

THOÁI KHỚP

Mục tiêu

1. Trình bày được định nghĩa và dịch tễ học của thoái khớp.
2. Mô tả được nguyên nhân cơ chế sinh bệnh, và giải phẫu bệnh.
3. Trình bày được triệu chứng chính về lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán thoái khớp.
4. Trình bày được các phương tiện điều trị nội khoa và vật lý trị liệu thoái khớp.

Nội dung

I. ĐẠI CƯƠNG

1. *Định nghĩa*: Là một bệnh mạn của các khớp kể cả cột sống gây đau và biến dạng.
2. *Dịch tễ học*

- Bệnh gặp ở mọi dân tộc, nam và nữ mắc bệnh ngang nhau. Tuổi càng tăng tỷ lệ càng cao.
- Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội: thoái khớp chiếm 10,41% ở khoa cơ xương khớp
- Ở Pháp thoái khớp chiếm 28,6% các bệnh xương khớp
- Mỹ: 80% người > 55 tuổi có dấu X quang là thoái khớp.

Thoái khớp theo thứ tự thường gặp là: cột sống thắt lưng, cột sống cổ, gối, háng...

II. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ SINH BỆNH

1. Sự lão hoá

Là nguyên nhân chính của thoái khớp nguyên phát, xuất hiện muộn thường ở người lớn tuổi (>60), nhiều vị trí, tiến triển chậm, không nặng. Tế bào sụn già dần, khả năng tổng hợp các chất tạo nên sợi collagen và mucopolysacharide sẽ giảm và rối loạn, chất lượng sụn kém dần, tính chịu lực và đàn hồi giảm, hơn nữa tế bào sụn ở người trưởng thành không có khả năng sinh sản và tái tạo.

2. Yếu tố cơ học

Chủ yếu gây thoái khớp thứ phát, thường gặp ở người trẻ (dưới 40 tuổi), khu trú một vài vị trí, nặng và tiến triển nhanh. Yếu tố này thể hiện bằng sự tăng bất thường lực nén trên mặt khớp, gọi là hiện tượng quá tải. Gồm:

- Tăng cân quá mức do béo phì, tăng trọng tải do nghề nghiệp.
- Biến dạng khớp thứ phát sau chấn thương, viêm, u, loạn sản làm thay đổi hình thái, tương quan của khớp.
- Dị tật bẩm sinh làm thay đổi diện tích nén của các mặt khớp.

3. Yếu tố khác

- Di truyền: cơ địa già sớm
- Nội tiết: mãn kinh, đái tháo đường, loãng xương do nội tiết.
- Chuyển hoá: bệnh thống phong, bệnh da xạm nâu.

4. Xu hướng mới

Các nghiên cứu mới nhất đã tập trung nghiên cứu ảnh hưởng của các yếu tố tăng trưởng và của cytokine đối với hoạt động chuyển hoá của tổ chức sụn. Hiện nay người ta đã biết rõ các cytokine tiền viêm đặc biệt là Interleukine 1 (IL-1) và TNF- α có khả năng làm cho các tế bào sụn tiết ra chất metaloproteinase như collagenase và stromelysine, chúng làm tăng cường sự tiêu huỷ của sụn và kết quả dẫn đến sự huỷ sụn không hồi phục. Ở sụn người cytokine tác dụng chủ yếu bằng cách hạn chế sự tổng hợp hơn là kích thích sự phân huỷ các tế bào. Tuy nhiên người ta vẫn chưa rõ yếu tố nào khác có thể kích thích tế bào sụn tăng hoạt động phân tử của chúng ở giai đoạn đầu.

III. GIẢI PHẪU BỆNH

Tổn thương cơ bản của bệnh là thoái hoá sụn khớp và đĩa đệm, thay đổi phần xương dưới sụn và màng hoạt dịch.

- Đại thể: sụn khớp và đĩa đệm có màu vàng nâu, mờ đục, khô, mềm, mất dần tính đàn hồi, mỏng và nứt rạn, có thể có những vết loét, tổ chức sụn bị phá hủy để lộ cả phần xương dưới sụn, nhân nhầy đĩa đệm mất tính căng phòng mà trở nên mềm xẹp.

- Vi thể: tế bào sụn thưa thớt, các sợi Collagen gãy, đứt nhiều chỗ, cấu trúc lộn xộn, có những phần xương dưới sụn xơ hoá dày lên và có các hốc nhỏ, trong chứa chất hoạt dịch. Phần tiếp giáp giữa xương và sụn mọc những gai xương.

IV. TRIỆU CHỨNG HỌC

1. Lâm sàng

1.1. Đau: đau khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi, gọi là đau kiểu "cơ giới".

1.1.1. Vị trí: khớp hoặc đoạn cột sống bị thoái hoá, ít lan xa trừ khi có chèn ép rễ và dây thần kinh.

1.1.2. Tính chất: đau âm ỉ, có thể có cơn cấp ở cột sống xuất hiện và tăng khi vận động, thay đổi tư thế, giảm đau về đêm và khi nghỉ ngơi (khác đau do viêm). Đau không kèm sưng, nóng, đỏ, sốt.

1.1.3. Diễn biến: Thành từng đợt, dài ngắn tùy trường hợp, nhưng cũng có thể đau liên tục tăng dần (thoái khớp thứ phát), hết đợt có thể hết đau, sau đó tái phát đợt khác.

Hạn chế vận động: do đau và khi hạn chế nhiều thường do các phản ứng cơ cơ kèm theo. Bệnh nhân có thể không làm được một số động tác như quay cổ, cúi sát đất, ngồi xổm..., một số bệnh nhân có dấu hiệu "phá rì khớp" vào buổi sáng hoặc lúc bắt đầu vận động.

1.2. Biến dạng: do mọc gai xương, lệch trục hoặc thoát vị màng hoạt dịch.

1.3. Triệu chứng khác

- Teo cơ: do ít vận động
- Tràn dịch khớp: do phản ứng xung huyết và tiết dịch màng hoạt dịch, thường thấy ở khớp gối.
- Tiếng lạo xạo khi vận động: ít có giá trị vì có thể thấy ở người bình thường hoặc trong các bệnh khác.

2. X quang

Có 3 dấu hiệu cơ bản

2.1. Hẹp khe khớp: hẹp không đồng đều, bờ không đều, ở cột sống thấy chiều cao đĩa đệm

giảm. Hẹp nhưng không bao giờ dính khớp.

2.2. Đặc xương dưới sụn: phần đầu xương, hõm khớp mâm đốt sống có hình mờ đậm (cản quang nhiều) trong phần xương đặc thấy một số hốc nhỏ sáng hơn.

2.3. Mọc gai xương: ở phần tiếp giáp giữa xương, sụn và màng hoạt dịch, ở mép ngoài của thân đốt sống. Gai xương có hình thô và đậm (khác cầu xương), một số mảnh gai xương rơi ra nằm trong ổ khớp hay phần mềm quanh khớp.

Một số phương pháp chụp đặc biệt có thể phát hiện sớm các tổn thương của sụn khớp và đĩa đệm như: chụp cắt lớp, chụp cắt lớp tỷ trọng, chụp bơm thuốc cản quang vào ổ khớp, vào đĩa đệm.

3. Xét nghiệm khác

- Xét nghiệm máu và dịch khớp: không có gì thay đổi
- Nội soi khớp: thấy những tổn thương thoái hoá của sụn khớp phát hiện các mảnh gai xương rơi trong ổ khớp.
- Sinh thiết màng hoạt dịch: để gián biệt các bệnh khớp khác.

V. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

- Khởi bệnh: tuổi, tác nhân cơ học, tiền sử...
- Triệu chứng lâm sàng.
- Dấu hiệu X quang.

2. Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt với các bệnh khớp do viêm: chủ yếu dựa vào các dấu viêm.

VI. ĐIỀU TRỊ

Các biện pháp điều trị hiện nay nhằm làm giảm đau và phục hồi chức năng khớp. Mục tiêu của điều trị thoái khớp vẫn là động viên tinh thần bệnh nhân, bảo tồn khớp, luyện tập chống teo cơ và suy giảm chức năng khớp. Sử dụng thuốc giảm đau hoặc chống viêm nonstéroïd, tiêm tại chỗ corticoid. Phối hợp nội khoa, vật lý, ngoại khoa.

1. Nội khoa

1.1. Giảm đau

1.1.1. Aspirine

1-2g/ngày - chia nhiều lần.

Acetaminophene: 1,5 -2 g/ngày.

1.1.2. Chống viêm nonstéroïd

- Diclofenac 100 - 150mg/ngày
- Piroxicam 20mg/ngày
- Meloxicam 15mg/ngày
- Célécoxib 100-200mg/ngày.

Vì nhiều bệnh nhân mắc bệnh ở tuổi già nên cần theo dõi chức năng gan thận trước và sau khi điều trị bằng thuốc chống viêm nonstéroïd, đặc biệt đối với những bệnh nhân dùng

thuốc kéo dài.

Không dùng Corticoid toàn thân, khi đau và sưng nhiều có thể dùng tại chỗ.

1.2. Tăng cường dinh dưỡng sụn

Tác dụng không chắc chắn như: nội tiết tố sinh dục (Testosterone), thuốc tăng đông hóa. Philatop, cao xương...

1.3. Thuốc tác dụng chậm

1.3.1. Glucosamine sulfate

- Là hợp chất sulfat của Glucosamine aminomonosaccharide tự nhiên. Glucosamine, một thành phần tự nhiên cấu thành glycosaminoglycan ở sụn khớp và dịch khớp. Cơ chế tác dụng của Glucosamine sulfat cho đến nay chưa hoàn toàn sáng tỏ. Các tác dụng như ức chế gốc tự do superoxide, ức chế sinh tổng hợp nitric oxide cũng là một cách giải thích tác dụng nhanh của thuốc trên các thử nghiệm lâm sàng ngắn hạn. Tuy nhiên trong thử nghiệm lâm sàng dài hạn thì tác dụng của thuốc có lẽ do biến đổi chuyển hoá của sụn khớp bao gồm kích thích hoạt động đông hóa như tăng tổng hợp proteoglycan, giảm hoạt động dị hóa của sụn khớp như tác dụng trên các enzyme metalloprotease.

- Trình bày và liều lượng: viên 0,25g, gói 1,5g.

Liều hàng ngày là 1,5g. Thời gian dùng: nhiều năm. Thuốc có độ an toàn cao, chưa thấy tác dụng phụ được ghi nhận.

1.3.2. Chondroitine sulfate

Tác dụng bằng cách ức chế các men tiêu sụn, nhất là men metalloprotease.

- Trình bày dưới dạng viên, liều trung bình: 3 viên ngày.

- Thời gian dùng: ít nhất 1-2 tháng.

1.3.3. Diacetylreïn hoặc Diacerhén

Đây là một phân tử mới thuộc nhóm anthraquinon, có tác dụng ức chế sản xuất interleukin-1 và một số men thoái hóa sụn. Thuốc không giảm tỉ lệ prostaglandin nên không gây tổn hại đến dạ dày.

1.3.4. Một số loại thuốc đang được thử nghiệm

Bao gồm chloroquine, Doxycycline, thuốc tổng hợp glycoaminoglycine hoặc hyaluronate, có thể tăng cường sự phục hồi sụn hoặc giảm sự huỷ sụn hoặc bao gồm cả hai.

1.3.4. Liệu pháp thay thế chất nhờn

Trong thoái khớp có giảm nồng độ cũng như trọng lượng phân tử của acide hyaluronic làm giảm độ nhầy của dịch khớp. Vì vậy tiêm vào khớp acide hyaluronic có trọng lượng phân tử cao có tác dụng bổ sung độ nhờn của dịch khớp.

- Trình bày dưới dạng sodium hyaluronat (Hyruan) ống 200mg/2,5ml.

- Liều lượng và cách dùng: phụ thuộc khớp lớn, khớp nhỏ.

Đối với khớp gối: Tiêm vào khớp 1 lần 1 ống 2,5ml/tuần, trong 5 tuần liên tiếp.

Tác dụng phụ: đau nhẹ, cảm giác nặng ở khớp sau khi tiêm.

2. Vật lý trị liệu

- Các bài tập thể dục cho từng vị trí thoái khớp.

- Điều trị bằng tay: xoa bóp, ấn huyệt, tập vận động.
- Bằng nhiệt: tia hồng ngoại, bùn nóng, parafin.
- Bằng nước: nước suối khoáng, nước nóng, bơi.
- Sử dụng các dụng cụ chỉnh hình.

Các phương pháp điều trị đơn giản gồm điều trị vật lý, acetaminophene hay thuốc chống viêm nonstéroïd có tác dụng giảm đau hơn 70% bệnh nhân thoái khớp ở giai đoạn sớm.

3. Ngoại khoa

Sửa lại các dị dạng khớp bằng đục và khoét xương, điều trị thoát vị đĩa đệm, làm cứng dính khớp ở tư thế cơ năng, ghép khớp nhân tạo.

VII. PHÒNG BỆNH

1. Trong cuộc sống hàng ngày

- Chống các tư thế xấu trong sinh hoạt và lao động.
- Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột, sai tư thế khi mang, vác...
- Chống béo phì bằng chế độ dinh dưỡng, thể dục.
- Kiểm tra định kỳ những người làm nghề lao động nặng để phát hiện và điều trị sớm.

2. Phát hiện các dị tật

Của xương, khớp, cột sống để có biện pháp chỉnh hình, ngừa thoái khớp thứ phát.

3. Kiểm tra trẻ em

Điều trị sớm bệnh còi xương, các tật ở khớp gối: chân cong, đi vòng kiềng, bàn chân ngựa, gù vẹo cột sống.