

VÔI HOÁ DÂY CHẰNG DỌC TRƯỚC GÂY KHÓ NUỐT KÈM THEO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ: BÁO CÁO 01 TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN

Trần Huy Hùng¹, Nguyễn Ngọc Khang², Bùi Văn Dung¹,
Nguyễn Thị Phương Hoa¹, Bùi Thị Thanh Vân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý vôi hoá dây chằng dọc trước cột sống cổ không phải là phổ biến và rất hiếm khi có triệu chứng lâm sàng, do đó không được báo cáo nhiều trong y văn. Bệnh thường gặp ở nam giới độ tuổi thập niên 60 hoặc 70 và có thể gây ra các vấn đề như khó nuốt, khó thở, khó phát âm. **Mô tả ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam, 61 tuổi, có tiền sử nuốt vướng gần 01 năm, đã khám và điều trị nhiều nhiều đợt nhưng không tiến triển. Gần đây xuất hiện đau tê bả vai, cánh tay hai bên, điều trị nội khoa không đáp ứng. Đã được khám và chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cổ đa tầng, kèm theo vôi hoá dây chằng dọc trước C3-C7; tiến hành phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ C3-4, C4-5, lấy bỏ một phần khối vôi hoá dây chằng dọc trước C3-C5. Sau mổ hết nuốt vướng, giảm tê buốt hai vai, phục hồi vận động hai tay tốt. **Bàn luận và kết luận:** Vôi hoá dây chằng dọc trước hiếm khi có triệu chứng và tỷ lệ can thiệp phẫu thuật thấp. Triệu chứng chủ yếu nhất là khó nuốt. Nên cắt bỏ tại chỗ và có giới hạn khối vôi hoá dây chằng dọc trước khi có triệu chứng. Độ dày và hình thái của khối vôi hoá trên phim cắt ngang của CLVT có vai trò quan trọng trong điều trị. Cần có nhiều nghiên cứu với số lượng lớn hơn để xác định phương án phẫu thuật tối ưu trong điều trị chứng khó nuốt do vôi hoá dây chằng dọc trước.

Từ khóa: vôi hoá dây chằng dọc trước, khó nuốt.

SUMMARY

OSSIFICATION OF ANTERIOR LONGITUDINAL LIGAMENT CAUSING DYSPHAGIA WITH CERVICAL HERNIATED DISK: CASE REPORT AND REVIEW LITERATURE

Background: Ossification of the anterior longitudinal ligament (OALL) of the cervical spine is not a common and rarely symptomatic, then have not much notice and report in literature. Disease common in men in their sixth or seventh decades of life and can cause dysphagia, dyspnoea, and dysphonia. **Case presentation:** A 61-year-old male presented with progressive dysphagia in nearly one year. He underwent many treatment in many speciality but have not improve. Recently, he began feel progressive pain and paralyse in neck, both shoulders, arms and hands. Conservative treatment was no relief. He was

examined in our institution. He was diagnosed cervical multilevel herniated disk, ossification of the anterior longitudinal ligament C3-C7. The OALL was partial removed from C3 extended to C5 as more pathology was found intraoperatively, artificial disk replace surgery at C3-4, C4-5. Postoperatively, the patient's dysphagia resolved immediately, reduce pain and numbness in both shoulders, restore good movement of both hands and fingers. **Discussion and conclusion:** Ossification of the anterior longitudinal ligament is rarely symptomatic and the rate of surgical intervention is low. The main symptom is difficulty swallowing. Local and limited excision of the calcified longitudinal ligament is recommended before symptoms appear. The thickness and morphology of the calcified mass on cross-sectional CT have an important role in treatment. Larger studies are needed to determine the optimal surgical option for the treatment of dysphagia due to ossification of the anterior longitudinal ligament. **Keywords:** Ossification of anterior longitudinal ligament (OALL), dysphagia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vôi hoá dây chằng dọc trước lần đầu được báo cáo bởi Forestier và Lagier, và được đặt tên là bệnh Forestier theo đặc điểm hình thái học là tình trạng tăng sản và viêm dính xương. Tiếp sau đó, Resnick và cộng sự đã báo cáo về các đặc điểm hình ảnh học trong chẩn đoán bệnh lý này, và đặt tên nó là bệnh lý "Tăng sản xương vô căn lan toả" (DISH) [1]. DISH được định nghĩa bởi tình trạng vôi hoá hay là canxi hoá dây chằng dọc trước chạy dài liên tục ít nhất bốn thân đốt sống cùng với chiều cao đĩa đệm của những thân đốt sống đó còn tương đối bình thường và không có các dấu hiệu rõ ràng của thay đổi thoái hoá thân đốt sống [2], [3].

Vôi hoá dây chằng dọc trước (OALL) cột sống cổ không phải quá hiếm gặp, chủ yếu trong độ tuổi 60-70 tuổi và thường ở nam giới. Các khái niệm và đặc điểm về bệnh lý cũng như cơ chế gây ra triệu chứng khó nuốt, khó nói cũng chưa có nhiều báo cáo trong y văn, ở Việt Nam thì lại càng hiếm thấy. Vấn đề quản lý và phương pháp điều trị vẫn còn gây nhiều tranh cãi. Đại đa số trường hợp là điều trị bảo tồn, chỉ có một số ít phải can thiệp phẫu thuật. Chỉ định phẫu thuật được đa số các tác giả trên thế giới đồng thuận, tuy nhiên vấn đề phẫu thuật như thế nào thì còn chưa thống nhất.

¹Bệnh viện TWQĐ 108

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Hùng

Email: hungth.ss108@gmail.com

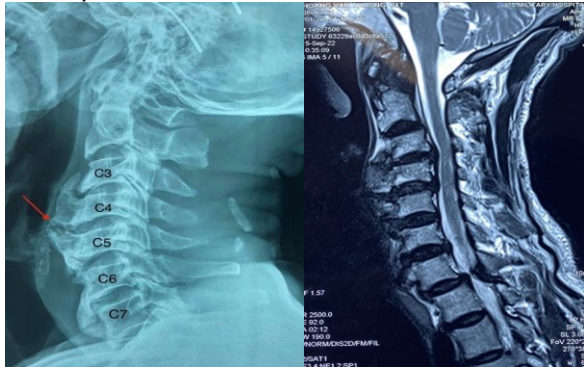
Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

II. MÔ TẢ CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 61 tuổi, tiền sử thấy khó nuốt nhẹ tăng dần gần 01 năm, đã đi khám và điều trị ở nhiều chuyên khoa khác nhau nhưng không tiến triển. Khoảng vài tháng trước khi nhập viện, xuất hiện đau tê vùng bả vai, lan xuống cánh tay và bàn tay hai bên; bệnh tiến triển nặng dần, tê buốt nhiều các ngón tay và mất khả năng cầm nắm. Sau khi được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (MRI) cột sống cổ, được chẩn đoán thoát vị đa tầng cột sống cổ C3-4, C4-5, C6-7, C7-T1 kèm theo vôi hoá dây chằng dọc trước (OALL) ngang mức C3-C7 (hình 1). Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ xương phía trước thân đốt đĩa đệm C4-5, thay đĩa đệm nhân tạo C3-C4, C4-C5. Khối vôi hoá dây chằng dọc trước được cắt bỏ từ C3 tới C5. Sau mổ, bệnh cải thiện nhiều, đỡ cảm giác nuốt vướng, giảm tê buốt hai tay, hai vai, phục hồi sức cơ hai bàn tay. Tái khám sau 03 tháng, bệnh nhân hết nuốt vướng, tê buốt hai tay, hai vai giảm nhiều; phục hồi vận động các ngón tay, bàn tay hai bên.



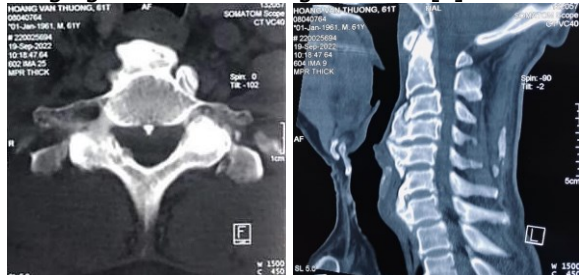
Hình 1ab. Hình ảnh X-Quang vôi hoá dây chằng dọc trước kéo dài phía trước thân đốt C3-C7; mỏ xương (beak-line) phía trước đĩa đệm C4-5 (mũi tên đỏ). Hình ảnh MRI thoát vị đĩa đệm đa tầng C3-4, C4-5, C6-7, C7-T1.

III. BÀN LUẬN

Nguyên nhân của bệnh lý vôi hoá dây chằng dọc trước (OALL) là chưa rõ tuy nhiên có liên quan đến yếu tố béo phì, đái tháo đường type II, nhóm tuổi cao và hay gặp ở nam giới. OALL thường gặp nhất ở cột sống ngực, nhiều nhất là T8-9. Ở cột sống cổ thì nhiều nhất là C4-5, C5-6. Theo Von Glinski và cs, tuổi trung bình mắc phải là 68.9, tỷ lệ nam nữ chênh lệch theo y văn là từ 2:1 đến 9:1. Tỷ lệ mắc đái tháo đường type II là 70% và có chỉ số khối cơ thể (BMI) trên 30. Vị trí vôi hoá dày nhất và hay gặp nhất là C4-5 [3],[4]. Đa số OALL cột sống cổ là không có triệu

chứng, tuy nhiên vẫn có một số trường hợp có các triệu chứng lâm sàng. Nguyên nhân chính của tình trạng này do sự chèn ép của gai xương, mỏ xương vào thực quản và khí quản [1,2]. Một số tác giả khác thì cho rằng tình trạng viêm và xơ dính tại chỗ cũng gây ra tình trạng triệu chứng lâm sàng như trên [4]. Vôi hoá dây chằng dọc trước không liên quan trực tiếp đến sự hình thành và xuất hiện các bệnh lý chèn ép tuỷ. Tuy nhiên, những bệnh nhân DISH có khả năng bị tổn thương tuỷ rất nặng nề bởi các tổn thương căng giãn các cột thân đốt sống chỉ sau những chấn thương nhẹ [5]. Nguyên nhân chính vì sự mất linh hoạt của các cột thân đốt sống và các tổn thương này thường xảy ra ở cột sống cổ. Do đó, chúng ta phải đặc biệt lưu tâm đến các trường hợp có OALL sau các tai nạn hay tổn thương vùng cổ dù rất nhẹ [1].

Trên lát cắt đứng dọc (sagittal scan), OALL được chia thành 3 thể: đơn độc, liên tục và hỗn hợp. Trên lát cắt ngang (axial scan) thì OALL cũng được chia thành 3 thể: thể phẳng, thể nốt sần và thể hình cầu. Song J. và cs, cho rằng độ dày và hình thái của khối vôi hoá trên CLVT cắt ngang (axial scan) là quan trọng nhất trong việc đánh giá mức độ gây ra triệu chứng lâm sàng [4]. Đối với thể hình cầu hay nốt sần thì phải đặc biệt chú ý theo dõi, dù có thể chưa có triệu chứng. Đồng thời, số lượng thân đốt có vôi hoá dây chằng dọc trước hay hình thái trên phim CLVT cắt dọc (sagittal) là không có ý nghĩa. Trong nghiên cứu của Song J và cs, báo cáo cho thấy OALL thường sẽ đi kèm OPLL (hình 2ab) và tỷ lệ này ở trong nghiên cứu của tác giả là 65% [4].



Hình 2ab. Hình ảnh khối vôi hoá dây chằng dọc trước (OALL) và vôi hoá dây chằng dọc sau (OPLL) trên phim cắt lớp vi tính ở hai bình diện axial và sagittal. Khối OALL hình cầu trên lát cắt axial ngang mức C4-5.

Năm 1926, Mosher lần đầu tiên báo cáo một trường hợp khó nuốt do gai xương cột sống cổ. Năm 1938, Lglauer báo cáo trường hợp đầu tiên phẫu thuật cắt bỏ gai xương cột sống cổ gây khó nuốt. Cho đến nay, theo nhiều báo cáo thì tỷ lệ khó nuốt gây ra bởi gai xương cột sống cổ là

dưới 6% [6]. Nhiều tác giả đồng ý với nhận định rằng, nên can thiệp phẫu thuật khi có triệu chứng lâm sàng và điều trị nội khoa không hiệu quả. Tuy nhiên tỷ lệ phải can thiệp phẫu thuật là ít hơn 10% [3], [7]. Hiện nay, nhiều tác giả ưa thích cắt bỏ triệt để toàn bộ gai xương và khối vôi hoá vùng cột sống cổ. Nhưng theo Yoshioka và cs, phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối vôi hoá là không cần thiết và làm tăng nguy cơ tổn thương tới nhánh hầu họng của dây thần kinh phế vị. Cũng có báo cáo về các trường hợp vẫn tồn tại triệu chứng khó nuốt sau phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn gai xương, và ghi nhận rằng gai xương không phải là nguyên nhân duy nhất gây ra tình trạng trên [3]. Theo Yoshioka, chỉ nên cắt bỏ gai xương tại chỗ và có giới hạn vì hai lí do chính: thứ nhất, luôn tồn tại nguy cơ tổn thương tuỷ, rễ thần kinh khi chúng ta co kéo, mở rộng trường mổ và thời gian mổ kéo dài cũng là tăng thời gian chèn ép tuỷ; thứ hai, triệu chứng khó nuốt thường chủ yếu xuất hiện khi vôi hoá ở vị trí C3-4, C4-5, không cần thiết phải làm tới vị trí C6-C7. Theo Song J, thực quản có hai điểm cố định là ngang sụn thanh quản và cơ hoành; sụn thanh quản tương ứng với thân đốt C5; do đó khối vôi hoá mặt trước thân đốt C4-5 là nguyên nhân chính chèn ép vào thực quản gây ra triệu chứng khó nuốt [4].

Miyamoto và cs, đã báo cáo nghiên cứu cho thấy sau mổ cắt gai xương và không hàn xương thì đã xuất hiện trở lại các gai xương, cầu xương với tốc độ là 1mm/năm. Theo Von Glinski và cs, nếu chỉ cắt bỏ khối vôi hoá đơn thuần thì sẽ có yếu tố tiềm tàng gây mất vững thứ phát và tỷ lệ rất cao tái phát mỏ xương, gai xương ($p=0.0013$). Các nhóm tác giả của Stuart D, Suzuki K cũng đồng tình với nhận định trên. Ngoài ra, trong nghiên cứu của Suzuki thì thấy có 11 bệnh nhân có gai xương tái phát khi phẫu thuật không hàn xương và không có trường hợp nào tương tự khi hàn xương [3]. Còn theo Urrutia và cs thì báo cáo không có trường hợp nào trong nhóm nghiên cứu xuất hiện trở lại các gai xương sau phẫu thuật không hàn xương trên nhóm bệnh nhân theo dõi tới 09 năm [3]. Các tác giả McCafferty R, Lecerf P, cũng chỉ cắt bỏ khối gai xương và không hàn xương, thì thấy tỷ lệ vôi hoá, gai xương tái phát sau mổ là rất hiếm [8].

Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi chỉ can thiệp cắt bỏ khối vôi hoá và gai xương từ C3-4, C4-5, không cắt bỏ vùng C5-6, C6-7 và tiến hành thay đĩa đệm nhân tạo C3-4, C4-5. Theo quan điểm của chúng tôi, để tránh hình thành các bệnh lý thoái hoá tăng kế cận, bảo tồn chức

năng sinh lý cột sống cổ, cũng như để phòng tránh tổn thương tuỷ, rễ thần kinh dựa trên cơ chế tổn thương của bệnh lý DISH; thì nên ưu tiên bảo tồn sự linh hoạt của cột sống cổ thay vì hàn xương lối trước (ACDF). Chúng ta chỉ nên cắt bỏ một phần gai xương, mỏ xương, chủ yếu là ngang mức C3-4, C4-5 và không hàn xương; chỉ nên hàn xương ở những bệnh nhân trẻ tuổi, nhóm đối tượng phải lao động nhiều, nguy cơ tái phát cao. Tuy vậy, đây thực sự vẫn là chủ đề còn chưa rõ ràng và gây nhiều tranh cãi.



Hình 3abc. Hình ảnh trong mổ mặt trước thân đốt đĩa đệm C4-5 đã lấy bỏ khối gai xương phi đại (*beak-line*), lấy bỏ đĩa đệm thoát vị và thay bằng đĩa đệm nhân tạo. Hình ảnh X-Quang sau mổ, hai tư thế thẳng - nghiêng

IV. KẾT LUẬN

Vôi hoá dây chằng dọc trước hiếm khi có triệu chứng lâm sàng, triệu chứng chủ yếu là khó nuốt. Độ dày và hình thái của khối vôi hoá trên phim cắt lớp vi tính cắt ngang có vai trò quan trọng quyết định phương án điều trị. Can thiệp phẫu thuật khi điều trị nội khoa không tiến triển và chỉ nên cắt bỏ tại chỗ, có giới hạn khối vôi hoá. Cần có nhiều nghiên cứu với số lượng lớn hơn để đánh giá về việc có hàn xương hay không sau khi lấy bỏ khối vôi hoá dây chằng dọc trước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Y. Ohara**, "Ossification of the Ligaments in the Cervical Spine, Including Ossification of the Anterior Longitudinal Ligament, Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament, and Ossification of the Ligamentum Flavum," *Neurosurg Clin N*

- Am, pp. 63-68, 2018
- Resnick D, Shaul SR, Robins JM,** "Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): Forestier's disease with extraspinal manifestations," *Radiology*, pp. 513-24, 1975.
 - Alexander von G., Ariel T., Christopher E., et al.,** "Surgical Treatment of Ossifications of the Cervical Anterior Longitudinal Ligament: A Retrospective Cohort Study," *Global Spine Journal*, pp. 1-7, 2020.
 - Song J, Mizuno J, Nakagawa H,** "Clinical and radio-logical analysis of ossification of the anterior longitudinal ligament causing dysphagia and hoarseness," *Neurosurgery*, 58, pp. 913-919, 2006.
 - Yamamoto T, Kabayashi Y, Ogura Y, et al.,** "Delayed leg paraplegia associated with hyperextension injury in patients with diffuse idiopathy skeletal hyperostosis (DISH): case report and review of the literature," *J Surg Case Rep*, 3, pp. 1-4, 2017
 - Katsuhito Y, Hideki M, Satoru D, et al.,** "Surgical treatment for cervical diffuse idiopathy skeletal hyperostosis as a cause of dysphagia," *Spine Surg Relat Res*, 2, 3, pp. 197-201, 2018.
 - Maddala S, Yoshitaka H., Susumu I., et al.,** "Surgical management of symptomatic ossified anterior longitudinal ligament: A case report," *Surgical Neurology International*, Spine, 8, p. 108, 2017.
 - Park M, Kim K, et al.,** "Myelopathy associated with instability consequent to resection of ossification of anterior longitudinal ligament in DISH," *Eur Spine J*, Online, 2017

KHẢO SÁT CÁC THỂ LÂM SÀNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CHỨNG MẤT NGỦ Ở BỆNH NHÂN SAU ĐỘT QUY TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN CẦN THƠ NĂM 2023

Châu Nhị Vân (周伟民)^{1,2}, Ngô Vĩ (吴伟)¹, Võ Trọng Tuấn³, Nguyễn Thành Thượng⁴, Quảng Diễm Y², Nguyễn Thị Hoài Trang²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mất ngủ sau đột quy (PSI: Post-stroke insomnia) là một biến chứng rất phổ biến ở bệnh nhân đột quy. Khảo sát đặc điểm các thể lâm sàng theo Y học cổ truyền chứng mất ngủ ở bệnh nhân sau đột quy có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ bệnh nhân sau đột quy bị mất ngủ, mô tả đặc điểm các thể lâm sàng Y học cổ truyền ở những bệnh nhân này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích với đối tượng là tất cả bệnh nhân sau đột quy đang điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ từ 11/2022 - 11/2023. **Kết quả:** Xác định được 103/260 bệnh nhân sau đột quy bị mất ngủ, ghi nhận được 5 thể lâm sàng Y học cổ truyền, lần lượt là Âm hư hỏa vượng chứng 40,8% (42/103), Tâm tỳ lưỡng hư chứng 27,2% (27/103), Đàm nhiệt nội nhiễu chứng 16,5% (19/103), Can uất hỏa hỏa chứng 9,7% (14/103), Tâm hư đờm khiếp chứng 5,8% (6/103). **Kết luận:** Trong nghiên cứu, thể lâm sàng mất ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất là Âm hư hỏa vượng chứng, thấp nhất là Tâm hư đờm khiếp chứng.

Từ khóa: Mất ngủ sau đột quy, PSI, PSQI.

SUMMARY

SURVEY OF INSOMNIA IN PATIENTS AFTER STROKE AT CAN THO HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE IN 2023

Background: Post-stroke insomnia (PSI) is a very common complication in stroke patients. Surveying insomnia in patients after stroke to describe clinical characteristics in patients with insomnia after stroke, is a premise to improve the quality of life in people with post-stroke impairment effectively and long-term.. **Objectives:** Description of clinical features in patients with insomnia after stroke. **Materials and methods:** The cross-sectional descriptive study was analyzed with all post-stroke patients being treated at Can Tho Hospital Of Traditional Medicine from 11/2022 to 11/2023. **Results:** In a total of 103 post-stroke insomnia patients in our study, five clinical types identified according to traditional medicine accounted for the proportion and main symptoms respectively: Hyperactivity of fire due to yin deficiency 40.8% (42/103); Deficiency of both the heart and spleen 27.2% (27/103); Internal disturbance of phlegm-heat 16.5% (19/103); Liver-qi stagnation transforming into fire accounts for 9.7% (14/103); Heart deficiency with timidity 5.8% (6/103). **Conclusion:** In the study, the clinical form of insomnia with the highest rate was Hyperactivity of fire and the lowest rate was the Heart deficiency with timidity form.

Keywords: Post-stroke insomnia, PSI, PSQI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là một rối loạn trong đó bệnh nhân phân nản là không đảm bảo về số lượng, chất lượng và thời gian ngủ cho một giấc ngủ bình

¹Trường Đại học Trung Y Dược Quảng Châu, Trung Quốc

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Trường Cao đẳng Vĩnh Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Trang

Email: nthoaitrang@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024