

ĐAU LƯNG, ĐAU THẦN KINH TỌA

TS. BS. Trần Đức Sĩ

Mục tiêu đào tạo:

Kiến thức:

Biết được đặc điểm lâm sàng của những đau lưng, hội chứng chèn ép rễ, hội chứng hẹp ống sống,

Biết được các chẩn đoán phân biệt của đau vùng lưng, đau chân do căn nguyên không thần kinh.

Biết được các chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp tùy theo hướng chẩn đoán lâm sàng.

Biết được nguyên tắc và phác đồ điều trị nội khoa các trường hợp đau lưng cấp, mạn, đau rễ thần kinh

Nắm được nguyên tắc chung và chỉ định điều trị ngoại khoa các trường hợp đau lưng cấp, mạn, đau rễ thần kinh

Kỹ năng:

Trước một bệnh nhân thực tế hoặc giả định, thực hiện đúng:

Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng,

Khám kiểm tra tư thế và thăng bằng,

Đề nghị xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp tùy theo hướng chẩn đoán lâm sàng.

Đọc được sơ bộ phim X-quang, MRI cột sống

Xử trí trường hợp đau lưng cấp, mạn, đau rễ thần kinh.

Thái độ:

Nhận thức được tình trạng bệnh, mức độ nặng và có thái độ xử trí phù hợp.

Tài liệu học viên cần đọc trước giờ giảng:

Vũ Anh Nhị et al. Đau thần kinh tọa. Edit. Vũ Anh Nhị. Sổ tay lâm sàng thần kinh. ĐHY Dược Tp. HCM, 2009: 115-117.

Bài đọc thêm không bắt buộc:

Lê Minh. Tiếp cận và chẩn đoán bệnh thần kinh ngoại biên. Edit. Vũ Anh Nhị. Thần kinh học. NXB Đại Học Quốc Gia, 2006:41-46.

Vũ Anh Nhị, Trần Công Thắng. Bệnh tủy sống. Edit. Vũ Anh Nhị. Thần kinh học. NXB Đại Học Quốc Gia, 2006:47-78.

Huỳnh Thị Liễu. Hội chứng liệt hai chi dưới. Edit. Vũ Anh Nhị. Thần kinh học. NXB Đại Học Quốc Gia, 2006:47-78.

Take-home messages:

Đau lưng, đau thần kinh tọa là những bệnh lý thường gặp và lành tính, nhưng trước khi kết luận một chẩn đoán đau lưng-đau thần kinh tọa (dù có căn nguyên do đĩa đệm hay không), phải chắc chắn rằng:

- Đây không phải là triệu chứng đau phóng chiếu từ nội tạng;
- Đây không phải là triệu chứng của một bệnh lý viêm, nhiễm trùng hay ác tính;
- Có tổn thương thần kinh quan trọng hay không? Có tổn thương chùm đuôi ngựa (diện cảm giác kiểu yên ngựa, rối loạn cơ vòng)? L5 hay S1?

Hỏi bệnh sử kỹ lưỡng, khám đầy đủ, có thể kèm thêm XQ thường quy là đã đủ để chẩn đoán trong đa số các trường hợp.

Các chẩn đoán hình ảnh thần kinh CT, MRI chỉ thực hiện khi dự trù can thiệp triệt để.

Điều trị nội khoa luôn là điều trị đầu tiên của một trường hợp đau TK tọa thông thường (hiệu quả 90%), trừ trường hợp đau hoặc tổn thương thần kinh nặng.

Dự phòng luôn là quan trọng nhất, bao gồm cả VLTL

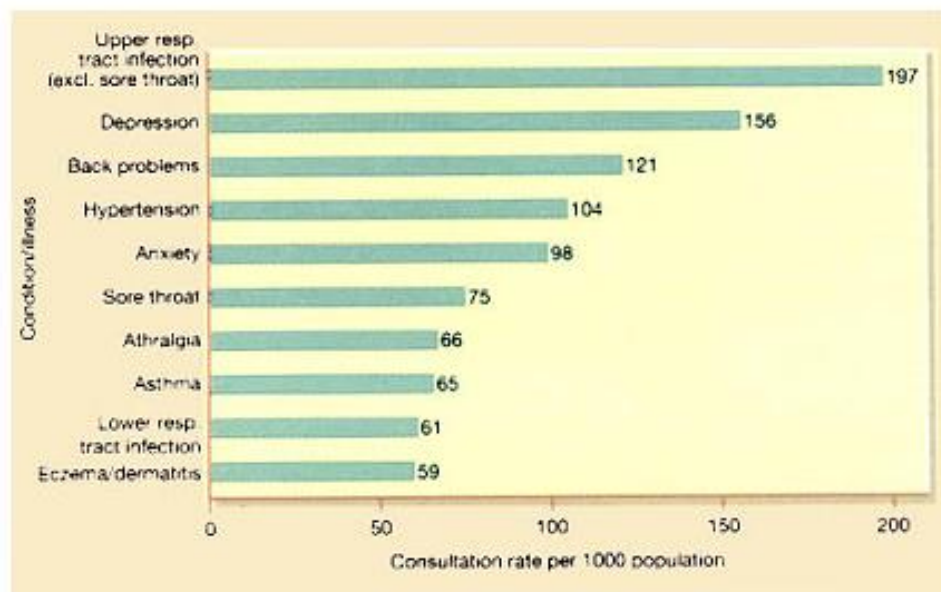


Fig. 2 Top 10 consultation rates per 1000 population by condition/illness directing the consultations: year ending December 1998. Data from 40 general practices, with complete data for the year ending December 1998. (Data from Scottish Health Statistics 1999)

Nhắc lại về lâm sàng:

Lâm sàng:

Hỏi bệnh:

- Kiểu xuất hiện triệu chứng đau: từ từ hay đột ngột? tai nạn lao động? theo sau một chấn thương, khi gắng sức khiêng đồ vật, một tư thế sai, hắt hơi?
- Cơ địa bệnh nhân: tiền sử, đặc biệt là tiền sử rẻ TK, tuổi, nghề nghiệp, thói quen chơi thể thao;
- Định vị đau: rất khu trú, nhiều ổ (ví dụ: cổ và thắt lưng), lan tỏa;
- Đau lan rộng, một cách có hệ thống (theo rễ) hay không rõ;
- Thời gian biểu đau: theo kiểu cơ học hay theo kiểu viêm;
- Tiền sử đau và kiểu diễn tiến: đau cấp tính (< 3 tháng) hay mạn tính (> 3 tháng), tăng nặng từ từ hay ngược lại, tiến triển tự cải thiện dần hay nhờ điều trị (thuốc ?);
- Ảnh hưởng chức năng: tạm nghỉ việc? nằm liệt giường, v.v...;
- Ảnh hưởng đến tổng trạng bệnh nhân;
- Biểu hiện lâm sàng ngoài cột sống.

Lưu ý các dấu hiệu báo động:

- Tổn thương thần kinh 2 bên (cả hai chân),
- Rối loạn cơ vòng,
- Giảm hoặc mất cảm giác phân bố kiểu yên ngựa

Khám lâm sàng:

- Bất thường tư thế cột sống: toàn bộ (vẹo cột sống) hay khu trú;
- Giảm độ cong sinh lý của cột sống cổ: cứng cột sống, gù;
- CS ngực quá cong;
- CS TL cong quá mức sinh lý, cứng cục bộ kèm mất độ cong sinh lý;
- Cơ cơ cạnh cột sống;
- Các điểm đau: đường giữa (mỏm gai, liên mỏm gai), cạnh cột sống (khớp liên mấu sau, đầu dây chằng) hoặc xa đường giữa;
- Giới hạn vận động tại đoạn CS tổn thương:
- Ở cổ: giảm di động gập (khoảng cách từ cằm đến xương ức) hoặc duỗi (khoảng cách cằm đến vai), nghiêng bên hoặc xoay,

- ở thắt lưng: giảm di động gấp (khoảng cách tay-mặt đất, chỉ số Schober), di động duỗi (ưỡn) hoặc nghiêng sang bên;
- Khám tổng quát: tổng trạng, thân nhiệt, hạch, khám thần kinh, khám vùng chậu, v.v....

Cận lâm sàng:

Sinh hóa:

Bước đầu chỉ giới hạn ở XN: VS, CRP; nếu khám lâm sàng gợi ý bệnh lý cột sống không do căn nguyên thoái hóa và cơ học thì làm thêm các XN khác tùy tình huống:

- o Nếu gãy xẹp: bilan phospho-calcium, có thể làm các XN dấu ấn ung thư, v.v....
- o Nếu nghi ngờ nhiễm trùng: lấy mẫu vi trùng, huyết thanh chẩn đoán v.v...

Chẩn đoán hình ảnh:

Đầu tiên chỉ nên giới hạn ở XQ thường quy:

- o Đau CSTL: XQ CSTL thẳng, nghiêng, XQ chậu thẳng, tùy trường hợp có thể thêm phim chếch $\frac{3}{4}$ đoạn L5-S1 nếu nghi hủy phần eo của đốt sống.
- o Đau đoạn CS ngực: XQ CS ngực thẳng, nghiêng;
- o Đoạn CS cổ: XQ CS cổ thẳng, nghiêng, tùy trường hợp có thể chụp XQ CS cổ thẳng với miệng mở rộng (xem C1, C2) hoặc XQ CS cổ chếch $\frac{3}{4}$.

Tùy vào bệnh cảnh lâm sàng, kết quả VS, CRP và XQ thường quy, những CLS cao cấp hơn có thể được chỉ định thêm, vd: xạ hình xương, CT, MRI.

Chẩn đoán phân biệt:

Có nhiều bệnh lý các cơ quan nội tạng cho cảm giác đau phóng chiếu ra vùng lưng nên cần phải luôn loại trừ các bệnh lý ngoài cột sống khác, đặc biệt là khi cảm giác đau không liên quan đến cử động, không đau khi ấn khám và khi chẩn đoán hình ảnh âm tính.

Đoạn thắt lưng:

Phải loại trừ phình ĐM chủ bụng, bệnh lý thận (tắc nghẽn, u) hoặc vùng chậu. Khi nghi ngờ có thể làm CT bụng.

Đoạn ngực:

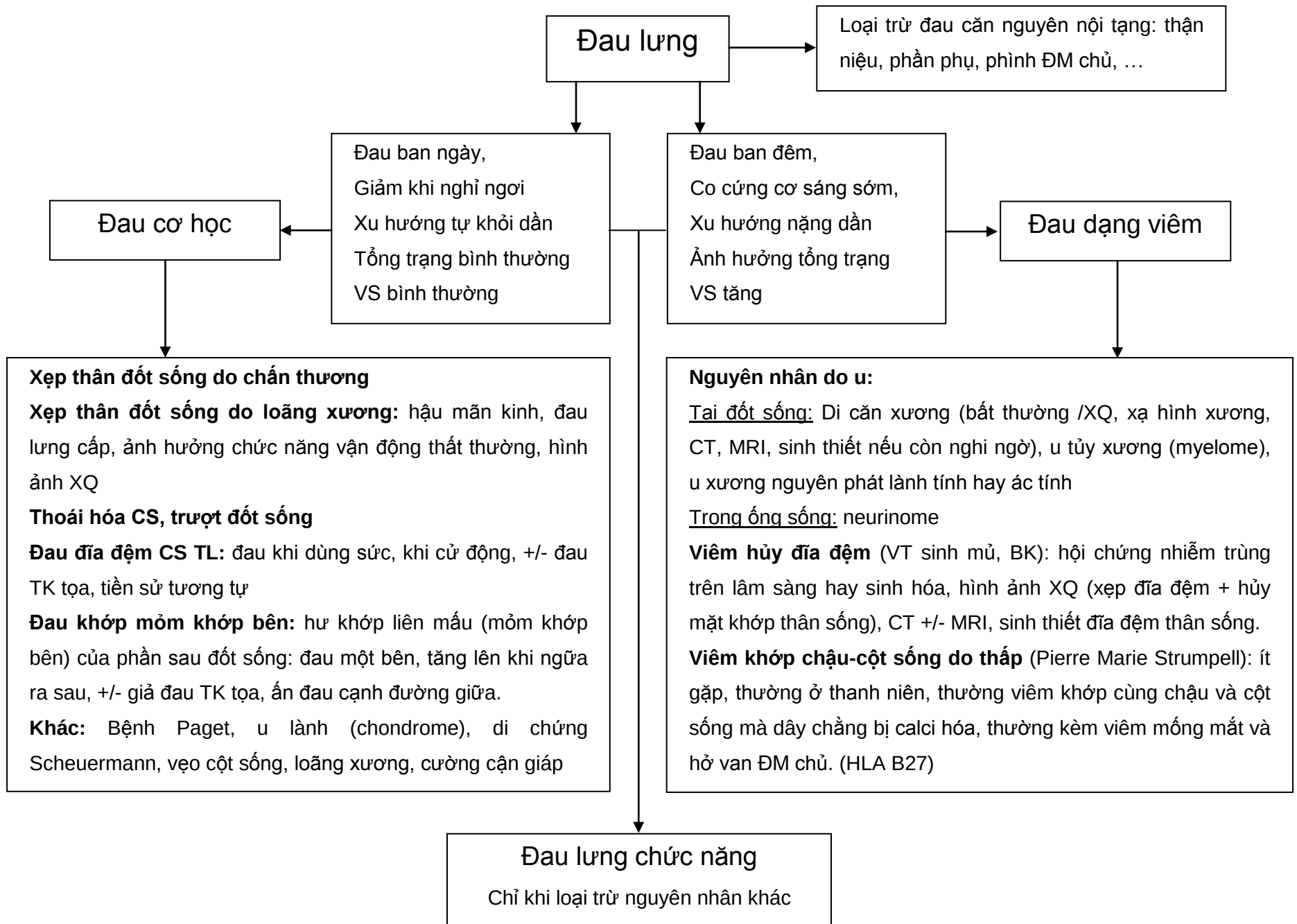
Đau phóng chiếu từ nội tạng rất thường gặp nên không thể không loại trừ:

- Nguyên nhân tiêu hóa: thoát vị hoành, loét dạ dày tá tràng, sỏi túi mật, ung thư dạ dày thực quản, hay ung thư tụy;

- Nguyên nhân màng phổi: tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, ung thư màng phổi;
- Nguyên nhân tim mạch: viêm màng ngoài tim, thiếu năng vành, bóc tách ĐM chủ ngực, túi phình ĐM xuất huyết.

Đoạn cổ:

Phải loại trừ đau nguyên nhân tai-mũi-họng, thực quản, tuyến giáp. U não hố sau cũng có thể biểu hiện ban đầu bởi đau vùng cổ.



ĐAU THẦN KINH TỌA

Xác định chẩn đoán

Hỏi bệnh sử:

Tuổi: trẻ? Già?
 Nghề nghiệp nguy cơ cao
 Tiền sử đau lưng hay đau TK tọa
 Yếu tố khởi phát
 +/- khởi phát đột ngột
 Đau cơ học
 Giờ giấc
 Áp lực ổ bụng (ho, rặn, ...)

Khám lâm sàng:

Tư thế giảm đau
 Lasègue (+)
 Khám các cơ quan khác bình thường

Sinh hóa:

VS, CTM bình thường

CĐHA: 10-15 ng_Θ không khởi

XQ cột sống thất lưỡng T-N bt
 hoặc h.ả gián tiếp của tổn thương đĩa đệm,
 XQ khung chậu thẳng bt

Lượng giá tổn thương thần kinh

Giảm cảm giác ; Yếu cơ, Teo cơ
 Giảm hoặc mất PX gân gót (S1)
 Chèn ép chùm đuôi ngựa?

Không hoặc ít tổn thương TK

Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường < 3 ngày
 Θ: NSAIDs + giảm đau + giãn cơ

Thất bại

Tiêm thuốc corticoide
 ngoài//trong màng cứng?

Thất
bại

Thành công

Phòng ngừa tái phát
 Tập vật lý trị liệu
 Tập vận động từ từ tăng dần

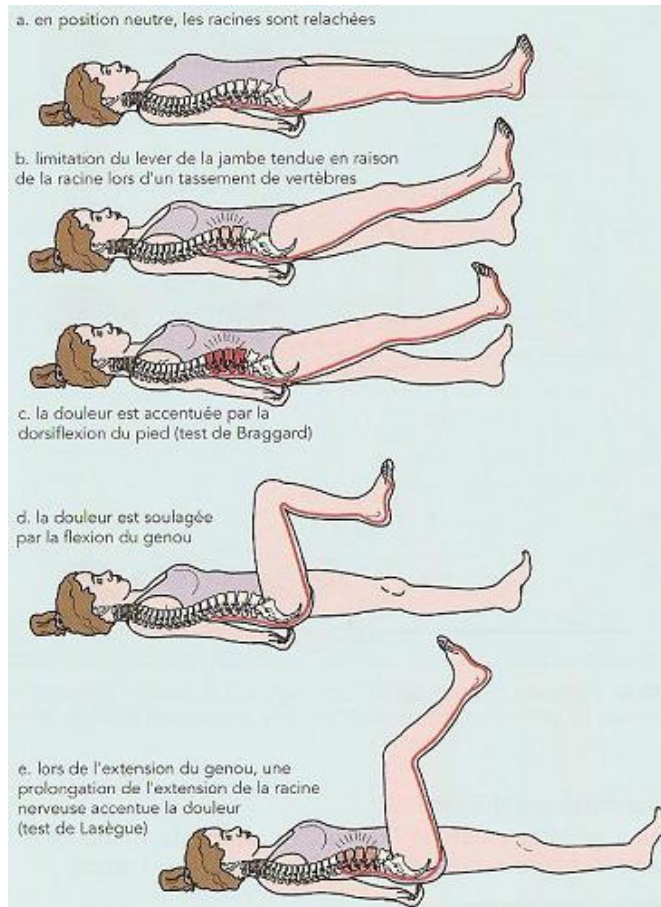
Tổn thương TK nghiêm trọng

CĐHA thần kinh (4-6 tuần):
 Trước chỉ định Θ ngoại khoa
 CT, MRI

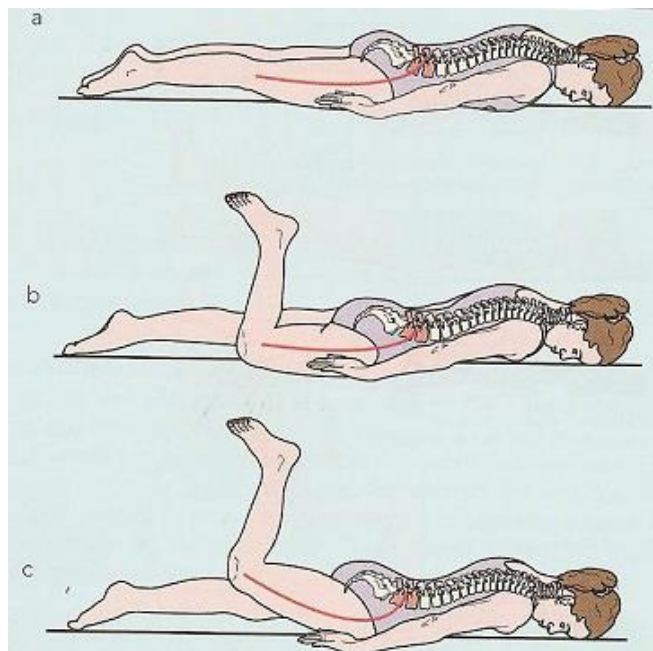
Điều trị triệt để:
 Ly giải nhân đĩa đệm (papaine)
 Phẫu thuật

So sánh tổn thương theo rễ L5 hay S1:

Tổn thương theo rễ L5	Tổn thương theo rễ S1
Diện cảm giác	
• Mông • Mặt ngoài đùi • Mặt trước-ngoài cẳng chân • Mu bàn chân • Ngón cái bàn chân	• Mông • Mặt sau đùi • Mặt sau cẳng chân • Lòng và cạnh ngoài bàn chân • Ngón út bàn chân
Chi phối cơ	
• Cơ cẳng chân trước • Cơ mác bên • Cơ duỗi các ngón	• Cơ bụng chân • Cơ gấp các ngón
Dấu hiệu vận động: yếu // không thể thực hiện động tác	
• Không duỗi các ngón bàn chân được, • Không gấp mặt mu bàn chân được, • Bàn chân rơi, steppage • Không đứng được trên gót chân	• Không gấp các ngón bàn chân được, • Không gấp mặt lòng bàn chân được, • Không đứng được trên mũi bàn chân
Phản xạ gân xương	
• Không có PX tương ứng rễ L5	• Giảm // mất PX gân gót
Nguyên nhân	
• Thường do TVĐĐ giữa 2 đốt L4-L5	• Thường do TVĐĐ giữa 2 đốt L5-S1



Dấu Lasègue



Dấu Léri

Đau thần kinh tọa không do nguyên nhân đĩa đệm:

Tổn thương tại rễ:

Căn nguyên tại cột sống: u (di căn, u tủy xương), viêm, nhiễm trùng (viêm hủy đĩa đệm), thoái hóa (bệnh khớp các khớp sau CS, trượt đốt sống)

Căn nguyên bên trong ống sống: u (neurinome), viêm ngoài màng cứng (nhiễm trùng hay do tân sinh)

Căn nguyên tại cùng-chậu: nhiễm trùng,

Tổn thương tại dây:

Chấn thương, chèn ép do u.

Chỉ định phẫu thuật trong đau TK tọa do thoát vị đĩa đệm:

Các trường hợp cấp cứu, trường hợp tổn thương TK nhiều:

- Teo cơ, yếu cơ tăng dần,
- Mất phản xạ
- Rối loạn cơ vòng

Đau nặng quá sức chịu đựng của bệnh nhân;

Đau không đáp ứng với điều trị nội khoa bảo tồn

Điều trị nội khoa một số trường hợp đau lưng mạn:

Đau CSTL do đĩa đệm:

Nghỉ ngơi thư giãn kết hợp với điều trị thuốc:

- Giảm đau: Paracetamol 1,5-3 g/ngày;
- Giãn cơ: tétrazépam ½ - 1 viên (u) tối.
- NSAIDs 1 -2 tuần.

Nếu đau kéo dài: điều trị NSAIDs vài tuần → tiêm steroid ngoài màng cứng 1-2 mũi cách nhau 1-2 tuần

Trường hợp tái phát: trước khi khuyên bệnh nhân thay đổi việc làm, cần khuyên bệnh nhân dùng nịt cổ định thắt lưng khi trở lại công việc.

Đau TK tọa:

Điều trị đau TK tọa chủ yếu là nội khoa. 50% hồi phục sau 6 tuần điều trị, 70% sau 12 tuần điều trị và 90-95% nếu điều trị lâu hơn. Sau khi hết đau rồi, đau lưng có thể hết hoặc vẫn còn. Điều trị phối hợp nhiều yếu tố:

Nghỉ ngơi: tại giường trong vòng vài ngày hoặc vài tuần, hạn chế tư thế ngồi hoặc đứng quá lâu. Giải thích cho bệnh nhân nếu trở lại các hoạt động thường ngày quá sớm sẽ làm nặng thêm và kéo dài thời gian bệnh. Nên nằm giường cứng hoặc để một tấm ván phẳng giữa nệm và drap giường. Giải thích cho bệnh nhân tất cả những hoạt động cần tránh và cách giữ tư thế đúng về lâu dài.

Thuốc:

Giảm đau: Paracetamol hoặc Aspirine hoặc các phối hợp của Paracetamol với các dẫn xuất khác: dextropropoxyphene, cafeine;

Giãn cơ: Tétrazépam (gây buồn ngủ), coltramyl (tiêu chảy);

NSAIDs: lưu ý CCĐ và tác dụng phụ. Chỉ định khi bệnh nhân có đau ban đêm, trong vài ngày đầu của cơn, khi bệnh nhân không có dấu hiệu cải thiện sau 24-48 giờ điều trị bằng các thuốc trước đó. Thường dùng: Diclofenac, Ketoprofene, Piroxicam, chủ yếu dùng đường uống, chỉ dùng đường tiêm bắp ngắn hạn nếu cần thiết.

Nếu bệnh có cải thiện:

- Nghỉ ngơi tương đối, có thể mang nịt thắt lưng;
- Thuốc giảm đau và NSAIDs được duy trì vài tuần với liều hợp lý;
- Vận động vừa phải và tăng dần.

Nếu không có cải thiện:

- Xem lại chẩn đoán;
- Cố định tuyệt đối 3-4 tuần;
- Nếu cần thiết cho nhập viện 5-7 ngày để bất động tại giường;
- Chỉnh liều giảm đau và NSAIDs;
- Tiêm steroid ngoài màng cứng, hiếm khi tiêm trong màng cứng

Sau giai đoạn cấp:

Tránh khiêng, xách vật nặng, tránh cử động gập, duỗi lưng đột ngột, tư thế ngồi kéo dài, đi tàu xe xa. Sự cẩn thận này cũng hữu ích về lâu dài để giảm nguy cơ tái phát.

Thuốc giảm đau có thể được duy trì một thời gian do cảm giác thường kéo dài sau giai đoạn cấp. Giảm cảm giác, dị cảm có thể còn kéo dài sau khi đã hết đau.

Thoái hóa khớp liên mẫu:

Ít khi gây đau, không bao giờ gây biến chứng rễ, do đó phải loại trừ các nguyên nhân nội tạng trước khi chẩn đoán. Trong đợt đau bùng: thuốc giảm đau thông thường (Paracetamol 0,5 -1g x3), giãn cơ giải lo âu (Lexomil ¼ viên x2), +/- chống trầm cảm (Amitriptyline).

Bệnh cảnh thường khởi phát và tăng nặng khi ngồi lâu: thư ký, kế toán, thợ may, sử dụng máy vi tính, ... Cần nghỉ ngơi, tránh mang vác nặng, giữ tư thế CS đúng, tránh khom lưng lâu, khuyên dùng ghế có lưng dựa cứng.

Đau TK cổ-cánh tay:

Trong đa số các trường hợp, có một giai đoạn khởi phát đau rõ rệt. với triệu chứng tăng nặng vào ban đêm, kéo dài khoảng 2-3 tuần. 80% các trường hợp khởi bệnh trong thời gian tối đa là 8 tuần.

Điều trị giai đoạn cấp bao gồm:

Nghỉ ngơi, giới hạn vận động vùng cổ. Tạm ngưng làm việc nếu cần. Tránh mang vác vật nặng, tránh lạnh. Điều chỉnh gối để vùng đầu và cổ được tiên nghi nhất, trong một số trường hợp phải ngủ trong tư thế nửa nằm nửa ngồi.

Thuốc: giảm đau, giãn cơ, NSAIDs.

Điều trị giai đoạn mạn: Sau giai đoạn điều trị 2-3 tuần, có 2 khả năng:

Nếu cải thiện tốt: tiếp tục làm việc nhưng tránh các gây quá tải CS cổ; vẫn thuốc giảm đau hàng ngày.

Nếu không cải thiện hẳn, cảm giác đau đôi khi còn kéo dài nhiều tháng. Sau khi kiểm tra lại chẩn đoán (phân tích lại lâm sàng, sinh hóa, CĐHA, có thể xem xét chụp MRI hoặc CT), tiếp tục duy trì điều trị trước đó ở liều thấp nhất có hiệu quả và theo dõi phòng biến chứng. Có thể phối hợp thêm thuốc giãn cơ.

Phải biết rằng cảm giác tê, dị cảm, khó chịu có thể tồn tại lâu hơn cảm giác đau và điều trị cổ điển bằng vitamine nhóm B không phải lúc nào cũng có hiệu quả.

Trường hợp đau nặng không thể giải quyết bằng giảm đau thông thường, và đã khẳng định đau không phải do biến chứng từ bệnh lý khác, nên kê toa mạnh hơn với các dẫn xuất á phiện vd: tramadol, codeine.

Corticoide đường uống được dùng khi có CCD NSAIDs, liều prednisone 30mg trong 2-3 ngày đầu tiên, sau đó giảm từng 5mg mỗi 2-3 ngày, chia làm 2 lần/ngày, liều buổi tối cao hơn liều ban ngày.

Corticoide tại chỗ cho kết quả rất tốt, nhưng phải làm trong môi trường nhập viện và có khả năng biến chứng.