

HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY

BS Võ Mộng Kiều Hạnh

Khoa: Điều trị Đau – VLTL – YHCT

1. Định nghĩa.

Hội chứng cổ vai cánh tay, còn gọi là hội chứng vai cánh tay hay bệnh lý rễ tủy cổ, là một nhóm các triệu chứng lâm sàng liên quan đến các bệnh lý cột sống cổ mà thông thường có kèm theo các rối loạn chức năng rễ, dây thần kinh cột sống cổ và/hoặc tủy cổ.

Biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cổ vai và một bên tay, kèm theo một số rối loạn cảm giác và/hoặc vận động tại vùng chi phối của rễ dây thần kinh cột sống cổ bị ảnh hưởng.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

Tùy thuộc nguyên nhân, mức độ và giai đoạn bệnh, bệnh nhân có thể có ít nhiều những triệu chứng và hội chứng sau đây :

2.1.1. Hội chứng cột sống cổ

Đau vùng cổ gáy : Có thể khởi phát cấp tính sau chấn thương, sau động tác vận động cổ quá mức, hoặc tự nhiên như sau khi ngủ dậy. Đau cũng có thể xuất hiện từ từ âm ỉ, mạn tính.

Hạn chế vận động cột sống cổ, có thể kèm theo dấu hiệu vẹo cổ, hay gặp trong đau cột sống cổ cấp tính. Điềm đau cột sống cổ khi ấn vào các gai sau, cạnh cột sống cổ tương ứng các rễ thần kinh.

2.1.2. Hội chứng rễ thần kinh

- Đau vùng gáy lan lên vùng chẩm và xuống vai hoặc cánh tay, bàn tay, biểu hiện lâm sàng là hội chứng vai gáy hoặc hội chứng vai cánh tay. Đau thường tăng lên khi xoay đầu hoặc gập cổ về phía bên đau.
- Rối loạn vận động, cảm giác kiểu rễ : Yếu cơ và rối loạn cảm giác như rít bông, kiến bò. tê bì ở vùng vai, cánh tay, hoặc ở bàn tay và các ngón tay.
- Một số nghiệm pháp đánh giá tổn thương rễ thần kinh cổ:
 - + *Dấu hiệu chuông bấm*: ấn điểm cạnh sống tương ứng với lỗ tiếp hợp thấy đau xuất hiện từ cổ lan xuống vai và cánh tay.
 - + *Nghiệm pháp Spurling*: Bệnh nhân ngồi hoặc nằm nghiêng đầu về bên đau, thầy thuốc dùng tay ép lên đỉnh đầu bệnh nhân, làm cho đau tăng lên.
 - + *Nghiệm pháp dạng vai*: Bệnh nhân ngồi, cánh tay bên đau đưa lên trên đầu và ra sau, các triệu chứng rễ giảm hoặc mất.
 - + *Nghiệm pháp kéo giãn cổ*: Bệnh nhân nằm ngửa, thầy thuốc dùng tay giữ chẩm và cằm và kéo từ từ theo trục dọc, làm giảm triệu chứng.

2.1.3. Hội chứng tủy cổ

Do lỗi hoặc thoát vị đĩa đệm gây chèn ép tủy cổ, tiến triển trong một thời gian dài

Biểu hiện sớm là dấu hiệu tê bì và mất khéo léo hai bàn tay, teo cơ hai tay, đi lại khó khăn, nhanh mỏi. Giai đoạn muộn tủy vị trí tổn thương có thể thấy liệt trung ương tứ chi , liệt ngoại vi hai tay và liệt trung ương hai chân ; rối loạn phản xạ đại tiểu tiện.

2.1.4. Hội chứng động mạch sống nền

Đau đầu vùng chẩm, chóng mặt, ù tai, mờ mắt/ đôi khi có giảm thị lực thoáng qua, mắt thẳng bằng, mệt mỏi.

2.1.5. Các triệu chứng khác

- Có thể có các rối loạn thần kinh thực vật : Đau kèm theo ù tai, rối loạn thị lực, rối loạn vận mạch vùng chẩm vai hoặc tay.
- Khi có các triệu chứng toàn thân như sốt, rét run, vã mồ hôi vào ban đêm, sụt cân... cần phải đặc biệt lưu ý loại trừ bệnh lý ác tính, nhiễm trùng.

2.2. Cận lâm sàng

- *Xét nghiệm máu*: ít có giá trị chẩn đoán trong bệnh lý cột sống cổ và đĩa đệm gây chèn ép cơ học. Trong những bệnh như khối u, viêm, nhiễm trùng có thể thấy thay đổi trong một số xét nghiệm như tế bào máu ngoại vi, tốc độ máu lắng, CRP, phosphatase kiềm, điện di protein huyết thanh, v.v.
- *Chụp X quang thường qui*: Cần chụp tư thế trước sau, nghiêng và chếch 3/4. X quang có thể phát hiện những tổn thương cột sống cổ do chấn thương, thoái hóa, hẹp lỗ tiếp hợp, xẹp đốt sống do loãng xương, hủy xương do bệnh lý ác tính, v.v.
- *Chụp cộng hưởng từ (MRI)*: MRI thường được chỉ định khi bệnh nhân có đau kéo dài (trên 4 - 6 tuần), đau ngày càng tăng, có tổn thương thần kinh tiến triển, có biểu hiện bệnh lý tủy cổ, hoặc các dấu hiệu cảnh báo gợi ý bệnh lý ác tính hay nhiễm trùng.
- *Chụp cắt lớp vi tính (CT Scan) đơn thuần hoặc kèm chụp tủy cản quang*: Chụp CT đơn thuần có thể được chỉ định khi không có MRI hoặc chống chỉ định chụp MRI
- *Xạ hình xương*: khi nghi ngờ ung thư di căn hoặc viêm đĩa đệm đốt sống, cốt tủy viêm - *Điện cơ*: Có thể giúp phát hiện tổn thương nguồn gốc thần kinh và phân biệt bệnh lý tủy cổ với bệnh lý rễ và dây thần kinh ngoại biên.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lý khớp vai và viêm quanh khớp vai.
- Hội chứng lối ra lồng ngực, viêm đám rối thần kinh cánh tay, hội chứng đường hầm cổ tay
- Hội chứng đau loạn dưỡng giao cảm phần xạ
- Bệnh lý tủy sống do viêm, nhiễm trùng, đa xơ cứng.
- Bệnh lý màng não, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa gây đau vùng cổ vai hoặc tay

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị triệu chứng bệnh kết hợp với nguyên nhân nếu có thể
- Kết hợp điều trị thuốc, không dùng thuốc với các biện pháp phục hồi chức năng
- Chỉ định điều trị ngoại khoa khi cần thiết.

3.2. Điều trị cụ thể

3.2.1. Các biện pháp không dùng thuốc

- Giáo dục bệnh nhân, thay đổi thói quen sinh hoạt, công việc
- Có thể bất động cột sống cổ bằng đai cổ mềm trong giai đoạn cấp khi có đau nhiều hoặc sau chấn thương

- Tập vận động cột sống cổ, vai, cánh tay với các bài tập thích hợp
- Vật lý trị liệu: liệu pháp nhiệt, kích thích điện, siêu âm liệu pháp, xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, kéo giãn cột sống.

3.2.2. Thuốc

3.2.2.1. Thuốc giảm đau

Tùy mức độ, có thể dùng đơn thuần hoặc phối hợp các thuốc sau

Thuốc giảm đau thông thường: Paracetamol (Tylenol, Efferalgan, Panadol, ...): viên 0,5 - 0,65g x 2 - 4 viên/24h,

- Paracetamol kết hợp với codein hoặc tramadol (Efferalgan - codein, Ultracet, ...): liều 2 - 4 viên/24h.
- Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID): diclofenac 75 - 150 mg/ngày; piroxicam 20 mg/ngày; meloxicam 7,5 - 15 mg/ngày; celecoxib 100 - 200 mg/ngày; etoricoxib: 30 - 60 mg/ngày. Nếu có nguy cơ tiêu hóa có thể dùng phối hợp với nhóm ức chế bơm proton.

3.2.2.2. Thuốc giãn cơ

- Thường dùng trong đợt đau cấp, đặc biệt khi có tình trạng cơ cứng cơ
- Các thuốc thường dùng: Epirisone, tolperisone, Mephenesine, diazepam

3.2.2.3. Các thuốc khác

- Thuốc giảm đau thần kinh:
 - + Gabapentin: 600 - 1200 mg/ngày
 - + Pregabalin: 150 - 300 mg/ngày
- Thuốc chống trầm cảm ba vòng (liều thấp): Amitriptyline, nortriptyline (10 - 25 mg/ngày), đối với đau thần kinh mạn tính hoặc khi có kèm rối loạn giấc ngủ.
- Vitamin nhóm B (B1, B6, B12)

3.3. Ngoại khoa

- Một số chỉ định: Đau nhiều song điều trị nội khoa ít có kết quả, có tổn thương thần kinh nặng và tiến triển, có chèn ép tủy cổ đáng kể.
- Một số phương pháp phẫu thuật: chỉnh sửa cột sống để giải phóng chèn ép thần kinh tại các lỗ tiếp hợp bị hẹp, lấy nhân nhày đĩa đệm thoát vị, làm dính và vững cột sống

3.4. Các phương pháp khác

- Trong một số trường hợp có biểu hiện chèn ép rễ nặng và có tính chất cấp tính mà các thuốc khác ít hiệu quả, có thể xem xét điều trị một đợt ngắn hạn với corticosteroid đường uống (1 - 2 tuần)
- Tiêm corticosteroid ngoài màng cứng, tiêm khớp facet cạnh cột sống cổ: thường chỉ được làm tại các cơ sở chuyên khoa.
- Các thủ thuật giảm đau can thiệp: Phong bế rễ thần kinh chọn lọc: điều trị đốt thần kinh bằng sóng cao tần (radiofrequency ablation, RFA) cạnh hạch giao cảm cổ.

4. Theo dõi quản lý

Cần thăm khám định kỳ cho đến khi hết triệu chứng để đánh giá kết quả điều trị, điều chỉnh phương pháp điều trị nếu cần và để phát hiện các tổn thương thần kinh tiến triển nặng thêm hoặc các triệu chứng nặng khác nếu có.