

THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỔ

BS Bùi Hữu Lượng

Khoa Ngoại Lồng Ngực- Mạch Máu- Thần Kinh

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoát vị đĩa đệm cổ có thể gây ra chèn ép rễ thần kinh hay tủy sống. Vì vậy bệnh cảnh biểu hiện có thể bệnh lý tủy (myelopathy), bệnh lý rễ (radiculopathy) hay phối hợp cả hai.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Biểu hiện lâm sàng

Những vấn đề sau sẽ giải thích dấu hiệu của thoát vị đĩa đệm cổ

- Ổ vùng cổ, rễ thần kinh chui ra trên chân cung của đốt sống cùng tên.
- Rễ thần kinh chui ra qua lỗ thần kinh nằm ngay dưới bề mặt của chân cung.
- Khoảng gian đốt sống nằm ngay phần dưới của chân cung.

Hội chứng rễ thần kinh cổ

Thoát vị đĩa đệm cổ chèn ép vào rễ thần kinh chui ra qua lỗ thần kinh tại cùng tầng thoát vị (thoát vị đĩa đệm cổ C6-7 sẽ gây bệnh lý rễ thần kinh C7)

Chẩn đoán phân biệt

- Thoái hóa cột sống cổ (kể cả viêm mấu khớp)
- Bong gân cột sống cổ
- Gãy cột sống cổ do chấn thương hay bệnh lý
- Đau thần kinh vùng chẩm-cổ
- Bất thường khớp chẩm-cổ
- Đau thần kinh-cơ

Các dấu hiệu giúp phát hiện bệnh lý rễ thần kinh cổ

Hầu hết thoát vị đĩa đệm cổ gây hạn chế vận động cổ. Ngửa cổ thường gây đau tăng khi có bệnh lý đĩa đệm cổ. Một số bệnh nhân giảm đau bằng cách nâng cánh tay và đặt bàn tay sau hay đỉnh đầu. Dấu Lhermitte (+) (cảm giác giống điện giật lan xuống cột sống).

Dấu hiệu khác

- Dấu Spurling: đau lan theo rễ xuất hiện khi người khám đè tay lên vùng đỉnh trong khi đầu nghiêng về bên đau (đôi khi yêu cầu bệnh nhân ngửa cổ). Do gây hẹp lỗ liên hợp và làm cho đĩa đệm phồng thêm. Tương tự như dấu Lasègue trong thoát vị đĩa đệm thắt lưng.
- Kéo cột sống cổ: kéo dọc trục với trọng lượng 10-15kg khi bệnh nhân có triệu chứng bệnh lý rễ thần kinh với tư thế nằm ngửa (kéo qua hàm dưới và cằm), các triệu chứng rễ thần kinh giảm hay mất
- Nghiệm pháp dạng vai: bệnh nhân ngồi, nâng bàn tay BN lên trên đầu, triệu chứng rễ thần kinh giảm hay mất.

2.2. Cận lâm sàng:

- MRI: Xét nghiệm lựa chọn đầu tiên để chẩn đoán. Độ chính xác thấp hơn Myelography-CT (khoảng 85-90% do hình ảnh lỗ thần kinh chỉ từ khá rõ đến rõ), nhưng là xét nghiệm không xâm lấn. Với bệnh lý tủy, MRI có giá trị chẩn đoán trên 95%.

- CT VÀ MYELOGRAMCT

Chỉ định khi không thực hiện được MRI, hình ảnh MRI không đủ chẩn đoán hay khi cần xem chi tiết về xương.

CT: xem rõ ở tầng C5-6, ít rõ hơn ở tầng C6-7 (do bị nhiễu bởi vai bệnh nhân và phụ thuộc vào thể trạng bệnh nhân) và không rõ ở tầng C7-T1.

Myelogram-CT: xâm lấn, cần nhập viện. Chẩn đoán chính xác bệnh đĩa đệm cổ tới 98%.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Điều trị nội khoa:

- Trên 90% bệnh nhân bị bệnh lý rễ thần kinh cổ cấp tính do thoát vị đĩa đệm cổ có thể cải thiện mà không cần phải phẫu thuật.

- Điều trị bảo tồn bao gồm: giảm đau đầy đủ, thuốc chống viêm (non-steroid hay steroid ngắn hạn) và kéo cột sống cổ (ngày kéo 2-3 lần, mỗi lần 10 – 15 phút với trọng lượng 4-6kg).

3.2. Phẫu thuật:

Phẫu thuật được chỉ định nếu điều trị bảo tồn thất bại hay khiếm khuyết thần kinh tiến triển mặc dù đã điều trị bảo tồn.

Có 2 đường mổ phía trước và sau:

3.2.1. Phẫu thuật lấy đĩa đệm lối trước với hàn xương: Lối trước vào tiếp cận được cột sống cổ C3-7.

- Ưu điểm:

- + Lấy bỏ các chồi xương an toàn.
- + Hàn xương vào khoang đĩa đệm giúp làm vững cột sống.
- + Là cách duy nhất có thể lấy thoát vị đĩa đệm trung tâm.

- Bất lợi: bất động tại tầng hàn xương gây tăng chịu đựng ở khoảng gian đĩa tầng kế cận. Bệnh nhân phải mang nẹp cổ cứng 6 – 12 tuần.

Ghép xương hay không?

Nếu phẫu thuật bệnh lý tủy do hẹp ống sống hay bệnh lý tổn thương chủ yếu là chồi xương do thoái hóa thì ghép xương nên được thực hiện. Nếu phẫu thuật vì thoát vị đĩa đệm “mềm” ở bên, đặc biệt là ở bệnh nhân trẻ, ghép xương là một lựa chọn.

Vật liệu ghép: xương tự thân, xương đồng loại hay vật liệu thay thế xương (hydroxylapatite).

Chăm sóc hậu phẫu: tương tự như các phẫu thuật khác, cần chú ý thêm:

- Máu tụ sau mổ lượng nhiều (cần mổ lại cấp cứu nếu đường thở bị chèn ép).

- + Khó thở

- + Nuốt rất đau.
- + Đầy lệch khí quản.
- Yếu cơ do rễ thần kinh chi phối ở tầng được phẫu thuật. Ví dụ cơ nhị đầu đối với C5-6, cơ tam đầu với C6-7.
- Dấu hiệu chèn các bó dọc dài (dấu Babinski...) bị chèn ép bởi máu tụ ngoài màng cứng tủy sống.
- Trong trường hợp có ghép xương: bệnh nhân nuốt đau gợi ý mảnh ghép bị lồi ra trước chèn vào thực quản, cần chụp Xquang cột sống cổ nghiêng kiểm tra.
- Khàn tiếng: có thể liệt dây thanh âm do tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản. Vẫn giữ cho ăn bằng đường miệng cho đến khi chẩn đoán được làm rõ.

Biến chứng

- Tổn thương khi bộc lộ vết mổ: Thủng hầu, thực quản và/hoặc khí quản.
- Liệt dây thanh âm: do tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản hay thần kinh lang thang. Tỷ lệ: 11% tạm thời, 4% vĩnh viễn. Triệu chứng: khàn tiếng, thở khó, ho, cảm giác nghẹn, khó nuốt. Tránh dùng dụng cụ sắc nhọn để phẫu tích cơ cạnh khí quản. Phần lớn các trường hợp là mở vào bên phải.
- Tổn thương động mạch cột sống: rách hay huyết khối. Tỷ lệ 0,3%. Nguy cơ phải điều trị các biến chứng xuất huyết gồm: chảy máu tái phát, dò động - tĩnh mạch, giả phình mạch và huyết khối động mạch.
- Tổn thương động mạch cảnh: huyết khối, tắc nghẽn hay rách (thường do kéo vén).
- Dò dịch não tủy: thường rất khó vá trực tiếp. Đặt mảnh ghép cân cơ bên dưới mảnh ghép xương. Hậu phẫu nằm đầu cao, có thể dùng keo sinh học fibrin, dẫn lưu thất lưng.
- Hội chứng Horner: đám rối giao cảm nằm trong cơ dài cổ, do đó không cắt ra xa vào cơ này.
- Tổn thương ống ngực: khi phẫu thuật cột sống cổ thấp.

Tổn thương rễ thần kinh hay tủy sống

- Tổn thương tủy sống: đặc biệt nguy cơ cao ở nhóm bệnh lý tủy do hẹp ống sống.
- Tránh quá ưỡn cổ khi đặt nội khí quản.
- Mảnh xương ghép phải ngắn hơn bề sâu thân sống.

Vấn đề mảnh ghép xương

- Khớp giả: chiếm tỷ lệ 2 – 20%. Không cần điều trị nếu khớp giả không gây triệu chứng.
- Biến dạng gập góc ra trước (gù).
- Sự trôi của mảnh ghép: tỷ lệ 3%, hiếm khi cần phải phẫu thuật lại trừ khi chèn ép tủy ở phía sau hay chèn ép khí quản, thực quản ở phía trước.
- Biến chứng chỗ lấy xương.

Các biến chứng khác

- Nhiễm trùng vết mổ < 1%.
- Máu tụ sau mổ.
- Khàn tiếng và nuốt khó thoáng qua: không thể tránh được. Do bị kéo và phù nề.
- Thoái hóa tầng kế cận, nhiều trường hợp không có triệu chứng.
- Than phiền sau mổ: cảm giác vướng trong cổ họng. Than phiền môi cổ, vai, các khớp (mất đi sau vài tháng).
- Loạn dưỡng giao cảm: hiếm gặp.

3.2.2. Giải ép cột sống cổ lối sau

Không cần thiết nếu bệnh lý rễ một bên (hoặc là lấy nhân đệm lối trước hoặc mở lỗ liên hợp lối sau). Kỹ thuật bao gồm: cắt bỏ bản sừng và mòm gai để làm rộng ống sống cổ. Thường chỉ định trong các trường hợp sau:

- Bệnh lý đĩa đệm hay gai xương nhiều tầng kèm với bệnh lý tủy sống.
- Thoát vị đĩa đệm kèm với hẹp ống sống cổ, với tình trạng hẹp ống sống nặng, nhiều tầng.
- Ở những ca sĩ hay phát thanh viên chuyên nghiệp, nguy cơ thay đổi giọng nói vĩnh viễn 5% do tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản với mổ lối trước không chấp nhận.

Mở lỗ liên hợp lối sau (keyhole laminotomy)

Kỹ thuật này chỉ giải ép rễ thần kinh (không giải ép tủy sống) bằng cách tạo một “lỗ khóa” nhỏ ở bản sừng để làm rộng đường ra của rễ thần kinh.

Chỉ định:

- Bệnh lý một rễ thần kinh do mảnh rời đĩa đệm “mềm” phía sau -bên chèn ép (có thể có gai xương nhỏ cùng bên)
- Bệnh lý rễ thần kinh ở ca sĩ hay phát thanh viên chuyên nghiệp.
- Chèn ép rễ thần kinh cổ cao (C3 hay C4) hay cổ thấp (C7, C8, T1), nhất là ở những người có cổ ngắn mà vào lối trước khó khăn.

Kết quả: Cho kết quả tốt, từ 90 – 96% ở nhiều nghiên cứu.