

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN

ĐAU KHỚP KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG

Đỗ Phước Hùng

Trần Văn Vương

Mục tiêu học tập

1. Phân loại các kiểu đau và nhóm nguyên nhân gây đau khớp không do chấn thương
2. Khai thác bệnh sử và tiền căn một bệnh nhân đau khớp không do chấn thương
3. Nhận biết các dấu hiệu của đau do khớp và đau do nguyên nhân ngoài khớp
4. Trình bày cơ chế bệnh sinh các nguyên nhân gây đau khớp không chấn thương
5. Nhận biết được các dấu hiệu bất thường trên Xquang qui ước
6. Vận dụng cơ chế bệnh sinh đề xuất các biện pháp phòng ngừa đau khớp không do chấn thương.

Từ khoá: joint pain, Arthritis, Inflammation, non – inflammation, đau khớp, viêm khớp.

Giới thiệu

Đau khớp không do chấn thương là một bệnh lý thường gặp. Hơn 200 chẩn đoán liên quan tới đau khớp. Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng là chìa khóa để chẩn đoán chính xác các bệnh lý gây đau khớp. Đây là bước đầu tiên giúp biết được các đặc điểm ban đầu của đau khớp và tiếp cận đau khớp theo đúng hướng, từ đó giúp khu trú và đưa ra chẩn đoán chính xác. Mục tiêu chính khi đánh giá bệnh nhân có đau khớp là xác định được nguồn gốc của các triệu chứng liên quan tới khớp và tiến trình sinh lý bệnh phù hợp với sự hiện diện của các triệu chứng này.

Khi tiếp cận bệnh nhân có các triệu chứng đau khớp, việc quan trọng cần xác định đau khớp do nguyên nhân trong khớp hay do bên ngoài khớp như viêm túi hoạt dịch, viêm gân hay các tình trạng liên quan đến mô mềm gần khớp. Ngoài việc hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng cẩn thận, chọc hút và phân tích mẫu dịch khớp thường cần thiết để có thể đưa ra chẩn đoán xác định.

Sinh lý bệnh

Đau khớp không do chấn thương có thể phát sinh từ các cấu trúc bên trong hoặc gần khớp hoặc có thể xuất phát từ các vị trí xa hơn. Các nguồn gây đau trong khớp bao gồm bao khớp, màng xương, dây chằng, xương dưới sụn và màng hoạt dịch, nhưng không phải là sụn khớp (do có ít đầu tận thần kinh thụ cảm đau). Xác định bộ phận giải phẫu gây nên đau khớp thường là một nhiệm vụ khó khăn, nhưng nó rất quan trọng, giúp định hướng tiếp cận chẩn đoán và điều trị. Kiến thức về giải phẫu các khớp phức tạp (ví dụ, gối, vai và cổ chân) giúp hỗ trợ trong việc tìm nguồn gốc gây đau khớp.

Việc đánh giá đau khớp cả về bệnh sử và khám lâm sàng, đạt được tốt nhất khi hiểu rõ về sinh lý bệnh của khớp bị ảnh hưởng. Bao gồm viêm màng hoạt dịch khớp, lắng đọng tinh thể, nhiễm trùng, viêm túi hoạt dịch gần khớp, viêm điểm bám của gân, và các rối loạn do cấu trúc hoặc cơ học. Những loại bệnh lý khớp này không loại trừ lẫn nhau. Các quá trình bệnh lý thường cùng tồn tại bao gồm lắng đọng tinh thể trong thoái hóa khớp, viêm túi hoạt dịch đi kèm viêm điểm bám gân xương và phá hủy sụn trong viêm màng hoạt dịch mạn tính.

❖ Viêm màng hoạt dịch.

Màng hoạt dịch là vị trí viêm chủ yếu ở những bệnh nhân bị viêm khớp dạng thấp (RA) và nhiều bệnh viêm khớp khác. Sinh lý bệnh của viêm màng hoạt dịch có đặc điểm sau:

- ✓ Tân sinh mạch máu
- ✓ Thâm nhiễm vào màng hoạt dịch tế bào Lympho, tương bào và đại thực bào
- ✓ Tăng sản tế bào màng hoạt dịch.

Những nguyên nhân này gây ra sự tăng sinh hoạt mạc, biểu hiện lâm sàng bởi các dấu hiệu ấm nóng, đau và không liên quan đến mô mềm quanh khớp. Các màng hoạt dịch bị viêm có thể xâm nhập và ăn mòn xương và sụn khớp.

❖ Viêm điểm bám gân xương (Enthesitis)

Điểm bám gân xương là vùng chuyển tiếp nơi các cấu trúc collagen như gân và dây chằng đan xen để bám vào xương. Các ví dụ khác về điểm bám gân xương bao gồm giữa xương và màng xương, giữa các thân sụn và dây chằng vòng.

Kết quả của tình trạng viêm tại những vị trí tiếp nối này, làm các sợi collagen có định hướng trải qua quá trình dị sản, hình thành xơ xương. Đây là một trong những nguyên nhân chính liên quan đến đau ngoài khớp.

❖ **Lắng đọng tinh thể**

Sự lắng đọng của các tinh thể trong cấu trúc khớp có thể dẫn đến bệnh khớp có triệu chứng. Các tinh thể bao gồm muối urate, canxi pyrophosphate dihydrate, canxi phosphate (bao gồm hydroxyapatite) và canxi oxalate.

Sự lắng đọng tinh thể muối urate xảy ra trên bề mặt của sụn khớp, bên trong màng hoạt dịch và các cấu trúc quanh khớp, bao gồm cả bao gân và túi hoạt dịch. Do đó, tình trạng viêm liên quan đến lắng đọng tinh thể urate có thể tập trung ở túi hoạt dịch hoặc bao gân cạnh khớp hoặc có thể trải rộng, liên quan đến nhiều cấu trúc khớp. Trên lâm sàng, đau khớp do cơn gút cấp có biểu hiện viêm, với sưng, nóng đỏ. Các dấu hiệu viêm quanh khớp có thể giống với viêm mô tế bào.

Sự lắng đọng tinh thể canxi pyrophosphate bị giới hạn trong sụn khớp, sụn sợi và các khu vực thoái hóa của gân, dây chằng và bao khớp. Sự lắng đọng của các tinh thể này trong khớp làm khởi phát viêm khớp cấp tính, còn được gọi là giả gút.

❖ **Viêm khớp nhiễm trùng**

Màng hoạt dịch có thể là vị trí bị nhiễm trùng cấp tính hoặc mãn tính liên quan đến vi khuẩn, nấm hoặc vi rút. Nhiễm trùng thường do theo đường máu và có thể là một phần của nhiễm trùng hệ thống.

Các dấu hiệu bệnh lý chủ yếu bao gồm thâm nhiễm mạnh bạch cầu trung tính với hoại tử của màng hoạt dịch và sau đó hình thành mô hạt và sẹo. Một khối fibrin dày đặc, thâm nhập bởi bạch cầu trung tính, hình thành trên bề mặt của màng hoạt dịch. Các chất do vi khuẩn giải phóng trong khớp có thể làm phá hủy sụn khớp nhanh chóng.

❖ **Thay đổi khớp về mặt cấu trúc hoặc cơ học**

Thoái hóa sụn khớp là đặc điểm bệnh lý chính của thoái hóa. Thay đổi này xảy ra do tác động tại chỗ và toàn thân. Các yếu tố tại chỗ bao gồm:

- ✓ Chấn thương khớp trước đó (ví dụ, rách sụn chêm)
- ✓ Thay đổi khớp bẩm sinh hoặc tiến triển (ví dụ, loạn sản khớp háng bẩm sinh)
- ✓ Thay đổi xương dưới sụn (ví dụ, loãng xương, hoại tử vô mạch và bệnh Paget)

- ✓ Thay đổi cấu trúc nâng đỡ (ví dụ: hoạt động quá mức)
- ✓ Tổn thương sụn.

Các yếu tố toàn thân bao gồm:

- ✓ Đặc điểm di truyền
- ✓ Béo phì
- ✓ Nghề nghiệp

Tổn thương sụn khớp có liên quan đến xơ xương dưới sụn và hình thành các gai xương. Bệnh nhân bị thoái hóa khớp có thể phối hợp với viêm hoạt mạc gây nên tràn dịch trong khớp nhẹ.

Nguyên nhân

Đau khớp không do chấn thương có thể xảy ra cấp hoặc mạn tính, có thể liên quan một khớp hoặc nhiều khớp và có thể liên quan đến viêm hay không viêm, trong khớp hay ngoài khớp

❖ Đau một khớp cấp tính có hiện tượng viêm bao gồm những bệnh lý sau:

- ✓ Viêm khớp nhiễm trùng
- ✓ Viêm khớp gút hoặc giả gút
- ✓ Bệnh thấp khớp hệ thống ảnh hưởng một khớp đơn độc.

❖ Đau một khớp cấp tính, không có hiện tượng viêm bao gồm những bệnh lý sau:

- ✓ Gãy xương gần khớp
- ✓ Chấn thương
- ✓ Xuất huyết
- ✓ Hoại tử xương

❖ Đau một khớp mạn tính có kèm hiện tượng viêm bao gồm các bệnh lý:

- ✓ Viêm khớp nhiễm trùng mãn tính
- ✓ Bệnh Lyme
- ✓ Viêm màng hoạt dịch tinh thể (gút, giả gút)
- ✓ Viêm khớp tự phát thiếu niên.

❖ Đau một khớp mạn tính không có biểu hiện viêm bao gồm các bệnh lý:

- ✓ Thoái hóa khớp
- ✓ Hoại tử vô mạch
- ✓ Xuất huyết
- ✓ Bệnh Paget liên quan đến khớp
- ✓ Gãy xương do mỏi
- ✓ Viêm xương tủy
- ✓ Sarcoma xương
- ✓ Khối u di căn

- ❖ Các bệnh lý liên quan đến viêm đa khớp cấp tính bao gồm:
 - ✓ Bệnh gút, giả gút
 - ✓ Sốt thấp khớp
 - ✓ Viêm khớp do lậu
 - ✓ Viêm khớp do virus
 - ✓ Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng
 - ✓ Viêm khớp dạng thấp
 - ✓ Bệnh Still
 - ✓ Lupus ban đỏ hệ thống
 - ✓ Viêm khớp phản ứng
 - ✓ Viêm khớp sarcoid cấp tính
 - ✓ Sốt Địa Trung Hải có tính gia đình
- ❖ Bệnh lý đa khớp mạn tính có biểu hiện viêm bao gồm:
 - ✓ Viêm khớp do virus
 - ✓ Viêm khớp dạng thấp
 - ✓ Lupus ban đỏ hệ thống
 - ✓ Viêm khớp vảy nến
 - ✓ Viêm khớp phản ứng
 - ✓ Bệnh Behcet
 - ✓ Viêm cột sống dính khớp và bệnh lý cột sống không chuyên biệt
- ❖ Bệnh lý đa khớp mạn tính không có biểu hiện viêm bao gồm:
 - ✓ Thoái hóa khớp
 - ✓ Thoái hóa khớp do chấn thương
 - ✓ Bệnh nhiễm sắc tố sắt - Hemochromatosis
 - ✓ Ochronosis
 - ✓ Bệnh xương khớp phì đại tổn thương phổi - HPOA
 - ✓ Amyloidosis
 - ✓ To đầu chi

Bệnh sử

Chìa khóa tiếp cận ban đầu một bệnh nhân đau khớp không do chấn thương là xác định đau bên trong khớp hay ngoài khớp như túi hoạt dịch, gân, cơ, dây chằng, hoặc xương gần khớp hoặc đau do lan truyền từ cơ quan khác (đau quy chiếu) hoặc theo phân bố rễ thần kinh. Việc xác định này thường khó khăn hơn khi cơn đau ở các khớp lớn và ở gần thân mình. Ví dụ, đau khớp háng có thể khởi phát do bệnh lý thoái hóa đĩa đệm cột sống, hẹp ống sống, viêm khớp háng hoặc viêm túi hoạt dịch máu chuyển.

Nếu đau do nguyên nhân bên trong khớp, cần phải phân biệt

- ✓ Đau khớp có viêm

✓ Đau khớp không kèm viêm

Đau khớp có viêm được đặc trưng bởi tình trạng viêm các cấu trúc của khớp ảnh hưởng, như hoạt mạc, túi hoạt dịch hoặc điểm bám gân xương.

Đau khớp không viêm là bệnh khớp chủ yếu do sự thay đổi cấu trúc hoặc cơ học của khớp. Bệnh khớp có thể xảy ra do tổn thương sụn khớp hoặc sụn chêm, có hoặc không có thay đổi đồng thời trong cấu trúc của xương dưới sụn hoặc thay đổi trong giải phẫu khớp do do bẩm sinh, chuyển hóa hoặc sau một bệnh lý đau khớp do viêm trong quá khứ.

Triệu chứng lâm sàng của đau khớp cũng thay đổi tùy thuộc cảm giác và ngưỡng chịu đau của bệnh nhân. Các triệu chứng của bệnh lý khớp bao gồm:

- ✓ Đau.
- ✓ Cứng khớp.
- ✓ Sưng.
- ✓ Giới hạn vận động.
- ✓ Yếu.
- ✓ Mỏi

Với bệnh lý khớp do viêm, đau biểu hiện cả khi nghỉ ngơi và khi vận động. Đau nặng hơn khi bắt đầu hoạt động so với khi kết thúc. Với bệnh khớp không viêm (ví dụ thoái hóa khớp, thay đổi cấu trúc hoặc cơ học khớp), cơn đau xảy ra chủ yếu hoặc chỉ xảy ra khi vận động và cải thiện nhanh chóng khi nghỉ ngơi. Bệnh nhân bị thoái hóa khớp nặng ở khớp háng, cột sống hoặc đầu gối cũng có thể bị đau khi nghỉ ngơi và vào ban đêm.

Đau phát sinh từ các khớp nhỏ ở ngoại vi có xu hướng khu trú tại chỗ hơn đau phát sinh từ các khớp lớn gần thân mình. Ví dụ, đau phát sinh từ khớp háng có thể được cảm nhận ở háng hoặc mông, ở phần trước của đùi hoặc ở đầu gối.

Cứng khớp là một cảm giác căng cứng khi cố gắng di chuyển các khớp sau một thời gian không hoạt động. Nó thường giảm dần theo thời gian. Thời gian kéo dài của nó có thể giúp phân biệt đau khớp do viêm và không viêm. Với đau khớp do viêm, cứng khớp xuất hiện khi thức dậy và thường kéo dài 30-60 phút hoặc lâu hơn. Với đau khớp không viêm, cứng khớp kéo dài trong một thời gian ngắn (ví dụ, trong khoảng 15 phút) sau khi thức dậy vào buổi sáng hoặc sau thời gian không hoạt động.

Trong đau khớp do viêm, sưng khớp có liên quan đến phì đại màng hoạt dịch, tràn dịch màng hoạt dịch hoặc viêm của các cấu trúc quanh khớp. Mức độ sưng thường thay đổi theo thời gian. Với đau khớp không viêm, sự hình

thành của gai xương dẫn đến phì đại xương. Bệnh nhân có thể phát hiện ngón tay hoặc đầu gối phì đại lên. Mức độ phù nề mô mềm nhẹ có liên quan đến nang, dày lên hoặc tràn dịch của màng hoạt dịch.

Mất vận động khớp có thể là do tổn thương cấu trúc, viêm hoặc co rút của các mô mềm xung quanh. Bệnh nhân có thể thấy hạn chế đối các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của họ, chẳng hạn như gài áo ngực, cắt móng chân, leo cầu thang hoặc chải tóc.

Sức cơ nằm xung quanh khớp thường bị giảm do hậu quả của việc teo cơ. Yếu với đau gợi ý nguyên nhân liên quan đến cơ xương (ví dụ, viêm khớp hoặc viêm gân) chứ không phải là một nguyên nhân bệnh lý cơ hoặc thần kinh đơn thuần. Biểu hiện bao gồm giảm sức nắm, khó khăn khi dựa ghế ngồi dậy hoặc leo cầu thang và cảm giác sạm chân.

Mệt mỏi thường thấy bệnh nhân viêm khớp. Với bệnh lý đa khớp có viêm, mệt mỏi thường được ghi nhận vào buổi chiều hoặc gần tối. Với các rối loạn tâm sinh lý, sự mệt mỏi thường được ghi nhận vào buổi sáng và liên quan đến lo lắng, căng cơ và khó ngủ.

❖ Các dấu hiệu bệnh sử quan trọng để chẩn đoán phân biệt đau khớp bao gồm:

- ✓ Khởi phát, kéo dài của đau khớp, mô hình thời gian của khớp liên quan
- ✓ Số lượng khớp liên quan
- ✓ Sự đối xứng của khớp hay không
- ✓ Sự phân bố của khớp bị ảnh hưởng
- ✓ Biểu hiện ngoài khớp

Triệu chứng khởi phát có thể đột ngột hoặc từ từ. Với kiểu khởi phát đột ngột, các triệu chứng khớp biểu lộ trong vài phút đến vài giờ. Thường gặp do viêm khớp do lắng đọng tinh thể, hoặc nhiễm trùng. Với kiểu khởi phát từ từ, các triệu chứng khớp biểu hiện dần dần trong vài tuần đến vài tháng. Kiểu khởi phát này là điển hình cho hầu hết các dạng viêm khớp, bao gồm viêm khớp dạng thấp (RA) và thoái hóa khớp.

Thời gian kéo dài triệu chứng giúp xác định bệnh lý cấp tính hoặc mãn tính. Các triệu chứng cấp tính được định nghĩa là những triệu chứng đã xuất hiện dưới **6 tuần**; các triệu chứng mãn tính được định nghĩa là những triệu chứng kéo dài ít nhất 6 tuần hoặc hơn.

Các mô hình thời gian của khớp liên quan là sự di trú, đồng thời hoặc không liên tục. Với mô hình di trú, tình trạng viêm chỉ tồn tại trong vài ngày ở mỗi khớp (như trong sốt thấp khớp cấp tính hoặc nhiễm lậu cầu khuẩn lan

tỏa). Với mô hình xảy ra đồng thời, tình trạng viêm vẫn tồn tại ở các khớp liên quan trong khi những khớp mới bị ảnh hưởng. Với một mô hình không liên tục, triệu chứng xảy ra theo đợt, với các giai đoạn không có triệu chứng khớp (như trong bệnh gút, giả gút hoặc viêm khớp Lyme).

Liên quan đến sự phân bố khớp liên quan, các khớp liên đốt xa của ngón tay thường liên quan đến viêm khớp vẩy nến, bệnh gút hoặc thoái hóa khớp nhưng thường không xảy ra ở RA. Các khớp của cột sống thắt lưng thường liên quan đến viêm cột sống dính khớp nhưng không thấy trong RA.

Biểu hiện ngoài khớp cũng khác nhau. Các triệu chứng toàn thân gợi ý một bệnh lý hệ thống và không gặp ở những bệnh nhân bị thoái hóa khớp. Chúng có thể bao gồm mệt mỏi, khó chịu và giảm cân. Tổn thương da có thể có biểu hiện trong một số bệnh khớp hệ thống như SLE, viêm da cơ, xơ cứng bì, bệnh Lyme, bệnh vẩy nến, ban xuất huyết Henoch-Schönlein.

Các triệu chứng hoặc dấu hiệu ở mắt cũng có thể biểu hiện. Viêm cũng mạc có thể liên quan đến RA hoặc bệnh viêm màng bồ đào với viêm cột sống dính khớp hoặc viêm mống mắt với viêm khớp tự phát thiếu niên. Viêm kết mạc có thể do viêm khớp phản ứng.

Khớp bị ảnh hưởng chỉ có 1 khớp được gọi là viêm một khớp. Viêm ít khớp liên quan đến 2-4 khớp. Viêm đa khớp thì từ 5 khớp trở lên.

Viêm khớp đối xứng được đặc trưng bởi sự biểu hiện của cùng một khớp ở mỗi bên của cơ thể. Sự đối xứng này là điển hình của viêm khớp dạng thấp và Lupus ban đỏ hệ thống. Viêm khớp không đối xứng được đặc trưng bởi sự biểu hiện của các khớp khác nhau ở 2 bên. Điển hình là viêm khớp vẩy nến, viêm khớp phản ứng và viêm khớp Lyme.

✓ Khám lâm sàng

Khám lâm sàng giúp phân biệt viêm khớp (ví dụ RA) với tổn thương khớp (ví dụ, bệnh thoái hóa khớp). Nó cũng có thể giúp làm sáng tỏ vị trí tổn thương là ngoài khớp (viêm điểm bám gân xương, viêm bao gân, viêm túi hoạt dịch) hoặc trong khớp.

❖ Các dấu hiệu giúp phân biệt viêm khớp với tổn thương khớp

❖ Dấu hiệu của bệnh viêm khớp bao gồm:

- ✓ Phì đại bao hoạt dịch
- ✓ Tràn dịch khớp
- ✓ Đau khi chuyển động, đặc biệt là tại vị trí biên độ tối đa của vận động khớp
- ✓ Đỏ và ấm

- ✓ Giới hạn tầm vận động
- ✓ Đau khớp khi sờ nắn

Phì đại bao hoạt dịch là dấu hiệu đáng tin cậy nhất của viêm khớp. Màng hoạt dịch thường rất mỏng khó sờ thấy. Ở bệnh nhân bị viêm khớp mạn tính, màng hoạt dịch thường dày và dễ cảm nhận được ở khe khớp.

Tràn dịch khớp tiến triển đáp ứng với viêm bao hoạt dịch, chấn thương, xuất huyết trong khớp, hoặc viêm cấp tính. Tràn dịch lượng nhiều có thể làm mất các hõm tự nhiên quanh khớp. Và có thể được phát hiện bằng cách thực hiện dấu bập bênh (ví dụ bập bênh bánh chè)

Đau trong toàn bộ biên độ vận động gặp ở bệnh nhân có khớp viêm cấp tính. Đau khi khớp bị ép nhẹ làm hạn chế toàn bộ tầm vận động của khớp gợi ý đến nguyên nhân trong khớp làm viêm màng hoạt dịch khớp. Đau chỉ xuất hiện trong một vài biên độ vận động nhất định, không xuất hiện trong toàn bộ tầm vận động của khớp gợi ý một nguyên nhân bên ngoài khớp, chẳng hạn như viêm gân.

Đỏ của khớp gặp trong các thể viêm khớp cấp tính, như bệnh gút, viêm khớp nhiễm trùng hoặc sốt thấp khớp cấp tính. Nó hiếm gặp ở những bệnh nhân bị RA nhưng đôi khi có thể xảy ra ở những bệnh nhân bị viêm khớp vảy nến. Khớp ấm nóng là dấu hiệu nhạy của đau khớp do viêm và có thể được phát hiện bằng cách so sánh nhiệt độ da tại khớp và một vị trí ở xa khớp. Sự khác biệt về độ ẩm cũng có thể được phát hiện bằng cách so sánh với cùng một khớp ở bên đối diện.

Ở bệnh nhân có bệnh lý khớp do viêm, việc hạn chế vận động là do sự tràn dịch, dày màng hoạt dịch, xơ dính bao khớp, hoặc đau.

Đau khớp là một dấu hiệu nhạy cảm của bệnh khớp, nhưng nó không đặc hiệu cho bệnh khớp do viêm. Khi khớp bị viêm cấp tính, đau có thể xảy ra khi ấn tại toàn bộ vị trí của màng hoạt dịch. Đau khu trú tại một vị trí có thể giới hạn một tình trạng viêm tại chỗ bên ngoài khớp (ví dụ, viêm gân, viêm điểm bám gân xương). Sự xuất hiện của đau khớp trong trường hợp không có bất thường nào của khớp được ghi nhận phải nghĩ tới tình trạng cảm xúc của bệnh nhân.

- ❖ Các dấu hiệu của bệnh thoái hóa khớp hoặc thay đổi về cơ học bao gồm:
 - ✓ Phì đại xương của khớp (gai xương)
 - ✓ Hạn chế tầm vận động
 - ✓ Lạo xạo khi hoạt động chủ động hoặc thụ động
 - ✓ Biến dạng khớp

Gai xương nằm ở các khớp liên đốt xa được gọi là các nốt Heberden, trong khi nằm ở các khớp liên đốt gần được gọi là các nốt Bouchard.

Biên độ vận động của bệnh nhân bị thoái hóa khớp hoặc bệnh lý khớp do chấn thương bị giới hạn do chuột khớp, hình thành gai xương, hoặc bán trật.

Lạo xạo có thể được sờ thấy hoặc nghe trong quá trình chuyển động của khớp. Tiếng lạo xạo nhẹ có thể được cảm nhận (hoặc nghe bằng ống nghe) trong khớp bị viêm khớp dạng thấp khi mặt sụn không còn trơn láng. Tiếng lạo xạo thô, rất có thể thấy trong các khớp bị tổn thương nặng do RA hoặc thoái hóa khớp kéo dài.

Ba loại biến dạng khớp chính phải được phân biệt. Loại thứ nhất là hạn chế tầm vận động bình thường (ví dụ, mất duỗi khớp hoàn toàn dẫn đến biến dạng gấp). Thứ hai là lệch trục của xương liên quan đến khớp (ví dụ, biến dạng vẹo ngoài gối). Thứ ba là do thay đổi mối tương quan giữa 2 bề mặt khớp, như bán trật hoặc trật.

❖ **Kỹ thuật khám.**

Các kỹ thuật được sử dụng khi thăm khám bao gồm:

- ✓ Nhìn
- ✓ Sờ nắn
- ✓ Đánh giá biên độ vận động

Khi nhìn, mỗi khớp có một đặc điểm hoặc hình dạng bình thường, và một tư thế nghỉ đặc trưng.

So sánh với bên đối diện của cơ thể để phát hiện các bất thường ở khớp, bao gồm sưng, biến dạng, ban đỏ bề mặt da hoặc teo cơ quanh khớp. nhìn trên mặt phẳng đứng dọc, lưu ý các biến dạng khớp do mất duỗi (ví dụ, biến dạng gấp). khi nhìn theo mặt phẳng đứng ngang, lưu ý sự lệch trục khớp, có thể dẫn đến biến dạng vẹo trong hoặc ngoài.

Sờ nắn các khớp được sử dụng để đánh giá các dấu hiệu viêm (ví dụ, ấm, phì đại hoạt dịch, tràn dịch khớp và đau) và các dấu hiệu tổn thương khớp (ví dụ, phì đại xương và lạo xạo). Người khám nên ấn với đủ áp lực để làm trắng móng ngón tay cái của mình. Điều này đảm bảo rằng việc đánh giá đau khớp là đồng nhất. Lực ấn trong quá trình sờ nắn không nên gây đau ở khớp bình thường.

Đánh giá giới hạn của vận động thụ động bằng cách so sánh nó với tầm động ở những người khỏe mạnh và với tầm vận động của khớp đối diện. Đánh giá tầm vận động chủ động có thể được sử dụng để xác định sự biểu

hiện của bệnh lý trong các cấu trúc gần khớp (ví dụ, gân và túi hoạt dịch). Đau xảy ra chỉ trong một phần của biên độ vận động có thể liên quan đến cấu trúc ngoài khớp. Đánh giá đau với chuyển động khớp cần quan sát khuôn mặt của bệnh nhân.

Dấu lạo xạo được ghi nhận bằng cách sờ khớp bằng một tay trong khi vận động khớp thụ động với tay kia. Ở chi dưới, đôi khi có thể nghe thấy tiếng lạo xạo của khớp háng hoặc khớp gối khi bệnh nhân ngồi dậy từ ghế, leo cầu thang hoặc xoay trên khớp bị ảnh hưởng.

Đánh giá sự mất vững hoặc vận động bất thường bằng cách tác dụng lực lên một khớp đã thả lỏng trong các mặt phẳng ít hoặc không có chuyển động khớp. Sự mất vững của các khớp ở chi dưới (ví dụ, đầu gối hoặc mắt cổ chân) nên được đánh giá bằng cách quan sát khớp khi đứng chống chân hoặc đi bộ. Sự mất vững của khớp có thể là do sự lỏng lẻo của dây chằng hoặc do sự phá hủy của bề mặt khớp.

Cận lâm sàng

Các xét nghiệm hữu ích nhất cho chẩn đoán các bệnh lý gây đau khớp cụ thể như sau:

- ✓ Viêm khớp nhiễm trùng - Nhuộm gram và nuôi cấy dịch khớp [7, 25]
 - ✓ Gút hoặc giả gút – soi một giọt hoạt dịch dưới kính hiển vi quang học phân cực để tìm tinh thể urate nội bào (gút) hoặc tinh thể dihydrat canxi pyrophosphate (giả gút).
 - ✓ Viêm cột sống dính khớp - X quang khớp cùng chậu để xác định viêm khớp cùng chậu hai bên.
 - ✓ Thoái hóa khớp - X quang khớp bị ảnh hưởng
 - ✓ Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) - Xét nghiệm kháng thể kháng nhân (ANA); nếu kết quả dương tính, xét nghiệm tìm kháng thể Smith (Sm) và kháng thể DNA chuỗi kép. Hai xét nghiệm này thường đặc hiệu hơn đối với SLE nhưng chỉ biểu hiện lần lượt là 30% và 60% ở bệnh nhân SLE.
- ❖ **Xét nghiệm sàng lọc tất cả các loại bệnh khớp có viêm bao gồm:**
- ✓ Tốc độ máu lắng (ESR)
 - ✓ CRP
 - ✓ Yếu tố thấp khớp (RF) và Anti-CCP
 - ✓ ANA

Trong bệnh cảnh đau khớp với các dấu hiệu thăm khám lâm sàng không rõ ràng, tốc độ máu lắng tăng cao giúp xác định có biểu hiện của hiện tượng viêm.

Mức CRP không đặc hiệu với viêm và được xem như là một thay thế cho tốc độ máu lắng. Tuy nhiên, khác với ESR, mức CRP có thể được đo trên huyết thanh đông lạnh, không bị ảnh hưởng bởi sự hiện diện của thiếu máu hoặc tăng glucose máu, tăng nhanh hơn khi đáp ứng với kích thích viêm và cần nhiều thời gian để có kết quả (> 24 giờ, còn ESR chỉ cần 1 giờ).

Xét nghiệm RF nên được thực hiện khi nghĩ tới viêm khớp dạng thấp (RA). Kết quả có thể dương tính với khoảng 20% bệnh nhân lớn tuổi khỏe mạnh. Kết quả cũng dương tính ở những bệnh nhân bị các bệnh lý hệ thống khác (ví dụ SLE, hội chứng Sjögren và viêm mạch máu), nhiễm trùng mãn tính (ví dụ, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng bán cấp và viêm gan C), bệnh gan mãn tính, hoặc bệnh phổi mãn tính.

Xét nghiệm kháng thể kháng CCP có độ đặc hiệu cao hơn xét nghiệm RF nhưng độ nhạy thấp hơn. Xét nghiệm anti-CCP đặc biệt hữu ích trong việc đánh giá bệnh nhân bị đau khớp có giá trị RF thấp và kết quả khám không khẳng định được có viêm màng hoạt dịch khớp.

Các xét nghiệm ANA thường chỉ định những bệnh nhân bị viêm khớp hoặc để sàng lọc SLE hoặc một rối loạn mô liên kết khác. Hơn 95% bệnh nhân mắc SLE có ANA dương tính; do đó, kết quả ANA âm tính giúp loại trừ SLE. Tuy nhiên, kết quả ANA dương tính có độ đặc hiệu thấp và có thể xảy ra ở những bệnh nhân mắc các bệnh mô liên kết khác hoặc một số bệnh nội khoa, cũng như ở 5-10% người khỏe mạnh khác.

Các xét nghiệm thường quy như công thức máu hoặc chức năng gan nên được xem xét kỹ khi nghi ngờ các bệnh lý đa cơ quan dựa trên bệnh sử và thăm khám lâm sàng.

Các xét nghiệm khác như (HLA)-B27 và huyết thanh bệnh Lyme nên được thực hiện khi lâm sàng nghi ngờ tình viêm dính đốt sống và nhiễm trùng Lyme.

Chẩn đoán hình ảnh

Xquang – Các bệnh nhân với bệnh sử chấn thương hoặc đau trong xương nên được chụp xquang để loại trừ gãy xương, u, và các tổn thương hủy xương. Hình ảnh X quang cũng giúp xác định có tràn dịch khớp hay không, đặc biệt là các khớp lớn như khớp khuỷu, khớp cổ chân, khớp háng, các khớp khó xác định trên thăm khám lâm sàng. Có thể thấy các tổn thương hủy

sụn, tổn thương đóng vôi của gout, hẹp khe khớp. Calci hóa mô mềm (hoặc viêm gân calci hóa) có thể gặp ở các khớp kề cận với khớp bị ảnh hưởng.

Siêu âm – Siêu âm hệ cơ xương khớp là một phương tiện đơn giản để xác định có tràn dịch khớp hay không, nhạy hơn khám lâm sàng trong việc xác định viêm hoạt dịch. Siêu âm cũng có thể hướng dẫn thủ thuật chọc dịch khớp hoặc tiêm khớp.

Chụp cắt lớp vi tính – Chụp cắt lớp vi tính nên được sử dụng để đánh giá vị trí chọc dò các khớp khó tiếp cận như khớp háng, khớp vùng chậu hoặc khớp ức đòn..)

Cộng hưởng từ - MRI có hiệu quả trong việc chẩn đoán tràn dịch các khớp nằm sâu như khớp háng và khớp vai do tràn dịch các khớp này khó có thể được phát hiện trên lâm sàng. MRI cũng giúp phân biệt được viêm bao hoạt dịch với tổn thương dây chằng, dây chằng và các bất thường khác.

Chọc dò khớp – chọc dịch khớp làm xét nghiệm nên được thực hiện ở tất cả những bệnh nhân đau khớp chưa rõ nguyên nhân và bị tràn dịch khớp hoặc có dấu hiệu gợi ý đến một tình trạng viêm trong khớp.

Mục đích chính của việc chọc dò dịch khớp làm xét nghiệm là nhằm làm thu hẹp các chẩn đoán phân biệt bằng việc phân loại các loại tràn dịch thành không viêm, viêm, máu hoặc nhiễm trùng.

- ✓ **Quan sát đại thể** - Số lượng, độ trong, màu sắc và độ nhớt của dịch khớp là các yếu tố cần phải được ghi nhận. Ví dụ, xanthochromia là một tình trạng tràn máu khớp xảy ra mới đây do gãy xương hoặc do các chấn thương khác, cũng có thể do một tình trạng rối loạn đông máu gây ra; dịch trong có thể là bình thường hoặc không do viêm, dịch đục có thể nghĩ tới tình trạng viêm hay dịch nhiễm trùng.
- ✓ **Phân tích tinh thể** - Xét nghiệm dịch để tìm tinh thể monosodium urate(MSU) và tinh thể calcium pyrophosphate dihydrate(CPPD) bằng kính hiển vi phân cực nên được thực hiện để giúp chẩn đoán lần lượt gout và pseudogout.
- ✓ **Đếm bạch cầu đa nhân và các tế bào khác** - Ở các dịch khớp bình thường và tràn dịch khớp không viêm, bạch cầu đa nhân trung tính hiện diện với tỉ lệ thấp. Dịch không viêm thường có ít hơn 2000 bạch cầu/mm³ với ít hơn 75% bạch cầu đa nhân trung tính. Dịch viêm và dịch nhiễm trùng có tỉ lệ gia tăng của bạch cầu đa nhân trung tính.
- ✓ **Quan sát trực tiếp khi để lắng.**

- ✓ **Nhuộm gram và cấy** – Nếu có nghi ngờ lâm sàng nhiễm trùng khớp, nên làm thêm nhuộm gram và cấy dịch khớp. Trừ khi đặc điểm lâm sàng gợi ý đến nhiễm gonococcus, mycobacteria hoặc nhiễm nấm, nên thực hiện mẫu cấy vi khuẩn thường qui cả hiếu khí lẫn kỵ khí. Nếu nghi ngờ nhiễm gonococcus nên thông báo với phòng vi sinh để sử dụng các môi trường nuôi cấy thích hợp.

Các xét nghiệm hóa học về dịch khớp chẳng hạn như nồng độ glucose, LDH, hoặc protein chỉ có giá trị hạn chế; sự giảm nồng độ glucose và tăng nồng độ LDH là phù hợp với nhiễm trùng nhưng độ nhạy không cao (Bảng 5). Nồng độ bổ thể và phân tích miễn dịch của dịch khớp cũng có vai trò hạn chế và không được khuyến cáo rộng rãi cho mục đích chẩn đoán.

Bảng 5: phân loại dịch khớp dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

Tính chất	Bình thường	Không viêm	Viêm	Nhiễm trùng	Tràn máu
Thể tích, mL(gói)	<3,5	Thường >3,5	Thường >3,5	Thường >3,5	Thường >3,5
Độ trong	Trong suốt	Trong suốt	Hơi đục	Đục	Máu
Màu sắc	Trong	Vàng	Vàng	Vàng	Đỏ
Độ nhớt	Cao	Cao	Thấp	Đa dạng	Đa dạng
Bạch cầu, microl	<200	0-2000	>2000*	>20000**	Đa dạng
Bạch cầu đa nhân trung tính, %	<25	<25	>= 50	>=75	50-75
Mẫu cấy	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Thường dương tính	Âm tính

*Viêm khớp có thể bao gồm cả nhiễm trùng khớp

Sinh thiết bao hoạt dịch- Trong các trường hợp hiếm, chẩn đoán chính xác viêm một khớp phụ thuộc vào sinh thiết mô. Các chỉ định của sinh thiết bao hoạt dịch bao gồm viêm một khớp dai dẳng, nghi ngờ nhiễm trùng tác nhân không điển hình, hoặc chẩn đoán khối u trong khớp. Ví dụ, sinh thiết bao hoạt dịch hữu ích trong việc chẩn đoán nhiễm mycobacterium hoặc nấm, sarcoidosis.

Take home messages

Có rất nhiều nguyên nhân gây đau khớp. Dựa vào bệnh sử, thăm khám lâm sàng, diễn tiến bệnh cũng như các yếu tố tuổi, giới sẽ giúp thu hẹp được các chẩn đoán phân biệt.

Khi tiếp cận một bệnh nhân bị đau khớp, cần xác định rõ các đặc điểm của đau khớp:

- ✓ Chấn thương hay không chấn thương
- ✓ Tràn dịch hay không tràn dịch khớp
- ✓ Cấp tính hay mạn tính
- ✓ Vị trí tổn thương là trong khớp, ngoài khớp hay từ nơi khác.
- ✓ Đau khớp kèm viêm hay không viêm
- ✓ Có hay không có triệu chứng toàn thân đi kèm
- ✓ Có ảnh hưởng tới chức năng hay không.
- ✓ Khi chẩn đoán không rõ ràng, luôn phải đánh giá lại chẩn đoán ban đầu của bệnh nhân để tìm nguyên nhân gây đau chính xác (đau quy chiếu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Woolf AD, Akesson K. Primer: history and examination in the assessment of musculoskeletal problems. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2008 Jan. 4(1):26-33.
2. McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 2011 Dec 8. 365(23):2205-19.
3. Benjamin M, McGonagle D. The entheses organ concept and its relevance to the spondyloarthropathies. *Adv Exp Med Biol*. 2009. 649:57-70.
4. Schlesinger N. Diagnosing and treating gout: a review to aid primary care physicians. *Postgrad Med*. 2010 Mar. 122(2):157-61.
5. Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, Fransen J, Schumacher HR, Berendsen D, et al. 2015 Gout Classification Criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheumatol*. 2015 Oct. 67 (10):2557-68.
6. Molloy ES, McCarthy GM. Calcium crystal deposition diseases: update on pathogenesis and manifestations. *Rheum Dis Clin North Am*. 2006 May. 32(2):383-400, vii.
7. García-Arias M, Balsa A, Mola EM. Septic arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011 Jun. 25(3):407-21.
8. Sulzbacher I. Osteoarthritis: histology and pathogenesis. *Wien Med Wochenschr*. 2013 May. 163(9-10):212-9.

9. Feinstein DE, Brent LH. The complexity of the differential diagnosis for the inflammatory arthritides. *Postgrad Med*. 2006 May. Spec No:12-23.
10. García-Arias M, Balsa A, Mola EM. Septic arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011 Jun. 25(3):407-21.
11. Ma L, Cranney A, Holroyd-Leduc JM. Acute monoarthritis: what is the cause of my patient's painful swollen joint?. *CMAJ*. 2009 Jan 6. 180(1):59-65.
12. Margaretten ME, Kohlwes J, Moore D, et al. Does this adult patient have septic arthritis?. *JAMA*. 2007 Apr 4. 297(13):1478-88.
13. Kiriakidou M, Cotton D, Taichman D, Williams S. Systemic lupus erythematosus. *Ann Intern Med*. 2013 Oct 1. 159(7):ITC4-1..
14. Hamdulay SS, Glynne SJ, Keat A. When is arthritis reactive?. *Postgrad Med J*. 2006 Jul. 82(969):446-53.
15. Shojania K. Rheumatology: 2. What laboratory tests are needed?. *CMAJ*. 2000 Apr 18. 162(8):1157-63.
16. Jacobson JA, Girish G, Jiang Y, et al. Radiographic evaluation of arthritis: inflammatory conditions. *Radiology*. 2008 Aug. 248(2):378-89.
17. Castro C, Gourley M. Diagnostic testing and interpretation of tests for autoimmunity. *J Allergy Clin Immunol*. 2010 Feb. 125(2 Suppl 2):S238-47.
18. Waits JB. Rational use of laboratory testing in the initial evaluation of soft tissue and joint complaints. *Prim Care*. 2010 Dec. 37(4):673-89, v..