

Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán và định hướng điều trị hội chứng hẹp ống sống cổ

Lê Văn Ngọc Cường^{1*}, Lê Ngọc Quý²

(1) Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ trong chẩn đoán nguyên nhân để góp phần định hướng điều trị hội chứng hẹp ống sống cổ mắc phải. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang với 55 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống cổ mắc phải và được chụp cộng hưởng từ cột sống cổ tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $49,6 \pm 61,8\%$ trường hợp là nam. Nhóm tuổi 40-60 chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Triệu chứng đau cột sống cổ là triệu chứng thường gặp nhất, rối loạn phản xạ gân chi trên thường gặp ở 72,7% bệnh nhân. Biểu hiện phối hợp cả ba hội chứng: cột sống cổ, chèn ép rễ và chèn ép tủy là 54,5%. Nguyên nhân thường gặp nhất làm hẹp ống sống cổ mắc phải: thoát vị đĩa đệm 92,7%. Mức độ hẹp ống sống cổ theo phân độ cổ điển với kết quả là bệnh nhân hẹp tương đối chiếm 47,3% và hẹp tuyệt đối chiếm 52,7%. Theo phân độ Kang năm 2011: 50,9% hẹp độ 1, 36,4% hẹp độ 2, 12,7% hẹp độ 3. **Kết luận:** Có sự phù hợp giữa biểu hiện lâm sàng và mức độ hẹp ống sống cổ. Độ phù hợp giữa phân độ hẹp ống sống cổ Kang và thang điểm Nurick trên lâm sàng ở mức trung bình với Kappa = 0,58. Do vậy, cần xác định mức độ tổn thương trên hình ảnh cộng hưởng từ và biểu hiện lâm sàng để chọn giải pháp điều trị hợp lý đối với bệnh nhân hẹp ống sống cổ mắc phải.

Từ khóa: Cộng hưởng từ, đau cột sống cổ, hẹp ống sống cổ.

Abstract

The role of magnetic resonance imaging in the diagnosis and treatment orientation of cervical spinal stenosis syndromes

Le Van Ngọc Cường^{1*}, Le Ngọc Quý²

(1) Dept. of Radiology, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Radiology Services, Hue Central Hospital

Objectives: To study on the magnetic resonance imaging (MRI) to diagnose the causes of cervical spinal stenosis and contribution to therapeutic orientations in cervical spinal stenosis patients. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional studies of 55 consecutive patients with cervical canal stenosis on magnetic resonance imaging in Radiology department of Hue University Hospital of Medicine and Pharmacy. **Results:** The mean age of the patients was 49.6 ± 11.2 , and 61.8% of cases were males. Age group 40-60 was highest ratio (67.3%). The cervical spine pain was the most common symptom of cervical canal stenosis. Abnormal reflexes of upper limb tendons were one of the more common symptoms (72.7%). The combined presentation of all three syndromes: cervical spine pain, cervical root compression, and cervical cord compression that were 54.5%. The cervical herniated disc (92.7%) is the most common cause of acquired cervical spinal stenosis. According to classical classification of cervical spinal stenosis, 52.7% of patients with absolute stenosis and 47.3% of patients with relative stenosis. According to the Kang classification in 2011, grade 1 stenosis is 50.9%, grade 2 stenosis is 36.4% and grade 3 stenosis 12.7%. **Conclusion:** There was a concordance between the clinical presentation and imaging manifestation of cervical canal stenosis. The concordance between the cervical canal stenosis by Kang grading system and clinical symptoms by Nurick-score were more than average with Kappa = 0.58. Therefore, it is necessary to determine the grade of injury on magnetic resonance imaging in combination with clinical symptoms to choose a reasonable treatment method for patients with acquired cervical spinal stenosis.

Key words: Magnetic resonance imaging, cervical spine pain, cervical canal stenosis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ổng sống cổ được tạo bởi thân đốt sống, cuống, cung sau đốt sống cổ, khớp gian đốt, các dây chằng dọc sau, dây chằng vàng, dây chằng bao khớp [1]. Tất cả nguyên nhân làm thay đổi cấu trúc giải phẫu các thành phần này đều có thể gây hẹp ống sống cổ.

Hẹp ống sống cổ là một bệnh lý thần kinh thường gặp, chiếm tỉ lệ 4,9% dân số trưởng thành, 6,8% số người trên 50 tuổi và 9% dân số trên 70 tuổi [2]. Về mặt bệnh học, ống sống cổ có chứa tủy sống, các rễ thần kinh, vì vậy hẹp ống sống cổ có thể làm ảnh hưởng đến hình thái và chức năng của tủy và rễ, do đó các biểu hiện lâm sàng thường rất đa dạng và phong phú: có thể là đau cột sống cổ, đau cơ vùng gáy lan xuống vai, rối loạn cảm giác, giảm vận động hai chi trên hoặc tứ chi, teo cơ biến dạng chi, đặc biệt có thể khó thở do ảnh hưởng đến hoạt động của cơ hoành... Bệnh lý này có thể không gây nguy hiểm đến tính mạng nhưng nếu chẩn đoán và xử lý muộn thì khó tránh khỏi di chứng. Tuy nhiên trên thực tế, giai đoạn đầu của bệnh thường bị bỏ qua và bệnh nhân đến bệnh viện thường ở giai đoạn muộn khiến điều trị tốn kém và khả năng phục hồi các chức năng bị hạn chế. Điều này sẽ làm giảm khả năng lao động, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống, tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Nguyên nhân của hội chứng hẹp ống sống cổ rất đa dạng, tuy nhiên để chẩn đoán, theo dõi và điều trị, người ta phân thành hai nhóm chính là hẹp ống sống cổ bẩm sinh và hẹp ống sống cổ mắc phải. Trong đó, hẹp ống sống mắc phải chiếm đa số, thường do những nguyên nhân như thoái hóa cột sống cổ, chấn thương, thoát vị đĩa đệm, khối u, viêm cột sống [3], [4], [5], [6].

Hình ảnh học luôn đóng vai trò quan trọng đối với chẩn đoán hẹp ống sống cổ, nếu kết hợp lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh thì mức độ chính xác rất cao, trong đó chẩn đoán hình ảnh giúp xác định được nguyên nhân cũng như đánh giá được mức độ hẹp ống sống và mức độ tổn thương tùy do hẹp ống sống,.. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán nguyên nhân và góp phần định hướng điều trị hội chứng hẹp ống sống cổ mắc phải”**.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đề tài được tiến hành tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 7/2018 đến tháng 7/2019. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, mẫu thuận tiện 55 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp ống sống cổ mắc phải và được chụp cộng hưởng từ 1,5 Tesla với biểu hiện một trong các hội chứng lâm sàng sau:

- + Hội chứng cột sống cổ
- + Hội chứng chèn ép rễ vùng cổ
- + Hội chứng chèn ép tủy cổ.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân hẹp ống sống cổ bẩm sinh đơn thuần. Xử lý số liệu sau khi thu thập bằng phương pháp thống kê Y học với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 55 bệnh nhân được nghiên cứu có 34 nam và 21 nữ, tỉ lệ nam/nữ $\approx 1,6/1$. Độ tuổi trung bình là 49,6. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 40 đến 60 tuổi chiếm 67,3%, đối tượng trên 60 tuổi chiếm 16,4 %. Lứa tuổi từ 20 đến 40 chiếm tỉ lệ thấp 14,5%. Độ tuổi dưới 20 chỉ có 1 trường hợp hẹp ống sống.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân hẹp ống sống cổ

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

	Đặc điểm lâm sàng	Số bệnh nhân (n=55)	Tỷ lệ %
Lý do vào viện	Đau cổ gáy đơn thuần	4	7,3
	Đau vai lan cánh tay	25	45,5
	Cảm giác tê bì	10	18,2
	Dáng đi bất thường	9	16,4
	Khác	7	12,7
Triệu chứng cơ năng	Đau cột sống cổ	53	96,4
	Tê lan theo rễ	46	83,6
	Đau lan theo rễ	47	85,5
	Tê bàn tay	39	70,9
	Cảm giác yếu tay	33	60,0
	Tê chân	27	49,1
	Mất khéo léo bàn tay	33	60,0
	Dáng đi bất thường	18	32,7

Triệu chứng thực thể	Điểm đau cột sống cổ	36	65,5
	Giảm sức cơ chi trên	21	38,2
	Nghiệm pháp căng rễ dương tính	36	65,5
	Rối loạn phản xạ gân cơ chi trên	40	72,7
Các hội chứng	HC cột sống cổ đơn thuần	1	1,8
	HC chèn ép rễ đơn thuần	2	3,6
	HC chèn ép tủy đơn thuần	0	0
	HC chèn ép rễ - cột sống cổ kết hợp	16	29,1
	HC chèn ép tủy - cột sống cổ kết hợp	6	11,0
	HC chèn ép rễ - tủy kết hợp	0	0
	HC chèn ép rễ - tủy - cột sống cổ kết hợp	30	54,5

Nhận xét: Lý do vào viện nhiều nhất là đau lan cánh tay với 25 bệnh nhân chiếm 45,5%, đau cổ gáy đơn thuần chiếm tỉ lệ ít nhất (7,3%). Đau cột sống cổ là triệu chứng thường gặp nhất với tỉ lệ 96,4%. Các triệu chứng cơ năng thường gặp khác là: tê lan theo rễ (83,6%), đau lan theo rễ (85,5%) và tê bàn tay (70,9%). Triệu chứng thực thể gặp nhiều nhất là rối loạn phản xạ gân cơ chi trên (72,7%), ít gặp nhất là giảm sức cơ chi trên với tỉ lệ 38,2%. Tỉ lệ mắc phối hợp cả ba hội chứng chiếm cao nhất (54,5%). Nhóm bệnh có hội chứng cột sống cổ kết hợp với hội chứng rễ chiếm 29,1%, tiếp đến là các bệnh nhân có hội chứng cột sống cổ và hội chứng chèn ép tủy với 11%.

Bảng 2. Thang điểm Nurick

Phân độ	Số bệnh nhân (n=55)	Tỷ lệ %
Độ 0	19	34,5
Độ 1	18	32,7
Độ 2	13	23,7
Độ 3	4	7,3
Độ 4	1	1,8
Độ 5	0	0

Nhận xét: Phân độ tổn thương tủy trên lâm sàng thường gặp độ 0 (34,5%) và độ 1 (32,7%), tiếp đến là độ 2 với 23,7%. Hầu như ít gặp độ 3 và độ 4 (9,1%). Trong nghiên cứu này không gặp bệnh nhân tổn thương tủy độ 5.

3.2. Nguyên nhân, đặc điểm và mối liên quan giữa hình ảnh với các hội chứng lâm sàng

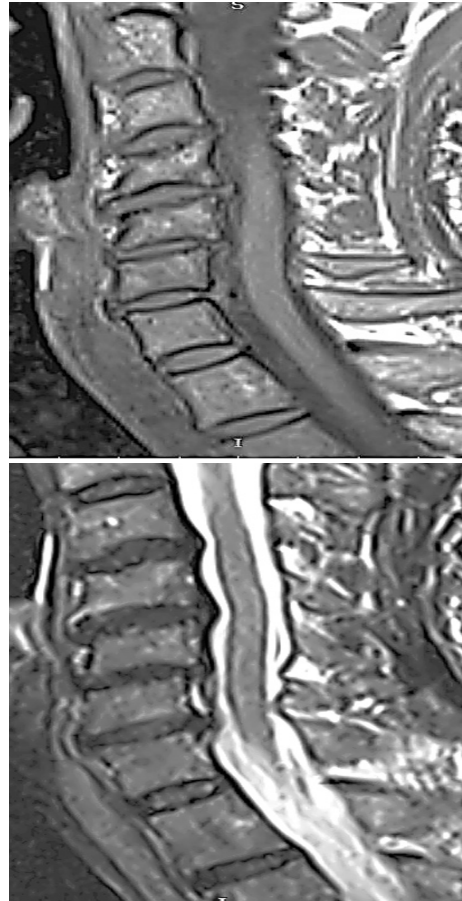
Bảng 3. Chẩn đoán hình ảnh nguyên nhân của hẹp ống sống cổ

Nguyên nhân	Số bệnh nhân (n=55)	Tỷ lệ %
Thoát vị đĩa đệm	51	92,7
Trượt đốt sống	11	20,0
Tổn thương dây chằng	9	16,4
Thoái hóa đốt sống	10	18,2
Chấn thương	4	7,3
Khác (u, viêm, ...)	4	7,3
Số bệnh nhân phối hợp ≥ 2 nguyên nhân	29	52,7

Nhận xét: Nguyên nhân thường gặp nhất của hẹp ống sống cổ là thoát vị đĩa đệm gặp trong 92,7% bệnh nhân, tiếp theo là trượt đốt sống làm biến đổi đường cong sinh lý, tỉ lệ 20%. Nguyên nhân do phì đại hay vôi hóa dây chằng dọc sau, dây chằng vàng gặp ở 16,4% bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thoái hóa đốt sống thường gây hẹp do gai sau thân đốt (18,2%), ghi nhận 1 trường hợp phì đại khớp liên mấu hai bên. Nghiên cứu này ghi nhận được 4 trường hợp liên quan đến chấn thương cột sống và 3 trường hợp tổn thương thứ phát ở thân và cuống sống làm hẹp ống sống cổ. Trong 55 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu có 52,7% bệnh nhân mắc phối hợp ≥ 2 nguyên nhân.



Hình 1. Hình ảnh gai thân đốt sống, thoái hóa Modic, thoái hóa kèm thoát vị đĩa đệm trên chuỗi xung T1W, T2W (Bệnh nhân Nguyễn Hữu T.)

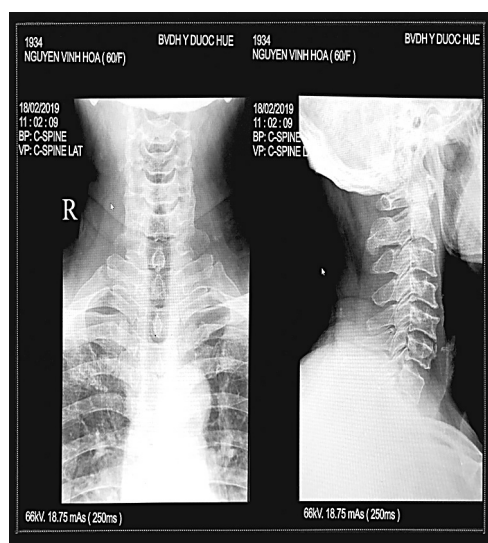


Hình 2. Hình ảnh trên chuỗi xung T1W, T2W của bệnh nhân Võ Đình T. được chẩn đoán hẹp ống sống cổ mắc phải do nguyên nhân phối hợp: thoái hóa đốt sống, thoát vị đĩa đệm và trượt đốt sống.

Bảng 4. Hình ảnh X quang

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n=55)	Tỷ lệ %
Bình thường		4	7,3
Bất thường	Gai xương	51	92,7
	Đặc xương dưới sụn	50	90,8
	Bất thường đĩa đệm (xẹp, khí,...)	23	41,8
	Vôi hóa dây chằng dọc sau	1	1,8
	Trượt đốt sống	11	20,0
	Tổn thương do chấn thương	2	3,6
	Biến đổi đường cong sinh lý, trục cột sống cổ	24	43,6
	Khác (u, viêm,...)	3	5,5
Hẹp ống sống bẩm sinh trên X quang		18	32,7

Nhận xét: 55 bệnh nhân của chúng tôi, trên X quang có 4 bệnh nhân (7,3%) có hình ảnh bình thường (cả 4 bệnh nhân này đều nhỏ hơn 40 tuổi) và 18 trường hợp được đánh giá hẹp ống sống bẩm sinh, chiếm tỷ lệ 32,7%. Trong các đặc điểm trên X quang bất thường, gai xương và đặc xương dưới sụn chiếm tỷ lệ cao lần lượt 92,7% và 90,8%; thấp nhất là vôi hóa dây chằng dọc sau với chỉ 1,8%.



Hình 3. Hình ảnh X quang : đường kính ống sống cổ <14mm, hẹp bẩm sinh.
Hình ảnh T2W: hẹp tuyệt đối và độ 2 theo Kang (Bệnh nhân Phan Thanh D.)

Bảng 5. Mối liên quan giữa các hội chứng lâm sàng và phân độ hẹp cổ điển

Hội chứng lâm sàng	Phân độ cổ điển		Tương đối		Tuyệt đối	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
HC cột sống cổ đơn thuần	1	3,8	0	0	0	0
HC chèn ép rễ đơn thuần	2	7,7	0	0	0	0
HC chèn ép rễ - cột sống cổ kết hợp	16	61,5	0	0	0	0
HC chèn ép tủy - cột sống cổ kết hợp	2	7,7	4	13,8	4	13,8
HC chèn ép rễ - tủy - cột sống cổ kết hợp	5	19,2	25	86,2	25	86,2

Nhận xét: Khi đường kính ống sống hẹp tương đối, bệnh nhân có hội chứng chèn ép rễ kết hợp hội chứng cột sống cổ chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,5%. Ngược lại, trong nhóm có đường kính ống sống hẹp tuyệt đối, bệnh nhân kết hợp cả ba hội chứng: hội chứng cột sống cổ, hội chứng chèn ép rễ và hội chứng chèn ép tủy chiếm tỷ lệ cao nhất 86,2%. Có sự liên quan giữa phân độ hẹp ống sống cổ cổ điển và các hội chứng lâm sàng.

Bảng 6. Mối liên quan giữa các hội chứng lâm sàng và phân độ Kang

Hội chứng lâm sàng	Phân độ Kang		Độ 1		Độ 2		Độ 3	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
HC cột sống cổ đơn thuần	1	3,6	0	0	0	0	0	0
HC chèn ép rễ đơn thuần	2	7,1	0	0	0	0	0	0
HC chèn ép rễ - cột sống cổ kết hợp	16	57,1	0	0	0	0	0	0
HC chèn ép tủy - cột sống cổ kết hợp	2	7,1	2	10,0	2	28,6	2	28,6
HC chèn ép rễ - tủy - cột sống cổ kết hợp	7	25,0	18	90,0	5	71,4	5	71,4

Nhận xét: Độ 1 theo phân độ Kang thường có biểu hiện trên lâm sàng kết hợp giữa hội chứng cột sống cổ và hội chứng chèn ép rễ (59,3%). Bên cạnh đó, những bệnh nhân hẹp độ 2, độ 3 lại chủ yếu gặp ở những bệnh nhân phối hợp cả ba hội chứng trên lâm sàng với tỉ lệ 90,5% và 71,4%.

Bảng 7. Mối liên quan giữa thang điểm Nurick và phân độ hẹp cổ điển

Phân độ cổ điển \ Thang điểm Nurick	Tương đối		Tuyệt đối		Tổng	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Độ 0	19	73,1	0	0	19	34,6
Độ 1	7	26,9	11	37,9	18	32,7
Độ ≥ 2	0	0	18	62,1	18	32,7

Nhận xét: Nhóm đường kính ống sống hẹp tương đối, bệnh nhân có tổn thương tủy độ 0 chiếm đa số (73,1%). Nhóm có đường kính ống sống hẹp tuyệt đối, bệnh nhân có tổn thương tủy mức độ ≥ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (62,1%). Có sự liên quan khá chặt chẽ giữa thang điểm Nurick và phân độ hẹp ống sống cổ điển.

Bảng 8. Mối liên quan giữa thang điểm Nurick và phân độ hẹp Kang

Phân độ Kang \ Nurick	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Tổng	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Độ 0	19	67,9	0	0	0	0	19	34,6
Độ 1	8	28,6	10	50,0	0	0	18	32,7
Độ ≥ 2	1	3,5	10	50,0	7	100	18	32,7

Nhận xét: Bệnh nhân độ 1 theo phân độ Kang thường có biểu hiện tổn thương tủy trên lâm sàng ở độ 0 (66,7%). Bên cạnh đó, khi bệnh nhân hẹp ống sống độ 2 có mức độ 1 theo thang điểm Nurick với 50%. Khi đường kính ống sống hẹp độ 3 thì 100% bệnh nhân có điểm Nurick ≥ 2 .

Bảng 9. Độ phù hợp giữa phân độ Kang và thang điểm Nurick

Kang \ Nurick	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Kappa
	Số bệnh nhân	Số bệnh nhân	Số bệnh nhân	
Độ 0	19	0	0	0,58 (0,44-0,73)
Độ 1	8	10	0	
Độ ≥ 2	1	10	7	

Nhận xét: Có sự phù hợp ở mức trung bình giữa đánh giá phân độ tổn thương tủy trên lâm sàng theo thang điểm Nurick và phân độ hẹp ống sống cổ theo Kang với hệ số Kappa = 0,58.

4. BÀN LUẬN

Về lý do vào viện với biểu hiện thường gặp là đau vai lan xuống cánh tay (45,5%) hay cảm giác tê bì (20%), tức là thời điểm này đã có ảnh hưởng đến rễ/tủy. Số bệnh nhân vào viện vì đau cổ gáy đơn thuần chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (7,3%). Có thể giải thích lý do bệnh nhân đi khám muộn như sau: Một là bởi bệnh thường tiến triển từ từ với triệu chứng khởi đầu chỉ là đau cột sống cổ, đau vai gáy, tê bì chi, rất ít khi bệnh nhân giảm vận động ngay. Hai là, bệnh nhân thường chủ quan không đi khám, không điều trị, nếu có điều trị thường tự điều trị tại nhà và khi bệnh ảnh hưởng nhiều đến vận động, cảm giác thì bệnh nhân mới vào viện.

Về triệu chứng cơ năng, đau cột sống cổ là triệu chứng thường gặp nhất. Khám thực thể, rối loạn

phản xạ gân chi trên thường gặp nhất chiếm 72,7% tổng số bệnh nhân. Có 54,5% bệnh nhân phối hợp cả ba hội chứng: cột sống cổ, chèn ép rễ và chèn ép tủy. Khi đánh giá theo thang điểm Nurick độ 0 là 34,5%, độ 1 là 32,7%, độ 2 trở lên là 32,8%.

Về hình ảnh X quang, vai trò của X quang chỉ để khảo sát sơ bộ phần xương cột sống. Trên phim X quang, bệnh nhân có gai xương và đặc xương dưới sụn là dấu hiệu thường gặp nhất. Có 18/55 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn hẹp ống sống bẩm sinh.

Về mối liên quan giữa các hội chứng lâm sàng và phân độ hẹp ống sống: Mức độ ống sống hẹp tuyệt đối (hẹp độ 2, độ 3) trên cộng hưởng từ thì tương ứng với biểu hiện lâm sàng là hội chứng tủy hoặc hội chứng rễ. Ứng với mức độ hẹp ống sống tương đối (hẹp độ 1) thì trên lâm sàng là hội chứng cột

sống cổ chiếm ưu thế hoặc hội chứng rễ nhẹ. Nhận định này đã được xác chắn nhiều năm với nhiều công trình nghiên cứu về hẹp ống sống cổ của các tác giả trong nước và nước ngoài như: Phạm Thị Sơn [7], Yusuhn Kang [8], Payne E. [9], Edwards WC [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân kết hợp cả ba hội chứng cột sống cổ, hội chứng chèn ép rễ và hội chứng chèn ép tủy chiếm tỷ lệ cao nhất. Có thể giải thích điều này là do nguyên nhân mất vững cột sống cổ, bởi sự tác động qua lại các tổn thương như: bệnh lý phì đại mấu khớp, xơ hóa vôi hóa dây chằng dọc sau, thoái hóa cột sống cổ và đặc biệt là bệnh lý thoát vị đĩa đệm đa tầng.

Về mối liên quan giữa thang điểm Nurick và phân độ hẹp ống sống: Từ trước đến nay có khá nhiều nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa các phân độ hẹp ống sống với lâm sàng hội chứng hẹp ống sống cổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có đường kính ống sống hẹp tương đối thì tương ứng độ 0 theo thang điểm Nurick. Ngược lại, khi bệnh nhân có đường kính hẹp tuyệt đối thì thang điểm Nurick độ 1 (37,9%) và Nurick ≥ 2 (62,1%). Về sự phù hợp ở mức trung bình giữa thang điểm Nurick và phân độ hẹp ống sống cổ theo Kang, với hệ số Kappa = 0,58. Các nghiên cứu trên thế giới cũng đưa ra kết luận có độ phù hợp trên mức trung bình giữa lâm sàng và các đặc điểm hình ảnh [11], [12].

Về định hướng điều trị bệnh nhân có hội chứng hẹp ống sống cổ, sau khi được chụp Cộng hưởng từ để loại trừ các bệnh cấp tính, bệnh ngoại khoa. Căn cứ mức độ tổn thương trên hình ảnh Cộng hưởng từ và biểu hiện lâm sàng để chọn giải pháp điều trị, cụ thể:

- Hội chứng cột sống đơn thuần: điều trị nội khoa, vật lý trị liệu, vận động hợp lý

- Hội chứng căng rễ (đau lan theo rễ hoặc rối loạn vận động cảm giác thoáng qua, không thường xuyên): điều trị nội khoa, vật lý trị liệu, có thể phối hợp các phương pháp điều trị bảo tồn, nghỉ ngơi hợp lý.

- Hội chứng chèn ép rễ (có biểu hiện rối loạn cảm giác vận động thường xuyên): vẫn phối hợp các phương pháp điều trị bảo tồn và theo dõi, nếu bệnh tăng nặng thì chụp Cộng hưởng từ lần 2 để xác định lại nguyên nhân và lựa chọn phương pháp can thiệp tối thiểu.

- Hội chứng chèn ép tủy (có biểu hiện rối loạn cảm giác vận động thường xuyên, có thể kết hợp rối loạn thần kinh dinh dưỡng phù, teo cơ, teo chi hay liệt cơ, yếu chi, liệt chi...). Thông thường, những bệnh nhân có biểu hiện chèn ép tủy thì Cộng hưởng từ lần 1 đã xác định được nguyên nhân cụ thể thì lựa chọn phương pháp điều trị ngoại khoa là hợp lý. Nếu Cộng hưởng từ chưa xác định được nguyên nhân thì Hội chẩn liên khoa.

5. KẾT LUẬN

Hẹp ống sống cổ là một bệnh lý thần kinh thường gặp, chiếm tỷ lệ 4,9% người trưởng thành. Bệnh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi 40- 60 tuổi, độ tuổi trung bình là 49,6. Nam thường gặp nhiều hơn nữ với tỉ lệ 1,6:1.

Đau cột sống cổ là triệu chứng thường gặp nhất. Khám thực thể, rối loạn phản xạ gân chi trên thường gặp ở 72,7% bệnh nhân. Có 54,5% bệnh nhân phối hợp cả ba hội chứng: cột sống cổ, chèn ép rễ và chèn ép tủy. Thang điểm Nurick độ 0 34,5%, độ 1 32,7%, độ ≥ 2 32,8%.

Nguyên nhân hẹp ống sống cổ mắc phải thường do tổn thương phối hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 47,3%, thoát vị đĩa đệm đơn thuần 45,5%, do cấu trúc bất thường chiếm 3,6%.

Trên cộng hưởng từ: 100% bệnh nhân thoái hóa đĩa đệm, 92,7% có gai đốt. Thoái hóa và thoát vị đĩa đệm là những nguyên nhân thường gặp làm hẹp ống sống cổ mắc phải.

Theo phân độ Kang, hẹp độ 1 có 70,4% tổn thương tủy ở mức độ 0, hẹp độ 2 có 52,4% tổn thương tủy độ 1 và hẹp độ 3 có 100% bệnh nhân tổn thương tủy độ 2 trở lên. Độ phù hợp giữa phân độ hẹp ống sống cổ Kang và thang điểm Nurick trên lâm sàng ở mức trung bình khá với Kappa = 0,6.

Tóm lại, hội chứng hẹp ống sống cổ rất đa dạng, thường do nguyên nhân như thoái hóa cột sống cổ, thoát vị đĩa đệm, di chứng sau chấn thương. Hình ảnh học luôn đóng vai trò quan trọng đối với chẩn đoán hẹp ống sống cổ, nếu kết hợp lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh thì độ chính xác cao hơn, trong đó chẩn đoán hình ảnh giúp xác định nguyên nhân và mức độ hẹp ống sống để định hướng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Quyền (2008), *Bài giảng Giải phẫu học tập II*, Nhà Xuất bản Y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, tr. 9-14.
2. Lee Michael J, Cassinelli Ezequiel H, Riew K Daniel

(2007), "Prevalence of cervical spine stenosis: anatomic study in cadavers", *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 89 (2), pp. 376-380.

3. Nguyễn Thị Ánh Hồng (1999), "Hẹp ống sống cổ: giá

trị của MRI qua khảo sát 300 trường hợp", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 236-237, tr. 126-129.

4. Kang Yusuhn, Lee Joon Woo, Koh Young Hwan et al. (2011), "New MRI grading system for the cervical canal stenosis", *American Journal of Roentgenology*. 197 (1), pp. W134-W140.

5. Cowley P.J (2016), "Neuroimaging of spinal canal stenosis", *Magnetic Resonance Imaging Clinics*. 24 (3), pp. 523-539.

6. Li Hao, Wang Jingkai, Chen Gang et al. (2017), "Combined upper cervical canal stenosis and cervical ossification of the posterior longitudinal ligament resulting in myelopathy: A case series and literature review", *Journal of Clinical Neuroscience*. 45, pp. 270-275.

7. Payne Eric E , Spillane John D (1957), "The cervical spine an anatomicopathological study of 70 specimens (using a special technique) with particular reference to the problem of cervical spondylosis", *Brain*. 80 (4), pp. 571-596.

8. Machino Masaaki, Ando Kei, Kobayashi Kazuyoshi et al. (2019), "MR T2 image classification in adult patients

of cervical spinal cord injury without radiographic abnormality: A predictor of surgical outcome", *Clinical neurology neurosurgery*. 177, pp. 1-5.

9. Phạm Thị Sơn (2010), *Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân hẹp ống sống cổ tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

10. Edwards W. C., Larocca H. (1983), "The developmental segmental sagittal diameter of the cervical spinal canal in patients with cervical spondylosis", *Spine*. 8 (1), pp. 20-27.

11. Karki DB, Gurung G, Adhikary KP et al. (2015), "Magnetic Resonance Imaging Findings in Degenerative Disc Disease of Cervical Spine in Symptomatic Patients", *Journal of Nepal Health Research Council*. 13 (31), pp. 196-200.

12. Rüegg Tabea B, Wicki Anina G, Aebli Nikolaus et al. (2015), "The diagnostic value of magnetic resonance imaging measurements for assessing cervical spinal canal stenosis", *Journal of Neurosurgery: Spine*. 22 (3), pp. 230-236.