

VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Mục tiêu

1. Mô tả được định nghĩa và các yếu tố dịch tễ học.
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng
3. Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt.
4. Trình bày được các phương tiện điều trị nội khoa, chỉ định giai đoạn cấp, giai đoạn sau cấp.
5. Mô tả được các phương pháp vật lý trị liệu, điều trị ngoại khoa

Nội dung

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh viêm khớp mạn tính, chưa rõ nguyên nhân, gặp chủ yếu ở nam giới trẻ tuổi, gây tổn thương các khớp gốc chi và cột sống, nhanh chóng dẫn đến dính khớp, biến dạng và tàn phế.

2. Dịch tễ học

- Gặp ở mọi nơi trên thế giới, nhưng tỷ lệ mắc bệnh khác nhau do có liên quan đến yếu tố HLA - B27.
- Ở Việt Nam: VCSDK chiếm khoảng 20% số bệnh nhân khớp điều trị tại BV Bạch Mai, khoảng 1,5/1000 những người trên 16 tuổi.
- Nam giới chiếm khoảng 90-95%, tuổi dưới 30 chiếm 80%, 3-10% có tính chất gia đình.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Khởi phát

- Tuổi mắc bệnh: Trên thế giới: Gần 70% trước tuổi 30

Việt Nam: 80% trước tuổi 30, 60% trước tuổi 20

- 70% bắt từ từ, 30% bắt đầu đột ngột, 75% bắt đầu từ khớp háng 25% bắt đầu từ cột sống.
- Dấu hiệu ban đầu: Đau vùng hông, đau kiểu thần kinh tọa, viêm gân Achilles...ở nước ta thường bắt đầu bằng viêm các khớp ở chi dưới (cổ chân, gối, háng) và đau cột sống thắt lưng. Các triệu chứng này kéo dài nhiều tháng, nhiều năm.

2. Toàn phát

Sung đau, hạn chế vận động nhiều khớp, teo cơ, biến dạng nhanh. Viêm khớp thường có tính chất đối xứng, đau tăng về đêm.

2.1. Các khớp ở chi

- Háng: 90% thường bắt đầu một bên, sau đó cả hai bên.
- Gối: 80% có thể có nước.
- Khớp cổ chân: 30%, có thể không để lại di chứng.
- Khớp vai: 30%, thường khỏi không để lại di chứng.
- Các khớp khác: Hiếm gặp hơn như khuỷu, ức đòn, cổ tay, không bao giờ thấy tổn thương các khớp nhỏ bàn tay.

2.2. Cột sống

Thường xuất hiện muộn hơn các khớp ở chi.

- Cột sống thắt lưng: 100% đau liên tục và âm ỉ, hạn chế vận động, teo cơ cạnh cột sống.
- Cột sống lưng: thường muộn hơn vùng thắt lưng, đau âm ỉ, hạn chế vận động, biến dạng (gù) hoặc cứng, teo cơ.
- Cột sống cổ: có thể muộn hơn hoặc sớm hơn các đoạn khác, biến dạng hạn chế vận động.

2.3. Khớp cùng chậu

- Là dấu hiệu sớm, đặc hiệu (chủ yếu trên Xquang)
- Đau vùng cùng chậu, lan xuống đùi
- Teo cơ mông
- Nghiệm pháp giãn cánh chậu (+)

2.4. Những biểu hiện khác

- Sốt, gầy sút
- Mắt: viêm mống mắt, viêm mống mắt thể mi
- Nước ngoài: chiếm 20 - 30% trường hợp
- Việt Nam: khoảng 3%
- Tim: 5% có rối loạn dẫn truyền, hở van động mạch chủ
- Các biểu hiện hiếm gặp khác:
 - + Xơ teo da
 - + Xơ phổi
 - + Chèn ép rễ thần kinh tuỷ
 - + Thoát vị bẹn, rốn

3. Tiến triển

- Xu hướng chung: nặng dần, dẫn đến dính khớp, biến dạng. Nếu không được điều trị sớm, đúng, bệnh nhân có nhiều tư thế xấu, tàn phế.
- Biến chứng: suy hô hấp, tâm phế mạn, lao phổi, liệt hai chi do chèn ép tuỷ và rễ thần kinh.
- Tiên lượng:
 - + Xấu: Trẻ tuổi, viêm nhiều khớp ngoại vi, sốt, gầy sút nhiều.
 - + Tốt hơn: Bị bệnh sau 30 tuổi, thể cột sống là chủ yếu.
- 50% tiến triển liên tục, 10% tiến triển nhanh.

III. XÉT NGHIỆM VÀ X QUANG

1. Xét nghiệm

1.1. Xét nghiệm chung: ít có giá trị chẩn đoán

- Lắng máu tăng (90%)
- Sợi huyết tăng (80%)
- Điện di Protein: Albumine giảm, Globuline tăng

- XN miễn dịch: Waaler Rose, kháng thể kháng nhân, tế bào Hargraves phần lớn âm tính và không có giá trị chẩn đoán.

- Các XN khác ít thay đổi

1.2. Dịch khớp: thường lấy dịch khớp gối, dịch lỏng và nhạt, lượng Mucin giảm, số lượng tế bào tăng, nhất là đa nhân trung tính, Dịch khớp chỉ biểu hiện viêm không đặc hiệu.

1.3. HLA-B27 (1973): Brewerton (Anh) và Schlosstein (Mỹ) nhận thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa HLA B27 và bệnh VCSDK. Người ta thấy rằng trong VCSDK, 75-95% bệnh nhân mang yếu tố này (Việt nam: 87%), trong khi đó thì ở người bình thường chỉ có 4-8% mang HLA B-27 (Việt nam 4%).

2. X quang

2.1. Viêm khớp cùng chậu hai bên

Đây là dấu hiệu quan trọng và là tiêu chuẩn bắt buộc để chẩn đoán sớm. Hình ảnh viêm khớp cùng chậu chia thành 4 giai đoạn:

- Giai đoạn I: khớp hẹp, diện hơi mờ
- Giai đoạn II: khe hẹp, bờ nhám nhò
- Giai đoạn III: hẹp nhiều, có chỗ dính
- Giai đoạn IV: dính hoàn toàn không còn ranh giới.

Chỉ có viêm giai đoạn III. IV cả hai bên mới có giá trị chẩn đoán xác định.

2.2. Viêm khớp háng

Xuất hiện sớm nhưng không có tính chất đặc hiệu nên ít có giá trị chẩn đoán xác định

- Giai đoạn I: mất vôi ở chỏm xương đùi
- Giai đoạn II: hẹp khe khớp, diện mờ, ranh giới không rõ, có thể xuất hiện hình khuyết xương nhỏ ở đầu xương và hõm khớp.
- Giai đoạn III: khớp háng dính và có nhiều dải xơ dậm đặc chạy qua nối liền đầu xương và hõm khớp.

2.3. Cột sống

- Hình ảnh cầu xương: ban đầu xuất hiện ở vùng thắt lưng, sau đó vùng lưng và đốt sống cổ.
- Dải xơ chạy dọc cột sống
- Viêm và hẹp đĩa đệm

IV. CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Thể theo triệu chứng

- Thể gốc chi: 40%, tiên lượng xấu, biểu hiện viêm các khớp háng, gối sớm và nặng.
- Thể cột sống: Tiến triển chậm, bắt đầu sau tuổi 30, di chứng nhẹ.
- Thể không đau: Cột sống dính dần, không đau và không có biểu hiện viêm.
- Thể phối hợp với viêm khớp dạng thấp: có viêm thêm các khớp nhỏ bàn tay.

2. Thể theo cơ địa

- Phụ nữ: nhẹ, kín đáo

- Trẻ em dưới 15 tuổi: tiến triển nhanh, tiên lượng xấu, dính và biến dạng khớp trầm trọng.

- Người già: nhẹ, dễ nhầm với thoái hoá cột sống.

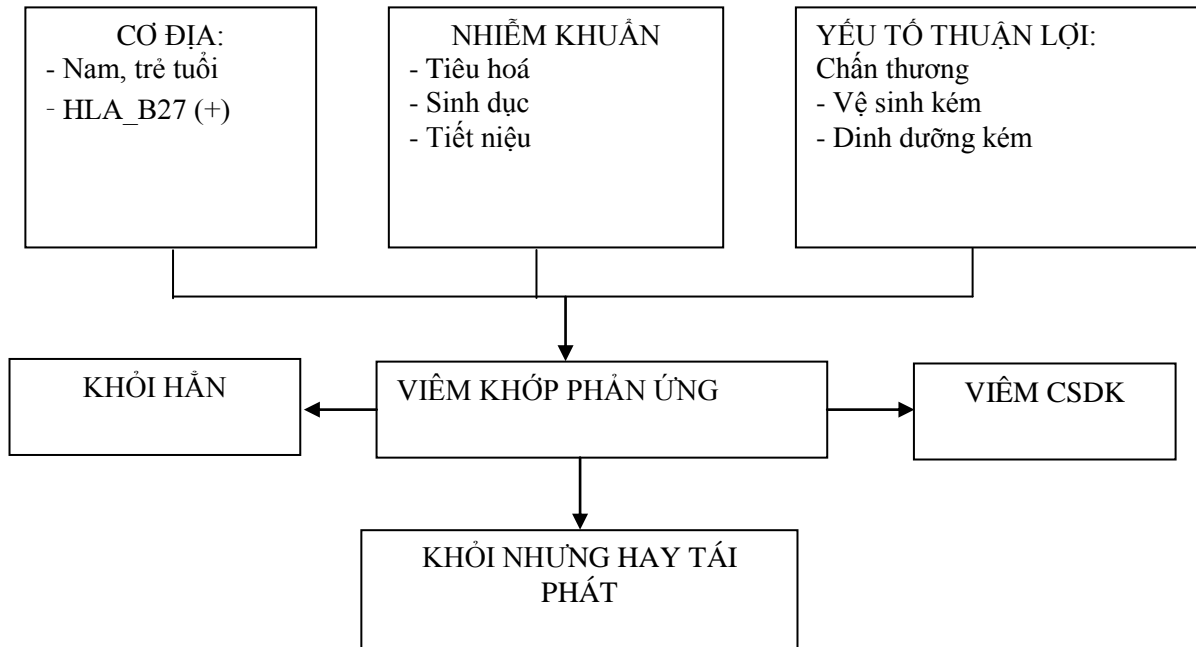
3. *Thể bệnh theo hình ảnh Xquang*

- Thể không có dấu hiệu viêm khớp cùng chậu
- Thể có cầu xương phía ở trước cột sống
- Thể có hình ảnh phá huỷ, khuyết xương.

V. NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ BỆNH SINH VÀ TÔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH

1. *Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh*

Nguyên nhân chưa rõ, không có bằng chứng về miễn dịch nhưng có bằng chứng về vai trò của nhiễm khuẩn.



Biểu đồ 1: Cơ chế bệnh sinh VCSDK

2. *Giải phẫu bệnh*

2.1. *Màng hoạt dịch & sụn khớp*

- Giai đoạn đầu: màng hoạt dịch tăng sinh, thâm nhập tế bào (lympho, plasmocyte)
- Giai đoạn sau: sụn khớp bị loét, viêm nội mạc
- Giai đoạn muộn: bao khớp, màng hoạt dịch xơ teo, vôi hoá, cốt hoá dẫn đến dính khớp.

2.2. *Cột sống*

- Tổ chức đệm giữa dây chằng dài trước cột sống và thân đốt sống bị viêm, vôi hoá, cốt hoá, hình thành cầu xương.
- Các dây chằng cột sống xơ hoá, vôi hoá dưới dây chằng gây dính cột sống.

VI. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

1.1. Tiêu chuẩn của hội thấp khớp NewYork, 1966

a. Lâm sàng:

- Tiền sử hay hiện tại đau vùng thắt lưng hay lưng - thắt lưng.
- Hạn chế vận động vùng thắt lưng cả 3 tư thế.
- Độ giãn lồng ngực giảm.

b. X quang: Viêm khớp cùng chậu 2 bên giai đoạn 3, 4

Chẩn đoán xác định khi có một tiêu chuẩn lâm sàng và một tiêu chuẩn Xquang.

1.2. Áp dụng thực tế ở Việt Nam:

- Nam giới, trẻ tuổi
- Đau và hạn chế vận động 2 khớp háng
- Đau và hạn chế vận động cột sống thắt lưng.
- Tốc độ lắng máu tăng cao
- Xquang: Viêm khớp cùng chậu 2 bên giai đoạn 2 trở lên

2. Chẩn đoán phân biệt

2.1. Với thể viêm khớp gốc chi

- Lao khớp háng
- Chảy máu khớp trong Hemophilie
- Viêm khớp dạng thấp.
- Goutte

2.2. Thể cột sống là chủ yếu

- Viêm cột sống do vi khuẩn (lao, tụ cầu...)
- Tổn thương cột sống trong bệnh Scheuermann: đau, gù, không có biểu hiện viêm.
- Dị dạng, dị chứng chấn thương gây đau và hạn chế vận động.
- Các bệnh cơ cạnh cột sống: viêm, chấn thương, chảy máu

2.3. Mối quan hệ giữa VCSDK với các bệnh khớp có HLA - B27 (+)

- Hội chứng Reiter, HLA B27 (+) 80%
- Viêm khớp vảy nến: HLA B27 (+) cao với thể cột sống
- Viêm khớp mạn tính thiếu niên thể cột sống: HLA B27 (+) cao

VII. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa

1.1. Những thuốc có tác dụng tốt

1.1.1. Phenylbutazone

Giai đoạn đầu tiêm bắp 600mg/ngày, sau đó chuyển sang uống 150-200mg/ngày. Chú ý

tác dụng phụ của thuốc: máu, tiêu hoá, da, giữ muối nước, tim mạch...

1.1.2. Salazopyrine

Viêm 500mg, 2 - 4 viên/ngày, thuốc được dùng theo cơ chế chống các nhiễm khuẩn tiềm tàng (tiêu hoá, sinh dục), tác dụng tốt 50 - 70% trường hợp, uống kéo dài nhiều tháng.

1.1.3. Các thuốc chống viêm khác: Indomethacine 50-150mg/ngày, Diclofenac viên 50mg , Profénid, Naprosyn, Piroxicam.

1.2. Những thuốc ít tác dụng

- Aspirine: giảm đau nhưng không hạn chế quá trình viêm
- Stéroid: dùng đường toàn thân và tại chỗ đều ít tác dụng, không nên sử dụng trong VCSDK.

- Chloroquine: không có tác dụng

- Các thuốc ức chế miễn dịch: Không sử dụng

1.3. Các phương pháp khác

Phương pháp dùng tia xạ mang lại nhiều kết quả khả quan.

- Dùng quang tuyến X chiếu vào cột sống và các khớp viêm, mỗi lần 100r, tổng liều 400-800r.

- Dùng đồng vị phóng xạ: radium 224 tiêm tĩnh mạch mỗi lần từ 50-200 microgam, tổng liều từ 1000-1500 microgam.

1.4. Giai đoạn cấp

- Nghỉ ngơi

- Đặt chi ở tư thế cơ năng

- Chống viêm không stéroid tiêm, uống: Phenylbutazone, Diclofenac, Profenid

- Giãn cơ: Mydocalin, coltramyl.

1.5. Giai đoạn sau cấp

- Tập vận động tăng dần, không gắng sức tránh co cứng thứ phát.

- Chống viêm không Stéroid: Phenylbutazone, Diclofenac, Profenid...

- Giãn cơ

- Kháng sinh: Salazopyrine 0,5g 2-4 viên/ngày hoặc Tetracycline 0,25g 2-4viên/ngày, không dùng cho bệnh nhân dưới 15 tuổi.

2. Vật lý trị liệu

2.1. Các biện pháp chống dính khớp, chống tư thế xấu

- Khi bệnh đang tiến triển, đau nhiều, nên để khớp ở tư thế cơ năng: nằm ngửa trên nền cứng, gối đầu thấp, chân duỗi thẳng hơi dạng. Với tư thế này nếu có dính khớp thì bệnh nhân vẫn có thể đi lại được. Tuy nhiên chỉ được để cố định trong một thời gian ngắn, khi đã qua giai đoạn cấp thì phải cho vận động ngay.

- Tập vận động càng sớm càng tốt, vận động ở mọi tư thế và mọi thời gian, đây là biện pháp tốt nhất để chống dính khớp.

2.2. Các phương pháp phục hồi chức năng vận động

- Điều trị bằng nhiệt chống hiện tượng co cơ
- Dùng nước (bể bơi), nước khoáng: bệnh nhân tập luyện, nhất là tập bơi mang lại nhiều kết quả.
- Xoa bóp, kéo liên tục, thể dục trị liệu.

3. Ngoại khoa

Điều trị ngoại khoa được chỉ định để phục hồi chức năng vận động khi có dính khớp với tư thế xấu.

- Cắt xương hoặc ghép xương để chỉnh lại trục của cột sống, của chi.
- Thay khớp giả bằng chất dẻo hoặc kim loại: ghép khớp háng, khớp gối