

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa cột sống thắt lưng (THCSTL) là bệnh mạn tính tiến triển từ từ tăng dần gây đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng mà không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm cột sống phối hợp với những thay đổi ở phần xương dưới sụn, và màng hoạt dịch.

II. DỊCH TỄ HỌC

Đau thắt lưng còn là nguyên nhân đi khám bệnh và đứng hàng thứ 2 trong các bệnh đau nhức và xương khớp.

Khoảng 60% dân số đau thắt lưng ở một thời điểm nào đó trong cuộc đời, mỗi năm, 15-20% đau thắt lưng thực sự, nguyên nhân thường gặp nhất của tàn tật ở người < 45 tuổi.

- Thoái hoá cột sống, đau lưng do đĩa đệm hay các tình trạng mất ổn định khác 60%
- Thoái hóa và trượt đốt sống 20%
- Chấn thương <10%
- Ung thư : 0.7%
- Viêm khớp 0.3%
- Nhiễm trùng 0.01%

III. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Thoái hóa cột sống là hậu quả của nhiều yếu tố: tuổi cao; nữ; nghề nghiệp lao động nặng; một số yếu tố khác như: tiền sử chấn thương cột sống, bất thường trục chi dưới, tiền sử phẫu thuật cột sống, yếu cơ, di truyền, tư thế lao động...

Do tình trạng chịu áp lực quá tải lên sụn khớp và đĩa đệm lặp đi lặp lại kéo dài trong nhiều năm dẫn đến sự tổn thương sụn khớp, phần xương dưới sụn, mất tính đàn hồi của đĩa đệm, xơ cứng dây chằng bao khớp tạo nên những triệu chứng và biến chứng trong thoái hóa cột sống.

IV. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán thoái hóa cột sống đơn thuần dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (đau cột sống có tính chất cơ học, và có dấu hiệu trên X quang thường quy như: hẹp khe khớp với bờ diện khớp nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống. Cần lưu ý bệnh nhân phải không có triệu chứng toàn thân như: sốt, gầy sút cân, thiếu máu... Cần làm các xét nghiệm máu (bilan viêm, phosphatase kiềm...) để khẳng định là các thông số này bình thường. Trường hợp có các bất thường về lâm sàng (đau quá mức, gầy sút, sốt...) hoặc tốc độ máu lắng tăng cao, cần tìm nguyên nhân.

Thoái hóa cột sống thắt lưng ít khi diễn ra một cách đơn thuần, đa phần kết hợp với thoái hóa đĩa đệm cột sống, có thể thoát vị đĩa đệm cột sống và ở người có tuổi, thường phối hợp với loãng xương, lún xẹp đốt sống do loãng xương.

4.1.1. Lâm sàng

Có thể có dấu hiệu cứng cột sống vào buổi sáng. Đau cột sống âm ỉ và có tính chất cơ học (đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi). Khi thoái hóa ở giai đoạn nặng, có thể đau liên tục và ảnh hưởng đến giấc ngủ. Bệnh nhân có thể cảm thấy tiếng lục khục khi cử động cột sống.

Đau cột sống thắt lưng do thoái hóa không có hiệu triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút cân. Nói chung bệnh nhân đau khu trú tại cột sống. Một số trường hợp có đau rễ dây thần kinh do hẹp lỗ liên hợp hoặc thoát vị đĩa đệm kết hợp. Có thể có biến dạng cột sống: gù, vẹo cột sống. Trường hợp hẹp ống sống: biểu hiện đau cách hồi thần kinh: bệnh nhân đau theo đường đi của dây thần kinh tọa, xuất hiện khi đi lại, nghỉ ngơi đỡ đau (Cộng hưởng từ cho phép chẩn đoán mức độ hẹp ống sống).

4.1.2. Cận lâm sàng

X quang thường quy cột sống thẳng, nghiêng: Hình ảnh hẹp khe đĩa đệm, mâm đĩa đệm nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống. Trường hợp trượt đốt sống có chỉ định chụp chếch 3/4 phải, trái.

Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi và sinh hóa: Bình thường.

Chụp cộng hưởng từ cột sống: chỉ định trong trường hợp thoát vị đĩa đệm.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Trường hợp đau cột sống có biểu hiện viêm: có dấu hiệu toàn thân như: sốt, thiếu máu, gầy sút cân, hạch ngoại vi... cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý dưới đây:

– Bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính (đặc biệt viêm cột sống dính khớp): nam giới, trẻ tuổi, đau và hạn chế các động tác của cột sống thắt lưng cùng, X quang có viêm khớp cùng chậu, xét nghiệm tốc độ lắng máu tăng.

– Viêm đốt sống đĩa đệm (do nhiễm khuẩn hoặc do lao); đau tính chất kiểu viêm, đau liên tục, kèm theo dấu hiệu toàn thân; X quang có diện khớp hẹp, bờ khớp nhám nhòe không đều; cộng hưởng từ có hình ảnh viêm đĩa đệm đốt sống, xét nghiệm bilan viêm dương tính.

– Ung thư di căn xương: đau mức độ nặng, kiểu viêm; kèm theo dấu hiệu toàn thân, X quang có hủy xương hoặc kết đặc xương, cộng hưởng từ và xạ hình xương có vai trò quan trọng trong chẩn đoán.

V. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị:

Điều trị theo triệu chứng (thuốc chống viêm, giảm đau, giãn cơ...) kết hợp với các thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm.

Nên phối hợp các biện pháp điều trị nội khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng. Trường hợp có chèn ép rễ có thể chỉ định ngoại khoa.

5.2. Điều trị cụ thể

5.2.1. Vật lý trị liệu

Bài tập thể dục, xoa bóp, kéo nắn, chiếu hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp suối khoáng, bùn nóng, paraffin, tập cơ dựng lưng...

5.2.2. Điều trị nội khoa

Thuốc giảm đau theo bậc thang giảm đau của WHO

- Bậc 1: Paracetamol 500mg/lần uống 4 đến 6 lần, không quá 4gram/ngày. Thuốc có thể gây hại cho gan.
- Bậc 2: Paracetamol kết hợp với codein, với codein hoặc tramadol: 2-4 viên/24h.
- Bậc 3: Opiat và dẫn xuất của opiat

Thuốc chống viêm không steroid

Chọn một trong các thuốc sau. Lưu ý tuyệt đối không phối hợp thuốc trong nhóm vì không tăng tác dụng điều trị mà lại có nhiều tác dụng không mong muốn).

- Diclofenac: viên 50mg: 2 viên/ngày chia 2 hoặc viên 75mg, uống 1 viên/ngày sau ăn no. Có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75 mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.

- Meloxicam: viên 7,5mg:2 viên/ngày sau ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15mg/ngày x 2 -3 ngày nếu bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.
- Piroxicam : viên hay ống 20mg, uống 1 viên/ngày uống sau ăn no hoặc tiêm bắp ngày 1 ống trong 2-3 ngày khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.
- Celecoxib: viên 200mg liều 1 đến 2 viên/ngày sau ăn no. Không nên dùng cho bệnh nhân có bệnh tim mạch và thận trọng ở người cao tuổi.
- Thuốc chống viêm bôi ngoài da: voitaren emugel, profenid gel.

Thuốc giãn cơ: Eperisone, Tolperisone, Thiocolchicosid, Baclofen, Tinaziden hydroclorid.

Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm

- Glucosamine sulfate và chondroitin sulphat: dùng kéo dài.
- Thuốc ức chế IL: Diacerhein: 1-2 viên/ngày.
- Vitamin 3B, Cytidin-5-monophosphat disodium + Uridin (tiêm, uống), Mecobalamin

Tiêm corticoid tại chỗ: tiêm ngoài màng cứng bằng hydrocortison acetat trong trường hợp đau thần kinh tọa, tiêm cạnh cột sống, tiêm khớp liên mấu (dưới màn tầng sáng hoặc hướng dẫn của CT).

5.2.3. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định khi thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống gây đau thần kinh tọa kéo dài, hoặc có hẹp ống sống với các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà các biện pháp điều trị nội khoa không kết quả.

VI. PHÒNG NGỪA

Theo dõi và phát hiện sớm các dị tật cột sống để điều trị kịp thời.

Giáo dục tư vấn các bài tập tốt cho cột sống, sửa chữa các tư thế xấu.

Định hướng nghề nghiệp thích hợp với tình trạng bệnh, kiểm tra định kỳ những người lao động nặng (khám phát hiện triệu chứng, chụp Xquang cột sống khi cần...)