**VIÊM KHỚP NHIỄM TRÙNG**

***ThS. Hồ Phạm Thục Lan***

***Muc tiêu:***

1. Nêu được các đặc điểm tổng quát của viêm khớp nhiễm trùng.
2. Trình bày được các yếu tố thúc đẩy và vi trùng học của viêm khớp nhiễm trùng.
3. Trình bày được đặc điểm của viêm khớp do lậu cầu .
4. Trình bày được đặc điểm của viêm khớp do tụ cầu.
5. Trình bày được đặc điểm của viêm khớp do nhiễm trùng khác.
6. Trình bày được đặc điểm của viêm khớp do lao.
7. Trình bày được đặc điểm của viêm khớp do virus.
8. Trình bày được đặc điểm của viêm khớp do nấm.
9. Trình bày được đặc điểm của bênh Lyme.

**I. ĐẠI CƯƠNG**

* Nhiễm trùng khớp thường biểu hiện là sốt cấp tính kèm viêm khớp, thường là viêm một khớp, ít khi là viêm đa khớp. Thường bị ở các khớp lớn.
* Đường vào của vi khuẩn thường là đường máu, có khi không thấy. Các yếu tố nguy cơ gồm viêm khớp mạn tính (viêm khớp dạng thấp, gout, thoái hoá khớp), mới phẫu thuật, chấn thương khớp và nghiện thuốc qua đường tĩnh mạch.
* Chẩn đoán phân biệt khó với viêm bao hoạt dịch mạn tính (vd: viêm khớp dạng thấp). Những bệnh nhân này, bội nhiễm khớp có thể giả một đợt kịch phát của bệnh. Mặt khác, bản thân của các bệnh này và điều trị có thể làm thay đổi các biểu hiện của nhiễm trùng.
* Nhữnh yếu tố nguy cơ khác bao gồm:
  + cơ địa suy giảm miễn dịch, đặc biệt những đối tượng có tình trạng giảm bạch cầu hạt, hoặc khiếm khuyết chức năng đại thực bào
  + có đường vào khớp như thực hiện các thủ thuật tiêm chích khớp không bảo đảm kỹ thuật vô trùng
  + trên nền các khớp nhân tạo

**CÁC YẾU TỐ THÚC ĐẨY VÀ VI TRÙNG HỌC CỦA**

**VIÊM KHỚP NHIỄM TRÙNG:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Các yếu tố thúc đẩy** | **Vi trùng** |
| **Cơ địa:**   * Trẻ em * Nữ trẻ ( đặc biệt trong lứa tuổi hoạt động sinh dục, mang thai) * Nam đồng tính luyến ái   **Nghề nghiệp:**   * Làm vườn, trồng hoa * Nhân viên y tế * Chấn thương.   **Bệnh cơ bản:**   * Viêm khớp dạng thấp. * Khớp nhân tạo * Nhiễm trùng khu trú ( Viêm phổi, viêm xoang, viêm nội tâm mạc*..*.) * Các bệnh hệ thống:   + Lupus   + Đái tháo đường   + Bệnh bạch cầu và các rối loạn tăng sinh tủy   + Đau tủy * Điều trị: cortocosteroids, độc tế bào và các thuốc ức chế miễn dịch | - Haemophilus, Staphylococcus, Sởi, Quai bị.   * Lậu cầu * Lậu cầu, vi rút viêm gan B * Sporotrichosis * Siêu vi viêm gan B * Tụ cầu trùng * Tụ cầu trùng * Tụ cầu trùng, Liên cầu trùng. . *.* * Tụ cầu trùng, Liên cầu trùng, vi trùng giam (-) ( với nhiễm trùng tiểu). * Vi trùng gr(-), Gr(+), nấm * Vi trùng gr(-), Gr(+), nấm * Gr (-) * Phế cầu và các vi khuẩn khác * Vi trùng gr(-), Gr(+), nấm |

**II VIÊM KHỚP DO LẬU CẦU:**

Nhiễm trùng do Neisseria gonorrhoeae là nguyên nhân gây viêm khớp cấp ở những người trẻ, khỏe mạnh, đặc biệt là nữ. Tỷ lệ bệnh ở nam giảm do dùng kháng sinh để điều trị nhiễm trùng niệu đạo vì biểu hiện ở nam rõ hơn nữ. Vì nhiễm trùng nguyên phát ở nữ có thể không được phát hiện và điều trị, nhiễm trùng huyết dễ lan đến khớp và thường kết hợp với kinh nguyệt và thai kỳ.

Viêm đa khớp di chuyển là biểu hiện khởi đầu thường gặp nhất.Viêm đa khớp gặp trong 50% bệnh nhân nhưng thường biểu hiện rõ ràng ở một khớp. Viêm bao gân hoạt dịch đặc biệt là khớp cổ tay cũng thường gặp và viêm mô mềm có thể lan rộng ra ngoài giới hạn của khớp. Các sang thương ở da thường quan sát thấy và có thể thoáng qua hay kéo dài nhiều ngày. Chúng thường xuất hiện ở cẳng tay, đùi hay cạnh các khớp như các sẩn hay nhú đỏ và không biến mất khi ép. Vùng trung tâm có thể có bóng nước hay mủ. Sinh thiết các sang thương này cho thấy hiện tượng viêm mạch máu; các vi khuẩn thường khó phát

hiện nhưng có thể thấy khi nuôi cấy. Đôi khi có viêm quanh gan hay viêm nội tâm mạc.

Chẩn đoán dựa vào phát hiện vi khuẩn trong máu, dịch khớp, sang thương da hay phát hiện vi khuẩn từ nhuộm hoặc cấy dịch cổ tử cung hay niệu đạo.

* 1. **VIÊM KHỚP DO TỤ CẦU:**

Viêm khớp do các vi khuẩn Gr (+) chiếm 80-90% các viêm khớp nhiễm trùng cấp tính không do lậu cầu, trong đó Tụ cầu trùng chiếm phần lớn các trường hợp. Những nhiễm trùng như vậy đặc biệt hay gặp ở những bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, những bệnh nhân dùng corticosteroids, và khớp nhân tạo. Các nguy cơ khác như : chọc dịch ở khớp nhiễm trùng xương kế cận khớp hay chấn thương xuyên thấu hoặc phẫu thuật.

Viêm khớp do vi trùng Gr (+) thường ở một khớp, ngoại trừ bệnh nhân có viêm bao hoạt dịch trước, bệnh nhân có nhiều khớp nhân tạo và những bệnh nhân dùng thuốc ức chế miễn dịch hay bệnh cơ bản nặng. Khớp gối hay gặp nhất. Các khớp khác như khớp vai, khớp cổ tay, khớp hông và khớp khuỷu cũng hay gặp. Viêm quanh khớp ít gặp hơn so với viêm khớp do lậu cầu.

**IV. CÁC VIÊM KHỚP NHIỄM TRÙNG KHÁC:**

Viêm khớp cấp do liên cầu và phế cầu hiện nay ít gặp hơn do kháng sinh có hiệu quả trong điều trị các nhiễm trùng nguyên phát. Hiện nay trực trùng Gr(-) hay gặp hơn. Escherichia coli thường gặp nhất. Pseudomonas aeruginosa thường hay gặp ở bệnh nhân nghiện thuốc qua đường tĩnh mạch. Các khớp cùng chậu và ức-đòn thường hay bị ở những bệnh nhân này. Haemophilus influenzae thường hay gặp ở trẺ nhỏ dưới 8 tuổi.

Neisseria meningitidis cũng hay gây viêm đa khớp cấp. Khác với các viêm khớp nhiễm trùng mủ khác, triệu chứng đau khớp không phải là nổi bật. Các triệu chứng khớp thường xảy ra trong vòng tuần sau khi có triệu chứng toàn thân hay viêm màng não. Triệu chứng viêm khớp cũng có thể xảy ra sau khi đã dùng kháng sinh và các triệu chứng khác đã được cải thiện. Viêm khớp cũng có thể là một biểu hiện của nhiễm trùng huyết do não mô cầu mạn tính. Ngược lại với viêm khớp do lậu cầu, viêm khớp do não mô cầu thường không đáp ứng nhanh với kháng sinh nhưng chúng thường ít khi để lại di chứng..

Những loại viêm khớp do vi trùng này trường hay gặp ở bệnh nhân rất trẻ, người già, bệnh mạn tính hay người suy giảm sức đề kháng cơ thể.

**V.CẬN LÂM SÀNG:**

1. Xét nghiệm dịch khớp: cần thiết để chẩn đoán viêm khớp cấp do vi trùng. Bạch cầu thường tăng, thường > 50.000/ μL. Bạch cầu có thể không tăng trong tiến trình sớm của bệnh hay bệnh đã được điều trị. Glucose thường thấp. Nhuộm Gr thường có thể thấy vi khuẩn nhất là phế cầu trùng, tụ cầu và trực trùng Gr (-). Neisseria thường khó thấy khi nhuộm Gr, ngoại trừ khi có viêm khớp nung mủ thật sự, và chúng cũng khó nuôi cấy.
2. Cấy máu có thể thấy nhiễm trùng huyết.
3. X-quang ít thay đổi trong giai đoạn sớm của bệnh trừ khi có sự hiện diện một ở viêm xương tủy. Sau đó có thể thấy dấu hiệu phá hủy khớp

**VI.ĐIỀU TRI:**

Điều trị viêm khớp nhiễm trùng cần được tiến hành sớm để tránh

hủy sụn khớp và tổn thương khớp không hồi phục.

Dịch khớp cần lấy đi càng nhiều càng tốt bằng biện pháp chọc hút nhiều lần. Nếu viêm khớp do các tác nhân nhạy cảm như lậu cầu và phế cầu, chọc hút và điều trị kháng sinh sớm sẽ đảm bảo sự hồi phục hoàn toàn. Đối với các vi trùng khác tương đối khó trị như tụ cầu và trực trùng Gr(-), chọc hút và kháng sinh sớm có thể có hiệu quả. Tuy vậy, nếu sốt và viêm khớp ( lâm sàng và phân tích dịch khớp) không cho thấy có cải thiện sau 48 -72 giờ thì cần phải phẫu thuật để dẫn lưu dịch. Nếu có lý do nghi ngờ vi khuẩn kháng kháng sinh thì cũng nên phẫu thuật dẫn lưu sớm.

Viêm khớp nhiễm trùng đáp ứng với điều trị nếu vi khuẩn nhạy cảm và liều kháng sinh sử dụng phù hợp.

Đối với lậu cầu trùng và phế cầu trùng: Procain pénicillin 600.000 tiêm mỗi 6 giờ thường cho hiệu quả nhanh. Nếu lậu cầu kháng sinh hay bệnh nhân dị ứng penicillin có thể dùng Tetracycline 500mg mỗi 6 giờ. Nếu nghi ngờ tụ cầu kháng kháng sinh thì có thể dùng liều cao ( 2 triệu đơn vị mỗi ngày) hay nafcillin.

Tiêm trực tiếp kháng sinh vào ở khớp không cần thiết trong hầu hết trường hợp nhưng việc điều trị ở nhiễm trùng nguyên phát là cần thiết.

**VII.VIÊM KHỚP DO LAO**

1. **Lâm sàng:**

Lao khớp xảy ra do vi khuẩn lan truyền theo đường máu từ ở lao

hoạt động ngoài khớp. Có bệnh nhân có biểu hiện viêm khớp,ở lao tiên phát có thể tiềm ẩn nhưng biểu hiện lao lan tỏa có thể rõ ràng.

Các khớp cột sống thường bị nhất, đặc biệt ở trẻ em và người trẻ (Bệnh Pott). Đau, sờ đau và co cứng cơ vùng tổn thương nhưng có thể không được chú ý ở trẻ em cho đến khi có biểu hiện bất thường tăng trưởng hay tư thế. Sự phá hủy tiến triển của đĩa đệm và thân đốt sống gây ra gù lưng. Các ổ áp xe mô mềm kế cận thường được hình thành có thể chèn vào rễ thần kinh hay gây chèn ép tủy.

Ở các khớp ngoại vi, bệnh thường ở một khớp lớn, đặc biệt là khớp hông và khớp gối. Thường có biểu hiện đau, sưng và giảm cử động khớp. Sưng thường không kèm cảm giác nóng và đôi khi được mô tả như ‘nhão’ do sưng bao hoạt dịch kèm tràn dịch lượng ít. Có thể có viêm bao gân cổ tay nhất là ở phía lòng bàn tay. Có thể có những đợt thuyên giảm và những đợt kịch phát và diễn biến của bệnh có thể chậm.

1. **Cận lâm sàng**
2. dịch khớp: Bạch cầu tăng và Glucose giảm nhiều. Đôi khi có thể phát hiện vi khuẩn khi nhuộm nhưng nên nuôi cấy. Nếu các xét nhiệm không cung cấp đủ thông tin cho chẩn đoán thì nên sinh thiết bao hoạt dịch.
3. X-quang: trong giai đoạn sớm của bệnh có thể không có bất thường hay chỉ thấy hình ảnh loãng xương khu trú và sưng mô mém. Khi bệnh tiến triển có thể thấy hình ảnh nhữngở khuyết và giảm mật độ của xương. Cuối cùng là hẹp và phá hủy mặt khớp. ở cột sống, các đĩa đệm ảnh hưởng đầu tiên sau đó là thân đốt sống làm xẹp một phần các đốt sống ở phía trước.
4. **Điều tri:**

Nếu điều trị sớm với thuốc kháng lao và bất động khớp tổn thương có thể là đủ. Ổ áp xe cần được dẫn lưu. Đôi khi nếu nghi ngờ có thể điều trị ngay mà không chờ kết quả vi trùng học để tránh phá hủy khớp.

**VIII.VIÊM KHỚP DO SIÊU VI:.**

Nhiễm một số siêu vi như siêu vi viêm gan B, Rubella, và quai bị có thể kết hợp với viêm đa khớp cấp. Tiến trình của viêm khớp do siêu vi là lành tính. Các biểu hiện ở khớp có thể rõ ràng trong 20% trường hợp trong giai đoạn tiền triệu của viêm gan siêu vi B và có thể có trước khi có biểu hiện vàng da lâm sàng từ vài ngày đến vài tuần. Nữ có thể dễ bị viêm khớp hơn nam.

Viêm đa khớp đối xứng thường ở các khớp nhỏ của bàn tay, nhưng bất kỳ khớp ngoại vi nào cũng có thể bị. Các biểu hiện ở da thường hiện diện ở những bệnh nhân có biểu hiện khớp và thường đồng thời với các biểu hiện khớp. Hồng ban ngứa và hồng ban sẩn (Urticarial & maculopapular eruptions) chủ yếu ở chi dưới nhưng hồng ban (purpura), ban xuất huyết (petechiae) và phù mao mạch (angioneurotic edema) cũng có thể có. Sốt gặp trong 50% bệnh nhân có viêm khớp. Một số ít bệnh nhân có thể có buồn nôn, ói và rối loạn tiêu hóa.

Trong lúc có đau khớp, HbsAg huyết thanh thường (+) với nồng độ cao và chức năng gan có thể bất thường nhẹ. Cryoglobulin có ở một số bệnh nhân. Dịch khớp là dịch viêm. Glucose bình thường giúp phân biệt với viêm khớp nhiễm trùng

Các viêm khớp do siêu vi không có điều trị đặc hiệu. Hầu hết các trường hợp viêm khớp đáp ứng tốt với giới hạn hoạt động và dùng thuốc kháng viêm non-steroid hay chỉ đơn giản là thuốc giảm đau. Tất cả các biểu hiện thường giảm trong vòng vài ngày đến vài tuần và không để lại di chứng.

**IX.BÊNH LYME:**

Được phát hiện đầu tiên vào năm 1976. Do xoắn khuẩn (Borrelia burgdorferi) và lây do ve ( Ixodes dammini).

Biểu hiện rõ ràng nhất là phát ban ngoài da, hồng ban di chuyển (Erythema chronicum migrans), điển hình khởi đầu là mụn đỏ ở vị trí ve cắn và phát triển thành sang thương lớn với sạnh ở vùng trung tâm. Các triệu chứng toàn thân là sốt, lạng run thường có 25% bệnh nhân không có hồng ban di chuyển.

Sau 1 đến 16 tuần, viêm một hay vài khớp xảy ra. Thứ tự hay gặp là khớp gối, vai, khớp khuỷu, khớp cổ chân và cổ tay. Khớp thái dương-hàm có thể bị. Viêm khớp có thể kéo dài vài ngày đến vài tuần và thường tái phát. ít khi có phá hủy khớp nhưng 10% bệnh nhân bị viêm khớp mạn ở một hay 2 khớp gối.

10% bệnh nhân có biểu hiện thần kinh, chủ yếu là viêm màng não vô trùng, Bell palsy, hay radiculopathy khác. Biểu hiện trên tim thường là rối loạn dẫn truyền trên ECG.

Các cận lâm sàng thường không đặc hiệu và thường giới hạn để chẩn đoán sớm, mặc dù kháng thể kháng xoán khuẩn đặc hiệu thường phát triển ở hầu hết bệnh nhân.

Điều trị kháng sinh sớm ( Pénicillin G hay Tetracycline) giúp giảm nhanh các tổn thương ở da và giảm mức độ trầm trọng của viêm khớp. Viêm khớp cấp có thể đáp ứng với thuốc kháng viêm non-steroid. Đôi khi có thể phải chọc hút dịch khớp và tiêm corticosteroid vào khớp

**X.VIÊM KHỚP DO NẤM:**

Ít khi xảy ra ở người khỏe mạnh. Viêm khớp cấp vô trùng được ghi nhận trong giai đoạn đầu của nhiễm trùng do Coccidioides immitis và Histoplasma capsulatum. Nhiễm Sporothrix schenckii có thể gây viêm một khớp hay, ít gặp hơn, viêm nhiều khớp quanh vị trí nhiễm trùng ở người làm vườn, người trồng hoa, thợ mỏ. Các nhiễm nấm khác (đặc biệt là Cryptococcus, Candida, Coccidioides) thường gặp ở bệnh nhân có bệnh cơ bản nặng và bị suy giảm miễn dịch do bệnh hay do điều trị.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Harrison’s Principle of Internal medicine – 17th Edition. 2008.
2. Cecil Medicine – 23rd Edition 2007.
3. Davidson’s Principles and Practice of Medicine – 20th Edition 2007.
4. Kumar and Clark’s Clinical Medicine - 7th Edition. 2009.
5. Kelly’s Textbook of Rheumatology-8th Edition. 2008.