

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ-NGỰC-LƯNG

Thoát vị đĩa đệm là tình trạng nhân nhày của đĩa đệm thoát ra khỏi vị trí bình thường chèn ép vào trong ống sống hay rễ thần kinh hay tủy sống. Tùy theo vị trí của đoạn cột sống bị thoát vị đĩa đệm, sẽ có những biểu hiện và điều trị thích hợp.

A. THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỔ

I. Đại Cương:

Thoát vị đĩa đệm cổ gây ra chèn ép rễ thần kinh hay tủy sống. Do đó sẽ có biểu hiện bệnh cảnh: bệnh lý rễ, bệnh lý tủy hay cả hai.

II. Chẩn Đoán:

1. Biểu hiện lâm sàng:

Thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm tầng C4, C5, C6, C7, T1.

Bảng 1: biểu hiện thoát vị theo tầng.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Thoái hóa cột sống cổ (kể cả viêm mấu khớp), bong gân cột sống cổ, gãy cột sống cổ do chấn thương hay bệnh lý, đau thần kinh vùng chẩm-cổ, bất thường khớp chẩm cổ, hội chứng Eegle.

3. Các dấu hiệu giúp phát hiện bệnh lý rễ thần kinh cổ: phần lớn thoát vị đĩa đệm cổ gây hạn chế vận động cổ. Ngửa cổ thường gây đau tăng. Một số trường hợp giảm đau bằng cách nâng cánh tay và đặt bàn tay ra sau đỉnh đầu. Dấu Lhermitte dương tính (cảm giác giống điện giật lan dài từ cột sống xuống tay).

Bảng 1: Hội chứng rễ thần kinh cổ

	Đĩa Đệm Cổ			
	C4-5	C5-6	C6-7	C7-T1
Tỉ lệ (%)	2	19	69	10
Rễ thần kinh bị chèn ép.	C5	C6	C7	C8
Giảm phân xạ	Cơ ngực lớn và cơ delta	Cơ nhị đầu và cơ cánh tay quay	Cơ tam đầu	Gập các ngón tay
Yếu vận động	Delta	Gập cẳng tay	Duỗi cẳng tay (bàn tay rữ)	Cơ nội tại bàn tay
Dị cảm và giảm cảm giác	Vùng vai	Phía trên cánh tay ngón cái, bên quay cẳng tay	Ngón 2,3 và đầu các ngón	Ngón 4,5

4. Dấu hiệu khác:

- Dấu Spurling: đau lan theo rễ khi người khám đè tay lên vùng đỉnh trong khi đầu nghiêng về bên đau. Nguyên nhân do gây hẹp lỗ liên hợp và làm đĩa đệm phồng. Tương tự như dấu Lasegue trong thoát vị đĩa đệm thắt lưng.
- Kéo cột sống cổ: kéo dọc trục với trọng lượng 10-15 kg làm triệu chứng bệnh lý rễ của bệnh nhân giảm hay mất.
- Nghiệm pháp dạng vai: bệnh nhân ngồi, nâng bàn tay bệnh nhân lên trên đầu, triệu chứng rễ thần kinh giảm hay mất.

5. Cận Lâm Sàng:

5.1. MRI: lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán, không xâm lấn. Với bệnh lý tủy, MRI có giá trị chẩn đoán trên 95%.

5.2. CT và Myelogram-CT: CT khi không thực hiện được MRI.

MRI không đủ chẩn đoán hay khi cần xem xét chi tiết xương.

Myelogram-CT là xét nghiệm xâm lấn, cần nhập viện, chẩn đoán chính xác bệnh đĩa đệm cổ đến 98%.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa: trên 90% bệnh nhân bị bệnh lý rễ thần kinh cổ cấp tính do TVĐĐ cổ có thể cải thiện mà không cần phẫu thuật.

Điều trị nội khoa bao gồm:

Giảm đau đầy đủ: ngoại biên (acetaminophen), trung ương (tramadol, dolargan,...).

Thuốc kháng viêm: Non-steroid (meloxicam, diclophenac, edotolac, celecoxib,...) hay steroid (dexamethasone, methylprednisolone,...) ngắn hạn và kéo cột sống cổ (ngày kéo 2-3 lần, mỗi lần 10-15 phút với trọng lượng 4-6 kg).

Giảm đau thần kinh, chống trầm cảm:

- Gabapentin (300mg/lần, dùng 1-3 lần/ngày)
- Sulpirite (50mg/lần, dùng 1-3 lần/ngày)
- Sertralin (25-50mg, dùng 1 lần/ngày)

Dẫn cơ:

- Thiocolchicoside (4mg/lần, dùng 2-3 lần/ngày)
- Eperison hydrochloride (50mg/lần, dùng 3 lần/ngày)
- Mephenesin (250mg/lần, dùng 3 lần/ngày)
- Baclofen (5mg/lần, dùng 3 lần/ngày)

Bổ trợ, tái tạo thần kinh:

- Vitamin B1 +B6+ B12 (1 viênx 2lần/ngày)
- Galantamin viên hay ống tiêm dưới da (2,5-5mg/ lần, dùng 2lần/ ngày)
- Citidine-5'-monophosphate disodium +Uridine viên hay tiêm mạch (viên nang 5mg Citidine-5'-monophosphate disodium + 3mg Uridine, 1 viênx 3lần/ ngày hay ống bột: 10mg Citidine-5'-monophosphate disodium + 6mg Uridine, 1 ốngx 2lần/ ngày).

Thuốc giảm tiết acid dạ dày, bảo vệ dạ dày:

- Esomeprazole uống hay tiêm mạch (40mg/ lần/ ngày)
- Omeprazol uống hay tiêm mạch (20-40mg/lần/ ngày)
- Aluminium Phosphate (1 gói/lần, 3 lần/ ngày)Phophalugel

Thuốc khác: Bàng quang thần kinh, liệt ruột (Prostigmin), Táo bón (Duphalac, debridat)

2. Phẫu thuật: phẫu thuật được chỉ định nếu điều trị bảo tồn thất bại hay khiếm khuyết thần kinh tiến triển mặc dù đã điều trị bảo tồn.

Có 2 đường mổ phía trước và sau:

2.1 Phẫu thuật lấy đĩa đệm lõi trước và hàn xương: tiếp cận được cột sống cổ từ C3 đến C7.

- (1) Lấy bỏ các chồi xương an toàn.
- (2) Hàn xương vào khoang đĩa đệm giúp làm vững cột sống.
- (3) Lấy được thoát vị đĩa đệm trung tâm.

Bất lợi:

- Bất động tầng hàn xương gây tăng chịu lực tầng kế cận.
- Bệnh nhân phải mang nẹp cổ cứng 6-12 tuần.

Ghép xương hay không? Ghép xương nên được thực hiện với phẫu thuật bệnh lý tủy do hẹp ống sống hay bệnh lý tổn thương chủ yếu là chồi xương thoái hóa. Đối với phẫu thuật thoát vị đĩa đệm “mềm” một bên, đặc biệt bệnh nhân trẻ không cần ghép xương.

Vật liệu ghép: xương tự thân, đồng loại hay vật liệu thay thế.

Chăm sóc hậu phẫu: cần chú ý

- Máu tụ sau mổ lượng nhiều (cần mổ lại cấp cứu nếu đường thở bị chèn ép).
- Yếu cơ do rễ TK chi phối ở tầng được phẫu thuật.
- Dấu hiệu chèn bó dọc dài (dấu Babinski,..) bị chèn ép bởi máu tụ ngoài màng cứng tủy sống.

- Trong trường hợp có ghép xương, mảnh ghép bị lồi ra trước chèn vào thực quản, cần chụp Xquang cột sống cổ nghiêng kiểm tra.
- Khàn tiếng, có thể liệt dây thanh âm do tổn thương TK quặt ngược thanh quản.

Biến chứng:

- Tổn thương khi bóc vết mổ: thủng hầu, thực quản và/hoặc khí quản, liệt dây thanh âm do tổn thương TK quặt ngược thanh quản hay TK lang thang, tổn thương động mạch đốt sống, tổn thương động mạch cảnh, dò dịch não tủy, hội chứng Horner, tổn thương ống ngực khi phẫu thuật cột sống cổ thấp.

- Tổn thương rễ TK hay tủy sống: tổn thương tủy sống, đặc biệt nguy cơ cao ở nhóm bệnh lý tủy do hẹp ống sống, tránh quá ưỡn cổ khi đặt nội khí quản, mảnh xương ghép phải nhỏ hơn bề sâu thân sống.

- Vấn đề mảnh ghép xương: khớp giả (chiếm 2-20%) không cần điều trị nếu khớp giả không gây triệu chứng. Biến dạng gập góc ra trước (gù). Sự trôi của mảnh ghép (3%), hiếm khi cần phải phẫu thuật lại trừ khi chèn ép tủy ở phía sau hay chèn ép khí quản, thực quản ở phía trước. Biến chứng tại chỗ lấy xương.

- Các biến chứng khác: nhiễm trùng vết mổ (<1%), máu tụ sau mổ, khàn tiếng và nuốt khó thoáng qua do bị kéo và phù nề, thoái hóa tầng kế cận, than phiền cảm giác vướng trong cổ họng sau mổ,....

2.2 Giải ép cột sống cổ lối sau:

Kỹ thuật bao gồm cắt bỏ bản sống và mồm gai để làm rộng ống sống cổ. Thường chỉ định trong các trường hợp sau:

- Bệnh lý đĩa đệm hay gai xương nhiều tầng kèm bệnh lý tủy sống.
- Thoát vị đĩa đệm kèm hẹp ống sống cổ nặng, nhiều tầng.
- Ổ ca sĩ hay phát thanh viên chuyên nghiệp, nguy cơ thay đổi giọng nói vĩnh viễn 5% do tổn thương TK quặt ngược thanh quản với lối mổ trước không chấp nhận.

Mở lỗ liên hợp lối sau (keyhole laminotomy): kỹ thuật này chỉ giải ép rễ TK (không giải ép tủy sống) bằng cách tạo một “lỗ khóa” nhỏ ở bản sống để làm rộng đường ra của rễ TK. Chỉ định: bệnh lý 1 rễ TK do mảnh rời đĩa đệm “mềm” phía sau-bên chèn ép (có thể có gai xương nhỏ cùng bên), bệnh lý rễ TK ở ca sĩ hay phát thanh viên chuyên nghiệp, chèn ép rễ TK cổ cao (C3 hay C4) hay cổ thấp (C7,C8,T1), nhất là ở những người có cổ ngắn mà vào lối trước khó khăn. Kết quả: cho kết quả tốt, từ 90-96% ở nhiều nghiên cứu.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Greenberg M.S (2006). “cervical disc herniation”. Handbook of neurosurgery, six Edition, pp 318-322.

2. John A. McCulloch, Paul H Young, (1998). “Anterior Microdiscectomy for soft disc”. Essential of spinal microsurgery, pp 151-170.
3. John A. McCulloch, Paul H Young, (1998). “Pathophysiology and Clinical syndromes in cervical disc degeneration”. Essential of spinal microsurgery, pp 103-119.

B. THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG NGỰC

Chiếm khoảng 0,25% các trường hợp TVĐĐ. Dưới 4% cần phải phẫu thuật.

Thường thoát vị dưới tầng T8 trở xuống.

Chỉ định mổ khi: Đau dai dẳng, bệnh lý tủy tiến triển.

Khoảng 75% thoát vị dưới tầng T8 trong đó 26% là thoát vị ở tầng T11-12.

94% thoát vị bên-trung tâm và 6% thoát vị bên. Tiền sử chấn thương được ghi nhận khoảng 25% trường hợp.

Triệu chứng:

- Đau: 60%
- Thay đổi cảm giác: 23%.
- Thay đổi vận động: 18%.

Với bệnh lý rễ thần kinh ngực: đau và rối loạn cảm giác da theo sự chi phối ở phía trước và dưới của rễ thần kinh.

Liên quan đến vận động rất khó xác định.

Điều trị:

Điều trị nội khoa: cũng giống như TVĐĐ cột sống cổ.

Điều trị phẫu thuật: chỉ định khi đau dai dẳng và bệnh lý tủy tiến triển, ít khi chỉ định cho rộng tủy có triệu chứng ở tầng thoát vị đĩa đệm.

Lựa chọn đường mổ:

Đối với thoát vị bên mà không có bệnh lý tủy: Đường mổ sau bên và cắt mặt khớp hướng vào đường giữa, sẽ cho kết quả tốt.

Đối với thoát vị trung tâm hay có kèm bệnh lý tủy: Đường mổ xuyên xương sườn là tổn thương tủy ít nhất và cho kết quả tốt nhất.

C. THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG LƯNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Thoát vị: nhân đệm di lệch khu trú (<50% hay 1800) vượt ngoài chu vi đĩa đệm: Khu trú <25% chu vi; Vừa: 25-50% chu vi; Lồi: mảnh vỡ không có “cổ”; vỡ ra: mảnh vỡ có “cổ”, (2 loại: mảnh rời hẵn, mảnh vỡ di trú).

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Đặc điểm lâm sàng:

- Khởi đầu đau lưng, vài ngày hay vài tuần, hoặc đột ngột đau theo rễ TK, thường khi đó đau lưng giảm đi. Đau tăng khi làm nặng, ho, nhảy mũi, rặn, giảm khi nghỉ ngơi hay khi gấp gối và cúi.

- Thường không dám vận động mạnh. Tuy nhiên, giữ quá lâu 1 tư thế (đứng, ngồi hay nằm) cũng gây ra đau, do đó cần phải thay đổi tư thế trong vài phút đến 10-20 phút.

- Triệu chứng bàng quang, như tiểu khó, tiểu gắt hay tiểu không hết, thường gặp trong những trường hợp nặng.

Bảng 2: Triệu chứng theo tầng thoát vị.

2. Thăm khám:

2.1 Dấu hiệu gợi ý chèn ép rễ bao gồm:

- Triệu chứng rễ TK: đau xuống chi dưới, yếu vận động chi dưới, thay đổi cảm giác theo khoanh cảm giác da, giảm phản xạ gân xương.

- Dấu hiệu căng rễ TK dương tính (nghiệm pháp Laseque +, ...).

- Đau khi ấn dọc đường đi của dây TK.

2.2 Dấu hiệu căng rễ TK:

a. Nghiệm pháp Laseque: bệnh nhân nằm ngửa, nâng chân từ từ trong tư thế duỗi gối cho đến khi đau xuất hiện (thường < 600). Dương tính khi đau theo đường đi của dây TK. Nghiệm pháp Laseque nhạy với rễ L5 và S1, rễ L4 ít nhạy hơn, những rễ TK thất lưng khác rất ít nhạy.

b. Nghiệm pháp Cram, nghiệm pháp căng đùi (Nghiệm pháp Laseque ngược), dấu hiệu Bowstring, nghiệm pháp duỗi gối khi ngồi ghế.

2.3 Hội chứng chùm đuôi ngựa:

Lâm sàng: Rối loạn cơ vòng: ứ đọng nước tiểu; tiểu tiểu không tự chủ; trương lực cơ vòng hậu môn giảm. Mất cảm giác vùng hội âm. Yếu 2 chi dưới.

Đau thất lưng và /hoặc đau TK tọa. Mất phản xạ gân gót 2 bên. Rối loạn chức năng tình dục.

Nguyên nhân do thoát vị đĩa đệm bị vỡ 1 mảnh lớn ở đường giữa, chủ yếu tại tầng L4L5, thường xảy ra ở bệnh nhân có tình trạng hẹp ống sống, dị tật tủy bám thấp.

Bảng 2: Biểu hiện triệu chứng theo tầng thoát vị

	Tầng đĩa đệm thắt lưng		
	L3-4	L4-5	L5S1
Rễ bị ép	L4	L5	S1
Tỷ lệ đĩa đệm bị	3-10%(TB 5%)	40-45%	45-50%
Giảm PXGC	Phản xạ gối	Gân vùng khoeo	Phản xạ gót
Yếu vận động	Cơ tứ đầu đùi (đuôi gối)	Cơ chày trước (bàn chân rớt)	Cơ bụng chân (gấp lòng bàn chân)
Giảm cảm giác	Mắc cá trong và bờ trong bàn chân	Ngón I và mu bàn chân	Mắc cá ngoài và bờ ngoài bàn chân
Vị trí đau	Mặt trước đùi	Mặt sau chân	Mặt sau chân đến cổ chân

3. Cận lâm sàng: Hình ảnh học

3.1 *Xquang*: cần chụp tư thế cúi ngửa tối đa. Giúp phát hiện những bất thường bẩm sinh và hình ảnh thoái hóa.

3.2 *MRI*: MRI được lựa chọn đầu tiên. Thuận lợi: cung cấp thông tin tốt hơn ở bình diện đứng dọc, thấy rõ hình ảnh mô mềm, không xâm lấn và không bị nhiễu xạ. Bất lợi: khó thực hiện ở bệnh nhân đau nhiều hay sợ bị nhốt kín, đánh giá xương không tốt, đắt tiền, khó đọc kết quả khi có vẹo cột sống.

3.3 *CT cột sống thắt lưng-cùng*: CT có thể phát hiện phần lớn bệnh lý cột sống. Thuận lợi: hình ảnh xương rõ, không xâm lấn, ngoại trú được, nhanh, rẻ. Bất lợi: không khảo sát được bình diện đứng dọc, độ nhạy thấp.

3.4 *Myelogram/CT*: ngày nay ít thực hiện.

3.5 *Điện cơ*: khi nghi ngờ bệnh lý khác (bệnh lý TK cơ, bệnh lý tủy...) hoặc bệnh lý rễ chưa chắc chắn.

III. ĐIỀU TRỊ:

Nội khoa bảo tồn:

- Thay đổi sinh hoạt.
- Thuốc giảm đau
- Thuốc giãn cơ
- Hướng dẫn cho bệnh nhân
- Liệu pháp xoa bóp cột sống.
- Tiêm ngoài màng cứng: hiệu quả không rõ ràng.

Điều trị ngoại khoa:

Chỉ định:

- Điều trị nội khoa trung bình 6 tuần không hiệu quả
- “Phẫu thuật cấp cứu”: hội chứng chùm đuôi ngựa, khiếm khuyết vận động tiến triển, hay bệnh nhân đau không chịu được dù dùng thuốc giảm đau mạnh.
- Bệnh nhân không kiên nhẫn điều trị nội khoa.

Các phương pháp phẫu thuật:

1) Phẫu thuật qua ống sống (Tran-canal approaches):

- Cắt bản sống và lấy nhân đệm qua mổ hở
- Cắt bản sống toàn bộ trong hội chứng chùm đuôi ngựa.
- Lấy nhân đệm vi phẫu.

2) Phẫu thuật trong đĩa đệm (Intradiscal procedure): Tiêu nhân đệm (Chemonucleolysis), kém hiệu quả.

Phẫu thuật trong đĩa đệm: chỉ định hạn chế và hiệu quả chưa cao; gồm: lấy nhân đệm qua da tự động, giải áp đĩa đệm bằng laser, lấy nhân đệm bằng kỹ thuật nội soi qua da, liệu pháp nội nhiệt tại đĩa đệm,...

3) Điều trị hỗ trợ trong phẫu thuật cắt bản sống thất lưng như: tiêm Steroid, ghép mỡ tự do ngoài màng cứng, hiệu quả còn bàn cãi.

Biến chứng của phẫu thuật cắt bản sống thất lưng:

- Biến chứng thường gặp: nhiễm trùng vết mổ nông hay sâu, khiếm khuyết vận động, thủng màng cứng, dò dịch não tủy, giả thoát vị màng tủy.
- Biến chứng ít gặp: tổn thương rễ TK, tổn thương cấu trúc trước thân sống, thủng mạch máu lớn như động mạch chủ bụng, động mạch chậu hay tĩnh mạch lớn, có thể gây tử vong do mất máu.
- Tái phát (cùng tần hay cùng bên): 4% trong 10 năm.

Chăm sóc hậu phẫu:

Theo dõi : sức cơ chi dưới, quan sát dấu hiệu mất máu, dò dịch não tủy, dấu hiệu chùm đuôi ngựa,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Edward C. Tarlov and Subu N. Magge, (2006). “Microsurgery of ruptured lumbar intervertebral disc”. Operative techniques: indication
2. Method and results, fifth edition, volume II, pp.2055-2071.
3. Greenberg M.S., (2006). “Lumbar disc herniation”. Handbook of Neurosurgery, Six Edition, pp.302-318.
4. John A. McCulloch, Paul H. Young, (1998). “Pathophysiology and Clinical syndromes in lumbar disc herniation”. Essentials of spinal microsurgery, pp.219-247.