VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

**Louis Nguyễn**

|  |
| --- |
| *“Break through the silence, I can feel the energy rising.*  *Turn up the sirens, we were never meant to be quiet.”*  Martin Garrix |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Các nội dung cần chẩn đoán ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT)**

Chẩn đoán xác định – Chẩn đoán giai đoạn – Chẩn đoán đợt tiến triển – Chẩn đoán mức độ hoạt động

**2. Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng như thế nào?**

- Sau khi ngủ dậy BN thấy các khớp đặc biệt 2 bàn tay cứng đờ, không thể cầm nắm, gấp duối được. Sau 1 thời gian cử động lại được, thông thường 1h.

**3. Tổn thương khớp trong viêm khớp dạng thấp có đặc điểm như thế nào?**

- Có tính đối xứng

- Đau nhiều về đêm (do viêm)

- Tổn thương các khớp nhỏ, khớp ngón gần rồi mới đến ngón xa. Nếu chỉ tổn thương khớp ngón xa mà không tổn thương ngón gần ít nghĩ đến viêm khớp dạng thấp

- Bàn tay gió thời, ngón tay hình cổ cò, bàn tay bướu lạc đà

- Hạt dưới da hiếm gặp, rắn như xương, khó vỡ phân biệt với hạt Tophy mềm, vỡ ra hạt trắng

**4. Các xét nghiệm cận lâm sàng**

- XN miễn dịch RF, anti-CCP

- Công thức máu xem có thiếu máu không do tình trạng viêm mạn tính hoặc do biến chứng của dùng thuốc như dùng corticoid gây xuất huyết tiêu hóa, methotrexat gây ức chế miễn dịch

- CRP tăng, máu lắng tăng cao (bình thường < 15 mm/1h).

- Cộng hưởng từ: Chẩn đoán tổn thương sớm màng hoạt dịch. Nhược điểm cộng hưởng từ đắt tiền.

- Xquang: Tổn thương xương

- Siêu âm: Phụ thuộc vào kinh nghiệm

**5. Tiêu chuẩn chẩn đoán**

a. ACR 1987 dành cho trường hợp tổn thương nhiều khớp. Chẩn đoán xác định khi có ít nhất 4 trong số 7 yếu tố và thời thời gian diễn biến của viêm khớp ít nhất phải 6 tuần:

+ Thời gian cứng khớp buổi sáng kéo dài trên một giờ.

+ Viêm ít nhất 3 trong số 14 khớp sau: ngón gần, bàn ngón tay, cổ tay, khuỷu, gối, cổ chân, bàn ngón chân (hai bên), thời gian diễn biến ít nhất phải 6 tuần.

+ Trong số khớp viêm có ít nhất một khớp thuộc các vị trí sau: ngón gần, bàn ngón tay, cổ tay.

+ Có tính chất đối xứng.

+ Hạt dưới da.

+ Yếu tố dạng thấp huyết thanh (Kĩ thuật đạt độ đặc hiệu 95%) dương tính.

+ X quang điển hình ở khối xương cổ tay (hình ảnh bào mòn, mất chất khoáng đầu xương).

b. EULAR 2010 dành cho những trường hợp không có biếu hiện rõ ràng của VKDT để chẩn đoán sớm. Tiêu chuẩn này có thể áp dụng khi người bệnh có biểu hiện viêm khớp ở giai đoạn sớm, trước 6 tuần. Tuy nhiên cần theo dõi sát tình trạng tiến triển bệnh sau khi đã đưa ra chẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn này.

A. Khớp tổn thương Điểm

+ 1 khớp lớn: 0

+ 2 - 10 khớp lớn: 1

+ 1 - 3 khớp nhỏ: 2

+ 4 - 10 khớp nhỏ: 3

+ > 10 khớp nhỏ: 5

B. Xét nghiệm miễn dịch (ít nhất phải thực hiện một xét nghiệm)

- Cả RF và Anti CCP âm tính 0

- RF hoặc Anti CCP dương tính thấp 2

- RF hoặc Anti CCP dương tính cao 3

C. Phản ứng viêm cấp tính

- Cả CPR và tốc độ máu lắng bình thường 0

- CRP hoặc tốc độ máu lắng tăng 1

D. Thời gian bị bệnh

+ < 6 tuần 0

+ >= 6 tuần 1

Chẩn đoán viêm khớp dạng thấp khi đạt ≥ 6/10 điểm

Lưu ý:

- Khớp lớn bao gồm: Khớp háng, khớp gối, cổ chân, khớp khuỷu, khớp vai

- Khớp nhỏ: Khớp cổ tay, bàn ngón, khớp ngón gần

- Âm tính: RF ≤ 14 UI/ml; Anti CCP ≤17 UI/ml

- Dương tính thấp: Giá trị xét nghiệm ≤3 lần mức bình thường

- Dương tính cao: Giá trị xét nghiệm ≥ 3 lần mức bình thường

**6. Chẩn đoán giai đoạn theo Steinbroker**

- Giai đoạn I:

+ Tổn thương mới khu trú ở màng hoạt dịch

+ Sưng đau phần mềm

+ Xquang chưa có sự thay đổi

+ Còn vận động gần như bình thường

- Giai đoạn 2:

+ Tổn thương một phần từ đầu xương, sựn khớp

+ Xquang hình khuyết, khe khớp hẹp

+ Vận động bị hạn chế: Tay còn nắm được, đi lại bằng gậy, nạng

- Giai đoạn 3:

+ Tổn thương nhiều phần từ đầu xương, sựn khớp

+ Xquang dính khớp một phần

+ Vận động còn ít: BN tự phục vụ sinh hoạt hàng ngày, không đi lại được

- Giai đoạn 4:

+ Dính khớp và biến dạng khớp trầm trọng

+ Mất hết chức năng vận động, tàn phế hoàn toàn

+ Thường sau 10-20 năm

Chẩn đoán phục vụ cho tiên lượng bệnh. Giai đoạn 1-2 có thể hồi phục. Giai đoạn 3-4 chỉ làm giảm mức độ tiến triển bệnh.

**7. Chẩn đoán đợt tiến triển**

- Có ít nhất 3 khớp sưng và ít nhất 1 trong 3 tiêu chí sau:

+ Ritchie từ 9 điểm trở nên

+ Thời gian cứng khớp buổi sáng kéo dài từ 45 phút trở lên

+ Tốc độ máu lắng giờ đầu từ 28mm trở lên

- Khi đã chẩn đoán được đợt tiến triển cấp thì sẽ chẩn đoán thêm mức độ hoạt động của bệnh theo DAS 28. Sau 1-2 tuần điều trị đánh giá điều trị, nếu giảm > 1.2 điểm DAS 28 đáp ứng tốt, < 0.6 điểm là đáp ứng điều trị kém.

**8. Điều trị**

- Không thể điều trị khỏi mà chỉ kìm hãm sự tiến triển của bệnh

- Điều trị gồm điều trị triệu chứng và điều trị cơ bản bệnh

+ Điều trị triệu chứng đau, viêm dùng corticoid, NSAIDs và giảm đau bằng paracetamol. Lưu ý corticoid không dùng cùng NSAIDs vì tăng tác dụng phụ mà tác dụng chính không tăng, nguy hiểm nhất là xuất huyết tiêu hóa. Thường nhẹ dùng NSAIDs, trung bình và nặng dùng corticoid.

+ Điều trị cơ bản bệnh bằng DMARDs. Điều trị khi có chẩn đoán xác định, tác dụng sau 4-6 tuần. Gồm DMARDs điển hình và DMARDs sinh học. DMARDs điển hình Hydroxychloroquine, Methotrexat và Sulfasalazine, có thể điều trị đơn thuần với giai đoạn 1-2 và phối hợp các thuốc với giai đoạn 3-4, các thuốc này có cách dùng rất đặc trưng phục vụ cho tiền sử để chẩn đoán. DMARDs sinh học đắt tiền hơn. Ưu tiên DMARDs điển hình trước do có hiệu quả điều trị. DMARDs sinh học thường dùng khi có tiên lượng nặng, tổn thương nhiều khớp, DAS 28 cao, gặp ở nữ giới. Thực tế lâm sàng DMARDs sinh học duy trì nền ổn định tốt hơn nên dùng cho BN trẻ, ở giai đoạn sớm.

+ Thường điều trị 3-6 tháng rồi làm lại xét nghiệm để dánh giá hiệu quả điều trị.

+ Khi điều trị cần theo dõi kỹ càng:

Methotrexat theo dõi bạch cầu, men gan

Sulfaralazine nguy cơ suy thận

Hydroxycholoroquine nguy cơ suy gan