

TIẾP CẬN ĐAU LƯNG

Võ Thành Liêm

Nguyễn Thị Bích Duyên

1 MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

- Phân tích thông tin trong chẩn đoán nguyên nhân đau lưng.
- Liệt kê các dấu hiệu báo động đi kèm đau lưng
- Sử dụng chỉ định cận lâm sàng phù hợp với các tình huống đau lưng
- Diễn giải được các phương pháp điều trị đau lưng

2 TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG VÍ DỤ

2.1 Ca lâm sàng 1:

2.1.1 Thông tin

Một phụ nữ 76 tuổi, đến phòng khám vì đau thắt lưng âm ỉ nhiều tháng nay. Đau lưng được mô tả là cảm giác khó chịu lan tỏa vùng thắt lưng chậu, tăng lên khi quét nhà, có bớt khi nghỉ ngơi. Bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp điều trị ổn với Amlor. Bệnh nhân bị ung thư vú đã phẫu thuật cách 15 năm, được xạ trị và điều trị với Tamoxiphen 5 năm, hiện đã ngưng thuốc. Cách đây 10 năm, bệnh nhân bị gãy xương cổ tay trái do té ngã. Bệnh nhân không hút thuốc, không uống rượu, ăn uống, tiêu tiểu bình thường, mãn kinh năm 42 tuổi.

Khám: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, không sốt, không giảm cân nhưng sụt 6cm chiều cao so với lúc trẻ và gù cột sống ngực. Các nghiệm pháp khám thần kinh đều âm tính. Các động tác gập duỗi – xoay chuyển cột sống nằm trong giới hạn bình thường. Không ghi nhận dấu hiệu báo động chèn ép thần kinh.

Xét nghiệm : Hb, Tốc độ lắng máu (ESR), Creatinin, Ion đồ bình thường

2.1.2 Câu hỏi

Chẩn đoán nào phù hợp nhất?

Làm gì tiếp theo để xác định chẩn đoán?

2.1.3 Trả lời

Trên bệnh nhân này có một số thông tin có giá trị quan trọng trong gợi ý chẩn đoán tình trạng mất chất xương và thay đổi cấu trúc cột sống: nữ giới đã mãn kinh sớm nằm trong nhóm nguy cơ của bệnh lý loãng xương, tiền căn gãy xương, mất chiều cao và gù cột sống. Từ các thông tin giúp gợi ý chẩn đoán loãng xương. Tuy vậy các chẩn đoán về viêm cột sống dính khớp, tổn thương thoái hóa hệ thống dây chằng cột sống, đau cơ cơ năng liên quan đến tư thế, hoặc những bệnh hiếm hơn như u bướu di căn vùng cột sống vẫn có thể nghĩ đến.

Bước chẩn đoán kế tiếp : Đo mật độ khoáng của xương (BMD - Bone Mineral Density) bằng định lượng qua chụp điện toán cắt lớp (QCT : Quantitative Computed Tomography).

2.2 Ca lâm sàng 2:

2.2.1 Thông tin

Một người đàn ông 61 tuổi đến phòng khám vì đau thắt lưng một tháng nay. Con đau lan xuống mặt sau của hai chân và cơn đau đột ngột tăng lên từ hôm qua. Trong 3 ngày nay, bệnh nhân thấy khó đi tiêu tiểu, phải rặn mới tiêu được. Bệnh nhân cũng cảm giác thấy tê ở vùng da quanh hậu môn khi ông ta lau bằng giấy vệ sinh. Bệnh nhân làm khuôn vác 40 năm nay, và chỉ mới chuyển qua làm việc nhẹ trong khoảng 6 tuần nay vì đau thắt lưng. Không ghi nhận tiền căn chấn thương hay phẫu thuật vùng lưng trước đây.

2.2.2 Câu hỏi

Chẩn đoán nào phù hợp nhất?

Xử trí phù hợp?

2.2.3 Trả lời

Với bệnh sử ghi nhận các biểu hiện của tổn thương thần kinh như dị cảm tê vùng quanh hậu môn, khó tiêu tiểu thì đây là các dấu hiệu báo động cần phải có đánh giá chuyên khoa phù hợp. Đặc điểm của các triệu chứng có liên đới đến biến chứng chèn ép thần kinh vùng đám rối chùm đuôi ngựa. Do vậy chẩn đoán phù hợp nhất: hội chứng chùm đuôi ngựa. Các thông tin về nghề nghiệp khuôn vác, mức độ lan tỏa của cơn đau giúp xác định nguyên nhân gây ra bệnh.

Xử trí phù hợp: Chuyển chuyên khoa Ngoại thần kinh. Vấn đề theo dõi, điều trị tiếp tục sau khám chuyên khoa và hướng dẫn cách tập luyện vùng cột sống thắt lưng là công việc của bác sĩ gia đình. Cần hướng dẫn cho bệnh nhân biết về các yếu tố nguy cơ gây tăng nặng và hướng phòng ngừa phù hợp.

3 NỘI DUNG

3.1 Đại cương

Đau lưng là nguyên nhân thường gặp, chiếm 5% trong tổng số những lần bệnh nhân đến khám bác sĩ gia đình. Hàng năm, có khoảng 2% dân số đến gặp bác sĩ vì đau lưng. Hơn 80% người trưởng thành đã có ít nhất một đợt đau lưng, và nhiều người đã có những đợt đau lưng lặp lại từ độ tuổi vị thành niên. Đau lưng là nguyên nhân phổ biến nhất gây giới hạn vận động ở bệnh nhân < 45 tuổi. Tương tự có 80%-90% người trưởng thành dưới 50 tuổi có ít nhiều các bằng chứng của bệnh thoái hóa đĩa đệm khi khám nghiệm tử thi.

Mặc dù chiếm tần suất cao, nhưng chứng đau lưng vẫn gây nhiều khó khăn trong chẩn đoán ngoại chẩn. Thông thường, một phần có thể việc thăm khám lâm sàng thường chưa được quan tâm đánh giá cao; một phần có thể các nghiệm pháp lâm sàng khám được thường cho kết quả âm tính giả hoặc dương tính giả cao, và tính đặc hiệu không cao.

Đau lưng có nguồn gốc cơ học thường gặp nhất. Các nguyên nhân cơ học bao gồm căng cơ cấp vùng thắt lưng- xương cùng (acute lumbosacral strain), đau lưng do tư thế, và viêm thoái hóa khớp thắt lưng- xương cùng (degenerative lumbosacral arthritis); tất cả đều có thể được gây ra bởi các vấn đề liên quan đến gân, cơ, dây chằng, và đĩa đệm. Các nguyên nhân phổ biến khác là đau thần kinh tọa (thường kèm với thoát vị đĩa đệm), hẹp ống sống thắt lưng, và đau thắt lưng mãn tính.

Các yếu tố tâm lý và xã hội cũng tham gia góp phần tăng nặng hoặc giảm nhẹ triệu chứng đau lưng, được giải thích thông qua khía cạnh chủ quan của bệnh nhân về nhận định cảm giác đau, cũng như làm tăng khả năng chuyển thành tình trạng đau lưng mạn tính. Mức độ trầm trọng của triệu chứng ở những bệnh nhân này thường không phù hợp với các bất thường được ghi nhận về hình ảnh học.

Đa số các triệu chứng đau lưng đều không đặc hiệu và thường liên đới đến các động tác căng dẫn quá mức vùng cột sống thắt lưng hoặc có liên đới đến chấn thương dây chằng và cơ cạnh sống, hoặc do viêm thoái hóa khớp. Bên cạnh đó còn có các cơ chế đặc hiệu gây đau lưng bao gồm:

- Thoát vị đĩa đệm
- Hẹp ống sống
- Gãy đốt sống
- U ác tính ở cột sống
- Khuyết cung đốt sống
- Trượt đốt sống
- Nhiễm trùng cột sống
- Bệnh lý viêm nhiễm
- Đau các cơ quan liên quan đến: bệnh lý mạch máu, tiêu hóa, tiết niệu – sinh dục.

3.2 Triệu chứng và dấu hiệu

Bản thân triệu chứng đau lưng không đặc hiệu cho một bệnh cụ thể. Ngoài ra có nhiều cấu trúc giải phẫu có thể biểu hiện bằng dấu chứng đau lưng. Bên cạnh đó có sự bất tương xứng giữa đánh giá trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh học. Một số bệnh nhân có biểu hiện tổn thương rễ thần kinh trên lâm sàng nhưng lại không có ghi nhận bất thường trên các xét nghiệm hình ảnh học như CT hoặc MRI. Mặt khác, 50%-60% bệnh nhân không có bất kỳ triệu chứng trên lâm sàng lại có ghi nhận tình trạng thoái hóa xương – dây chằng trên xét nghiệm hình ảnh học. Tương tự, có 20% trường hợp có thoát vị đĩa đệm không có triệu chứng.

Vấn đề trở nên phức tạp hơn khi mà trên cùng bệnh nhân có thể có nhiều bệnh lý phối hợp cùng có thể gây ra triệu chứng đau lưng (ví dụ: cùng có chèn ép dây thần kinh, vừa có viêm thoái hóa dây chằng cột sống, vừa có căng cơ cơ học). Vì vậy, dấu hiệu đau thắt lưng nên được xem là triệu chứng hiếm khi do một bệnh lý hoặc tổn thương bệnh học đặc thù.

Điều này đòi hỏi phải khai thác bệnh sử cẩn thận, mô tả chi tiết đặc điểm của đau lưng như tính chất, vị trí, khu trú – lan tỏa, thời điểm xuất hiện, dấu chứng tăng nặng – giảm nhẹ, diễn tiến cấp tính – mãn tính ... giúp góp phần khu trú nguyên nhân gây bệnh.

3.3 Đánh giá các dấu chứng

Thăm khám lâm sàng là điều cần thiết để xác định các tình trạng nghiêm trọng ở bệnh nhân có biểu hiện đau lưng cấp tính. Người bác sĩ cần phải tìm "dấu hiệu báo động". Nếu ghi nhận có "dấu hiệu báo động", bệnh nhân cần cấp cứu nên được tư vấn trực tiếp hoặc giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa thích hợp. Nếu tình trạng bệnh nhân không ở mức cấp cứu nhưng lại có dấu hiệu gợi ý đặc thù, bác sĩ nên thăm khám đầy đủ để đánh giá tình trạng xem bệnh nhân có nhu cầu cần chăm sóc chuyên khoa hay không.

3.4 Bệnh sử

Việc khai thác bệnh sử nên tập trung vào các đặc điểm sau:

- Vị trí của cơn đau (diện phân bố của đau khu trú – lan tỏa, tại chỗ - qui chiếu, theo khoang tủy – dây thần kinh – theo cơ – theo cấu trúc giải phẫu tại chỗ).
- Cơ chế chấn thương (khi cơn đau xuất hiện lần đầu tiên thì bệnh nhân đang làm gì, đánh giá xem có mối tương quan giữa biến cố đau và cơ chế cơ học gây bệnh).
- Đặc tính của cơn đau (đau dạng căng cơ – dạng viêm – dạng cơ học, đau nông – sâu, liên đới đến các hoạt động nào, yếu tố tăng nặng – giảm nhẹ)
- Thời gian xuất hiện của triệu chứng đau lưng hay còn gọi là diễn tiến của bệnh (cấp tính < 6 tuần, hoặc mãn tính > 6 tuần).
- Triệu chứng ảnh hưởng đến thần kinh liên qua (trong hội chứng chùng đuôi ngựa có thể có triệu chứng ruột hoặc bàng quang, yếu chi, mất cảm giác vùng quanh hậu môn, hội âm; trong chèn ép dây thần kinh sẽ có dấu đau theo dây thần kinh, rối loạn dị cảm vùng da được chi phối); các dấu hiệu thần kinh cần được xem là dấu cảnh báo, có thể gợi ý khả năng phải gửi khám chuyên khoa thần kinh.
- Tình trạng chức năng của bệnh nhân cần lưu ý khi có bất kỳ yếu tố làm trầm trọng thêm hoặc cải thiện tình trạng bệnh.
- Sốt, sụt cân, đau về đêm có thể là biểu hiện ban đầu của nguyên nhân bệnh nặng như thư tiềm ẩn .
- Tiền căn về mặt xã hội nên được khai thác, bao gồm thông tin về việc sử dụng hoặc lạm dụng thuốc, tiêm chích ma túy, sử dụng thuốc lá...Tiền căn mắc các bệnh trước đây và phẫu thuật cũng cần được lưu ý, đặc biệt là tiền căn phẫu thuật cột sống hoặc suy giảm miễn dịch (tiền sử ung thư, sử dụng steroid, nhiễm HIV) .

Một bệnh sử toàn diện giúp các bác sĩ lâm sàng tìm kiếm “các dấu hiệu báo động”, là cơ sở để lọc ra trường hợp bệnh có thể có bệnh nghiêm trọng và cần có ý kiến đánh giá của bác sĩ chuyên khoa.

3.5 Đặc điểm bệnh nhân

Đau lưng xuất hiện lần đầu tiên ở bệnh nhân < 20 tuổi hoặc > 50 tuổi, hoặc đau lưng diễn tiến kéo dài hơn 6 tuần gợi ý các vấn đề nghiêm trọng.

Đau lưng ở trẻ em tương đối ít gặp. Tuy nhiên, nếu xuất hiện, nguyên nhân bệnh thường nghiêm trọng hơn so người trưởng thành cần có sự đánh giá toàn diện. Cũng cần biết rằng, trong phần lớn các trường hợp, nguyên nhân chứng đau lưng ở trẻ em thường là do bong gân-tổn thương dây chằng vùng thắt lưng cùng. Tổn thương bong gân-dây chằng thường liên quan trực tiếp đến các hoạt động thể thao. Bong gân vùng lưng đôi khi thứ phát sau chấn thương (như tổn thương trong tai nạn xe hoặc trong quá trình rèn luyện thể thao) hoặc dùng lực quá sức (khiêng vác vật nặng, cúi khom sai tư thế). Ngoài ra, các động tác duỗi uốn quá mức vùng cột sống cũng gây tổn thương dây chằng mặc dù lực tác động không quá mạnh (tập yoga, thể dục nhịp điệu, vật lý trị liệu quá mức).

Đau vùng lưng - ngực và gù cột sống ở thanh thiếu niên thường được gây ra bởi bệnh Scheuermann, một bệnh lý liên quan đến chấn thương lặp đi lặp lại mà trong đó nhân đệm của đĩa sụn gian đốt sống thoát vị ra ngoài gây chèn ép.

Bởi vì đau thắt lưng có thể là biểu hiện cảnh báo tình trạng bệnh nặng ở trẻ em, nên việc khai thác bệnh sử và khám thực thể cần được thực hiện một cách cẩn thận. Nhiễm trùng nên được cân nhắc trong chẩn đoán, đặc biệt là ở người nghi ngờ dùng thuốc đường tĩnh mạch.

Trượt đốt sống thường xuất hiện ở vùng cột sống thắt lưng L3-4-5, S1-2 nơi gánh chịu hầu hết các lực của cột sống, mà lại dễ di chuyển nhất của cột sống. Tình trạng này là hậu quả của di lệch đốt sống về phía trước, gây hẹp ống sống, dẫn đến chèn ép các dây thần kinh liên quan. Trượt đốt sống thường xảy ra ở thanh thiếu niên hơn ở so với trẻ em do liên quan đến hoạt động thể thao, tập aerobic. Đối với người trưởng thành, động tác khiêng vác vật nặng quá sức trở thành nguyên nhân chính gây trượt đốt sống hoặc thoát vị đĩa đệm. Đau thường xuất hiện ngay sau khi có hoạt động vận lực quá sức. Tổn thương có thể ghi nhận rõ ràng trên phim chụp CT hoặc MRI; trong khi đó hình ảnh trên X quang đơn thuần có thể không phát hiện nếu tổn thương vùng bao khớp- dây chằng hoặc đốt sống di lệch chưa quá nhiều.

Triệu chứng đau lưng thường gặp nhất ở bệnh nhân từ 20 - 50 tuổi nếu thống kê chung cho tất cả nguyên nhân. Triệu chứng này thường xảy ra ở những đối tượng lao động nặng như công nhân và nông dân. Ở người trẻ tuổi không có yếu tố nguy cơ về chấn thương nhưng lại có than phiền đau lưng kéo dài, bệnh lý viêm khớp do vi khuẩn, chẳng hạn như hội chứng Reiter và viêm cột sống dính khớp cần được xem xét tìm kiếm. Điểm quan trọng là cần khai thác bệnh sử và các dấu chứng của tình trạng viêm hệ thống, để có thể tổng hợp thành hội chứng viêm đa màng như trong hội chứng Reiter (ví dụ: viêm màng mắt, viêm họng, viêm niệu đạo, viêm khớp). Ngay cả khi bệnh nhân có bằng chứng trượt đốt sống, bác sĩ cũng cần phải loại trừ nguyên nhân viêm có thể gây đau lưng phối hợp. Đau lưng do tư thế thường gặp hơn ở những bệnh nhân mang thai nhiều lần và những người thể trạng béo phì hoặc có hoàn cảnh khó

khăn thường gây đau lưng cơ năng. Thoát vị đĩa đệm có thể xảy ra ở người trẻ tuổi nhưng tần suất bệnh tương đối hiếm gặp.

Cũng ở nhóm tuổi 25 - 50, số trường hợp đau lưng do bệnh lý đĩa đệm lên dần theo tuổi. Bệnh lý đĩa đệm thường gặp hơn ở nam giới, đặc biệt là ở những người cao tuổi. Ở những bệnh nhân lớn tuổi, dấu hiệu đau lưng là khá phổ biến nhưng thường không phải là than phiền duy nhất. Do vậy, khi người bệnh >50 tuổi đến với than phiền duy nhất là đau lưng thì cần phải xem xét bệnh lý nghiêm trọng như hẹp ống sống, kèm hoặc không kèm tổn thương chèn ép thần kinh liên quan; mặc dù rằng nguyên nhân phổ biến nhất ở nhóm đối tượng này là thoái hóa cột sống thắt lưng - cùng.

Một cách khái quát chung, có thể nói mỗi người đều có ít nhiều tình trạng thoái hóa khớp ở vùng thắt lưng. Và khi bệnh diễn tiến đến một mức độ nhất định, triệu chứng đau lưng mới xuất hiện, hoặc có thể thứ phát sau một chấn thương nhẹ. Nếu trường hợp người bệnh không có bệnh sử liên quan trước đó, tình trạng đau lưng trên bệnh nhân >50 tuổi đòi hỏi đánh giá các bệnh lý nghiêm trọng như ung thư và đa u tủy.

3.6 Đặc điểm triệu chứng và vị trí đau lưng

Để xác định nguyên nhân gây ra đau lưng, các bác sĩ phải xem xét các yếu tố bệnh sử quan trọng, chẳng hạn như độ tuổi, vị trí, hướng lan của cơn đau, các ảnh hưởng của sự vận động vùng lưng hoặc chân và chấn thương trước đó.

Đau căng cơ thắt lưng cấp là do tình trạng tăng trương lực cơ sau khi thực hiện động tác căng dẫn quá mức, quá sức; đặc trưng bởi cơn đau khởi phát đột ngột thường liên quan đến động tác xoay, vặn, nâng, hoặc hoạt động thể lực khác thường. Cơn đau thường chỉ khu trú ở vùng thắt lưng cùng.

Đau do căng cơ và đau lưng do tư thế thường được mô tả là đau mơ hồ và dai dẳng kéo dài nhiều tuần và kèm với co cứng cơ cạnh sống. Bệnh nhân gặp khó khăn trong việc định vị chính xác điểm đau nhiều nhất, mặc dù cơn đau thường tập trung ở vùng thắt lưng. Sau chấn thương, cơn đau này có thể có xuất hiện ngay lập tức hoặc từ từ. Cơn đau thường lan đến vùng thắt lưng và đôi khi đến mông nhưng hiếm khi đến chi dưới. Hướng lan này của cơn đau không hẳn lúc nào cũng gợi ý tình trạng chèn ép rễ thần kinh. Đặc điểm gợi ý tốt nhất là cần ghi nhận đau nhiều vào đầu giấc sáng (khi ngủ dậy), giảm dần với theo hoạt động – động tác thể dục nhẹ trong ngày. Khi khám sẽ ghi nhận tăng trương lực các cơ cạnh sống (ấn vùng cạnh cột sống có cảm giác cơ căng cứng như khúc gỗ).

Đau thắt lưng do thoái hóa khớp thắt lưng – cùng khởi phát từ từ, thường không bị thúc đẩy bởi hoạt động thể lực, và thường kèm với bệnh sử cứng khớp buổi sáng. Nhiều bệnh nhân bị tình trạng này phàn nàn rằng chuyển động vùng thắt lưng cùng bị hạn chế bởi đau và cứng khớp mà thường nặng hơn vào buổi sáng nhưng cải thiện sau khi cơn đau xuất hiện một giờ hoặc lâu hơn. Cơn đau ít khi lan đến đầu gối, bắp chân, hoặc cẳng chân. Dấu chứng co cứng cơ cạnh sống có thể ghi nhận nhưng không nổi bật như trong đau do căng cơ.

Nhiều bệnh nhân bị hội chứng thoát vị đĩa đệm có tiền sử các đợt bệnh không nghiêm trọng xuất hiện trước đó. Con đau thường có khởi phát đột ngột và thường lan đến mông, xuống mặt sau bên của chân, và đôi khi đến bàn chân. Con đau của hội chứng đĩa đệm được so sánh với đau răng – kiểu đau chói, nhức, lan ra xung quanh; có thể kèm với dị cảm và yếu cơ (do chèn ép rễ thần kinh). Con đau giảm đi thường gợi ý tình trạng lõi đĩa đệm sau bên, nhưng triệu chứng đau lưng liên tục cũng có thể được gây ra do bệnh lý đĩa đệm mà không tạo ra sự kích thích rễ đáng kể. Hơn 90% thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng xảy ra ở L4-L5 hoặc L5-S1. Nếu có tình trạng kích thích rễ thần kinh, các triệu chứng thần kinh (mất cảm giác, yếu cơ, hoặc giảm phản xạ) có thể được phát hiện. Bệnh nhân cũng có thể đau khi được ấn chần ở vùng khuỷu gối.

Các đặc tính của đau lưng có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán. Cảm giác đau có thể thay đổi, đau lan tỏa và đau căng do áp lực thường xảy ra ở những bệnh nhân không có bệnh lý thực thể. Khi con đau được mô tả một cách nhất quán và đặc hiệu, dễ dàng hơn trong việc chứng minh bệnh lý thực thể. Bệnh lý viêm (ví dụ: viêm cột sống dính khớp) và nhiễm trùng (ví dụ: bệnh lao) ít được nghĩ đến nếu đau có liên quan đến tư thế, chấn thương, hoặc hoạt động thể lực quá mức; nếu đau có tính chất từng cơn và liên tục; nếu đau nặng lên khi vận động, và giảm đi khi nghỉ ngơi.

Đau lưng trong hội chứng khớp cùng-chậu khu trú ở vùng sau trên của cột sống vùng chậu. Trong viêm khớp cùng chậu, cơn đau có thể xen kẽ đôi bên từ bên này sang bên kia, mặc dù nó thường hiện diện ở vùng thắt lưng và mông và có thể lan đến vùng đùi sau. Con đau trong khớp cùng chậu không có sự phân bố theo rễ thần kinh.

Đôi khi, đau thắt lưng có thể là biểu hiện của hội chứng ruột kích thích. Trong những trường hợp này, thường kèm đau vùng giữa lưng, đau bụng, và bệnh sử của viêm đại tràng. Con đau này không lan đến chân. Con đau lưng do viêm tiền liệt tuyến thường đau mơ hồ mà không bị ảnh hưởng bởi cử động hoặc ho và không liên đới với tình trạng co thắt cơ hoặc giới hạn vận động.

Trong những trường hợp hiếm gặp, cơn đau quặn thận cấp tính thường biểu hiện với cơn đau quặn thắt ở lưng, hơn là ở hông hoặc bẹn. Bệnh nhân mô tả có sự thay đổi dần của vị trí đau đến vùng hông, với hướng lan đến vùng bẹn. Với cơn đau quặn thận, nghiệm pháp nâng thẳng chân thường cho kết quả âm tính, và thường ghi nhận dấu hiệu tiểu máu trên tổng phân tích nước tiểu.

Một số bệnh nhân trầm cảm có thể có triệu chứng đau lưng mạn tính. Con đau thường được mô tả có tính chất lan tỏa, kèm theo cảm giác đè ép nghiêm trọng. Trong trường hợp đau bản thể (somatic pain) là biểu hiện của trầm cảm, thì mức độ nghiêm trọng của các cơn đau thay đổi theo các trạng thái tinh thần: đau tăng lên cùng với sự lo lắng và trầm cảm; đau thường giảm khi sợ hãi tốt độ. Nếu một người cao tuổi mô tả đau buốt lưng, đặc biệt ở vùng nông và một bên, nên nghĩ đến Herpes zoster vì triệu chứng đau này thường đi trước các tổn thương da do Herpes.

3.7 Triệu chứng kèm với đau lưng

Khi có thoái hóa khớp vùng thắt lưng, bệnh nhân thường bị đau ở các khớp khác. Bệnh nhân có hội chứng thoát vị đĩa đệm thường có triệu chứng

thần kinh như: đau thần kinh tọa, dị cảm, rối loạn cảm giác (dysesthesias), tăng cảm giác (hypesthesias), mất cảm giác (anesthesias), liệt, rối loạn cơ vòng, và bất lực. Sự chèn ép lên các sợi thần kinh không có myelin có thể gây hội chứng chùm đuôi ngựa, một cấp cứu ngoại khoa hiếm gặp. Hội chứng này có các dấu hiệu bao gồm đau trung tâm vùng lưng kèm yếu các cơ ở chân, liệt dương, tiểu lắt nhắt, bí tiểu, tiểu không tự chủ, tê vùng cụt, và mất kiểm soát cơ vòng.

Đau thắt lưng kèm với dịch tiết âm đạo bất thường gợi ý nguyên nhân bệnh phụ khoa. Ở nam giới, đau lưng kèm tiểu buốt, khó tiểu, hoặc sốt gợi ý viêm tiền liệt tuyến. Nếu nhiễm Herpes zoster có liên quan với bệnh đau lưng, cần thận trọng xem xét đến bệnh lý ung thư tiềm ẩn.

Các bác sĩ cần quan tâm đến được những dấu hiệu báo động của các bệnh lý nghiêm trọng. Ung thư hay bệnh lý nhiễm trùng cần được nghĩ đến ở các trường hợp sụt cân không giải thích được, suy giảm miễn dịch, nhiễm trùng tiểu, sử dụng thuốc đường tĩnh mạch, sử dụng các corticosteroid kéo dài, tuổi > 50, và đau lưng không giảm khi nghỉ ngơi. Gãy đốt sống được nghĩ đến trong trường hợp có tiền sử chấn thương, thậm chí chấn thương nhẹ ở bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh loãng xương, hoặc sử dụng steroid kéo dài. Hội chứng chùm đuôi ngựa hoặc một số bệnh thần kinh nghiêm trọng khác cần được nghĩ ngờ nếu bệnh nhân có bí tiểu cấp tính, tiểu không tự chủ, mất kiểm soát cơ vòng, tê vùng yên, hoặc yếu liệt cơ tiến triển ở hai chân .

3.8 Các yếu tố làm tăng đau lưng

Chấn thương cột sống ở thanh thiếu niên liên đới đến các chấn thương thường do hoạt động thể thao. Tổn thương được ghi nhận là các tổn thương vùng cấu trúc quanh khớp cột sống bao gồm dây chằng, bao khớp, sụn khớp và đôi khi là xương cột sống. Biểu hiện của bệnh là dấu hiệu đau vùng thắt lưng và đau tăng lên khi vận động. Do bệnh diễn tiến có thể kéo dài, gây tăng trương lực cơ cạnh sống nên có thể dẫn đến chẩn đoán sai là tình trạng căng cơ. Điểm phân biệt của nhóm bệnh này chấn thương cột sống khởi phát sau chấn thương hoặc hoạt động thể lực nặng, trong khi đó tình trạng căng cơ lại diễn tiến mạn tính và không nhất thiết có chấn thương hoặc vận động gắng sức.

Đau thắt lưng cấp do căng cơ thường tăng nặng bởi động tác cúi khom, nâng vác, vặn xoắn, hoạt động thể lực bất thường, sai tư thế hoặc chấn thương. Đau thắt lưng cấp tính có thể xuất hiện cấp tính ở vận động viên, một số nguyên nhân có thể nghĩ đến bao gồm dụng cụ kém chất lượng, chưa được huấn luyện đầy đủ, môi trường không đủ ấm hoặc quá lạnh, chưa làm nóng cơ thể, hoặc do thực hiện động tác duỗi ưỡn quá sức. Tình trạng căng cơ cấp ở các vận động viên còn trẻ tuổi có thể có diễn tiến trầm trọng hơn so với thương tổn thực. Lý do là bệnh nhân còn trong thời kỳ tăng trưởng chiều cao nhanh chóng, các cấu trúc mô mềm cạnh sống, dây chằng, bao khớp, và gân cơ – bó cơ không theo kịp với sự phát triển của xương dẫn đến dễ chấn thương – tổn thương. Bệnh nhân bị đau thắt lưng cùng cấp tính do căn cơ tăng lên khi vận động, nhưng không đau khi ho. Đau lưng có liên quan đến tư thế diễn tiến tăng lên vào cuối ngày.

Ở những bệnh nhân có hội chứng thoát vị đĩa đệm, đau có thể xuất hiện liên đới đến chấn thương hoặc một số cử động, đặc biệt là động tác xoắn vặn ở

vị trí gập của lưng, ví dụ như khi cúi người khởi động máy hút bụi hoặc cúi người mang thau nước – xô nước. Tuổi tác được xem là yếu tố thúc đẩy sự phát triển của hội chứng này. Lý do là theo tuổi tác, có sự thoái biến của hệ thống dây chằng – bao khớp gian cột sống, kèm theo các tổn thương trong quá khứ dẫn đến làm tăng khả năng thoát vị nhân đệm của đĩa sống gian đốt sống. Con đau được mô tả là tăng nặng khi ho, cười, hắt hơi, ngồi, động tác rặn khi đi tiêu và uốn cong một bên cơ thể. Đối với thể nặng, đau có thể xuất hiện do bất kể động tác nào có liên đới đến chuyển động của vùng thắt lưng, đặc biệt duỗi quá mức. Các cơn đau do viêm thoái hóa khớp thắt lưng cũng cũng tăng lên khi uốn cong một bên cơ thể và duỗi cột sống thắt lưng. Cơn đau theo rãnh thần kinh gập trong hẹp ống sống tăng nặng lên với động tác duỗi vùng thắt lưng. Do vậy nhiều bệnh nhân cao tuổi mô tả cơn đau có giảm đi khi cúi người về phía trước.

Đau lưng chuyển nặng trong khi hoặc sau khi hành kinh gợi ý nguyên nhân liên quan đến bệnh phụ khoa. Đau lưng mà trầm trọng hơn khi nằm nghỉ hoặc khi bị nhiễm trùng, hoặc đau lưng mà đánh thức bệnh nhân vào ban đêm gợi ý khối u ác tính.

3.9 Yếu tố làm giảm đau lưng

Vận động làm giảm triệu chứng nếu nguyên nhân do viêm khớp cột sống, nhưng lại tăng nặng triệu chứng nếu nguyên nhân do chấn thương, tổn thương dây chằng, gân bám tận. Với bệnh nhân có đau căng cơ thắt lưng cùng cấp tính sẽ cho biết giảm đau khi nằm nghỉ bất động.

Hầu hết các trường hợp đau lưng cấp giảm đi khi nghỉ ngơi là do đau theo cơ chế cơ học. Đây là điểm quan trọng để phân biệt với các thể đau không giảm khi nghỉ ngơi do u ác tính cột sống, do bệnh viêm dây thần kinh.

Nhiều bệnh nhân bị đau thắt lưng do thoái hóa khớp cho rằng cơn đau của họ giảm đi khi họ nằm trên sàn nhà hoặc trên một tấm nệm cứng chắc.

Trương tự như vậy, một số bệnh nhân bị hội chứng đĩa đệm giảm đau khi nằm xuống. Điều này hữu ích trong chẩn đoán phân biệt đau lưng. Một số bệnh nhân bị hội chứng đĩa đệm thông báo cho bác sĩ biết rằng họ cảm thấy giảm đau hơn khi đi bộ hoặc nằm nghiêng một bên với đầu gối gập lại (tư thế bào thai). Phát hiện này cho thấy rõ ràng rằng cơn đau là do bệnh lý đĩa đệm. Bệnh nhân có bệnh lý viêm, nhiễm trùng, hoặc khối u vùng cột sống thường đau hằng định ở tất cả các vị trí.

Cảm giác khó chịu ở vùng lưng do hội chứng ruột kích thích giảm đi khi đi tiêu. Cơn đau do hẹp ống sống giảm đi khi gập người về phía trước.

3.10 Khám lâm sàng

3.10.1 Lâm sàng

Việc khám lâm sàng bổ sung các thông tin thu được qua việc hỏi bệnh sử bằng cách giúp xác định tình trạng bệnh nghiêm trọng hoặc khả năng tổn thương thần kinh nghiêm trọng. Các yếu tố chính của việc khám lâm sàng là nhìn, sờ, quan sát (bao gồm cả kiểm tra phạm vi chuyển động), và đánh giá thần kinh-cơ chuyên biệt.

Việc khám lâm sàng nên bắt đầu với việc quan sát dáng đi của người bệnh khi bước vào phòng khám. Bản thân dáng đi đã cho phép chúng ta nhận định về mức độ nặng - ảnh hưởng của đau lưng đến sinh hoạt hằng ngày. Việc quan sát cũng bao gồm đánh giá độ cong cột sống, phạm vi chuyển động của thắt lưng bao gồm gập – duỗi – xoay trái phải. Ấn chẩn các cơ cạnh sống, các mạch chuyển đốt sống, khớp cùng – chậu, các cơ hình lê và vị trí của xương chậu (gai chậu trước trên và gai chậu sau trên).

Bởi vì cột sống thắt lưng khớp bán động với khung xương chậu (đặc biệt là vùng cùng - chậu), nên đau xương chậu thường được đề cập như đau cột sống thắt lưng. Để đánh giá các bệnh lý và cấu trúc giải phẫu ở xương chậu, chúng ta phải xác định được vị trí gai chậu trước trên và gai chậu sau. Từ vị trí mốc giải phẫu đó, khám xác định tình trạng của khớp cùng cụt, khớp cột sống thắt lưng – chậu, tình trạng viêm tại các khớp này có thể thể hiện bằng than phiền đau lưng.

3.10.2 Đánh giá thần kinh

Thông thường, bệnh nhân có than phiền đau lưng cấp mà không có dấu chứng báo động chuyên biệt (xem thêm ở dưới), chỉ định khám chuyên khoa sâu thần kinh thường là không cần thiết. Đối với bác sĩ gia đình, một số nghiệm pháp lâm sàng đơn giản có thể giúp đánh giá – chẩn đoán nhanh và chính xác trong phần lớn các trường hợp.

Đánh giá thần kinh nên bao gồm các nghiệm pháp như: đánh giá phản xạ gân Achilles (S1) và xương bánh chè (L2- L4), sức duỗi khớp cổ chân hoặc ngón chân cái (L4- L5), sức gập khớp cổ chân (S1-S2) và sức cơ mặt lưng bàn chân (S1). Dấu hiệu yếu cơ xuất hiện khá trễ so với các dấu chứng khác và có thể bị che lấp bởi tình trạng đau (bệnh nhân không thực hiện được động tác vì đau chứ không phải vì yếu cơ). Nghiệm pháp nâng thẳng chân nên được thực hiện ở cả hai vị trí ngồi và nằm ngửa (nghiệm pháp Lasèque) để đánh giá sự đè ép rễ thần kinh

Các than phiền về rối loạn cảm giác da vùng chi dưới cũng cần được đánh giá vì nó khá chuyên biệt cho tổn thương thực thể liên quan đến dây thần kinh – khoang tủy. Tùy theo vị trí tổn thương mà diện rối loạn cảm giác có thể phân bố theo kiểu khoang tủy (ví dụ như trường hợp bị chèn ép khoang tủy, theo kiểu đơn dây thần kinh. Có thể đánh giá nhanh trên lâm sàng về cảm giác nông tinh tế ở vùng giữa (L4), mặt lưng (L5), và mặt bên (S1) của bàn chân cũng cần được thực hiện.

Đánh giá thần kinh của chi dưới cho phép phát hiện các ý nghĩa lâm sàng tổn thương rễ thần kinh ở các mức L4- L5 hoặc L5 -S1. Hai vị trí này chiếm tới hơn 90% của tất cả các bệnh lý rễ thần kinh thứ phát do thoát vị đĩa đệm thắt lưng. Trong một số trường hợp bệnh hiếm gặp, khám lâm sàng có thể không giúp chẩn đoán chính xác nguyên nhân. Do vậy, bất kỳ bệnh nhân không được cải thiện trong 4-6 tuần điều trị thì nên được đánh giá lại và cần có ý kiến chuyên khoa.

3.11 Phân tầng nguy cơ

Tất cả các bệnh nhân đau lưng cấp nên được phân tầng nguy cơ với đánh giá ban đầu để xác định “dấu hiệu báo động”. Việc hỏi bệnh sử và khám lâm sàng có khả năng phát hiện bệnh lý trầm trọng bên dưới (ví dụ như gãy xương, ung thư, nhiễm trùng, phình động mạch chủ bụng, hoặc hội chứng chùm đuôi ngựa. Những bằng chứng lâm sàng bao gồm tiền sử chấn thương nặng, chấn thương nhỏ ở những bệnh nhân > 50 tuổi, sốt dai dẳng, tiền sử ung thư, rối loạn trao đổi chất, yếu cơ, rối loạn chức năng bàng quang hay ruột, mất cảm giác vùng quanh hậu môn, hội âm, giảm co thắt cơ vòng, đau ban đêm gây mất ngủ. Khi xuất hiện “dấu hiệu báo động”, cần nhanh chóng can thiệp điều trị đặc hiệu, chẳng hạn như chỉ định xét nghiệm chuyên biệt, tham khảo ý kiến đồng nghiệp chuyên khoa liên quan.

Hình 2: Dấu hiệu báo động và những hành động thích hợp ở BN đau lưng

Bệnh lý	Dấu hiệu báo động	Hành động
Ung thư	Tiền căn ung thư	Nếu nghi bệnh lý ác tính của cột sống: -Hình ảnh học -CTM, Tốc độ máu lắng -Các CLS tìm u nguyên phát: PSA, nhũ ảnh, điện di protein, điện di protein miễn dịch.
	Sụt cân chưa rõ nguyên nhân	
	≥ 50 tuổi	
	Thất bại điều trị ban đầu	
	Đau ≥ 4 – 6 tuần	
Nhiễm trùng	Đau về đêm hay lúc nghỉ	Nếu nghi nhiễm trùng cột sống: - MRI -CTM, Tốc độ máu lắng -TPTNT
	Sốt	
	Dùng thuốc truyền tĩnh mạch	
	Nhiễm trùng gần đây: nhiễm trùng tiêu, da, viêm phổi	
	Tình trạng ức chế miễn dịch (dùng steroid, ghép tạng, ĐTD, HIV)	
HC chùm đuôi ngựa	Đau lúc nghỉ	Khám chuyên khoa ngoại
	Bí tiểu hay tiểu không tự chủ	
	Mất cảm giác vùng quanh hậu môn, hội âm	
	Giảm co thắt cơ vòng/ tiêu không tự chủ	
Gãy đốt sống	Yếu/tê hai chi dưới hay khiếm khuyết thần kinh	-Hình ảnh học thích hợp -Khám chuyên khoa ngoại
	Dùng Corticosteroid	
	≥ 70 tuổi hoặc tiền căn loãng xương	
Phình động mạch chủ bụng cấp	Chấn thương nặng gần đây	-Hình ảnh học thích hợp (siêu âm) -Khám chuyên khoa ngoại
	Khối mạch đập vùng bụng	
	Bệnh xơ vữa ĐM	
	Đau về đêm hay lúc nghỉ	
	≥ 60 tuổi	

Thoát vị đĩa đệm	Yếu cơ	-Hình ảnh học thích hợp -Khám chuyên khoa ngoại
------------------	--------	--

3.12 Vai trò của cận lâm sàng đối với bệnh nhân đau lưng:

3.12.1 Xét nghiệm

Đối với bệnh nhân theo dõi có bệnh lý nền phối hợp chỉ biểu hiện bằng than phiền đau lưng đơn thuần, chẳng hạn như ung thư hoặc nhiễm trùng nên được đánh giá chẩn đoán xác định các bệnh lý nền này. Xét nghiệm được đề nghị trong việc đánh giá những bệnh nhân này bao gồm công thức máu và tốc độ máu lắng (ESR). ESR > 50 mm/h là gợi ý của bệnh ác tính, nhiễm trùng, hoặc bệnh viêm. BUN, Creatinin, và phân tích nước tiểu (TPTNT) hữu ích trong việc xác định bệnh thận hoặc bệnh đường tiểu.

Canxi, phospho và alkaline phosphatase máu cần được kiểm tra ở những bệnh nhân thiếu xương (osteopenia), tổn thương cột sống dạng hủy xương (osteolytic vertebral lesion), hoặc xẹp thân đốt sống (vertebral body collapse). Nếu nghi ngờ ung thư tuyến tiền liệt, cần kiểm tra PSA (prostate-specific antigen) và nồng độ acid phosphatase. Nếu nghi ngờ đa u tủy, có thể giúp hướng dẫn điều trị dựa trên điện di miễn dịch huyết thanh (IPEP: immunoprotein electrophoresis).

3.12.2 Hình ảnh học

Chẩn đoán hình ảnh hiếm khi được chỉ định trong đau lưng cấp tính. Sau 4-6 tuần đầu, đa số các trường hợp sẽ tự hồi phục. Tuy nhiên, nếu triệu chứng đau lưng và hạn chế vận động vẫn kéo dài sau thời gian trên, chỉ định khảo sát hình ảnh học nên được xem xét để tìm các bệnh lý thực thể gây triệu chứng đau lưng. Nhóm bệnh nhân nên được chỉ định khảo sát hình ảnh học sớm bao gồm trẻ em, bệnh nhân > 50 tuổi, bệnh nhân chấn thương, hoặc bệnh nhân mà đau lưng không cải thiện dù điều trị bảo tồn phù hợp. Kết quả khảo sát hình ảnh học cần được phân tích và diễn giải với các thông tin từ lâm sàng để xem xét có sự phù hợp hay không. Lý do là có tỷ lệ cao 20-25% trường hợp có ghi nhận thoái hóa đĩa đệm và thoát vị trên hình chụp nhưng lại không có bất kỳ than phiền trên lâm sàng. Điều này đồng nghĩa là phát hiện bất thường trên chẩn đoán hình ảnh có thể có hoặc không phải là nguyên nhân của tình trạng đau trên bệnh nhân. Việc đối chiếu phân tích này để đảm bảo tránh bị gây nhiễu bởi thông tin từ hình ảnh chụp, giúp chẩn đoán không sót bệnh.

Hình 3: *Các CLS đặc biệt và chỉ định*

Các CLS đặc biệt	Chỉ định
Công thức máu (CBC)	Nghi ngờ u, bệnh lý tủy, nhiễm trùng
Tốc độ máu lắng (ESR)	Nghi ngờ u, nhiễm trùng, viêm, rối loạn chuyển hóa
TPTNT (Urinalysis)	Nghi ngờ nhiễm trùng tiểu, viêm bể thận, u tủy
Điện di miễn dịch (IPEP)	Nghi ngờ đa u tủy
TSH, Calcium, Alkaline	Nghi ngờ rối loạn điện giải, rối loạn chức

phosphatase	năng tuyến giáp, rối loạn chuyển hóa
X quang	Không khuyến cáo thường quy trong đánh giá đau lưng cấp (trừ khi có dấu hiệu báo động)
	Khuyến cáo để loại trừ gãy xương
	X quang chụp nghiêng chỉ khuyến cáo khi các phát hiện gợi ý trượt đốt sống hoặc khuyết cung đốt sống
Điện cơ (Electromyogram), điện di huyết thanh (Serum electrophoresis)	Nghi ngờ rối loạn chức năng rễ thần kinh nặng với các triệu chứng ở chân ≥ 6 tuần
	Không khuyến khích nếu bệnh lý rễ thần kinh rõ ràng
MRI hoặc CT tủy	Triệu chứng ở chân liên quan đến lưng và phát hiện trên lâm sàng có dấu hiệu đè ép tủy
	Bệnh sử có đi cách hồi do thần kinh nghi hẹp ống sống
	Nghi ngờ HC chùm đuôi ngựa, gãy ĐS, nhiễm trùng, u
Xạ hình xương	Di căn
	Chống chỉ định ở bệnh nhân mang thai

3.13 Các phương pháp điều trị đau thắt lưng

Phần lớn bệnh nhân có thể điều trị hiệu quả bằng phối hợp nhiều phương pháp như: tư vấn và giáo dục sức khỏe, điều trị giảm nhẹ triệu chứng bằng giảm đau và trấn an, hướng dẫn cách nghỉ ngơi – sử dụng tư thế vận động phù hợp. Điểm quan trọng là cần thống nhất phương pháp điều trị giữa các thành viên cùng tham gia điều trị người bệnh, tránh những ý kiến trái chiều làm ảnh hưởng đến niềm tin điều trị của người bệnh.

Nếu bệnh nhân không có “dấu hiệu báo động”, và bệnh sử, khám thực thể không gợi ý bất kỳ nguyên nhân ẩn bên dưới, có thể chẩn đoán là đau lưng cơ học và có thể bắt đầu việc điều trị. Phương pháp kiểm soát triệu chứng nên tập trung vào việc tạo sự thoải mái và giữ cho bệnh nhân hoạt động càng nhiều càng tốt trong khi chờ đợi phục hồi tự phát.

Tùy thuộc vào bệnh nhân, điều trị này có thể bao gồm điều chỉnh hoạt động, nghỉ ngơi tại giường (thời gian ngắn), điều trị bảo tồn, tăng cường vận động và tập thể dục, vật lý trị liệu và giáo dục bệnh nhân. Việc điều trị này nên được sử dụng từ 4-6 tuần trước khi chỉ định thêm các xét nghiệm chẩn đoán, trừ khi các triệu chứng của bệnh nhân xấu đi. Theo dõi bệnh nhân là rất quan trọng để giám sát và điều chỉnh điều trị

3.13.1 Giáo dục sức khỏe

Giáo dục nâng cao sức khỏe là nền tảng để điều trị hiệu quả của đau lưng. Bệnh nhân đến phòng khám chăm sóc ban đầu với đau lưng cấp tính cần được giáo dục về các mong đợi trong việc hồi phục và khả năng tái phát của các triệu chứng.

Bệnh nhân nên được hướng dẫn về cách điều chỉnh hoạt động an toàn và hợp lý, và được cung cấp thông tin làm thế nào để hạn chế đau lưng tái phát thông qua kỹ thuật nâng thích hợp, điều trị béo phì, và cai thuốc lá.

Nếu thuốc được sử dụng, bệnh nhân phải được cung cấp thông tin về cách sử dụng và các tác dụng phụ tiềm tàng.

Nếu bệnh nhân không cải thiện với điều trị bảo tồn hoặc xuất hiện các rối loạn chức năng đường ruột, bàng quang hoặc chức năng thần kinh xấu đi, bệnh nhân cần được hướng dẫn để theo dõi trong 1-3 tuần.

3.13.2 Điều chỉnh hoạt động

Bệnh nhân đau lưng cấp có thể được thoải mái hơn nếu họ có thể tạm thời hạn chế hoặc tránh các hoạt động chuyên biệt làm tăng áp lực cơ học lên cột sống. Cần phải tránh ngồi lâu mà không được tựa và nâng vật nặng, đặc biệt là uốn cong hoặc xoắn vặn. Đề xuất hoạt động trong công việc cho bệnh nhân đau lưng cấp nên dựa trên độ tuổi của bệnh nhân, sức khỏe nói chung, và các nhu cầu thể lực của công việc.

3.13.3 Nghỉ ngơi tại giường

Trong điều trị đau lưng, việc dần dần trở lại hoạt động bình thường hiệu quả hơn là nghỉ ngơi tại giường kéo dài. Nghỉ ngơi tại giường lâu > 4 ngày có thể dẫn đến suy nhược gây teo cơ do đó không được khuyến khích. Hầu hết các bệnh nhân đau lưng cấp tính không cần nghỉ ngơi tại giường. Tuy nhiên, đối với bệnh nhân có các triệu chứng ban đầu nghiêm trọng, nghỉ ngơi tại giường 2-4 ngày vẫn là một lựa chọn.

3.13.4 Thuốc

Thuốc uống (acetaminophen, thuốc kháng viêm không steroid, giãn cơ, và nhóm opioid) và phương pháp điều trị tiêm có sẵn để điều trị đau lưng.

- Một đánh giá gần đây của thử nghiệm lâm sàng cho thấy NSAIDs có hiệu quả hơn cho giảm triệu chứng ngắn hạn ở những bệnh nhân đau lưng cấp. NSAID đã không được chứng minh là có hiệu quả hơn nữa trong việc điều trị đau lưng.

- Giãn cơ không hiệu quả như NSAIDs trong điều trị đau lưng, và không tăng thêm lợi ích giãn cơ được sử dụng kết hợp với NSAID. Giãn cơ có tác dụng phụ tiềm tàng hơn NSAIDs, một yếu tố cần được xem xét khi quyết định điều trị.

- Opioid có hiệu quả hơn trong việc làm giảm các triệu chứng trở lại thấp hơn so với thuốc giảm đau khác (aspirin, acetaminophen). Vì có các biến chứng khác (phụ thuộc), thuốc giảm đau opioid, nếu được sử dụng, nên được dùng trong một thời gian ngắn.

- Corticosteroid đường uống không được khuyến khích trong điều trị đau lưng cấp. Liệu pháp tiêm để điều trị các triệu chứng đau lưng bao gồm các dây chằng, ngoài màng cứng...Tiêm là một lựa chọn điều trị xâm lấn có thể gây những biến chứng nghiêm trọng cho bệnh nhân. Tuy nhiên, tiêm ngoài màng

cứng và tiêm bề mặt khớp có thể mang lại lợi ích cho bệnh nhân (như một phương tiện tránh phẫu thuật).

3.13.5 Vật lý trị liệu cột sống

Có một số bằng chứng hỗ trợ việc sử dụng các liệu pháp VLTL trong điều trị đau lưng cấp. Kỹ thuật VLTL cột sống giúp khôi phục chuyển động của khớp và mô mềm. Có hiệu quả sớm sau khi bệnh nhân khởi phát triệu chứng đau lưng cấp tính mà không có bệnh lý rễ thần kinh. Nếu bệnh nhân có biểu hiện khiếm khuyết thần kinh tiến triển hoặc nặng, VLTL nên được hoãn lại trong khi chờ đợi đánh giá chẩn đoán thích hợp. Bệnh nhân có các triệu chứng kéo dài hơn 4-6 tuần, các thao tác VLTL nên được đánh giá lại.

3.13.6 Châm cứu

Châm cứu đã không được tìm thấy là có lợi cho điều trị bệnh nhân đau lưng cấp. Tuy nhiên, bằng chứng gần đây cho thấy châm cứu cổ truyền Trung Quốc và massage trị liệu có lợi trong việc điều trị đau lưng mãn tính. Khi được bổ sung vào phương pháp điều trị thông thường, châm cứu giúp cải thiện chức năng và giảm đau tốt hơn so với điều trị thông thường một mình.

3.13.7 Tập thể dục

Bài tập điều trị nên được bắt đầu sớm để kiểm soát cơn đau, và phục hồi chức năng. Không có bất kỳ một phương pháp điều trị hay một chương trình tập thể dục duy nhất nào được chứng minh là có hiệu quả cho tất cả các bệnh nhân đau lưng.

3.13.8 Hướng dẫn tư thế vận động phù hợp

Có tỷ lệ lớn các trường hợp đau lưng do cơ chế cơ học, liên đới trực tiếp đến các động tác không tốt cho cột sống. Do vậy bác sĩ cần quan tâm tư vấn các tư thế cần tránh trong sinh hoạt hằng ngày. Ví dụ như động tác cúi khom quá mức, khiêng vác vật nặng với cột sống khom, thói quen ngồi lâu, động tác xoay vặn quá mức.

Cũng cần quan tâm đến các yếu tố thói quen – công việc – nguy cơ ảnh hưởng trực tiếp đến đau lưng. Nếu bệnh nhân làm việc khiêng vác vật nặng, cần tư vấn cách giữ tư thế cột sống thẳng; nếu bệnh nhân chơi thể thao, cần khuyến tạm ngừng thể thao nặng trong giai đoạn đau cấp; nếu bệnh nhân làm văn phòng, đề nghị xen kẽ những buổi nghỉ ngắn kèm mát xa giữa buổi; nếu bệnh nhân phải chăm sóc người thân tại nhà, cần hướng dẫn bệnh nhân các động tác nâng – khiêng – xoay chuyển – vệ sinh người bệnh đúng phương pháp để tránh vận sức tại cơ lưng...

3.13.9 Đánh giá lại

- Đối với những bệnh nhân có tình trạng đau lưng xấu đi trong thời gian kiểm soát triệu chứng, người thầy thuốc cần đánh giá lại và tư vấn hoặc giới thiệu đến chăm sóc chuyên khoa. Bệnh nhân đau lưng nên luôn luôn được đánh giá lại sau 1-3 tuần để theo dõi diễn tiến bệnh. Bệnh nhân phải được thông báo để theo dõi sớm hơn nếu tình trạng của họ xấu đi.

- Trong trường hợp điều trị bảo tồn, cần đánh giá lại sau 4-6 tuần kể từ lần đánh giá ban đầu. Lần thăm khám tiếp theo là thời điểm thích hợp để xem xét đánh giá môi trường làm việc phù hợp cho bệnh nhân. Khi bệnh nhân cải thiện, cần giảm liều thuốc điều trị và giúp bệnh nhân từng bước trở lại hoạt động bình thường.

3.13.10 Chuyên khám chuyên khoa

Nếu bệnh nhân có đau lưng hơn 6 tuần cho dù điều trị bảo tồn đầy đủ, bệnh nhân cần được đánh giá lại. Một đánh giá lại toàn diện, bao gồm một đánh giá tâm lý xã hội và khám thực thể cần được thực hiện. Trong những lần tiếp theo, câu hỏi nên được hướng vào việc xác định các tổn hại của bệnh nhân, bao gồm các triệu chứng thần kinh mới, tăng đau, hoặc vùng lan rộng mới xuất hiện của vị trí đau. Nếu các vấn đề trên được tìm thấy, bệnh nhân cần được đánh giá lại các vấn đề về sức khỏe và tư vấn hoặc giới thiệu khám chuyên khoa..

Hình 4: Tư vấn các chuyên khoa không phẫu thuật

Chuyên gia	Chỉ định
Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng	Đau lưng mạn tính > 6 tuần
	Đau thần kinh tọa > 6 tuần
	Hội chứng đau mạn tính
	Đau lưng tái phát
Thần kinh	Đau thần kinh tọa > 6 tuần
	Đau chân mạn không điển hình, nghiệm pháp Lasègue (-)
	Tổn thương thần kinh mới hay tiến triển (về cảm giác – vận động – nuôi dưỡng)
Y học lao động	Các tình huống đền bù cho công nhân gặp khó khăn
	Xếp mức độ tổn thương hay khuyết tật
	Các vấn đề khi bệnh nhân quay về làm việc
Cơ xương khớp	Loại trừ bệnh viêm khớp
	Loại trừ fibrositis / fibromyalgia
	Loại trừ bệnh chuyển hóa của xương (ví dụ: loãng xương)
Y học thể thao	Đau lưng mạn tính > 6 tuần
	Đau thần kinh tọa > 6 tuần
	Đau lưng tái phát

Nếu không có phát hiện bất thường trên một đánh giá lại toàn diện, bao gồm cả xét nghiệm chẩn đoán được lựa chọn, cần lập chương trình kế hoạch giúp bệnh nhân trở về hoạt động bình thường của họ.

3.14 Tiên lượng vấn đề đau thắt lưng

Một nghiên cứu gần đây phát hiện ra rằng phần lớn bệnh nhân tiếp tục báo cáo đau 12 tháng sau lần khởi phát ban đầu. Tuy nhiên, 90% bệnh nhân sẽ phục hồi chức năng với giảm đau sau 6 tuần, bất kể sự can thiệp của bác sĩ.

Việc phối hợp với bác sĩ chuyên khoa cơ xương khớp đúng thời điểm là quan trọng. Tuy nhiên, nếu lạm dụng thì có nguy cơ làm tăng tỷ lệ chuyển sang thể đau lưng mạn tính và can thiệp y khoa không phù hợp. Cụ thể bệnh nhân sẽ

qui kết tình trạng đau lưng do bệnh lý thực thể nặng (vì điều trị không hết hẳn, xét nghiệm đưa ra các kết quả dương tính giả) và các khía cạnh tâm sinh lý xã hội của đau lưng không được đánh giá đúng mức bởi bác sĩ chuyên khoa. Việc tiếp cận những trường hợp này sẽ trở nên khó khăn hơn rất nhiều về sau.

5 dấu hiệu cảnh báo giúp đánh giá những trường hợp bệnh nhân có khuynh hướng chuyển sang thể đau lưng cơ năng mạn tính bao gồm [6]:

- Tin rằng đau lưng do bệnh lý thực thể nặng đang tiến triển
- Tin rằng đau lưng là bệnh nặng gây tàn tật- lệ thuộc về sau
- Tin rằng tránh hoạt động, nghỉ ngơi hoàn toàn sẽ giúp phục hồi bệnh đau lưng
- Có khuynh hướng hạn chế các hoạt động xã hội vì sợ đau lưng, lo lắng quá mức.
- Kỳ vọng rằng bệnh đau lưng cần phải can thiệp y khoa, hoặc các điều trị kinh nghiệm từ bên ngoài hơn là có sự tham gia thay đổi hành vi từ phía bản thân người bệnh

Theo tác giả Chris Main và cộng sự thì một số điểm cần quan tâm để tránh nguy cơ chuyển thành thể mạn tính bao gồm:

- Khi thăm khám cần chú ý đến các khía cạnh tâm – sinh – xã hội và yếu tố phối hợp của triệu chứng đau lưng
- Hạn chế các khảo sát – can thiệp y khoa không cần thiết (không có chỉ định rõ ràng, không có dấu báo hiệu) hoặc không phù hợp (nghĩa là chỉ định cận lâm sàng không liên đới trực tiếp đến nguyên nhân đau lưng)
- Hạn chế cung cấp thông tin – can thiệp y khoa không thống nhất (bệnh nhân sẽ nhanh chóng nhận ra sự không thống nhất về quan điểm chăm sóc giữa các bác sĩ, đưa đến mất niềm tin về khả năng chẩn đoán đúng, chữa hết bệnh)
- Cung cấp thông tin tư vấn – giáo dục sức khỏe để dự phòng tái phát (nhất là trong trường hợp nguyên nhân cơ học)

3.15 Tạo sự hợp tác từ người bệnh

Cách thức để thiết lập quan hệ tốt với người bệnh trong trường hợp có than phiền đau lưng[6]:

- Lắng nghe cẩn thận các than phiền của người bệnh
- Quan sát cẩn thận các hành vi và biểu hiện của người bệnh
- Chú ý không chỉ nội dung bệnh sử mà cả cách thức mà họ khai bệnh, diễn tả bệnh
- Thử hỏi về mức độ đau của người bệnh
- Cố gắng trấn an về lo lắng và cảm giác của người bệnh

- Giải thích – hiệu chỉnh các ý hiểu sai về bệnh hoặc điều trị trong buổi khám
- Tìm hiểu về bối cảnh kinh tế - xã hội của người bệnh.

4 TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Childs J. D. A clinical prediction rule to identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: A validation study. (2004) Annual Internal Medicine.
2. Glenn G. Do NSAIDs help in acute or chronic low back pain? (2002). American Family Physician.
3. John M. (2011). Low back pain. John Murtagh 's General Practice. Mc Graw Hill Lange.
4. Jeanette E. S. Low back pain (2007). Current diagnosis and treatment – Family Medicine. Mc Graw Hill Lange.
5. Mark B. Low back pain (2009). Family Medicine. Mc Graw Hill Lange.
6. Chris J Main and Amanda C de C Williams (2002). "ABC of psychological medicine: Musculoskeletal pain." BMJ 325: 534-537.