

# **Biến chứng đối với hệ vận động của bệnh đái tháo đường**

*TS.BS. Đào Hùng Hạnh, Bệnh viện Bạch Mai*

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hoá thường gặp, tỷ lệ mắc ngày càng tăng. Bệnh gây ra nhiều biến chứng nặng nề ở các cơ quan tim mạch, thận, mắt và chuyển hoá. Các biến chứng về bộ máy vận động tuy không gây nguy hiểm chết người ngay như các biến chứng kể trên nhưng lại gây đau đớn, tàn phế và ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống. Mặt khác các biến chứng này chưa được hiểu biết đầy đủ và quan tâm đúng mức nên việc phòng bệnh và điều trị các biến chứng này vẫn chưa đạt được kết quả cao. ĐTĐ ảnh hưởng đến bộ máy vận động thông qua nhiều cơ chế khác nhau như glycosyl hoá protein, tổn thương vi mạch máu và thần kinh, lắng đọng collagen ở da và cấu trúc quanh khớp gây nên các thay đổi của tổ chức liên kết. Biến chứng cơ xương khớp hay gặp nhất ở những bệnh nhân bị bệnh ĐTĐ typ 1 lâu năm, tuy nhiên nó cũng có thể gặp ở những bệnh nhân ĐTĐ typ 2 và những người mới mắc bệnh. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh có mối tương quan giữa việc kiểm soát đường huyết và các biến chứng kể trên.

## **I. Biểu hiện ở bàn tay**

Bàn tay là vị trí đích mà nhiều biến chứng cơ xương khớp liên quan đến ĐTĐ tấn công tới.

1. Hội chứng bàn tay cứng, hay hội chứng hạn chế vận động khớp, gặp ở 8-50 % bệnh nhân typ 1, đặc trưng bởi tình trạng da bị dày lên, cứng, xin lại gần giống như bệnh xơ cứng bì. Hạn chế vận động khớp biểu hiện bằng các ngón tay không thể gấp và duỗi hết tầm vận động bình thường, xơ hóa các bao gân duỗi và gấp ngón tay. Ở mức độ nặng hơn, bệnh nhân không thể áp sát 2 lòng bàn tay vào nhau, hay dấu hiệu “bàn tay cầu nguyện”. Điều trị hội chứng này bằng sử dụng các thuốc chống viêm, giảm đau, các biện pháp vật lý trị liệu, tiêm tại bao gân hay bao cân bàn tay.
2. Hội chứng ngón tay lò so do viêm bao gân gấp ngón tay là một biến chứng khác khá thường gặp. Bệnh nhân có cảm giác ngón tay như bị khóa cứng không thể duỗi ra bình thường được mà phải cố gắng bật mạnh ra, hoặc lấy ngón tay khác bẻ ra, kèm theo tiếng “phụt” mà người bệnh cảm nhận được như bật lò so. Ngón tay

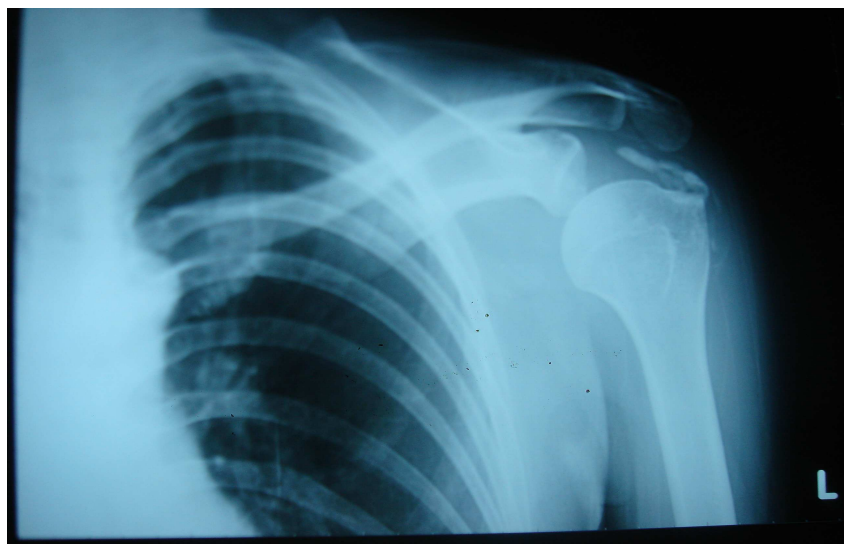
- bị co gập như hình cò súng, thầy thuốc có thể sờ thấy 1 cục cứng (cục xơ) nằm trên đường đi của gân gập. Điều trị bằng vật lý trị liệu, tiêm chế phẩm corticoid vào bao gân thường cho kết quả tốt. Nếu áp dụng các biện pháp trên vẫn không kết quả thì nên chỉ định phẫu thuật cắt bao xơ, giải phóng gân gập, cho kết quả tốt.
3. Hội chứng Duputren là do tình trạng xơ hóa, co rút, dày lên của cân cơ gan bàn tay, gặp ở 16-42 % bệnh nhân biểu hiện bằng sự co rút của ngón tay, thường gặp ở ngón đeo nhẫn nhưng có khi lan rộng sang tận ngón trỏ. Điều trị tùy thuộc vào từng giai đoạn; điều trị vật lý trị liệu thường cho kết quả tốt ở giai đoạn đầu, bệnh nhẹ. Giai đoạn sau phải kết hợp với tiêm corticoid tại chỗ. Trong các trường hợp nặng, các biện pháp trên không tác dụng thì phải chỉ định phẫu thuật.
  4. Hội chứng đường hầm cổ tay, hay hội chứng ống cổ tay (carpal tunnel syndrome) gặp trong 20 % bệnh nhân, nguyên nhân do dày, xơ hóa dây chằng vòng cổ tay gây chèn ép dây thần kinh giữa. Tỷ lệ mắc bệnh liên quan mật thiết với thời gian bị bệnh đái tháo đường. Bệnh nhân thấy cảm giác bỏng rát, tê bì hoặc mất cảm giác ở những vùng mà thần kinh giữa chi phối (ngón 1,2,3 và nửa trong ngón 4) kèm theo đau, có khi đau lan lên phần cẳng và cánh tay. Đau tăng lên khi bệnh nhân phải gập duỗi cổ tay như cầm sách, báo, đánh máy chữ, lái xe, sử dụng dao, dũa... Nhiều khi đau làm cho bệnh nhân mất ngủ, bồn chồn, mệt mỏi, suy nhược. Thăm khám lâm sàng phát hiện hiện tượng yếu cơ, teo cơ những vùng mà thần kinh giữa chi phối, sớm nhất là teo cơ vùng ô mô cái. Dấu hiệu Tinel dương tính (gõ vào vùng cổ tay ở vị trí dây chằng vòng, trên đường đi của dây thần kinh giữa gây ra cảm giác tê bì ở bàn tay nơi mà thần kinh giữa chi phối). Thăm dò điện cơ đo tốc độ dẫn truyền thần kinh giúp cho chẩn đoán định khu nơi dây thần kinh bị chèn ép. Điều trị tùy giai đoạn, có thể dùng thuốc NSAID, nẹp cổ tay, tiêm corticoid vào ống cổ tay. Nếu các biện pháp trên không kết quả thì chỉ định phẫu thuật giải phóng chèn ép thần kinh. Với sự tiến bộ của phẫu thuật nội soi, việc điều trị hội chứng đường hầm cổ tay ngày càng tốt hơn.

## II. Biểu hiện ở vai

- Hội chứng khớp vai đông cứng hay co rút khớp vai, gặp trong khoảng 19 % bệnh nhân ĐTD, biểu hiện bằng hạn chế gần như hoàn toàn biên độ vận

động của khớp vai, đặc biệt là các động tác dạng và xoay vai. Triệu chứng đau thường nhẹ và không tương xứng với triệu chứng hạn chế vận động. Chụp Xquang qui ước thường chỉ thấy tình trạng mất vôi lan toả, khe khớp bình thường. Chụp khớp có bơm thuốc cản quang cho thấy khớp bị thu hẹp thể tích, bơm thuốc rất nặng tay. Ngoài tác dụng chẩn đoán, đây cũng là một biện pháp điều trị tốt phối hợp với vật lý trị liệu. Tiêm nội khớp corticoid thường cho kết quả tốt, nhưng phải chú ý đảm bảo vô trùng và điều trị kiểm soát đường huyết thật tốt.

- Viêm điểm bám gân vôi hoá cũng hay gặp, tỷ lệ bệnh gấp 3 lần người bình thường không bị ĐTD. Biểu hiện bằng đau vai rất đột ngột, dữ dội, hạn chế vận động khớp nhiều. Chụp Xquang qui ước phát hiện thấy hình ảnh lắng đọng canxi (vôi hoá) ở ngoài khớp, thường ở vị trí bám tận của gân các cơ xoay vai (thường ở mấu chuyển lớn xương cánh tay). Tuy nhiên, gần 1/3 các trường hợp, các phát hiện vôi hoá này là tình cờ, bệnh nhân không có triệu chứng. Điều trị bằng tiêm corticoid tại điểm vôi hoá dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang tăng sáng hoặc CT-Scanner, thường cho kết quả tốt. Gần đây, ở một số nước phát triển, người ta đã sử dụng máy tán sỏi ngoài cơ thể để điều trị loại bệnh lý này, cho kết quả rất tốt.



Hình ảnh lắng đọng canxi bao thành mạc dưới mỏm cùng vai

- Hội chứng vai tay hay hội chứng đau loạn dưỡng thần kinh phản xạ (hội chứng Sudeck) có thể gặp đơn độc nhưng thường phối hợp với hội chứng đông cứng khớp vai. Biểu hiện bằng tình trạng đau lan toả từ trên vai lan xuống đến bàn, ngón tay, đau rất nhiều kèm theo rối loạn vận mạch (tay sưng phù, da đỏ, tím...) và thiếu dưỡng cơ, teo cơ nếu ở giai đoạn muộn. Ngoài các thuốc NSAID, phối hợp các thuốc giảm đau nguồn gốc thần kinh (gabapentin, carbamazepin, chống trầm cảm), ức chế giao cảm, calcitonin, biphosphonate với vật lý trị liệu là những biện pháp được lựa chọn.

### III. Biểu hiện ở bàn chân

Bệnh lý khớp ở người ĐTĐ (diabetic osteopathy), còn gọi là bệnh lý khớp do nguyên nhân thần kinh, hay bệnh Charcot, đây là thể nặng của thoái hóa khớp, phá hủy khớp nhanh và nhiều, hậu quả của giảm và mất cảm giác tại khớp, gây ra các chấn thương liên tiếp, lặp đi lặp lại nhiều lần. Biểu hiện này hiếm gặp, chỉ chiếm 0,1-0,4 % bệnh nhân cả hai typ và bị bệnh đã lâu. Khám lâm sàng phát hiện các dấu hiệu của bệnh lý thần kinh ngoại biên, da có thể thay đổi như đỏ tím, phù nề, tăng sắc tố, tổ chức phần mềm bao phủ khớp có thể bị viêm, loét, khớp bị lỏng lẻo và biến dạng. Các dấu hiệu Xquang thường nhẹ hơn so với các dấu hiệu lâm sàng. Tùy vào mức độ bệnh mà có thể thấy các tổn thương như bán trật khớp, các mảnh xương, tiêu xương, phản ứng màng xương, biến dạng, dính khớp.... Cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác như nhiễm trùng, viêm tắc tĩnh mạch sâu... Điều trị biến chứng này khá phức tạp, chủ yếu là đi giày dép chỉnh hình, chăm sóc, vệ sinh thật tốt kết hợp với kiểm soát tốt đường máu.

### IV. Biểu hiện ở cơ

Nhồi máu trong cơ là một biến chứng hiếm gặp. Biến chứng này thường tự phát, không có tiền sử chấn thương, hay gặp ở bệnh nhân không được điều trị tốt với nhiều biến chứng mạch máu, thần kinh. Biểu hiện lâm sàng là đau đột ngột, dữ dội và sưng nề vùng cơ bị nhồi máu (thường ở đùi hoặc cẳng chân). Men cơ (CPK) có thể bình thường hoặc tăng nhẹ. Cần chẩn đoán phân biệt với khối u, viêm cơ, áp xe cơ, cốt tủy viêm, viêm tắc tĩnh mạch sâu. Chụp cộng hưởng từ thấy tăng tín hiệu trên tần số T2.

Sinh thiết cơ thấy cơ bị phù nề và hoại tử. Điều trị bằng thuốc giảm đau và nghỉ ngơi. Các triệu chứng sẽ hết sau vài tuần.

Teo cơ ĐTĐ do thiếu máu nuôi dưỡng cơ gây nên tình trạng mỏi cơ và đau. Thường gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi biểu hiện bằng đau, yếu cơ và teo cơ gốc chi như cơ thắt lưng chậu, cơ tứ đầu đùi, cơ khớp đùi gây khó khăn khi thực hiện một số động tác như đứng lâu, chuyển từ tư thế ngồi sang đứng hay lên thang gác.

#### V. Biểu hiện ở xương

- Hội chứng tăng tạo xương lan tỏa nguyên phát (DISH : Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis) hay bệnh Forestier, đặc trưng bởi tình trạng loạn sản, canxi hóa dây chằng cột sống kết hợp với hình thành các gai xương. Tuy nhiên khe đĩa đệm, khớp móm sau và khớp cùng-chậu đều bình thường. Đoạn cột sống ngực là vùng hay bị tổn thương nhất, và ở bệnh nhân typ 2, béo phì, ngoài ra có thể gặp vôi hóa ở các vị trí khác. Triệu chứng thường gặp là đau, hạn chế vận động, cứng vùng gáy và lưng. Điều trị bằng các thuốc NSAID, giãn cơ, giảm đau và vật lý trị liệu.
- Loãng xương : thường gặp ở bệnh nhân typ1, người già. Những bệnh nhân typ2 thường béo nên khối xương ít thay đổi.

#### VI. Thoái hoá khớp

Người ta chưa chứng minh rõ ràng rằng đái tháo đường là yếu tố nguy cơ của thoái hoá khớp. Tuy nhiên, khoa học đã xác nhận rằng béo phì là yếu tố nguy cơ quan trọng của cả ĐTĐ và thoái khớp. Thoái khớp có thể gặp ở cả khớp lớn và khớp nhỏ.

Tóm lại: ĐTĐ gây ra rất nhiều biến chứng đối với bộ máy vận động, làm ảnh hưởng đến sinh hoạt và chất lượng cuộc sống. Hầu hết các biến chứng này có thể điều trị được, nhưng chúng thường bị bỏ qua hoặc đánh giá, điều trị không đúng trong thực hành hàng ngày. Nâng cao ý thức và hiểu biết về bệnh, điều trị đúng sẽ giúp cho người bệnh hoàn toàn có thể tự lập được trong công việc và nâng cao chất lượng cuộc sống của họ.