

CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG LƯNG, THẮT LƯNG

Ban hành kèm theo Quyết định số 60/QĐ-BV ngày 19/02/2014

I. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương có thể gây tổn thương phân xương, đĩa đệm, dây chằng hay gân cơ. Đoạn cột sống tiếp nối lưng thắt lưng là đoạn gãy hay gặp với các thương tổn bệnh lí giải phẫu đa dạng; từ loại gãy vững, ít nguy cơ thương tổn thần kinh đến loại gãy không vững với thương tổn thần kinh nặng nề.

II. CHẨN ĐOÁN

1.1 Lâm sàng

Khám cột sống: Để tìm vị trí tổn thương theo điểm đau, điểm gù.

1.2 Khám thần kinh: Đánh giá tăng thương tổn và mức độ tổn thương thần kinh.

- a. Tăng thương tổn: Xác định tăng thương tổn chủ yếu bằng khám khoanh cảm giác, dựa theo những mốc cơ thể như sau: lưng 4: ngang núm vú, lưng 6: ngang máu kiểm xương ức, lưng 8: hạ sườn, lưng 10: ngang rốn, lưng 12: giữa nếp bẹn.
- b. Mức độ tổn thương tủy: Đánh giá mức độ tổn thương thần kinh cảm giác, vận động theo thang điểm ASIA (American Spinal Injury Association, 1992) (dựa trên bảng phân loại của Frankel, 1969)

Bảng 1: Bảng phân loại của ASIA

Loại	ASIA
A. Tổn thương tủy hoàn toàn	Liệt hoàn toàn: mất hoàn toàn vận động và cảm giác
B. Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn cảm giác nhưng mất vận động dưới tổn thương (bao gồm đoạn cùng S4 – 5)
C. Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn chức năng vận động dưới tổn thương (Hơn ½ các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ < 3)
D. Tổn thương tủy không hoàn toàn	Còn chức năng vận động dưới tổn thương (Hơn ½ các cơ chính dưới tổn thương có sức cơ > = 3)
E. Bình thường	Chức năng vận động và cảm giác bình thường

2. Chẩn đoán hình ảnh

- 2.1. X quang: Dựa vào điểm đau chói, gù để chụp phim thẳng nghiêng giúp xác định thương tổn.
 - 2.2. Cắt lớp vi tính (CT scan) : Đánh giá rất tốt tổn thương xương đặc biệt trên hình ảnh tái tạo 3 chiều. Theo phân loại của Denis.
 - 2.3. Cộng hưởng từ (MRI) : Đánh giá tốt tổn thương dây chằng, đĩa đệm đặc biệt là tổn thương tủy.
3. Phân loại gãy cột sống (Denis): Có 4 loại gãy: gãy lún (compression); gãy lún nhiều mảnh (burst fracture); gãy dây đai (seat – belt); gãy trật (fracture-dislocation).

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Nắn lại cột sống.
- Ngăn ngừa sự mất chức năng thần kinh các mô chưa bị tổn thương.
- Tạo điều kiện cho sự phục hồi các mô thần kinh.
- Tái tạo và giữ vững sự ổn định của cột sống.
- Tạo điều kiện phục hồi chức năng sớm.

2. Điều trị nội khoa

2.1. Sơ cứu:

- Tất cả bệnh nhân chấn thương cần được xem như có chấn thương cột sống tủy sống khi: có chấn thương đầu, cổ hay lưng; hôn mê hay chưa xác định được thương tổn; có đau lưng, đau cổ; có các biểu hiện của tổn thương cột sống hay tủy sống.
- Bệnh nhân phải được vận chuyển bằng ván cứng, lót túi cát hai bên đầu, nếu có điều kiện cho bệnh nhân mang nẹp cổ hay nẹp lưng. Giữ huyết áp tâm thu trên 90mmHg, cho thở oxy, đặt ống thông dạ dày hay hậu môn nếu có chướng bụng liệt ruột. Đặt thông tiểu nếu có bí tiểu.

2.2. *Chống phù tủy: Methylprednisolone:* khi bệnh nhân nhập viện trong 8 giờ đầu, chích tĩnh mạch liều đầu (bolus) 30mg/kg giờ đầu, sau đó truyền tĩnh mạch 5,4mg/kg trong 23 giờ tiếp theo.

2.3. *Chăm sóc bệnh nhân:*

- Chống loét là công việc hết sức cần thiết. Nguyên tắc phải thay đổi các điểm tì đè như xương cụt, lưng mắt cá, gót và da sau đầu để cho máu lưu thông.
- Tập vật lý trị liệu sớm giúp tránh teo cơ, cứng khớp.
- Những bệnh nhân có thông tiểu phải theo dõi sát sóc đường tiểu, bơm rửa bàng quang thay thông tiểu mỗi tuần, tập đường tiểu bàng cách mở thông vào một giờ cố định.
- Cho bệnh nhân ăn những thức ăn nhuận trường, nếu cần phải thụt tháo tránh ú đọng lâu ngày.

3. *Điều trị phẫu thuật*

- Việc lựa chọn phẫu thuật lõi trước, lõi sau hay phối hợp dựa vào dạng thương tổn, tình trạng thần kinh, kinh nghiệm phẫu thuật viên. Mục tiêu của điều trị phẫu thuật: giải ép thần kinh đồng thời thiết lập sự cân bằng, bền vững của cột sống; đạt được sự phục hồi thần kinh lý tưởng nhất; cố định, liền xương đoạn cột sống ngắn nhất.
- Phẫu thuật lõi sau: cắt bản sống giải ép tủy, cố định và nắn chỉnh cột sống bằng vít chân cung có ghép xương. Đây là phương pháp thường dùng nhất.
- Phẫu thuật lõi trước: cắt bỏ đốt sống gãy, ghép xương hay lồng ghép có cố định bằng nẹp vít lõi trước, thường áp dụng cho gãy nhiều mảnh.
- Phẫu thuật phối hợp: đối với những trường hợp vỡ than đốt sống nặng có kèm gãy trật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benzel EC: Biomechanic of spine stabilization: Principles and clinical practice. Newyork: McGraw-Hill; 1995: 55B71.
2. Denis F: The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spine injuries. Spine 1983; 8:813-817.
3. Denis F: Shear fracture-dislocations of the thoracic and lumbar spine associated with forceful hyperextention. Spine 1992; 17:156-161.
4. Greenberg M.S. et al (2001): Thoracolumbar spine fracture. Hand book of Neurosurgery, pp720-728. Limb, Shaw DL.: Neurological injury in tharacolumbar burst fracture. Journal bone joint surg Br: 1995; 77:774-777.