

BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng
Bộ Y tế)*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI – 2016

CHỦ BIÊN

PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên

ĐỒNG CHỦ BIÊN

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê

PGS.TS. Nguyễn Quốc Anh

PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Lan

PGS.TS. Nguyễn Mai Hồng

THAM GIA BIÊN SOẠN

GS.TS. Trần Ngọc Ân

PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Lan

GS.TS. Hoàng Khánh

PGS.TS. Lê Anh Thư

PGS.TS. Nguyễn Thị Lan Anh

PGS.TS. Nguyễn Mai Hồng

PGS.TS. Võ Tam

PGS.TS. Nguyễn Thị Thanh Thủy

TS. Đặng Hồng Hoa

PGS.TS. Nguyễn Vĩnh Ngọc

TS. Nguyễn Hữu Chung

PGS.TS. Trần Thị Minh Hoa

TS.BSCKII. Mai Thị Minh Tâm

TS. Nguyễn Đình Khoa

TS. Trần Thị Tô Châu

TS. Nguyễn Ngọc Châu

BSCKII. Nguyễn Thị Lược

TS. Nguyễn Thị Phương Thủy

ThS. Bùi Hải Bình

BSCKII. Đào Thị Vân Khánh

ThS. Hoàng Văn Dũng

BSCKII. Thái Thị Hồng Ánh

ThS. Lê Thị Liễu

ThS. Hồ Văn Lộc

ThS. Nguyễn Hoàng Thanh Vân

ThS. Huỳnh Văn Khoa

ThS. Nguyễn Thị Nga

ThS. Lưu Văn Ái

ThS. Phùng Anh Đức

ThS. Trần Văn Đức

BSCKII. Huỳnh Phan Phúc Linh

BSCKI. Lê Thế Dũng

BAN THƯ KÝ

ThS. Phạm Hoài Thu

ThS. Nguyễn Thị Nga

ThS. Phạm Thị Minh Nhâm

ThS. Nguyễn Thị Hiền

ThS. Nguyễn Thị Như Hoa

ThS. Nguyễn Đức Tiến

ThS. Ngô Thị Bích Hà
ThS. Trương Lê Vân Ngọc

ĐAU THẦN KINH TỌA **(Sciatica pain)**

1. ĐỊNH NGHĨA

Đau thần kinh tọa (sciatica pain) còn gọi là đau thần kinh hông to, biểu hiện bởi cảm giác đau dọc theo đường đi của thần kinh tọa: đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mắt cá ngoài và tận ở các ngón chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà hướng lan của đau có khác nhau.

Thường gặp đau thần kinh tọa một bên, ở lứa tuổi lao động (30-50 tuổi). Trước kia tỷ lệ nam cao hơn nữ, song các nghiên cứu năm 2011 cho thấy tỷ lệ nữ cao hơn nam. Nguyên nhân thường gặp nhất là do thoát vị đĩa đệm. Tỷ lệ đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại cộng đồng miền Bắc Việt Nam là 0,64% (2010).

2. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân hàng đầu gây chèn ép rễ thần kinh tọa là thoát vị đĩa đệm (thường gặp nhất là đĩa đệm L4-L5 hoặc L5-S1 gây chèn ép rễ L5 hoặc S1 tương ứng); trượt đốt sống; thoái hóa cột sống thắt lưng gây hẹp ống sống thắt lưng. Các nhóm nguyên nhân do thoái hóa này có thể kết hợp với nhau.

- Các nguyên nhân hiếm gặp hơn: viêm đĩa đệm đốt sống, tổn thương thân đốt sống (thường do lao, vi khuẩn, u), chấn thương, tình trạng mang thai...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

3.1.1. Lâm sàng

- Đau dọc đường đi của dây thần kinh tọa, đau tại cột sống thắt lưng lan tới mặt ngoài đùi, mặt trước ngoài cẳng chân, mắt cá ngoài và tận ở các ngón chân. Tùy theo vị trí tổn thương mà biểu hiện trên lâm sàng có khác nhau: Tổn thương rễ L4 đau đến khoeo chân; tổn thương rễ L5 đau lan tới mu bàn chân tận hết ở ngón chân cái (ngón I); tổn thương rễ L5 đau lan tới lòng bàn chân (gan chân) tận hết ở ngón V (ngón út). Một số trường hợp không đau cột sống thắt lưng, chỉ đau dọc chân.

- Đau có thể liên tục hoặc từng cơn, giảm khi nằm nghỉ ngơi, tăng khi đi lại nhiều. Trường hợp có hội chứng chèn ép: tăng khi ho, rặn, hắt hơi. Có thể có triệu chứng yếu cơ. Giai đoạn muộn có teo cơ tứ đầu đùi, hạn chế vận động, co cứng cơ cạnh

- Một số nghiệm pháp:

+ Hệ thống điểm đau Valleix, dấu chuông bấm dương tính.

+ Dấu hiệu Lasègue dương tính

+ Các dấu hiệu khác có giá trị tương đương dấu hiệu Lasègue: dấu hiệu Chavany, dấu hiệu Bonnet.

+ Phản xạ gân xương: Phản xạ gân bánh chè giảm hoặc mất trong tổn thương rễ L4, phản xạ gân gót giảm hoặc mất trong tổn thương rễ S1.

3.1.2. Cận lâm sàng

– Các xét nghiệm về dấu hiệu viêm trong xét nghiệm máu âm tính, các chỉ số sinh hóa thông thường không thay đổi. Tuy nhiên cần chỉ định xét nghiệm bilan viêm, các xét nghiệm cơ bản nhằm mục đích loại trừ những bệnh lý như viêm nhiễm, ác tính và cần thiết khi chỉ định thuốc.

– Chụp Xquang thường quy cột sống thắt lưng: ít có giá trị chẩn đoán nguyên nhân. Đa số các trường hợp Xquang thường quy bình thường hoặc có dấu hiệu thoái hóa cột sống thắt lưng, trượt đốt sống. Chỉ định chụp Xquang thường quy nhằm loại trừ một số nguyên nhân (viêm đĩa đệm đốt sống, tình trạng hủy đốt sống do ung thư...).

– Chụp cộng hưởng từ (MRI) cột sống thắt lưng: nhằm xác định chính xác dạng tổn thương cũng như vị trí khối thoát vị, mức độ thoát vị đĩa đệm, đồng thời có thể phát hiện các nguyên nhân ít gặp khác (viêm đĩa đệm đốt sống, khối u, ...).

– Chụp CT-scan: chỉ được chỉ định khi không có điều kiện chụp cộng hưởng từ.

– Điện cơ: giúp phát hiện và đánh giá tổn thương các rễ thần kinh.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các trường hợp giả đau thần kinh tọa.

– Đau thần kinh đùi, đau thần kinh bì đùi, đau thần kinh bịt.

– Đau khớp háng do viêm, hoại tử, thoái hóa, chấn thương.

– Viêm khớp cùng chậu, viêm, áp xe cơ thắt lưng chậu.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

– Điều trị theo nguyên nhân (thường gặp nhất là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng).

– Giảm đau và phục hồi vận động nhanh.

– Điều trị nội khoa với những trường hợp nhẹ và vừa.

– Can thiệp ngoại khoa khi có những biến chứng liên quan đến vận động, cảm giác.

– Đau thần kinh tọa do nguyên nhân ác tính: điều trị giải ép cột sống kết hợp điều trị chuyên khoa.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Nội khoa

– Chế độ nghỉ ngơi:

Nằm giường cứng, tránh các động tác mạnh đột ngột, mang vác nặng, đứng, ngồi quá lâu.

– Điều trị thuốc:

+ Thuốc giảm đau. Tùy mức độ đau mà sử dụng một hoặc phối hợp các thuốc giảm đau sau đây:

- Thuốc giảm đau: paracetamol 1-3 gam/ ngày chia 2-4 lần. Trường hợp đau nhiều, chỉ định paracetamol kết hợp với opiat nhẹ như Codein hoặc Tramadol 2-4 viên/ngày.

- Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID): tùy đối tượng bệnh nhân, có thể dùng một trong các NSAID không chọn lọc hoặc có ức chế chọn lọc COX-2, ví dụ: Ibuprofen (400 mg x 3-4 lần/ngày), naproxen (500 mg x 2 lần/ngày, diclofenac (75-150 mg/ngày), piroxicam (20 mg/ngày), meloxicam (15 mg/ngày), celecoxib (200 mg/ngày), etoricoxib (60 mg/ngày). Cần lưu ý các tác dụng phụ trên đường tiêu hóa, thận, tim mạch. Để giảm nguy cơ tiêu hóa (đặc biệt khi sử dụng các NSAID không chọn lọc) nên xem xét sử dụng phối hợp với một thuốc bảo vệ dạ dày thuốc nhóm ức chế bơm proton (PPI) (xem thêm phần phụ lục).

- Trong trường hợp đau nhiều có thể cần phải dùng đến các chế phẩm thuốc phiện như morphin.

+ Thuốc giãn cơ: Tolperisone (100-150 mg x 3 lần uống/ngày) hoặc Eperisone (50 mg x 2-3 lần/ngày) ...

+ Các thuốc khác: khi bệnh nhân có đau nhiều, đau mạn tính, có thể sử dụng phối hợp với các thuốc giảm đau thần kinh như:

- Gabapentin: 600-1200 mg/ngày (bắt đầu bằng liều 300/ngày trong tuần đầu).
- Pregabalin: 150-300 mg/ngày (bắt đầu bằng liều 75 mg/ngày trong tuần đầu).
- Các thuốc khác: các vitamin nhóm B hoặc Mecobalamin.

+ Tiêm corticosteroid ngoài màng cứng: giảm đau do rễ trong bệnh thần kinh tọa, có thể tiêm dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng hoặc CT.

4.2.2. Vật lý trị liệu

– Mát xa liệu pháp.

– Thể dục trị liệu: những bài tập kéo giãn cột sống, xà đơn treo người nhẹ. Bơi, một số bài tập cơ lưng giúp tăng cường sức mạnh cột sống.

– Đeo đai lưng hỗ trợ nhằm tránh quá tải trên đĩa đệm cột sống.

4.2.3. Các thủ thuật can thiệp xâm lấn tối thiểu

- Các thủ thuật điều trị can thiệp tối thiểu: sử dụng sóng cao tần (tạo hình nhân đĩa đệm). Mục đích là lấy bỏ hoặc làm tiêu tổ chức từ vùng trung tâm đĩa đệm để làm giảm áp lực chèn ép của đĩa đệm bị thoát vị đối với rễ thần kinh.

- Chỉ định: những thoát vị đĩa đệm dưới dây chằng, tức là chưa qua dây chằng dọc sau.

4.2.4. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại hoặc những trường hợp có chèn ép nặng (hội chứng đuôi ngựa, hẹp ống sống, liệt chi dưới...), teo cơ.

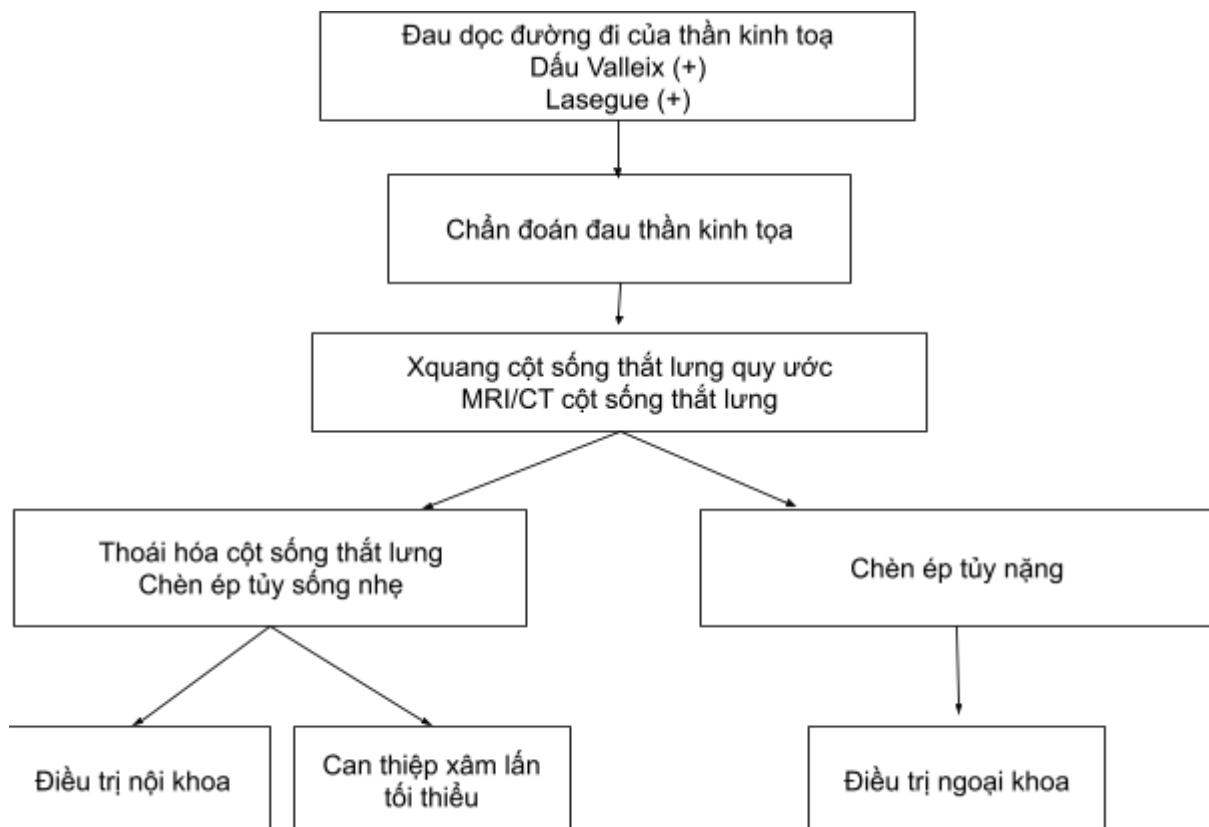
- Tùy theo tình trạng thoát vị, trượt đốt sống hoặc u chèn ép cũng như điều kiện kỹ thuật cho phép mà sử dụng các phương pháp phẫu thuật khác nhau (nội soi, sóng cao tần, vi phẫu hoặc mổ hở, làm vững cột sống). Hai phương pháp phẫu thuật thường sử dụng:

+ Phẫu thuật lấy nhân đệm: cắt bỏ một phần nhỏ đĩa đệm thoát vị gây chèn ép thần kinh. Chỉ định sau khi điều trị đau 03 tháng không kết quả. Trường hợp bệnh nhân đã có biến chứng hạn chế vận động và rối loạn cảm giác nặng, cần phẫu thuật sớm hơn.

+ Phẫu thuật cắt cung sau đốt sống: chỉ định đối với đau thần kinh tọa do hẹp ống sống, phương pháp này làm cột sống mất vững và dễ tái phát.

+ Trường hợp trượt đốt sống gây chèn ép thần kinh nặng: cố định bằng phương pháp làm cứng đốt sống, nẹp vít cột sống.

SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA



5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Rối loạn vận động chi dưới gây hạn chế vận động một phần hoặc hoàn toàn liệt chi dưới.
- Rối loạn cảm giác chi dưới.
- Rối loạn cơ vòng (cơ tròn).

6. THEO DÕI VÀ QUẢN LÝ

- Cần các biện pháp bảo vệ cột sống kết hợp (thay đổi lối sống, có các biện pháp tránh cho cột sống bị quá tải, nên bơi hàng tuần).
- Nếu do các nguyên nhân ác tính tại chỗ hoặc di căn, cần kết hợp điều trị ung thư (hóa trị, xạ trị).
- Nên mang đai lưng sau phẫu thuật ít nhất 1 tháng khi đi lại hoặc ngồi lâu.
- Tái khám định kỳ sau điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa theo hẹn.

7. PHÒNG BỆNH

- Giữ tư thế cột sống thẳng đứng khi ngồi lâu hoặc lái xe, có thể mang đai lưng hỗ trợ.
- Tránh các động tác mạnh đột ngột, sai tư thế, mang vác nặng.
- Luyện tập bơi lội hoặc yoga giúp tăng sức bền và sự linh hoạt khối cơ lưng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bradley WG, et al; "Neurology in Clinical Practice"; 5th ed. Philadelphia, Pa.: Butterworth-Heinemann Elsevier; 2008.
2. Knight CL, et al; "Treatment of acute low back pain"; <http://www.uptodate.com/index>. Accessed Aug. 9, 2012.
3. Hsu PS, et al; "Lumbosacral radiculopathy: Pathophysiology, clinical features and diagnosis"; <http://www.uptodate.com/index>. Accessed Aug. 2, 2012.
4. Levin K, et al; "Acute lumbosacral radiculopathy: Prognosis and treatment"; <http://www.uptodate.com/index>. Accessed Aug. 2, 2012.
5. Van Tulder M, Peul W, Koes B; "Sciatica: what the rheumatologist needs to know"; *Nat Rev Rheumatol*. 2010;6(3):139-45