

TRƯỢT CỘT SỐNG THẮT LƯNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Là sự trượt của một đốt sống trên một đốt sống khác. 12

Thường gặp tầng L4-L5, sau đó là L5-S1.

II. PHÂN LOẠI:

Dựa trên phân loại của Newman, Macnab, năm 1976 Wiltse tổng hợp và đưa ra bảng phân loại chia bệnh trượt đốt sống thành sáu loại khác nhau:

1. Trượt đốt sống bẩm sinh (Congenital spondylolisthesis)

Trượt đốt sống bẩm sinh hay còn gọi trượt đốt sống do rối loạn phát triển (Dysplastic spondylolisthesis). Đặc trưng của trượt đốt sống bẩm sinh là các khiếm khuyết về giải phẫu của mấu khớp. Bệnh khởi phát sớm từ tuổi thiếu nhi, trượt đốt sống có tính chất tiến triển. Tùy theo đặc điểm rối loạn phát triển của mấu khớp, trượt đốt sống bẩm sinh được chia làm hai nhóm phụ như sau:

Nhóm phụ I A: Thiếu sản mấu khớp, định hướng của khe khớp nằm trên mặt phẳng hướng ra sau, thường có dị tật gai đôi cột sống.

Nhóm phụ I B: Thiếu sản mấu khớp, định hướng của khe khớp nằm trên mặt phẳng hướng vào trong.

2. Trượt đốt sống do khe hở eo (Isthmic spondylolisthesis)

Trượt đốt sống liên quan tới tổn thương vùng eo được chia làm ba nhóm nhỏ:

Nhóm phụ II A: Loại khuyết eo được nhận định là do gãy mật.

Nhóm phụ II B: Loại trượt này phần eo cung sau dài hơn bình thường. Sự kéo dài này được giải thích là do hiện tượng gãy xương và liền xương xảy ra liên tục ở vùng eo.

Nhóm phụ II C: Chấn thương làm gãy eo gây trượt. Nhóm này cần phân biệt với trượt đốt sống chấn thương do gãy xương ở ngoài vùng eo.

3. Trượt đốt sống do thoái hoá (Degenerative spondylolisthesis)

Trượt đốt sống thoái hoá xảy ra chủ yếu ở vị trí L4-5, bệnh thường gặp ở phụ nữ, tuổi từ 40-50. Thoái hoá cột sống, đặc biệt là thoái hoá đĩa đệm và các mấu khớp, làm mất tính vững chắc vốn có của cột sống gây nên trượt đốt sống. Trượt đốt sống thoái hoá gặp nhiều thứ hai sau trượt đốt sống do khe hở eo.

4. Trượt đốt sống do bệnh lý (Pathologic spondylolisthesis)

Các bệnh nhiễm khuẩn, ung thư làm hoại tử hay phá hủy các cấu trúc của cột sống có thể gây trượt đốt sống. BN mắc bệnh xương hoá đá (osteopetrosis) cũng thường có trượt đốt sống. Nhóm BN này nguy cơ gãy xương cao và do đó

thường có khe hở eo. Martin thông báo 5/7 BN mắc bệnh xương hoá đá có khe hở eo và trượt đốt sống độ I. BN mắc bệnh xương hoá đá có thể hở eo ở nhiều đốt sống của cột sống thắt lưng, nhưng cũng có thể hở eo ở các đoạn cột sống khác.

5. Trượt đốt sống do chấn thương (Traumatic spondylolisthesis)

Chấn thương làm gãy cuống, gãy mấu khớp dẫn tới mất vững cột sống và trong một số trường hợp gây trượt đốt sống. Nhìn chung trượt đốt sống do chấn thương hiếm gặp, tuy nhiên cần phải chú ý khi trong tiền sử có chấn thương.

6. Trượt đốt sống sau phẫu thuật (Post-surgical spondylolisthesis)

Trượt đốt sống “do thầy thuốc” được Unander - Scharin đề cập lần đầu tiên vào năm 1950. Phẫu thuật cắt cung sau hoặc cắt cung sau mở rộng kèm theo cắt bỏ các mấu khớp có thể gây trượt đốt sống, đặc biệt trên những BN đã có tình trạng cột sống mất vững trước khi mổ. Thống kê của Richard cho thấy khoảng 3-5% BN mổ giải phóng chèn ép do bệnh lý thoái hoá cột sống gây mất vững cột sống sau mổ. Đối với BN được ghép xương, nhiều năm sau mổ có thể xảy ra trượt đốt sống ở trên mức ghép xương. Brunet J.A thông báo 14 trường hợp hình thành khe hở eo trong vòng 5 năm sau các phẫu thuật ghép xương vùng cột sống. Theo ông ngoài nguyên nhân làm tổn thương eo hai bên còn có sự tham gia của các yếu tố bệnh sinh khác như gãy mệt, tổn thương và làm giảm chức năng các dây chằng, thoái hoá đĩa đệm lân cận mức ghép xương.

Mặc dù vẫn còn tồn tại nhiều quan điểm khác nhau trong phân loại bệnh trượt đốt sống, nhưng đây là bảng phân loại phổ biến nhất. Cách phân loại dựa trên đặc điểm giải phẫu giúp thấy rõ nguyên nhân gây bệnh, giúp tiên lượng diễn biến của bệnh để lập kế hoạch điều trị hợp lý.

III. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG:

1. Triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng chung của bệnh trượt đốt sống là tình trạng mất vững cột sống và chèn ép các rễ thần kinh. Cần thăm khám lâm sàng cẩn thận và tỉ mỉ để phát hiện ra các triệu chứng mất vững cột sống và các triệu chứng chèn ép rễ thần kinh.

Đau cột sống thắt lưng âm ỉ liên tục. Đau tăng khi cột sống phải chịu tải (đứng, đi bộ, lao động...), nằm nghỉ hết đau hoặc mức độ đau giảm nhiều. Thay đổi tư thế cũng gây đau cột sống, BN phải chống tay vào đùi khi đứng lên. BN trượt đốt sống nặng thường có biến đổi tư thế thân người và dáng đi. Cột sống thắt lưng có thể có biến dạng lõm, được gọi bằng nhiều tên khác nhau: dấu hiệu bậc thang, dấu hiệu nhát rìu...

Đau kiểu rễ hiếm khi xuất hiện ở thanh thiếu niên, nhưng khá phổ biến ở những BN nhiều tuổi hơn. Đau cách hồi (intermittent pain) là triệu chứng đau

đặc trưng của bệnh trượt đốt sống. BN đau khi đi bộ nằm nghỉ hết đau. Những BN có chèn ép rễ thần kinh thường đau cả khi nằm nghỉ. BN phải được phát hiện những dấu hiệu tổn thương thần kinh kèm theo nếu có để định khu rễ bị tổn thương.

2. Chẩn đoán hình ảnh

2.1. X-quang:

Nên chỉ định ở bệnh nhân than phiền đau lưng. Đa số trường hợp trượt đốt sống do khe hở eo, di tật khuyết xương ở vùng eo rõ ràng và dễ nhận biết. Tuy nhiên tỷ lệ âm tính giả có thể tới 15-20%. X-quang cột sống thắt lưng chếch 3/4 phát hiện khe hở eo tốt hơn. Nên chụp X-quang cột sống thắt lưng ở tư thế đứng. ở tư thế này các biến dạng của cột sống được bộc lộ rõ rệt nhất. Di lệch trượt được chia độ theo Mayerding hoặc tính theo tỷ lệ phần trăm. X-quang động giúp phát hiện những chuyển động bất thường của đốt sống. Cột sống được coi là mất vững khi đốt sống di lệch từ 4,5mm trở lên hay di lệch 15%. Các biến dạng của cột sống thắt lưng được đánh giá theo các góc đo của cột sống thắt lưng: góc uốn cột sống thắt lưng, góc xoay, góc nghiêng xương cùng...

X quang giúp phát hiện tốt trượt đốt sống, đặc biệt trên phim nghiêng 2 mặt (Bilateral oblique) khi xuất hiện vòng cổ chó Scottie.

X quang còn giúp phân độ trượt đốt sống: Độ trượt dựa trên tỷ lệ giữa khoảng cách trượt và chiều rộng đốt sống:

- Độ 1: 0 - 25%
- Độ 2: 25 - 50%
- Độ 3: 50 - 75%
- Độ 4: 75 - 100%

2.2. CT-scan:

CT cho các thông tin về trượt đốt sống và các vấn đề khác (nếu có): bệnh lý đĩa đệm, hẹp ống sống, chèn ép ống sống, hoặc hình ảnh chèn ép thần kinh, abscess, ung thư.

CT cho hình ảnh rõ trong trượt đốt sống do hủy xương (hở eo)

2.3. MRI:

- Cho hình ảnh nhiều lát cắt mà không phải chịu nhiều bức xạ.
- Ngoài ra các tổn thương phần mềm cũng rõ hơn trên MRI.

Cộng hưởng từ là lựa chọn hàng đầu nhờ khả năng cho hình ảnh giải phẫu cột sống. MRI là phương pháp không can thiệp và có độ nhạy cao nhất trong chẩn đoán thoái hoá đĩa đệm. Tổ chức xơ từ khe hở eo và các nguyên nhân gây chèn ép rễ được phát hiện tốt bằng MRI. Có thể nói, MRI là phương pháp chẩn đoán hình ảnh duy nhất cho phép đánh giá tình trạng hẹp lỗ ghép. Trên các phim

cắt dọc cột sống qua vùng lỗ ghép của BN trượt đốt sống, rễ thần kinh bị coi là chèn ép khi mất tín hiệu của tổ chức mỡ xung quanh rễ hoặc không thể nhận biết được rễ trong lỗ ghép.

IV. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị nội khoa

Phần lớn BN trượt đốt sống được điều trị nội khoa. Những BN đau cột sống khả năng điều trị nội khoa thành công cao hơn rõ rệt so với BN có đau kiểu rễ. Đối với BN ở tuổi thiếu niên, nằm nghỉ mặc áo cổ định ngoài và hạn chế các hoạt động gây đau có thể cải thiện được các triệu chứng của bệnh. BN là người trưởng thành, điều trị bảo tồn được thực hiện như sau:

Cổ định ngoài và hướng dẫn các hoạt động của người bệnh.

Trong những đợt đau cấp phải được chỉ định nằm nghỉ.

Kháng viêm, giảm đau: các thuốc thường dùng

- Acetaminophen đường uống (500-1000mg mỗi 8 giờ)
- Acetaminophen đường truyền tĩnh mạch (1000mg mỗi 8 giờ)
- Acetaminophen kết hợp (với Codein phosphate hemihydrate, với tramadol hydrochloride)
- Meloxicam uống hay tiêm bắp (7,5-15mg/ ngày)
- Piroxicam uống (20mg/ ngày)
- Celecoxib uống (200mg x 2lần/ ngày)
- Diclofenac uống, tiêm bắp (50-75mg x 2lần/ ngày)
- Diclofenac gel (xoa bóp giảm đau)
- Giảm đau thần kinh, chống trầm cảm:
- Gabapentin (300mg/ lần, dùng 1-3lần/ 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 3lần / ngày)
- Bổ trợ, tái tạo thần kinh:
- Vitamin B1 +B6+ B12 (1 viên x 2lần /ngày)
- Galantamin viên hay ống tiêm dưới da (2,5-5mg/lần, dùng 2 lần/ngày)

- Citidine-5'-monophosphate disodium + Uridine viên hay tiêm mạch (viên nang 5mg Citidine-5'-monophosphate disodium + 3mg Uridine, 1 viên x 3 lần/ ngày hay ống bột: 10mg Citidine-5'-monophosphate disodium + 6mg Uridine, 1 ống x 2 lần/ 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).

Điều trị vật lý, phục hồi chức năng. Tập các bài thể dục tăng cường các cơ lưng, cơ bụng và cơ đùi.

Giảm cân đối với người béo.

2. Điều trị phẫu thuật

2.1. Chỉ định

Trượt đốt sống có tổn thương rễ thần kinh.

Trượt đốt sống có đau cột sống thắt lưng điều trị nội khoa đầy đủ cơ bản nhưng thất bại.

Trượt đốt sống tiến triển.

2.2. Phương pháp

Giải chèn ép thần kinh: Quan điểm về giải phóng chèn ép thần kinh trong phẫu thuật bệnh trượt đốt sống là khác nhau ở các nhóm bệnh. Trong bệnh trượt đốt sống do khe hở eo, nguyên nhân đau được cho là do các rễ thần kinh bị kích thích trong tình trạng cột sống không vững. Triệu chứng đau sẽ hết khi cột sống liền xương vững chắc. Do quan niệm ít khi có chèn ép rễ trong trượt đốt sống do hở eo và nguy cơ trượt đốt sống tiến triển sau mổ, nhiều tác giả chủ trương không giải phóng chèn ép trong phẫu thuật điều trị trượt đốt sống do hở eo. Hơn nữa cắt cung sau giải phóng chèn ép thần kinh được thừa nhận làm tăng nguy cơ mất vững cột sống sau mổ, nhất là trên những BN trẻ tuổi. E ngại sẹo dính có thể hình thành sau lấy bỏ cung sau lỏng lẻo cũng là lý do để nhiều tác giả cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ thất bại của việc giải phóng chèn ép có thể mang lại. Nhiều tác giả chủ trương chỉ giải phóng chèn ép ở những BN có triệu chứng đau kiểu rễ không giảm khi nằm nghỉ.

Tuy nhiên trên thực tế có nhiều nguyên nhân gây chèn ép rễ thần kinh có thể gặp trong bệnh trượt đốt sống do hở eo. Hẹp lỗ ghép thần kinh được cho là nguyên nhân chèn ép rễ thường gặp nhất. Lỗ ghép hẹp là do nhiều yếu tố như sự lồi vào của bờ sau thân đốt và đĩa đệm, tình trạng khớp giả và tổ chức xơ từ khe

hở eo, một phần do cột sống thường xoay nhẹ làm cho lỗ ghép hẹp hơn ở một bên. Một số ít BN, tổ chức xơ quá phát từ khe eo rất lớn trở thành nguyên nhân gây chèn ép rễ rõ rệt. Ngoài ra có thể có một số nguyên nhân chèn ép rễ khác ít gặp hơn như thoát vị đĩa đệm tại mức trượt hay là ở vị trí lân cận các đốt sống trượt. Đối với nhóm BN trượt đốt sống do thoái hoá, tình trạng chèn ép rễ thần kinh do hẹp lỗ ghép khá phổ biến.

Ghép xương: Ghép xương làm liền xương vững chắc giữa các đốt sống, loại bỏ chuyển động bất thường giữa các đốt sống mất vững. Có nhiều kỹ thuật ghép xương: ghép xương khe hở eo, ghép xương phía sau, ghép xương sau bên, ghép xương thân đốt, kết hợp ghép xương sau bên và ghép xương thân đốt.

Ghép xương thân đốt là kỹ thuật ghép xương vào khe đĩa đệm làm liền xương giữa hai thân đốt sống. Đây là kỹ thuật được áp dụng phổ biến nhất hiện nay điều trị trượt đốt sống. Ghép xương thân đốt có tỷ lệ liền xương cao. Thân đốt sống chịu khoảng 80% lực đè ép lên cột sống, do đó sự liền xương giữa các thân đốt bảo đảm sự vững chắc cho cột sống. Ghép xương thân đốt hoàn trả chiều cao đĩa đệm, giải quyết tốt tình trạng hẹp lỗ ghép thần kinh do thoái hoá đĩa đệm và trượt đốt sống gây nên. Chính vì vậy đây là kỹ thuật ghép xương sinh lý nhất, phù hợp với đặc tính sinh cơ học của cột sống. Hơn nữa sự thành công của phẫu thuật ghép xương còn có tác dụng ngăn cản quá trình thoái hoá của đốt sống. Lấy triệt để tổ chức đĩa đệm loại trừ nguyên nhân chèn ép rễ thần kinh có nguồn gốc từ đĩa đệm. Kết quả liền xương loại trừ chuyển động giữa các đốt sống, rễ thần kinh không bị căng dãn khi vận động do đó không gây đau do sọ dính.

Ghép xương sau bên là kỹ thuật được áp dụng rất rộng rãi trong thập kỷ 80, 90 thế kỷ trước. Trong kỹ thuật ghép xương sau bên, các mảnh xương ghép được đặt trên nền ổ ghép xương là các mấu khớp và gai ngang. Tuy nhiên cung sau chỉ chịu khoảng 20% lực tác động lên cột sống. Các gai ngang là cấu trúc giải phẫu hầu như không chịu tải. Chính vì vậy, làm vững cột sống nhờ sự liền xương giữa các mấu khớp và gai ngang không thực sự tốt cho cột sống đã mất vững ít nhất trên phương diện lý thuyết. Đối với BN có độ trượt lớn, gai ngang đốt sống L5 ở rất sâu. Khả năng liền xương sẽ rất khó khăn nếu ghép xương sau bên, bắt buộc phải kéo dài ghép xương lên đốt sống L4. Kéo dài phạm vi ghép xương, làm giảm chức năng vận động của cột sống là một nhược điểm của kỹ thuật ghép xương sau bên.

Ghép xương tại khe hở eo chỉ áp dụng cho những BN trẻ tuổi, độ trượt thấp hoặc chưa có trượt đốt sống, đĩa đệm chưa có thoái hóa rõ. Kết hợp ghép xương thân đốt với ghép xương sau bên được áp dụng để điều trị khớp giả sau mổ trượt đốt sống có độ trượt lớn hoặc trượt đốt sống độ IV, V không có khả năng nắn chỉnh các biến dạng.

Trước đây phẫu thuật bệnh trượt đốt sống có khuynh hướng ghép xương không sử dụng phương tiện cố định cột sống. Tuy nhiên ngày nay phẫu thuật điều trị bệnh trượt đốt sống luôn sử dụng cố định trong, làm tăng tỷ lệ thành công của phẫu thuật. ở những BN kết xương, cột sống được làm vững ngay sau phẫu thuật do đó quá trình hình thành can xương diễn ra thuận lợi, làm tăng tỉ lệ liền xương. Với các dụng cụ cố định trong, phẫu thuật chỉ can thiệp vào đoạn cột sống bệnh lý, chức năng của các đoạn cột sống lân cận vẫn được bảo tồn. Cột sống được cố định vững chắc cho phép giải phóng rộng rãi thần kinh, do vậy phẫu thuật có tính triệt để. BN có thể vận động sớm sau mổ, thời gian nằm viện ngắn.

2.3. Theo dõi và điều trị sau mổ

BN được bắt động tại giường từ 5-7 ngày. Những BN hết đau có thể cho ngồi dậy sớm hơn. Trong thời gian nằm viện đánh giá tiến triển triệu chứng đau. Phát hiện biến chứng sớm: nhiễm trùng, tổn thương rễ... Chụp X-quang trước khi ra viện đánh giá vị trí của vít; đánh giá di lệch trượt sau mổ...

Sau khi ra viện BN được kiểm tra định kỳ theo hẹn đánh giá sự tiến bộ các triệu chứng lâm sàng, sự phục hồi chức năng cột sống. Chụp X-quang theo dõi di lệch trượt, đánh giá can xương.

Cố định ngoài còn là vấn đề chưa có sự thông nhất cao. Có tác giả sử dụng cố định ngoài nhằm mục đích bắt động tối đa phần mềm giúp quá trình liền sụn diễn ra thuận lợi. Ngoài ra nó còn có tác dụng hỗ trợ lực, làm giảm sức căng tác động lên các vít bắt vào thân đốt sống trên BN loãng xương và BN có độ trượt lớn. Do xương ghép đặt ở vị trí chịu lực tỳ nén lớn nhất của cột sống, khi xương ghép không đủ cứng có thể bị tiêu huỷ dẫn tới thất bại. Quá trình theo dõi nếu thấy chiều cao xương ghép giảm nhiều nên kéo dài thời gian cố định ngoài.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Greenberg M.S (2009), “Spinal cord Injuries”, Handbook of Neurosurgery 6ed, pp 733-34.
2. Youmans of Neurosurgery fifth edition, p4541-4555.
3. Mai Trung Dũng, “Trượt đốt sống vùng thắt lưng” .
4. Võ Xuân Sơn, “Bệnh lý trượt cột sống thắt lưng” .