

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA

BS. CKII ĐOÀN THỊ HUYỀN TRẦN
TRƯỞNG KHOA CƠ XƯƠNG KHỚP
BV NHÂN DÂN 115

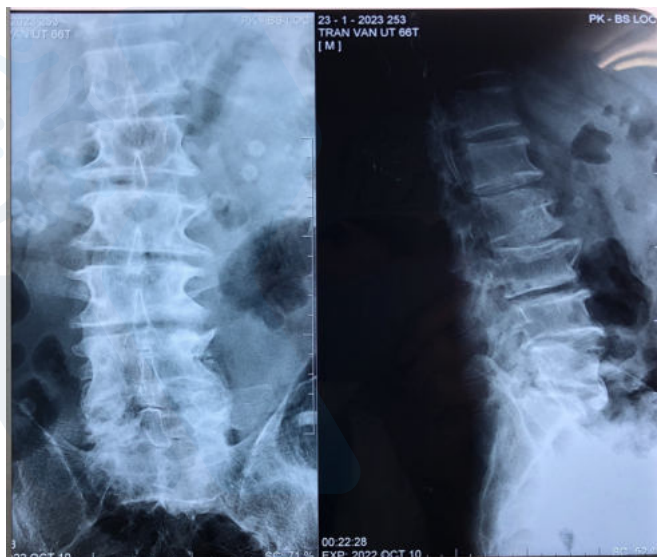
CA LÂM SÀNG 1

- BN nam 66 tuổi
- LDNV: đau vùng cột sống thắt lưng
- Bệnh sử:
 - Đau vùng CSTL, 01 tháng nay, đau lan mặt ngoài đùi, cẳng chân và mu bàn chân.
 - Không có yếu tố khởi phát
 - Đau âm ỉ liên tục trong ngày, đau nhiều về đêm

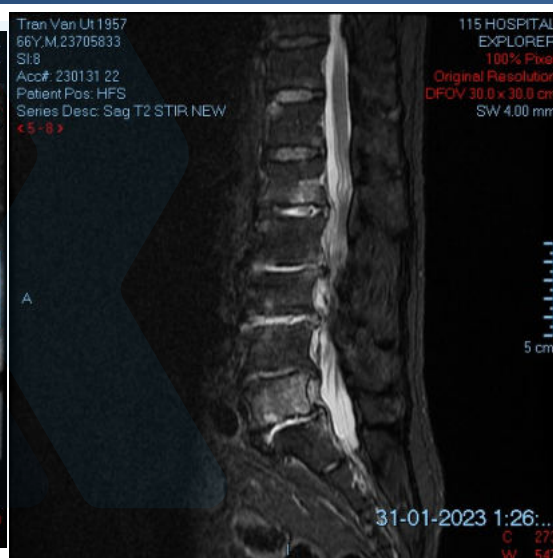
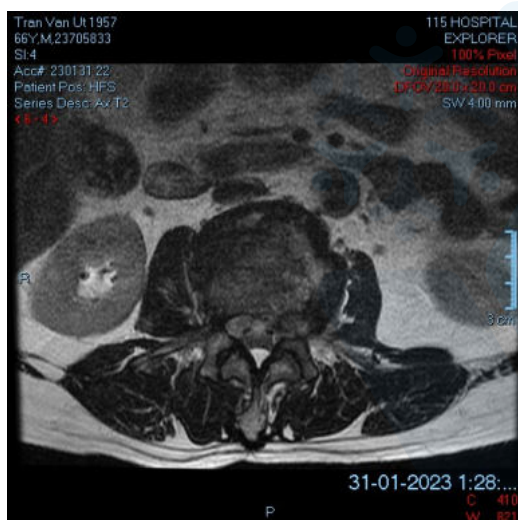
CA LÂM SÀNG 1

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

WBC	17 k/mcL
RBC	4.1 M/mcL
PLT	329 k/mcL
CRP	77.57 mg/L



CA LÂM SÀNG 1



CA LÂM SÀNG 2

- BN nữ 65 tuổi
- LDNV: đau vùng CSTL
- Bệnh sử:
 - BN đau vùng CSTL, 2 tháng nay, đau lan mặt sau đùi, cẳng chân.
 - Đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ

CA LÂM SÀNG 2

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

WBC	12 k/mcL
RBC	4.26 M/mcL
PLT	302 k/mcL
CRP	3.15 mg/L



CA LÂM SÀNG 2



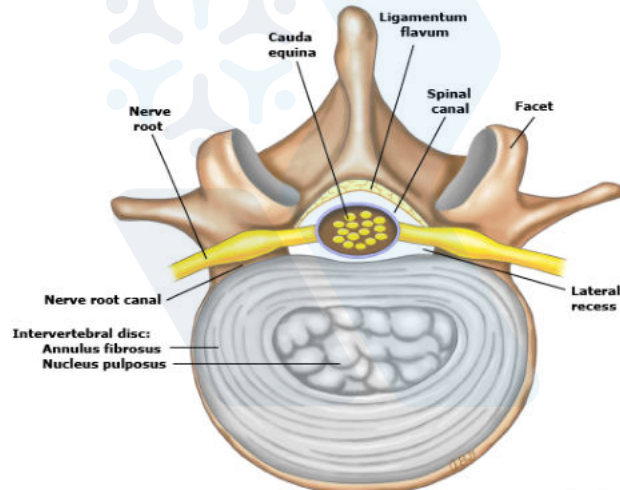
1. ĐỊNH NGHĨA ĐAU THẦN KINH TỌA

Đau thần kinh tọa là hội chứng đau gây ra bởi sự chèn ép rễ thần kinh vùng thắt lưng cùng.

- ❖ Đau cấp tính: < 4 tuần
- ❖ Đau bán cấp: 4-12 tuần
- ❖ Đau mạn tính: >12 tuần

2. CẤU TRÚC GIẢI PHẪU ĐỐT SỐNG

Cross section of the lumbar spine



3. NGUYÊN NHÂN ĐAU THẦN KINH TỌA

LIÊN QUAN CỘT SỐNG	NGOÀI CỘT SỐNG
Thoát vị đĩa đệm CSTL	Hội chứng cơ hình lê
Trượt đốt sống	Herpes Zoster
Hẹp lỗ liên hợp + Thoái hóa khớp liên mấu + Dày dây chằng	Chấn thương gây tổn thương TK tọa + Gãy xương chậu + Trật khớp háng ra sau + Gãy xương đùi
Khối u cột sống	Khối máu tụ cơ nhị đầu đùi
Khối abscess cột sống	Khối u vùng sàn chậu
	Mang thai

4. THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

4.1 DỊCH TỄ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM

- Xảy ra khi nhân nhầy đĩa đệm bị đẩy ra ngoài khỏi bao xơ, thường nhân nhầy sẽ thoát vị ra *phía sau bên*
- Vùng cột sống thường xảy ra thoát vị đĩa đệm là **THẤT LƯNG CÙNG** vì vùng cột sống này rất di động (75% động tác gập uốn xảy ra tại L5-S1; 20% tại L4-5)
- Tần suất thoát vị đĩa đệm tăng theo tuổi, cao nhất là 44-50 tuổi
- Trong số những BN không biểu hiện triệu chứng thì 27% có hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên MRI

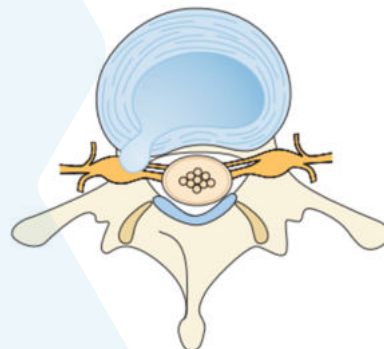
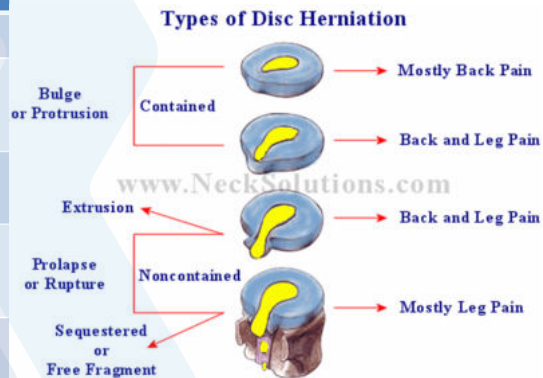


Figure 47-5 Schematic drawing showing posterolateral disk herniation resulting in nerve root impingement.

4.2 CÁC GIAI ĐOẠN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM

CÁC GIAI ĐOẠN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM		
Giai đoạn:	Tổn thương đĩa đệm	Triệu chứng lâm sàng
1. Phình đĩa đệm	Nhân nhầy đĩa đệm bắt đầu bắt đầu dẹt nhẹ vào ống sống, không phá vỡ bao xơ	Đau chủ yếu vùng CSTL
2. Lồi đĩa đệm	Nhân nhầy đĩa đệm dẹt vào ống sống nhiều hơn, không phá vỡ bao xơ	Đau vùng CSTL lan chân
3. Thoát vị đĩa đệm	Nhân nhầy phá vỡ thành bao xơ nhưng khối thoát vị vẫn nằm trong phạm vi đĩa đệm	Đau vùng CSTL lan chân
4. Thoát vị đĩa đệm có mảnh rời	Nhân nhầy phá vỡ thành bao xơ và khối thoát vị nằm ngoài phạm vi đĩa đệm	Giảm đau vùng CSTL, còn đau lan chân



4.3 DIỄN TIẾN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

- Trên 60% trường hợp, khối thoát vị sẽ tự hấp thu một phần hay hoàn toàn.

Giai đoạn thoát vị	Tỷ lệ hấp thu một phần	Tỷ lệ hấp thu hoàn toàn
Phình đĩa đệm	13%	11%
Lồi đĩa đệm	41%	0%
Thoát vị đĩa đệm	70%	15%
Thoát vị đĩa đệm có mảnh rời	96%	43%

Khối thoát vị có triệu chứng: khối thoát vị lớn có xu hướng hấp thu nhiều hơn khối thoát vị nhỏ.
Khối thoát vị không triệu chứng: kích thước khối thoát vị không thay đổi theo thời gian

**70-90% các trường hợp thoát vị đĩa đệm CSTL
sẽ tự thuyên giảm sau 3 tháng mà không cần điều trị**

4.4 LÂM SÀNG THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

BỆNH SỬ

- Đau vùng cột sống thắt lưng và đau lan theo phân bố khoanh da (dermatomes) có thể kèm theo rối loạn cảm giác (dị cảm, tê bì, mất cảm giác)
 - + Dị cảm: 63-72%
 - + Tê bì: 27%
- Có thể kèm yếu cơ theo phân bố khoanh cơ (myotomes)
 - + Không thể đứng lên từ tư thế ngồi → yếu cơ thắt lưng chậu hay cơ tứ đầu đùi (L1,L2,L3,L4)
 - + Bàn chân rớt → yếu cơ chày trước (L5)

4.4 LÂM SÀNG THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

BỆNH SỬ

- Yếu tố khởi phát cơn đau:
 - + Vận động mạnh sai tư thế, bê vác kéo đồ nặng, chấn thương
 - + Khoảng 30-50% bệnh nhân có yếu tố khởi phát cơn đau
- Đau tăng tăng khi tăng áp lực ổ bụng (ho, rặn), giảm khi nằm → gợi ý đau lưng cơ học
- Đau tăng khi nằm, đau về đêm → gợi ý nguyên nhân viêm hoặc ung thư

4.4 LÂM SÀNG THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

KHÁM LÂM SÀNG:

Nghiệm pháp	Ý nghĩa	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Lasegue	Chèn ép rễ L4,L5,S1	91%	26%
Lasegue chéo (Fajersztajn's test)	Chèn ép rễ L4,L5,S1	28%	90%
Căng thần kinh đùi	Chèn ép rễ L2,L3,L4	70%	88%
Valsalva	Tăng áp lực khoang tủy → đau lưng lan xuống chân	22%	94%
Hoover	Phát hiện BN giả liệt chân	63%	100%

4.4 LÂM SÀNG THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

Rễ TK	Đau	Mất cảm giác	Mất vận động	Mất phản xạ
L1	Vùng bẹn.	Vùng bẹn	Gấp khớp háng	
L2/L3/L4	Đau lưng lan mặt trước đùi và khớp gối, có thể lan xuống mặt trong cẳng chân,	Mặt trước đùi Mặt trong cẳng chân	Khép và gấp khớp háng Duỗi khớp gối	Giảm phản xạ gân bánh chè
L5	Đau lưng lan xuống mông, mặt ngoài đùi, mặt ngoài cẳng chân, mu chân, ngón chân cái	Mặt ngoài cẳng chân Mu chân	Dạng khớp háng Gấp khớp gối Gấp mu bàn chân Duỗi ngón chân cái (Đi bằng gót chân)	
S1	Đau lưng lan mặt sau đùi, cẳng chân xuống mặt ngoài bàn chân, gàn chân	Mặt sau cẳng chân Gàn chân	Duỗi khớp háng Gấp khớp gối Gấp gàn bàn chân (Đi bằng ngón chân)	Giảm phản xạ gân gót Achilles
S2/S3/S4	Đau vùng mông lan vùng tầng sinh môn	Vùng mông Vùng tầng sinh môn	Tiêu tiểu không tự chủ, rối loạn chức năng tình dục	

4.5 CHẨN ĐOÁN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

ĐAU VÙNG CS THẮT LƯNG

- Đau lưng kiểu cơ học, đau tăng khi vận động

HỘI CHỨNG RỄ THẦN KINH THẮT LƯNG CÙNG

- Đau từ lưng lan chân
- Mất cảm giác theo phân vùng chi phối của các rễ thần kinh thắt lưng cùng
- Mất phản xạ gối (L4), phản xạ gân gót (S1)
- Mất vận động: gấp mu bàn chân (L5), gấp gan bàn chân (S1)
- **LASEGUE** dương tính

HỘI CHỨNG CHÙM ĐUÔI NGỰA (cauda equina syndrome)

- Mất cảm giác yên ngựa
- Tiêu tiểu không tự chủ
- Mất trương lực trực tràng
- Rối loạn chức năng tình dục
- Yếu liệt 2 chi dưới

4.5 CHẨN ĐOÁN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

- Chẩn đoán đau thần kinh tọa có thể dựa trên bệnh sử và thăm khám lâm sàng
- Nguyên nhân đau thần kinh tọa thường gặp: thoát vị đĩa đệm và hẹp lỗ liên hợp do thoái hóa cột sống
- Triệu chứng thường tự thuyên giảm trong hầu hết các trường hợp đau thần kinh tọa
- Vì vậy các test chẩn đoán về hình ảnh học không bắt buộc phải được tiến hành ngay lập tức trên những bệnh nhân đau thần kinh tọa nhưng không có các dấu hiệu báo động

4.5 CHẨN ĐOÁN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

CHỈ ĐỊNH CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH HỌC ĐƯỢC TIẾN HÀNH SỚM KHI:

- Đau thần kinh tọa kèm tổn thương thần kinh tiến triển
- Đau thần kinh tọa kèm bí tiểu, mất cảm giác vùng tầng sinh môn
- Nghi ngờ ung thư
- Nghi ngờ áp xe ngoài màng cứng

LƯU Ý: sự không tương đồng giữa triệu chứng lâm sàng và hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên phim MRI

- Trong số những người không có biểu hiện lâm sàng đau thần kinh tọa, thì **27%** có hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên MRI.

- Hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên người không có triệu chứng lâm sàng **không là một yếu tố tiên lượng** cho sự xuất hiện triệu chứng đau thần kinh tọa trong tương lai

4.6 CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

LIÊN QUAN CỘT SỐNG	NGOÀI CỘT SỐNG
Thoát vị đĩa đệm CSTL	Hội chứng cơ hình lê
Trượt đốt sống	Herpes Zoster
Hẹp lỗ liên hợp + Thoái hóa khớp liên mấu + Dây dây chằng	Chấn thương gây tổn thương TK tọa + Gãy xương chậu + Trật khớp háng ra sau + Gãy xương đùi
Khối u cột sống	Khối máu tụ cơ nhị đầu đùi
Khối abscess cột sống	Khối u vùng sàn chậu
	Mang thai

4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

- Điều trị nội khoa bảo tồn
- Điều trị ngoại khoa

4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BẢO TỒN

1/ THUỐC:

- Khởi trị với **Acetaminophen, NSAIDs**
- Có thể phối hợp thêm **thuốc giãn cơ** và **giảm đau thần kinh** nếu BN kém đáp ứng với acetaminophen và NSAIDs
- Giảm các hoạt động gắng sức và tránh các động tác gây đau

4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BẢO TỒN

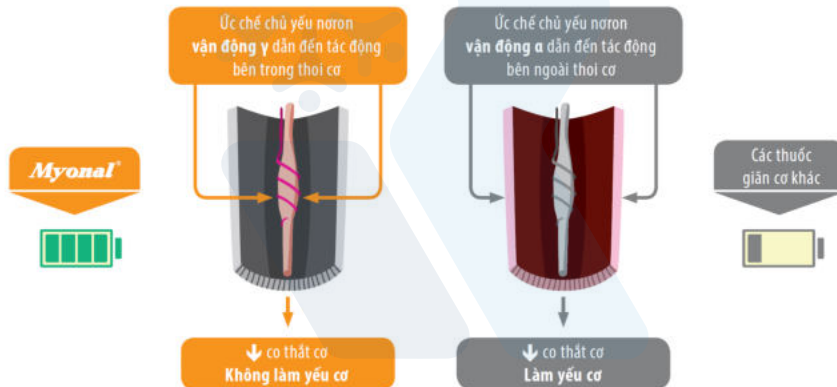
Cơ chế tác dụng thuốc giãn cơ:



4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BẢO TỒN

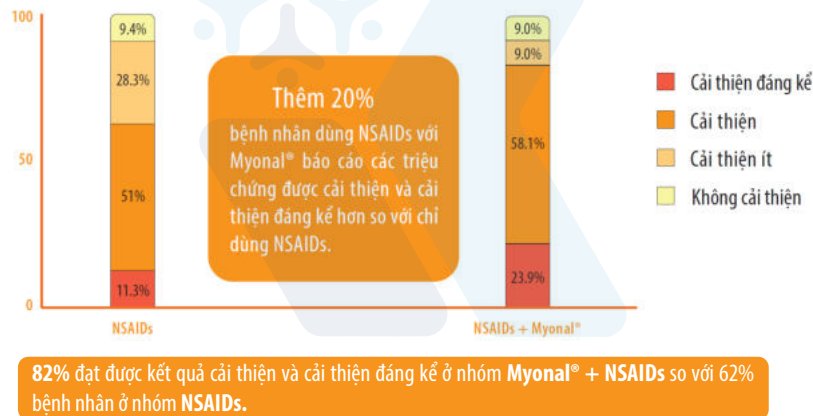
Cơ chế tác dụng thuốc giãn cơ:



4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BẢO TỒN

Hiệu quả điều trị khi phối hợp NSAIDs và Myonal



4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

2/ GLUCOCORTICOID ĐƯỜNG TOÀN THÂN

- 2017, tác giả Chou R và cộng sự đã thực hiện một phân tích gộp đánh giá 6 thử nghiệm lâm sàng cho thấy glucocorticoid đường toàn thân **không có hiệu quả** giảm đau và cải thiện chức năng trên BN đau thần kinh tọa.
- Hiệp Hội Bác Sĩ Hoa Kỳ (American College of Physicians) không khuyến cáo điều trị glucocorticoid đường toàn thân cho BN đau thần kinh tọa

Table 4. Pharmacologic Therapies Versus Placebo for Radicular Low Back Pain

Drug	Pain			Function		
	Magnitude of Effect	Evidence	SOE	Magnitude of Effect	Evidence	SOE
NSAIDs	Unable to estimate	1 SR (2 RCTs)	Insufficient	-	-	-
Benzodiazepines: diazepam	Relative risk, 0.5 (95% CI, 0.3-0.8) for pain relief	1 RCT	Low	No effect	1 RCT	Low
Antidepressants: duloxetine	Unable to estimate	1 RCT	Insufficient	Unable to estimate	1 RCT	Insufficient
Systemic corticosteroids	No effect	6 RCTs	Moderate	No to small effect	6 RCTs	Moderate
Gabapentin/pregabalin	Unable to estimate	5 RCTs	Insufficient	Unable to estimate	5 RCTs	Insufficient

NSAID = nonsteroidal anti-inflammatory drug; RCT = randomized, controlled trial; SOE = strength of evidence; SR = systematic review.

4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

3/ VẬT LÝ TRỊ LIỆU:

- Không nên thực hiện trong 2 tuần đầu tiên vì:
 - + BN triệu chứng nhẹ sẽ tự hồi phục
 - + BN triệu chứng nặng thì lại không thể tham gia tập VLTL
- VLTL nên được trì hoãn → chỉ nên thực hiện nếu BN đau kéo dài > 3 tuần.

4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

4/ TIÊM GLUCOCORTICOID NGOÀI MÀNG CỨNG

Annals of Internal Medicine

REVIEW

Epidural Corticosteroid Injections for Radiculopathy and Spinal Stenosis

A Systematic Review and Meta-analysis

Roger Chou, MD; Robin Hashimoto, PhD; Janna Friedly, MD; Rongwei Fu, PhD; Christina Bougatsos, MPH; Tracy Dana, MLS; Sean D. Sullivan, BScPharm, PhD; and Jeffrey Jarvik, MD, MPH

- Phân tích gộp 2015 của tác giả Roger Chou và cộng sự cho thấy tiêm corticoid ngoài màng cứng giúp **giảm đau và cải thiện chức năng vận động, và giảm nguy cơ phẫu thuật** trên BN đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm.
- Tuy nhiên hiệu quả này chỉ trong thời gian **ngắn hạn** (3 tháng) và không kéo dài

4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

Appendix Table 2. Pooled Results: Epidural Corticosteroid Injections Versus Placebo Interventions for Radiculopathy

Outcome	Estimate (95% CI)	Trials, n (Reference)	I ² Value, %
Pain			
Mean improvement (WMD)*			
Immediate follow-up	-7.55 (-11.4 to -3.74)	6 (33, 38, 41, 44, 45, 57)	30
Short-term follow-up	-3.61 (-8.45 to 1.23)	15 (30, 33-36, 38, 42-45, 47-49, 56, 57)	83
Intermediate-term follow-up	0.71 (-5.50 to 6.92)	5 (33, 44, 47-49)	7
Long-term follow-up	0.13 (-2.39 to 2.65)	7 (30, 34, 43, 44, 47-49)	0
Successful composite outcomes (RR)			
Short-term follow-up	1.21 (0.98 to 1.49)	8 (30, 36, 39, 41, 47, 48, 50, 88)	67
Intermediate-term follow-up	1.12 (0.93 to 1.36)	3 (36, 47, 48)	41
Long-term follow-up	1.10 (0.94 to 1.28)	4 (30, 37, 47, 48)	0
Function			
Mean improvement (SMD)			
Immediate follow-up	-0.75 (-1.62 to 0.11)	4 (33, 44, 54, 57)	94
Short-term follow-up	-0.14 (-0.43 to 0.15)	13 (30, 33-36, 43, 44, 47-49, 54, 56, 57)	87
Intermediate-term follow-up	-0.22 (-0.61 to 0.18)	6 (33, 44, 47-49, 54)	85
Long-term follow-up	-0.17 (-0.47 to 0.12)	8 (30, 34, 43, 44, 47-49, 54)	82
Successful composite outcomes (RR)			
Short-term follow-up	0.98 (0.77 to 1.26)	7 (30, 35, 38, 47-49, 88)	73
Intermediate-term follow-up	1.09 (0.86 to 1.38)	3 (47-49)	71
Long-term follow-up	1.07 (0.93 to 1.24)	4 (30, 47-49)	0
Surgery (RR)			
Short-term follow-up	0.62 (0.41 to 0.92)	8 (38, 39, 45, 46, 54, 57, 88)†	0
Intermediate-term follow-up	0.56 (0.12 to 2.68)	1 (33)	-
Long-term follow-up	0.97 (0.75 to 1.25)	14 (30, 34, 36, 37, 40, 41, 43, 44, 50, 53, 55, 56, 58, 89)	23
Successful composite outcomes (RR)			
Immediate follow-up	1.05 (0.87 to 1.27)	2 (31, 48)	0
Short-term follow-up	1.13 (0.98 to 1.32)	9 (33, 35, 36, 42, 45, 46, 53, 57)†	3.5
Intermediate-term follow-up	0.71 (0.34 to 1.48)	1 (36)	-
Long-term follow-up	1.04 (0.81 to 1.34)	2 (40, 48)	0

RR = relative risk; SMD = standardized mean difference; WMD = weighted mean difference.

* Scale of 0 to 100.

† One publication reported 2 trials (46).

4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

4/ TIÊM GLUCOCORTICOID NGOÀI MÀNG CỨNG

Chỉ định:

- BN đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm, không đáp ứng với điều trị nội khoa bảo tồn trên 6 tuần và BN không thể hoặc không muốn phẫu thuật.

Lưu ý:

- Không nên tiêm quá 3 lần, và khoảng cách giữa các lần tiêm không dưới 01 tháng.
- Không nên tiêm tiếp tục nếu lần tiêm đầu tiên không cải thiện triệu chứng lâm sàng.

4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

5/ PHẪU THUẬT:

CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

BN có yếu cơ chi dưới tiến triển

BN có hội chứng chùm đuôi ngựa (liệt 2 chi dưới kèm rối loạn cơ vòng, rối loạn cảm giác tầng sinh môn hình yên ngựa)

BN đau không đáp ứng điều trị nội khoa bảo tồn

4.5 ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CSTL

- Nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị phẫu thuật và điều trị bảo tồn trên BN đau thần kinh tọa **mạn tính** kéo dài 4 -12 tháng do thoát vị đĩa đệm

Surgery versus Conservative Care for Persistent Sciatica Lasting 4 -12 Months

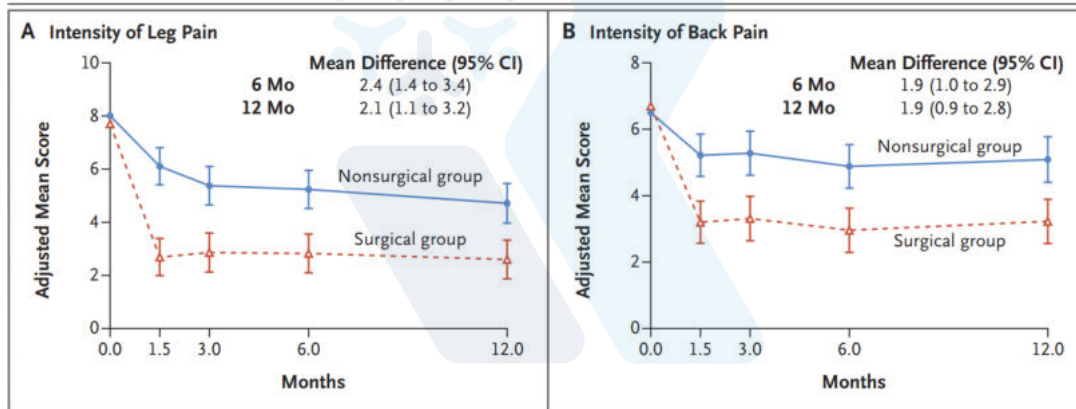
Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (2020)

So sánh hiệu quả điều trị giữa phẫu thuật và nội khoa bảo tồn

BN TVĐD CSTL L4-L5; L5-S1 có đau TK tọa mạn tính kéo dài 4-12 tháng N= 128 bệnh nhân	Phẫu thuật N= 64	Nội khoa bảo tồn N= 64
Mức độ đau chân (chỉ số VAS - visual analogue scale)		
+ Baseline	7.7	8.0
+ Sau 6 tháng	2.8	5.2
AMD = 2.4 ; KTC 95% 1.4-3.4; p < 0.001		
Phẫu thuật (vi phẫu thuật loại bỏ nhân đệm) có hiệu quả giảm đau hơn điều trị bảo tồn đối với BN TVĐD CSTL có đau TK tọa mạn tính kéo dài 4-12 tháng		

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN NĂM 2023 LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP. HCM

- Nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị phẫu thuật và điều trị bảo tồn trên BN đau thần kinh tọa mạn tính kéo dài 4 -12 tháng do thoát vị đĩa đệm



KẾT LUẬN

- Đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là bệnh lý thường gặp trên lâm sàng.
- 70-90% các trường hợp bệnh nếu không có biến chứng thần kinh nặng sẽ tự thuyên giảm trong vòng 3 tháng.
- Chẩn đoán hình ảnh học được tiến hành sớm trong các trường hợp thoát vị đĩa đệm có biến chứng thần kinh nặng
- Phẫu thuật khi thoát vị đĩa đệm CSTL có biến chứng TK nặng hoặc kém đáp ứng điều trị nội khoa bảo tồn

**CHÂN THÀNH CẢM ƠN SỰ THEO
DÕI CỦA QUÝ ĐỒNG NGHIỆP**