

LAO XƯƠNG KHỚP

I. 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 xóp, 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.

II. 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.

III. Giải phẫu bệnh

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.

Vi thể

Tổn thương cơ bản là các nang lao điển hình.

IV. Lâm sàng

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.

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.

Triệu chứng thực thể

Gù, 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 góc 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.

V. Cận lâm sàng

- + Sinh thiết (đầu xương, màng hoạt dịch)
- + Xét nghiệm tế bào, tìm vi khuẩn lao.
- + Tìm vi khuẩn lao trong chất bã đậu qua lỗ rò của áp xe lạnh
- + 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 nhở. 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.
- + Phản ứng Mantoux thường dương tính và dương tính mạnh.
- + Cần tìm thêm tổn thương lao tiên phát hay lao phổi, ngoài phổi phối hợp bằng các xét nghiệm tìm vi khuẩn lao, X quang phổi...
- + Các xét nghiệm miễn dịch học của dịch khớp, chất bã đậu: ELISA, kháng thể kháng lao, PCR.

VI. 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.

1. Giai đoạn khởi phát

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 d-ới 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). Khôi cơ hai bên co 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.

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 tỷ 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 d-ới (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.

2. Giai đoạn toàn phát

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 d-ới, 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, gầy sút cân, da xanh tái.

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.

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.