

NHẬN XÉT LAO CỘT SỐNG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Đức Chính¹, Trần Tuấn Anh¹, Phạm Hải Bằng¹

TÓM TẮT

Lao có thể gây bệnh ở mọi bộ phận trong cơ thể, ngoài phổi và dấu hiệu thường không đặc hiệu. Biểu hiện lao cột sống hay còn gọi là bệnh Pott chủ yếu là đau lưng. Ngay cả khi chụp phim x quang, hình ảnh lún xẹp, chèn ép có thể nhầm với các tổn thương khác của cột sống và làm chậm chẩn đoán, dẫn đến việc xử trí điều trị không kịp thời. Bệnh có thể điều trị đáp ứng với thuốc chống lao đặc hiệu theo phác đồ DOTS nếu tổn thương chỉ khu trú và không có các biến chứng. Tuy nhiên điều trị phẫu thuật có nhiều ưu thế phòng tránh biến chứng thần kinh, làm vững cột sống, ngay cả với các trường hợp có biến chứng như áp xe, biến chứng thần kinh...phẫu thuật cũng giúp cho bệnh nhân sớm hồi phục và đi lại được. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị hiện đại như phẫu thuật ít xâm lấn, đặt nẹp kim loại ngay cả trong trường hợp ổ lao đang tiến triển. Bên cạnh đó, cần phối hợp với phục hồi chức năng và giảm đau cho người bệnh sau mổ. Trong thời gian 1 năm 2013 chúng tôi đã điều trị phẫu thuật 20 trường hợp lao cột sống, đặc biệt các trường hợp có biến chứng, chúng tôi muốn chia sẻ kinh nghiệm về thái độ chẩn đoán và điều trị bệnh.

Từ khóa : Lao cột sống, điều trị phẫu thuật cột sống, bệnh lao.

ABSTRACT

REMARKS ON POTT'S DISEASE WERE TREATED SURGICALLY AT VIET DUC HOSPITAL

Nguyen Duc Chinh¹, Tran Tuan Anh¹, Pham Hai Bang¹

Extrapulmonary tuberculosis may involve any organ systems and signs are non-specific. The presenting symptom of spinal tuberculosis (Pott's disease) is usually back pain. When the x ray examination shows vertebral collapse, it may be mistaken for compression fractures, delaying the diagnosis as well as proper management. If there are not any complications and if the lesion is limited to the vertebrae, trip-drug anti-tuberculous chemotherapy (DOTS) can treat. However, with proper indications, surgical procedures are superior in the prevention of neurological deterioration, maintenance of stability, or in case of complication as prevertebral abscess, neurological signs,...early recovery and early mobilisation. Today, there are several surgical treatment procedures such as minimally invasive surgery, ability to use the metallic implant in the presence of active tuberculosis infection. It should be associated with rehabilitation and pain control after surgery. During one year of 2013, we have treated 20 cases diagnosed the spinal tuberculosis surgically and we would share our experiences on it's diagnosis and well as surgical management.

Key words: Tuberculosis of spine, surgical treatment of spinal tuberculosis, tuberculosis.

1. Khoa Phẫu thuật nhiễm khuẩn,
BV Việt Đức

- Ngày nhận bài: (received): 29/8/2014, Ngày phản biện (revised): 12/11/2014;
Ngày đăng bài (Accepted): 25/11/2014
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp, PGS.TS Nguyễn Văn Hỷ
- Người phản hồi (corresponding author): Nguyễn Đức Chính
- Email: duc_chinh1960@yahoo.com, ĐT: 0912396753

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao hiện nay khá phổ biến ảnh hưởng trên toàn thế giới, cả các nước đang phát triển cũng như các nước phát triển. Theo Tổ chức Y tế (2012), trên toàn thế giới có 8,6 triệu người mắc lao và gần 1,7 triệu người tử vong trong đó phổ biến nhất là lao phổi. Lao ngoài phổi có thể tác động đến mọi cơ quan trong cơ thể, tuy nhiên dấu hiệu các lao ngoài phổi đôi khi diễn biến âm thầm, biểu hiện không điển hình và có thể bỏ sót, đến muộn, ảnh hưởng đến kết quả điều trị [1], [2].

Lao cột sống (LCS) hay còn gọi là bệnh Pott, thường biểu hiện sớm nhất là dấu hiệu đau lưng, hầu hết các trường hợp có thể điều trị bằng nội khoa. Tuy nhiên nhiều trường hợp đến khám giai đoạn muộn, có lún xẹp đốt sống kèm biểu hiện thần kinh (liệt), hoặc những trường hợp kèm chấn thương sẽ bị nhầm chẩn đoán, làm chậm quá trình điều trị [2],[3]

Mục tiêu: Tìm hiểu các dấu hiệu chính, những biến chứng và các phương pháp can thiệp phẫu thuật, nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh.

II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân chẩn đoán LCS được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp hồ sơ bệnh án không đầy đủ, bệnh nhân và gia đình bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân không phẫu thuật, cũng không có kết quả giải phẫu bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu không so sánh qua giám sát ngẫu nhiên các trường hợp chẩn đoán lao cột sống (LCS), bao gồm các trường hợp tử vong, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức.

Thời gian thực hiện: Từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2013.

Địa điểm thực hiện: Khoa phẫu thuật nhiễm khuẩn, Bệnh viện Việt Đức.

Nội dung nghiên cứu: Thông tin chung của bệnh nhân: tuổi, giới

Triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh

Các tổn thương và biến chứng

Các phương pháp điều trị phẫu thuật

Thu thập số liệu: Thiết kế bệnh án mẫu lấy thông tin.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của bệnh viện. Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ kín và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tổng số 20 bệnh nhân, trong đó nam 11, nữ 9. Tuổi: cao nhất 56, thấp nhất : 13, trung bình tuổi: $46,5 \pm 6,77$. Có 57% kèm tổn thương lao phổi hoặc lao hạch.

Bảng 1: Vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	n (20)	%
Cột sống cổ	2	10
Cột sống ngực	9	45
Trong đó T5 đến T11	7	
Cột sống lưng	11	55
Cột sống cùng cụt	2	10

Số đốt sống bị tổn thương 1 đốt sống: 3 (15%)

2 đốt sống: 12 (60%)

≥ 3 đốt sống: 5 (25%)

Bảng 2: Biểu hiện lâm sàng

Dấu hiệu	Đau lưng	Ra mồ hôi	Sụt cân	Sốt
n	20	20	8	8
%	100	100	40	40

Bảng 3: Biến chứng 16/20 (80%)

Biến chứng	n	%
Biến chứng thần kinh	14	87,5
Trong đó Yếu	14	
Liệt	9	
Rối loạn cơ tròn	5	
Biến chứng áp xe	3	18,8
Biến dạng gù	1	6,2

Cận lâm sàng : 100% âm tính với xét nghiệm HIV.

Chẩn đoán: 89,3% LCS được chẩn đoán bằng hình ảnh x quang.

Sinh thiết trước phẫu thuật thực hiện 9/20 trường hợp dưới hướng dẫn của x quang, khẳng định 65%. Kết hợp hình ảnh x quang và sinh thiết, chẩn đoán 98,2%.

3.2. Điều trị

Bảng 4: Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	n	%
Phẫu thuật đường sau	14	70
(Trong đó kết hợp đường trước)	7	
Ghép xương chậu	3	15
Dẫn lưu áp xe	3	15

IV. BÀN LUẬN

Lao cột sống là bệnh lý được biết đến khá lâu, lần đầu được Percival Pott mô tả năm 1782, và sau đó bệnh được mang tên ông hay còn gọi là bệnh Pott. LCS chiếm tới gần 70% lao hệ thống xương, 15% lao ngoài phổi, chiếm khoảng 2% các loại lao nói chung. Nếu tính trong các bệnh viêm cột sống và đĩa đệm do vi khuẩn thì lao đứng hàng đầu [2], [3], [4].

Trước đây LCS được coi là bệnh của các nước đang phát triển, tuy nhiên hiện nay cả các nước phát triển cũng gặp nhiều do tình trạng di dân. Người ta có thể gặp LCS ở các nước châu Âu, Mỹ... chủ yếu là di cư từ Ấn Độ, châu Phi sang. Tuy nhiên từ

những năm 1990 khi nạn đại dịch HIV phát triển và lan rộng thì bệnh lý lao có vẻ phát triển, nhưng điểm khác biệt là không ảnh hưởng đến cột sống hay nói cách khác người ta ít gặp bệnh nhân nhiễm HIV mắc LCS [2]. Chúng tôi xin bàn luận về một số đặc điểm LCS điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức như sau:

4.1. Đặc điểm chung

Theo một số các nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của LCS là 51 tuổi, một số các nghiên cứu khác cũng cho thấy lứa tuổi LCS có thể thấp hơn, chỉ hơn 40 tuổi, trong khi lao phổi gặp ở người lớn tuổi và người già [2], [4]. Theo Trần Ngọc Ân [3] LCS hay gặp ở lứa tuổi trẻ hơn, từ 20 đến 40 tuổi, nam

nữ mắc ngang nhau, đặc biệt gặp nhiều các bệnh nhân ghép tạng. Tuy nhiên Lê Ngọc Hưng [4] lứa tuổi có thể trẻ hơn, từ 16 đã có bệnh nhân mắc LCS. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tuổi trung bình 46,5 tuổi, trong đó tỷ lệ nam và nữ thấy nghiêng nhiều về nữ hơn nam. Trong số nữ mắc, >40 tuổi chiếm tỷ lệ 76% có thể liên quan đến yếu tố loãng xương. Không có bệnh nhân nào kèm nhiễm HIV. 57% có kèm tổn thương lao vị trí khác. Là một trung tâm ngoại khoa, cũng là trung tâm lớn về ghép tạng. Đến năm 2013, Bệnh viện Việt Đức đã thực hiện gần 200 trường hợp ghép tạng gồm ghép gan, ghép tim, ghép thận nhưng chúng tôi chưa ghi nhận được trường hợp LCS nào.

Về vị trí tổn thương các tác giả cho thấy chiếm tới trên 50% là lao phần dưới ngực và đoạn lưng [2],[4]. Theo Trần Ngọc Ân [3] đến 90% LCS tổn thương phần ngực và lưng, đặc biệt từ T8 đến L2. Lê Ngọc Hưng [4] cho thấy 70% tổn thương từ 2 đốt sống trở lên. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp các nhận định trên: vị trí tổn thương thắt lưng chiếm 55%, 45% ở phần ngực, trong đó đa phần ở đoạn ngực thấp. Tổn thương 2 đốt sống chiếm 60%.

4.2. Các triệu chứng chính

Các biểu hiện của bệnh cũng xuất hiện khá âm thầm, nhiều khi diễn biến hàng năm, bệnh nhân chỉ đến viện khi có biểu hiện yếu chân, hoặc liệt. Trong đó dấu hiệu đau lưng khá trung thành. Nhiều nghiên cứu cho thấy đau lưng chiếm tới 100%. Một số các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân có chèn ép thần kinh chiếm khoảng từ 32% đến 76% với các mức độ khác nhau [2], [4]. Trong báo cáo của Oguz [5] 51,3% có tổn thương thần kinh các mức độ từ yếu đến liệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân đau lưng các mức độ khác nhau kèm ra mồ hôi. Biến chứng chiếm tỷ lệ 80%, trong đó riêng biến chứng thần kinh chiếm là 87,5%. 100% bệnh nhân có yếu

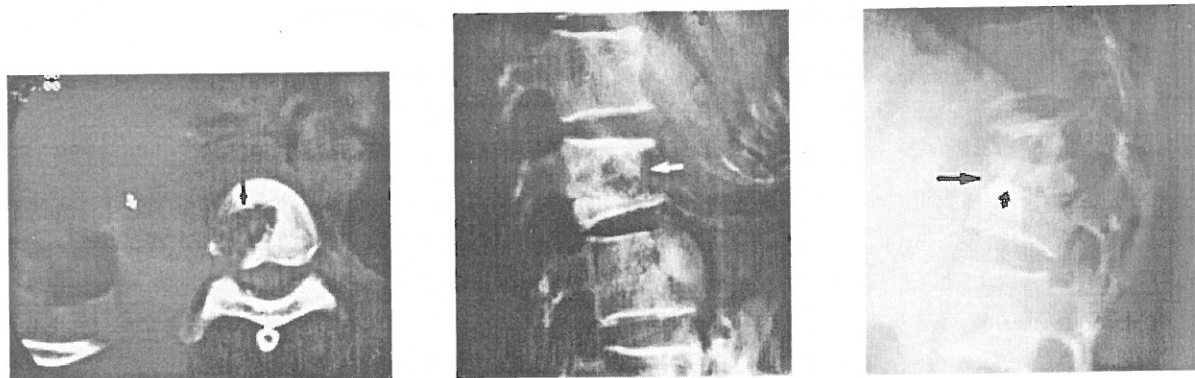
chỉ. 40% có sốt và sụt cân cũng giống như các biểu hiện của bệnh cảnh lao nói chung.

4.3. Chẩn đoán

Do biểu hiện lâm sàng của LCS không điển hình như : sốt chiều, ra mồ hôi, đau lưng, sụt cân nên các triệu chứng chỉ có ý nghĩa gợi ý, do vậy việc chẩn đoán cần kết hợp thăm khám lâm sàng và nghiên cứu các xét nghiệm cận lâm sàng [2], [4], [6]. Theo Hướng dẫn “*Chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh lao*” của Bộ Y tế [7], LCS được chẩn đoán khi có các triệu chứng: Đau lưng, hạn chế vận động, đau tại chỗ tương ứng với cột sống bị tổn thương, giai đoạn muộn gây biến dạng gù cột sống hoặc có dấu hiệu chèn ép tủy, liệt.

Trong các xét nghiệm cận lâm sàng, chụp x quang là chẩn đoán có giá trị với LCS. X quang thường cho thấy hình ảnh cột sống biến dạng đến 99% các trường hợp, các hình ảnh hay thấy là xương bị phá hủy, hẹp các khe sống, có thể thấy hình ảnh áp xe cạnh cột sống, phù nề tổ chức xung quanh, có hình khí trong ổ áp xe. Nếu có hình ảnh can xi hóa càng khẳng định tổn thương LCS. Đôi khi trên phim chụp có thể thấy mảnh xương chết, hình ảnh áp xe lạnh [4], [5].

Chụp cắt lớp vi tính đặc biệt có giá trị chẩn đoán bệnh. Hình xương vỡ mảnh chiếm 47%, tiêu xương 34%. Hình ảnh x quang cũng giúp cho việc định hướng và làm sinh thiết khẳng định chẩn đoán dưới màn chiếu x quang. Chụp cộng hưởng từ có giá trị chẩn đoán bệnh khá sớm do độ phân giải cao, có thể giúp cho việc xử lý kịp thời. Cộng hưởng từ cũng giúp xác định mức độ ảnh hưởng đến thần kinh hơn các thăm dò khác. Chẩn đoán xác định: Dựa vào lâm sàng và các đặc điểm tổn thương trên phim x quang cột sống. Có thể chọc sinh thiết tổ chức, hoặc xét nghiệm AFB mũ từ áp xe lạnh [2], [5], [8].



Hình 4.1. Áp xe lạnh cạnh cột sống và hình phá hủy xương

Chọc sinh thiết dưới x quang được coi là chẩn đoán khẳng định có giá trị. Bằng kim nhỏ chọc hút được coi là phương pháp chẩn đoán chính xác, an toàn và hiệu quả. Nhiều nghiên cứu cho thấy chẩn đoán bằng chọc sinh thiết cho kết quả đến 90% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi khẳng định chẩn đoán qua hình ảnh 89,3%. Kết quả sinh thiết chỉ đạt 65%. Kết hợp sinh thiết và chẩn đoán trên 98%. Nhiều tác giả cho rằng qui trình lấy sinh thiết không đúng cũng ảnh hưởng đến kết quả do kim chọc nhỏ, vị trí kim khó chọc vào [2], [6].

4.4. Điều trị

LCS đáp ứng tốt với điều trị nội khoa tới 90%. Cũng giống như điều trị lao xương, LCS cần điều trị kéo dài 12 tháng, theo công thức hóa trị liệu ngắn ngày có kiểm soát (DOTS) của Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo. Can thiệp phẫu thuật chỉ dành cho các trường hợp có biến chứng chèn ép, áp xe, Yash [9] sau nhiều năm nghiên cứu đã tóm tắt những chỉ định điều trị phẫu thuật gồm:

- Biến chứng thần kinh không thấy tiến triển sau quá trình điều trị bảo tồn.
- Biến chứng thần kinh phát triển trong quá trình điều trị bảo tồn.
- Mặc dù điều trị hóa trị liệu và nghỉ ngơi nhưng bệnh tiến triển theo chiều hướng xấu.
- Tái phát biến chứng thần kinh
- Biến chứng áp xe vùng cổ, khó nuốt và khó thở
- Biến chứng thần kinh tiến triển ảnh hưởng cảm giác, rối loạn cơ tròn, liệt hoặc có phản xạ co thắt.

Phương pháp phẫu thuật giải chèn ép cột sống do lao cũng giống như các trường hợp mô cột sống có

chèn ép do các nguyên nhân khác. Những kỹ thuật thực hiện như dẫn lưu áp xe; ghép xương mặt trước; mở đường trước; mở đường sau giải phóng tủy + nẹp cố định; phối hợp cả trước sau cố định cột sống; phẫu thuật nội soi hỗ trợ. Nếu cột sống không bị xẹp, không cần ghép xương. Ghép xương được thực hiện khi có xẹp, biến dạng, tiến hành nạo và ghép xương. Các tác giả cũng thống nhất phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để nhất và giúp phục hồi nhanh chóng. Đặc biệt khâu điều trị phục hồi chức năng đóng vai trò quan trọng. Bên cạnh đó kiểm soát đau sau phẫu thuật cần được lưu ý giúp cho bệnh nhân phục hồi tốt [5], [8], [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ định phẫu thuật do các biến chứng thần kinh, do áp xe lạnh như chỉ định của Yash. Về kỹ thuật có 70% phẫu thuật đi đường sau đặt nẹp, 35% kết hợp đi đường trước; 15% trường hợp có ghép xương chậu, 15% trường hợp dẫn lưu áp xe.

V. KẾT LUẬN

Lao cột sống gặp nhiều ở lứa tuổi trẻ, xu hướng nữ nhiều hơn nam. Chẩn đoán dựa trên dấu hiệu x quang đặc hiệu, đặc biệt là chụp CT Scanner và MRI, kết hợp sinh thiết dưới màn hình. Chỉ định điều trị ngoại khoa khi có các biến chứng áp xe, chèn ép gây liệt hoặc rối loạn cơ tròn, hoặc xẹp biến dạng nặng nguy cơ biến chứng thần kinh. Các phương pháp phẫu thuật áp dụng như dẫn lưu, nạo ghép xương, đặt nẹp cố định tùy theo mức độ tổn thương và như biến chứng. Điều trị phẫu thuật còn nhằm giảm nguy cơ biến dạng chèn ép và giảm đau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2005), *Fact sheet on Tuberculosis*, 104. tr.68- 79.
2. B Dass, T A Puet and C Watanakunakorn (2002), Tuberculosis of the spine (Pott's disease) presenting as 'compression fractures', *Spinal Cord*, 40, pp. 604- 608.
3. Trần Ngọc Ân (2002), Lao cột sống (bệnh Pott), *Bệnh Thấp khớp*, NXB Y học 2002.
4. Lê Ngọc Hưng (2002), Lao xương khớp, *Bệnh học Lao*, Nhà xuất bản Y học, tr.141- 150.
5. E. Oguz, A. Sehirlioglu, M. Altinmakas, C.Ozturk, M.Komurcu et al (2008), A new classification and guide for surgical treatment of spinal tuberculosis, *Int Orthop*, 32(1), pp. 127- 133.
6. Ngô Ngọc Am (2002), Phát hiện và chẩn đoán bệnh lao, *Bệnh học Lao*, Nhà xuất bản Y học,
7. Bộ Y tế (2009), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh lao*, Quyết định số 979/QĐ-BYT ngày 24 tháng 3 năm 2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
8. Mukesh G. Harisinghani, Theresa C. McCloud, Jo-Anne O. Shepard, Jane P. KoManohar M. Shroff, Peter R. Mueller, Tuberculosis from Head to Toe, *CME available in print version and on RSNA Link*.
9. Yash Gulati and Rahul Gupta (2005), Operative treatment of tuberculosis of dorsal and lumbar spine, *Apollo Medicine*, 2(2), pp. 96– 99.
10. Behzad Sahbazian, DO, Stephen E.Weis (2005), Treatment of Active Tuberculosis: Chanllenges and Prospects, *Clin Chest Med*, 26, pp. 273- 282.