

THOÁI HOÁ KHỚP

PGS.TS.BS. Nguyễn Vĩnh Ngọc
Khoa Khớp Bệnh viện Bạch Mai
DD: 0912210299
Mail: ngochanhbm309@yahoo.com

Mục tiêu giảng dạy

1. Biết định nghĩa, dịch tễ, các nguyên nhân chính của thoái hóa khớp.
2. Biết các giả thiết cơ chế bệnh sinh THK.
3. Biết triệu chứng các vị trí chính THK gối, háng, bàn tay, bàn chân, vai. Nhận biết đau cơ học và đợt sung huyết THK.
4. Hiểu được các triệu chứng Xquang và giá trị chẩn đoán. Hiểu các chỉ định và không chỉ định các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh khác (chụp khớp cản quang, cộng hưởng từ, đồng vị phóng xạ, nội soi khớp).
5. Chẩn đoán các vị trí chính thoái hóa khớp
6. Hiểu biết các nguyên tắc điều trị THK và các yếu tố theo dõi bệnh nhân THK.

I. ĐẠI CƯƠNG THOÁI HÓA KHỚP

1.1. Định nghĩa thoái hóa khớp

Thoái hoá khớp là tổn thương thoái hóa của sụn khớp, do quá trình sinh tổng hợp chất cơ bản của các tế bào sụn có sự bất thường. Tổn thương cơ bản của bệnh là tình trạng thoái hóa của sụn khớp gây huỷ và rách sụn, tiếp theo là những thay đổi của màng hoạt dịch và phần xương dưới sụn.

1.2. Dịch tễ học thoái hóa khớp

Thoái hoá khớp (THK) là một bệnh rất phổ biến, chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm bệnh cơ xương khớp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Có khoảng 18% nữ và 9,5% nam giới trên toàn cầu mắc bệnh thoái hoá khớp nói chung, trong đó riêng thoái hóa khớp gối chiếm 15% dân số.

1.3. Nguyên nhân bệnh thoái hóa khớp

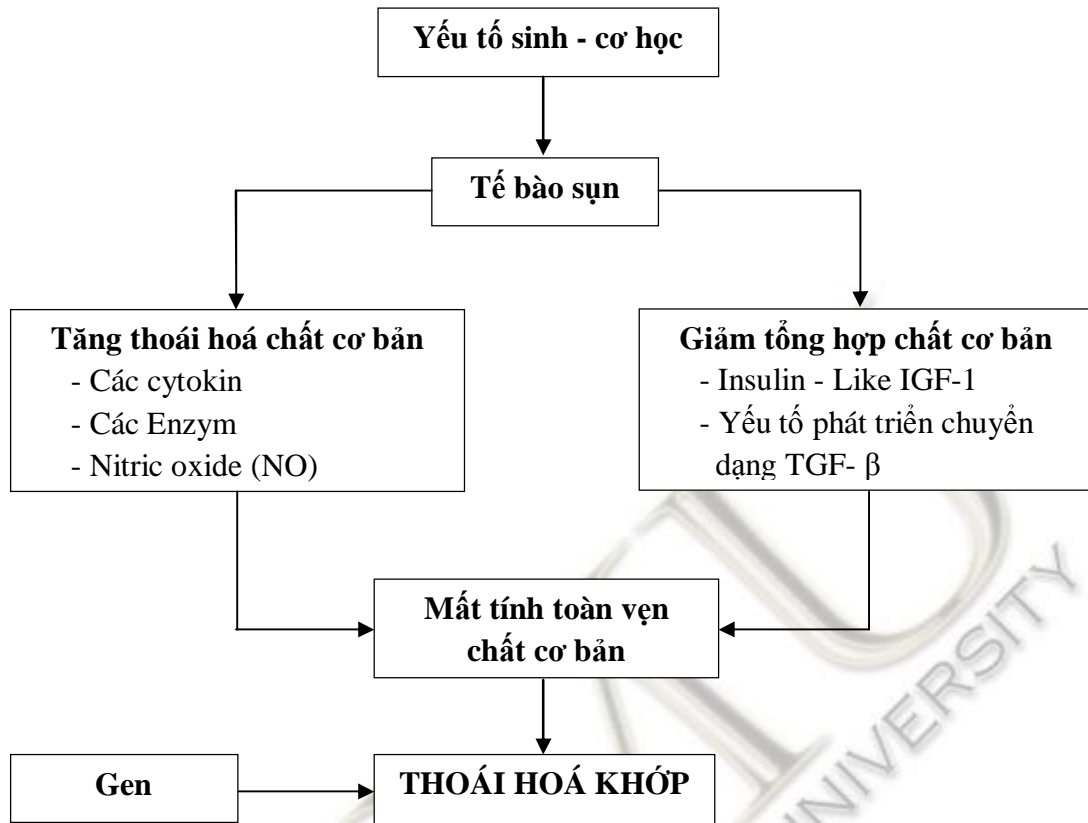
Nguyên nhân thực sự của bệnh thoái hóa khớp vẫn chưa được khẳng định, có thể là hậu quả của quá trình chuyển hóa sụn trong đó hoạt động thoái hóa vượt trội hơn hoạt động tổng hợp. Các yếu tố liên quan đến quá trình phát triển thoái hoá khớp là tuổi già, béo phì, di truyền, chấn thương, thể thao và nghề nghiệp. **Giới tính hay chủng tộc** có vai trò trong tỷ lệ và mức độ nặng của THK. Tỷ lệ như nhau ở các giới ở độ tuổi giữa 45 và 55, nhưng sau tuổi 55 thì THK thường gặp nhiều hơn ở nữ giới. Tỷ lệ THK gối cao hơn ở phụ nữ Mỹ gốc Phi so với phụ nữ da trắng. Phụ nữ nghiêng về bị THK bàn tay, chủ yếu ở các khớp ngón xa và ngón gần, thể hiện bằng hạt Heberden và Bouchard. **Yếu tố di truyền:** Di truyền có vai trò trong phát triển THK, đặc biệt đối

với khớp bàn tay và gối. Một nghiên cứu cho thấy di truyền có tham gia vào trong 30% người THK bàn tay và 65% người THK gối. Gen sản xuất collagen bất thường đó được phân lập trong một số gia đình bị THK. Sự đa hình thái của gen collagen COL2A1 type II cũng như type IX and XI dẫn đến hình thành sụn khớp chất lượng không tốt. Tải trọng quá mức lên một khớp có thể dẫn đến THK, VD lao động nặng trong ngành công nghiệp, thể thao chuyên nghiệp. Có tới 61,2% bệnh nhân THK gối tại khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai lao động chân tay hoặc làm công việc nặng nhọc]. Chấn thương khu trú, VD gãy phần xương tạo khớp, rách dây chằng, tổn thương sụn chêm có thể gây nên các động tác bất thường và làm lệch trục khớp, dẫn đến mòn sụn và rách sụn khớp, thoái hóa khớp về sau. **Béo phì** có liên quan chặt chẽ với THK gối. Có tới 69% bệnh nhân THK gối tại bệnh viện Bạch Mai có BMI > 23. Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân (BMI > 23) là 34,9% ở bệnh nhân THK bàn tay. **Tiền sử mắc bệnh khớp viêm** như viêm khớp dạng thấp, gút hay giả gút có thể kết hợp với THK. Đó là các trường hợp THK thứ phát. Còn các trường hợp khác là THK tiên phát hay vô căn.

1.4. Cơ chế bệnh sinh thoái hóa khớp

Có hai thuyết bệnh học được đề ra và không thể tách rời nhau. **THUYẾT CƠ HỌC:** Các yếu tố cơ học được coi là hiện tượng ban đầu của các vết nứt hình sợi. Khi soi dưới kính hiển vi, phát hiện được các vi gãy xương do suy yếu các đám collagen dẫn tới hư hỏng các chất proteoglycan (PG). Một số trường hợp hiếm gặp hơn là do ban đầu đó có sẵn sự khiếm khuyết cơ bản ở sụn, dần dần sụn bị thay đổi dưới một mức chịu tải bình thường và dẫn đến thoái hóa khớp. **THUYẾT TẾ BÀO** cho rằng các yếu tố tấn công cơ học tác động trực tiếp lên mặt sụn, đồng thời gây ra sự hoạt hóa và sự giải phóng enzym trong quá trình thoái hóa chất cơ bản dẫn đến phá hủy sụn khớp. Sự biến chất chức năng sụn dẫn đến quá trình tổng hợp sụn khớp bị suy giảm. Sự mất thăng bằng giữa tổng hợp và thoái hóa sụn khớp kéo theo sự tăng hàm lượng nước, từ đó giảm độ cứng và độ đàn hồi của sụn. Các mảnh vỡ của sụn bị rơi vào trong ổ khớp, kích thích phản ứng viêm của màng hoạt dịch. Thuyết tế bào cũn cho rằng có nhiều yếu tố khác nhau gây tổn thương sụn. Chất trung gian interleukin 1 (IL-1) và yếu tố gây hoại tử khối u. Xét tới vai trò của IL-1. IL-1 tăng cường dị hóa sụn khớp. IL-1 thúc đẩy chuyển pro-MMPs thành MMPs hoạt hóa, dẫn đến tăng quá trình phá hủy chất nền ngoại bào.

SƠ ĐỒ TÓM TẮT CƠ CHẾ BỆNH SINH CỦA THOÁI HOÁ KHỚP



1.5. Phân loại thoái hóa khớp

- Thoái hoá khớp nguyên phát

Sự lão hoá là nguyên nhân chính. Bệnh thường xuất hiện muộn ở người trên 50 tuổi. Cùng với sự thay đổi tuổi tác, sự thích ứng của sụn khớp với các tác nhân tác động lên khớp ngày càng giảm. Nguyên nhân của sự thay đổi này có thể là do lượng máu đến nuôi dưỡng vùng khớp bị giảm sút, ảnh hưởng tới việc nuôi dưỡng sụn; sự phân bố chịu lực của khớp bị thay đổi thúc đẩy quá trình thoái hoá.

- Thoái hóa khớp thứ phát

Thoái hoá khớp gôi thứ phát thường là hậu quả của những quá trình bệnh lý sau :

- + Sau chấn thương: gãy xương khớp, can lệch, tổn thương sụn chêm hoặc sau cắt sụn chêm, vi chấn thương liên tiếp, biến dạng trục chân (cong ra hoặc cong vào)
- + Sau các bệnh lý xương sụn: hoại tử xương, huỷ hoại sụn do viêm, viêm khớp dạng thấp, viêm khớp nhiễm khuẩn, bệnh Paget
- + Bệnh khớp vi tinh thể: Gút mạn tính, canxi hoá sụn khớp
- + Hemophilie
- + Bệnh nội tiết: Đái tháo đường, to viễn cực, cường giáp trạng, cường cận giáp
- + Bệnh khớp do chuyển hoá: Alcapton niệu, bệnh nhiễm sắc tố.

II. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG THOÁI HÓA KHỚP

2.1. Lâm sàng thoái hóa khớp

Về vị trí thường gặp, tổn thương thoái hóa chủ yếu các khớp chịu lực. Ở Việt nam, đó là khớp gối, còn ở các nước Âu Mỹ, khớp háng. Hay bị thoái hóa nhất. Trong thoái hoá cột sống, thường gặp ở các vị trí cột sống thắt lưng và cột sống cổ. Ngoài ra thường gặp các khớp nhỏ ngoại vi có chức năng vận động cơ học nhiều như khớp bàn ngón cái và các khớp ngón xa.

2.2. Xét nghiệm trong thoái hóa khớp

- Xét nghiệm máu: không có hội chứng viêm: tốc độ máu lắng, CRP, bạch cầu máu bình thường; Dịch khớp không có hội chứng viêm, nghèo tế bào ($BC < 2000/ ml$). Sinh hoá máu: Ca, chức năng gan thận bình thường. Gần đây người ta phát triển kỹ thuật hoá miễn dịch tìm mảnh phân tử chất cơ bản sụn bị phá huỷ giải phóng vào dịch khớp, huyết thanh và nước tiểu. Sự gia tăng thoái chất cơ bản sụn đi kèm với mất các phân tử chất cơ bản sụn là hiện tượng sớm của quá trình thoái hoá.

- X quang: Diễn hình: Hẹp khe khớp ; kết đặc xương dưới sụn, gai xương. Trong giai đoạn tiến triển, có thêm các hốc dưới sụn, đôi khi có hình ảnh huỷ khớp (hiếm gặp).

Phân loại giai đoạn THK dựa trên XQ theo Kellgren và Lawrence (1957)

Giai đoạn 1: gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương

Giai đoạn 2: mọc gai xương rõ

Giai đoạn 3: hẹp khe khớp vừa

Giai đoạn 4: hẹp khe khớp nhiều kèm đặc xương dưới sụn

- Điện cơ: có giá trị chẩn đoán định khu tổn thương tổn thương cột sống cổ.

- Xét nghiệm khác: chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, chụp tuỷ cản quang giúp chẩn đoán tổn thương gây các triệu chứng thần kinh trong thoái hoá cột sống.

III. CHẨN ĐOÁN THOÁI HÓA KHỚP

3.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán THK dựa vào hỏi bệnh, các dấu hiệu lâm sàng và X quang. Cần lưu ý chẩn đoán thoái hoá khớp là chẩn đoán loại trừ. Xét nghiệm chỉ có chỉ định loại trừ các bệnh viêm khớp khác như viêm khớp dạng thấp.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- *Thoái hoá khớp ngoại biên*

1. Viêm khớp dạng thấp thể một khớp
2. Viêm khớp dạng thấp thể đa khớp:
3. Viêm khớp tinh thể

- *Thoái hoá cột sống*

4. Hội chứng Reiter
5. Viêm cột sống dính khớp

3.3. Chẩn đoán nguyên nhân

1. THK nguyên phát
2. THK thứ phát

3.4. Một số tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp một số vị trí khớp

3.4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hoá khớp gối Hội thấp khớp học Mỹ (ACR) 1991

Xquang và xét nghiệm	Lâm sàng
1. Đau khớp gối 2. Gai xương ở rìa khớp (X-quang) 3. Dịch khớp là dịch thoái hóa 4. Tuổi ≥ 40 5. Cứng khớp dưới 30 phút 6. Lao xạo khi cử động	1. Đau khớp 2. Lao xạo khi cử động 3. Cứng khớp dưới 30 phút 4. Tuổi ≥ 38 5. Sờ thấy phì đại xương
Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2 hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6	Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5

3.4.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hoá khớp bàn tay của Hội thấp khớp học Mỹ ACR 1990

1. Đau, nhức hoặc cứng bàn tay trong nhiều ngày của tháng trước
 2. Gai xương có ở từ 2 khớp trở lên trong 10 khớp được lựa chọn.
 3. Sưng không quá 2 khớp bàn ngón tay
 4. Gai xương có ở từ hai khớp ngón xa trở lên
 5. Biến dạng ít nhất 1 trong 10 khớp được lựa chọn
- 10 khớp được lựa chọn là khớp ngón xa, khớp ngón gần của ngón thứ 2, ngón thứ 3 và khớp thang - bàn tay của ngón 1 (khớp gốc ngón tay cái) của cả hai tay.
- Chẩn đoán xác định khi có yếu tố: 1,2,3,4 hoặc 1,2,3,5

3.4.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp háng theo ACR -1986

1. Đau khớp háng (hầu như cả ngày)
 2. Tốc độ máu lắng $< 20\text{mm}/2\text{ giờ}$
 3. X quang có gai xương tại chỏm xương đùi và/ hoặc ổ cối
 4. Hẹp khe khớp háng
- Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2,3 hoặc 1, 2,4 hoặc 1,3,4

IV. ĐIỀU TRỊ THOÁI HOÁ KHỚP

Hiện tại chưa có điều trị chữa khỏi (đảo ngược) quá trình thoái hoá khớp, vì thế mục tiêu điều trị là giảm triệu chứng và cải thiện chức năng khớp, thay đổi quá trình

bệnh. Có nhiều phương pháp điều trị: có thể không dùng thuốc hoặc dùng thuốc; điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật. Điều trị hợp lý phải kết hợp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc.

4.1. Điều trị nội khoa thoái hóa khớp

4.1.1. Các biện pháp không dùng thuốc

Tư vấn giáo dục kiến thức cho bệnh nhân về bệnh thoái hóa khớp, cách phòng và điều trị bệnh; Cung cấp thiết bị trợ giúp để giảm tải trọng lên khớp như dùng nạng 1 hoặc 2 bên đối với các THK ở chi dưới, nẹp chỉnh hình, đai cố định cột sống, cố định khớp để tránh gãy xương, lệch trục khớp. Giảm cân đối với người béo phì, giữ trọng lượng cơ thể ổn định, Chế độ ăn: nhiều Canxi, Vitamin C, Vitamin D. Về tập luyện: có thể chạy bộ, bơi lội, đạp xe. Vật lý trị liệu có tác dụng giảm đau tốt và duy trì dinh dưỡng cơ ở cạnh khớp, điều trị các đau gân và cơ kết hợp. Các biện pháp vật lý trị liệu: túi chườm nóng hay lạnh, chiếu đèn hồng ngoại, máy phát sóng ngắn, điện từ trường, sóng siêu âm, xung điện để giảm đau ... mát xa. Điều trị nước khoáng: tắm nước khoáng, bùn khoáng, có tác dụng giảm đau, chống viêm, cải thiện chức năng vận động khớp. Châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt y học cổ truyền với mục đích giảm đau, chống viêm, giãn cơ.

4.1.2. Điều trị thuốc

Thuốc điều trị THK có thể phân thành 2 nhóm chính. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh: thuốc giảm đau, thuốc chống viêm không steroid, thuốc corticoid tiêm nội khớp chỉ trong các đợt xung huyết. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm: glucosamin, chondroitin, piascledin, acid hyaluronic, thuốc ức chế IL-1.

4.1.2.1. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh

- *Thuốc giảm đau thông thường*: Paracetamol (Acetaminophen), Paracetamol + Codein (Efferalgan codein) hoặc Di-antalvic, opiat.

- *Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs)*

Thuốc CVKS đường toàn thân hay tại chỗ thuốc điều trị triệu chứng, để giảm đau và hiệu quả hơn acetaminophen. Phòng tác dụng phụ trên đường tiêu hóa bằng cách sử dụng liều thấp nhất có thể, phối hợp với thuốc ức chế H2, ức chế bơm proton. Các thuốc thường dùng: Voltaren, viên 50 mg: ngày 2 viên, chia 2 lần, hoặc Voltaren SR 75 hoặc 100 mg/ viên, ngày 1 viên. Thuốc chống viêm không Steroid thuộc nhóm ức chế COX-2 có hiệu quả giảm đau tương tự như các thuốc chống viêm không steroid thông thường, song giảm các tác dụng không mong muốn (giảm 50% các thủng, loét và chảy máu đường tiêu hóa). Ví dụ: Celebrex 200 mg x 1-2 viên/ngày.

- ***Thuốc corticoides***: Đường toàn thân: chống chỉ định. Đường nội khớp, tiêm steroid nội khớp được chỉ định ở những bệnh nhân có viêm hoặc tràn dịch khớp. Thuốc: Hydrocortisone acétate: Mỗi đợt 2-3 mũi tiêm cách nhau 5-7 ngày. Không vượt

quá 4 mũi tiêm mỗi đợt. Với các chế phẩm "chậm" (Triamcinolone hexacetonide): mỗi mũi, cách nhau 6-8 tuần. Không tiêm quá 2 đợt/năm. Lưu ý: phải tiến hành tiêm trong điều kiện vô trùng tuyệt đối.

4.1.2.2. Thuốc chống thoái hoá khớp tác dụng chậm (Các thuốc làm chậm tiến triển bệnh hoặc thay đổi quá trình bệnh)

Là nhóm điều trị mới, được đặc trưng bởi hiệu quả đối với triệu chứng xuất hiện muộn (trung bình sau 2 tháng), và hiệu quả duy trì cả sau khi ngừng điều trị (sau vài tuần đến 2 - 3 tháng). Tuy nhiên, thường phải dùng kéo dài: từ 1 - 2 tháng hoặc hơn mỗi liệu trình. Thuốc chống THK tác dụng chậm (glucosamin sulfat, chondroitin sulfat, diacérhéine (ARTRODAR 50 ®) và acid hyaluronic) có thể có tác dụng thay đổi cấu trúc. Dung nạp thuốc tốt, không có tác dụng phụ như thuốc CVKS. Ngoài ra có thể dùng Doxycyclin, có tác dụng ức chế các enzym phá hủy chất cơ bản sụn. Các kết quả nghiên cứu đã cho thấy biphosphonat có thể đem lại lợi ích quan trọng, làm giảm triệu chứng thoái hoá khớp.

4.1.3. Điều trị phẫu thuật

Các phương pháp phẫu thuật bao gồm: nội soi khớp và rửa khớp, sửa chữa chỉnh hình (chêm lại khớp, gọt giữa xương -osteotomy) hay khớp từng phần, thay khớp toàn phần, ghép sụn tự thân.

- **Điều trị dưới nội soi khớp:** Dưới nội soi khớp, người ta có thể rửa khớp, lấy bỏ các thành phần ngoại lai trong khớp (có thể là các mảnh sụn khớp bị bong ra, hoặc các thành phần bị calci hoá), gọt giữa bề mặt không đều của sụn, cắt bỏ các sụn chêm bị tổn thương. Kết quả rất tốt đối với THK gối.

- **Gọt giữa xương** đặc biệt tốt để sửa chữa các khớp bị lệch trục như khớp gối vẹo vào trong hoặc cong ra ngoài.

- **Thay khớp giả:** Thường được chỉ định với khớp háng và khớp gối. Với khớp vai, khuỷu, cổ tay, và khớp bàn ngón cái, cũng có chỉ định song kết quả không được chắc chắn.

V. DỰ PHÒNG THOÁI HÓA KHỚP

Duy trì cân nặng lý tưởng, tránh béo phì. Thường xuyên vận động, luyện tập thể dục thể thao vừa sức, theo cường độ tăng dần. Giữ tư thế đúng, thay đổi tư thế thường xuyên, tránh các tư thế xấu như gù, vẹo, gò bó khi sinh hoạt, lao động. Không nên làm việc gắng sức mà phải xen kẽ giữa làm việc và nghỉ ngơi. Khi cần mang vác vật nặng, có thể nhờ người giúp đỡ thêm. Khi hoạt động thể thao cần mang các dụng cụ bảo vệ cổ tay với những người chơi tennis, hay bảo vệ khớp gối khi chơi bóng đá...