

VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Lindsay N. Moy, DO • Abdul Salman Mohammed, MBBS, MD, RhMSUS

CƠ BẢN

MÔ TẢ

- Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh viêm cột sống trục thuộc nhóm bệnh viêm khớp cột sống (axSpA), đặc trưng bởi đau lưng thấp mạn tính (kéo dài >3 tháng) kèm bằng chứng viêm khớp cùng chậu (xơ cứng, bào mòn, và thay đổi bề rộng khe khớp) trên X-quang thường quy.
- Các hệ cơ quan bị ảnh hưởng: cơ xương khớp; mắt; tim mạch; thần kinh; hô hấp
- Tên gọi khác: bệnh Marie–Strümpell; "cột sống tre"

DỊCH TỄ HỌC

- Tuổi khởi phát đỉnh cao là 20–30 tuổi; hiếm gặp sau 40 tuổi
- Nam > nữ (tỷ lệ khoảng 2–3:1)

Tỷ lệ mới mắc

Tỷ lệ hiệu chỉnh theo tuổi và giới là 6,3–7,3/100.000 người-năm

Tỷ lệ hiện mắc

Khoảng 0,55% đối với VCSDK và khoảng 1,4% đối với toàn bộ nhóm axSpA tại Hoa Kỳ (1)

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Tự viêm tại các vị trí tiếp xúc với vi khuẩn (ví dụ: ruột) hoặc chịu stress cơ học ở những cá thể có yếu tố di truyền nhạy cảm (2)
- Tình trạng viêm tại điểm bám của gân, dây chằng và cân vào xương (bệnh lý điểm bám gân – enthesopathy) gây ra hiện tượng bào mòn, tái tạo và tạo xương mới.

Di truyền học

- 85–95% bệnh nhân VCSDK có HLA-B27 dương tính.
- Các liên quan di truyền khác bao gồm aminopeptidase 1 của lưới nội chất (ERAP1), thụ thể interleukin-23 (IL23R), và các vùng "sa mạc gen" trên nhiễm sắc thể 2p15 và 21q22 (2).

YẾU TỐ NGUY CƠ

Tiền sử gia đình dương tính

- Con của cha/mẹ mắc VCSDK có HLA-B27 dương tính có nguy cơ mắc bệnh 10–30%.

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

- Viêm khớp ngoại biên (30%)
- Bệnh lý điểm bám gân (29%): viêm gân gót Achilles, viêm cân gan chân
- Viêm màng bồ đào (25–35%)
- Vảy nến (10%)
- Viêm ngón "ngón hình khúc dồi" (6%)
- Bệnh viêm ruột (IBD) (4%) (3)[A]

- Viêm khớp cột sống ngoại biên (SpA): viêm khớp vảy nến, viêm khớp phản ứng, viêm khớp liên quan IBD, viêm khớp tự phát thiếu niên
- Viêm động mạch chủ, hở van động mạch chủ, và rối loạn dẫn truyền tim

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Đau lưng kiểu viêm
 - Khởi phát âm thầm, thường ở tuổi <40; kéo dài >3 tháng; cứng cột sống buổi sáng kéo dài >1 giờ; thức giấc ban đêm do đau lưng; đau và cứng tăng lên khi nghỉ ngơi và cải thiện khi vận động.
- Đau mông/háng luân phiên hai bên và các triệu chứng toàn thân (mệt mỏi, ngủ kém, sụt cân, sốt nhẹ) thường gặp.
- Các triệu chứng khác liên quan đến bệnh lý điểm bám gân (đau gân Achilles, đau cân gan chân), viêm ngón (ngón hình khúc dồi), viêm móng mắt (đau một bên, đỏ mắt, sợ ánh sáng, thay đổi thị lực/nhìn mờ)

KHÁM THỰC THỂ

- Đau chói khớp cùng chậu, mất đường cong ưỡn thắt lưng, và hạn chế xoay cột sống cổ
- Giảm tầm vận động cột sống thắt lưng ở cả ba mặt phẳng vận động
- Nghiệm pháp Wright-Schober cải biên đánh giá gập cột sống thắt lưng:
 - Đánh dấu trên lưng bệnh nhân tại móm gai L5 (hoặc tại các "lúm đồng tiền" của Venus) và đo 10 cm phía trên và 5 cm phía dưới điểm này. Yêu cầu bệnh nhân gập người về phía trước ở khớp háng. Bình thường khoảng giãn giữa hai điểm đánh dấu này khi gập tối đa phải tăng thêm ít nhất 5 cm.
- Gù đoạn ngực – cổ (thường xuất hiện sau ít nhất 10 năm có triệu chứng)
 - Tăng khoảng cách chẩm – tường (khoảng cách giữa xương chẩm và tường khi bệnh nhân đứng áp lưng phẳng vào mặt phẳng thẳng đứng; bình thường là bằng 0)
- Giảm biên độ di động của lồng ngực khi hô hấp
 - Đo chu vi lồng ngực tại khoang liên sườn 4. Bình thường tăng >5 cm khi hít vào tối đa; <2,5 cm phù hợp với VCSDK.
- Đau chói tại các điểm bám gân — gân Achilles, cân gan chân
- Viêm ít khớp ngoại biên/viêm ngón thường gặp hơn ở thể SpA ngoại biên
- Các biểu hiện ngoài khớp: viêm màng bồ đào, vảy nến, bệnh viêm ruột
- Tiếng thổi hở van động mạch chủ (1%)

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Đau lưng thấp cơ học
- axSpA không có hình ảnh X-quang (có các đặc điểm của VCSDK kèm bằng chứng viêm khớp cùng chậu trên MRI nhưng chưa có trên X-quang thường quy — có thể tiến triển thành VCSDK)
- Các viêm khớp do viêm khác
- Thoái hóa khớp hoặc viêm sụn – xương ăn mòn của cột sống trực
- Tăng xương lan tỏa vô căn (DISH)
- Đặc xương chậu lạnh tính (osteitis condensans ilii): thay đổi xơ cứng lạnh tính ở phần chậu của khớp cùng chậu sau sinh
- Viêm khớp hoặc viêm đĩa đệm nhiễm trùng, viêm khớp cùng chậu một bên: lao, brucella, nhiễm khuẩn (đặc biệt ở người tiêm chích ma túy đường tĩnh mạch)
- Gãy lún đốt sống
- Sốt Địa Trung Hải có tính gia đình

- Đau xơ cơ — các điểm đau có thể giống với các dấu hiệu viêm điểm bám gân

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & GIẢI THÍCH

- Tốc độ lắng máu (ESR) và protein phản ứng C (CRP) có thể tăng nhẹ hoặc bình thường; nếu tăng cao, có tương quan với mức độ hoạt động bệnh và tiên lượng
- Không có yếu tố dạng thấp
- Thiếu máu đẳng sắc nhẹ (15%)
- Có thể tăng nhẹ phosphatase kiềm trong bệnh nặng.
- Dịch khớp: tăng bạch cầu nhẹ
- Khớp cùng chậu: ưu tiên chụp tư thế chếch
 - Bất thường khớp được phân độ như sau:
 - Độ 0: bình thường; độ 1: nghi ngờ thay đổi khớp; độ 2: bào mòn hoặc xơ cứng nhẹ, không thay đổi bề rộng khe khớp; độ 3: viêm khớp cùng chậu mức độ vừa hoặc nặng kèm bào mòn, xơ cứng, tăng khe khớp, hoặc dính khớp một phần; độ 4: dính khớp hoàn toàn
- Cột sống: ưu tiên chụp tư thế nghiêng
 - Các thay đổi sớm trên X-quang thường quy: dấu hiệu "góc sáng" (shiny corners) do viêm xương và xơ cứng tại vị trí bám của vòng xơ vào các góc thân đốt sống, kèm dấu hiệu "vuông hóa" thân đốt sống do bào mòn và tái tạo; MRI có tiêm thuốc cản quang nhạy hơn trong phát hiện các thay đổi sớm.
 - Các thay đổi muộn: cốt hóa vòng xơ dẫn đến hình thành cầu xương giữa các thân đốt sống (gai xương liên đốt sống – syndesmophytes), tạo nên hình ảnh kinh điển "cột sống tre"; cũng có thể xảy ra dính khớp mòm khớp, cốt hóa dây chằng cột sống và/hoặc viêm đĩa đệm – cột sống.
- Khớp ngoại biên
 - Có thể xuất hiện cốt hóa quanh bao khớp không đối xứng, xơ cứng, hẹp khe khớp và bào mòn.
 - Siêu âm có thể được dùng để phát hiện viêm điểm bám gân.

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, hình ảnh học)

Chẩn đoán dựa trên thuật toán Berlin cải biên của Hiệp hội Đánh giá Viêm khớp cột sống quốc tế (ASAS):

- Nếu bệnh nhân đau lưng thấp ít nhất 3 tháng và có nghi ngờ VCSDK dựa trên bệnh sử và khám thực thể, cần chụp X-quang khớp cùng chậu tư thế thẳng trước – sau.
 - Nếu viêm khớp cùng chậu được ghi nhận độ 2 hai bên hoặc độ 3 một bên, kèm bệnh nhân có ít nhất một triệu chứng SpA điển hình khác (liệt kê bên dưới), điều này đủ để chẩn đoán VCSDK.
 - Nếu X-quang thẳng trước – sau âm tính với viêm khớp cùng chậu, nhưng bệnh nhân có ít nhất 4 trong số 11 triệu chứng sau, được xem là đủ để chẩn đoán VCSDK: đau lưng kiểu viêm; đau gót chân (bệnh lý điểm bám gân); viêm ngón; viêm màng bồ đào; tiền sử gia đình dương tính với SpA; bệnh viêm ruột; đau mông luân phiên; vẩy nến; viêm khớp không đối xứng; đáp ứng tốt với NSAID; tăng ESR hoặc CRP.
 - Nếu X-quang thẳng trước – sau âm tính với viêm khớp cùng chậu và bệnh nhân có 2–3 triệu chứng nêu trên, HLA-B27 dương tính là đủ để chẩn đoán.
 - Nếu X-quang thẳng trước – sau âm tính với viêm khớp cùng chậu và bệnh nhân chỉ có 0–1 triệu chứng nêu trên, cùng với HLA-B27 dương tính, nên tiếp tục đánh giá thêm bằng MRI khớp cùng để tìm viêm khớp cùng chậu.

Giải thích xét nghiệm

Các thay đổi bào mòn và hình thành xương mới tại điểm bám của gân và dây chằng vào xương dẫn đến cốt hóa mô mềm quanh khớp.

ĐIỀU TRỊ

CÁC BIỆN PHÁP CHUNG

- Mục tiêu điều trị chính bao gồm kiểm soát triệu chứng, duy trì độ mềm dẻo của cột sống và tư thế bình thường, giảm hạn chế chức năng, duy trì khả năng lao động, và giảm các biến chứng của bệnh.
- Vật lý trị liệu tích cực là biện pháp điều trị không dùng thuốc quan trọng nhất.

ĐIỀU TRỊ THUỐC

Lựa chọn đầu tay

- Thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) là thuốc điều trị đầu tay cho đau và cứng khớp trong VCSDK (4)[A].
 - Naproxen, tối đa 500 mg x 2 lần/ngày; celecoxib, tối đa 200 mg x 2 lần/ngày; ibuprofen, tối đa 800 mg x 3 lần/ngày
- Thận trọng
 - Cần nhắc các nguy cơ tim mạch, tiêu hóa và thận của NSAID. Thận trọng ở bệnh nhân có rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc kháng đông.
- Tiêm corticosteroid nội khớp vào khớp cùng chậu và các khớp nhân tạo có thể giúp giảm đau tạm thời, nhưng không khuyến cáo dùng corticosteroid toàn thân (5)[C].
- Phẫu thuật có thể là một lựa chọn cho những bệnh nhân bán trật khớp đùi – trực có biến chứng thần kinh.

Lưu ý khi mang thai

Trẻ sơ sinh phơi nhiễm với NSAID trong 3 tháng đầu thai kỳ có thể có tỷ lệ dị tật tim bẩm sinh cao hơn.

Lựa chọn thứ hai

- Thuốc sinh học: nhóm kháng yếu tố hoại tử u (TNF)- α
 - Được khuyến cáo cho bệnh hoạt động khi không đáp ứng với ít nhất hai loại NSAID khác nhau trong hơn 1 tháng (5)[C]
 - Các thuốc được FDA phê duyệt cho VCSDK bao gồm etanercept (protein dung hợp thụ thể TNF tái tổ hợp), infliximab (kháng thể đơn dòng IgG1 dạng khảm kháng TNF- α), adalimumab (kháng thể đơn dòng IgG1 hoàn toàn từ người kháng TNF- α), golimumab (kháng thể đơn dòng IgG1 kappa từ người kháng TNF- α), và certolizumab pegol (kháng thể đơn dòng IgG1 nhân hóa gắn PEG kháng TNF- α).
- Thận trọng với các thuốc ức chế TNF- α
 - Thuốc kháng TNF làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn, nhiễm mycobacterium, nấm, nhiễm trùng cơ hội và virus nghiêm trọng. Cần tầm soát lao và viêm gan B.
 - Đã ghi nhận u lympho, ung thư da không phải hắc tố, và các bệnh ác tính khác ở bệnh nhân dùng thuốc kháng TNF.
 - Cần cập nhật đầy đủ các mũi tiêm chủng (đặc biệt là vắc-xin sống) trước khi bắt đầu dùng thuốc kháng TNF; vắc-xin sống chống chỉ định sau khi bệnh nhân đã dùng thuốc kháng TNF.
- Các thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm (DMARD) như methotrexate và sulfasalazine không hiệu quả đối với bệnh ở cột sống trục; sulfasalazine có thể hiệu quả đối với viêm khớp ngoại biên; nhóm thuốc này có thể được cân nhắc ở bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc kháng TNF (5)[C].

VẤN ĐỀ CẦN HỘI CHẨN/CHUYỂN KHÁM

- Phối hợp điều trị với bác sĩ chuyên khoa thấp khớp để chẩn đoán, theo dõi và quản lý điều trị (liệu pháp kháng TNF).
- Việc xử trí hờ van động mạch chủ, viêm màng bồ đào, gãy cột sống, xơ phổi, tổn thương khớp háng, thoái hóa dạng bột thận, và hội chứng đuôi ngựa có thể cần chuyển đến chuyên khoa phù hợp.

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

Thuốc nhóm bisphosphonate nếu có giảm mật độ xương hoặc loãng xương

PHẪU THUẬT/CÁC THỦ THUẬT KHÁC

- Cần đánh giá tình trạng dinh/mất vững cột sống cổ trước khi đặt nội khí quản ở bệnh nhân VCSDK phải phẫu thuật.
- Cắt xương chỉnh hình đốt sống (vertebral osteotomy) có thể cải thiện tư thế cho bệnh nhân có gù nặng vùng cổ hoặc ngực – thắt lưng.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN NGHỊ THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

- Theo dõi tư thế và tầm vận động mỗi 6–12 tháng; tăng tần suất tái khám nếu bệnh hoạt động mạnh hơn.
- Có thể sử dụng Chỉ số Hoạt động Bệnh Viêm Cột Sống Dính Khớp Bath (BASDAI) hoặc Điểm Hoạt động Bệnh Viêm Cột Sống Dính Khớp (ASDAS) để đánh giá mức độ hoạt động bệnh.
- Phòng ngừa/đánh giá nguy cơ té ngã
- Theo dõi định kỳ CRP hoặc ESR
- Tầm soát giảm mật độ xương/loãng xương bằng đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA)

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Duy trì hoạt động thể chất và tư thế đúng.
- Bơi lội, thể dục nhịp điệu dưới nước, thái cực quyền, và đi bộ là những hoạt động rất tốt.
- Tránh chấn thương/các môn thể thao đối kháng.

Arthritis Foundation: <http://www.arthritis.org>

Spondylitis Association of America: <http://www.spondylitis.org>

TIỀN LƯỢNG

Mức độ và tốc độ tiến triển của tình trạng dính khớp rất khác nhau giữa các bệnh nhân.

BIẾN CHỨNG

- Cơ xương khớp/cột sống: loãng xương, dính cột sống gây gù, gãy hoặc trật cột sống cổ, hội chứng đuôi ngựa (hiếm gặp)
- Hô hấp: bệnh phổi hạn chế, xơ hóa thùy trên phổi (hiếm gặp)
- Tim mạch: rối loạn dẫn truyền tại nút nhĩ thất (AV), hở van động mạch chủ, viêm động mạch chủ, viêm màng ngoài tim (rất hiếm gặp)
- Mắt: viêm màng bồ đào, đục thủy tinh thể
- Thận: bệnh thận IgA, thoái hóa dạng bột (<1%)
- Tiêu hóa: loét niêm mạc hồi tràng và đại tràng ở mức độ vi thể, cận lâm sàng gặp ở tới 50% bệnh nhân, phần lớn không có triệu chứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reveille JD, Weisman MH. The epidemiology of back pain, axial spondyloarthritis and HLA-B27 in the United States. *Am J Med Sci*. 2013;345(6):431–436.
2. Dougados M, Baeten D. Spondyloarthritis. *Lancet*. 2011;377(9783):2127–2137.

3. de Winter JJ, van Mens LJ, van der Heijde D, et al. Prevalence of peripheral and extra-articular disease in ankylosing spondylitis versus non-radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. *Arthritis Res Ther*. 2016;18(1):196.
4. Kroon FP, van der Burg LR, Ramiro S, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for axial spondyloarthritis (ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(7):CD010952.
5. Ward MM, Deodhar A, Akl EA, et al. American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 recommendations for the treatment of ankylosing spondylitis and nonradiographic axial spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68(2):282–298.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Adams K, Bombardier C, van der Heijde DM. Safety of pain therapy during pregnancy and lactation in patients with inflammatory arthritis: a systematic literature review. *J Rheumatol Suppl*. 2012;90:59–61.
- Garg N, van den Bosch F, Deodhar A. The concept of spondyloarthritis: where are we now? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2014;28(5):663–672.
- Gensler L, Inman R, Deodhar A. The "knowns" and "unknowns" of biologic therapy in ankylosing spondylitis. *Am J Med Sci*. 2012;343(5):360–363.
- Jo S, Han J, Lee YL, et al. Regulation of osteoblasts by alkaline phosphatase in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2019;22(2):252–261.
- Mease PJ. Fibromyalgia, a missed comorbidity in spondyloarthritis: prevalence and impact on assessment and treatment. *Curr Opin Rheumatol*. 2017;29(4):304–310.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Khan MA, et al. How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis*. 2004;53(5):535–543.
- Sieper J. Treatment challenges in axial spondylarthritis and future directions. *Curr Rheumatol Rep*. 2013;15(9):356. doi:10.1007/s11926-013-0356-9.
- Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, et al. The Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(Suppl 2):ii1–ii44.
- van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, et al. 2016 Update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(6):978–991.

XEM THÊM

Viêm khớp vảy nến; Viêm khớp dạng thấp (RA); Bệnh Crohn; Viêm khớp phản ứng (Hội chứng Reiter); Viêm loét đại tràng

MÃ BỆNH

ICD10

- M45.0 Viêm cột sống dính khớp nhiều vị trí ở cột sống
- M45.6 Viêm cột sống dính khớp vùng thắt lưng
- M45.7 Viêm cột sống dính khớp vùng thắt lưng – cùng

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN GHI NHỚ

- Chẩn đoán VCSDK được gợi ý bởi tiền sử đau lưng kiểu viêm, bằng chứng hạn chế giãn nở lồng ngực, hạn chế vận động cột sống ở mọi mặt phẳng, bằng chứng viêm khớp cùng chậu trên X-quang, và đáp ứng điều trị với NSAID.

- Xét nghiệm HLA-B27 hỗ trợ chẩn đoán khi các đặc điểm lâm sàng chưa rõ ràng.
- MRI nhạy hơn X-quang thường quy trong phát hiện viêm khớp cùng chậu.
- Vật lý trị liệu đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì tư thế và khả năng vận động.
- NSAID và các thuốc ức chế TNF- α là nền tảng của điều trị thuốc đối với VCSDK.