

## VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

### I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh viêm khớp mạn tính hay gặp nhất trong nhóm bệnh lý cột sống thể huyết thanh âm tính. Bệnh VCSDK có mối liên hệ chặt chẽ với yếu tố kháng nguyên bạch cầu HLA-B27 (80-90%) của hệ thống kháng nguyên hòa hợp tổ chức, bệnh thường gặp ở nam giới (80-90%), trẻ tuổi (dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ 80%).

Nguyên nhân của bệnh VCSDK hiện nay chưa rõ, nhưng bệnh có hai đặc điểm chính là viêm và tạo xương mới, đặc biệt tại cột sống và khớp cùng chậu.

Kháng nguyên HLA-B27 gặp trong 90% trường hợp, ngoài ra còn do yếu tố gen khác và tác nhân nhiễm khuẩn. Yếu tố gia đình chiếm 10%.

Sự nhiễm khuẩn ở các đối tượng này gây phản ứng miễn dịch kéo dài có sự tham gia của TNF $\alpha$ . Phản ứng miễn dịch gây ra một chuỗi phản ứng viêm, trong phản ứng viêm cơ các enzym như cyclo-oxygenase (COX) dưới hai dạng COX-1 và COX-2.

### II. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào tiêu chuẩn ACR – 1984 sửa đổi (Tiêu chuẩn New York), dựa trên các tiêu chuẩn lâm sàng và triệu chứng X quang khớp cùng chậu như sau.

#### + Tiêu chuẩn lâm sàng:

- Tiền sử hay hiện tại có đau vùng lưng - thắt lưng kéo dài trên 3 tháng, cải thiện khi luyện tập, không giảm khi nghỉ
- Hạn chế vận động cột sống thắt lưng ở 3 tư thế cúi, ngửa, nghiêng và xoay.
- Độ giãn lồng ngực giảm (dưới hoặc bằng 2,5cm).

#### + Tiêu chuẩn X quang

- Viêm khớp cùng chậu một bên ở giai đoạn 3 hoặc 4.
- Viêm khớp cùng chậu hai bên từ giai đoạn 2 trở lên.
- X quang khung chậu thẳng: viêm khớp cùng chậu là dấu hiệu sớm để chẩn đoán bệnh, thường tổn thương cả 2 bên, có 4 mức độ:
  - + Giai đoạn 1: khe khớp rộng ra do mất calci dưới sụn.
  - + Giai đoạn 2: khe khớp mờ, có hình răng cưa ở rìa khe khớp.
  - + Giai đoạn 3: xơ hóa khớp, có thể dính một phần khớp.
  - + Giai đoạn 4: dính khớp cùng chậu hoàn toàn.

\_ X quang cột sống: mất đường cong sinh lý, thân đốt sống hình vuông, xơ hóa và calci hóa các dây chằng cạnh cột sống và trước cột sống tạo hình ảnh đường ray xe lửa, “đốt sống cây tre”.

\_ X quang khớp ngoại vi: hẹp khe khớp, ăn mòn xương, hư chỏm xương,...

\_ Chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) giúp chẩn đoán sớm tổn thương khớp cùng chậu khi chưa phát hiện được bằng X quang thường.

+ **Chẩn đoán xác định:** khi có một tiêu chuẩn lâm sàng và một tiêu chuẩn X quang

- Nhằm chẩn đoán và theo dõi tiến triển của bệnh cần làm thêm xét nghiệm về phản ứng viêm (Vs, CRP)

- Để chẩn đoán xác định trong giai đoạn sớm của bệnh nếu có điều kiện thì làm thêm HLA-B27, dương tính trên 80% trường hợp, chụp cộng hưởng từ khớp cùng chậu.

### III. ĐIỀU TRỊ

Mục đích điều trị là kiểm soát tình trạng đau và viêm, duy trì chức năng vận động của các khớp và cột sống, tránh biến dạng khớp và cột sống.

#### 1. Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa bao gồm các thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs), thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ, thuốc điều trị cơ bản bệnh, nhóm thuốc kháng TNF –  $\alpha$  (Remicade, Entanecept,...) khi kháng với các thuốc điều trị.

**a. Thuốc giảm đau:** có thể lựa chọn một trong các thuốc sau

- Acetaminophen 0,5g: 2-4 viên/24 giờ, hoặc các chế phẩm kết hợp khác.
- Floctafenin (Idarac) 200mg: 2 viên/24 giờ.

**b. Thuốc kháng viêm không steroid:**

+ Diclofenac (Voltarel) viên 50mg: 100mg/ngày, hoặc ống tiêm bắp 75mg/ngày trong 2-3 ngày đầu, sau chuyển sang uống.

+ Meloxicam (Mobic) viên 7,5mg: 1-2 viên/ngày, hoặc ống tiêm bắp 15mg/ngày trong 2-3 ngày đầu, sau chuyển sang uống.

+ Piroxicam (Felden, Brexin) viên hay ống 20mg: uống 1 viên một ngày, hoặc tiêm bắp ngày 1 ống trong 2-3 ngày đầu, sau chuyển sang uống.

+ Celecoxib (Celebrex) viên 200mg: 1-2 viên/ngày. Không nên dùng cho bệnh nhân có tiền sử tim mạch, và thận trọng hơn bệnh nhân cao tuổi.

**c. Thuốc tác dụng chậm (điều trị cơ bản):** đối với viêm cột sống dính khớp thể khớp ngoại vi.

- Sulfasalazin (Salazopyrine): viên uống 500mg. Liều khởi đầu 500mg mỗi ngày, tăng dần từng 500mg mỗi tuần, liều điều trị 1000-2000mg/24 giờ. Thời gian sử dụng 5 năm nếu không có tác dụng phụ.

- Methotrexat khởi đầu 7,5mg mỗi lần mỗi tuần, sau đó duy trì 10-15mg/tuần

**d. Nhóm thuốc sinh học mới:** kháng thể đơn dòng chống yếu tố hoại tử u TNF- $\alpha$  (Remicade, Entanecept,...). Điều trị sinh học mở ra hy vọng lui bệnh cho nhiều bệnh nhân VCSDK nặng, tiến triển nhanh, các trường hợp kháng với các thuốc điều trị.

#### **e. Thuốc corticoid**

Điều trị corticoid tại chỗ: tiêm khớp, tiêm các điểm bám gân (hydrocortisone acetat: 125mg/5ml, Depo-medrol 40mg/ml,...).

Điều trị corticoid toàn thân trong trường hợp bệnh tiến triển nặng không đáp ứng với các thuốc chống viêm không steroid hoặc phụ thuộc corticoid, liều dùng 1-1,5mg/kg/24 giờ.

#### **f. Thuốc điều trị phối hợp:**

- Thuốc giãn cơ: trong VCSDK có hiện tượng co các cơ vân tại cột sống, do đó thuốc giãn cơ có tác dụng tốt. Có thể dùng: Myonal 50mg (3 viên/ngày), Mydocalm 150mg (2 viên/ngày),...

- Bệnh nhân có dùng methotrexat, có thiếu máu: acid folic 5mg x2 viên/ngày

- Bệnh nhân có loãng xương: biphosphonate

- Bệnh nhân có thoái hóa khớp thứ phát: diacerin, glucosamine sulfat, chondroitin.

- Phòng ngừa và điều trị viêm loét dạ dày tá tràng (do sử dụng NSAIDs và corticoid) bằng nhóm ức chế bơm proton, các thuốc bảo vệ tế bào.

## **2. Điều trị ngoại khoa:**

Được chỉ định khi các phương pháp điều trị bảo tồn không hiệu quả.

Thay khớp nhân tạo: thay khớp háng, thay khớp gối, giải phóng khớp dính hoặc khớp bị biến dạng.

#### IV. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Bệnh nhân phải được điều trị tích cực và theo dõi trong suốt quá trình điều trị. Đánh giá bệnh hoạt động theo các chỉ số hoạt động (BASDAI – Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

- Cần làm các xét nghiệm định kỳ theo dõi CTM, chức năng gan thận, mỗi 2 tuần trong tháng đầu, mỗi tháng trong 3 tháng đầu, sau đó có thể mỗi 3 tháng. Tùy theo diễn tiến của bệnh có thể xét nghiệm đột xuất.

- Tiên lượng nặng khi viêm các khớp ngoại biên (khớp háng, khớp gối), trẻ tuổi, có biểu hiện ngoài khớp, HLA-B27 dương tính, lệ thuộc corticoid. Nếu không được điều trị sớm và đúng cách có thể gây dính, biến dạng khớp.