

LAO CỘT SỐNG

Mục tiêu

1. Mô tả được các yếu tố dịch tễ, cơ địa
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của từng giai đoạn bệnh: khởi phát, toàn phát và giai đoạn cuối.
3. Trình bày được chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt.
4. Mô tả được các nguyên tắc dùng thuốc chống lao.
5. Trình bày được các phương pháp phục hồi chức năng, bất động, ngoại khoa.

Nội dung

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh được mô tả lần đầu tiên vào cuối thế kỷ 19 do một thầy thuốc ngoại khoa người Anh tên là Percivall Pott, nên còn gọi là bệnh Pott.
- Thường thứ phát nhất là sau lao phổi, vi khuẩn lao đến cột sống bằng đường máu.
- Còn gặp nhiều ở các nước đang phát triển, bệnh chiếm khoảng 2/3 các trường hợp lao xương khớp. Ở trung tâm chấn thương chính hình TP. HCM năm 1998 có 191 trường hợp lao xương khớp, trong đó lao cột sống chiếm 67,02%.
- Thường gặp 20 - 40 tuổi, nam và nữ mắc bệnh ngang nhau.
- Tổn thương ở đoạn lưng và thắt lưng chiếm hơn 90% (từ lưng 8 đến thắt lưng 2)

II. TRIỆU CHỨNG

1. Giai đoạn khởi phát

1.1. Dấu cơ năng chủ yếu là đau

- Đau tại chỗ: đau ở vùng cột sống bị tổn thương, cố định ở một vị trí không thay đổi. Đau liên tục cả ngày đêm, tăng khi vận động, đi lại, giảm khi nghỉ ngơi; dùng thuốc giảm đau ít hiệu quả.
- Đau kiểu rễ: Do tổn thương chèn ép vào một vài nhánh của rễ thần kinh, đau lan theo đường đi của rễ và dây thần kinh, ở cổ lan xuống vai và gáy, ở lưng lan theo dây thần kinh liên sườn, ở thắt lưng lan theo thần kinh tọa. Đau tăng khi ho, hắt hơi, rặn mạnh.

1.2. Thăm khám

- Cột sống: Thấy một đoạn cột sống cứng đờ, hạn chế các động tác không giãn ra khi cúi. Cơ 2 bên cột sống có thể co cứng, gõ vào vùng gai sau của đoạn tổn thương thấy đau rõ.
- Toàn thân: Có thể thấy dấu nhiễm lao, có tổn thương lao phổi hợp > 50% trường hợp (phổi, màng phổi, hạch...).

1.3. Xquang và xét nghiệm

- Xquang: Rất quan trọng giúp chẩn đoán.
 - + Địa đệm hẹp so với các đoạn khác.
 - + Thân đốt sống bị nham nhở, mờ phần trước và mặt trên.
 - + Phần mềm quanh đốt sống mờ đậm hơn.
- Để phát hiện sớm tổn thương cần chụp cắt lớp, cắt lớp tỉ trọng.

- Xét nghiệm:

- + Công thức máu: bạch cầu Lympho tăng
- + Tốc độ lắng máu tăng trong 95% trường hợp.
- + Phản ứng nội bì lao (IDR) dương tính trong 90% trường hợp.
- + Chọc kim cạnh cột sống hút để xét nghiệm: có thể tìm thấy trực khuẩn lao (BK).

- Tìm tổn thương lao phổi phối hợp: chụp phổi, tìm BK trong đàm, sinh thiết hạch.

2. Giai đoạn toàn phát

Sau nhiều tháng bệnh tiến triển, tổn thương phá hủy đốt sống và đĩa đệm nhiều gây biến dạng cột sống, áp xe và dấu hiệu chèn ép.

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Cơ năng: Đau cố định, liên tục, có hội chứng rễ thần kinh thường xuyên và rõ rệt.

2.1.2. Thăm khám

- Lồi đốt sống ra sau: nhìn nghiêng thấy một đốt sống lồi ra phía sau. Dùng ngón tay miết nhẹ dọc theo các gai sau từ dưới lên trên sẽ thấy rõ dấu hiệu này.

- Áp xe lạnh: có vị trí khác nhau tùy vị trí tổn thương:

+ Cột sống cổ: Túi áp xe đi ra phía trước ngay thành sau hõng, có thể nhìn thấy khi khám hõng, hoặc đi xuống theo các cơ cạnh cổ đến hõm thượng đòn.

+ Cột sống lưng: Túi áp xe có thể để ra phía sau nổi lên ngay dưới da.

+ Cột sống thắt lưng: áp xe nổi ngay dưới da vùng thắt lưng, vùng mông hoặc đi ra phía trước xuống bẹn, có khi xuống tới khoeo chân.

Các áp xe lạnh thường mềm, không đau, một số có thể vỡ ra chảy nước vàng và bã đậu để lại các vết loét và lỗ dò dai dẳng không liền.

- Hội chứng chèn ép: là hậu quả xấu nhất của bệnh, do đốt sống và đĩa đệm bị phá hủy nhiều, di lệch, lún và có xu hướng trượt ra phía sau chèn ép vào tủy, đuôi ngựa. Tùy vị trí tổn thương, bệnh nhân có các dấu hiệu:

+ Liệt tứ chi: tổn thương đoạn cổ.

+ Liệt 2 chân: tổn thương đoạn lưng, thắt lưng trên.

+ Hội chứng đuôi ngựa: tổn thương đoạn thắt lưng dưới.

Mức độ từ rối loạn cảm giác, giảm cơ lực đến mức độ nặng liệt cứng, rối loạn cơ vòng.

- Dấu hiệu toàn thân: gầy, suy mòn, sốt, có thể loét mông do nằm lâu. Tổn thương lao lan rộng ra các bộ phận khác như phổi, màng phổi, hạch.

2.2. X quang và xét nghiệm

- X quang

+ Đĩa đệm bị phá hủy gần như hoàn toàn.

+ Thân đốt sống bị phá hủy nhiều, nhất là phần trước tạo nên hình chêm, di lệch trượt ra phía sau.

+ Hình ảnh áp xe lạnh: trên phim chụp thẳng thấy hình mờ quanh tổn thương, có thể không đồng đều, có chỗ vôi hóa đậm hơn.

- Xét nghiệm
- + Tốc độ lắng máu tăng
- + Chọc kim cạnh cột sống để tìm thấy tổn thương lao điển hình.
- + Chọc dịch não tủy để chẩn đoán ép tủy và viêm màng não tủy.

3. Giai đoạn cuối

Không được điều trị hoặc cơ thể quá suy yếu: bệnh nặng dần, liệt nặng, bội nhiễm, lao lan sang bộ phận khác như lao màng não, lao màng tim, màng phổi và chết vì suy kiệt.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và Xquang. Để chẩn đoán sớm cần chụp cắt lớp và chọc hút cạnh đốt sống. Trong giai đoạn toàn phát chẩn đoán dễ vì đầy đủ các dấu hiệu, nhất là Xquang.

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm cột sống do vi khuẩn mũ (Ví dụ: tụ cầu): Dấu nhiễm trùng nặng, điều kiện khởi phát (nhọt, hậu bối), Xquang không có áp xe lạnh.
- Các tổn thương u: ung thư, di căn, u máu... dựa vào các dấu hiệu toàn thân, Xquang không có hình ảnh áp xe lạnh. Nếu nghi ngờ, tiến hành chọc hút để xác định chẩn đoán.

IV. ĐIỀU TRỊ

Hiện nay chủ yếu là điều trị nội khoa bằng các thuốc chống lao kết hợp với phục hồi chức năng. Việc bất động và phẫu thuật có chỉ định riêng cho một số trường hợp.

1. Nội khoa

1.1. Nguyên tắc điều trị lao khớp

- Điều trị càng sớm càng tốt.
- Phối hợp tối thiểu 3 thuốc chống lao: Rimifon, Streptomycine, Pyrazynamide, Ethambutol, Rifampicine trong 3 tháng, sau đó giảm bớt một loại và tiếp tục dùng thuốc từ 6 - 12 tháng.
- Lưu ý vấn đề kháng thuốc ở Đông Á.
- Nên dùng thuốc một lần trong ngày, buổi sáng, bụng đói.
- Theo dõi tình trạng toàn thân, tổn thương tại chỗ, tác dụng phụ của thuốc.
- Thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi hợp lý.

1.2. Phác đồ điều trị lao khớp (theo Chương trình chống lao quốc gia)

- Đối với các trường hợp lao khớp mới mắc:
 - 2 tháng đầu: Streptomycine, Isoniazide, Rifampicine, Pyrazynamide.
 - 6 tháng sau: Isoniazide, Ethambutol.
- Đối với các trường hợp lao khớp cũ (kháng trị, tái phát):
 - 2 tháng đầu: Streptomycine, Isoniazide, Rifampicine, Pyrazynamide, Ethambutol.
 - 1 tháng tiếp: Isoniazide, Rifampicine, Pyrazynamide, Ethambutol.
 - 5 tháng sau: Rifampicine, Ethambutol, Isoniazide dung cách nhật.

2. Phục hồi chức năng

- Xoa bóp nhẹ nhàng các cơ kèm tập luyện cốt tránh teo cơ cứng khớp.
- Sau khi hết đau, hết dấu hiệu viêm bắt đầu vận động cột sống từ từ và tăng dần.

3. Vấn đề bất động

Trước đây khi chưa có thuốc đặc hiệu, điều trị chủ yếu là bất động từ 6 tháng đến 1 năm. Hiện nay bất động có chọn lọc, tùy trường hợp thời gian từ 3 - 6 tháng.

- Bất động trong suốt thời gian bệnh tiến triển nhưng không hoàn toàn, không liên tục. Tốt nhất là dùng giường bột để bệnh nhân có thể thay đổi tư thế nhiều lần trong ngày, tránh hiện tượng cứng khớp teo cơ.

- Trường hợp tổn thương nặng ở cột sống có di lệch nhiều đe dọa chèn ép thì cần bó bột.
- Những tổn thương nhẹ, được chẩn đoán và điều trị sớm không cần bất động bằng bó bột.

4. Ngoại khoa

Được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Lao cột sống có nguy cơ chèn ép tủy hoặc đã ép tủy.
- Lao có ổ áp xe lạnh tại chỗ hoặc di chuyển xa.

5. Theo dõi

Hàng tháng trong năm đầu, mỗi 3 tháng trong năm thứ hai và mỗi 6 tháng trong các năm sau:

- Tác dụng phụ của thuốc: lâm sàng, sinh học.
- Hiệu quả của thuốc kháng lao được đánh giá lâm sàng và X quang mỗi 2 tháng.

- Tiêu chuẩn đánh giá lành bệnh:

- + Hết đau
- + Tổng trạng tốt
- + Tái lập khả năng làm việc, học tập.
- + Không còn dò mủ, áp xe.
- + Tái sinh xương thấy trên X quang.

6. Thất bại điều trị

Sau 4 tháng điều trị triệu chứng lâm sàng và X quang vẫn tồn tại.

Nguyên nhân thất bại là

- Kháng thuốc tiên phát
- Thiếu sự hợp tác của bệnh nhân
- Dùng thuốc sai
- Tổ chức điều trị không đúng mức, kiểm soát điều trị kém:
 - + Không thăm khám lâm sàng
 - + Thuốc không đủ liều
 - + Thời gian điều trị không đủ
 - + Thuốc cung cấp không đều

- + Không giải thích cặn kẽ cho bệnh nhân
- + Thiếu theo dõi y khoa đều đặn.
- + Thiếu theo dõi bệnh nhân đã ngưng thuốc
- + Bị tác dụng phụ của thuốc mà không được phát hiện