

# **TIẾP CẬN ĐAU KHỚP Ở TRẺ EM**

Th.s. Bs Tôn Thất Hoàng  
PGS. TS Nguyễn Thị Thanh Lan

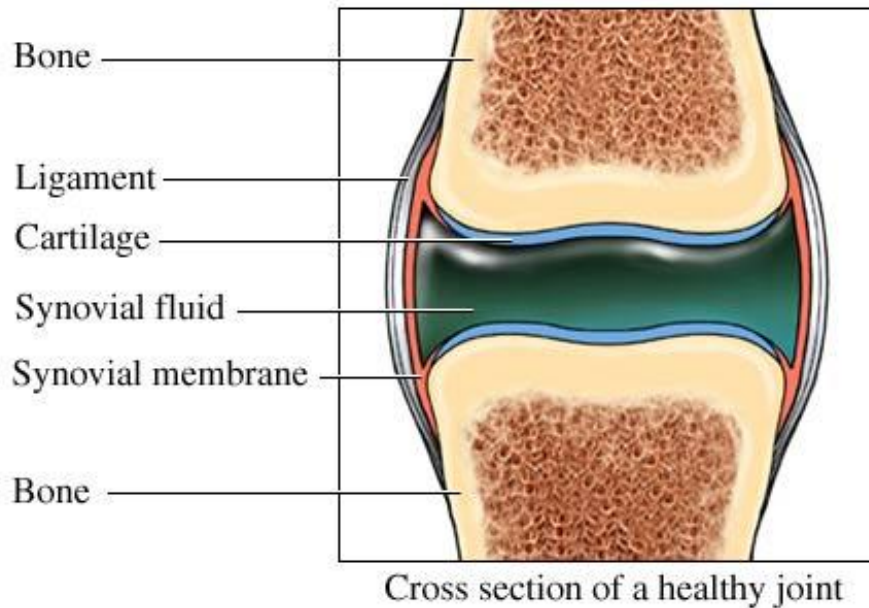
# NỘI DUNG

1. Đại cương
2. Tiếp cận trẻ có đau khớp
3. Các xét nghiệm sàng lọc : step by step
4. Điều trị

# Đại cương

- 5 % bệnh nhân đến khám vì các than phiền về đau khớp, đau cơ hoặc chấn thương.
- Cần phân biệt :
  - Đau khớp với đau mô mềm, hay đau cơ gần khớp.
  - Đau khớp và đau liên quan
- Clue quan trọng : sưng khớp, đau khi vận động với cứng khớp, và hạn chế vận động
  - đau tại khớp

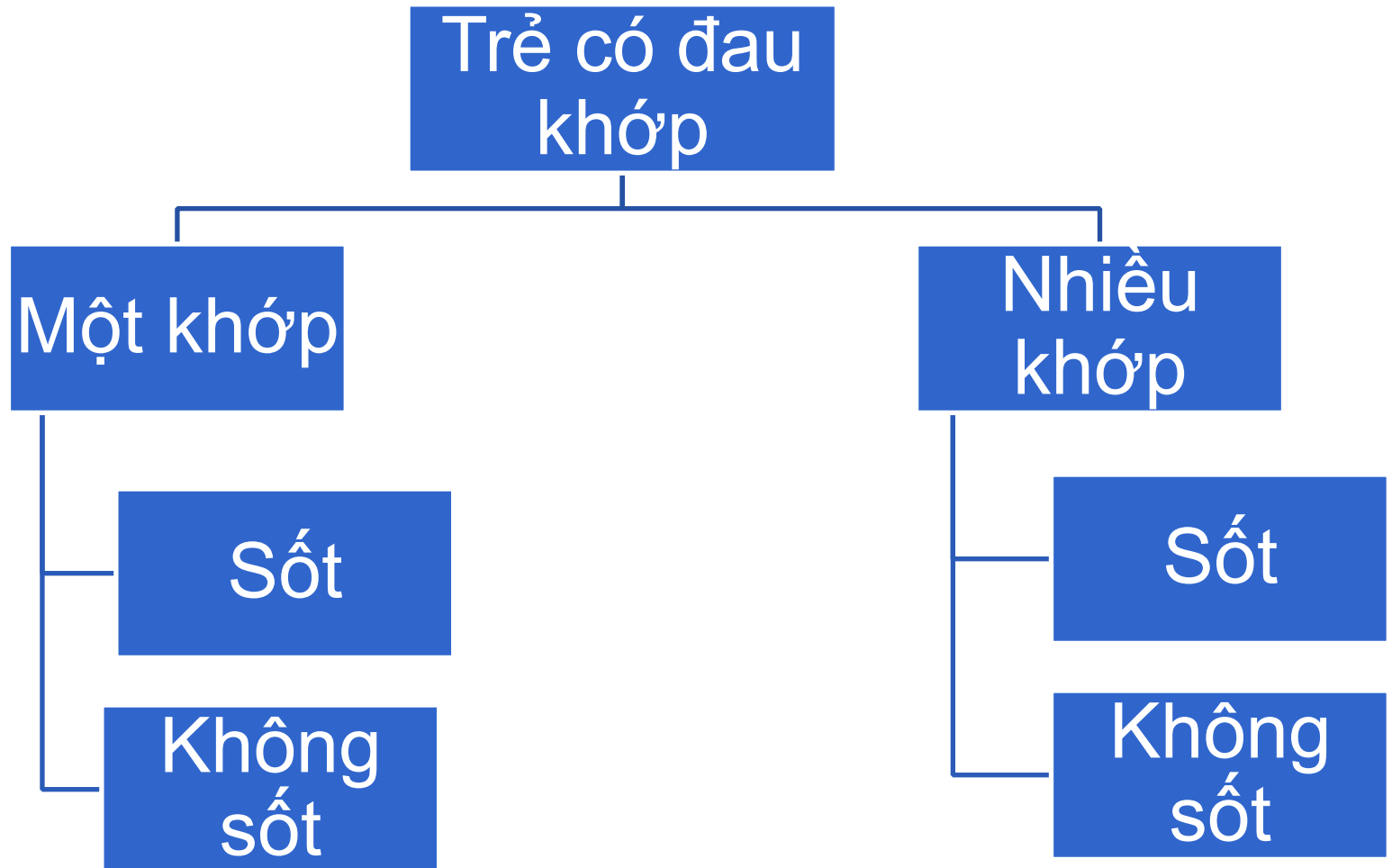
# Giải phẫu học



- Có 3 loại khớp dựa vào loại mô cấu tạo nên :
  - Khớp hoạt dịch (synovial joint)
  - Khớp mô sợi (fibrous joint)
  - Khớp sụn (cartilage joint)

# Sơ đồ tiếp cận

nhều khớp: từ 2 khớp trở lên



# 1. Đau một khớp kèm sốt

- a. Nhiễm trùng
- b. Viêm khớp do chấn thương, dị vật
- c. Miễn dịch : viêm khớp phản ứng, JIA, thấp khớp cấp thể không điển hình
- d. Bệnh Hb : Thalassemia
- e. Ác tính

Nhọc da -> vi trùng theo đường máu bạch huyết --> viêm tại khớp

Sốt, đau họng -> sau 1 thời gian thì đau tại khớp: thứ phát sau 1 miễn dịch chéo từ ổ nhiễm trùng nguyên phát --> thường thoáng qua và hồi phục hoàn toàn

Thấp khớp cấp thể ko điển hình: tr/c thấp khớp như đau đa khớp di chuyển( vai-> cổ tay-> chi dưới) # luân chuyển( đau vai -> đau cổ tay nhưng ở vai vẫn còn đau)  
\*\* THI \*\*. Thể điển hình là đau di chuyển, thể ko điển hình đau tại 1 khớp thôi nhưng vẫn cố ..... dương tính sau đó hồi phục hoàn toàn

## a. Nhiễm trùng

- Viêm khớp nhiễm trùng :
  - Sốt cấp tính kèm **sưng nóng đỏ đau khớp**
  - Cấy máu
  - Chọc dịch khớp : nhuộm Gram, cấy, đếm tế bào (**> 40.000 BC/mm<sup>3</sup>**), sinh hóa (đường, đạm)
- Cốt tủy viêm : gây viêm và tràn dịch khớp phản ứng với **nhiễm trùng trong xương**
- Viêm mô tế bào : có thể gây viêm khớp nhẹ khi có viêm mô mềm cạnh khớp



## b. Viêm khớp do chấn thương, dị vật

- Mảnh vỡ kim loại, hoặc các dị vật khác có thể gây nhiễm trùng thứ phát hoặc viêm màng hoạt dịch vô trùng.
- Chấn thương khớp : tiền căn chấn thương, chọc hút dịch khớp : viêm màng thanh dịch vô trùng.

## c. Miễn dịch

- Viêm khớp phản ứng : khởi phát sau nhiễm virus hoặc nhiễm trùng (hậu nhiễm liên cầu, Salmonella, Shigella, Yersinia...), thường lành tính và tự giới hạn.
- Viêm bao hoạt dịch khớp háng thoáng qua : bệnh nhân thường có đau khớp háng đột ngột, sốt nhẹ, VS tăng nhẹ. Bệnh thường hồi phục sau 1-2 tuần và ít tái phát. SA khớp háng có tự dịch nhanh và tái hấp thu sau vài ngày.
- JIA thể ít khớp (giai đoạn khởi phát)

## d. Bệnh Hb / Hemophilia

- Thiếu máu hồng cầu hình liềm
- Thalassemia
- Hemophilia (xuất huyết khớp)

## e. Bệnh ác tính

- Bạch cầu cấp (Leukemia) : bệnh ác tính thường gặp ở trẻ em
- Sarcoma tế bào hoạt dịch, Ewing' s sarcoma, Sarcoma xương.

Dấu hiệu gợi ý : đau nhức xương từng cơn (không tương xứng với mức độ sưng khớp), sụt cân, mệt mỏi, thiếu máu ....

## 2. Đau một khớp + không sốt

- a. Nhiễm trùng : cốt tủy viêm bán cấp, nhiễm lao, nhiễm nấm
- b. Chấn thương
- c. Miễn dịch : viêm bao hoạt dịch khớp háng thoáng qua, thấp khớp cấp thể không điển hình, JIA thể ít khớp (giai đoạn khởi phát).
- d. Bệnh hemophilia (bé trai) : xuất huyết khớp
- e. Ác tính : bạch cầu cấp, khối u xương
- f. Khác : hoại tử chỏm xương đùi vô trùng, HC đau loạn dưỡng giao cảm (RSD : Reflex sympathetic dystrophy / CRPS)

BN nhiễm virus có thể có viêm khớp do virus thích ăn khớp háng -> cải thiện trong 1-2 tuần  
Acs tính ở trẻ em thường gặp là ung thư máu, mà đau khớp là đã di căn rồi, lúc đó tìm dấu hiệu giảm tiểu cầu, hồng cầu do bị chèn ép bởi dòng bạch cầu--> bn vào viện với bệnh cảnh thiếu máu và xuất huyết. \*\*THI\*\*

### 3. Đau nhiều khớp kèm sốt

- a. Nhiễm trùng : nhiễm trùng huyết, hay viêm đài bể thận cấp.
- b. Miễn dịch : viêm khớp phản ứng, JIA (thể hệ thống /đa khớp), viêm khớp sau chủng ngừa, bệnh huyết thanh, bệnh ruột viêm (IBD)
- c. Ác tính : bạch cầu cấp, lymphoma, neuroblastoma

Neuroblastoma: trẻ có biểu hiện thiếu máu, xuất huyết, gan lách to --> siêu âm bụng tầm soát u nguyên bào thần kinh

## 4. Đau nhiều khớp + không sốt

- a. JIA
- b. Thấp khớp cấp
- c. Bệnh khớp triệu chứng : Lupus, Henoch-Schonlein.
- d. Đau khớp do vận động
- e. Đau khớp tăng trưởng

trc khi chẩn đoán đau khớp do vận động, tăng trưởng thì phải loại trừ những nguyên nhân khác



## a. JIA: Viêm khớp tự phát thiếu niên

- Viêm khớp mạn ở trẻ dưới 16 tuổi, thời gian đau khớp kéo dài trên 6 tuần, sau khi đã loại trừ các bệnh lý khớp khác ở trẻ em
- ***Thể lâm sàng theo ILAR :***
  - *Thể ít khớp (giới hạn, lan rộng)*
  - *Thể đa khớp RF(-)*
  - *Thể đa khớp RF(+)*
  - *Thể hệ thống*
  - *Thể viêm điểm bám gân*
  - *Thể viêm khớp vảy nến thiếu niên*
  - *Nhóm viêm khớp không phân loại*

## b. Thấp khớp cấp

- Thường xảy ra 1- 2 tuần sau viêm họng (nhiễm LCK beta nhóm A, 1/3 bệnh nhân không có viêm họng vẫn bị viêm khớp).
- Thường viêm nhiều khớp, có thể đối xứng hoặc không, ảnh hưởng các khớp lớn (đầu gối, khuỷu, cổ tay, cổ chân).
- Không hóa mủ, không cứng khớp, không teo cơ, không giới hạn vận động (trừ giai đoạn viêm cấp). Nếu không được điều trị triệu chứng tại khớp thường hết sau 3 - 4 tuần, nếu được điều trị bằng Aspirine, triệu chứng cải thiện sau 24 - 48 giờ. Viêm khớp không tiến triển mạn tính.

## c. Bệnh khớp triệu chứng

- **Lupus** : đau khớp kèm với các tiêu chuẩn chẩn đoán khác của Lupus. Tổn thương tại khớp thường nhẹ và không để lại di chứng
- **Henoch Schönlein** : viêm khớp xảy ra ở 84 % bệnh nhi, có thể là triệu chứng đầu tiên (25%). Thường ảnh hưởng các khớp lớn, chi dưới nhiều hơn chi trên. Tổn thương khớp thoáng qua, di chuyển, hồi phục sau vài ngày và không để lại di chứng. Thường kèm với phát ban ở hạ chi đặc trưng của bệnh.

## **d. Đau khớp do vận động**

- Abraham Gedalia (2002): 260 bệnh nhi, 18% bé gái và 6% bé trai có đau khớp do vận động.
- Do sự căng dẫn các dây chằng khi vận động
- Đau và sưng khớp tái phát, không kèm bất thường trên cận lâm sàng
- Thường lành tính và tiên lượng tốt, không để lại di chứng.

**Phải loại trừ các bệnh lý khớp khác trước khi kết luận đau khớp do vận động.**

## e. Đau khớp tăng trưởng

- Nghiên cứu ở châu Âu : 15% trẻ ở lứa tuổi đi học có đau khớp tăng trưởng.
- Thường khởi phát từ 3 - 13 tuổi, ưu thế ở bé gái.
- Cơ chế bệnh sinh chưa rõ
- Đau chủ yếu ở **chi dưới, xuất hiện vào buổi tối hoặc ban đêm**, đôi khi làm gián đoạn giấc ngủ. Trẻ có tổng trạng tốt, phát triển tâm thần vận động bình thường.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng bình thường.

**Phải loại trừ các bệnh lý khớp khác trước khi kết luận đau khớp do tăng trưởng (đau xương khớp lành tính).**

# MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN VIÊM KHỚP THƯỜNG GẶP THEO TUỔI

<i>Trước 3 tuổi</i>	<i>Từ 3 đến 7 tuổi</i>	<i>Từ 7 đến 12 tuổi</i>
<i>Viêm khớp nhiễm trùng</i>	<i>Viêm bao hoạt dịch Khớp háng thoáng qua</i>	<i>Viêm bao hoạt dịch khớp háng thoáng qua</i>
<i>Viêm khớp mạn thiếu niên</i>	<i>Viêm khớp mạn thiếu niên</i>	<i>Viêm khớp mạn thiếu niên</i>
<i>Viêm bao hoạt dịch khớp háng thoáng qua</i>	<i>Viêm khớp nhiễm trùng</i>	<i>Thấp khớp cấp</i>
<i>Viêm khớp virút</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ban dạng thấp (Schonlein Henoch)</li> <li>- Bệnh khớp triệu chứng</li> <li>- Viêm khớp virút</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viêm khớp virút</li> <li>- Viêm khớp nhiễm trùng</li> <li>- Viêm khớp phản ứng</li> <li>- Bệnh khớp triệu chứng</li> </ul>

lâm sàng độ đặc hiệu  
thấp

# Step by step

- **Bước 1** : Kiểm tra tình trạng **nhiễm trùng**
  - CTM, VS, Procalcitonin, Tổng phân tích nước tiểu, Cấy máu, xét nghiệm dịch khớp (nhuộm Gram, cấy, sinh hóa, tế bào), ASO, CT scan hoặc MRI khớp.
- **Bước 2** : Tầm soát các bệnh lý **ác tính**
  - CTM, Tủy đồ, sinh thiết tủy / xương
  - Siêu âm bụng
  - CT scan / MRI khớp  $\pm$  CT scan / MRI não, ngực, bụng để tìm khối u nguyên phát nếu nghi ngờ
- **Bước 3** : Tầm soát các bệnh lý **tự miễn**
  - RF, ANA, Anti ds DNA, Điện di đạm máu, C3, C4, Cytokines (IL-6, TNF- $\alpha$ )
  - X quang ngực, siêu âm tim, ECG



nghe ác tính khi: thiếu máu, xuất huyết ko giải thích đc, gan lách to, khối u trong bụng

khi đọc kết quả huyết đồ có 3 dòng HC BC TC: TH nào nồng độ Hb bình thường nhưng lâm sàng bn vẫn có thiếu máu( IMCI: da nhợt, niêm nhợt, lòng bàn tay nhợt). TH em bé bị lymphoma, tb lympho kích thước nó nhỏ khi đi qua máy đếm tự động nhằm là hồng cầu --> khi thấy Hb và LS ko phù hợp thì mình coi chừng đi tìm ung thư

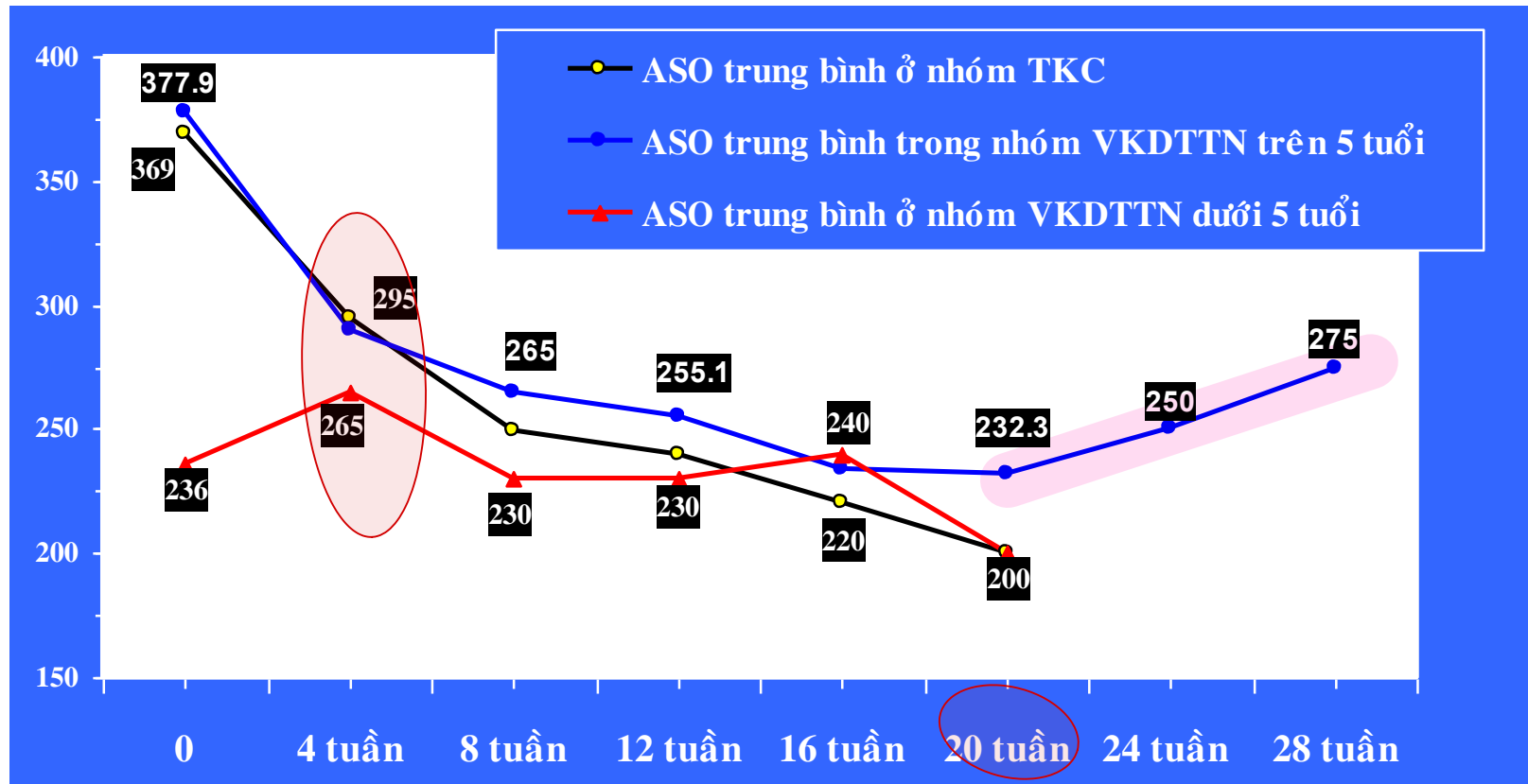
Procalcitonin: đặc hiệu cho nhiễm trùng hơn, CRP: phản ánh tình trạng viêm( do nhiễm trùng hoặc ko nhiễm trùng)

Trẻ sốt thì nên làm TPTNT thì nhiễm trùng đường tiểu thường kín đáo đặc biệt là trẻ em

Các XN tự miễn thường liên quan với nhau, ko chỉ bệnh lupus RF: ở trẻ em dùng để tiên lượng bệnh ko dùng để chẩn đoán

Siêu âm tim và điện tâm đồ: vì bệnh tự miễn thường viêm mô liên kết -> viêm đường dẫn truyền ở tim -> block dẫn truyền, nhĩ thất, xoang nhĩ...và 1 số trường hợp gây viêm cơ tim

# DIỄN TIẾN ASO TRONG BỆNH TKC VÀ VKDTTN



**Nhận xét:** ASO giảm nhanh sau 4 tuần ở cả 2 nhóm bệnh khớp.

**VKDTTN:** ASO thường (+) kéo dài trong nhiều tháng, không tương ứng với phản ứng viêm cấp trên LS/CLS

# THE END

