

“Cụp xương sống”.

Kính thưa Bác sĩ

Khi còn ở trong tù ngoài Bắc có lần khi xoay mình cất cổ tôi bị đau ngang thắt lưng đi không nổi. Bạn bè gọi là tôi bị “cụp xương sống” dù tôi không khiêng vác nặng nhọc gì cả. Bác sĩ bệnh xá lúc bấy giờ chích Novocain vào lưng để giúp giảm đau. Khoảng một tuần sau thì hết đau. Khoảng một năm sau tôi cùng một người khác khác cú khiêng một bao khoai lang thì bị cụp xương sống. Lần này nặng hơn, đi phải có người dìu. Khoảng 15 ngày sau hết đau. Khi sang Mỹ có lần tôi bê một Microwave thì bị cụp lại. Khám bác sĩ Mỹ thì ông cho uống giảm đau và tập thư giãn. Hiện nay tôi rất cẩn thận khi khiêng hay bưng cái gì, không cúi xuống mà chỉ rùn hai đầu gối xuống thôi và thẳng lưng. Tuy nhiên hiện nay mỗi sáng thức dậy, tôi thấy nhói ngang thắt lưng tưởng là bị cụp xương sống nữa, nhưng sau đó trở lại bình thường. Xin bác sĩ giải thích về bệnh cụp xương sống, cách phòng ngừa và chữa trị. Cảm ơn bác sĩ nhiều lắm.

Th. Tr.

Trả lời:

“Cụp xương sống”.

Cột xương sống chúng ta gồm những đốt xương sống (vertebra) nối liền với nhau bằng những cái đĩa đệm (intervertebral disc) để giảm thiểu tác dụng các va chạm trên các đốt xương đó (shock absorbers).

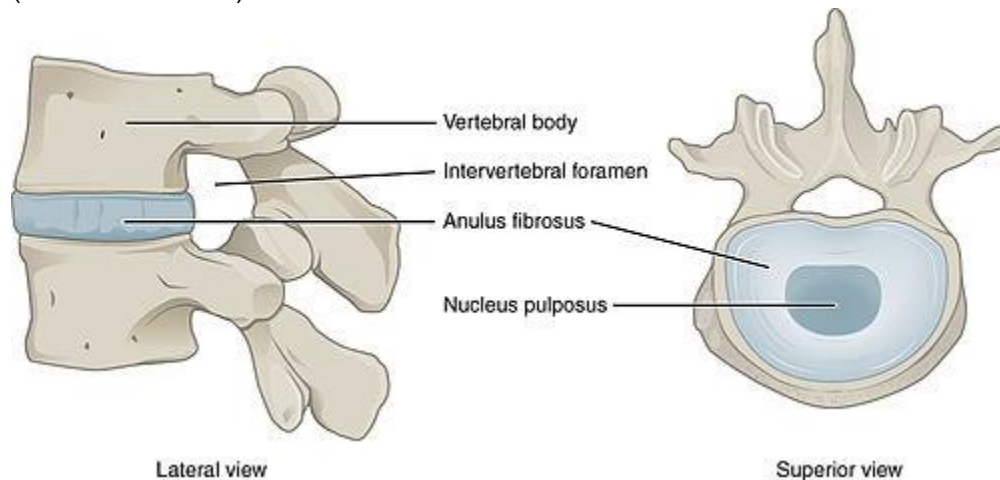


Fig. 1 (Source: Wikipedia)

Mỗi cái đĩa nhìn vào có thể so sánh như một lát bánh tét: ở vòng ngoài có một vỏ sợi hình tròn bao bọc, tiếng Anh gọi là annulus fibrosus (“chiếc nhẫn”), chỉ có ít mạch máu nuôi dưỡng nên dễ bị hư hại; ở giữa chúng ta có cái nhân mềm hơn, chứa nhiều nước, không có mạch máu nuôi dưỡng nên cũng dễ thoái hoá (hư), tác dụng như một cái nệm nước, gọi là nucleus pulposus (“nhân thịt”). Càng về già, cái nhân này càng dễ bị khô hơn, ít dẻo dai hơn. Nhờ các đĩa này xương sống lúc còn trẻ mới cử động một cách êm ái và uyển chuyển được.

Cái vỏ sợi hình nhẵn có thể bị rách một vài nơi ngoại biên, rồi rách rộng ra, làm đĩa yếu đi, phình ra ngoài giới hạn cột sống, bề dày đĩa giảm xuống, đĩa cứng lại, không co giãn như trước. Người ta gọi là đĩa thoát vị (disc herniation) nếu cái đĩa biến dạng phình ra (bulging) khỏi vị trí bình thường của nó. Do các chất gây viêm từ trong trung tâm nhân của đĩa bị xì ra phía ngoài, kích thích, làm khó chịu (irritate) các dây thần kinh nhỏ nằm trong lớp ngoài ngoài vỏ đĩa, làm chúng ta cảm thấy đau lưng vùng đó. Cột sống dần dần mất tính ổn định (stability), các đốt xương sống phản ứng bằng cách mọc ra những mấu xương (osteophytes) để chống đỡ phụ, các mấu xương này có thể đè lên các sợi dây thần kinh, làm đau hai chân và hai vai, cánh tay. Đồng thời các bắp cơ (bắp thịt) hai bên sống lưng cũng co rút lại để chống đỡ.

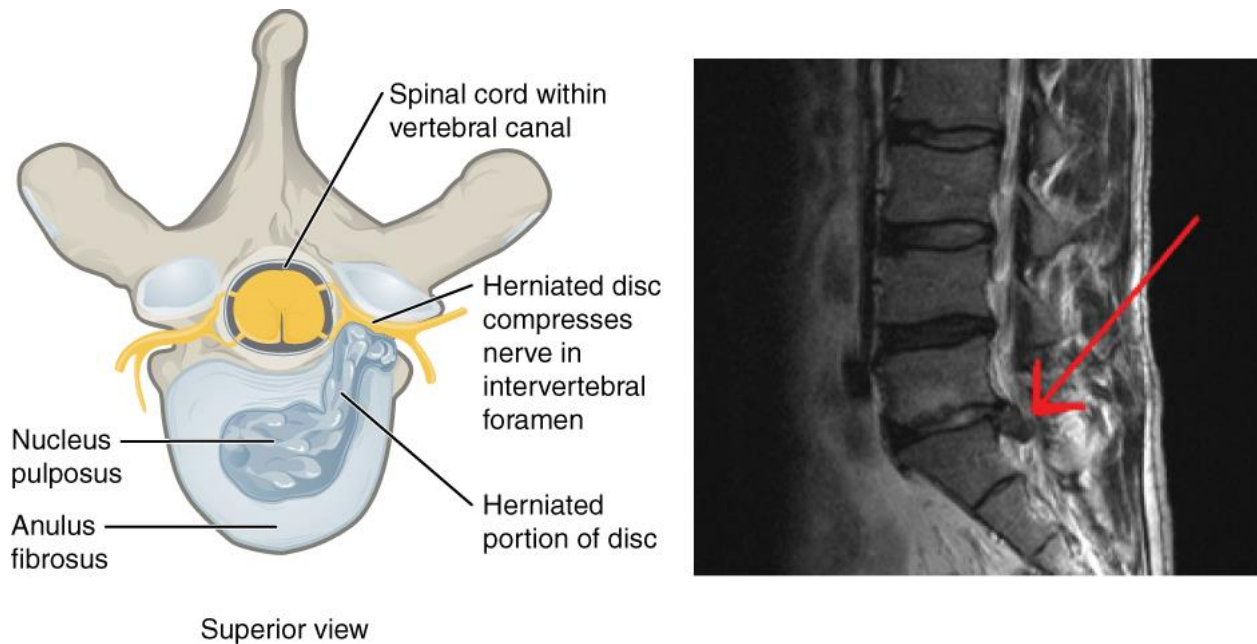


Fig 2: Source Wikipedia

Xương sống lưng (lumbar spine) và cổ (cervical spine) là nơi chịu ảnh hưởng nhiều nhất của các động tác đi đứng, nghiêng nặng, cúi lên cúi xuống của chúng ta. Ngoài ra còn có thể có tác hại do tai nạn, chấn thương, bệnh béo phì cũng như tác dụng do yếu tố di truyền (có những người mang gen có tác dụng làm cho đĩa đệm của họ yếu hơn bình thường). Do đó, ít hay nhiều, nhanh hay chậm tùy theo trường hợp, trong mỗi chúng ta, các đĩa đệm đều từ từ sẽ có những dấu hiệu hư hại qua thời gian, và bắt đầu rất sớm, từ tuổi thanh niên (khoảng 20 tuổi).

Các nghiên cứu về hình ảnh (CT, MRI) có thể là cần thiết để định bệnh hay loại bỏ những nguyên nhân có thể nguy hiểm có thể hiện diện (như u bướu, lệch các đốt xương sống, chèn ép tủy sống), tuy nhiên tùy theo suy luận của bác sĩ. Không phải tất các thay đổi bất thường đều phải sửa chữa và sửa chữa chúng sẽ giải quyết được các triệu chứng. Ví dụ trong bệnh Spondylolisthesis: một trong các đốt sống dưới trượt về phía trước đốt xương ngay bên dưới nó, gây đau dai dẳng phần dưới lưng, cứng lưng và hai chân, đau trong đùi, các cơ mông và sau đùi co rút lại (tight). Có thể điều trị bằng trong hầu hết các trường hợp bằng cách dùng thuốc giảm viêm, mang nẹp, vật lý trị liệu hay phẫu thuật.

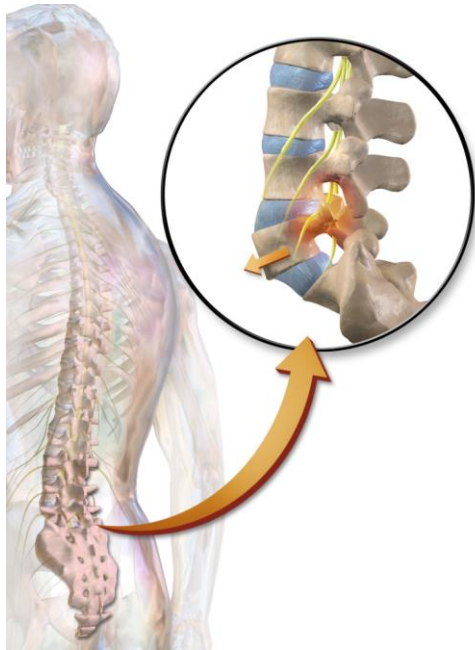


Fig 3: Spondylolisthesis (Source Wikipedia)

Mặc dù gọi là bệnh “thoái hóa”, có hai điểm cần chú ý:

1) Trong số người mà đĩa thoái hóa thấy trên CT, MRI, chỉ một số ít người là đau lưng thật sự. Theo một khảo cứu những người không có triệu chứng gì cả (không đau/asymptomatic), càng lớn tuổi, các hình ảnh trên CT, MRI càng cho thấy những dấu hiệu thoái hoá đĩa đệm, 37 % người 20 tuổi, 70% ở người dưới 50 tuổi và 90% trên người trên 60 tuổi. Có nghĩa các thay đổi chỉ dấu thoái hoá này ở người không có triệu chứng có thể xem như một dấu hiệu của sự tăng tuổi bình thường chứ không phải bệnh cần chữa .

2) Trong số người đau do thoái hóa đĩa, đa số tương đối trẻ 45-55 tuổi, người già hơn nữa (trên 60) thì lại ít đau hơn , dù là đa số cột sống thoái hóa, vì những nơi đau có thể đã tự ổn định (stabilized).

Có một số người cho rằng thời tiết, áp suất không khí, độ ẩm thấp trong không khí làm đau nhức xương khớp. Tuy nhiên các khảo cứu khoa học chỉ chứng minh tác dụng của áp suất không khí (giảm lúc trời sắp giông mưa) làm đau xương khớp. Nói chung không khí ẩm thấp, tù túng quá làm các nấm mốc trong nhà, không tốt cho sức khỏe, gây dị ứng. Nên giữ mức ẩm 40% là vừa. Ngược lại, về mùa đông sắp tới không nên để không khí quá khô trong nhà bên Mỹ.

Bệnh thoái hoá cột sống nói chung không liên hệ với khả năng ung thư.

Cách phòng ngừa:

Để giảm khả năng bị đau lưng phần dưới, có thể cố gắng áp dụng 10 điểm sau:

1. Ăn uống lành mạnh để đừng quá mập. Dinh dưỡng đầy đủ (calcium, vitamin D).
Glucosamine và chondroitin sulfate (một số thuốc viên kết hợp cả hai) được dùng nhiều

ở Mỹ như là một loại “ngoài luồng chính” (“alternative medicine”) để giúp trị các bệnh xương khớp, không có phản ứng phụ đáng kể.

2. Tập thể dục thường xuyên để giữ cho cơ lưng khỏe mạnh và dẻo dai. Nói chung người ta khuyến khích bệnh nhân càng giữ mức hoạt động, vận động thường xuyên, được càng nhiều càng tốt. Nếu cần có thể nhờ chuyên gia về vật lý trị liệu giúp đỡ.
3. Tránh ngồi lâu.
4. Ngồi ở tư thế tốt, ngay ngắn.
5. Nâng vật nặng: "nâng bằng chân chứ không phải bằng cái lưng"(lift with your legs rather than your back), ngồi chồm hổm và dùng hai chân đẩy đồ vật lên, không đứng cong người xuống và kéo đồ vật lên.
6. Tránh khom xuống và xoay mình thường xuyên. Đặc biệt tránh vừa khom lưng vừa xoay mình cùng một lúc (như xúc tuyết). Tránh những thể thao quá sức chịu đựng bình thường của mình (như cử tạ quá nặng; gymnastics hay yoga: các vận động quá khó). Sáng sớm thức dậy, đừng nhảy ra khỏi giường, từ từ đưa chân xuống, chống hai tay và đứng dậy.
7. Tránh các tình huống mà cột sống của bạn bị rung chuyển (vibrations) trong thời gian dài. Tránh chấn thương cột sống (ngồi xe hơi có bộ phận nâng đầu cổ (headrest))
8. Ngủ đủ giấc mỗi ngày.
9. Bỏ thuốc lá.
10. Nếu bạn bị trầm cảm và / hoặc lo lắng nên đi khám bác sĩ để được chữa trị.

Trị liệu:

A) Biện pháp bảo thủ cho các trường hợp đơn giản:

1. đắp nước đá 2-3 ngày lên những vùng đau (lạnh làm giảm sưng/viêm)
2. thuốc men: Thuốc loại NSAID (Non Steroid Anti-inflammatory Drug: thuốc chống viêm không phải corticoid). Những người dùng kinh niên loại thuốc này có nguy cơ bị đau tim và tai biến mạch máu não (heart attack và strokes) và loét bao tử, chảy máu bao tử và ruột cao hơn người thường. Uống kèm thuốc ức chế bơm proton như omeprazole (Prilosec, thuốc giảm axit bao tử) có thể giảm bớt các biến chứng về tiêu hóa của NSAID. Nếu dùng acetaminophen (Tylenol) có thể tránh những phản ứng phụ trên nhưng dùng nhiều quá có thể hại gan. Loại NSAID mới chuyên biệt hơn nữa (COX2 more selective inhibitor), như Celebrex, ít có phản ứng phụ về tiêu hóa hơn nhưng vẫn có tác dụng phụ tim mạch.

B) Nếu càng ngày càng đau thêm, hoặc nếu trường hợp phức tạp như chấn thương mạnh, đau kéo dài vài tuần, triệu chứng đường tiểu, đau lúc nằm xuống, có thể bác sĩ sẽ cần đến những biện pháp khác như chích thuốc kháng viêm corticoid vào khoảng bao quanh màng cứng tủy sống (epidural injection), hoặc giải phẫu.

Bác sĩ tổng quát chữa và theo dõi tiến trình của bệnh đến một lúc nào đó sẽ thấy cần ý kiến của bác sĩ chuyên về phẫu thuật. Lý tưởng, nếu cả hai bs đều đồng ý phải mổ thì có lẽ hợp lý hơn cả, vì nói chung giới bs giải phẫu thì có khuynh hướng thiên về các biện pháp mổ xẻ hơn, ngược lại các biện pháp thuốc men, chờ đợi, bảo thủ cũng có giới hạn của chúng.

Thông thường, bác sĩ giải phẫu có thể :

-áp dụng phẫu thuật "mở" (open discectomy), mổ theo lối cổ điển,

-hoặc thủ thuật gọi là “vi giải phẫu cắt đĩa” (microdiscectomy). BS rạch đường nhỏ sau lưng, đẩy rễ thần kinh qua một bên, cắt phần đĩa đệm phình ra ngoài (giống như ruột bánh xe lò ra lỗ hờ trong vỏ xe). Bệnh nhân có thể về nhà cùng ngày.

-dùng tia laser cắt đĩa bằng nội soi xuyên qua da (endoscopic transcutaneous laser discectomy).

Dùng phương pháp nào tùy theo khả năng của bác sĩ, trang bị nhà thương và tình trạng người bệnh.

Bệnh nhân có hết đau hay không tùy theo tình trạng rễ thần kinh (nerve root) bị viêm và chèn ép hư hại nhiều hay ít, và có phục hồi hoàn toàn hay không. Nói chung, nếu đau từ hông xuống đùi, chủ yếu do rễ thần kinh bị chèn ép (radicular pain), thì kết quả tốt hơn. Nếu đau nhiều trên lưng (back pain), nguyên nhân có thể phức tạp hơn, giải tỏa chèn ép rễ dây thần kinh có thể giải quyết một nguyên nhân gây đau, nhưng không phải tất cả.

Theo một nghiên cứu ở Nhật (Yorimitsu), sau 10 năm, 75% bệnh nhân được giải phẫu cắt đĩa lưng áp dụng phẫu thuật "mở" (standard lumbar discectomy), vẫn còn đau lưng ít nhiều (residual back pain), chừng 12% còn đau lưng nhiều. Đối với chứng đau lưng, tập luyện (exercise) có thể hiệu nghiệm hơn.

Cuộc nói chuyện này hoàn toàn chỉ mục đích thông tin, bệnh nhân cần tham khảo với bác sĩ của mình.

Chúc ông may mắn.

References:

1) Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations

<http://www.ajnr.org/content/36/4/811.long>

2) <https://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/blog/10-lifestyle-changes-help-prevent-lower-back-pain>

Bác sĩ Hồ Văn Hiến

16 tháng 12 năm 2019

(edited 12/28/2019)