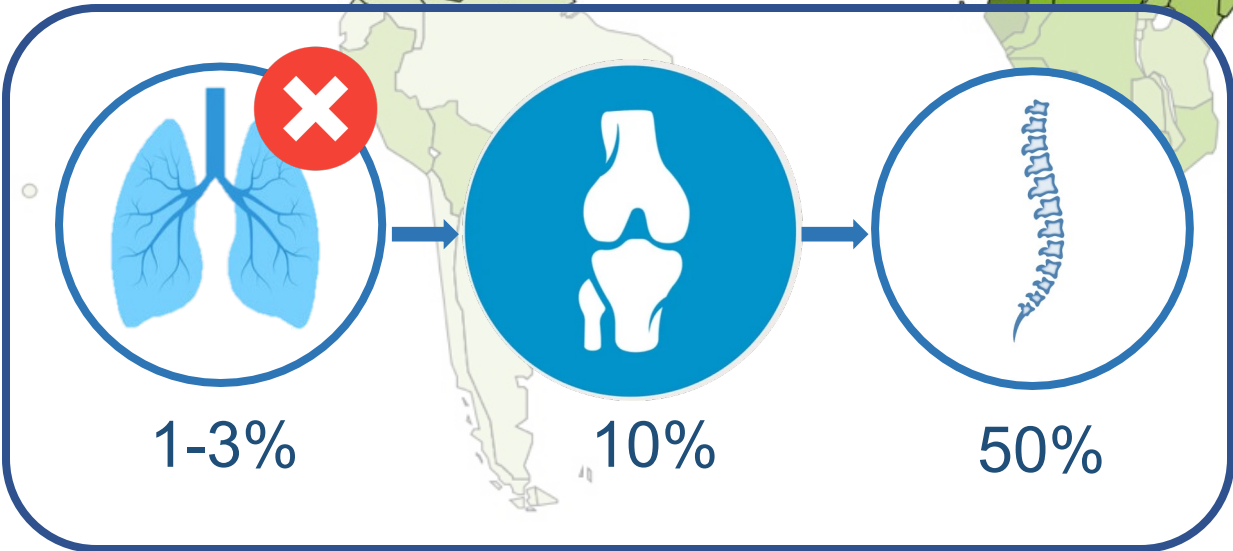
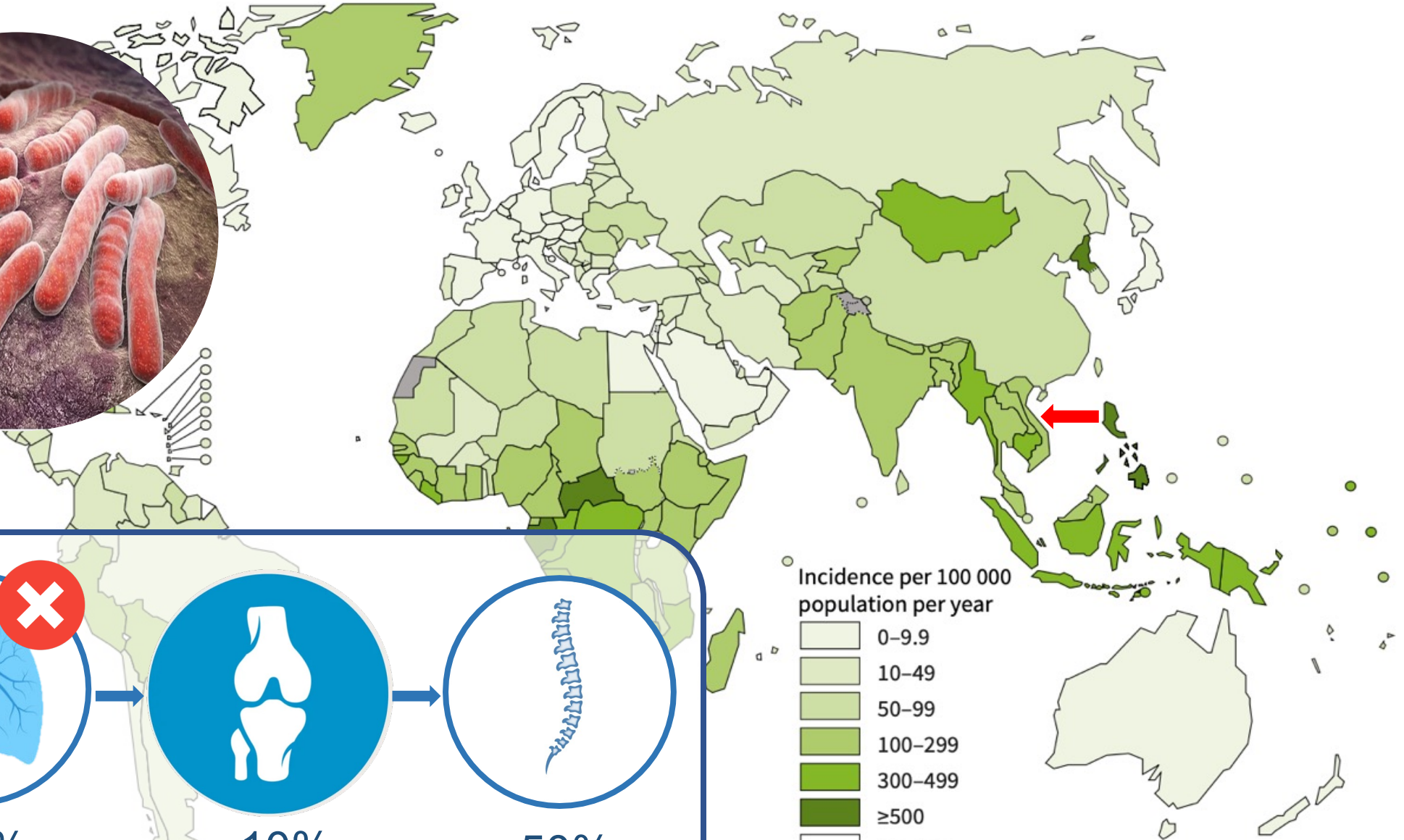




# LAO CỘT SỐNG

Tiếp cận chẩn đoán và  
hướng điều trị

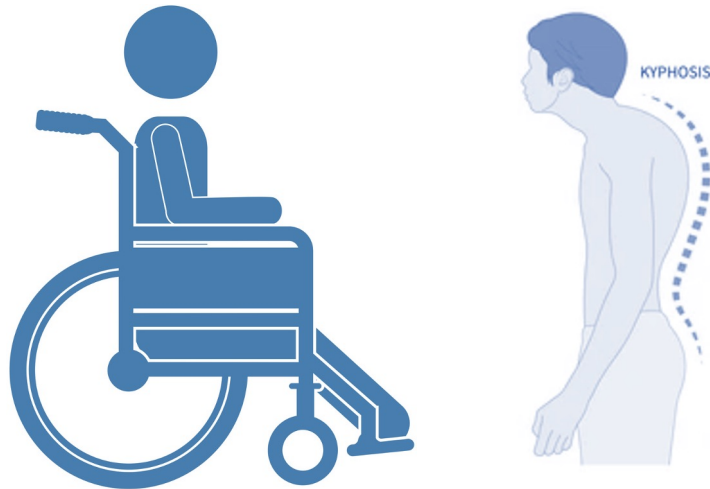
*BS Diệp Nghĩa Phúc*  
*Khoa Cột Sống B, BV CTCH*



**WHO 2023**



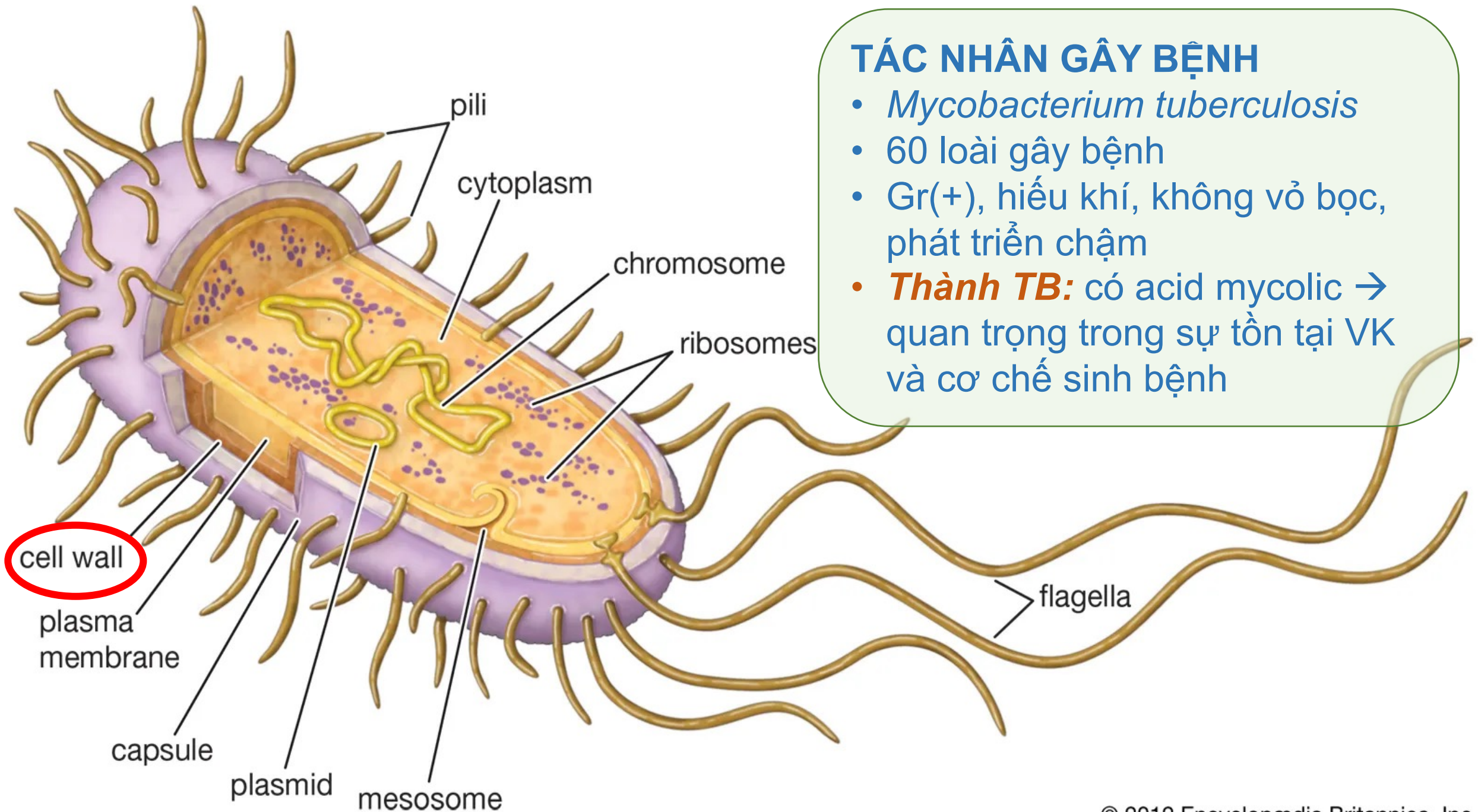
Hướng dẫn chẩn đoán  
chưa đồng thuận



Đến khám muộn



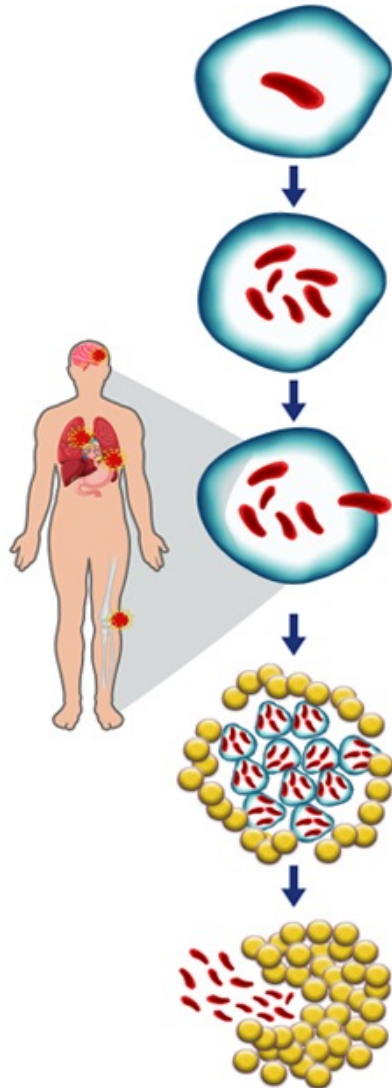
Gánh nặng  
XH, y tế, GD



## TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- *Mycobacterium tuberculosis*
- 60 loài gây bệnh
- Gr(+), hiếu khí, không vỏ bọc, phát triển chậm
- **Thành TB:** có acid mycolic → quan trọng trong sự tồn tại VK và cơ chế sinh bệnh

# CƠ CHẾ NHIỄM LAO CHUNG



1. **Xâm nhập đại thực bào (ĐTB)**

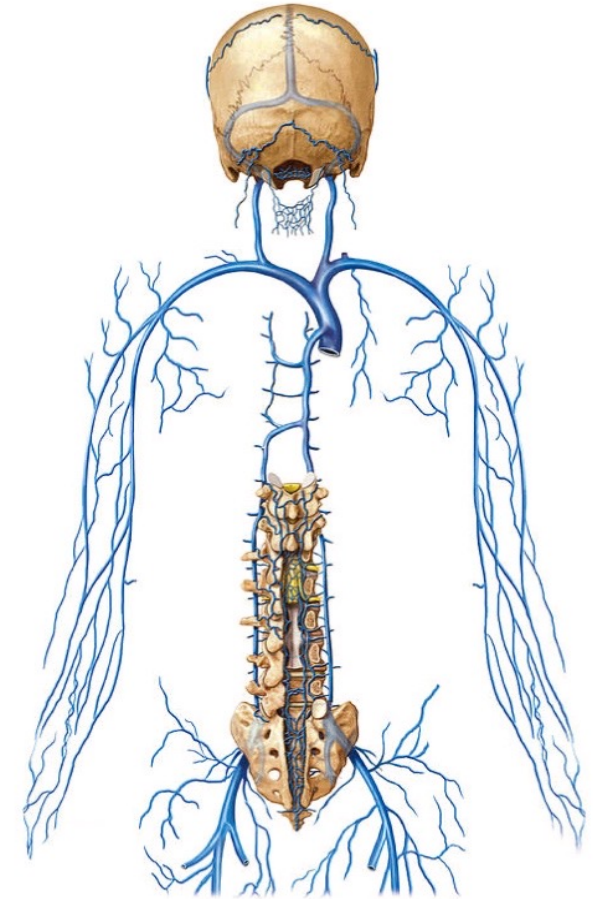
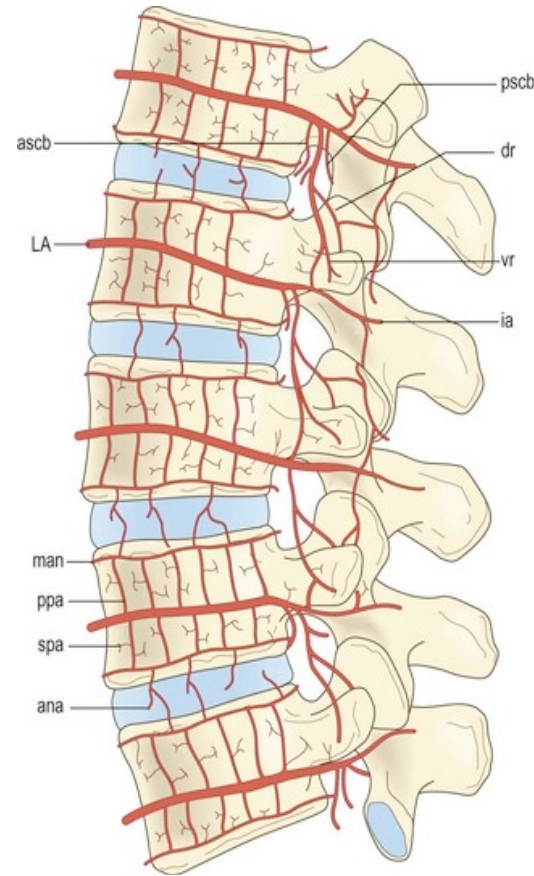
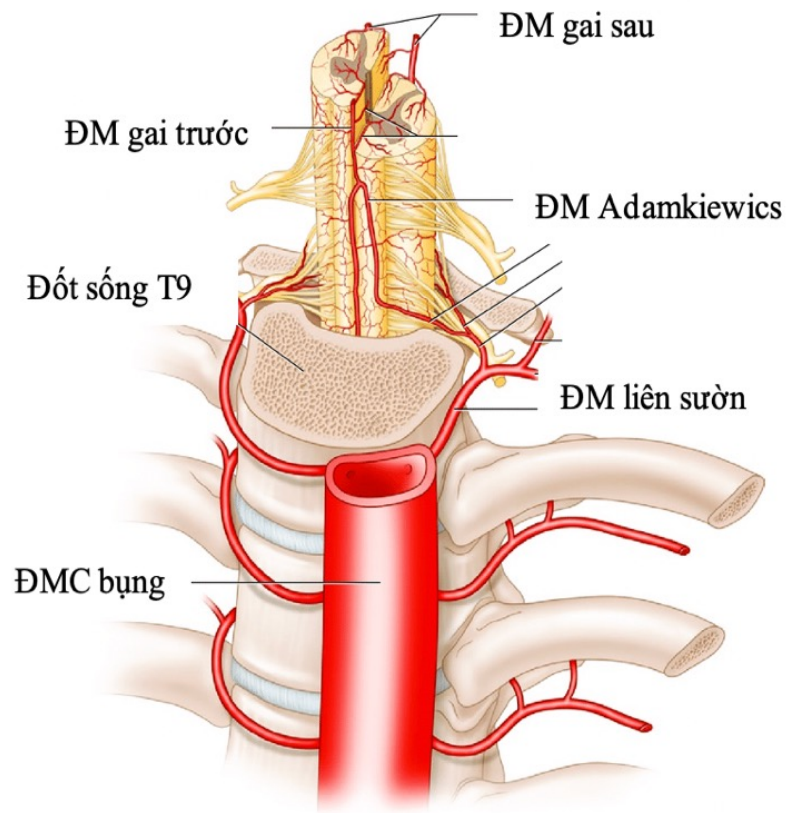
2. **Sinh sản trong ĐTB**

3. **Nhiễm khuẩn máu và tạo ổ nhiễm mới**

4. **Hoạt hoá miễn dịch qua trung gian tế bào**

5. **Tổn thương mô và tạo u lao**

# CƠ CHẾ NHIỆM LAO CỘT SỐNG



*Hệ ĐM phong phú nuôi đốt sống, đặc biệt phần xương dưới sụn ở cao nguyên sống giàu máu nuôi tạo điều kiện thuận lợi cho VK lao phát triển*

*Hệ TM Batson có vai trò trong hình thành tổn thương “nhảy cóc”*

# BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

- Biểu hiện LCS:
  - Đau lưng:
    - 90-100% BN, 60% là t/c duy nhất.
    - Đau về đêm: đặc trưng
  - Abscess lạnh:
    - Cổ: nuốt khó, khan tiếng, khó thở
    - Ngực: abscess hình thoi, khó thở
    - TL: abscess lan mông, đùi.
  - Chèn ép TK: có thể x/h sớm hoặc muộn
  - Biến dạng CS: gợi ý quan trọng
- TC nhiễm lao chung: 20-38% BN LCS



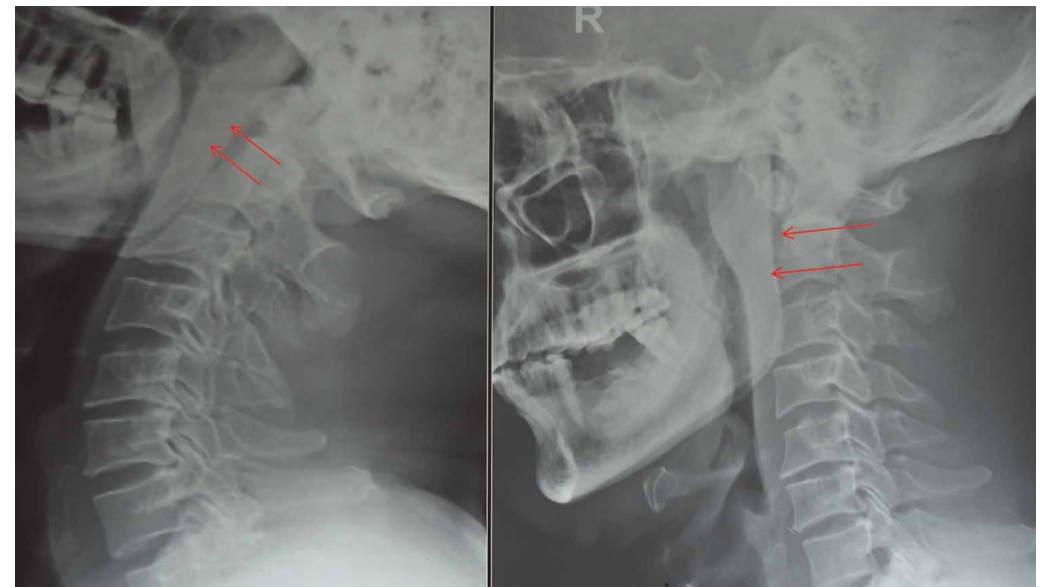
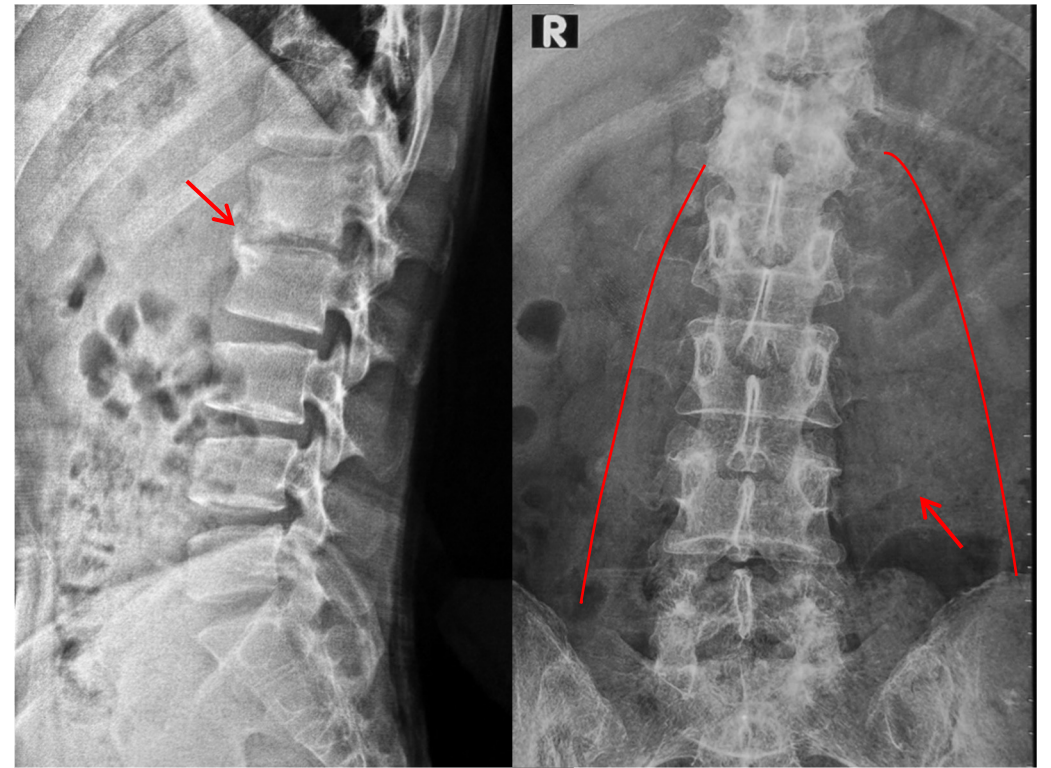
Khối áp-xe lao ở vùng TL do lao T11-12



Còng cột sống ngực-thắt lưng do lao cột sống

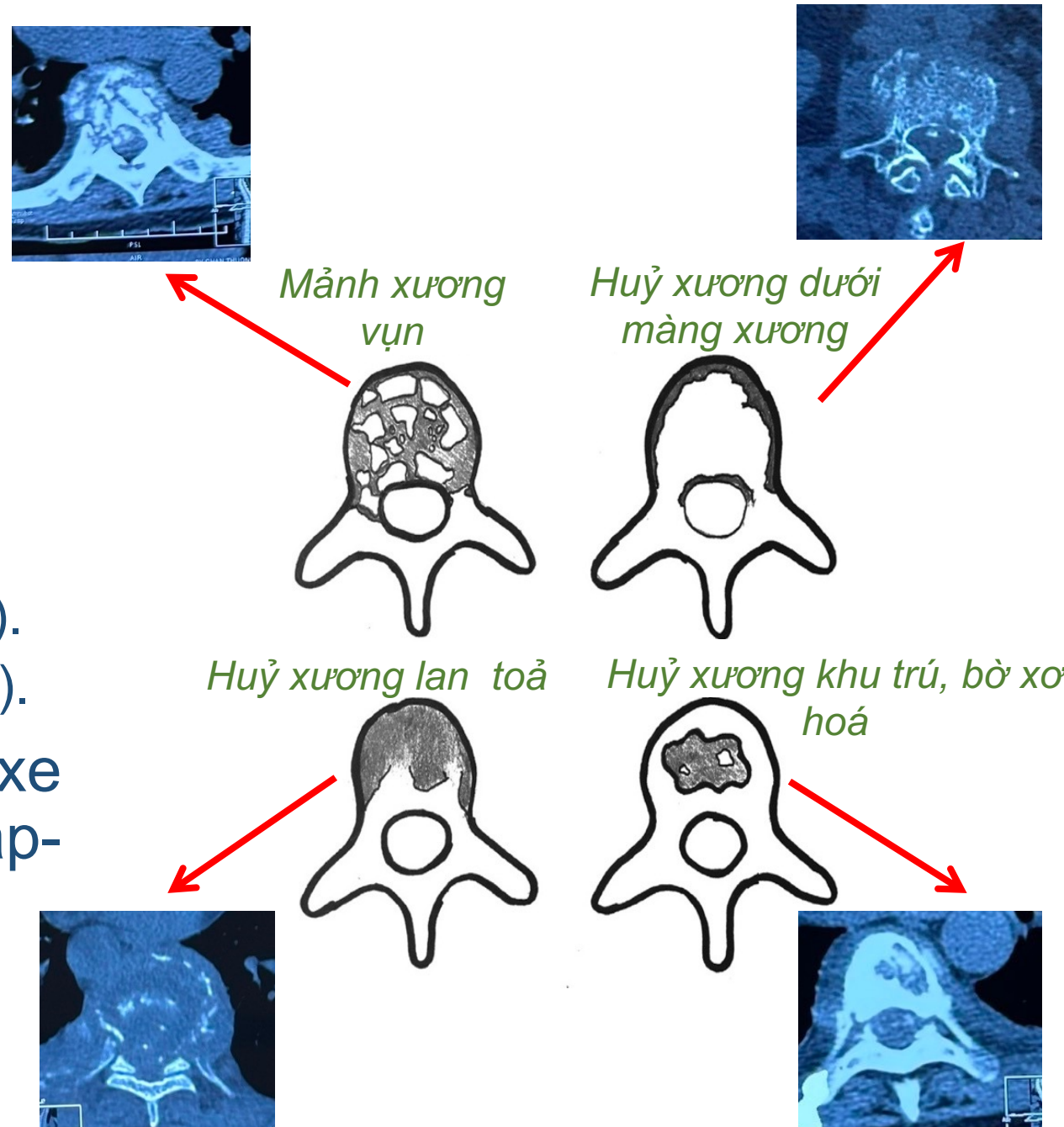
# X QUANG

- **DH đặc trưng:** mài mòn cao nguyên sống, giảm chiều cao đĩa đệm, huỷ xương và tạo xương đồng thời, bóng của áp-xe phần mềm có canxi hoá
- 90% ở đoạn ngực thấp-TL
- 63% tổn thương “nhảy cóc”
- 67% lao phổi kèm theo
- **Ưu điểm:** nhanh, rẻ, 99% có 1 trong các DH đặc trưng
- **Nhược điểm:** biểu hiện muộn, khó đánh giá vùng hộp sọ- cổ, cổ-ngực.



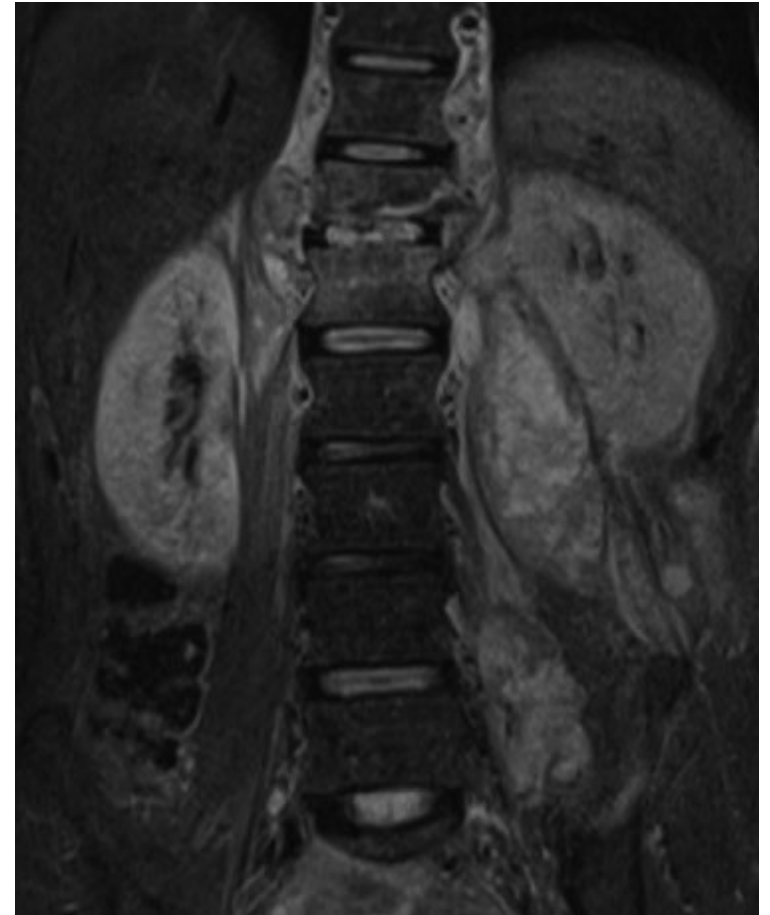
# CT SCAN

- DH lao xuất hiện sớm hơn
- Các DH có thể gặp là:
  - Dạng mảnh vụn (47%).
  - Huỷ xương lan toả (34%).
  - Huỷ xương khu trú-bờ xơ hoá (10%).
  - Huỷ xương dưới màng xương (30%).
- DH khác: phù nề mô mềm, áp-xe cơ cạnh sống + canxi hoá trong áp-xe.
- Hỗ trợ lên kế hoạch PT hoặc ST.



# MRI

- Độ nhạy >> X quang. Độ đặc hiệu >> CT
- Có thể chẩn đoán cơ chế chèn ép TK
- Áp-xe lan rộng cạnh thân đốt là DH gợi ý chẩn đoán tốt
- Hữu ích trong phát hiện các khối u lao trong tuỷ hay ngoài tuỷ.
- Không có DH đáng tin cậy nào có thể phân biệt LCS với nhiễm trùng không đặc hiệu khác hay là một khối tân sinh.



*Hình ảnh MRI xạ T12+ tăng tín hiệu thân đốt T12-L1 và áp-xe cơ psoas bên trái do lao*

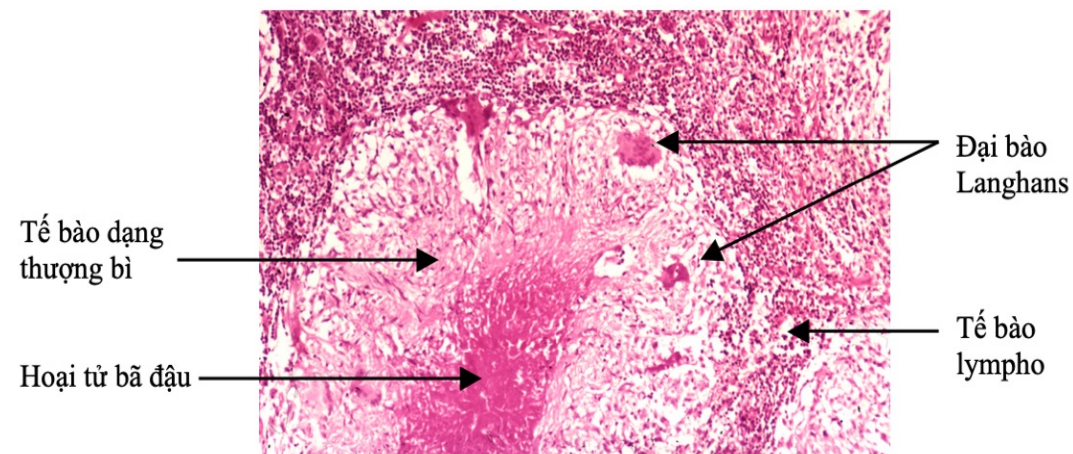
# Chẩn đoán mô học và vi sinh

- **Giải phẫu bệnh:**

- ST bằng kim là tiêu chuẩn vàng
- Xác định được chẩn đoán trên 63% bệnh nhân.

- **Cấy và phết VK lao:**

- Không phải là tiêu chuẩn vàng vì tỉ lệ dương tính thấp và mất nhiều thời gian.
- Tỉ lệ kết quả dương tính của Nhuộm Ziehl-Neelsen và cấy Lowenstein-Jensen lần lượt là 52% và 83%.
- Thời gian cấy để VK lao mọc mất từ 4-8 tuần.



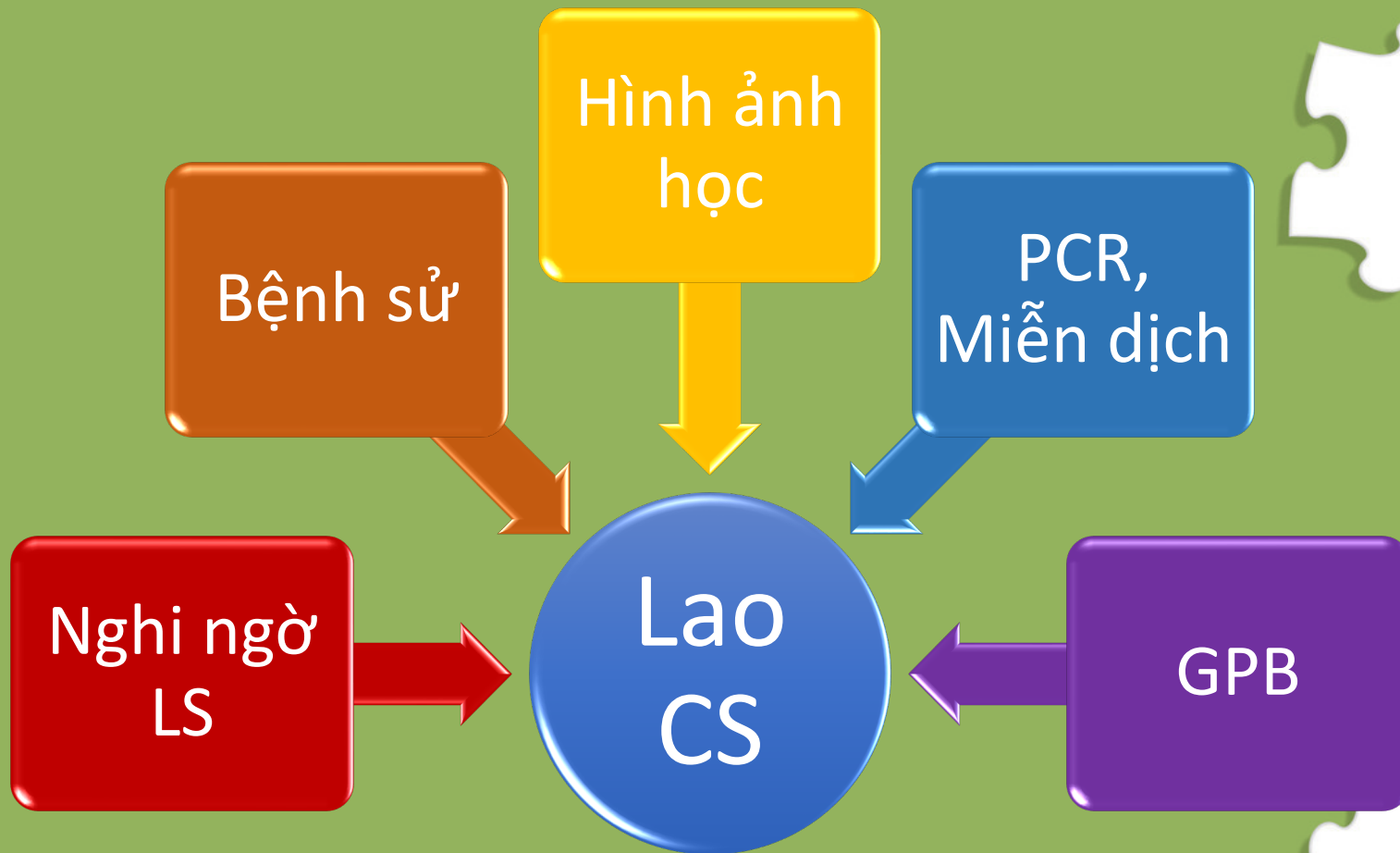
*Các hình ảnh giải phẫu bệnh đặc trưng của hang lao.*

# PCR và các XN miễn dịch khác

- **PCR:** phản ứng khuếch đại chuỗi
  - PCR cho kết quả chính xác hơn phết lao và nhanh hơn cấy.
  - Độ nhạy là 61-90%, độ đặc hiệu là 80-90%
- **QuantiFERON-TB** (IGRA- Interferon Gamma Release Assay):
  - Phát hiện đáp ứng MD qua trung gian TB bằng cách định lượng interferon-gamma trong huyết thanh máu toàn phần được ủ với kháng nguyên đặc hiệu *M.tuberculosis*
  - Độ nhạy 84%, độ đặc hiệu 95%.
  - Không thể chẩn đoán được vị trí nhiễm lao, phân biệt lao đang hoạt động hay lao tiềm ẩn.

# XN khác

- **Xạ hình xương:**
  - Không có đặc điểm hấp thu phóng xạ đặc trưng LCS.
  - Hữu ích trong chẩn đoán phân biệt các tổn thương ác tính di căn.
- **Các XN sinh hoá máu:** CTM, tốc độ lắng máu (ESR) và CRP.
  - Đều không đặc hiệu với LCS.
  - Bạch cầu máu chỉ tăng trong 30-50%.
  - ESR >20 mm/h được ghi nhận trong 60-83% bệnh nhân lao.
  - CRP tăng ít hơn so với NT không đặc hiệu.
  - ESR, CRP có thể hỗ trợ theo dõi điều trị.



CHẨN ĐOÁN

# ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

- Mục tiêu của điều trị thuốc là:
  - Tiêu diệt vi khuẩn lao.
  - Ngăn ngừa kháng thuốc.
  - Cải thiện và ngăn ngừa tổn thương TK, biến dạng nặng
  - Ngăn ngừa tái phát.



*LCS gần như là một bệnh lý nội khoa*

# PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

- **WHO** chia 2 giai đoạn điều trị:
  - **Tấn công:** 2 tháng, 4 thuốc: isoniazid, rifampicin, ethambutol, pyrazinamide.
  - **Duy trì:** 4 tháng với 2 thuốc isoniazid và rifampicin.
- Phác đồ 6 tháng: đủ để tiêu diệt VK lao.
- Nhiều chuyên gia: kéo dài 12-24 tháng đến khi có những biểu hiện lui bệnh trên hình ảnh học, sinh hoá và trên mô học.
- Tại **Việt Nam**, theo “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao” của Bộ Y Tế năm 2020:
  - **Phác đồ B1:** 2RHZE/10RHE
  - **Phác đồ B2:** 2RHZE/10RH

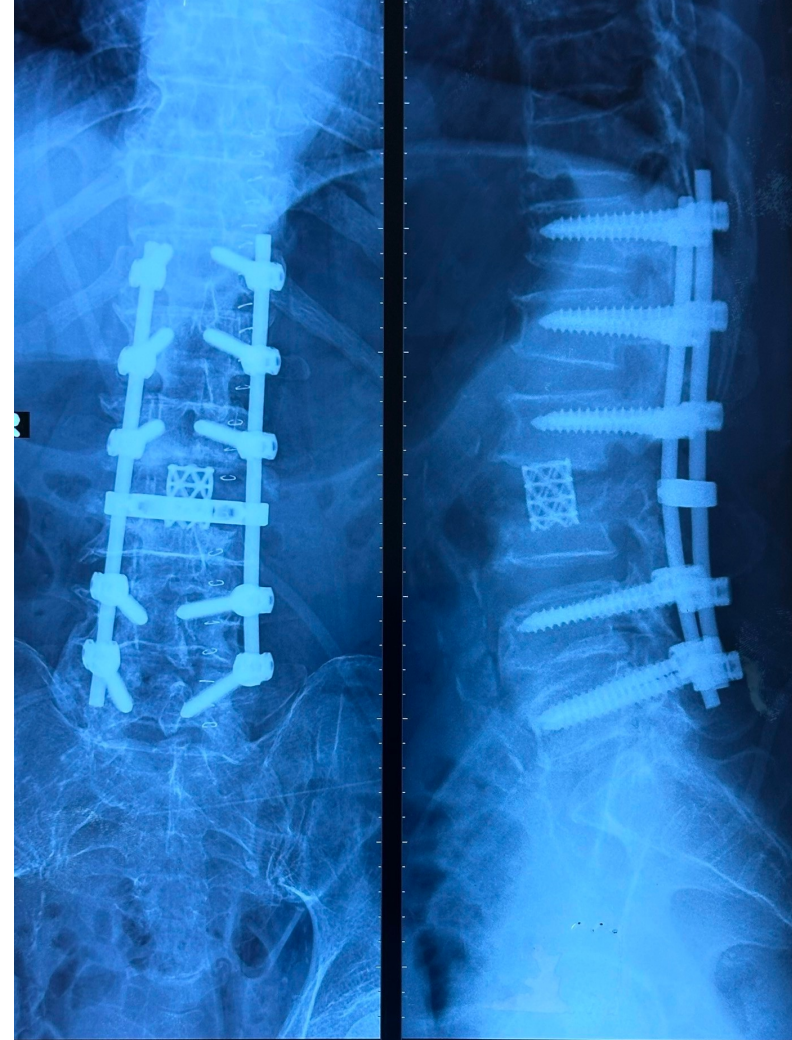
# TÁC DỤNG PHỤ THUỐC KHÁNG LAO

Loại nhẹ	Thuốc
Buồn nôn, nôn, đau bụng	R
Nước tiểu đỏ, da cam	R
Đau khớp, sưng khớp	Z>>E>H
Phát ban ngoài da	S>E>Z>R>H
Loại nặng	Thuốc
Sốc phản vệ	S
Ù tai, chóng mặt, điếc	S
Suy thận cấp	R, S
Vàng da, viêm gan	H+R>H>> Z>R
Xuất huyết, thiếu máu tan huyết, Purpura (viêm trợt da)	R
Giảm thị lực (trừ căn nguyên khác)	E>>H
ADR trên da mức độ vừa và nặng (phản ứng quá mẫn)	H<R<Z<E<S

# PHẪU THUẬT

- **Mục đích:** giải ép, cố định CS và hàn xương bằng lối trước, lối sau hay kết hợp hai lối.
- Có thể mang lại lợi ích:
  - Ngăn ngừa còng tiến triển,
  - TK được giải ép sớm,
  - Giảm đau nhanh,
  - Tỷ lệ hàn xương cao và nhanh hơn

*Vai trò và chỉ định của PT vẫn chưa rõ ràng*



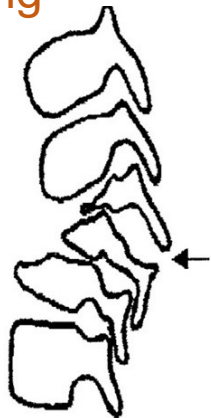
# CHỈ ĐỊNH PT

- **Chỉ định hạn chế**, cân nhắc trong các trường hợp sau:
  - Các triệu chứng TK không cải thiện hoặc nặng thêm dù đã điều trị kháng lao.
  - Biến chứng TK tái phát, liệt khởi phát muộn.
  - Mất vững và biến dạng nặng CS (đặc biệt CS ngực).
  - Áp-xe CS cổ gây khó nuốt, khó thở.
  - Áp-xe cạnh sống lớn không đáp ứng với thuốc kháng lao sau 3-6 tháng.
  - Khi cần lấy mẫu mô để xác định chẩn đoán.

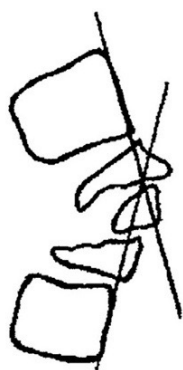
## • Bảng điểm mất vững (MV) CS do lao

	Điểm	0-1: vững 2: có thể MV ≥ 3: MV
Tuổi <15	1	
Vùng chuyển tiếp cổ-ngực, ngực-TL	1	
Góc gù thân đốt $\geq 30$ độ, góc gù vùng $\geq 15$ độ	2	
Tỉ lệ mất xương thân đốt/tổng chiều cao đoạn vận động $\geq 0,5$ (VBL/segmental ratio)	2	
Cột sống nguy cơ cao	3	
<b>Tổng điểm</b>	<b>9</b>	

Mấu khớp giãn rộng



Thân đốt lùi ra sau



Thân đốt trật sang bên



“Sụp” đốt sống



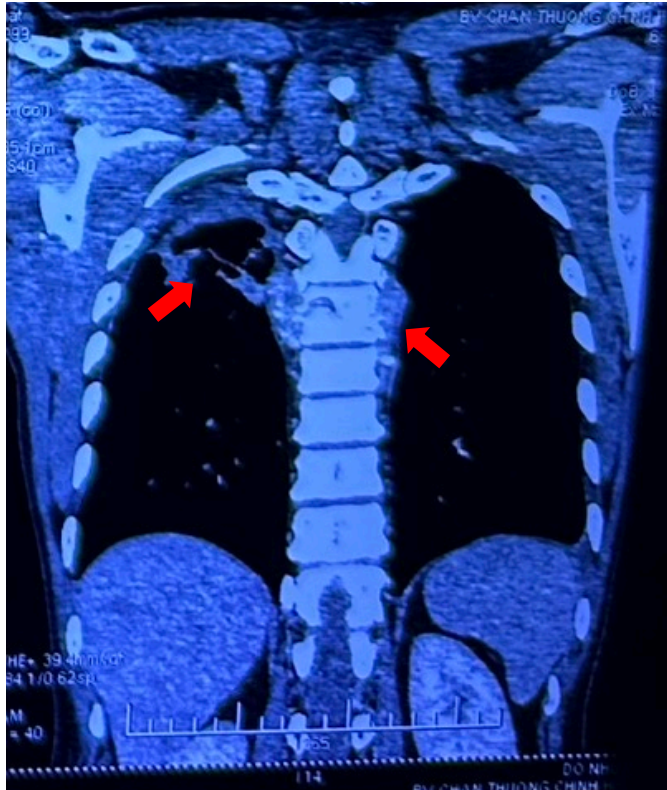
Các dấu hiệu của “cột sống nguy cơ cao” trên phim X quang

# TIÊN LƯỢNG

- Đáp ứng tốt với thuốc: 82-95% cải thiện tất cả triệu chứng
- Tỷ lệ tái phát: 2%
- Biến dạng CS: có thể cải thiện ngoạn mục nhờ phối hợp kháng lao + PT
- Phục hồi triệu chứng TK:
  - Kháng lao đơn thuần: 40% hồi phục hoàn toàn
  - Kháng lao+ PT: 92% cải thiện hầu hết triệu chứng, 74% BN liệt hoàn toàn có thể đi lại được
  - Liệt, biến dạng xuất hiện muộn → tiên lượng xấu hơn.

# CA LÂM SÀNG

- BN nam 42t, NV vì liệt hoàn toàn 2 chân tiến triển nhanh
- TC: lao phổi đang điều trị 2 tuần
- Khám:
  - Sức cơ 2 chân 0/5
  - Tiểu không tự chủ
  - Giảm cảm giác nông sâu 2 chân.



CT scan



MRI

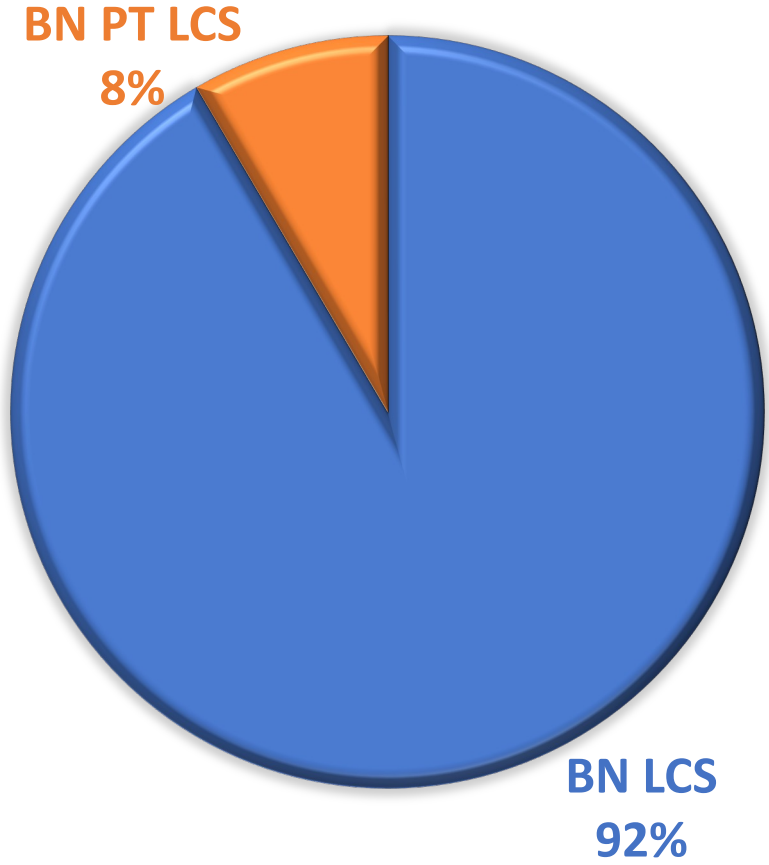




TikTok  
@phuongdo430

# Tình hình điều trị LCS tại khoa Cột Sống B (2019-2023)

Tổng lượt khám lao: **1955** lượt  
Tổng số BN LCS: **726** BN  
Số BN PT LCS: **67** BN



# KẾT LUẬN



Chẩn đoán sớm rất quan trọng để cải thiện tiên lượng bệnh



Tính nghi ngờ lâm sàng cao giúp rút ngắn thời gian chẩn đoán



Chưa có một phương tiện CLS riêng lẻ đủ giá trị chẩn đoán



Thuốc kháng lao hiệu quả trong hầu hết trường hợp



Cần nhắc phẫu thuật trong một số trường, giúp cải thiện tiên lượng bệnh



Thank You