

VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

TS. BS. Đào Hùng Hạnh

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh có biểu hiện viêm mạn tính ở cột sống, khớp cùng chậu và nhiều khớp (thường là các khớp ở chi dưới như khớp háng, gối và cổ chân 2 bên). Bệnh thường gặp ở lứa tuổi thanh niên (90% dưới 30 tuổi) và gặp ở nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ mắc bệnh của nam/nữ là 5/1). Hiện nay, nguyên nhân của bệnh chưa rõ ràng nhưng người ta thấy có vai trò của yếu tố gen kết hợp với kháng nguyên hoà hợp tổ chức HLA- B27. Có 90- 95% các bệnh nhân có HLA- B27 dương tính (ở người bình thường, tỷ lệ này giao động từ 3- 18% tùy theo từng quần thể). Ở người có HLA- B27 dương tính, nguy cơ mắc VCSDK tăng gấp 52 đến 89 lần so với người có HLA- B27 âm tính. Bệnh VCSDK hiện được xếp cùng nhóm với các bệnh viêm khớp phản ứng, bệnh vẩy nến, viêm loét đại tràng (bệnh Crohn). Đôi khi một bệnh nhân bị VCSDK cũng có thể biểu hiện một vài triệu chứng của các bệnh trên.

Biểu hiện lâm sàng

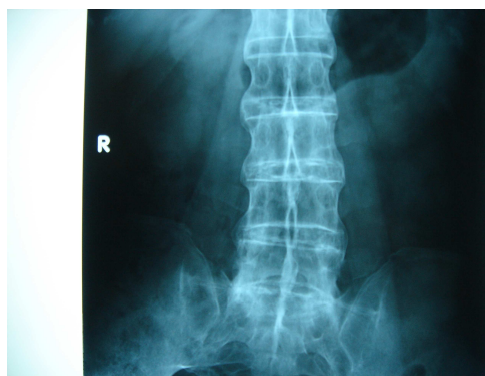
- Toàn thân: bệnh nhân thường có mệt mỏi, sốt nhẹ, gầy sút cân.
- Tại cột sống: Đau cột sống lưng-thắt lưng là triệu chứng thường xuất hiện đầu tiên ở khoảng 75% các bệnh nhân VCSDK. Đau âm ỉ, liên tục, đau tăng lên về đêm gần sáng, có thể tăng lên khi ho, hắt hơi. Kèm theo dấu hiệu co cứng cột sống lưng- thắt lưng vào buổi sáng sau khi bệnh nhân ngủ dậy. Bệnh nhân khó cúi, ngửa và xoay người. Khối cơ cạnh cột sống teo nhanh. Tổn thương cột sống ngực có thể làm bệnh nhân bị đau ngực và khó thở. Đo độ giãn lồng ngực và độ giãn cột sống thắt lưng giảm. Đau và hạn chế vận động cột sống cổ thường gặp ở giai đoạn muộn, sau khi bị mắc bệnh nhiều năm nhưng cũng có thể xảy ra sớm. Các tổn thương ở cột sống tiến triển ngày càng nặng lên, làm cột sống bị mất đường cong sinh lý. Cột sống cổ thường quá cong uốn về phía trước, cột sống ngực bị gù, cột sống thắt lưng thẳng, không còn cong uốn về phía trước.
- Khớp cùng chậu: bệnh nhân bị viêm ở vùng khớp cùng chậu. Triệu chứng này thường xuất hiện sớm nhất, trước cả triệu chứng tại cột sống. Bệnh nhân đau ở vùng mông, một bên hoặc hai bên. Đau tăng lên khi làm nghiệm pháp ép cánh chậu hoặc giãn cánh chậu.
- Tại các khớp ở chi: khoảng 1/3 các bệnh nhân bị đau ở khớp háng, khớp gối và khớp cổ chân hai bên. Các khớp khác cũng có thể bị tổn thương song hiếm hơn và

muộn. Đau khớp háng làm cho BN nằm co chân, do đó ở giai đoạn muộn, khớp háng thường bị biến dạng (dính ở tư thế gấp). Đây là nguyên nhân làm cho bệnh nhân bị tàn phế, không ngồi xổm được, không đi lại được.

- Kèm theo với tổn thương cột sống và khớp, viêm điểm bám gân cũng là một dấu hiệu thường gặp trong VCSDK. Thường viêm các điểm bám gân ở vùng máu chuyển lớn của xương đùi, gai chậu trước hay trên, ụ ngồi, sụn sườn, các lõi cầu ngoài và trong của xương chày: Bệnh nhân thấy đau ở các đầu xương tương ứng với các điểm bám gân nói trên.
- Biểu hiện ngoài khớp: viêm màng bồ đào cấp tính là một biểu hiện ngoài khớp hay gặp nhất ở các bệnh nhân VCSDK. Tỷ lệ này là 25- 30% theo thống kê của nước ngoài; song rất may mắn là bệnh nhân nước ta ít gặp biểu hiện này. Các tổn thương khác như viêm quai động mạch chủ, block nhĩ- thất, xơ phổi hai bên ít gặp. Bệnh nhân VCSDK có thể bị tổn thương thần kinh và tuỷ sống dẫn đến liệt tứ chi, hội chứng đuôi ngựa do lún xẹp đốt sống, hay gặp nhất ở cột sống cổ. Tuy nhiên, các biến chứng này hiếm gặp và thường gặp ở giai đoạn muộn.

Xét nghiệm máu: tốc độ máu lắng tăng, protein- C phản ứng tăng, thiếu máu nhẹ do viêm mạn tính. Khác với bệnh viêm khớp dạng thấp, yếu tố dạng thấp (RF) âm tính.

Xquang: tổn thương sớm nhất và đặc hiệu nhất là hình ảnh viêm khớp cùng chậu hai bên (đây là triệu chứng nằm trong tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh). Tại cột sống: các thân đốt sống có hình vuông. Ở giai đoạn muộn, có hình ảnh “cầu xương” khiến cho cột sống có hình ảnh “cây tre” (các đốt sống do có các “cầu xương” làm cho dính lại như thân cây tre). Ngoài ra có thể thấy hình ảnh mất chất khoáng tại thân đốt sống.



Hình ảnh cầu xương, viêm dính khớp cùng chậu điển hình của bệnh VCSDK

Điều trị: Bệnh VCSDK không thể chữa khỏi hoàn toàn nhưng trong những năm gần đây, tiên lượng của bệnh đã được cải thiện rất nhiều. Chẩn đoán và điều trị bệnh sớm

rất quan trọng nhằm tránh các tư thế xấu của khớp. Ngoài các triệu chứng tại khớp, việc phát hiện và điều trị kịp thời các biểu hiện ngoài khớp và các biến chứng của bệnh sẽ hạn chế được sự tiến triển của bệnh. Nên nhớ rằng viêm màng bồ đào cấp tính có thể điều trị khỏi hoàn toàn, nhưng nếu xử lý chậm, bệnh nhân có thể bị mất thị lực vĩnh viễn.

Các thuốc chống viêm giảm đau không steroid (CVKS) là thuốc điều trị chính trong bệnh VCSDK, có tác dụng giảm đau và ức chế quá trình viêm. Với thể khớp ngoại vi, thường kết hợp với Salazopyrine. Trong một số trường hợp, Methotrexat uống với liều 7,5 mg/ tuần sẽ có hiệu quả khi bệnh nhân không đáp ứng với thuốc CVKS và Salazopyrine, đặc biệt khi bệnh nhân có viêm các khớp ở chi. Hiện nay, với một số thể bệnh VCSDK không đáp ứng với các liệu pháp trên, có thể dùng các thuốc kháng TNF α (Etanercept, Infliximab- Remicade). Do các thuốc này khá đắt nên chưa được sử dụng tại ở Việt nam.

Các bệnh nhân bị tổn thương khớp háng nặng có chỉ định thay khớp toàn bộ. Tuy nhiên, điều trị sớm và đúng cách sẽ hạn chế được việc phải thay khớp.

Trong VCSDK, phục hồi chức năng và hướng dẫn bệnh nhân tập luyện là phương pháp điều trị đơn giản nhưng quan trọng nhất, giúp bệnh nhân tránh được cứng khớp và biến dạng khớp, cột sống. Bởi là phương pháp tập luyện tốt nhất, có tác dụng tốt với tất cả tổn thương khớp và cột sống. Bệnh nhân nên giữ cột sống luôn ở tư thế thẳng đứng và đi thẳng người. Tập các động tác của cột sống như cúi, ngửa, nghiêng, xoay người 1- 2 lần/ ngày. Hướng dẫn bệnh nhân tập thở và hít thở sâu. Không hút thuốc lá. Không nên nằm đệm mà nằm trên giường cứng với gối mỏng.

VCSDK là một bệnh mạn tính vì vậy sự động viên, thông cảm của xã hội và gia đình rất quan trọng với các bệnh nhân cũng như sự hỗ trợ và giúp bệnh nhân tìm được các công việc phù hợp để bệnh nhân không trở thành người tàn phế.