

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM THẮT LƯNG

BS Bùi Hữu Lượng

Khoa Ngoại Lồng Ngực- Mạch Máu- Thần Kinh

1. ĐỊNH NGHĨA:

Rách vòng xơ: sự tách những sợi của bao xơ, đứt những sợi bám vào thân sống hay đứt toàn bộ.

Sự thoái hóa: mất nước, xơ hóa, hẹp khoang đĩa đệm, bao xơ phồng vượt ngoài đĩa đệm, rách bao xơ rộng, thoái hóa bao xơ, khuyết và xơ hóa tâm tủy và gai xương.

Bệnh thoái hóa đĩa đệm: hội chứng lâm sàng của những triệu chứng liên quan những thoái hóa ở đĩa đệm cũng như tổ chức xung quanh đĩa đệm.

Phồng đĩa đệm: nhân đệm phồng lên cách lan tỏa vượt khỏi chu vi đĩa đệm. Không được xem là một thể thoát vị.

Thoát vị: nhân đệm di lệch khu trú (< 50% hay 1800) vượt ngoài chu vi đĩa đệm.

Khu trú: < 25% chu vi.

Vừa: 25 – 50% chu vi đĩa đệm.

Lồi: Mảnh vỡ không có “cổ”.

Vỡ ra: Mảnh vỡ có “cổ”, có 2 loại :

- + Mảnh rời hần: mảnh vỡ rời hần đĩa đệm (mảnh vỡ tự do).
- + Mảnh vỡ di trú: Mảnh rời xa vị trí vỡ.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Đặc điểm lâm sàng

- Triệu chứng khởi đầu là đau thắt lưng, sau vài ngày hay vài tuần, hoặc đột ngột đau lan theo rễ thần kinh, thường khi đó đau thắt lưng giảm.
- Các yếu tố thúc đẩy: đau tăng khi làm việc nặng, khi ho, nhảy mũi, rặn, giảm đau khi nghỉ ngơi hay khi gấp gối và đùi.
- Bệnh nhân thường không dám vận động mạnh. Tuy nhiên giữ quá lâu một tư thế (đứng, ngồi hay nằm) cũng gây ra đau, do đó cần phải thay đổi tư thế trong vài phút đến 10 – 20 phút.
- Triệu chứng bàng quang, rối loạn chức năng đi tiểu như tiểu khó, tiểu gắt hay tiểu không hết, thường gặp trong những trường hợp nặng.

2.2. Thăm khám:

2.2.1. Dấu hiệu gợi ý chèn ép rễ bao gồm:

- Dấu hiệu/triệu chứng bệnh lý rễ thần kinh.
 - + Đau lan xuống chi dưới.
 - + Yếu vận động chi dưới.
 - + Thay đổi cảm giác theo khoanh cảm giác da.
 - + Giảm phản xạ gân xương.
- Dấu hiệu căng rễ thần kinh dương tính (nghiệm pháp Lasègue +...)

- Đau khi ấn dọc đường đi của dây thần kinh.

Dấu hiệu căng rễ thần kinh

- Nghiệm pháp Lasègue: Bệnh nhân nằm ngửa, nâng chân từ từ trong tư thế duỗi gối cho đến khi đau xuất hiện (thường dưới 60°). Nghiệm pháp dương tính khi bệnh nhân than đau theo đường đi của dây thần kinh. Nghiệm pháp Lasègue nhạy với rễ L5 và S1, rễ L4 ít nhạy hơn, những rễ thần kinh thất lưng khác rất ít nhạy.
- Nghiệm pháp căng đùi (nghiệm pháp Lasègue ngược)
- Dấu hiệu Bowstring.
- Nghiệm pháp duỗi gối khi ngồi ghế.

Hội chứng chùm đuôi ngựa

- Dấu hiệu lâm sàng
 - + Rối loạn cơ vòng:
 - Ứ đọng nước tiểu: phổ biến nhất, độ nhạy là 90%. Bệnh nhân vẫn còn nước tiểu sau khi tiểu. Trương lực đồ bàng quang thấy trương lực giảm, giảm cảm giác và tăng khả năng chứa nước tiểu.
 - Tiểu và /hoặc tiêu không tự chủ
 - Trương lực cơ vòng hậu môn giảm trong 60 – 80% trường hợp.
 - + Mất cảm giác vùng hội âm: thường gặp nhất, gồm vùng hậu môn, cơ quan sinh dục, đáy chậu, mông, phía sau-trên đùi. Độ nhạy 75%. Mất cảm giác toàn bộ vùng đáy chậu, bệnh nhân thường bị liệt bàng quang vĩnh viễn.
 - + Yếu 2 chi dưới thường do ảnh hưởng đến nhiều rễ thần kinh.
 - + Đau thất lưng và/hoặc đau thần kinh tọa.
 - + Mất phản xạ gân gót hai bên.
 - + Rối loạn chức năng tình dục (thường phát hiện trễ). Nguyên nhân do đĩa đệm bị vỡ một mảnh lớn ở đường giữa, chủ yếu tại tầng L4L5, thường xảy ra ở bệnh nhân có tình trạng hẹp ống sống, dị tật tùy bám thấp...

2.2.2. Những điểm quan trọng của bệnh lý đĩa đệm thất lưng:

- Ở vùng thất lưng, rễ thần kinh chui ra ở bên dưới và ngay dưới chân cung của đốt sống.
- Khoang đĩa đệm nằm cách xa dưới chân cung.
- Không phải tất cả bệnh nhân có 5 đốt sống thất lưng.

2.3. Cận lâm sàng

2.3.1. Hình ảnh học

X QUANG

Cần chụp tư thế cúi ngửa tối đa. Giúp phát hiện những bất thường bẩm sinh và hình ảnh thoái hóa...

MRI

MRI được lựa chọn đầu tiên. Độ nhạy và độ đặc hiệu của MRI đối với bệnh thoát vị đĩa đệm thất lưng cao.

- Thuận lợi:
 - + Cung cấp thông tin tốt hơn ở bình diện đứng dọc.
 - + Cung cấp thông tin mô mềm tốt hơn.
 - + Không xâm lấn và không bị nhiễm xạ.
- Bất lợi:
 - + Ở bệnh nhân đau nhiều hay bệnh nhân sợ nhốt kín.
 - + Đánh giá xương không tốt.
 - + Đắt tiền.
 - + Khó đọc kết quả ở trường hợp vẹo cột sống.
 - + Chống chỉ định ở một vài trường hợp.

CT CỘT SỐNG THẤT LƯNG – CÙNG

CT có thể phát hiện phần lớn bệnh lý cột sống. Dấu hiệu nghi thoát vị đĩa đệm gồm: mất lớp mỡ ngoài màng cứng, hay mất độ lồi bình thường của bao rễ.

- Thuận lợi :
 - + Thấy được hình ảnh mô mềm.
 - + Hình ảnh xương rất rõ.
 - + Không xâm lấn.
 - + Cho bệnh nhân ngoại trú được.
 - + Đánh giá thoát vị đĩa đệm xa-ngoài có giới hạn.
 - + Đánh giá được mô mềm cạnh cột sống.
 - + Thuận lợi hơn MRI: nhanh (quan trọng ở bệnh nhân không chịu nằm yên một thời gian lâu), rẻ hơn, ít chống chỉ định hơn.
- Bất lợi:
 - + Không khảo sát được bình diện đứng dọc.
 - + Chỉ đánh giá những lát cắt ngang:
- Cắt cao qua vùng nón tủy để tránh bỏ sót thương tổn.
- Thực hiện những lát cắt qua đĩa đệm có thể bỏ sót thương tổn giữa các đĩa đệm.
- Độ nhạy thấp hơn MRI hay Myelogram/CT.

MYELOGRAPHY

- Độ nhạy 62 – 100% và độ đặc hiệu 83 – 94%.
- Thuận lợi:
 - + Cung cấp thông tin trên bình diện đứng dọc.
 - + Đánh giá chùm đuôi ngựa.
 - + Cung cấp thông tin “chức năng” về mức độ hẹp ống sống.
- Bất lợi:
 - + Bệnh nhân phải nằm viện.
 - + Có thể nhầm lẫn với bệnh lý ngoài màng cứng khác.

- + Xét nghiệm xâm lấn.
- + Phải ngưng dùng thuốc ví dụ như Warfarin.
- + Có thể gây tác dụng phụ (đau đầu, buồn nôn, nôn, động kinh).
- + Bệnh nhân có thể dị ứng với Iod.

ĐIỆN CƠ Xét nghiệm này hữu ích cho bệnh nhân nghi ngờ bệnh lý khác (bệnh lý thần kinh, bệnh lý cơ, bệnh lý tủy...) hoặc khi chẩn đoán bệnh lý về thần kinh chưa chắc chắn.

- EMG kim: đánh giá rối loạn chức năng rễ thần kinh cấp hay mãn, bệnh lý tủy và bệnh lý cơ. Không chỉ định khi triệu chứng biểu hiện < 3 – 4 tuần.
- Phản xạ H (H-reflex): Đo dẫn truyền cảm giác rễ thần kinh. Phần lớn dùng để đánh giá bệnh lý rễ S1.
- Điện thế gọi (SEPs): Dùng đánh giá nơron cảm giác thần kinh ngoại biên và tủy sống. Có thể sử dụng khi nghi ngờ hẹp ống sống hay bệnh lý tủy.
- Đo dẫn truyền thần kinh: Giúp phát hiện bệnh lý chèn ép tủy cấp hay mãn tính mà dễ nhầm bệnh lý rễ thần kinh.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nội khoa bảo tồn:

3.1.1. Thay đổi sinh hoạt

- Nằm nghỉ tại giường:
Phần lớn bệnh nhân đau thắt lưng không cần thiết nghỉ tuyệt đối tại giường. Nghỉ tại giường 2-4 ngày có hữu ích ở bệnh nhân có triệu chứng đau theo rễ nhiều.
- Thay đổi hoạt động:
Tạm thời hạn chế khuân vác nặng, ngồi lâu, cúi ngửa hay vận cột sống thắt lưng.
- Tập thể dục: Trong tháng đầu tập thể dục nhẹ nhàng giúp cơ thể giảm suy nhược. Trong 2 tuần đầu, tập thể dục nhẹ nhàng vùng thắt lưng như đi bộ, đi xe đạp, bơi lội ... rất có ích.
Tập thể dục mức độ tăng dần sẽ mang lại kết quả tốt hơn cho bệnh nhân, chỉ ngưng tập khi đau xảy ra.

3.1.2. Thuốc giảm đau:

- Giai đoạn đầu: Dùng Acetaminophene hay thuốc giảm đau chống viêm không steroid.
- Thuốc giảm đau mạnh hơn (nhất là thuốc á phiện): cần thiết không chế cơn đau dữ dội, thường là đau theo rễ nặng. Thuốc á phiện không dùng quá 2 – 3 tuần, nên chuyển qua dùng NSAIDS.

3.1.3. Thuốc dẫn cơ:

- Tác dụng giảm đau lưng của thuốc dẫn cơ chưa rõ ràng.
- Có tác dụng phụ như: li bì, uể oải (30%). Nên dùng dưới 2-3 tuần. Thuốc Chlorzoxazone và những thuốc dẫn cơ khác gây nguy cơ nhiễm độc gan nặng (Fatal hepatotoxicity).

3.1.4. Giáo dục:

- Giải thích cho bệnh nhân bằng những từ dễ hiểu và làm cho bệnh nhân yên tâm rằng bệnh tật sẽ thuyên giảm khi được điều trị.
- Tư thế thích hợp, nằm ngủ đúng tư thế, cúi xuống – nâng lên đúng cách... nên hướng dẫn cho bệnh nhân.

3.1.5. Liệu pháp xoa bóp cột sống (Spinal manipulation therapy-SMT)

- Áp dụng trong tháng đầu.
- Không áp dụng ở bệnh nhân bị bệnh lý rễ thần kinh.
- Không thực hiện ở bệnh nhân có khiếm khuyết thần kinh nặng hay đang tiến triển.
- Đã ghi nhận những biến chứng lớn.

3.2. Điều trị ngoại khoa

3.2.1. Chỉ định

Điều trị nội khoa không hiệu quả: > 85% bệnh nhân thoát vị đĩa đệm thắt lưng cấp sẽ cải thiện với điều trị nội khoa trung bình 6 tuần. Điều trị nội 5 – 8 tuần mà không hiệu quả thì nên xem xét chỉ định phẫu thuật.

“Phẫu thuật cấp cứu”. Chỉ định :

- Hội chứng chùm đuôi ngựa
- Khiếm khuyết vận động tiến triển (Ví dụ bàn chân rớt): yếu liệt cấp hay đang tiến triển cần phải phẫu thuật giải áp sớm.
- Phẫu thuật sớm cũng được chỉ định ở bệnh nhân đau không chịu được mặc dù đã dùng thuốc giảm đau mạnh đủ liều.

Ở những bệnh nhân không kiên nhẫn điều trị nội khoa có thể xem xét chỉ định phẫu thuật.

3.2.2. Các phương pháp phẫu thuật

a. Phẫu thuật qua ống sống (Trans-canal approaches)

- Cắt bản sống và lấy nhân đệm qua mỏ hờ: 65 – 85% trường hợp ghi nhận không đau thần kinh tọa sau 1 năm so với 36% nếu điều trị bảo tồn.
 - Cắt bản sống toàn bộ trong những trường hợp có hội chứng chùm đuôi ngựa. Thỉnh thoảng có trường hợp đĩa đệm ở đường giữa rất căng nên khó lấy, phải lấy đĩa đệm xuyên qua màng cứng.
 - Lấy nhân đệm vi phẫu: tương tự phẫu thuật hở nhưng ít xâm lấn hơn.
- Ưu điểm: thẩm mỹ, an toàn, thời gian nằm viện ngắn, ít mất máu. Tuy nhiên đôi khi lấy nhân đệm rất khó khăn.

b. Phẫu thuật trong đĩa đệm (Intradiscal produres):

- Tiêu hóa nhân đệm (Chemonucleolysis): kém hiệu quả.
- Dùng chymopapain tiêm vào trong đĩa đệm. biến chứng nguy hiểm nhất là sốc phản vệ có thể gây tử vong.
- **Phẫu thuật trong đĩa đệm:** ưu điểm là không xâm lấn đến màng cứng, đường mổ rất nhỏ, ít đau vết mổ và giảm thời gian nằm viện (có thể điều trị ngoại trú). Phẫu thuật trong đĩa đệm lấy bỏ nhân nhầy từ trung tâm và làm

giảm áp trong đĩa đệm nên giảm chèn ép rễ thần kinh. Tuy nhiên, tính hiệu quả chưa cao.

Chỉ định tùy thuộc vào:

- Loại thoát vị: chỉ thích hợp với loại thoát vị còn bao.
- Tầng thoát vị: tốt nhất là thoát vị đĩa đệm L4L5. Thoát vị L5S1 khó thực hiện vì bị cản trở bởi mào chậu.
- Không chỉ định cho bệnh nhân khiếm khuyết thần kinh.

Kết quả: tỷ lệ thành công là 37 – 75%.

- **Lấy nhân đệm qua da tự động:** dùng dụng cụ chuyên biệt (nucleotome) để lấy bỏ nhân nhầy từ trung tâm khoang đĩa đệm. Hiệu quả thấp hơn chymopapain (37%). Biến chứng: hội chứng chùm đuôi ngựa do đặt dụng cụ không đúng vị trí.

- **Giải áp đĩa đệm bằng laser:** Đưa kim vào nhân đệm, nối kim với dây cáp quang học rồi dùng tia laser gây bong một lỗ ở trung tâm đĩa đệm (có kèm hay không kèm hệ thống nội soi).

- **Lấy nhân đệm bằng kỹ thuật nội soi qua da:** thích hợp chủ yếu với loại thoát vị đĩa đệm còn bao. Hiệu quả còn đang được nghiên cứu.

- **Liệu pháp nội nhiệt tại đĩa đệm:** còn gọi là tạo hình vòng xơ bằng nhiệt điện trong nhân. Hiệu quả 23-60% bệnh nhân sau 1 năm điều trị bệnh “vỡ đĩa đệm bên trong” với đau lưng mãn.

c. Điều trị hỗ trợ trong phẫu thuật cắt bản sống thắt lưng

Tiêm steroid ngoài màng cứng sau khi lấy nhân đệm: không hiệu quả.

3.3. Biến chứng của phẫu thuật cắt bản sống thắt lưng

3.2.1. Biến chứng thường gặp :

a. Nhiễm trùng:

- **Nhiễm trùng vết mổ: 0,9 – 5% (nguy cơ tăng theo tuổi, dùng steroid kéo dài, béo phì, hay gặp *S. aureus*).**

- **Nhiễm trùng sâu < 1%.**

b. Khiếm khuyết vận động tăng thêm: 1 – 8 %.

c. Thủng màng cứng: 0,3 – 13% (nguy cơ thủng màng cứng tăng 18% ở lần mổ lại).

- **Dò dịch não tủy: nguy cơ dò dịch não tủy cần phải mổ lại để vá dò là 0,1%.**

- **Giả thoát vị màng tủy: 0,7-2%.**

d. Tái phát (cùng tầng hay cùng bên): 4% trong 10 năm.

3.2.2. Biến chứng ít gặp:

a. Tổn thương trực tiếp cấu trúc thần kinh.

b. Tổn thương các cấu trúc phía trước thân sống: Dụng cụ đưa sâu không quá 3 cm vì khoảng 5% đĩa đệm thắt lưng có đường kính < 3,3cm. Rách dây chằng dọc trước gây nguy cơ tổn thương:

- Mạch máu lớn: có thể gây tử vong do mất máu, dò động –tĩnh mạch sau nhiều năm. Tồn thương hay gặp ở tầng L4-5. Tỷ lệ tử vong 37 – 67%.
- Động mạch chủ bụng: chỗ chia đôi ở bên trái phần thấp đốt sống L4.
- Dưới L4: động mạch chậu chung có thể bị tổn thương.
- Tĩnh mạch (hay gặp hơn động mạch)
 - Tĩnh mạch chủ dưới: tại L4 hay trên.
 - Tĩnh mạch chậu chung: dưới L4.
- Niệu quản.
- Ống tiêu hóa: tại L5S1 hông tràng là tạng hay bị tổn thương nhất.
- c. Nhiễm trùng ít gặp
 - Viêm màng não
 - Nhiễm trùng sâu: < 1% gồm :
 - Viêm đĩa đệm: 0,5%
 - Áp xe ngoài màng tủy: 0,67%
- d. Hội chứng chùm đuôi ngựa: có thể do máu tụ ngoài màng tủy sau mổ, tỷ lệ 0,21%.
 - e. Viêm màng nhện hậu phẫu.
 - f. Viêm tắc tĩnh mạch huyết khối và thuyên tắc tĩnh mạch sâu: gây biến chứng thuyên tắc phổi 0,1%.
 - g. Loạn dưỡng do phản xạ giao cảm.

3.4. Săn sóc hậu phẫu

Theo dõi

3.4.1. Sức cơ của chi dưới: nhất là những cơ do rễ thần kinh bị chèn ép chi phối, ví dụ cơ bụng chân đối với thoát vị L5S1, cơ duỗi các ngón dài đối với thoát vị L4-5.

3.4.2. Quan sát dấu hiệu bên ngoài: dấu hiệu mất máu, dò dịch não tủy...

3.4.3. Dấu hiệu của hội chứng chùm đuôi ngựa

- Mất cảm giác vùng hội âm.
- Bí tiểu: không thường gặp sau phẫu thuật cắt bản sống thắt lưng, nếu kèm mất cảm giác vùng hội âm thì càng nghi ngờ.
- Đau quá mức so với đau sau mổ thông thường.
- Yếu nhiều nhóm cơ.