





BỆNH LÝ TỦY VÀ RỄ CỘT SỐNG CỔ

NGÀY	NỘI DUNG
<p>Chẩn đoán</p> 	<p>1. Triệu chứng lâm sàng:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đau vai gáy lan tay 1 hoặc 2 bên, rối loạn cảm giác và vận động, cầm nắm khó khăn, dị cảm ở chi và thân mình, tư thế tránh đau lan cánh tay (Davidson's sign)... - Có thể kèm yếu cơ theo vùng rễ thần kinh chi phối, cứng 2 chân, đi đứng khó như rô- bot, rối loạn tiêu tiêu... - Có thể tăng hoặc giảm phản xạ gân xương tứ chi, nghiệm pháp Spurling +, Lhermitte +, Hoffmann+, Babinski +... <p>2. Hình ảnh cận lâm sàng:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xquang cổ 6 tư thế: được chỉ định thường quy để xác định cũng như loại trừ một phần nguyên nhân - MSCT, MRI +/- thuốc cản quang: làm rõ hơn nguyên nhân, mức độ xâm lấn, chèn ép, tổn thương tủy sống và xung quanh. - Block rễ thần kinh (nếu cần)
<p>Điều trị</p> 	<p>1. Bảo tồn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bệnh lý tủy cổ: <ul style="list-style-type: none"> - JOA \geq16 điểm - Không có hình ảnh tổn thương tủy cổ trên MRI - Bệnh nhân chống chỉ định phẫu thuật • Bệnh lý rễ cổ: <ul style="list-style-type: none"> - Chưa biến chứng liệt vận động - Chưa biểu hiện teo cơ - Bệnh nhân chống chỉ định phẫu thuật <p>Nghỉ ngơi, không xách vác nặng, không xoa bóp, không lác cổ, không gối cao – cúi nhiều. Bất động bằng nẹp cổ mềm/ cứng. Thuốc kháng viêm, giảm đau, giảm tê, giãn cơ... Vật lý trị liệu. Phong bế thần kinh</p> <p>2. Phẫu thuật:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chỉ định khi điều trị bảo tồn thất bại, không tiến triển; khi liệt nặng, liệt tiến triển, nguyên nhân gây bệnh không thể bảo tồn (bướu, mảnh xương gai xương cứng vỡ chèn...), .. - Bệnh lý tủy cổ: <ul style="list-style-type: none"> JOA \geq13 điểm (chỉ định tương đối), JOA \leq12 điểm (chỉ định tuyệt đối) Có hình ảnh tổn thương tủy cổ trên MRI - Bệnh lý rễ thần kinh cổ:

Liệt vận động

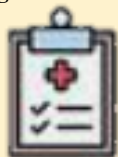
Teo cơ

Phương pháp phẫu thuật: có thể lồi trước hoặc lồi sau tùy nguyên nhân và bệnh lý cụ thể mà phẫu thuật viên quyết định, bao gồm:

- Giải ép- hàn xương lồi trước (xương ghép mào chậu, lồng xương, Peek Cage, đĩa đệm nhân tạo)
- Giải ép – hàn xương lồi trước – nẹp ốc
- Phẫu thuật tạo hình bản sống (laminoplasty)
- Phẫu thuật cắt bản sống(chỉ nên thực hiện ở bệnh nhân ≥ 70 tuổi)
- Tái tạo bản sống + KHX vít khối bên + tái tạo đường cong sinh lý

Diễn tiến-tiên lượng

(Tốt-Trung Bình cần theo dõi)



Tùy vào nguyên nhân, mức độ bệnh lý, thể trạng cơ địa của từng bệnh nhân cụ thể.

Nguy cơ

(chảy máu, nhiễm trùng, phản ứng vật liệu...)



1. Đối với bảo tồn: Nguy cơ dị ứng thuốc, nẹp cổ, liệt không cải thiện hoặc tiến triển.
2. Đối với phẫu thuật: Nhiễm trùng vết mổ, tổn thương thần kinh, mạch máu, thực quản, khí quản, tụy giáp... trong mổ

Dự đoán thời gian nằm viện

1. Bảo tồn: Khoảng 3-5 ngày nội trú theo dõi và hẹn tái khám sau 2-4 tuần
2. Phẫu thuật: Khoảng 7-10 ngày sau phẫu thuật