

TIẾP CẬN ĐAU VÙNG CỔ

BỘ MÔN Y HỌC GIA ĐÌNH

THS. BS. NGUYỄN THỊ BÍCH DUYÊN

TỔNG QUAN

**Nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu (2010),
đau vùng cổ đứng hàng thứ 4 gây ra tàn tật**

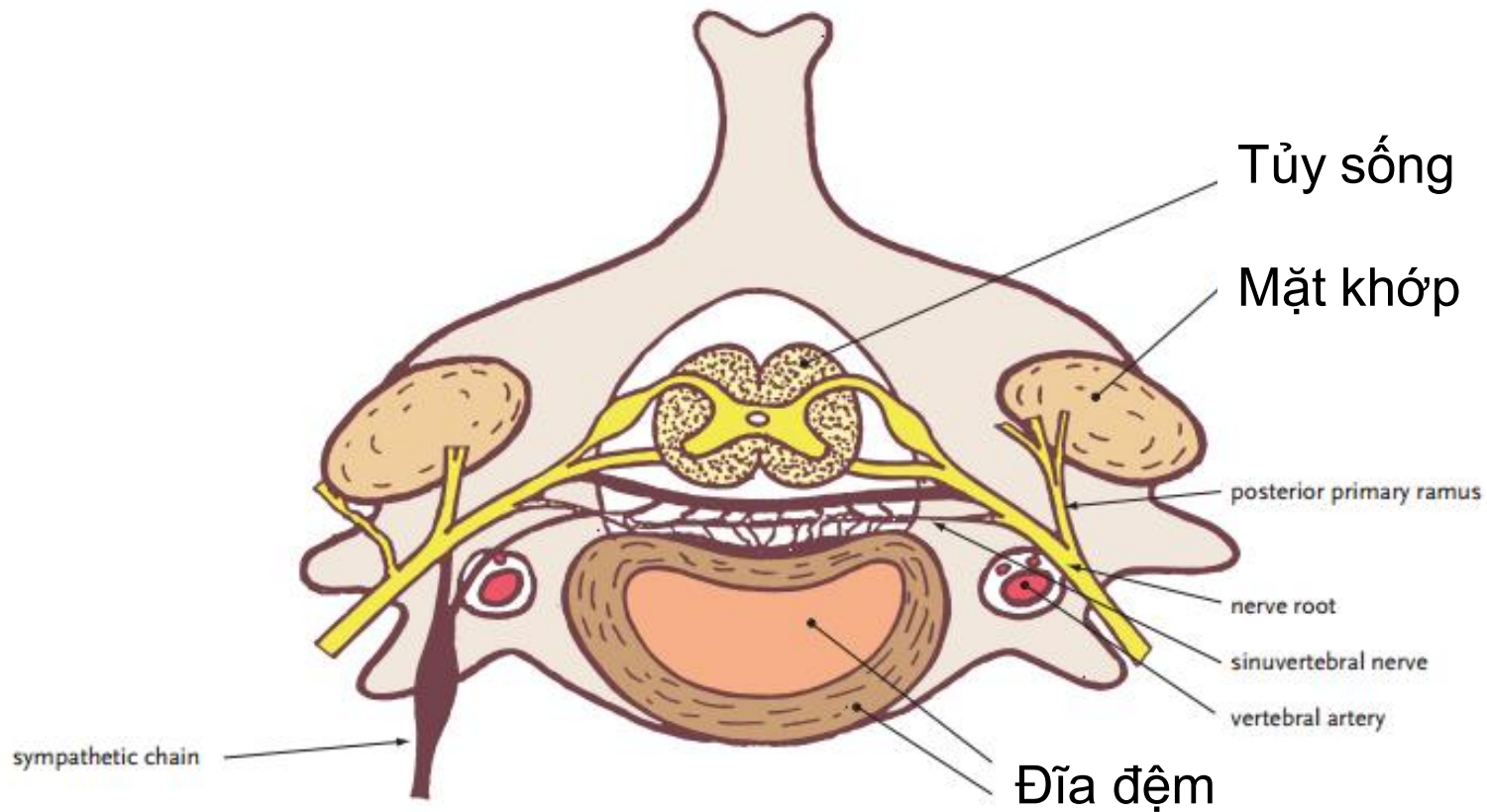
- 1/2 dân số có ít nhất một lần đau cổ nặng trong đời
- 18% dân số Úc bị đánh thức bởi đau cổ
- 10% dân số trưởng thành đau vùng cổ (thời điểm khảo sát)
- 15% - 50% đau cổ (nghiên cứu DTH hàng năm)

❖ **Nữ > nam**

❖ **Thường gặp nhất ở tuổi trung niên**

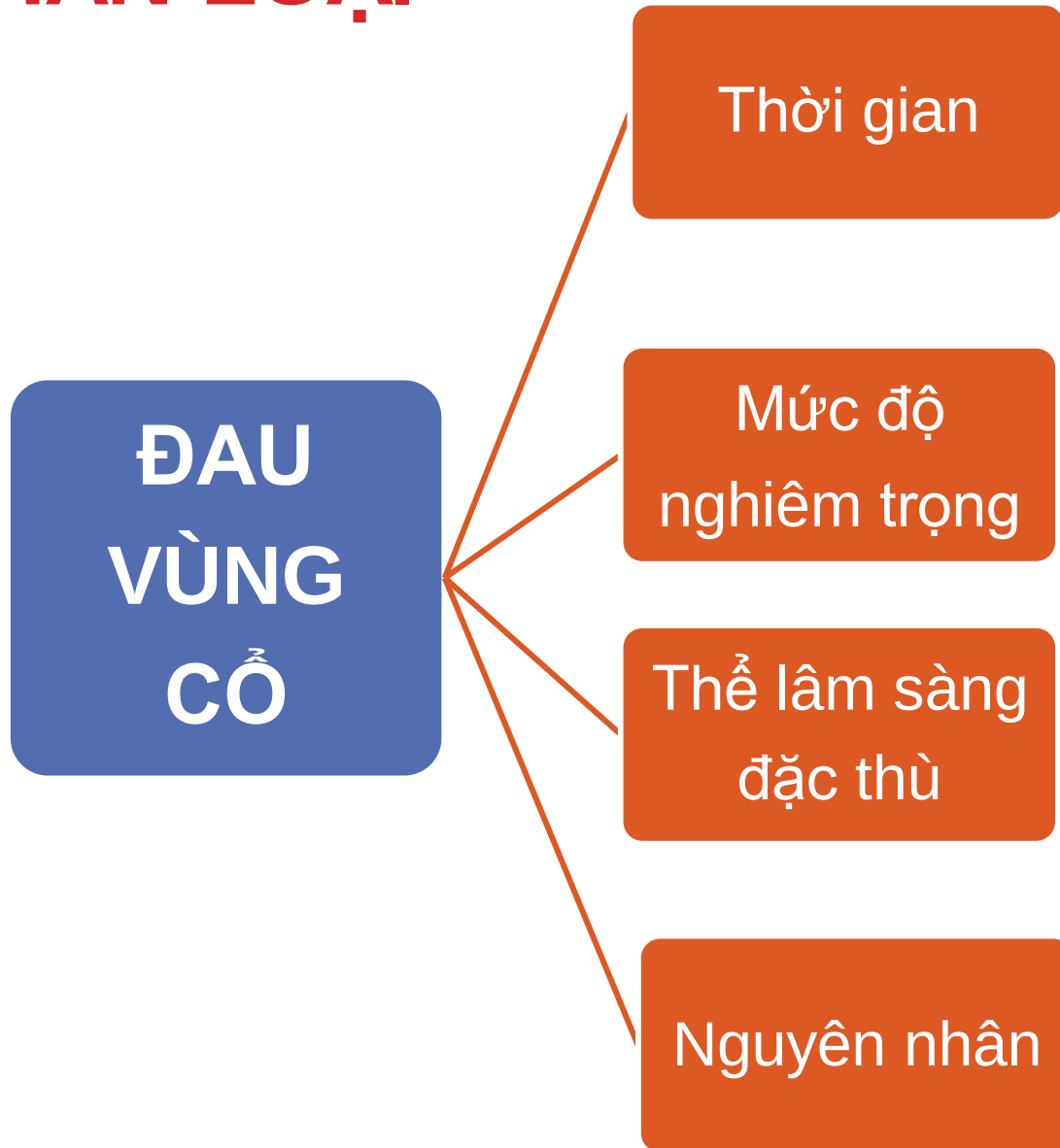
❖ **Nguyên nhân chính: bệnh lý CS cổ**

- Thường biểu hiện như đau cổ, nhưng có thể gây đau đầu, vai, ngực
- Đau cổ này thường bắt nguồn từ cạnh khớp, nhưng có thể từ cấu trúc khác

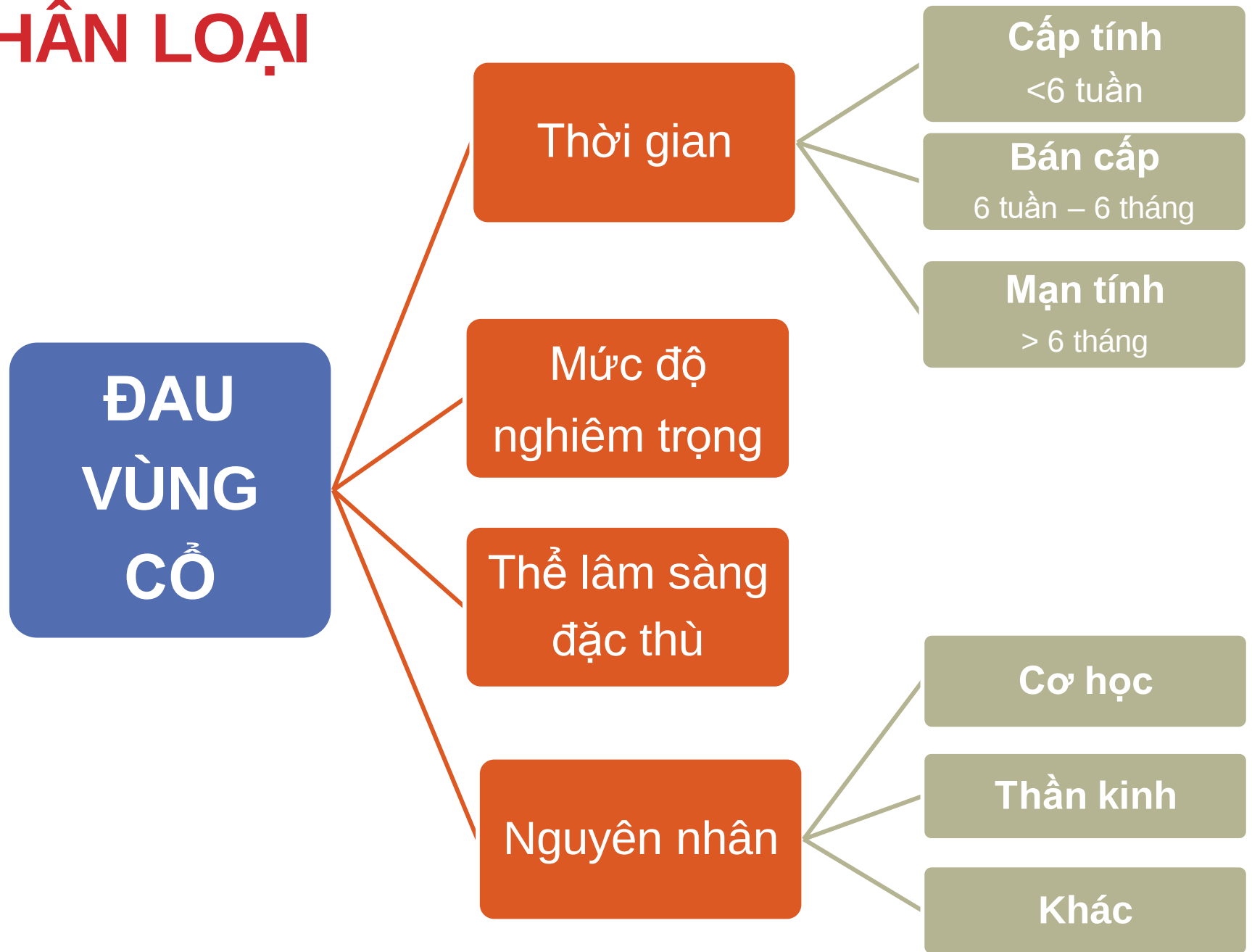


**Hình ảnh cắt ngang minh họa đơn vị chức năng
và mạng lưới thần kinh của cột sống cổ**

PHÂN LOẠI



PHÂN LOẠI



❖ Phân loại theo nguyên nhân

+**Thể đau cơ học**: do nguyên nhân ở cột sống hay các cấu trúc hỗ trợ của vùng cổ (như dây chằng, gân bám tận và cơ)

+**Thể đau TK**: đau nguồn gốc từ hệ TKTW hoặc NB

+**Thể đau TK-cảm thụ hỗn hợp** (đau do NN TK và cơ học) :
bao gồm hội chứng đau cổ sau phẫu thuật cột sống cổ thất bại (postlaminectomy) và thoái hóa đĩa đệm do sự vỡ vành đĩa đệm và các triệu chứng từ rễ thần kinh do thoát vị nhân

Nhóm NN	Nguyên nhân gây đau cổ
Cơ xương khớp	Rối loạn chức năng khớp (cạnh khớp, đĩa đệm) Căng cơ-dây chằng, bong gân Chấn thương (gãy xương, whiplash...)
Viêm	Viêm xương khớp, VKDT Bệnh lý CS (Viêm CSDK, viêm khớp vẩy nến) Viêm tuyến giáp
Nhiễm trùng	Cột sống (viêm tủy xương, lao, herpes zoster) Ngoài CS(abscess ngoài MC, uồn ván, v. hạch cổ, bại liệt) Ngoài vùng cổ (viêm màng não, tình trạng sốt như sốt rét)
Thoái hóa	Thoái hóa CS
U	U lành, ác
NN khác	Tâm lý Hội chứng Fibromyalgia, bệnh chuyển hóa (Bệnh Paget) Đau liên quan tạng (tim, thực quản, phổi) Đau liên quan sọ não (xuất huyết, u, abscess)

TIẾP CẬN VỀ LÂM SÀNG

❖ Thông tin bệnh sử

- chẩn đoán thể bệnh và nguyên nhân
- gợi ý tình trạng bệnh nặng

❖ Yếu tố nguy cơ

- Di truyền
- Bệnh tâm thần (trầm cảm, lo âu, kỹ năng ứng phó kém)
- Rối loạn giấc ngủ
- Hút thuốc
- Lối sống ít vận động
- Béo phì

❖ Yếu tố nguy cơ

- Chấn thương và sang chấn trong thể thao
- Một số ngành nghề: nhân viên văn phòng, người làm việc trên máy tính, người lao động chân tay, và nhân viên y tế
- Một số yếu tố nguy cơ khác: môi trường làm việc kém và tình trạng không hài lòng với công việc

❖ Bệnh sử

Điều quan trọng là phải phân tích cơn đau với các tính chất khác nhau để định hướng chẩn đoán

- Khởi đầu, thời gian cơn đau
- Hướng lan
- Đặc điểm kèm theo

❑ Đau cổ cấp, bán cấp hay mạn

Đau cổ cấp (<6 tuần)

- Thường có NN cụ thể
- Thường có tiên lượng tốt nếu xác định NN và can thiệp hiệu quả
- Tránh xem tình trạng đau cổ cấp là vô căn.
- YT dự báo tiên lượng xấu: nữ, tuổi già, các vấn đề tâm lý, và có triệu chứng rối thần kinh
- YTNC khác: môi trường làm việc kém, không hài lòng công việc

□ Đau cổ cấp, bán cấp hay mạn

Đau cổ bán cấp (6 tuần – 6 tháng)

- Ít có nghiên cứu
- Sự hiểu biết tốt hơn về thể đau cổ bán cấp: ngăn chặn quá trình diễn tiến sang thể đau vùng cổ mạn
- «DH cờ vàng »: thái độ tiêu cực khi nhận định về tình trạng đau, các vấn đề xã hội, khó khăn về tài chính, mức độ giới hạn hoạt động

□ Đau cổ cấp, bán cấp hay mạn

Đau cổ mạn (>6 tháng)

BN với cơn đau nặng sau một chấn thương

và có triệu chứng của bệnh rễ TK cổ:

có nguy cơ cao chuyển sang thể đau dai dẳng kéo dài

❑ Đau tiếp nhận hay đau rễ thần kinh

Đau tiếp nhận

- ***Đau thụ thể nông (somatic pain):***
 - Được kích hoạt bởi cảm thụ ở cấu trúc bề mặt quanh cổ
 - Tính chất khu trú, rát – nhức nhối – đau chói, giới hạn rõ ràng
- ***Đau bản thể của tạng bệnh (visceral pain):***
 - Cảm giác đau nằm sâu khu trú kém, diện rộng, mơ hồ, âm ỉ - nặng
 - Liên quan đến tình trạng kích thích các cảm thụ cảm giác gân xương

❑ Đau tiếp nhận hay đau rễ thần kinh

Đau tiếp nhận

Một số bệnh lý ở cổ gây đau tiếp nhận:

- Đau căng cơ vùng cổ
- Thoái hóa cột sống cổ
- Đau mặt khớp
- Đau cân cơ – gân bám tận của cơ

❑ Đau tiếp nhận hay đau rễ thần kinh

Đau rễ thần kinh (radicular pain)

- Là đau có liên quan đến tổn thương TK cảm giác chi phối
- Các thể đau:
 - Tổn thương bao myeline (viêm đa dây thần kinh),
 - Tổn thương sợi trục (viêm đơn dây thần kinh)
 - Tổn thương nhân TK tuỷ sống (bệnh CS có chèn ép, hoại tử...)

❑ Đau tiếp nhận hay đau rễ thần kinh

Đau rễ thần kinh (radicular pain)

- **Đặc điểm:** cảm giác rối loạn dị cảm của vùng TK chi phối (cảm giác kiến bò, tê, nhột, rát, giảm hoặc mất cảm giác)
- **Triệu chứng kèm:**
 - Yếu-liệt cơ
 - Tăng-giảm phản xạ gân xương (so sánh với đối bên)
 - Có loạn dưỡng vùng mô chi

❖ Khám lâm sàng

- **Cần thực hiện các quy tắc truyền thống khi khám khớp**
nhìn, cảm giác, di chuyển, đo đạc, thực hiện nghiệm pháp
- **Ba mục tiêu của việc khám LS**
 - Làm xuất hiện các triệu chứng của bệnh nhân
 - Xác định mức độ tổn thương hoặc tổn thương
 - Xác định nguyên nhân (nếu có thể)
- **Khám thần kinh:**
cần thiết nếu có đau rễ TK hoặc yếu/có triệu chứng khác ở tay

❖ Khám lâm sàng

Nhìn

- Tư thế: BN ngồi, 2 tay đặt trên đùi
- Cần lưu ý:
 - Sự sẵn sàng để di chuyển đầu và cổ
 - Tư thế vai, cổ (lệch 1 bên)

❖ Khám lâm sàng

Sờ

- Cần đánh giá bề mặt giải phẫu vùng cổ

=> đánh giá mức độ bệnh

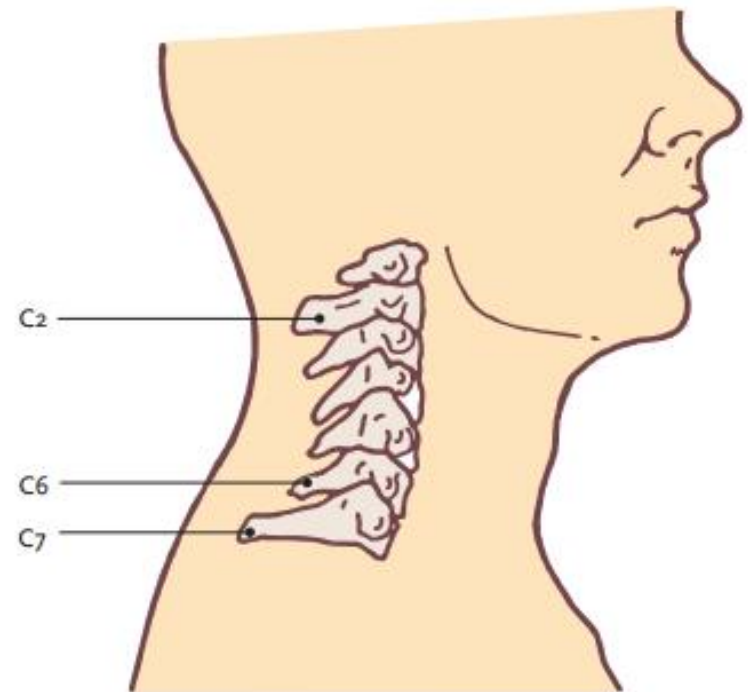
- Sờ đường giữa (C2, C6, C7)

Ấn nhẹ- vừa: đánh giá

- độ đau

- độ co cứng cơ

- Sờ đường bên: vùng đau (mặt khớp)



❖ Khám lâm sàng

Sờ

- **Vùng cổ trước:**
 - Cứng cơ
 - Hạch viêm
 - Bệnh tuyến giáp
 - Bệnh khác

❖ Khám lâm sàng

Khám cử động (movement)

- **Cử động chủ động**
 - Gập 45°
 - Duỗi 50°
 - Gập sang một bên 45°
 - Xoay (P,T) 75°

❖ Khám lâm sàng

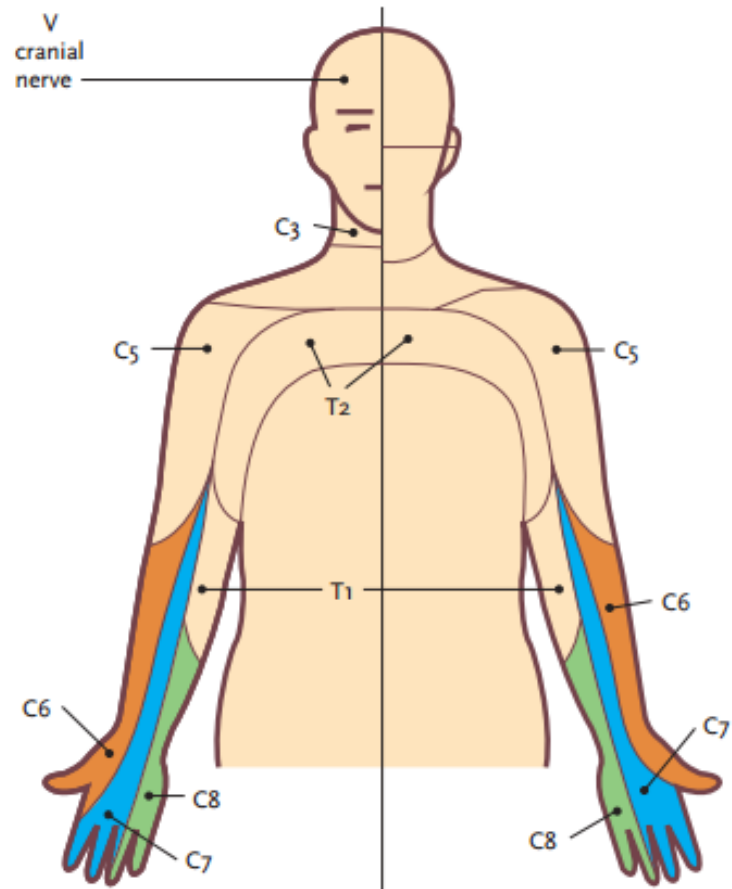
Khám thần kinh

- **LS có triệu chứng về thần kinh:** đau, dị cảm hoặc tê cánh tay
=> khám TK
- **Chèn ép rễ TK được nghĩ đến khi:**
 - đau và dị cảm ở các vùng da mà rễ thần kinh chi phối
 - mất cảm giác khu trú
 - giảm sức cơ (yếu hoặc mệt mỏi hoặc cả hai)
 - giảm phản xạ (giảm biên độ hoặc mệt mỏi hoặc cả hai)

❖ Khám lâm sàng

Khám thần kinh

- Cần hiểu sự phân phối cảm giác của mỗi rễ thần kinh và những thay đổi vận động



Nerve root	Sensory change	Power loss
C5	Outer arm	Abduction arm
C6	Outer forearm/ thumb/index finger	Elbow flexion Extension wrist
C7	Hand/middle and ring fingers	Elbow extension
C8	Inner forearm/little finger	Grip
T1	Inner arm	Finger spread

**Các vùng da
mà rễ thần kinh chi phối**

Dấu hiệu báo động đỏ đi kèm đau cổ

Dấu hiệu báo động đỏ	Bệnh lý tiềm ẩn	Các triệu chứng đi kèm gợi ý
Chấn thương nghiêm trọng	Gãy nứt xương, đứt dây chằng cột sống cổ, tổn thương tủy sống.	Thay đổi hay mất ý thức, chấn thương sọ não, đau đầu, các triệu chứng thần kinh.
Tiền căn VKDT, bệnh lý CS, \$ Down	Trật khớp C1- C2	Dễ mệt, bất thường dáng đi, hạn chế vận động cổ, tật vẹo cổ, co cứng, giảm cảm giác, dấu hiệu thần kinh vận động chi trên.
Các triệu chứng NT	Abcess ngoài màng cứng Viêm màng não Viêm CS dính khớp	Sốt, cứng cổ, sợ ánh sáng. Tăng bạch cầu máu.

Dấu hiệu báo động đỏ đi kèm đau cổ

Dấu hiệu báo động đỏ	Bệnh lý tiềm ẩn	Các triệu chứng đi kèm gợi ý
Triệu chứng toàn thân	Bệnh ác tính Bệnh nhiễm trùng Bệnh khớp hệ thống	Sụt cân, sốt KRNN, chán ăn, tiền căn bản thân hoặc gia đình có khối u ác tính, đau và cứng khớp lan tỏa, kết quả xét nghiệm bất thường.
Tổn thương thần kinh vận động chi trên	Chèn ép tủy cổ Bệnh lý gây hủy myelin	Dấu Hoffmann, dấu Babinski, tăng phản xạ, co cứng, không kiểm soát, rối loạn chức năng tình dục.
Kèm đau ngực, khó thở, toát mồ hôi	Bệnh tim TMCB, NMCT	Buồn nôn, đau lan cánh tay trái (đặc biệt vùng giữa cánh tay).

Dấu hiệu báo động đỏ đi kèm đau cổ

Dấu hiệu báo động đỏ	Bệnh lý tiềm ẩn	Các triệu chứng đi kèm gợi ý
Tuổi <20	Bất thường bẩm sinh (tật nứt đốt sống cổ, bệnh Scheuermann) Các tình trạng liên quan đến lạm dụng chất gây nghiện.	Bất thường bẩm sinh: vết bớt, có thể kèm mọc nhiều lông tại chỗ; tiền căn gia đình, bệnh hệ thống Lạm dụng chất gây nghiện: quan hệ tình dục nam, làm việc hoặc học tập kém, trầm cảm hoặc mắc bệnh tâm thần khác.
Tuổi > 50	Di căn, gãy đốt sống, bóc tách hoặc chảy máu động mạch (cảnh/đốt sống).	Tiền căn gia đình/cá nhân có u ác tính, chấn thương trước đó. Bóc tách động mạch (cảnh/đốt sống): cảm giác xé rách ở cổ, nhức đầu, giảm - mất thị lực hoặc các di chứng thần kinh khác.

TIẾP CẬN VỀ CẬN LÂM SÀNG

❖ Các CLS được dùng

- CTM
- Vs
- RF
- XQ:
 - XQ: không chỉ định (nếu không có DH báo động, không chấn thương)
 - CT scan (bệnh lý xương)
 - Xạ hình xương (ngghi di căn xương)
- Khảo sát về dẫn truyền TK: đau cổ nặng hơn + RL cảm giác

❖ Các tình huống đau cổ cần chỉ định hình ảnh học

- Tuổi > 50 kèm các triệu chứng mới
- Triệu chứng toàn thân (sụt cân, chán ăn, sốt)
- Nguy cơ nhiễm trùng (vd : SGMD, dùng thuốc đường TM)
- Đau cổ trung bình đến nặng kéo dài >6 tuần
- Dấu hiệu thần kinh
- Tiền căn mắc bệnh ác tính

ĐIỀU TRỊ

❖ Điều trị bảo tồn

- Xoa bóp, vật lý trị liệu: tuần 7, tuần 13-52
- Châm cứu: hiệu quả trong ĐT đau cổ mạn tính ngắn hạn
- Tiêm mặt khớp: 39% thành công

ĐIỀU TRỊ

❖ Điều trị bảo tồn

- Thuốc
 - Aceminophen: hàng đầu (NN cơ học)
 - Nhóm thuốc NSAID
 - Nhóm thuốc opioid
- Thuốc giãn cơ
- Tâm lý

ĐIỀU TRỊ

❖ Điểm cần lưu ý:

- Sự tham gia của ê kíp nhân viên y tế đến từ các chuyên ngành khác nhau:
 - Điều dưỡng
 - Kỹ thuật viên vật lý trị liệu, kỹ thuật viên CLS
 - BS gia đình, BS chuyên khoa.
- Vai trò của thân nhân bệnh nhân, môi trường sống xung quanh: hỗ trợ BN nhanh chóng quay về cuộc sống hằng ngày



Xin cảm ơn!