

## **BÀI GIẢNG: THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG**

### **1. ĐỊNH NGHĨA**

Thoái hóa cột sống thắt lưng (Spondylosis hoặc Osteoarthritis of lumbar spine) là bệnh mạn tính tiến triển từ từ tăng dần gây đau, hạn chế vận động, biến dạng cột sống thắt lưng mà không có biểu hiện viêm. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa sụn khớp và đĩa đệm cột sống phối hợp với những thay đổi ở phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

### **2. NGUYÊN NHÂN**

Thoái hóa cột sống là hậu quả của nhiều yếu tố: tuổi cao; nữ; nghề nghiệp lao động nặng; một số yếu tố khác như: tiền sử chấn thương cột sống, bất thường trục chi dưới, tiền sử phẫu thuật cột sống, yếu cơ, di truyền, tư thế lao động ... Do tình trạng chịu áp lực quá tải lên sụn khớp và đĩa đệm lặp đi lặp lại kéo dài trong nhiều năm dẫn đến sự tổn thương sụn khớp, phần xương dưới sụn, mất tính đàn hồi của đĩa đệm, xơ cứng dây chằng bao khớp tạo nên những triệu chứng và biến chứng trong thoái hóa cột sống.

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Lâm sàng**

Có thể có dấu hiệu cứng cột sống vào buổi sáng. Đau cột sống âm ỉ và có tính chất cơ học (đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi). Khi thoái hóa ở giai đoạn nặng, có thể đau liên tục và ảnh hưởng đến giấc ngủ. Bệnh nhân có thể cảm thấy tiếng lục khục khi cử động cột sống. Đau cột sống thắt lưng do thoái hóa không có biểu hiện triệu chứng toàn thân như sốt, thiếu máu, gầy sút cân. Nói chung bệnh nhân đau khu trú tại cột sống. Một số trường hợp có đau rễ dây thần kinh do hẹp lỗ liên hợp hoặc thoát vị đĩa đệm kết hợp. Có thể có biến dạng cột sống: gù, vẹo cột sống. Trường hợp hẹp ống sống: biểu hiện đau cách hồi thần kinh: bệnh nhân đau theo đường đi của dây thần kinh tọa, xuất hiện khi đi lại, nghỉ ngơi đỡ đau (Cộng hưởng từ cho phép chẩn đoán mức độ hẹp ống sống).

#### **3.2. Cận lâm sàng**

– Xquang thường quy cột sống thẳng, nghiêng: hình ảnh hẹp khe đĩa đệm, mâm đĩa đệm nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống. Trường hợp trượt đốt sống có chỉ định chụp chéo 3/4 phải, trái nhằm phát hiện tình trạng gãy cuống đốt sống “gãy cổ chó”.

– Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi và sinh hóa: bình thường.

– Chụp cộng hưởng từ cột sống: chỉ định trong trường hợp có thoát vị đĩa đệm.

#### **3.3. Chẩn đoán xác định**

– Chẩn đoán thoái hóa cột sống đơn thuần dựa vào những dấu hiệu:

+ Lâm sàng là đau cột sống có tính chất cơ học.

+ Xquang cột sống thắt lưng thường quy (thẳng – nghiêng – chếch  $\frac{3}{4}$  hai bên): hẹp khe khớp với bờ diện khớp nhẵn, đặc xương dưới sụn, gai xương thân đốt sống, hẹp lỗ liên hợp đốt sống.

+ Cần lưu ý bệnh nhân phải không có triệu chứng toàn thân như: sốt, gầy sút cân, thiếu máu... Cần làm các xét nghiệm máu (bilan viêm, phosphatase kiềm...) để khẳng định là các thông số này bình thường. Trường hợp có các bất thường về lâm sàng (đau quá mức, gầy sút cân, sốt...) hoặc tốc độ lắng máu tăng cao cần phải tìm nguyên nhân khác (xem thêm bài đau cột sống thắt lưng).

+ Thoái hóa cột sống thắt lưng ít khi diễn ra một cách đơn thuần, đa phần kết hợp với thoái hóa đĩa đệm cột sống, có thể thoát vị đĩa đệm cột sống và ở người có tuổi, thường phối hợp với loãng xương, lún xẹp đốt sống do loãng xương.

### **3.4. Chẩn đoán phân biệt**

Trường hợp đau cột sống có biểu hiện viêm: có dấu hiệu toàn thân như: sốt, thiếu máu, gầy sút cân, hạch ngoại vi... cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý dưới đây:

– *Bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính* (đặc biệt viêm cột sống dính khớp): nam giới, trẻ tuổi, đau và hạn chế các động tác của cột sống thắt lưng cùng, Xquang có viêm khớp cùng chậu, xét nghiệm tốc độ lắng máu tăng.

– *Viêm đốt sống đĩa đệm* (do nhiễm khuẩn hoặc do lao): tính chất đau kiểu viêm, đau liên tục, kèm theo dấu hiệu toàn thân; Xquang có diện khớp hẹp, bờ khớp nhám nhờ không đều; cộng hưởng từ có hình ảnh viêm đĩa đệm đốt sống, xét nghiệm bilan viêm dương tính.

– *Ung thư di căn xương*: đau mức độ nặng, kiểu viêm; kèm theo dấu hiệu toàn thân, Xquang có hủy xương hoặc kết đặc xương, cộng hưởng từ và xạ hình xương có vai trò quan trọng trong chẩn đoán.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **4.1. Nguyên tắc**

– Điều trị theo triệu chứng (thuốc chống viêm, giảm đau, giãn cơ...) kết hợp với các thuốc chống thoái hóa tác dụng chậm.

– Phối hợp các biện pháp điều trị nội khoa, vật lý trị liệu, phục hồi chức năng. Trường hợp có chèn ép rễ có thể chỉ định ngoại khoa.

### **4.2. Điều trị cụ thể**

#### **4.2.1. Phục hồi chức năng**

+ *Vật lý trị liệu*: xoa bóp trị liệu, kéo nắn cột sống, kéo giãn cột sống bằng máy kéo, nhiệt nóng trị liệu, điện trị liệu

+ *Phục hồi chức năng*

Sau khi chẩn đoán xác định bệnh nhân bị thoái hóa cột sống quá trình PHCN trải qua 3 giai đoạn

❖ Giai đoạn nghỉ ngơi, bảo vệ sự ổn định của CSTL (4 – 8 tuần)

- Nghỉ ngơi, bao gồm không tham gia thể thao, hoạt động giải trí hoặc lớp giáo dục thể chất, nằm đệm cứng, gối – di chuyển – mang đồ đúng tư thế. Nhấn mạnh các vận động cơ bản. Cân nhắc đeo đai cột sống thắt lưng nếu vẫn còn triệu chứng sau 2-4 tuần.

❖ Giai đoạn phục hồi chức năng

- PHCN cơ sở( 1 – 4 Tuần): Bài tập duy trì tầm vận động cột sống thắt lưng trong giới hạn bệnh nhân có thể chịu đựng. Duy trì tầm ổn định của cột sống.

- PHCN lấy lại chức năng của cột sống thắt lưng (2 – 4 tuần): Tập theo tầm vận động CSTL. Tập đề kháng tăng sức mạnh cơ CSTL. Khôi phục tầm vận động bình thường CSTL. Đánh giá chuỗi vận động của bệnh nhân và tìm giải pháp khắc phục.

- PHCN lấy lại khả năng linh hoạt trong sinh hoạt hàng ngày – thể thao: Tập khả năng điều hợp, thăng bằng, khả năng ổn định của CSTL trong các mặt phẳng vận động. Tập tăng sức bền, sức mạnh cơ. Đào tạo kỹ năng vận động trong thể thao.

❖ Giai đoạn quay trở lại cuộc sống hàng ngày

- Bệnh nhân lấy lại được tầm vận động bình thường của CSTL, không đau hoặc gần như không đau khi nghỉ ngơi cũng như khi vận động. Có thể thực hiện các kỹ năng liên quan đến thể thao mà không khó khăn.

- Hướng dẫn bệnh nhân các bài tập bảo vệ và tăng sự linh hoạt của cột sống cũng như tư thế đúng trong sinh hoạt hàng ngày và chơi thể thao.

#### 4.2.2. Điều trị nội khoa

– *Thuốc giảm đau theo bậc thang giảm đau của WHO:*

+ Bậc 1: paracetamol 500 mg/ngày uống 4 đến 6 lần, không quá 4g/ngày. Thuốc có thể gây hại cho gan.

+ Bậc 2 - Paracetamol kết hợp với codein hoặc kết hợp với tramadol: Ultracet liều 2-4 viên/24giờ, tuy nhiên uống thuốc này thường gây chóng mặt, buồn nôn. Efferalgan-codein liều 2-4 viên/24giờ.

+ Bậc 3

- Opiat và dẫn xuất của opiat.

– *Thuốc chống viêm không steroid:* Chọn một trong các thuốc sau. Lưu ý tuyệt đối không phối hợp thuốc trong nhóm vì không tăng tác dụng điều trị mà lại có nhiều tác dụng không mong muốn.

+ Diclofenac viên 25mg, 50 mg, 75mg: liều 50 - 150mg/ ngày, dùng sau khi ăn no. Có thể sử dụng dạng ống tiêm bắp 75 mg/ngày trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.

+ Meloxicam viên 7,5 mg: 2 viên/ngày sau khi ăn no hoặc dạng ống tiêm bắp 15 mg/ngày x 2-3 ngày nếu bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống. + Piroxicam viên hay ống 20 mg, uống 1 viên /ngày uống sau khi ăn no, hoặc tiêm bắp ngày 1 ống trong 2-3 ngày đầu khi bệnh nhân đau nhiều, sau đó chuyển sang đường uống.

- + Celecoxib viên 200 mg liều 1 đến 2 viên/ngày sau khi ăn no. Không nên dùng cho bệnh nhân có bệnh tim mạch và thận trọng ở người cao tuổi.
- + Etoricoxib (viên 60mg, 90mg, 120mg), ngày uống 1 viên, thận trọng dùng ở người có bệnh lý tim mạch.
- + Thuốc chống viêm bôi ngoài da: diclofenac gel, profenid gel, xoa 2-3 lần/ngày ở vị trí đau.
  - *Thuốc giãn cơ*: eperison (viên 50mg): 3 viên/ngày, hoặc tolperisone (viên 50mg, 150mg): 2-6 viên/ngày.
  - *Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm*:
- + Piascledine 300mg (cao toàn phân không xà phòng hóa quả bơ và đậu nành): 1 viên/ngày + Glucosamine sulfate và chondroitin sulphat, uống trước ăn 15 phút, dùng kéo dài trong nhiều năm.
- + Thuốc ức chế IL1: diacerhein 50mg (viên 50mg) 1-2 viên /ngày, dùng kéo dài trong nhiều năm.
  - *Tiêm corticoid tại chỗ*: tiêm ngoài màng cứng bằng hydrocortison acetat, hoặc methyl prednisolon acetate trong trường hợp đau thần kinh tọa, tiêm cạnh cột sống, tiêm khớp liên mấu (dưới màn tăng sáng hoặc dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính).

#### **4.2.3. Điều trị ngoại khoa**

Chỉ định khi thoát vị đĩa đệm, trượt đốt sống gây đau thần kinh tọa kéo dài, hoặc có hẹp ống sống với các dấu hiệu thần kinh tiến triển nặng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà các biện pháp điều trị nội khoa không kết quả. Trong trường hợp đĩa đệm thoái hóa nhiều, có thể xem xét thay đĩa đệm nhân tạo.

### **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

- Thoái hóa cột sống thắt lưng tiến triển nặng dần theo tuổi và một số yếu tố nguy cơ như: mang vác nặng ở tư thế cột sống xấu.
- Dấu hiệu chèn ép rễ dây thần kinh thường gặp ở thoái hóa cột sống nặng khi những gai xương thân đốt sống phát triển chèn ép vào lỗ liên hợp đốt sống. Cùng với sự thoái hóa đốt sống, đĩa đệm cũng bị thoái hóa và nguy cơ phình, thoát vị đĩa đệm sẽ dẫn tới chèn ép rễ dây thần kinh (biểu hiện đau dây thần kinh tọa).

### **6. PHÒNG BỆNH**

- Theo dõi và phát hiện sớm các dị tật cột sống để điều trị kịp thời.
- Giáo dục tư vấn các bài tập tốt cho cột sống, sửa chữa các tư thế xấu.
- Định hướng nghề nghiệp thích hợp với tình trạng bệnh, kiểm tra định kỳ những người lao động nặng (khám phát hiện triệu chứng, chụp Xquang cột sống khi cần...).