

## TIẾP CẬN ĐAU CỔ KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Thành Nhân

Lê Viết Cần

### Mục tiêu học tập

1. Phân loại các kiểu đau và các nhóm nguyên nhân gây đau vùng cổ
2. Khai thác bệnh sử và tiền căn hướng đến nhận biết các kiểu đau và các nhóm nguyên nhân thường gặp.
3. Trình bày cách khám lâm sàng có định hướng.
4. Liệt kê các dấu hiệu lâm sàng báo hiệu nguy hiểm.
5. Đề nghị hợp lý các cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định.
6. Nhận biết được các dấu hiệu bất thường trên XQ quy ước, CT scan, MRI vùng cổ.

**Từ khoá : neck pain, cervical spine disorders**

### Giới thiệu

Có khoảng 10% dân số có ít nhất một lần đau cổ trong đời. Do đó, đau cổ không do chấn thương là một triệu chứng rất thường gặp. Các nguyên nhân đau cổ thường gặp là đau cổ do căng cơ, đau cổ do nguyên nhân đĩa đệm,.... Đau cổ kèm theo các triệu chứng thần kinh thường do bệnh lý rễ cổ hoặc tủy cổ gây ra. Việc hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng cẩn thận giúp chúng ta xác định được kiểu đau cổ trên lâm sàng và định hướng được các nguyên nhân gây đau cổ. Để từ đó chúng ta cần đưa ra các khảo sát hình ảnh học chẩn đoán như X quang , MRI, CT cột sống cổ.

### NGUYÊN NHÂN

**Những yếu tố gợi ý triệu chứng đau cổ dai dẳng:** Những yếu tố dự đoán đau cổ dai dẳng bao gồm lớn tuổi, có đau lưng kèm theo, chấn thương vùng cổ, đau đầu, đau lan, còn làm việc và có những đợt đau cổ trước đây.

**Hội chứng đau cổ theo trục:** Đau cổ có thể do nhiều nguyên nhân. Các bệnh toàn thân như viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, viêm đa cơ hay di căn xương nên được xem xét trên những bệnh nhân có dấu hiệu phù hợp. Những thay

đôi do **thoái hóa** là nguyên nhân thường gặp nhất của đau cổ theo trục. Tiếp cận chẩn đoán được đề cập bên dưới dành cho những bệnh nhân không có dấu hiệu của **bệnh lý thấp, u bướu hay nguyên nhân nhiễm trùng** cả bệnh sử và thăm khám lâm sàng.

**Căng cơ cổ:** Căng cơ cổ là một chẩn đoán không đặc hiệu, thường được dùng để mô tả những thương tổn của hệ thống dây chằng và cơ cạnh sống đảm nhận nhiệm vụ vận động cột sống cổ và ngực. Chẩn đoán căng cơ cổ là phù hợp trên những bệnh nhân đau cổ theo trục cấp tính kèm theo đau cơ thang và loại trừ tất cả những khiếm khuyết thần kinh.

Căng cơ cổ có thể do những stress cơ học trong cuộc sống thường ngày, bao gồm cả tư thế xấu và những thói quen ngủ. Bệnh thường diễn hình với đau, cứng và căng phần lưng trên - vai, có thể kéo dài tới 6 tuần. Những bệnh nhân đau kéo dài hơn thời gian này không nên nhận một chẩn đoán không đặc hiệu như là căng cơ cổ; đau cơ đơn độc và không nên xem là đau mạn tính một cách thường quy.

Những cơ chế của đau cổ mạn tính có thể là đau đĩa đệm cổ, đau diện khớp trong, bệnh lý tủy cổ do thoái hóa, đau rễ thần kinh cổ, đau cơ, bệnh lý thần kinh trung ương hoặc ngoại vi.

**Thoái hóa cột sống cổ:** Khái niệm thoái hóa cột sống cổ bao gồm những thương tổn thoái hóa ở xương, đĩa đệm và mô mềm. Những thay đổi thoái hóa cột sống cổ xuất hiện trên hình ảnh học sau tuổi 30. Những bất thường bao gồm những thay đổi tuần tự của đĩa đệm với sự hình thành gai xương dọc theo thân sống, những thay đổi của mặt khớp và bản sống. Có sự tiếp nối của những thay đổi bình thường do lão hóa tới tình trạng bệnh lý rõ ràng.

Không có nhiều sự tương quan giữa những thay đổi trên hình ảnh học và mức độ nặng của đau. Có những thay đổi hình ảnh học ở trường hợp không triệu chứng, việc phân biệt rõ ràng triệu chứng lâm sàng của thoái hóa cột sống cổ là khó khăn.

**Đau đĩa đệm cổ:** thoái hóa đĩa đệm cổ là một chẩn đoán hình ảnh học hơn là một chẩn đoán lâm sàng do nó thường được ghi nhận trên hình ảnh học của những bệnh nhân có hoặc không có triệu chứng. Trong một nghiên cứu hồi cứu 12 năm, triệu chứng thoái hóa đĩa đệm tiến triển được ghi nhận trên 81% trường hợp ban đầu không ghi nhận triệu chứng (tuổi trung bình thời điểm bắt đầu là 39). Do vậy một

thuật ngữ khác được dùng để mô tả bệnh nhân đau cổ có liên quan đĩa đệm: hội chứng tổn thương bên trong đĩa đệm hay đau do đĩa đệm cổ. Đau đĩa đệm cổ có thể là nguyên nhân gây đau cổ thường gặp nhất.

Trái với những bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cổ, đau đĩa đệm cổ liên quan tới những sự tái sắp xếp cấu trúc đĩa gây nên đau cổ cơ học có hoặc không kèm theo hiện tượng viêm. Những tiến trình thoái hóa xảy ra bên trong đĩa liên quan tới sự mất phân bố lực hiệu quả giữa đĩa đệm, đĩa tận và mặt khớp.

Bệnh nhân đau do đĩa đệm cổ thường đau trực nhiều hơn đau chi. Đau chi có thể xảy ra tuy nhiên thường là do đau quy chiếu hơn là đau do chèn ép rễ thần kinh. Triệu chứng thường nặng hơn khi cổ bị giữ ở một tư thế kéo dài như khi lái xe, đọc sách hay làm việc với máy tính. Triệu chứng đi kèm là co và cứng cơ.

Thăm khám lâm sàng ghi nhận cảm giác đau cổ theo trục, giảm tầm vận động và những dấu hiệu thần kinh lành tính. Những thay đổi thoái hóa trên cộng hưởng từ không tương ứng với triệu chứng đau đĩa. Những thay đổi thoái hóa không triệu chứng là thường gặp.

**Hội chứng máu khớp cột sống cổ:** khối máu khớp hay diện khớp cổ gây đau kiểu trục và có thể là nguyên nhân thường nhất gây đau đầu - cổ do tổn thương Whiplash. Bệnh nhân thường có bệnh sử chấn thương kiểu cúi ngửa đột ngột hay nghề nghiệp cần tư thế cổ duỗi lặp đi lặp lại.

Đau thường ở giữa hay lệch nhẹ sang một bên. Triệu chứng đau có thể quy chiếu tới vai, vùng quanh vai, vùng chẩm hay gốc chi. Giống đau do đĩa đệm, triệu chứng trục hơn là triệu chứng chi.

Đáng tiếc là không có một bệnh sử, hình ảnh học có thể cung cấp được một chẩn đoán xác định. Tiêm một lượng nhỏ thuốc tê tại chỗ dưới hướng dẫn màn tăng sáng hay phong bế nhánh thần kinh vận động khớp giúp giảm đau được coi như một phương pháp chẩn đoán xác định.

**Đau cân cơ cổ:** đau có liên quan tới một điểm khởi phát, nhạy cảm áp lực được gọi là đau cân cơ cổ. Đau cân cơ cổ có thể là một triệu chứng không đặc hiệu của bất kì tình trạng bệnh lý nào gây đau từ cổ tới vai. Đau có thể liên quan tới tính nhạy cảm của cơ, trầm cảm, lo lắng, mất ngủ hoặc có thể là một biến thể ít toàn thân hơn

của đau xơ cơ. Những quá tải mạn tính hoặc chấn thương trực tiếp đóng vai trò quan trọng trong phát triển đau cân cơ.

**Vôi hóa lan tỏa:** là một hội chứng có sự lắng đọng xương bất thường ở chỗ bám của gân hoặc dây chằng. Chẩn đoán được dựa trên 3 tiêu chuẩn hình ảnh học cột sống:

- Sự calci hóa dọc theo bờ trước ngoài của 4 đốt sống liên tục trở lên.
- Bảo tồn tương đối chiều cao đĩa của đốt sống tổn thương mà không có những thay đổi đó thoái hóa nguyên phát lớn của đĩa.
- Không có dính khối mấu khớp hay tràn dịch khớp cùng chậu, xơ hóa hay cốt hóa diện khớp.

Bệnh có thể kèm theo cứng, đau và mất vận động nhưng cũng có thể không triệu chứng. Sự dính khối khớp có thể dẫn tới đau tăng kể cận. Vôi hóa phía trước cột sống có thể gây ra triệu chứng khó nuốt.

### **Đau Chi Và/ Hoặc Khiếm Khuyết Thần Kinh**

Bệnh lý tủy cổ do thoái hóa: được định nghĩa là những thay đổi thoái hóa gây nên hẹp ống sống, dẫn tới tổn thương hoặc mất chức năng tủy cổ. Bệnh nhân có thể có nhiều than phiền về thần kinh: yếu, giảm khả năng phối hợp vận động, rối loạn tư thế, bí hoặc rối loạn chức năng trực tràng, bàng quang hay rối loạn tình dục. Chẩn đoán phân biệt bao gồm đa xơ cứng, u, áp xe ngoài màng cứng, xơ cứng cột bên teo cơ. Phân biệt với những nguyên nhân đau cổ khác là thiết yếu vì tiên lượng hồi phục thần kinh phụ thuộc vào phẫu thuật giải ép sớm.

Bệnh lý rễ thần kinh cổ: là tình trạng mất chức năng của rễ thần kinh cổ đặc trưng với đau, yếu, thay đổi phản xạ hoặc cảm giác. Nhiều nguyên nhân có thể gây ra bệnh lý rễ như hẹp lỗ liên hợp, thoát vị đĩa đệm, Zona, bệnh lý rễ Lyme, bệnh đa dây thần kinh do tiểu đường. Tuy nhiên nguyên nhân thoái hóa là thường gặp nhất và chiếm tới 70-90% trường hợp.

### **Đau Cổ Không Do Nguyên Nhân Cột Sống**

**Hội chứng đường thoát ngực:** bệnh có thể biểu hiện đau cổ hoặc đau vai cùng với đau quy chiếu tới cánh tay và nhiều triệu chứng của thần kinh - mạch máu. Tam

chứng gợi ý mạnh bao gồm tê, yếu và cảm giác sung ở chi trên. Khám lâm sàng ghi nhận dấu hiệu Roos (bàn tay nắm mạnh và lập lại khi đưa tay dạng qua đầu) hay test Adson dương tính (mạch quay bắt yếu hơn khi đưa tay dạng - ra sau, ngửa cổ và nghiêng sang phía bệnh).

**Zona:** có thể biểu hiện triệu chứng đau theo rãnh một bên mà không có những dấu chứng thần kinh khác. Bóng nước có thể không xuất hiện vài ngày sau khi khởi phát đau.

**Bệnh lý thần kinh do tiểu đường:** tiểu đường có thể đi kèm với nhiều hội chứng đau thần kinh có liên quan tới viêm màng mạch máu lớn. Bệnh đa rễ thần kinh cổ - ngực, bệnh lý đám rối thần kinh, chèn ép thần kinh ngoại biên có thể đi kèm với đau hoặc yếu cổ, vai hoặc tay.

Những nguyên nhân khác: Chẩn đoán phân biệt của đau cổ thì rộng. Mặc dù phần lớn than phiền về đau cổ có nguyên nhân cơ xương, có nhiều nguyên nhân khác với các triệu chứng trong đó có bao gồm đau cổ. Việc chẩn đoán phân biệt những nguyên nhân được đề cập dưới đây thường dựa trên những triệu chứng đặc trưng kèm theo (như sốt, cứng cổ, tràn dịch khớp kèm đau....).

- Nguyên nhân ác tính: khối u bao gồm cả u tủy cổ
- Mạch máu: tắc mạch máu đốt sống hoặc mạch cảnh
- Tim mạch: đau thắt ngực hoặc nhồi máu cơ tim (gây đau ngực, cổ và những triệu chứng giống đau rễ cổ).
- Nhiễm trùng: áp xe hầu họng, viêm màng não, áp xe dưới hoành, zona, bệnh Lyme.
- Tạng: hẹp thực quản, bệnh đường mật, u đỉnh phổi.
- Đau vai quy chiếu: cần, viêm dính bao khớp vai, rách chóp xoay.
- Thấp: viêm đa cơ, viêm cơ.
- Thần kinh: loạn trương lực cơ cổ, đau đầu căng cơ..

## CHẨN ĐOÁN

Bệnh sử và thăm khám lâm sàng nhằm xác định các kiểu đau cổ thường gặp và nguyên nhân của đau cổ

### Bệnh sử

- Khai thác các đặc điểm của triệu chứng đau cổ bao gồm:

- Vị trí và hướng lan:

- + đau do hệ thống cơ xương thường đau phía sau cổ vùng cơ cạnh sống và có thể lan đến vùng vai, bả vai.

- + đau rễ TK thường lan đến chi trên theo vùng chi phối cảm giác

- + đau trước cổ thường do bệnh lý các cấu trúc cổ

- Thời gian:

- + Khởi phát: < 3 tháng: đau cấp, > 3 tháng: đau mạn

- + Đau do bệnh lý ác tính: thường đau về đêm. Đau do bệnh lý rễ: đau chói làm BN thức giấc.

- Tính chất: liên quan đến kiểu đau

- Liên quan đến vận động:

- + Đau cơ học (chèn ép): thường tăng lên khi vận động hoặc ở tư thế đặc biệt, giảm khi nghỉ ngơi

- + Đau do viêm: thường tăng nhiều vào buổi sáng sớm và sau 1 thời gian không vận động.

- Khai thác triệu chứng kèm theo: tê, mất cảm giác, yếu chi, sụt cân,....

- Khai thác tiền căn:

- + Chấn thương, bệnh lý ác tính, sử dụng thuốc,....

- + Thói quen sinh hoạt

Khai thác bệnh sử giúp chúng ta nhận biết được các kiểu đau cổ thường gặp

(Bảng 1)

**Bảng 1 : Các kiểu đau cổ**

<b>Kiểu đau</b>	<b>Đặc điểm</b>	<b>Sinh bệnh học</b>
<b>Đau bản thể</b>	Âm ỉ, sâu, khu trú	Do kích thích tận cùng TK của cấu trúc bệnh
<b>Đau quy chiếu</b>	Âm ỉ, sâu, khó xác định vị trí chính xác	Do não khó xác định vị trí chính xác khi các TK hướng tâm từ 2 nơi hội tụ về
<b>Đau rễ TK</b>	Đau chói như điện giật, lan theo vùng chi phối cảm giác của rễ TK	Do chèn ép các rễ TK

**Thăm khám lâm sàng** – Khám lâm sàng cột sống cổ bao gồm các bước sau đây:

- Quan sát dáng đi và tư thế đầu cổ
- Đánh giá tầm vận động cột sống cổ
- Sờ : cơ cạnh sống và cơ thang
- Đánh giá các dấu hiệu thần kinh: phản xạ, vận động và cảm giác
- Khám các nghiệm pháp gợi ý đau theo rễ thần kinh

+ Quan sát: việc thăm khám thường quy bắt đầu từ việc chú ý quan sát tư thế đầu cổ của BN khi ngồi hoặc đi lại.

+ Đánh giá tầm vận động: bất thường tầm vận động gợi ý tổn thương cột sống cổ nhưng không chẩn đoán được nguyên nhân đặc hiệu. Tổn thương cột sống cổ cao (C1 đến C3) thường gây hạn chế xoay cổ, còn tổn thương cột sống cổ thấp (C4 đến C7) thường gây hạn chế nghiêng cổ.

+ Sờ: cơ cạnh sống và phần trên cơ thang để đánh giá mức độ đau và căng cơ.

+ Khám thần kinh: bao gồm khám sức cơ, cảm giác, phản xạ, dáng đi và các nghiệm pháp

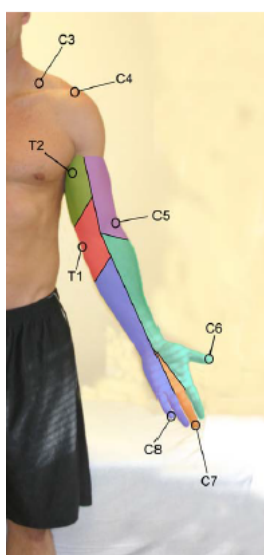
- Sức cơ: đánh giá các vận động như dạng vai, gấp- duỗi khuỷu, gấp-duỗi cổ tay.

**Bảng 2: Các rễ cổ chi phối vận động đặc thù**

Vận động	Cơ vận động	Rễ TK
Dạng vai	Cơ delta, cơ trên gai	C5
Gấp khuỷu	Cơ cánh tay, nhị đầu	C6
Duỗi khuỷu	Cơ tam đầu	C7
Gấp các ngón	Cơ gấp ngón nông, sâu	C8
Dạng ngón út	Cơ dạng ngón út	T1

- Phản xạ: đánh giá các phản xạ như gân cơ nhị đầu, gân cơ cánh tay quay, và gân cơ tam đầu, cần so sánh 2 bên.
- Cảm giác: khám cảm giác sờ nhẹ, đâm kim, rung âm thoa, vị trí, nhiệt, phân biệt hai điểm.

Vùng chi phối cảm giác theo rễ thần kinh:



**Hình 1 Rễ cổ và vùng chi phối cảm giác**



*Các nghiệm pháp đánh giá BN có bệnh lý rễ thần kinh:*

♦ Nghiệm pháp Spurling: dùng để đánh giá chèn ép rễ cổ khi đi ra khỏi lồng liên hợp đốt sống. Cổ bệnh nhân ngửa và xoay sang phía bên bị bệnh. Nếu triệu chứng đau tăng lên kèm lan xuống phía dưới vai và tay thì dương tính. Nếu chỉ đau cổ và không lan thì không đặc hiệu. Nghiệm pháp Spurling có độ nhạy thấp (30%) và độ đặc hiệu cao (93%). Do đó, nghiệm pháp dương tính thì rất hữu ích, tuy nhiên nghiệm pháp âm tính cũng không nên loại trừ bệnh lý rễ thần kinh.

♦ Nghiệm pháp kéo giãn cổ: kéo giãn cổ bằng lực kéo dọc trục với tay dưới cằm và vùng chẩm. Nghiệm pháp dương tính khi triệu chứng đau giảm đi khi kéo giãn.

♦ Xác định rễ thần kinh tổn thương sau khi thăm khám: sau khi thăm khám các triệu chứng cơ năng và thực thể chúng ta có thể xác định được triệu chứng của rễ thần kinh gây ra (Bảng 2)

**Bảng 3 Tóm tắt chuẩn đoán xác định rễ tổn thương**

Rễ TK	Đau	Cảm giác: tê	Yếu vận động	Phản xạ
C5	Cổ, vai, vùng bả vai	Mặt ngoài cánh tay	Dạng vai, xoay ngoài vai.	Gân cơ nhị đầu
C6	Cổ, vai, vùng bả vai, mặt ngoài cánh-cẳng- bàn tay	Mặt ngoài cẳng tay, ngón I-II bàn tay	Gấp khuỷu, sấp-ngửa cẳng tay	Gân cơ nhị đầu
C7	Cổ, vai, ngón giữa bàn tay	Ngón II, III bàn tay	Duỗi khuỷu, duỗi cổ tay	Gân cơ tam đầu
C8	Cổ, vai, mặt trong cẳng tay, ngón IV, V bàn tay	Mặt trong cẳng tay, ngón IV, V bàn tay	Gấp các ngón tay	Không
T1	Cổ, mặt trong cánh tay	Mặt trước trong cánh tay	Dạng- khép các ngón tay	Không

**Dấu hiệu nguy hiểm:** - Các dấu hiệu sau cảnh báo có thể bệnh nhân có bệnh lý tiến triển và nặng (Bảng 4)

**Bảng 4 ; Dấu hiệu nguy hiểm**

<i><b>Dấu hiệu nguy hiểm</b></i>
Sụt cân không rõ nguyên nhân
Sốt, ớn lạnh
Tiền căn ung thư
Suy giảm miễn dịch
Sử dụng thuốc đường tĩnh mạch
Sử dụng corticoid lâu ngày
Dấu hiệu thần kinh (yếu tay, đi đứng khó, rối loạn tiêu tiêu, dấu Babinski)

## **CÁC PHƯƠNG TIỆN CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH**

**Xét nghiệm chẩn đoán** - X quang, cộng hưởng từ hay CT, điện cơ/ dẫn truyền thần kinh và xét nghiệm máu đều hữu ích cho chẩn đoán đau cổ.

Bởi vì thay đổi thoái hóa có thể xảy ra trên nhiều tầng nên những dấu hiệu thần kinh cần tương ứng với những bất thường hình ảnh học. Ví dụ, triệu chứng bao gồm rễ C6 nên tương quan với sự chèn ép lỗ liên hợp tầng C5-6.

### **Hình ảnh học**

**Chỉ định:** Trên những bệnh nhân đau cổ không chấn thương, hình ảnh học (x quang, MRI hay CT) được chỉ định trong những trường hợp sau:

- Tuổi >50 với những triệu chứng mới
- Triệu chứng báo động (sốt, lạnh run, sụt cân không giải thích)
- Đau cổ trung bình tới nặng kéo dài hơn 6 tuần
- Dấu hiệu thần kinh tiến triển
- Nguy cơ nhiễm trùng (dùng thuốc chích, ức chế miễn dịch)
- Tiền căn ác tính

**X quang thường quy:** Được chỉ định trên bệnh nhân đau cổ không chấn thương lớn hơn 50 tuổi có triệu chứng mới.

Một bộ X quang thường quy bao gồm 7 tư thế, bao gồm tư thế há miệng, nghiêng, trước sau, 2 phim chéo, phim nghiêng cúi-ngửa. tuy nhiên, trên 258 bệnh nhân chụp X quang để đánh giá những bất thường liên quan tới cổ (đau cổ theo trục, đau rễ ở chi trên hay bệnh lý tủy), phim cúi-ngửa không thay đổi quyết định điều trị. Do đó, hình ảnh học thường quy cho đau cổ nên gồm 5 phim: tư thế há miệng, thẳng, nghiêng và hai phim chéo.

Phim nghiêng thể hiện sự thẳng hàng của cột sống, đường cong ra trước bình thường của cột sống cổ có thể thay thế bởi một đường thẳng hay thậm chí là đường cong ra sau trong những trường hợp căng cơ cổ trung bình hoặc nặng. Phim nghiêng cũng dùng để đánh giá mức độ thoái hóa (ở mặt khớp và cạnh sống), hẹp khoang đĩa (viêm xương khớp hay bệnh lý rễ) hay bệnh lý xương (gãy xương gây chèn ép).

Phim chéo dùng để xác định chèn ép trong lỗ liên hợp (gai xương làm giảm đường kính lỗ liên hợp). Tuy nhiên, hình ảnh học của hẹp lỗ liên hợp có thể bị đánh giá quá mức hoặc thiếu do sự thay đổi về góc của lỗ liên hợp cổ.

Vẹo cổ nặng có thể gây ra nghiêng cột sống cổ sang bên và thường được đánh giá tốt nhất trên phim trước sau. Tư thế há miệng phù hợp với chấn thương cấp.

## **CT hay MRI**

MRI và CT scans là xét nghiệm hình ảnh học nhạy hơn nhiều X quang thường quy trong việc xác định một số tình trạng nghiêm trọng, bao gồm thoát vị đĩa đệm, chèn ép tủy, nhiễm trùng, và bệnh lý ác tính. MRI nên là xét nghiệm hình ảnh học đầu tiên được thực hiện của bệnh nhân có triệu chứng cơ năng và thực thể của bệnh lý thần kinh. MRI cũng nên được thực hiện nếu nghi ngờ bị nhiễm trùng hoặc ác tính. Một số chuyên gia cũng cho rằng MRI được chỉ định cho bệnh nhân đau cổ mức độ trung bình đến nặng hơn sáu tuần, ngay cả khi không phát hiện bất thường trên X quang thường quy, mặc dù điều này không phải là tiêu chuẩn của American College of Radiology guidelines.

Trong trường hợp không có những yếu tố nguy cơ của bệnh lý nghiêm trọng. MRI là không cần thiết với bệnh nhân đau cổ nhẹ. Đau nhẹ có thể được định nghĩa là đau mà bệnh nhân tự mô tả là nhẹ hoặc đau được đánh giá theo thang điểm đau là  $< 3/10$ , không làm giới hạn hoặc gián đoạn hoạt động hàng ngày (như lái xe, công

việc văn phòng, hoặc ngủ), không ảnh hưởng nghề nghiệp, và dễ dàng bỏ qua khi kéo cổ. Một số tính chất khác như là bệnh lúc tăng lúc giảm kéo dài hàng tháng hoặc năm, đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường và chườm nóng, hiện tượng “đông cứng” (cứng cổ sau khi giữ một tư thế kéo dài), và tăng nặng khi thay đổi thời tiết. Bệnh nhân đau cổ mạn tính mức độ trung bình hoặc nặng nên được chụp MRI, ngay cả khi không có chèn ép thần kinh, khi cơn đau ảnh hưởng giấc ngủ, công việc, hoạt động cơ bản hàng ngày, hoặc khi bệnh nhân yêu cầu tiêm thuốc hoặc điều trị phẫu thuật. Nếu có chống chỉ định với MRI, thì CT được chỉ định.

Bệnh nhân đau chói ở xương cổ, kết hợp với giới hạn vận động cổ nhiều cần đánh giá hình ảnh học để chẩn đoán gãy xương. CT scans cho thấy rõ đường gãy hơn là MRI, và có thể chụp được một cách nhanh chóng ở bệnh nhân ở những bệnh nhân không thể nằm lâu do đau. Ở bệnh nhân với chấn thương cổ cấp tính (whiplash injury), MRI cho thấy bằng chứng hạn chế về những thay đổi đặc hiệu so với nhóm chứng không có triệu chứng, cho thấy vai trò giới hạn của MRI ở những bệnh nhân bị chấn thương này.

MRI hoặc CT cũng được chỉ định khi xem xét can thiệp thủ thuật hoặc phẫu thuật. Kết quả MRI kết hợp với lâm sàng giúp quyết định tăng can thiệp.

- MRI phát hiện tổn thương mô mềm bao gồm thoát vị đĩa đệm, hẹp lỗ gian đốt sống (liên hợp), hẹp ống sống cổ, u bướu. MRI cũng có thể phát hiện thay đổi tủy sống từ bệnh lý tủy, gãy xương, và nhiễm trùng. MRI không tiêm thuốc cản từ là đủ cho phần lớn trường hợp. Chụp MRI có tiêm thuốc cản từ gadolinium giúp chẩn đoán tốt hơn cho các bệnh lý nhiễm trùng, u bướu, hoặc xơ hóa ngoài màng cứng sau phẫu thuật, hoặc khi chụp thông thường không kết luận được.

- CT scan có thể phát hiện những thay đổi do thoái hóa như thoát vị đĩa đệm, hẹp lỗ liên hợp, hẹp ống sống, thoái hóa mấu khớp, u bướu, và gãy xương. CT tốt hơn MRI trong thoái hóa mấu khớp hoặc những thay đổi trên xương khác. CT scans không thể phát hiện được bệnh lý vỏ bao thần kinh hoặc tổn thương nội tủy như bướu tủy sống. Ngoài ra còn phơi nhiễm đáng kể với tia xạ.

Bên cạnh đó, chụp MRI có cản từ nên tránh ở bệnh nhân có suy giảm chức năng thận trung bình hoặc nặng ( $\text{eGFR} < 15 - 30 \text{ mL/ phút}$ ). Nếu bắt buộc phải chụp thì

có thể chạy thận nhân tạo để giảm thiểu nguy cơ xơ hóa hệ thống thận (nephrogenic systemic fibrosis (NSF)) .

MRI không bị phơi nhiễm tia xạ nhưng bệnh nhân phải tiếp xúc với từ trường mạnh, không thực hiện được ở bệnh nhân đặt máy tạo nhịp (pacemakers), clip mạch máu nội sọ đời cũ, và trước đó có tổn thương mắt với mảnh kim loại. Phần lớn kim loại từ thủ thuật chỉnh hình, bao gồm thủ thuật cột sống có thể chụp MRI được.

Một hạn chế của MRI là các bất thường về giải phẫu như lõi đĩa đệm hoặc thoát vị đĩa đệm hiện diện ở 30% các cá nhân không có triệu chứng. Trong một nghiên cứu trên 100 bệnh nhân được chụp MRI thanh quản không có triệu chứng ở cổ, lõi đĩa đệm cổ hoặc thoát vị đã được thấy ở 20% bệnh nhân trong độ tuổi từ 45 đến 54 và 57% ở những người lớn hơn 64 tuổi.

### Các xét nghiệm khác

**Electrodiagnostic testing** — đo điện cơ EMG xem xét chỉ định khi có hội chứng chèn ép thần kinh ngoại biên hoặc bệnh lý thần kinh ngoại biên là nguyên nhân có thể gây ra triệu chứng ở chi mà có thể giống như đau rễ thần kinh cổ. EMGs nên được xem xét chỉ định khi bệnh nhân có đau và dị cảm nổi trội ở chi hơn là ở cổ. Ở một vài bệnh nhân, triệu chứng đau lan ngược về cổ. EMG không được chỉ định ở bệnh nhân không có nghi ngờ bệnh lý rễ cổ.

Điện cơ kim là test hữu ích nhất để phát hiện bệnh lý rễ cổ nhưng chỉ phát hiện rễ tổn thương và đau liên quan khi tổn thương sợi trục vận động hiện diện. Điều quan trọng là phải nhận ra rằng đau rễ cổ có thể tồn tại trong trường hợp không có tổn thương sợi trục. Kích thích các hạch rễ lưng và các sợi thần kinh cảm giác hướng tâm có thể dẫn đến đau mà không có tổn thương vận động.

**Xét nghiệm máu** – xét nghiệm máu không là xét nghiệm thường quy, nhưng nên được thực hiện dựa trên tiền sử và thăm khám của từng bệnh nhân, khi nghĩ nguyên nhân đau cổ không do cột sống (thí dụ, thấp khớp, nhiễm trùng, hoặc u bướu). Những chỉ số viêm như ESR (VS) và CRP sẽ bình thường ở nguyên nhân đau cổ do thoái hóa như bệnh lý rễ cổ, hẹp ống sống, bệnh lý tủy, đau do đĩa đệm, và hội chứng máu khớp. Tuy nhiên ESR, CRP có thể tăng cao ở bệnh nhân viêm đa

cơ do thấp, viêm đa khớp dạng thấp, hoặc bệnh lý nhiễm trùng như viêm đĩa đệm nhiễm trùng.

### **Take home messages**

- Có nhiều nguyên nhân gây ra triệu chứng đau cổ bao gồm: đau do căng cơ, thoái hóa cột sống cổ, bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ,....
- Mặc dù thoái hóa cột sống cổ là nguyên nhân gây đau cổ thường gặp nhất. Tuy nhiên cần phải cảnh giác khi bệnh nhân có các dấu hiệu cảnh báo nguy hiểm: tiền căn ung thư, giảm cân không rõ nguyên nhân, suy giảm miễn dịch, sử dụng thuốc đường tĩnh mạch, sử dụng corticoid lâu ngày, các dấu hiệu thần kinh.
- Bệnh sử: khai thác triệu chứng đau cổ giúp phân biệt các kiểu đau cổ thường gặp.
- Thăm khám lâm sàng theo trình tự: quan sát cột sống cổ, đo tầm vận động, sờ các cơ cạnh sống, khám thần kinh sẽ giúp chúng ta nhận biết được các rễ thần kinh bị tổn thương.
- X quang cột sống cổ được chỉ định khi: BN > 50 tuổi có triệu chứng mới, các triệu chứng tổng trạng (sốt, ớn lạnh, sụt cân), đau cổ kéo dài hơn 6 tuần, các dấu hiệu thần kinh tiến triển, tiền căn ung thư, nguy cơ nhiễm trùng (sử dụng thuốc đường tĩnh mạch, suy giảm miễn dịch).
- MRI cột sống cổ là hình ảnh học được chỉ định khi BN có dấu hiệu thần kinh tiến triển, nghi ngờ nhiễm trùng và ác tính, đau cổ > 6 tuần kể cả khi hình ảnh XQ bình thường.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Musculoskeletal diagnosis. Grant Cooper. Neck and shooting arm pain. Page: 12-17.
2. Clinical approach to neck pain. Journal of Rheumatology (2010).
3. Spine Scret Plus. Chapter 4: Evaluation of cervical spine disorders.
4. Physical examination of the spine. Chapter 2: Physical examinaion of the cervical spine (2017)
5. Evaluation of the patient with neck pain and cervical spine disorders. UpToDate (2018)

