ra sau lệch phải	13	30,9	1	20	1	100			
	Ra sau lệch trái	18	42,9	1	20	0	0			
	Khác	0	0	0	0	0	0			
Đĩa đệm thoát vị	L ₃ -L ₄	1	2,4	0	0	1	100	> 0,05		
	L ₄ -L ₅	23	54,8	5	100	0	0			
	L ₅ -S ₁	7	16,6	0	0	0	0			
	L ₄ -L ₅ và L ₅ -S ₁	11	26,2	0	0	0	0			

Sự khác biệt về thể thoát vị và vị trí đĩa đệm thoát vị trong các nhóm có thành phần HCCH không có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ có 3 triệu chứng và 4 triệu chứng HCCH gặp chủ yếu ở vị trí đĩa đệm L₄-L₅ thoát vị với tỷ lệ rất cao (54,8% và 100%). Chỉ duy nhất 1 trường hợp có 5 triệu chứng HCCH, vị trí thoát vị là đĩa đệm L₃-L₄. Điều này giải thích là do tích lũy các yếu tố thành phần HCCH nhiều, có thể xảy ra ở ngay cả những vị trí đĩa đệm ít gặp nhất.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ của 116 BN TVĐĐ CSTL có HCCH, chúng tôi nhận thấy:

- Yếu tố chấn thương: 20,9%; khởi phát từ từ (66,7%). Đau CSTL có tính chất cơ học. 79,4% BN có dấu hiệu chuông bấm (+); dấu hiệu Lasègue (+): 98,5%.

- TVĐĐ L₄-L₅ là chủ yếu. TVĐĐ L₃-L₄ chỉ xảy ra ở nhóm bệnh.

- Theo thang điểm lâm sàng Bộ môn Nội Thần kinh: tỷ lệ BN nặng gặp ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng.

- Vị trí thoát vị L₄-L₅ gặp nhiều ở BN có 4 thành phần HCCH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hằng. Nghiên cứu HCCH ở BN đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2008.
2. Nguyễn Huy Thức. Nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của TVĐĐ CSTL ở người cao tuổi. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2009.
3. Ngô Tiến Tuấn. Hình ảnh MRI CSTL và đĩa đệm. Tạp chí thông tin Y dược. 2007, 9, tr.6-11.
4. Urban P.G, Roberts S. Review degeneration of the intervertebral disc. Arthritis Res Ther. 2003, 5, pp.120-130.

Ngày nhận bài: 19/9/2012

Ngày giao phản biện: 12/10/2012

Ngày giao bản thảo in: 16/11/2012