



Cervical Spondylotic Myelopathy(CSM)

(Bệnh lý tủy do thoái hóa cột sống cổ)

PGS.TS CAO PHI PHONG

2020



Làm thế nào chẩn đoán bệnh lý tủy cổ?

(How do you diagnose cervical myelopathy?)



Đặc điểm bệnh sử nào nhạy nhất cho bệnh lý tủy cổ ?
(*What historical feature is most sensitive for cervical myelopathy?*)



Nghiệm pháp thăm khám nào nhạy nhất phát hiện bệnh lý tủy cổ?
(*What physical maneuver has the highest sensitivity for detecting cervical myelopathy ?*)



Cervical Spondylotic Myelopathy (CSM) Is The Most Complex Cervical ...

A good neurologic exam, a good *historical* feature



Giải phẫu học cột sống cổ

❑ Cột sống gồm : Các đốt sống-các đĩa đệm và hệ thống các dây chằng.

❑ Có từ 33-35 đốt sống và được chia làm 5 đoạn, hình dáng mỗi đốt sống khác nhau ở mỗi đoạn và trong mỗi đoạn cũng có các đặc điểm khác nhau.

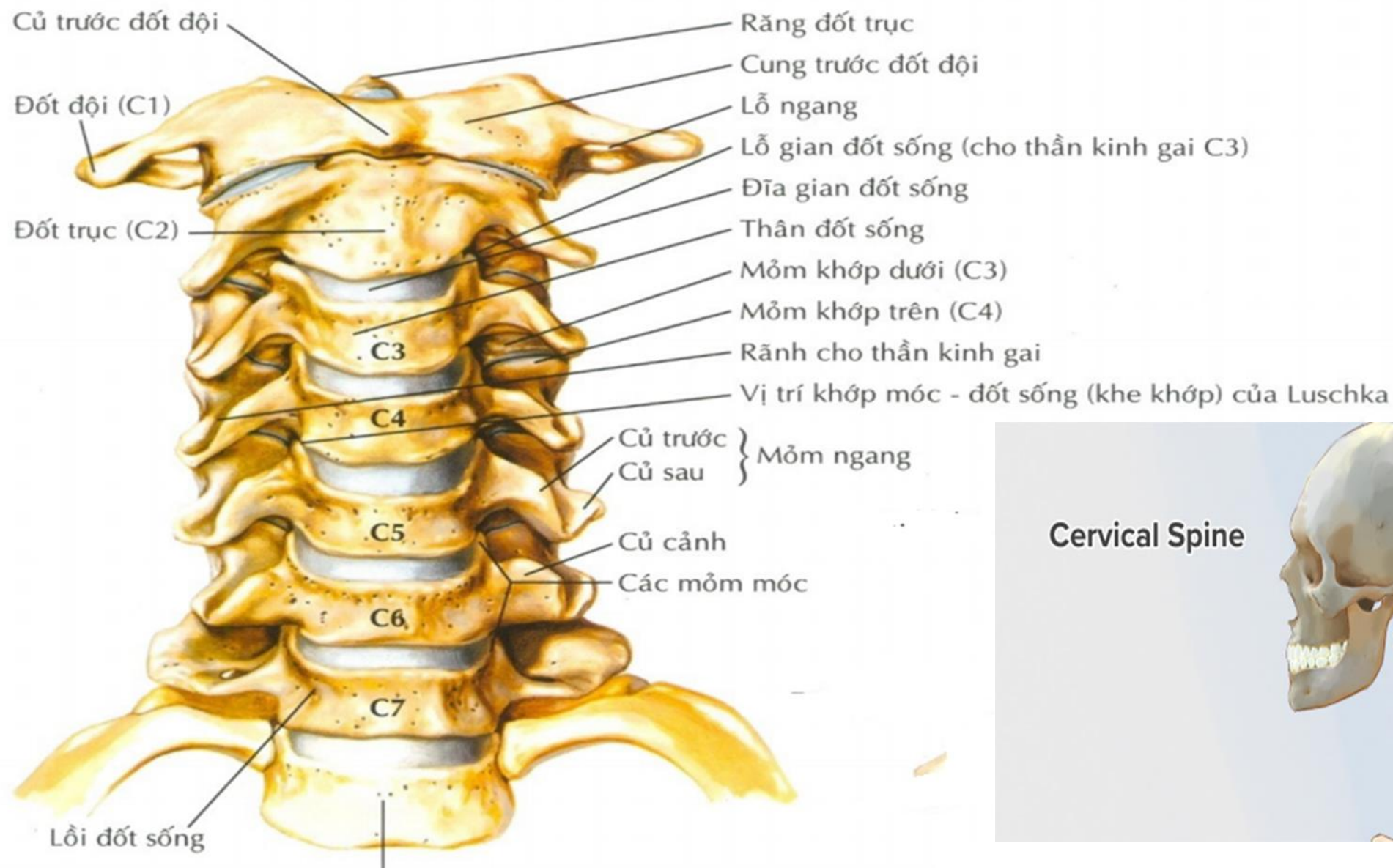
❑ Cột sống gồm:

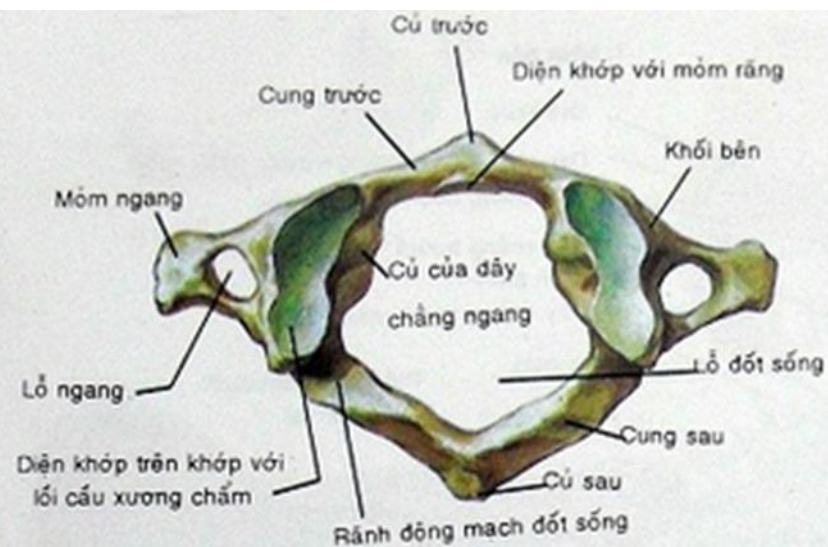
- Đoạn cổ (7 đốt sống C1-C7)
- Đoạn ngực (12 đốt sống D1-D12)
- Đoạn thắt lưng (5 đốt sống L1-L5)
- Đoạn cùng (5 đốt sống S1-S5)
- Đoạn cụt (3-5 đốt sống)

Riêng đoạn cùng và đoạn cụt dính với nhau thành một khối, không có các đĩa đệm giữa các đốt sống

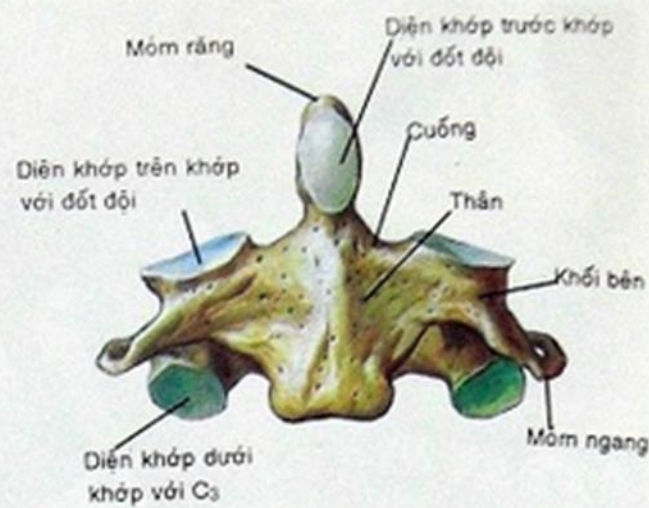


Các đốt sống cổ: nhìn trước

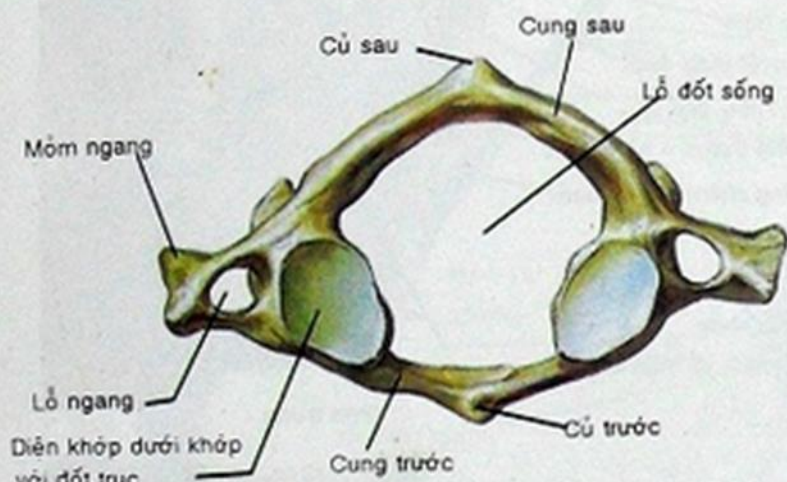




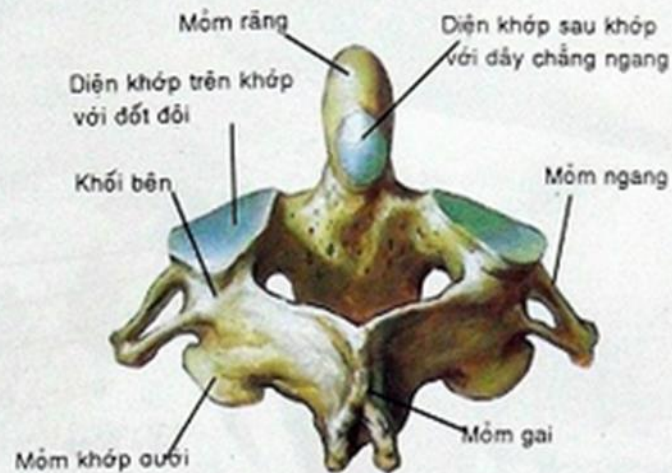
Đốt đốt (C₁) : nhìn trên



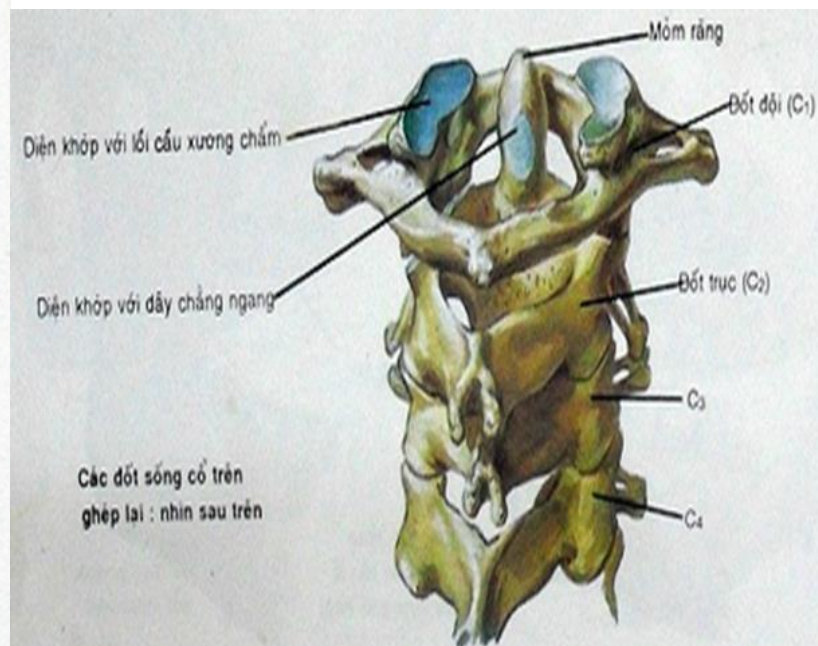
Đốt trục (C₂) : Nhìn trước

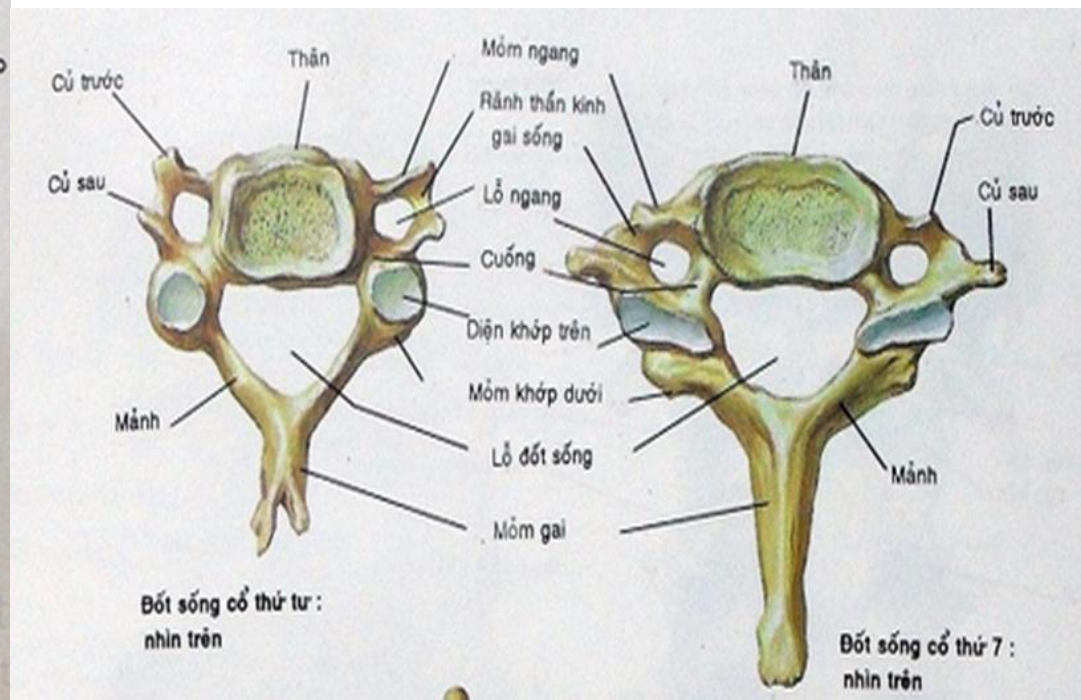
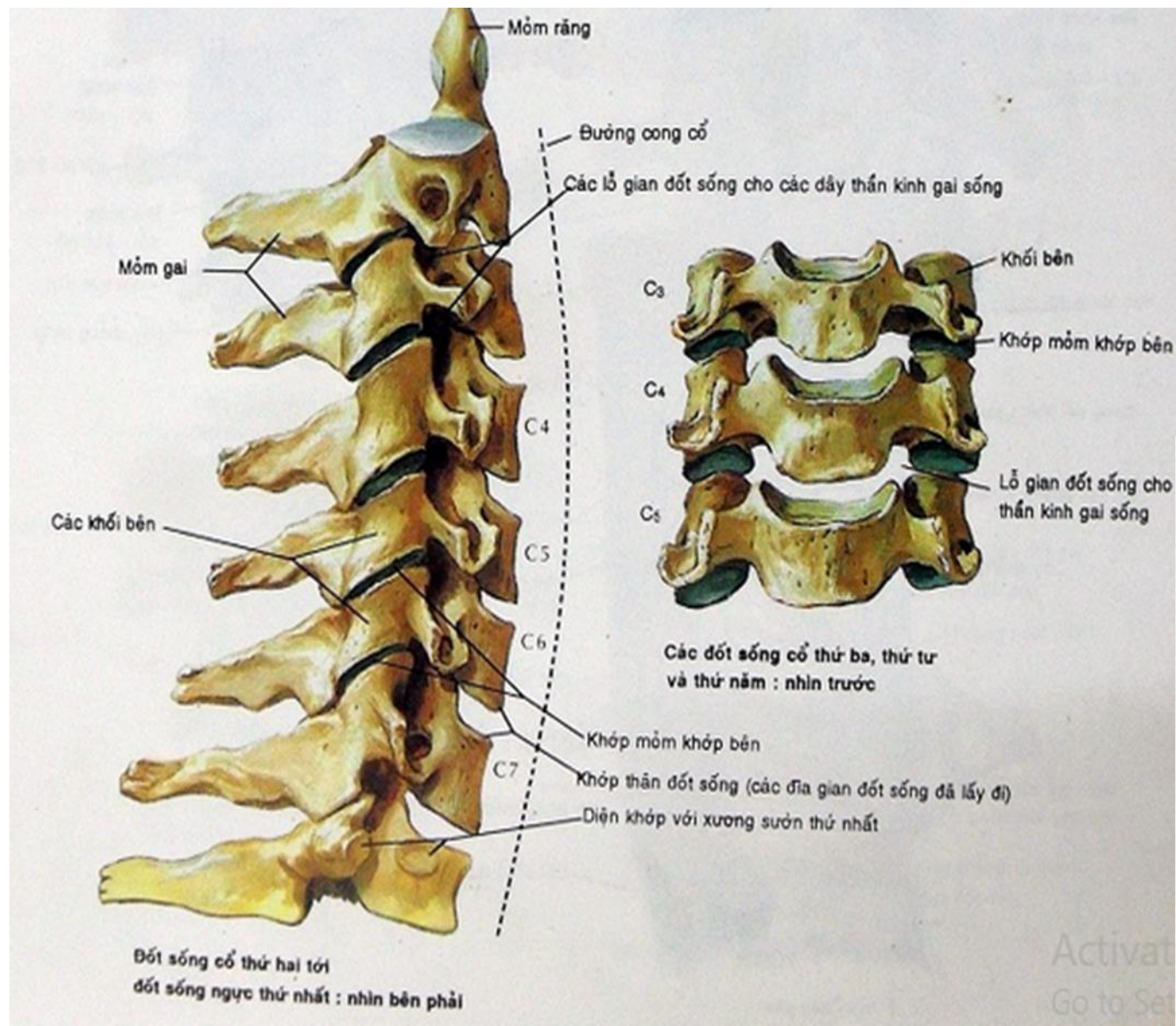


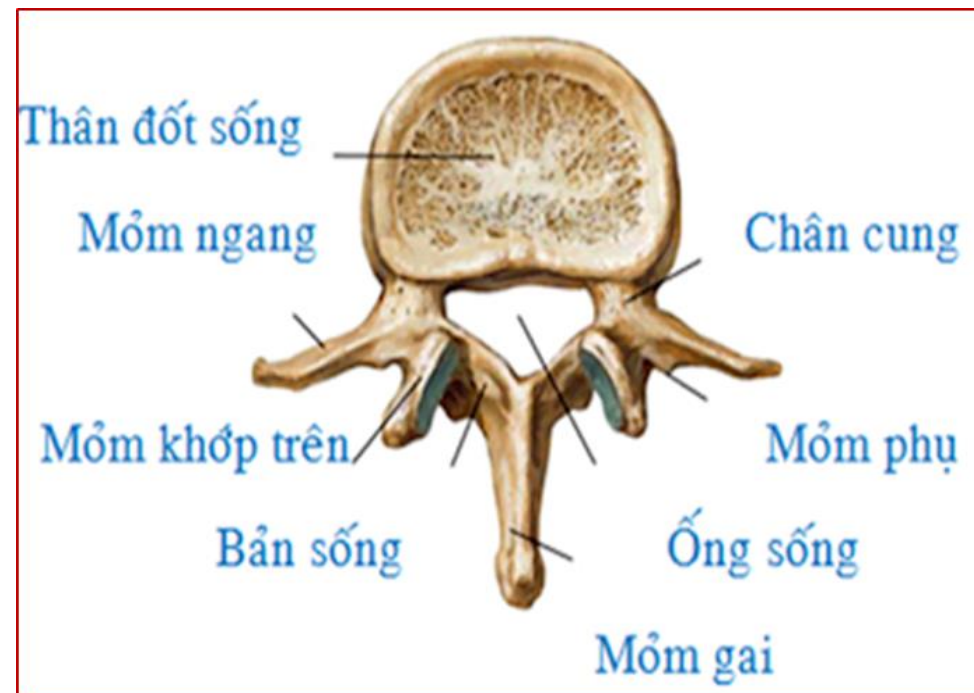
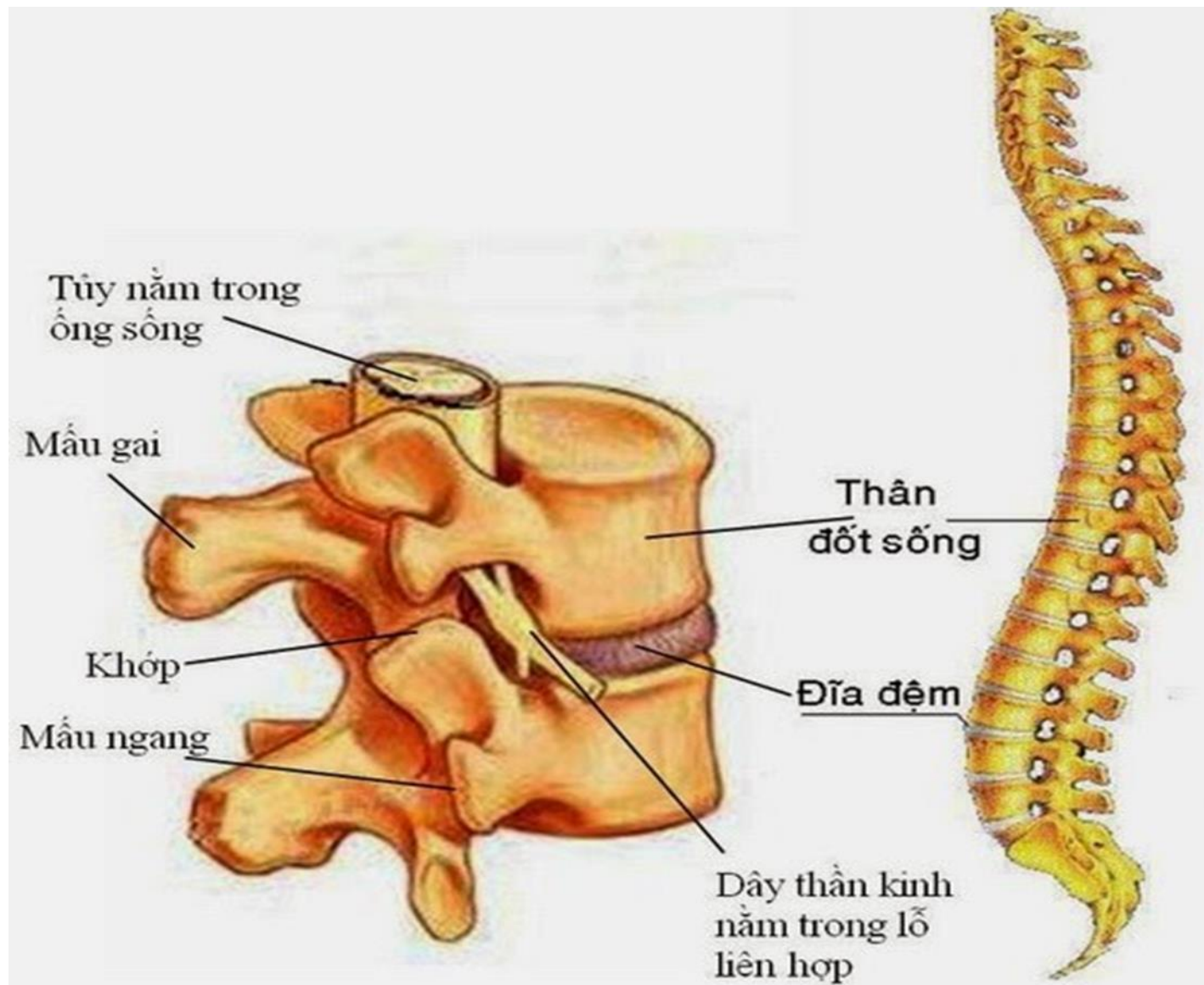
Đốt đốt (C₁) : nhìn dưới

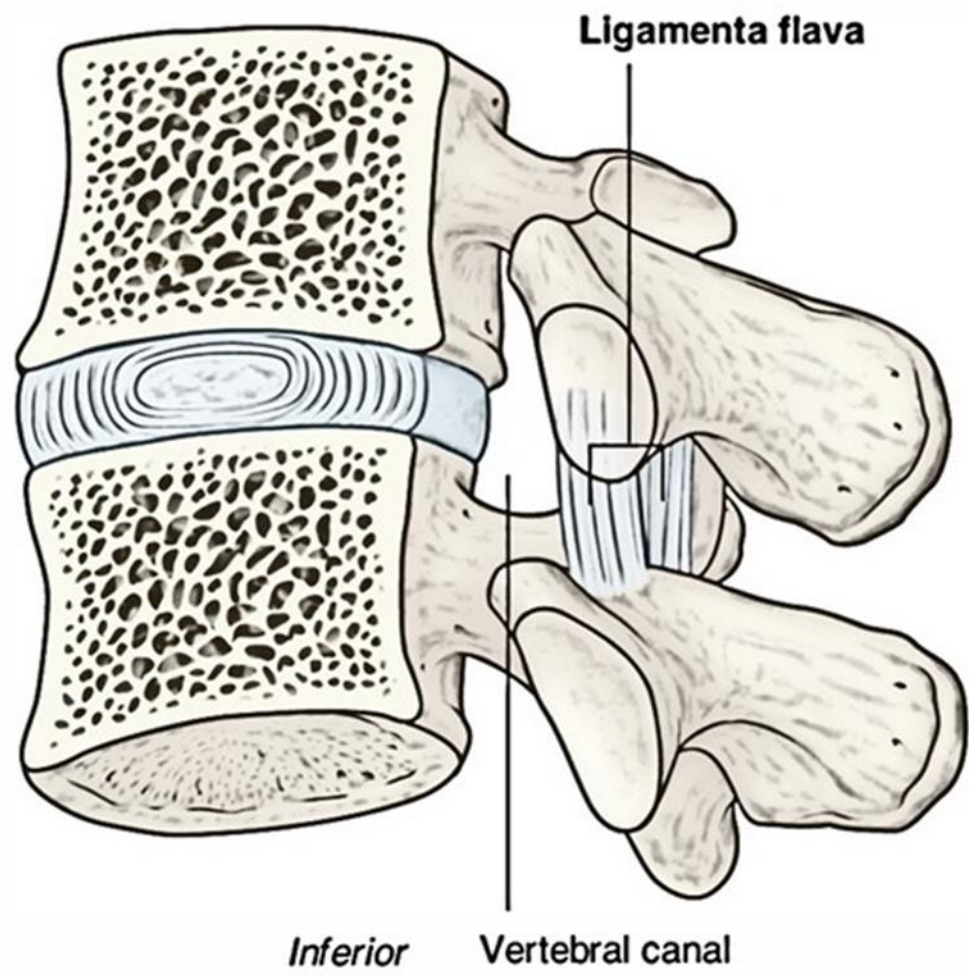


Đốt trục (C₂) : Nhìn sau - trên

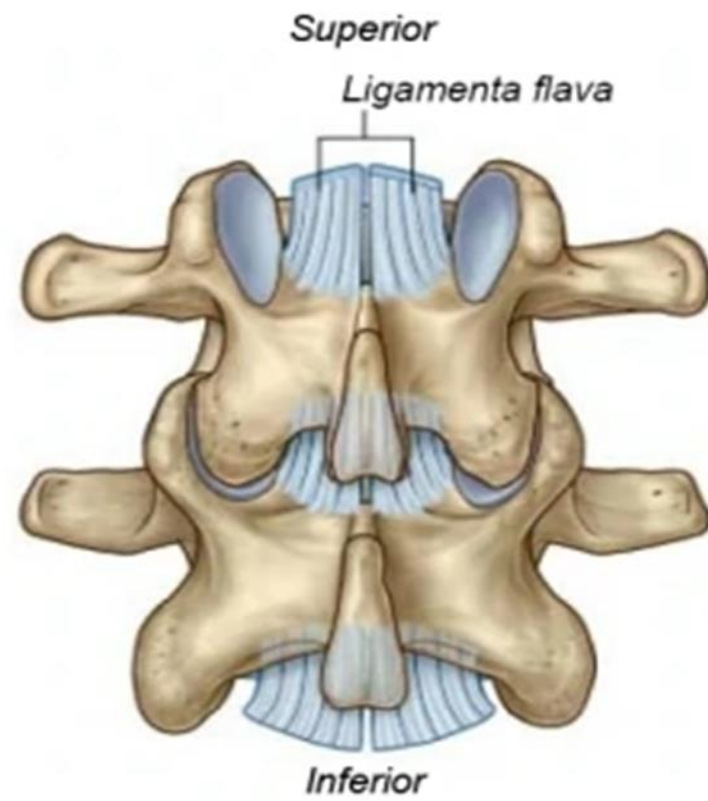








Posterior



Giới thiệu

- **Thoái hóa cột sống cổ (Cervical Spondylosis)** đề cập đến một quá trình thoái hóa tiến triển ảnh hưởng đến đốt sống cổ và đĩa đệm (cervical vertebral bodies and intervertebral discs).
- Quá trình này có thể dẫn đến hẹp của ống sống trung tâm, chèn ép tủy sống cổ và tạo ra một hội chứng rối loạn chức năng tủy sống được gọi là bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ.
- ***Bệnh lý tủy xảy ra ở 5 đến 10% bệnh nhân bị thoái hóa đốt sống cổ có triệu chứng.***
- Các hội chứng lâm sàng khác liên quan đến thoái hóa đốt sống cổ bao gồm **đau cổ và bệnh lý rễ cổ.**
- **Cervical spondylotic myelopathy(CSM)** là nguyên nhân phổ biến nhất ở người lớn trên 55 tuổi, gây ra khuyết tật tiến triển và làm suy giảm chất lượng cuộc sống.

- Hẹp ống cổ trung tâm có thể tạo ra rối loạn chức năng của tủy sống kế cận, do chèn ép cơ học và thiếu máu cục bộ tủy sống do chèn ép động mạch và / hoặc tĩnh mạch tủy.
- Sự gấp và duỗi của cổ có thể làm trầm trọng thêm sự chèn ép; đường kính ống giảm từ 2 đến 3 mm trong gấp, trong khi duỗi có thể gây ra sự thắt vào bên trong của dây chằng vàng (ligamentum flavum).

- Hội chứng thần kinh CSM đôi khi được gọi là bệnh lý rễ tủy (radiculomyelopathy) vì quá trình thoái hóa cột sống có thể đồng thời làm tổn thương rễ thần kinh cũng như tủy sống.
- Tổn thương các tế bào sừng trước trong chất xám của tủy sống gây ra sự thiếu hụt tế bào thần kinh vận động thấp hơn ở mức độ liên quan đến tủy sống .
- Khu vực C5-7 thường bị ảnh hưởng nhất, các tế bào thần kinh vận động thấp hơn hoặc các dấu hiệu khoanh thường được quan sát thấy trong myotomes này

Nguyên nhân bệnh lý tủy do thoái hóa CS cổ

Bệnh lý tủy cổ

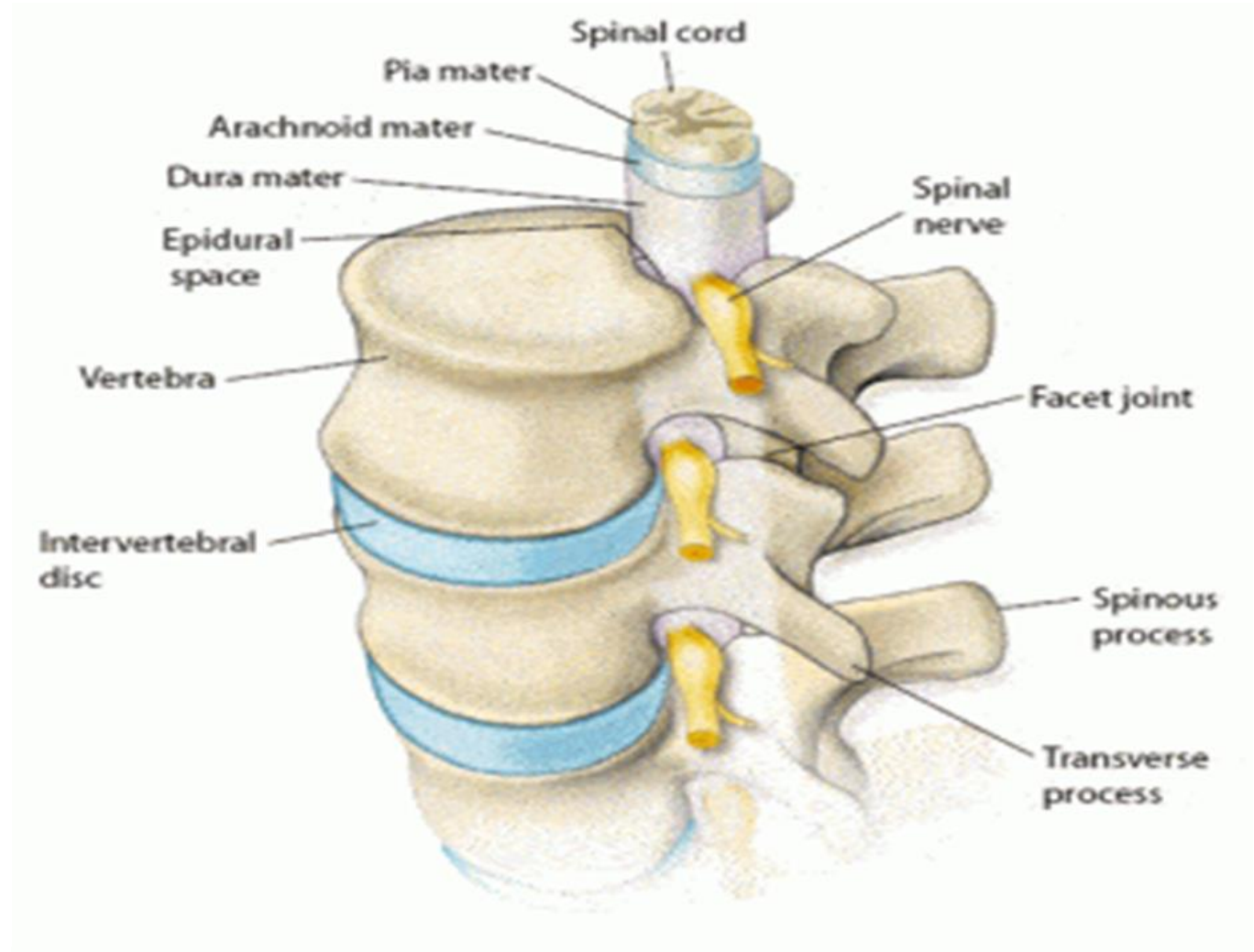


Degenerative spondylotic disease

- Disc/osteophytes complex
- Facet hypertrophy
- Thickened ligamentum flavum
- Deformity
- kyphosis–Subluxation/ spondylolisthesis

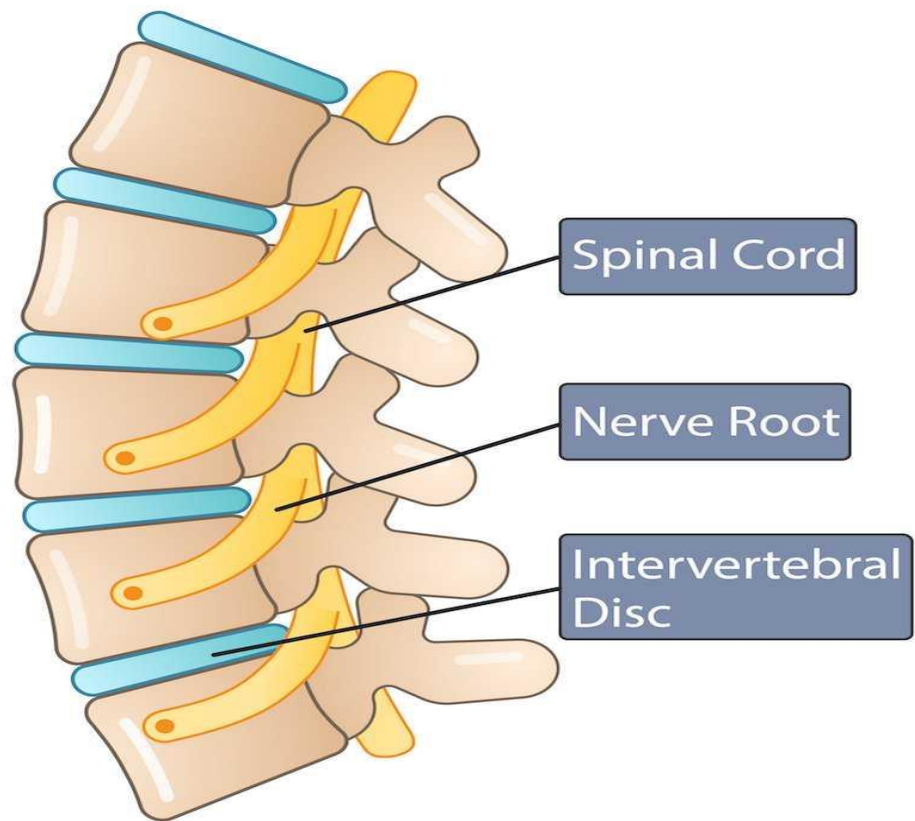
OPLL (Ossified posterior longitudinal ligament)

Trauma, tumor, syringomyelia, other
Congenital spinal stenosis

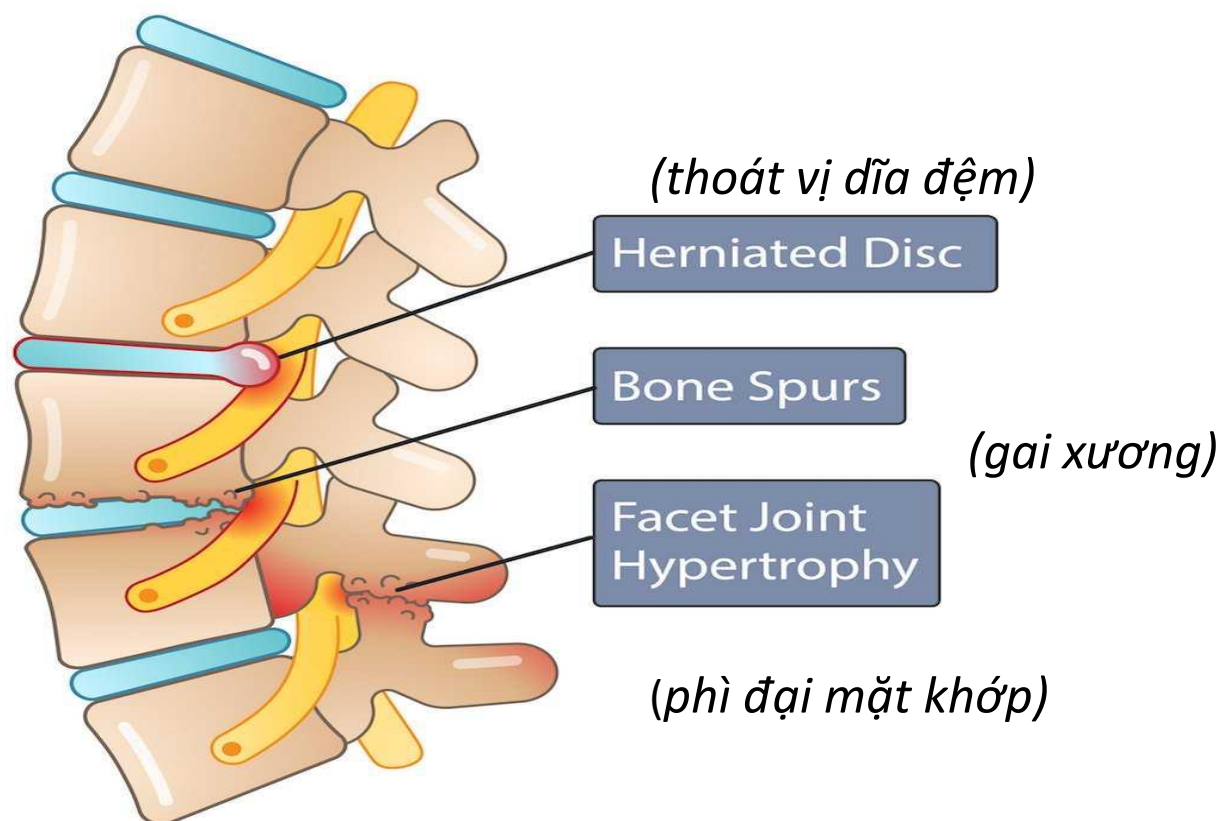


Hẹp ống sống (Spinal Stenosis)

Healthy Spine

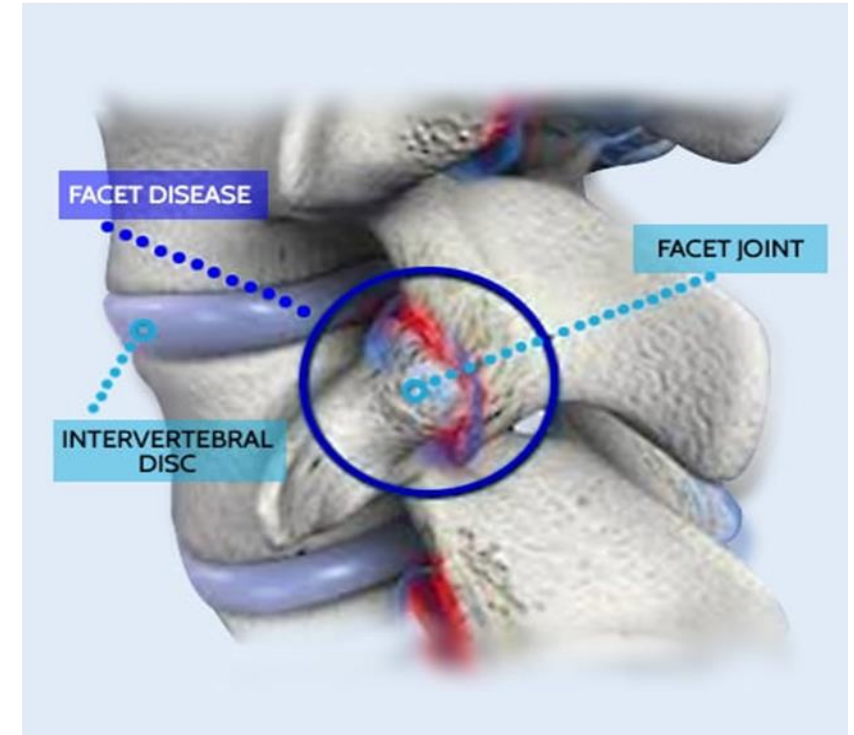
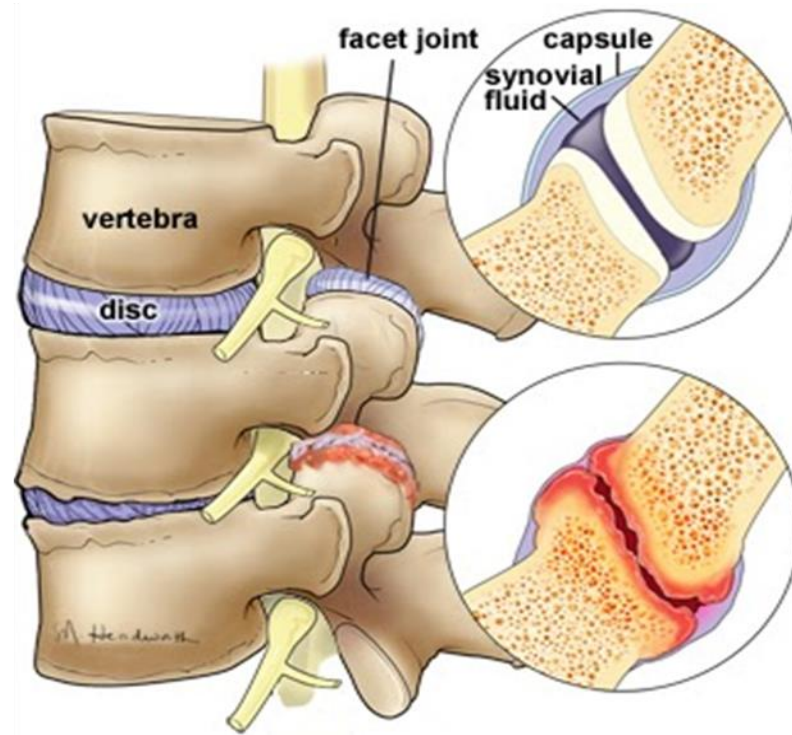
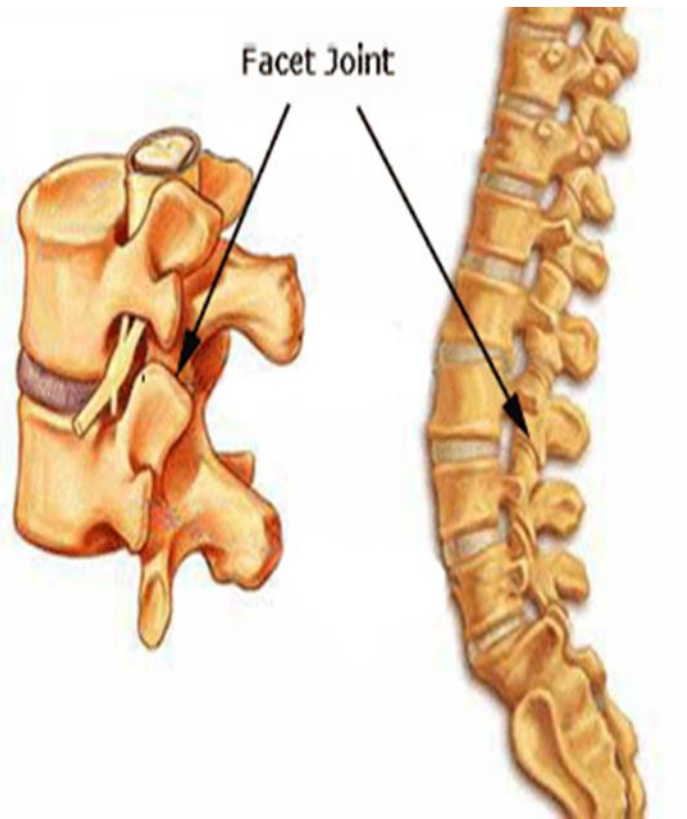


Spinal Stenosis



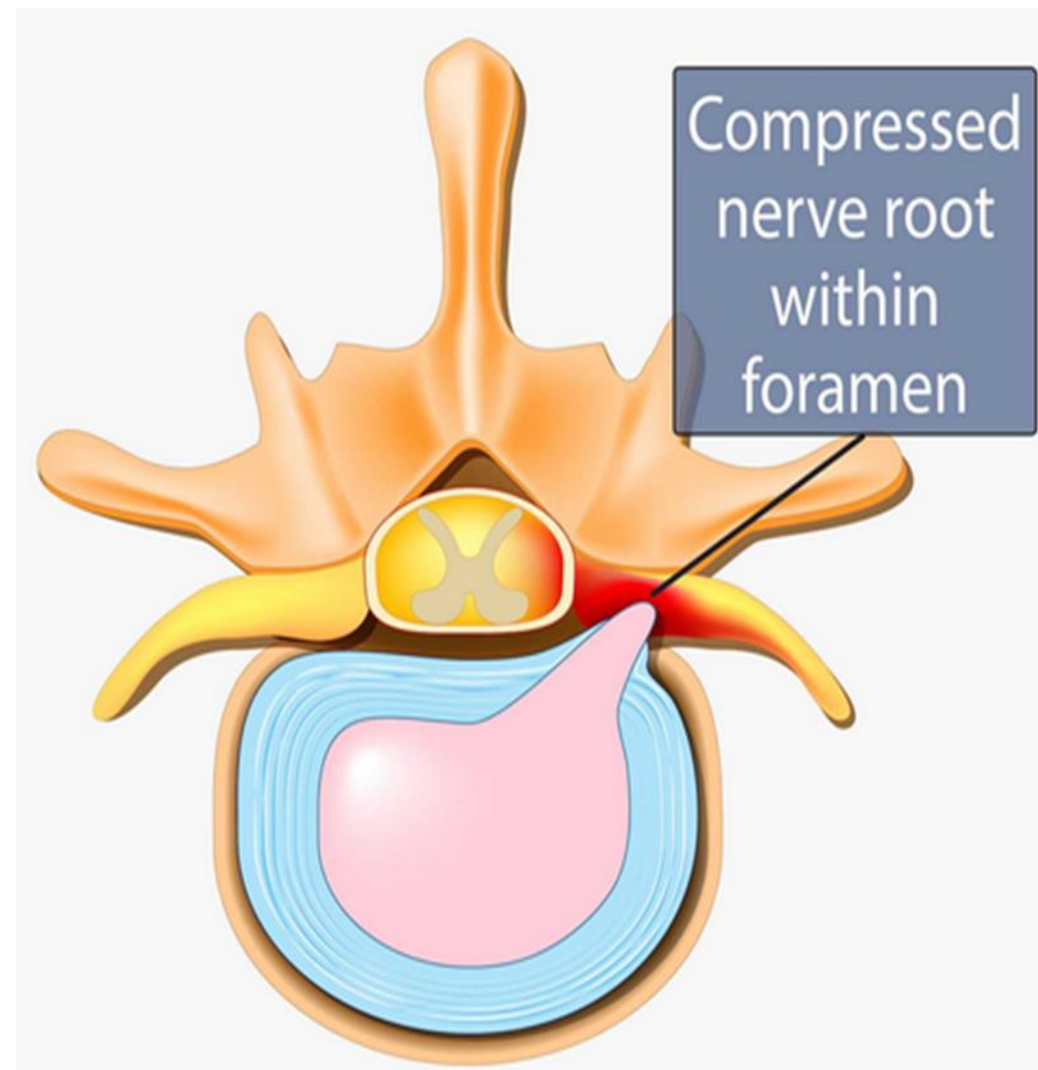
Phì đại mặt khớp (facet hypertrophy)

Phì đại ở mặt khớp có liên quan đến viêm khớp cột sống và giống như viêm khớp cột sống, nó thường xảy ra do ảnh hưởng của tuổi tác, hao mòn, tư thế xấu và / hoặc chấn thương



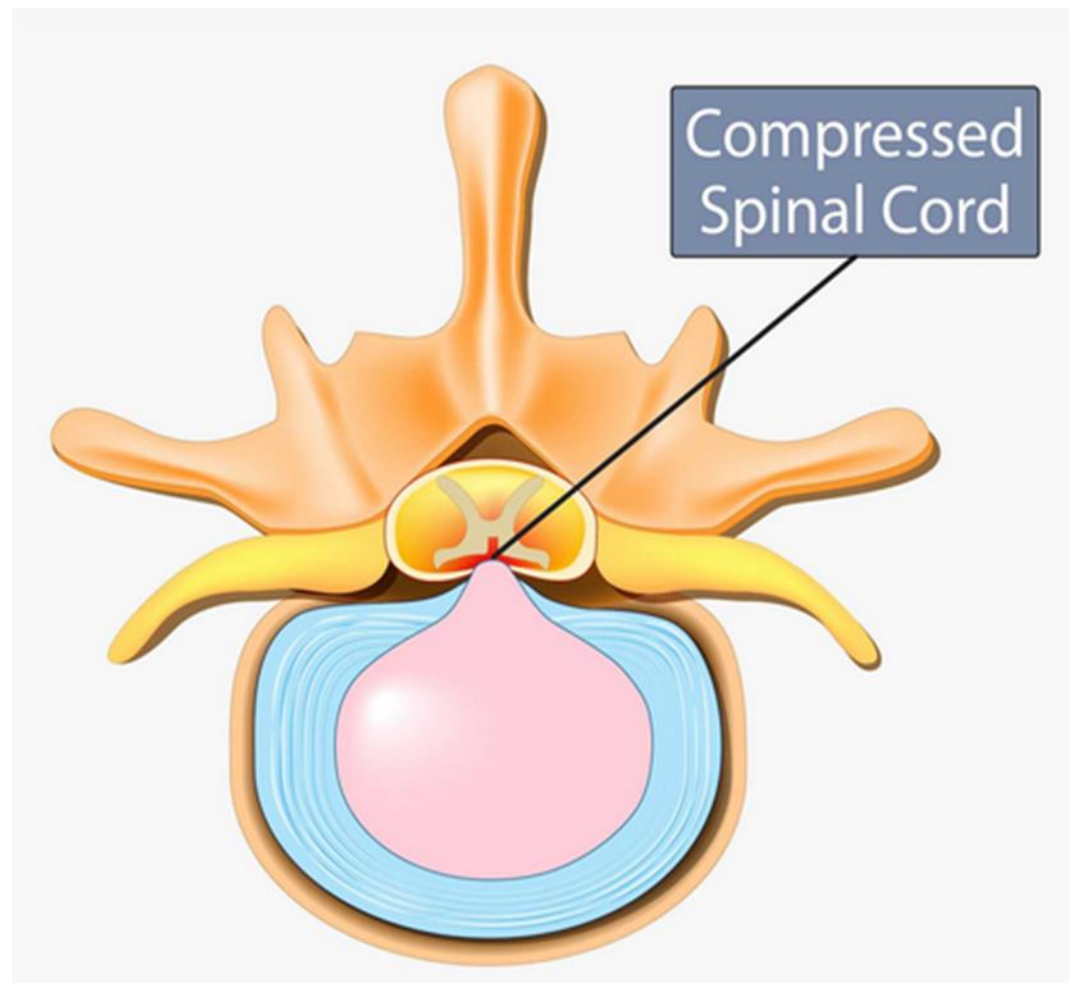
Hẹp lỗ liên hợp (foraminal stenosis)

- Còn được gọi là hẹp ống sống bên, đây là loại hẹp ống sống thường xảy ra nhất.
- Nó xảy ra khi tắc nghẽn phát triển trong lỗ ra thần kinh sống (spine's neural foramen) - các lỗ thông qua đó các rễ thần kinh đi qua. Gai xương, phì đại mặt khớp, và thoát vị đĩa đệm và phình có thể chèn ép rễ thần kinh gây ra các triệu chứng hẹp.



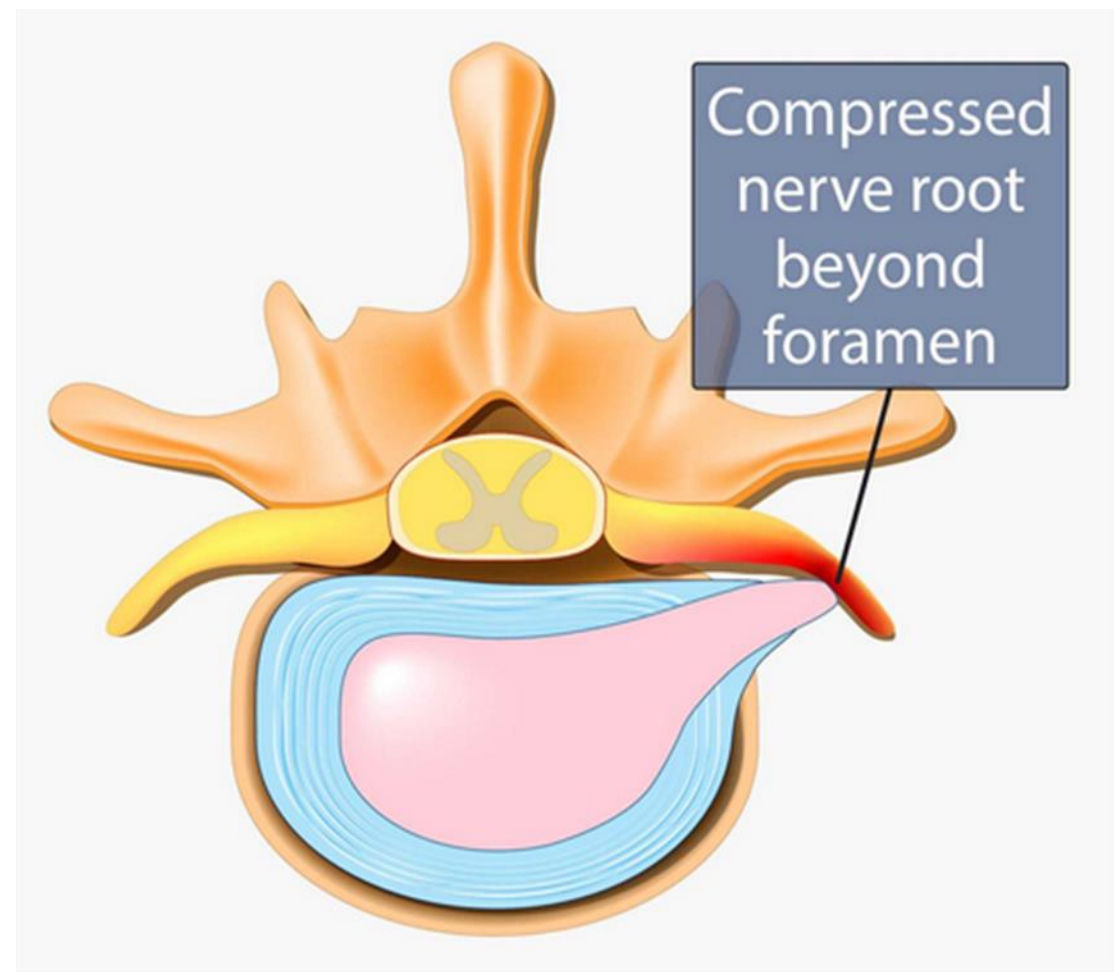
Hẹp ống trung tâm

Hẹp ống trung tâm xảy ra do sự tích tụ quá mức xương (osteophytes), dày dây chằng (phì đại ligamentum flavum), hoặc thoát vị đĩa đệm và phình ra làm hẹp ống sống và gây chèn ép lên rễ thần kinh. Viêm khớp là nguyên nhân phổ biến nhất của loại hẹp ống sống này.



Hẹp bên phần xa (Far Lateral Stenosis)

Loại hẹp này xảy ra khi thu hẹp kéo dài ra ngoài các lỗ thần kinh. Hẹp phần xa bên có thể được gây ra bởi các gai xương (endplate osteophytes), thoát vị đĩa đệm bên xa, phì đại mặt khớp hoặc hội chứng Bertolotti's. Trong một số trường hợp có thể được kết hợp foraminal stenosis và far lateral stenosis



Tiếp cận bệnh nhân CSM

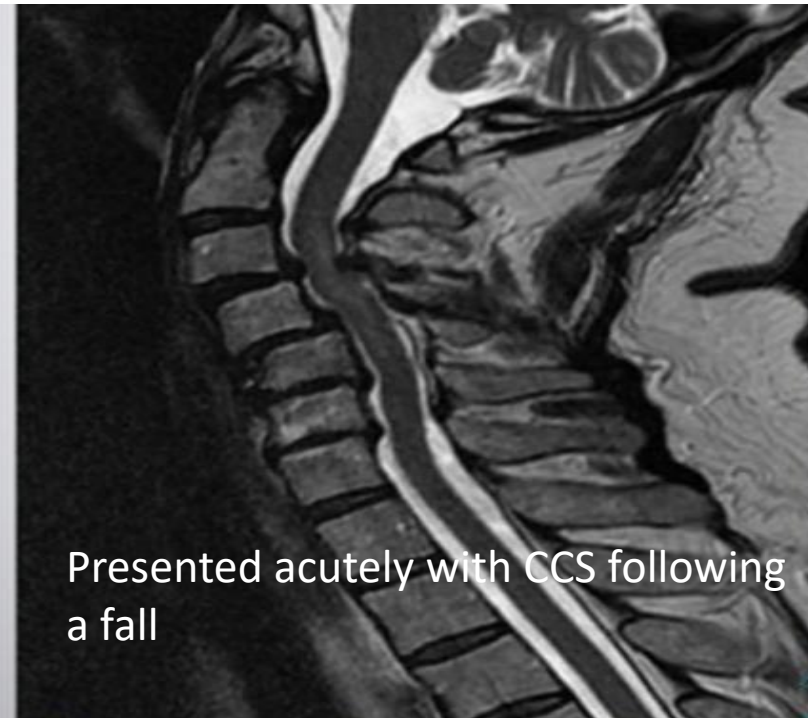
Bệnh sử

Diễn tiến của CSM là lẫn lộn và thay đổi

- Nói chung là suy giảm từng bước, chậm
- Thời gian ngưng dài không phải là hiếm
- Suy thoái cấp tính ít phổ biến hơn
- Hẹp lâu ngày có thể được liên kết với demyelination và tiềm năng thiếu hụt không thể đảo ngược

Sự khởi đầu của các triệu chứng có thể là cấp tính hoặc âm ỉ dần

- Tùy thuộc vào khả năng tùy sống thích ứng với chèn ép.
- Suy giảm cấp có thể xảy ra sau những chấn thương nhẹ (trivial injuries)



What historical feature is most sensitive for cervical myelopathy?



- Mất kỹ năng tinh vi (manual dexterity)
- Thường có bệnh lý rễ cổ đi kèm
- Dáng đi ổn định
- Mất thăng bằng

Level affected



- Both arms and legs, cervical--MRI cervical spine
- Legs only, low cervical, thoracic

Thăm khám

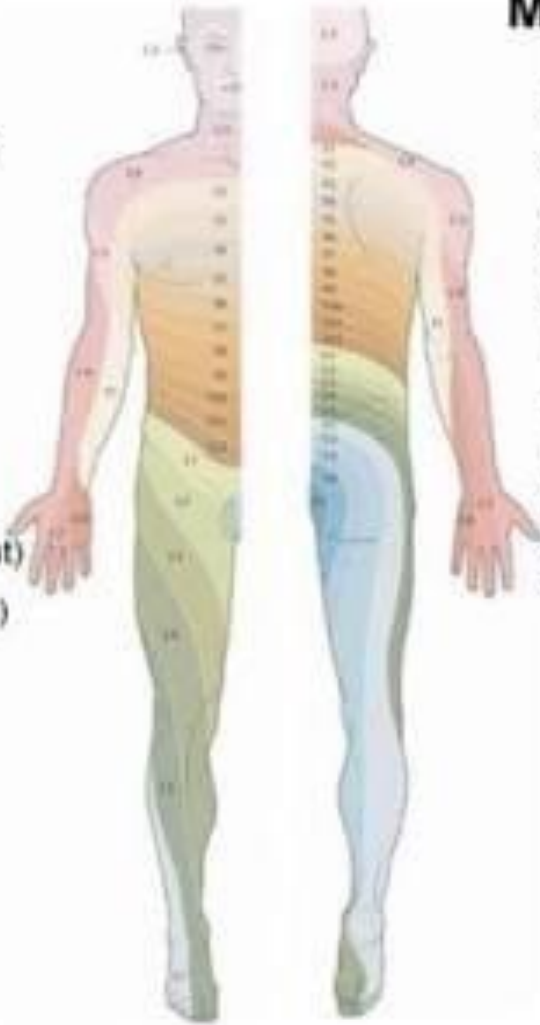
- Chèn ép tủy sống cổ có thể phát sinh yếu ở tay, chân hoặc cả hai; mất cảm giác với mức cảm giác ở ngực cao hoặc cổ; và rối loạn chức năng cơ vòng bàng quang và trực tràng.
- ***Không có mô hình rõ ràng về thiếu hụt thần kinh trong bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ.*** Bệnh nhân có các dấu hiệu và triệu chứng khác nhau có thể bao gồm:

*Đau ở cổ, vùng dưới xương vai (subscapular) hoặc vai, thường tỏa ra cánh tay.
Tê hoặc dị cảm ở cánh tay. Mất cảm giác có thể theo dermatome và thường là nguyên nhân của việc mất kiểm soát vận động tinh vi ở tay*

- Rối loạn dáng đi, thường được đặc trưng spastic, scissoring (co cứng, như cắt bằng kéo).
- Thiếu hụt cảm giác, thường liên quan đến chức năng cột sau (giảm vị trí khớp và cảm giác rung) và mất cảm giác đau, ở chi dưới và góp phần làm thất điều dáng đi.
- Yếu ở các chi dưới với các đặc điểm tế bào vận động trên (tăng phản xạ, tăng trương lực và dấu hiệu Babinski).
- Phát hiện tổn thương tế bào vận động thấp (yếu, teo và phản xạ mất) trong phân bố myotome ở cánh tay hoặc bàn tay. Các myotome C5-7 thường bị ảnh hưởng nhất.
- Rối loạn chức năng bàng quang, urgency(khẩn cấp), frequency (thường xuyên), and/or retention(bí).
- **Dấu hiệu Lhermitte**. Một cảm giác giống như sốc điện ở cổ, tỏa xuống cột sống hoặc vào cánh tay, được tạo ra bởi sự gấp về phía trước của cổ.

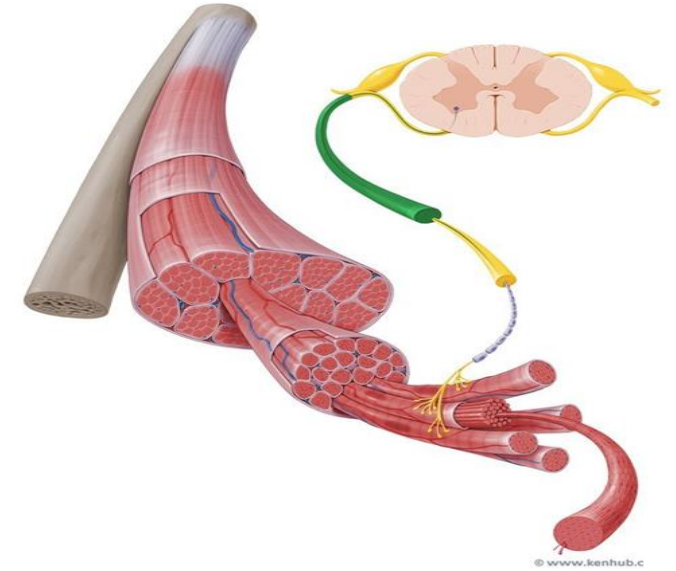
Dermatomes

- C4 (collar)
- C5 (lateral shoulder)
- C6 (thumb)
- C7 (no Heaven)
- C8 (pinky)
- T4 (teet-pore)
- T7 (xiphoid)
- T10 (belly-butTen)
- L1 (Inguinal Ligament)
- L4 (media| malleo|us)
- L5 (top of foot)
- S1 (Heel)



Myotomes

- C5 – Shoulder abduction (deltoid)
- C6 – Elbow flexion (biceps, brachiorad)
- C7 – Elbow extension (triceps)
- C8 – Wrist flexion (FDS)
- T1 – Finger abduction (DABs)
- L2 – Hip flexion (iliopsoas)
- L4 – Knee extension (quad fem)
- L5 – Dorsiflexion (tibialis anterior)
- S1 – Plantar flexion (gastrocnemius)



Myotomes(khúc cơ)

Definition: “A group of muscles innervated by a single spinal nerve”

Dermatomes (khúc bì)

Definition: “An area of skin supplied by a single spinal nerve”

- Các triệu chứng thường bắt đầu ngấm ngầm.
- Tổn thương đáng đi là triệu chứng sớm phổ biến.
- Điều này không được mô tả bởi bệnh nhân, thường than phiền về yếu chân hoặc cứng khớp hoặc không ổn định mơ hồ.
- Vào thời điểm cần can thiệp phẫu thuật, thiếu hụt cảm giác ở tay gây suy giảm chức năng phổ biến ở 80%.
- Rối loạn chức năng bàng quang ít phổ biến hơn, dưới 20%.
- Việc thăm khám có thể cho thấy **tiếng kêu lộp độp ở cổ** (crepitus) với sự hạn chế gấp và ngửa cổ

- Bệnh nhân CSM có thể bị mất cảm giác hai bên tiến triển và rối loạn chức năng vận động ở tay, không có các triệu chứng thần kinh khác.
- Những triệu chứng này chẩn đoán nhầm là hội chứng ống cổ tay, các nghiên cứu chẩn đoán điện (nghiên cứu dẫn truyền thần kinh và điện cơ) sẽ âm tính.

- **Một số bệnh CSM xuất hiện cấp**, thường là sau chấn thương nhẹ ở cổ (chẳng hạn như do ngã hoặc chấn thương cổ do ngã về phía trước trong tai nạn xe cơ giới), với hội chứng tủy trung tâm đặc trưng bởi suy giảm vận động không cân xứng nhiều hơn ở chi trên so với chi dưới, rối loạn chức năng bàng quang và mức độ mất cảm giác khác nhau dưới mức tổn thương

(Trước đây người ta nghĩ rằng chấn thương trong những trường hợp này là a concussion of the cord with stasis of axoplasmic flow, causing edematous injury. Tuy nhiên, các nghiên cứu khám nghiệm tử thi đã chứng minh rằng chảy máu trong trung tâm tủy là một cơ chế có khả năng hơn. Đây là một sự kiện hiếm gặp ở những bệnh nhân không có triệu chứng trước khi bị chấn thương)

Khi nào bệnh lý tủy cổ được nghi ngờ ở phòng khám ?

- Hình ảnh MRI tiến hành nhanh chóng ở những bệnh nhân nghi ngờ bệnh tủy cổ
- Nếu MRI bình thường, bệnh nhân có thể được điều trị bảo tồn, xem xét cận lâm sàng / tham khảo chẩn đoán khác.

MRI tìm thấy

- Thuật ngữ thay đổi được sử dụng bởi các bác sĩ X quang
- Một số từ cần chú ý: hẹp trung tâm nặng, xóa tủy, biến dạng tủy sống, thay đổi tín hiệu tủy sống

(severe central stenosis, cord effacement, spinal cord deformity, spinal cord signal change)

Chẩn đoán

Đòi hỏi bệnh sử, khám thực thể và khảo sát hình ảnh.

Hình ảnh chẩn đoán

- Cả hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) và chụp cắt lớp vi tính (CT) có thể được sử dụng để chẩn đoán bệnh lý tủy do thoái hóa cột sống cổ, cung cấp đánh giá mức độ về hẹp ống tủy trung tâm.
- MRI vượt trội trong việc cung cấp chi tiết toàn diện về bệnh lý tủy sống, nhưng CT cung cấp hình ảnh tốt hơn về xương và các mô bị vôi hóa khác.
- Do không xâm lấn, MRI thường được lựa chọn. MRI cũng hữu ích để loại trừ các nguyên nhân tiềm ẩn khác của cervical myelopathy

- Các phương pháp khác nhau đo hẹp ống sống đã được sử dụng lâm sàng và trong các nghiên cứu.
- Đơn giản nhất trong số này, và có lẽ được sử dụng phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng thông thường, là thước **đo đường kính trước-sau** (the anterior-posterior diameter).
- Cervical spondylotic myelopathy được coi là **không có nếu đường kính vượt quá 16 mm và có thể xảy ra nếu dưới 10 mm.**
- Sử dụng đo khu vực ống sống (measures of canal area) là một biện pháp đáng tin cậy hơn về mức độ nghiêm trọng của bệnh

- Chèn ép tủy (Spondylotic cord compression) có thể được nhìn thấy ở một hoặc nhiều tầng. Một phần ba đến một nửa số bệnh nhân mắc bệnh đa tầng. Chèn ép ở nhiều tầng thường liên quan với thiếu hụt thần kinh nghiêm trọng hơn và tiên lượng xấu hơn.
- Một dấu hiệu tiềm năng quan trọng khác về mức độ nghiêm trọng của bệnh và tiên lượng là phát hiện bất thường trong tủy (intramedullary). Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu báo cáo kết quả lẫn lộn khi cố gắng liên quan suy yếu thần kinh với phát hiện này.
- Hypointensity on T1-weighted images, mặc dù ít thấy hơn hyperintensity on T2-weighted images, có thể là dấu hiệu đáng tin cậy hơn về mức độ nghiêm trọng của bệnh .

- Bất thường tín hiệu ở nhiều tầng của tủy cũng có vẻ là một phát hiện quan trọng hơn so với các hạn chế khu vực thay đổi tín hiệu.
- Một số nghiên cứu “**diffusion tensor imaging**” cung cấp mối tương quan tốt hơn với các kết quả lâm sàng so với các kỹ thuật MRI truyền thống; tuy nhiên, tiện ích lâm sàng chính xác chưa được thiết lập
- Có một tỷ lệ cao các bất thường MRI của cột sống cổ ở những người già không có triệu chứng
- Cẩn thận mối tương quan lâm sàng giữa hình ảnh và các đặc điểm lâm sàng là cần thiết để chẩn đoán cervical spondylotic myelopathy..

Điện sinh lý

- Nghiên cứu điện cơ kim và dẫn truyền thần kinh thường không thêm vào chẩn đoán cervical spondylotic myelopathy.
- Tuy nhiên, các xét nghiệm này có thể cung cấp thông tin liên quan đến sự hiện diện và mức độ của tổn thương tế bào sừng trước hoặc tổn thương thần kinh sống và rất hữu ích để loại trừ các chẩn đoán khác, đặc biệt là bệnh xơ cứng teo cơ bên (ALS).

- **Motor and somatosensory-evoked potentials** không có vai trò xác định trong chẩn đoán lâm sàng bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ.
- Mặc dù thường cho kết quả bất thường, nhưng độ nhạy thấp và các bất thường quan sát được không đặc hiệu với bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ .
- Tuy nhiên, các nhà nghiên cứu đang xem vai trò tiềm năng cho các xét nghiệm này cũng như kích thích từ trường xuyên sọ trong việc xác định tiên lượng ở bệnh nhân bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ cả khi có và không có can thiệp phẫu thuật

Algorithm for Cervical Myelopathy

Red Flag (dấu hiệu báo động)

- Chấn thương
- U
- Nhiễm trùng
- Mất chức năng nặng : Suy giảm tiến triển nhanh chóng, mất dáng đi, mất sử dụng tay, mất chức năng ruột, bàng quang và cuối cùng là mất chức năng hô hấp là những biểu hiện muộn của tổn thương tủy sống nghiêm trọng

Symptoms and Signs

Symptoms

- ***Upper extremities***
 - Numb, clumsy fingers
 - Decreased dexterity of hands
 - Difficulty with buttons, hand writing
 - Loss of strength, wasting of hand muscles
- ***Lower extremities***
 - Numbness, clumsy gait, falls
 - Weakness

Signs

- Hyperreflexia, increased tone , spread of reflexes
- Positive Hoffman, Babinski
- Decreased rapid alternating movements
- Decreased fine motor (finger nose)
- Poor tandem gait
- Scissor (crouched) gait
- Diminished sensation
- Decreased power (prox>dist)

Chẩn đoán phân biệt

- Cervical spondylotic myelopathy thường không được phát hiện ở giai đoạn đầu.
- Trong các giai đoạn sau, khi tổn thương lâm sàng rõ ràng, một số chẩn đoán phân biệt được đề xuất.

Bệnh xơ cứng teo cơ bên

- Cả amyotrophic lateral sclerosis (ALS) và cervical spondylotic myelopathy có ở người lớn tuổi.
- Việc thăm khám thần kinh cả hai thường thiếu hụt tế bào thần kinh vận động trên và dưới.
- Với CSM, thiếu hụt tế bào thần kinh vận động thấp hơn và fasciculations cơ cổ bị ảnh hưởng, nhưng trong ALS chúng thường xuất hiện ở chân và cơ của dây sọ (ví dụ như lưỡi).
- Thiếu hụt cảm giác không có trong ALS, nhưng cũng thường vắng mặt ở những bệnh nhân CSM.
- Làm phức tạp thêm là bằng chứng x quang của thoái hóa đốt sống cổ ở người trưởng thành không có triệu chứng với kiểm tra thần kinh bình thường cũng được ghi nhận, và có thể là một phát hiện ngẫu nhiên và sai lệch ở bệnh nhân mắc ALS.
- Các trường hợp được báo cáo trong đó tiếp tục suy yếu thần kinh sau khi phẫu thuật giải ép bệnh lý tủy thoái hóa đốt sống cổ giả định sau đó được quy cho ALS. Điện cơ là một hỗ trợ chẩn đoán quan trọng trong ALS

Các rối loạn tủy cổ khác

- Các bệnh lý khác có thể ảnh hưởng đến tủy sống cổ và gây ra một hội chứng tương tự như cervical spondylotic myelopathy.
 - *Transverse myelitis*
 - *Viral myelitis*
 - *Epidural abscess*
 - *Infarction*
 - *Vascular malformation*
 - *Subacute combined degeneration*
 - *Radiation*
 - *Syringomyelia*
 - *Epidural metastasis*
 - *Intramedullary tumor*

Hội chứng Guillain-Barré

- Hội chứng Guillain-Barré (GBS) và bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ có thể xuất hiện dưới dạng liệt 2 chi dưới tiến triển bán cấp hoặc liệt tứ chi.
- Bệnh nhân GBS thường có phản xạ giảm hoặc mất và có thể có liên quan đến dây thần kinh sọ, trong khi bệnh nhân CSM thường có tăng phản xạ và không có liên quan đến dây thần kinh sọ.
- Tuy nhiên, những dấu hiệu lâm sàng này có thể vắng mặt sớm trong lâm sàng và hình ảnh thần kinh có thể được yêu cầu để phân biệt các chẩn đoán này

Tràn dịch áp lực bình thường (Normal pressure hydrocephalus)

- Chia sẻ các đặc điểm lâm sàng của tổn thương đáng đi và rối loạn chức năng bàng quang, tràn dịch não áp lực bình thường (NPH) có thể giống với bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ
- Tuy nhiên, trong NPH, một số mức độ rối loạn chức năng nhận thức thường rõ ràng, rối loạn đáng đi do mất sử dụng động tác (apraxia) hơn là co cứng, và rối loạn chức năng tiết niệu đi kèm với sự thờ ơ do nguồn gốc thùy trán có thể xảy ra .
- Những đặc điểm này khác biệt với CSM

Dự hậu

- Diễn tiến của bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ không đặc trưng.
- Một số bệnh nhân bị suy giảm chậm và từng bước, với dáng đi xấu đi, yếu chân và tay, rối loạn cảm giác và đau.
- Một số bệnh nhân trải qua thời gian ổn định kéo dài; tuy nhiên, tình trạng xấu đi đột ngột có thể xảy ra, thường xảy ra sau những chấn thương nhẹ ở cổ.

Xác định yếu tố nguy cơ lâm sàng hoặc X quang cho tổn thương thần kinh rất khó nắm bắt.

- Trong một nghiên cứu trên 45 bệnh nhân được điều trị bảo tồn, giới tính nữ và mức độ di động cổ cao hơn dường như là yếu tố nguy cơ của tình trạng xấu đi.
- Khu vực ống tủy lớn hơn được dự đoán về một kết quả tốt trong một nghiên cứu, nhưng một nghiên cứu khác ngược lại.
- Bất thường tín hiệu nội tủy trên hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) đã được tìm thấy không liên quan đến sự xấu đi trong hai nghiên cứu.
- Những phát hiện khác cho bất thường motor and somatosensory-evoked potentials xác định bệnh nhân có nguy cơ tiến triển thần kinh

Điều trị

Các lựa chọn điều trị cho bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ, đặc biệt là khi nào và nếu phẫu thuật, vẫn còn gây tranh cãi.

Các biện pháp điều trị bảo tồn

- Điều trị không phẫu thuật thường bao gồm một số hình thức bất động cổ (soft collar or brace), hạn chế các hoạt động và môi trường có nguy cơ cao (ví dụ, bề mặt trơn, cử động cổ mạnh, nâng vật nặng, thể thao) và kiểm soát đau.
- Bệnh nhân cũng nên thực hiện các biện pháp phòng ngừa để tránh whiplash khi ngồi trong xe, bằng cách điều chỉnh tựa đầu vào một vị trí ở tầm của cằm.

- Mặc dù một số chế độ bao gồm các bài tập và kéo cổ (exercises and cervical traction), các bác sĩ lâm sàng khác cho rằng những điều này chống chỉ định trong bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ.
- Không có dữ liệu được công bố hỗ trợ hiệu quả của bất kỳ biện pháp nào.
- Kiểm soát đau cho đau cổ trong bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ có thể đạt được bằng cách sử dụng các chiến lược dược lý khác nhau bao gồm các thuốc chống viêm không steroid và thuốc giảm đau khác, thuốc giãn cơ và thuốc chống trầm cảm.

Phẫu thuật

- Không có sự đồng thuận về chỉ định và thời gian điều trị phẫu thuật bệnh lý tủy thoái hóa đốt sống cổ.
- Mặc dù không được hỗ trợ bởi dữ liệu thử nghiệm lâm sàng, nhưng thực tế lâm sàng phổ biến là xem xét giải ép phẫu thuật ở những bệnh nhân bị tổn thương tiến triển và / hoặc bệnh lý tủy trung bình hoặc nặng gây tàn phế do các thiếu hụt thần kinh.
- Đối với những bệnh nhân có các đặc điểm lâm sàng nhẹ của bệnh lý tủy, nên tư vấn phẫu thuật cho những người có nguy cơ xấu đi; ví dụ bao gồm những người bị chèn ép tủy sống nghiêm trọng trên hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) và những người có lối sống hoạt động (active lifestyles).
- Khi phẫu thuật được hoãn lại, cần có sự theo dõi thần kinh chặt chẽ để đánh giá sự thiếu hụt tiến triển.
- Phẫu thuật để ngăn ngừa tổn thương thần kinh ở bệnh nhân bị bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ không có triệu chứng thường không được khuyến cáo

Một số phẫu thuật khác nhau được sử dụng để điều trị bệnh thoái hóa cột sống cổ.

- **Phẫu thuật trước** bao gồm **cervical discectomy and corpectomy** (cắt bỏ phần trung tâm của thân đốt sống) đơn thuần hoặc kết hợp ở một hay nhiều tầng , thường kết hợp với tái tạo thanh chống (strut reconstruction) (bridging the space between the end plates of the vertebral bodies) bằng xương hoặc vật liệu tổng hợp và tẩm cố định (plate fixation).
- **Phẫu thuật sau** bao gồm laminectomy and laminoplasty (decompression and reconstruction of the laminae).
- Người ta không biết phẫu thuật nào là tốt nhất vì thiếu các thử nghiệm ngẫu nhiên
- Phẫu thuật trước trực tiếp giải ép tổn thương bệnh lý, nhưng có thể liên quan đến các biến chứng như khó nuốt, graft extrusion và rò rỉ dịch não tủy và dường như có tỷ lệ cao hơn tái phẫu thuật. Laminoplasty tạo ra một cột sống linh hoạt hơn nhưng không phải lúc nào cũng có thể về mặt kỹ thuật và có liên quan đến tỷ lệ tổn thương rễ C5 cao hơn.

- Nhìn chung, 50 đến 80 % bệnh nhân được báo cáo là sẽ được cải thiện sau phẫu thuật, trong khi 5 đến 30% tồi tệ hơn hoặc sau đó xấu đi.
- Trong một loạt trường hợp hồi cứu, lợi ích rõ ràng trong tuần hậu phẫu đầu tiên và tối đa hóa vào khoảng sáu tháng, sau đó sự phục hồi là không đáng kể.

- *Các nhà nghiên cứu cố gắng xác định các yếu tố dự đoán đáp ứng tốt hay kém đối với phẫu thuật. Tuy nhiên, đối với mọi đặc điểm lâm sàng và X quang được báo cáo để xác định bệnh nhân có khả năng hoặc không được hưởng lợi từ phẫu thuật, có những nghiên cứu xác nhận và bác bỏ liên quan .*
- *Các yếu tố được báo cáo trong một số nghiên cứu để dự đoán đáp ứng kém với phẫu thuật bao gồm:*
 - *Lớn tuổi*
 - *Bất thường tín hiệu nội tủy trên MRI, đặc biệt nếu đa khoanh tủy và có bất thường trên hình ảnh T1- cũng như T2*
 - *Tàn phế nặng hơn tại thời điểm phẫu thuật*
 - *Thời gian kéo dài hơn của các triệu chứng trước phẫu thuật*
 - *Kích thước ống sống hẹp trước phẫu thuật*
 - *Chèn ép nhiều khoanh*

- Biến chứng phẫu thuật xảy ra ở tối đa 16 % bệnh nhân và bao gồm tử vong trong khoảng 1% .
- Biến chứng tim phổi là phổ biến hơn ở bệnh nhân lớn tuổi.
- Các **biến chứng phổ biến** cụ thể hơn đối với phẫu thuật bao gồm:
 - *Chấn thương rễ, dây thần kinh thường là C5 hoặc C6, dây thần kinh thanh quản hồi quy(recurrent laryngeal nerve), có thể là vĩnh viễn hoặc tạm thời*
 - *Nhiễm trùng vết thương*
 - *Tụ máu ngoài màng cứng*
 - *Rách màng cứng*
 - *Lỗi thiết bị (ví dụ: không kết hợp)*

Các nghiên cứu so sánh các phương pháp điều trị phẫu thuật và bảo tồn chỉ giới hạn ở hai thử nghiệm nhỏ, ngẫu nhiên ở những bệnh nhân mắc bệnh nhẹ và một nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu không điều trị ở những bệnh nhân có phạm vi nghiêm trọng hơn:

- Một nghiên cứu tiền cứu, nhưng không ngẫu nhiên ở 43 bệnh nhân CSM cho thấy 20 bệnh nhân đã phẫu thuật đã cải thiện tình trạng chức năng, đau và các triệu chứng thần kinh trong một năm so với những người được điều trị bảo tồn. Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật có thiếu hụt cơ bản tồi tệ hơn.
- Trong một nghiên cứu khác, 49 bệnh nhân bị thiếu hụt chức năng nhẹ liên quan CSM nhẹ đến trung bình được chỉ định bằng cách tung đồng xu (*by coin toss*) phẫu thuật so với điều trị bảo tồn . Bệnh nhân được chỉ định điều trị bảo tồn có dáng đi tốt hơn đáng kể sau sáu tháng nhưng không sau hai năm điều trị. Một dáng đi tốt hơn gần như có ý nghĩa thống kê trong nhóm được điều trị bảo tồn có thể sai lệch kết quả.

- Một thử nghiệm ngẫu nhiên khác trên 68 bệnh nhân có dấu hiệu bệnh lý tủy từ nhẹ đến trung bình xác định không có sự khác biệt về kết cục thần kinh ở hai hoặc ba năm giữa những người được điều trị nội khoa so với phẫu thuật.
- Các biện pháp bảo tồn có lẽ không bị cản trở bởi liệu pháp phẫu thuật. Các trường hợp được báo cáo cho thấy bệnh nhân sau phẫu thuật vẫn dễ bị ảnh hưởng bởi mức độ di chuyển cổ cao và ảnh hưởng của chấn thương cổ nhỏ. Một nghiên cứu báo cáo bệnh thoái hóa cột sống tái phát xảy ra ở mức độ không phẫu thuật với tỷ lệ 2% mỗi năm

CSM: tổn thương cấp tính

- Sự phát triển của bệnh lý tủy cấp tính có thể xảy ra ở những bệnh nhân CSM, ngay cả khi chỉ bị thiếu hụt nhẹ hoặc không (no baseline deficits).
- Một bệnh lý tủy cấp tính cũng có thể là biểu hiện đầu tiên cho một bệnh nhân CSM.
- Chấn thương cổ tương đối nhỏ có thể đủ để tạo ra chấn thương tủy sống đáng kể trong bối cảnh này, mặc dù điều này tương đối hiếm ở những bệnh nhân trước đây không có triệu chứng.

Trong số một NC đoàn hệ 199 bệnh nhân bị thoái hóa đốt sống cổ không có triệu chứng, 14 đợt chấn thương xảy ra trong khoảng thời gian theo dõi trung bình 44 tháng không liên quan đến sự phát triển của bệnh lý tủy có triệu chứng.

- Đây là một cấp cứu thần kinh, đòi hỏi phải chẩn đoán hình ảnh thần kinh ngay lập tức để xác nhận giải phẫu và tư vấn phẫu thuật thần kinh hoặc chỉnh hình kịp thời.
- Điều trị bằng corticosteroid tiêm tĩnh mạch liều cao làm giảm phù nề tủy sống và đã được chứng minh là cải thiện kết quả ở những bệnh nhân bị chấn thương tủy sống cấp tính khi được tiêm trong vòng tám giờ sau chấn thương.
- **Liều chuẩn là 30 mg / kg methylprednisolone, sau đó truyền 5,4 mg / kg mỗi giờ trong 23 giờ đầu tiên**
(The standard dose is 30 mg/kg IV bolus, followed by an infusion of 5.4 mg/kg per hour for the first 23 hours)

TÓM TẮT VÀ KHUYẾN CÁO

1. Bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ là nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh lý tủy ở người lớn tuổi.
2. Bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ là kết quả của quá trình thoái hóa tiến triển ảnh hưởng đến thân đốt sống cổ và đĩa đệm và gây chèn ép các yếu tố thần kinh và mạch máu ở tủy kế cận.
3. Không có biểu hiện rập khuôn cụ thể của bệnh lý tủy thoái hóa đốt sống cổ. Thông thường các triệu chứng bắt đầu với một khởi đầu xáo trộn của rối loạn dáng đi. Các triệu chứng phổ biến khác bao gồm mất cảm giác, yếu và teo cơ ở tay, cùng với đau cổ và cánh tay. Việc kiểm tra thường cho thấy các đặc điểm khác của tủy.
4. Bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ phải được phân biệt với bệnh xơ cứng teo cơ bên (ALS) và các rối loạn tủy sống khác

5. Chẩn đoán bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ được thực hiện bằng sự liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với phát hiện bệnh thoái hóa đốt sống cổ và chèn ép tủy được thấy trong hình ảnh về thần kinh, thường chụp cộng hưởng từ (MRI).
6. Quá trình lâm sàng và tiên lượng của bệnh lý tủy thoái hóa cột sống cổ không đặc trưng. Bệnh nhân có thể xấu đi dần dần. hoặc theo từng bước với thời gian dài ổn định (in a step-wise fashion with long periods of stability). Một số bệnh nhân có thể xấu đi đột ngột liên quan đến chấn thương cổ nhẹ.

7. Không có thử nghiệm ngẫu nhiên lớn nào dựa trên các khuyến cáo điều trị cơ bản.

Đối với những bệnh nhân bị bệnh tủy nhẹ, không suy yếu (nondebilitating), đề nghị tư vấn phẫu thuật cho những người có nguy cơ tổn thương thần kinh (ví dụ, lối sống năng động, x quang chèn ép tủy nặng) (Độ 2C).

Theo dõi thần kinh chặt chẽ nên đánh giá tình trạng xấu đi khi phẫu thuật được hoãn lại. Các biện pháp bảo tồn bao gồm bất động cổ không liên tục, kiểm soát cơn đau và hạn chế các hoạt động có nguy cơ cao hoặc làm nặng thêm.

Đối với những bệnh nhân bị bệnh tủy nặng hơn hoặc thiếu hụt tiến triển, đề nghị giải ép bằng phẫu thuật (Lớp 2C).

8. Tổn thương cấp tính hoặc một biểu hiện cấp tính với bệnh lý tủy ở bệnh nhân bị thoái hóa đốt sống cổ là một cấp cứu thần kinh.

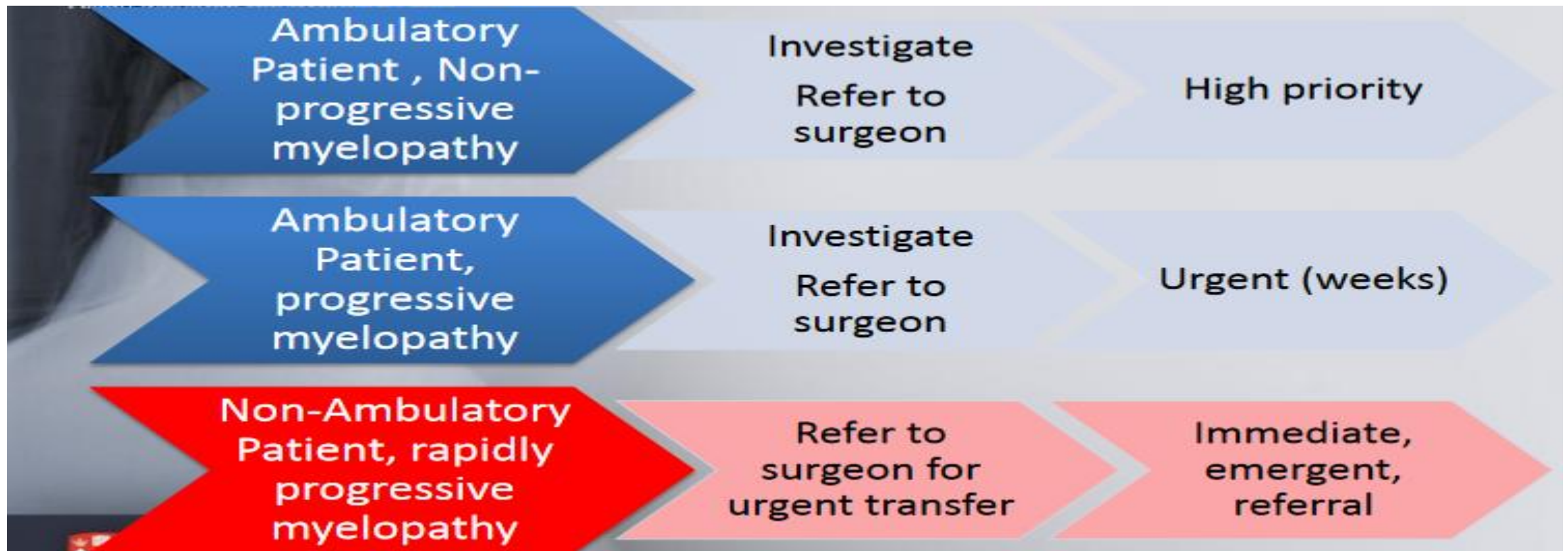
Sau khi xác nhận chẩn đoán bằng MRI, bệnh nhân nên được tư vấn phẫu thuật.

Khuyến cáo dùng methylprednisolone tiêm tĩnh mạch trong vòng tám giờ kể từ khi suy giảm cấp tính (Lớp 2C). Liều tiêu chuẩn là 30 mg / kg IV bolus, sau đó truyền 5,4 mg / kg mỗi giờ trong 23 giờ đầu

Tình trạng BN

Thực hiện

Thời gian tham khảo



Điều trị(không khẩn cấp)

Giáo dục bệnh nhân: hoạt động nguy cơ



Điều trị giảm đau

- Đau cổ nhiều mức độ trong CSM.
- Thuốc giảm đau thần kinh, chống trầm cảm ba vòng, kháng viêm, giảm đau..... (*tham khảo McGill Low Back Pain algorithm*)

Điều trị vật lý

Physiotherapy



Điều trị phục hồi chức năng



Kết luận

- Bệnh lý tủy cổ (Cervical myelopathy) không dễ chẩn đoán
- Không một triệu chứng, dấu hiệu liên hệ nào là hoàn hảo
- Điều trị bảo tồn hay phẫu thuật còn nhiều thách thức

Câu hỏi ?

