

Bài 8

LAO XƯƠNG KHỚP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của lao cột sống.
2. Trình bày được các triệu chứng cận lâm sàng của lao cột sống.
3. Nêu được các yếu tố chẩn đoán xác định lao cột sống.
4. Kể được cách điều trị lao cột sống.

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong các loại viêm khớp do vi khuẩn thì viêm khớp do vi khuẩn lao chiếm hàng đầu.

Tất cả các xương, khớp đều có thể bị tổn thương, nhưng những xương xốp, khớp lớn và chịu trọng lực nhiều thường dễ bị bệnh hơn. Tổn thương thường khu trú ở một vị trí, rất ít khi ở nhiều vị trí.

Nhờ những tiến bộ về mặt chẩn đoán và điều trị, hiện nay bệnh lao nói chung và viêm xương khớp do lao nói riêng có thể được chữa khỏi hoàn toàn với điều kiện chẩn đoán sớm và điều trị sớm đúng nguyên tắc.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

- Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu do vi khuẩn lao người, có thể gặp vi khuẩn lao bò, rất hiếm gặp vi khuẩn kháng cồn kháng toán không điển hình.
- Lao xương khớp thường xuất hiện sau lao sơ nhiễm 2 – 3 năm (giai đoạn 2 theo Ranke). Hay thấy sau lao các màng và trước lao các nội tạng.
- Vi khuẩn lao có thể lan từ phức hợp sơ nhiễm tới bất kỳ xương hoặc khớp nào trong cơ thể. Thông thường vi khuẩn lao tới khớp chủ yếu theo đường máu, ít trường hợp vi khuẩn theo đường bạch huyết, có thể theo đường tiếp cận như lao khớp háng do lan từ ổ áp xe lạnh của cơ thắt lưng.
- Tuổi mắc bệnh trước đây đa số là tuổi trẻ < 20. Hiện nay lao xương khớp chủ yếu gặp ở người lớn, lứa tuổi từ 16 – 45 tuổi.
- Các yếu tố thuận lợi mắc lao xương khớp:

- + Trẻ nhỏ chưa được tiêm phòng lao bằng vaccin BCG.
- + Có tiếp xúc với nguồn lây đặc biệt là nguồn lây chính, nguy hiểm, tiếp xúc thường xuyên liên tục.
- + Đã và đang điều trị lao sơ nhiễm, lao phổi hay một lao ngoài phổi khác.
- + Có thể mắc một số bệnh có tính chất toàn thân như: đái tháo đường, loét dạ dày - tá tràng, cắt 2/3 dạ dày.
- + Cơ thể suy giảm miễn dịch, còi xương, suy dinh dưỡng, nhiễm HIV/AIDS, suy kiệt nặng.
- Vị trí tổn thương theo thống kê của nhiều tác giả thấy:
 - + Lao cột sống chiếm 60 – 70 %.
 - + Lao khớp háng chiếm 15 – 20%.
 - + Lao khớp gối chiếm 10 – 15%.
 - + Lao khớp cổ chân 5 – 10%.
 - + Lao khớp bàn chân 5%.
 - + Các nơi khác hiếm gặp.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Đại thể

Có thể gặp một trong những hình ảnh sau:

- Viêm tuỷ xương.
- Tổn thương lao khớp: Phần mềm phù nề do phản ứng viêm quanh khớp, màng hoạt dịch loét và có fibrin xuất tiết, có hạt lao rắn màu trắng xám, có khi mềm, đôi khi xơ hoá.
- Áp xe lạnh: mũ trắng, thành ổ áp xe thường phủ bởi nhiều hạt lao và mảnh tổ chức hoại tử.

3.2. Vi thể

Tổn thương cơ bản là các nang lao điển hình.

4. CÁC THỂ LÂM SÀNG

Viêm xương khớp do lao là danh từ chung bao gồm 3 thể bệnh lâm sàng có nhiều triệu chứng khác nhau.

4.1. Thể viêm màng hoạt dịch không đặc hiệu do phản ứng

Tổn thương lao ở một tạng khác, nói một cách khác về mặt tổ chức học giống như bệnh thấp, không có tổn thương đặc hiệu của lao (nang lao, bã đậu,

vi khuẩn lao). Thường là viêm nhiều khớp, hay gặp trong bệnh lao toàn thể, bệnh thường tiến triển nhanh, điều trị đặc hiệu thì viêm khớp sẽ giảm nhanh cùng với các triệu chứng khác.

4.2. Thể viêm màng hoạt dịch do lao

Tổn thương khu trú ở màng hoạt dịch, về mặt vi thể có đầy đủ tiêu chuẩn của một tổn thương lao. Thể này thường hay bị bỏ qua, không được chẩn đoán, do đó sẽ chuyển sang thể nặng hơn là lao xương khớp.

4.3. Thể lao xương khớp

Tổn thương lao ở cả phần màng hoạt dịch và đầu xương, sụn khớp. Đây là thể kinh điển, thường diễn biến kéo dài và để lại những hậu quả rất xấu.

5. LÂM SÀNG

5.1. Triệu chứng toàn thân

Có hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc mạn tính: Sốt vừa và nhẹ, thường tăng cao về chiều và tối, sốt kéo dài. Bệnh nhân mệt mỏi, ăn ngủ kém, gầy sút cân, da xanh tái, ra mồ hôi trộm.

5.2. Triệu chứng cơ năng

- Đau tại vị trí tổn thương, đau tăng khi vận động, khi gắng sức.
- Hạn chế cử động: cúi, ngửa, nghiêng, quay và gấp, duỗi các chi.

5.3. Triệu chứng thực thể

- Gò, vẹo cột sống, đi lệch người, đi tập tễnh.
- Các khớp sưng to, đau.
- Rò mủ có thể gặp tại chỗ hoặc ở xa vị trí tổn thương.
- Có thể có teo cơ.
- Hạch gốc chi sưng to cùng bên với vị trí tổn thương.
- Có thể liệt mềm hai chi dưới, rối loạn cơ tròn trong lao cột sống có chèn ép tuỷ.

6. CẬN LÂM SÀNG

6.1. Sinh thiết (đầu xương, màng hoạt dịch)

Xét nghiệm tế bào, tìm vi khuẩn lao.

6.2. Tìm vi khuẩn lao trong chất bã đậu qua lỗ rò của áp xe lạnh.

6.3. Chụp X quang quan trọng trong chẩn đoán, nhưng thường xuất hiện muộn hơn các dấu hiệu lâm sàng.

Biểu hiện màng xương dày, có hiện tượng huỷ xương, mảnh xương hoại tử, khe khớp hẹp, nham nhỏ. Có trường hợp mất khe khớp, xương có hiện tượng mất chất vôi thường rõ ở đầu xương, có thể thấy hình hốc nhỏ ở đầu xương (hang). Phần mềm xung quanh sưng lên làm hình khớp trở nên mờ, tổn thương nặng có thể thấy trật khớp và dính khớp.

6.4. Phản ứng Mantoux: thường dương tính và dương tính mạnh.

6.5. Cần tìm thêm tổn thương lao tiên phát hay lao phổi, ngoài phổi phổi hợp bằng các xét nghiệm tìm vi khuẩn lao, X quang phổi...

6.6. Các xét nghiệm miễn dịch học của dịch khớp, chất bã đậu: ELISA, kháng thể kháng lao, PCR.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Điều trị nội khoa là chính, điều trị sớm, theo đúng nguyên tắc. Giai đoạn tấn công thường phối hợp 4 – 5 loại thuốc chống lao tùy mức độ tổn thương.

7.2. Bất động trên nền cứng, không cần bó bột, chỉ bó bột trong lao cột sống cổ.

7.3. Phẫu thuật chỉnh hình

- Hạn chế di chứng, di lệch, biến dạng khớp hoặc giải phóng sự chèn ép tuỷ và rễ thần kinh.
- Dẫn lưu, nạo áp xe lạnh, nạo ổ khớp trong trường hợp bất buộc.

7.4. Vật lý trị liệu: được chỉ định khi những triệu chứng viêm hết. Sau khi bất động, vật lý trị liệu giúp phục hồi hoạt động sinh lý của khớp.

8. MỘT SỐ THỂ LAO XƯƠNG KHỚP THƯỜNG GẶP

8.1. Lao cột sống

- Được Percival Pott mô tả từ năm 1779 nên bệnh còn có tên là bệnh Pott.
- Thường gặp nhất trong các thể lao xương khớp (60 – 70%).
- Tuổi thường gặp hiện nay từ 16 – 45 (62,4%).
- Tổn thương chủ yếu ở phần đĩa đệm và thân đốt sống (bệnh lao cột sống phần trước); rất hiếm gặp tổn thương lao ở phần vòng cung sau và mỏm gai (bệnh lao cột sống phần sau).
- Vị trí tổn thương thường gặp: vùng lưng 60 – 70%; vùng thắt lưng 15 – 30%; vùng cổ 5%; vùng cùng cụt rất hiếm.

- Khoảng 70% trường hợp có 2 đốt sống bị tổn thương và khoảng 20% tổn thương từ 3 đốt sống trở lên.
- Bệnh diễn biến thành 3 giai đoạn, mỗi giai đoạn có triệu chứng và tiên lượng khác nhau, bệnh càng được chẩn đoán sớm, điều trị đúng nguyên tắc thì tiên lượng càng tốt.

8.1.1. Giai đoạn khởi phát

8.1.1.1. Lâm sàng

- *Triệu chứng cơ năng:*

Chủ yếu là đau, đau tại chỗ hay đau kiểu rễ:

- + **Đau tại chỗ:** Đau ở vùng cột sống bị tổn thương, đau cố định, cường độ ít nhiều tùy từng trường hợp, đau tăng lên khi vận động, mang vác, đau giảm khi nghỉ ngơi. Đau tăng dần, dùng các thuốc giảm đau không bớt.
- + **Đau kiểu rễ:** do tổn thương kích thích vào một vài nhánh của rễ thần kinh thường là cả hai bên, đôi khi chỉ có một bên. Nếu tổn thương ở vùng cổ, đau lan xuống cánh tay; nếu tổn thương ở vùng đau lưng lan xuống dưới theo đường đi của dây thần kinh đùi hay dây thần kinh hông to. Đau có tính chất dai dẳng, kéo dài, ngày càng tăng.

- *Triệu chứng thực thể:*

Khám cột sống tại vị trí tổn thương có đoạn cứng đờ, không mềm mại khi làm động tác (cúi, ngửa, nghiêng, quay). Khối cơ hai bên cơ cứng, trục cột sống thẳng chưa vẹo sang một bên. Gõ vào vùng tổn thương thấy đau rõ. Chưa thấy hình lồi của cột sống.

- *Triệu chứng toàn thân:*

Nhiễm trùng, nhiễm độc mạn tính: Sốt nhẹ hoặc sốt vừa về chiều tối, kéo dài, mệt mỏi ăn ngủ kém, gầy sút cân, da xanh tái, ra mồ hôi trộm.

8.1.1.2. Cận lâm sàng

- **X quang:** Rất có giá trị để chẩn đoán sớm lao cột sống nhưng đòi hỏi phải chụp đúng kỹ thuật và nhận xét thật tỉ mỉ. Cần phải chụp cột sống thẳng và nghiêng. Những hình ảnh tổn thương trên X quang thường gặp là: hình đĩa đệm hẹp hơn so với các đốt trên và dưới (rõ nhất trên phim nghiêng).
- + Đường viền đốt sống mờ, đốt bị tổn thương có thể kém đậm hơn các đốt khác.
- + Phá huỷ nhẹ của thân đốt sống, nhất là phần trước và mặt trên.
- + Phần mềm quanh đốt sống hơi đậm hơn vùng chung quanh.

- + Trong những trường hợp khó phải chụp cắt lớp, có thể thấy hình khuyết ở thân đốt sống.
- Phản ứng Mantoux: Dương tính.
- Sinh thiết đốt sống bằng kim, bằng phẫu thuật để chẩn đoán giải phẫu bệnh và vi khuẩn.
- Xét nghiệm máu: Tốc độ máu lắng tăng cao.

8.1.2. Giai đoạn toàn phát

8.1.2.1. Lâm sàng

- **Triệu chứng cơ năng:**
 - + Đau cố định một vùng, đau liên tục, ngày càng tăng. Đau lan kiểu rễ rất rõ rệt.
 - + Hạn chế vận động (cúi, nghiêng, ngửa, quay).
- **Triệu chứng thực thể:**
 - + Đốt sống bị lồi ra phía sau: Nhìn và sờ thấy một đốt sống lồi ra phía sau rất rõ, một số trường hợp thấy cột sống vùng tổn thương vẹo sang một bên.
 - + Dấu hiệu chèn ép tuỷ: Do đốt sống và đĩa đệm bị phá huỷ nặng, di lệch và chèn ép vào tuỷ sống gây liệt. Thường liệt mềm hai chi dưới, liệt từ từ tăng dần, kèm theo giảm cảm giác và rối loạn cơ tròn.
 - + Có thể thấy triệu chứng lao các bộ phận khác của cơ thể: các màng, nội tạng, hạch...
- **Triệu chứng toàn thân:**

Nhiễm trùng, nhiễm độc mạn tính rõ: Sốt thường xuyên, liên tục, kéo dài, tăng cao về chiều tối, ăn ngủ kém, gây sút cân, da xanh tái.

8.1.2.2. Cận lâm sàng

- **X quang:** có 3 biểu hiện chủ yếu:
 - + Đĩa đệm hẹp nhiều, gần như mất.
 - + Thân đốt sống bị phá huỷ nhiều, nhất là phần trước, tạo nên hình chêm và tụt ra phía sau (phim nghiêng). Từ hai mặt khớp của 2 đốt sống trên và dưới tổn thương sẽ vẽ được một góc Konstam - Blerovaky, góc này đánh giá độ gù của cột sống.
 - + Có thể có hình áp xe lạnh trên phim thẳng quanh vùng tổn thương.
- Phản ứng Mantoux: dương tính.
- Hút dịch mủ áp xe lạnh tìm vi khuẩn lao.
- Xét nghiệm máu: tốc độ máu lắng cao.

8.1.3. Giai đoạn cuối

Nếu bệnh nhân được điều trị đúng nguyên tắc thì triệu chứng toàn thân tốt lên, tổn thương ngừng tiến triển, áp xe lạnh thu nhỏ lại, sau từ 1 – 2 năm cột sống dính lại, vùng bị phá huỷ được tái tạo dần, di chứng còn lại là hiện tượng gù và hạn chế vận động.

Nếu không được điều trị hoặc cơ thể quá suy kiệt, bệnh có thể nặng dần lên, tổn thương lan rộng, lan thêm vào các tạng khác, chèn ép tuỷ. Bệnh nhân chết vì biến chứng thần kinh và nhiễm trùng.

8.1.4. Chẩn đoán

8.1.4.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào những dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, tiền sử và yếu tố thuận lợi như đã trình bày ở trên.

8.1.4.2. Chẩn đoán phân biệt:

– *Ung thư cột sống nguyên phát hay thứ phát do di căn:*

- + Đau dữ dội, liên tục cả khi vận động và nghỉ ngơi.
- + Bệnh tiến triển nhanh, xấu, thể trạng suy sụp, liệt xuất hiện sớm và tăng nhanh.
- + Cột sống không lồi ra phía sau, có thể thấy khối u di căn nơi khác đến.
- + Có thể sốt hoặc không.
- + Phản ứng Mantoux thường âm tính.
- + X quang: thường gặp một đốt sống nham nhỏ, khuyết một phần thân xương, khe liên đốt không hẹp. Đốt sống không hẹp hình nêm mà thường lún đều.
- + Sinh thiết tổn thương xét nghiệm có thể thấy tế bào ung thư.

– *Một số bệnh khác của cột sống không do lao:*

- + Viêm xương do vi khuẩn, thường gặp do tụ cầu.
- + U tuỷ xương.
- + Thoái hoá cột sống.
- + Gai đôi cột sống.
- + Viêm cột sống dính khớp.

8.2. Lao các khớp khác

Phần lớn chỉ bị một khớp, hay gặp nhất là khớp háng, cũng giống lao cột sống, lao các khớp khác chia 3 giai đoạn.

8.2.1. Giai đoạn khởi phát: Bệnh có thể bắt đầu bằng hai cách.

8.2.1.1. Lâm sàng

Khớp sưng to, đau, hạn chế vận động, biến dạng chi và teo cơ. Thường nổi hạch ở gốc chi. Gày sút cân và sốt không rõ rệt. Tổn thương lao ở các tạng khác (lao các màng, hạch, phổi...) ít khi thấy.

8.2.1.2. Cận lâm sàng

- Sinh thiết màng hoạt dịch bằng kim, bằng phẫu thuật qua vi thể thấy tổn thương lao điển hình (nang lao, bã đậu và vi khuẩn lao). Đây là phương pháp rất có giá trị để chẩn đoán sớm thể lao bắt đầu từ màng hoạt dịch mà hình ảnh X quang chưa có thay đổi.
- Chọc dịch khớp, rất ít khi tìm thấy vi khuẩn lao trong dịch khớp kể cả nuôi cấy và tiêm truyền.
- Sinh thiết hạch gốc chi đôi khi thấy tổn thương lao đặc hiệu.
- X quang rất có giá trị để chẩn đoán thể lao xương khớp, nhưng ít thay đổi trong thể lao bao hoạt dịch.
 - + Dấu hiệu chung: Hẹp khe khớp, mất chất vô dầu xương, tổn thương phá huỷ xương, trong giai đoạn này thường nhẹ và kín đáo. Hình ảnh khuyết, móc và hang ở đầu xương hoặc sụn khớp là những biểu hiện khá đặc hiệu.
 - + Dấu hiệu riêng từng khớp.

Khớp háng: Hẹp khe khớp và mất chất vô từng vùng, có hình khuyết hoặc hốc nhỏ ở chỏm xương đùi phần trên ngoài. Nhiều khi phải chụp cắt lớp mới thấy.

Khớp gối: Hẹp khe khớp và mất vô từng vùng là những dấu hiệu gián tiếp, nhưng đặc biệt thấy hình ảnh cản quang ở phần trên xương bánh chè (chụp nghiêng khớp gối) do phần túi cùng dưới cơ tứ đầu đùi của bao hoạt dịch bị viêm, dày, phù nề.

Các khớp khác: Khó phát hiện tổn thương, nhiều khi phải chụp cắt lớp để tìm hình khuyết và hang ở đầu xương.

- Phản ứng Mantoux dương tính.
- Tốc độ máu lắng cao.

8.2.2. Giai đoạn toàn phát: Giai đoạn này tổn thương lao lan rộng, mức độ phá huỷ nhiều, phần đầu xương, sụn khớp và bao khớp đều có tổn thương lao.

8.2.2.1. Dấu hiệu chung

- *Lâm sàng:* Bệnh nhân sốt thường xuyên, kéo dài mệt mỏi, ăn ngủ kém, gày sút nhiều, da xanh. Tổn thương ở khớp nông thấy khớp sưng khá to

hạn chế vận động, đau, da bên ngoài nổi tĩnh mạch, sờ thấy hơi nóng hơn khớp đối diện, bao khớp dày lên. Có thể thấy lỗ rò chảy dịch hoặc chất bã đậu kéo dài nhiều tháng. Cơ của đoạn chi liên quan teo rõ rệt, nổi hạch vùng gốc chi.

– *Cận lâm sàng:*

- + Sinh thiết bao hoạt dịch hoặc hạch gốc chi thấy tổn thương lao.
- + Xét nghiệm dịch khớp có thể thấy vi khuẩn lao.
- + Tốc độ máu lắng tăng cao.
- + X quang: Mất chất vôi đầu xương lan rộng, hẹp khe khớp, sụn khớp bị phá huỷ, nham nhở. Có thể thấy hình ảnh khuyết xương hoặc hang. Phần mềm quanh khớp đậm đặc, cản quang hơn bình thường (do sự hình thành ổ áp xe lạnh).

8.2.2.2. Biểu hiện từng khớp

- *Khớp háng:* Bệnh nhân đau, đi đứng hạn chế nhiều, các cơ ở đùi và mông teo rõ rệt, hạch nổi ở bẹn. Khám thấy các điểm đau của khớp háng, hạn chế các động tác, có thể có các ổ áp xe lạnh ở phần bẹn và mông, có khi thấy lỗ rò, Xquang thấy rõ nhất là phần trên ngoài của thân xương đùi.
- *Khớp gối:* Sưng to nhiều, hạn chế vận động, đau và nóng, khám thấy da vùng khớp gối nổi nhiều tĩnh mạch, có thể thấy lỗ rò, bao khớp dày, ổ khớp có nhiều dịch; động tác gấp duỗi hạn chế. Cần khám kỹ để tìm các ổ áp xe lạnh ở dưới cơ tứ đầu đùi, hõm khoeo, phía sau cơ tam đầu cẳng chân. Trên hình ảnh X quang thấy rõ nhất tổn thương phần mâm chày và phía sau lồi cầu dưới xương đùi.
- *Khớp cổ chân:* Sưng to ở bốn vị trí trước và sau của hai mắt cá, bàn chân ở tư thế hơi duỗi, vận động hạn chế. Thường thấy áp xe ở sau mắt cá ngoài. Hình ảnh X quang thường thấy tổn thương phần trên xương sên và phần đầu dưới xương chày.

8.2.3. Giai đoạn cuối

Nếu được điều trị, đúng nguyên tắc bệnh đỡ nhanh, các triệu chứng giảm dần và khỏi, bệnh nhân có thể sinh hoạt và làm việc bình thường. Ngược lại nếu không được điều trị đặc hiệu, chỉ cố định đơn thuần, sau khi bị bệnh 2 –3 năm tổn thương lao ngừng phát triển, áp xe lạnh xẹp bớt, đầu xương vôi hoá trở lại, phần xương và sụn bị viêm được bao bọc bởi một vòng xơ, khớp bị dính một phần hay toàn bộ, bao khớp bị xơ hoá nhiều hay ít. Có thể coi bệnh đã ổn định, tuy nhiên vi khuẩn lao vẫn còn tồn tại trong tổn thương.

Về lâm sàng khớp giảm sưng, nóng, các túi áp xe lạnh thu nhỏ lại dần, các lỗ rò có thể khỏi để lại sẹo xấu, bệnh nhân chỉ đau khi vận động nhiều. Vận động bị hạn chế nhiều hay ít, các dấu hiệu toàn thân tốt lên và rõ rệt,

tăng cân, không sốt. Nếu điều trị không tốt có thể biến chứng lao lan sang các bộ phận khác hoặc rò mủ kéo dài kèm theo có nhiễm khuẩn phụ.

9. ĐIỀU TRỊ

9.1. Điều trị nội khoa: Điều trị lao xương khớp nội khoa là chủ yếu, điều trị sớm, đúng nguyên tắc từ đầu. Phối hợp 4 đến 5 loại thuốc chống lao trong giai đoạn điều trị tấn công. Điều trị phối hợp các thuốc chữa triệu chứng, chống bội nhiễm và nâng cao thể trạng.

9.2. Cố định và vận động

9.2.1. Trước đây điều trị lao xương khớp chủ yếu là cố định, chờ đợi cho bệnh nhân tiến tới giai đoạn ổn định một cách tự nhiên, vì vậy cố định thường phải để rất lâu, hàng năm và cố định bằng bó bột. Phần lớn bệnh nhân sau khi khỏi bệnh thường bị teo cơ và cứng khớp rất trầm trọng.

9.2.2. Quan niệm hiện nay có nhiều thay đổi

- Cố định trong suốt thời gian bệnh tiến triển, nhưng không hoàn toàn và không liên tục, tốt nhất là sử dụng các giường bột và máng bột, có thể nằm trên nền phẳng cứng để bệnh nhân thay đổi tư thế nhiều lần trong ngày, tránh được các hiện tượng cứng khớp và teo cơ. Trừ trường hợp nặng, tổn thương ở cột sống cổ cần phải cố định bằng bột để tránh tai biến ép tuỷ.
- Những trường hợp tổn thương nhẹ được chẩn đoán sớm, chỉ cần nằm nhiều, tránh vận động và gắng sức là đủ, không cần cố định bằng bột.

9.3. Điều trị ngoại khoa

9.3.1. Chỉ định

- Lao cột sống có nguy cơ chèn ép tuỷ sống hoặc đã ép tuỷ.
- Lao có ổ áp xe lạnh ở tại chỗ hoặc di chuyển ở xa.
- Tổn thương lao phá huỷ đầu xương nhiều.
- Khớp bị di lệch có ảnh hưởng nhiều đến chức năng sau này.

9.3.2. Phương pháp:

- Mổ sớm sau khi điều trị nội khoa tích cực từ 1 – 3 tháng. Sau mổ điều trị tiếp 6 - 9 tháng.
- Tùy từng trường hợp cụ thể mà phương pháp mổ sẽ làm là cắt bỏ bao hoạt dịch, lấy ổ áp xe lạnh, lấy xương chết, cắt đầu xương, làm cứng khớp, cố định cột sống. Sau khi mổ nên cố định 1 – 3 tháng sau mới cho vận động trở lại.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng lâm sàng của lao cột sống.
2. Trình bày triệu chứng cận lâm sàng của lao cột sống.
3. Hãy nêu những yếu tố chẩn đoán xác định lao cột sống.
4. Hãy kể các phương pháp điều trị lao cột sống.