

## THOÁI HOÁ KHỚP

TS.BS. Đào Hùng Hạnh

Thoái khớp là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học, làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn (cột sống và đĩa đệm). Sự mất cân bằng này có thể được bắt đầu bởi nhiều yếu tố: di truyền, phát triển, chuyển hoá và chấn thương. Thoái khớp liên quan đến tất cả các mô của khớp, cuối cùng biểu hiện bởi các thay đổi hình thái, sinh hoá, phân tử và cơ sinh học của tế bào và chất cơ bản của sụn dẫn đến nhuyễn hoá, nứt, loét và mất sụn khớp, xơ hoá xương dưới sụn, tạo gai xương và hốc xương dưới sụn.

Thoái khớp gặp ở mọi chủng tộc, dân tộc, mọi điều kiện khí hậu, địa lý, kinh tế. Tần số mắc bệnh tăng lên theo tuổi. Nam và nữ mắc bệnh ngang nhau, tuy nhiên tỷ lệ thoái hoá khớp gối ở nữ cao hơn nam, nhưng tỷ lệ thoái hoá khớp háng ở nam cao hơn nữ. Ở Mỹ có 21 triệu người mắc bệnh thoái khớp, gây thiệt hại 68 triệu ngày công lao động hàng năm và 4 triệu người phải nằm viện do bệnh này. Ở Pháp, thoái khớp chiếm 28,6% các bệnh về xương khớp, ước tính có 3,4 triệu người tới điều trị thoái khớp mỗi năm, khoảng 50.000 người được ghép khớp háng nhân tạo. Ở Việt nam, đau xương khớp (chủ yếu là thoái hoá) chiếm 20% người đi khám bệnh.

### **Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh**

Nguyên nhân thực sự của bệnh thoái khớp vẫn chưa được xác định. Hai giả thiết bệnh học được đưa ra và không thể tách rời nhau:

- *Yếu tố cơ học*: do sụn khớp phải chịu lực quá tải
- *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 hoá và sự giải phóng enzymes trong quá trình thoái biến chất cơ bản và sau đó gây phá huỷ sụn khớp.

### **PHÂN LOẠI THOÁI HÓA KHỚP**

#### **Thoái hoá khớp nguyên phát:**

- *Sự lão hoá*: Các tế bào sụn với thời gian lâu dần sẽ già, khả năng tổng hợp các chất tạo nên sợi collagen và mucopolysacarid sẽ giảm sút và rối loạn, chất lượng của sụn giảm dần, tính đàn hồi và chịu lực giảm.
- *Yếu tố cơ học*: các vi chấn thương tích tụ lại nhiều lần là yếu tố quan trọng thúc đẩy quá trình thoái hoá tăng nhanh. Yếu tố cơ học thể hiện bằng sự tăng bất thường lực nén trên một đơn vị diện tích của mặt khớp và đĩa đệm, hay còn gọi là hiện tượng quá tải. Sự tăng trọng tải:

tăng cân quá mức do béo, do nghề nghiệp (khớp bàn tay, khớp vai của các võ sĩ quyền anh, khớp khuỷu của công nhân vận hành búa máy, khớp gối của vận động viên bóng rổ hoặc cử tạ, khớp cổ chân của diễn viên balê, bóng đá, cột sống của thợ mỏ than)...

- *Yếu tố di truyền*: những yếu tố như hàm lượng collagen và khả năng tổng hợp proteoglycan của sụn được mang tính di truyền.

**Thoái hoá khớp thứ phát**: gây ra do những rối loạn làm thay đổi đặc tính của sụn và làm hư hại bề mặt khớp:

- Các dị dạng bẩm sinh và rối loạn phát triển như loạn sản và trật khớp háng bẩm sinh, lồi ổ cối
- Tiền sử chấn thương
- Tiền sử phẫu thuật: như cắt sụn chêm
- Tiền sử bệnh xương: Bệnh Paget hoặc hoại tử xương

## **TRIỆU CHỨNG CỦA THOÁI KHỚP:**

### **Triệu chứng lâm sàng**

#### ***Đau:***

- Tính chất: đau âm ỉ, có thể có cơn đau cấp (ở cột sống) đau xuất hiện và tăng lên khi vận động, thay đổi tư thế, giảm đau về đêm và khi nghỉ ngơi.
- Đau diễn biến thành từng đợt, dài ngắn tùy trường hợp, hết đợt có thể hết đau hoàn toàn, sau đó tái phát đợt khác. Có thể đau liên tục tăng dần (thoái hoá khớp thứ phát).

#### ***Hạn chế vận động:***

- Các động tác của khớp và các đoạn cột sống bị thoái hoá hạn chế một phần; khi hạn chế nhiều thường do các phản ứng cơ kèm theo.
- Khó hoặc không làm được một số động tác : quay cổ, cúi sát đất, ngồi xổm ..

***Biến dạng***: không biến dạng nhiều. Các biến dạng trong thoái hoá khớp do mọc các gai xương, do lệch trục khớp hoặc thoát vị màng hoạt dịch.

Ở ngón tay khi bị thoái hoá, các gai xương tạo nên hình hạt chồi lên ở khớp ngón xa (hạt Heberden), hay ở khớp ngón gần ( hạt Bouchard)

#### ***Các dấu hiệu khác***

- Teo cơ: do ít vận động
- Tiếng lục khục khi vận động

- Tràn dịch khớp: đôi khi thấy ở khớp gối, phản ứng viêm của màng hoạt dịch.

**Dấu hiệu toàn thân:** các bệnh thoái hoá khớp thường không có biểu hiện toàn thân. Có thể có sốt nhẹ do phản ứng viêm thứ phát của màng hoạt dịch.

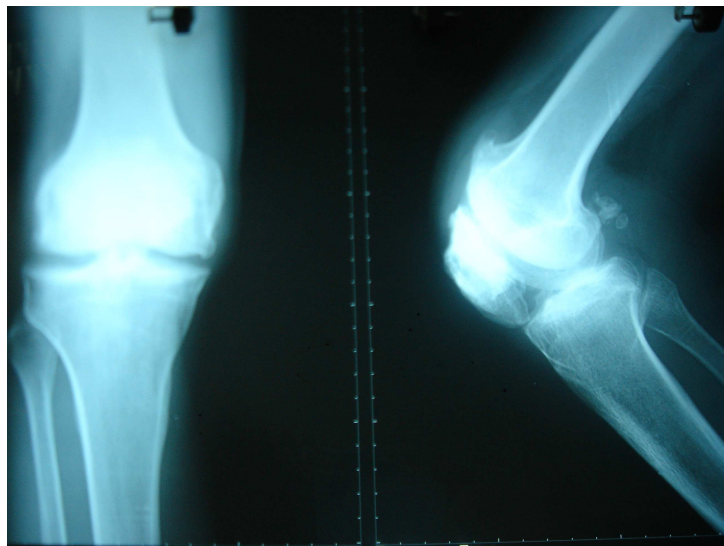
**Các phương pháp thăm dò hình ảnh chẩn đoán:**

**Xquang thường:** Có 3 dấu hiệu cơ bản:

- Hẹp khe khớp: khe không đồng đều, bờ không đều, ở cột sống biểu hiện bằng giảm chiều cao đĩa đệm.
- Đặc xương dưới sụn: phần đầu xương, hõm khớp, mâm đốt sống có hình đậm đặc, tăng cản quang nhiều, phần xương đặc có thể thấy một số hốc nhỏ.
- Mọc gai xương: gai mọc ở phần tiếp giáp giữa xương, sụn và màng hoạt dịch, ở rìa ngoài của thân cột sống. Gai xương có hình thô và đậm đặc.

◆ **Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hoá trên Xquang của Kellgren và Lawrence**

- + 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 xơ xương dưới sụn



Hình ảnh hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, vôi hóa bao hoạt dịch khớp gối

**Chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ:** có thể phát hiện sớm các tổn thương của sụn khớp và đĩa đệm

*Nội soi khớp* có thể tận mắt quan sát được những tổn thương thoái hoá của sụn khớp ở các mức độ khác nhau, được xác nhận hiệu quả hơn X quang và MRI.

#### **Các xét nghiệm khác:**

- Xét nghiệm máu và sinh hoá: không có gì thay đổi.
- Dịch khớp: Bình thường hoặc có tính chất viêm mức độ ít trong các đợt tiến triển. Dịch thường có màu vàng, độ nhớt bình thường hoặc giảm nhẹ, có 1000 - 2000 tế bào/mm<sup>3</sup>, 50% là bạch cầu đa nhân trung tính, không có tế bào hình nho, lượng protein, mucin và bổ thể bình thường. Phản ứng tìm yếu tố dạng thấp, tinh thể urat âm tính.

**CHẨN ĐOÁN** : phải kết hợp lâm sàng, không đơn thuần chỉ dựa vào XQ

Lâm sàng : Đau và hạn chế vận động khớp

Cận lâm sàng : Hình ảnh XQ điển hình : gai xương, hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn.

**ĐIỀU TRỊ:** Nguyên tắc điều trị :

- Làm chậm quá trình hủy hoại khớp, nhất là ngăn sự thoái hóa sụn khớp.
- Giảm đau, duy trì khả năng vận động, cải thiện chất lượng cuộc sống.

#### **Điều trị nội khoa**

##### **+ Vật lý trị liệu:**

Vật lý trị liệu có tác dụng giảm đau tốt, với mục đích chữa tư thế xấu và duy trì dinh dưỡng cơ ở cạnh khớp, điều trị các đau gân và cơ kết hợp.

- Nhiệt trị liệu: Siêu âm, hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp sóng siêu âm, bồn có hiệu quả cao.
- Tập luyện: Với các khớp ngoại vi. Có thể tập các bài tập chạy bộ khi khớp chưa có tổn thương X quang (khe khớp còn bình thường). Đi bộ hoặc đạp xe đạp tại chỗ là các biện pháp tập luyện tốt.
- Với nghề nghiệp của BN: tìm các biện pháp cho BN thích nghi với điều kiện làm việc và tình trạng bệnh, trên nguyên tắc làm cho khớp tổn thương không bị quá tải.

##### **+ Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh:**

- Thuốc giảm đau: Khởi đầu: Paracetamol: dung nạp tốt ở người lớn tuổi. Liều lượng : 500 mg, cứ 4 giờ một lần. Có thể tăng liều nhưng không vượt quá 3g/24h. Nếu BN vẫn đau : Paracetamol + codein (Efferalgan codein) hoặc Di-antalvic. Ngày 2-4 viên, chia 2-4 lần cho các thuốc này trong thời gian ngắn, sau lại chuyển sang dùng paracetamol.
- Thuốc chống viêm không steroid:

- Thuốc chống viêm không steroid cổ điển (ức chế COX1 và COX2): Diclofenac 50-150 mg/ngày, Piroxicam 10-20mg/ngày, *Ibuprofen*: 200 mg/viên, ngày 2-4 viên.
- Thuốc chống viêm không steroid ức chế chọn lọc men cyclooxygenase COX-2, ít tác dụng phụ lên đường tiêu hoá và thận, dung nạp tốt cho người lớn tuổi: *Mobic* 7,5-15mg/ngày, *Celebrex*.200-400 mg/ngày..
- Thuốc bôi ngoài da: bôi tại khớp đau 2-3 lần/ ngày: các loại gel (*Voltaren Emugel*, *Profenid gel*, *Geldene*...) có tác dụng giảm đau đáng kể mà không gây ra các tác dụng phụ như dùng đường toàn thân.
- Corticosteroid:
  - Đường toàn thân: Không có chỉ định
  - Đường nội khớp: Rất hiệu quả đối với các triệu chứng cơ năng của THK, *Hydrocortison acetat*: Mỗi đợt 2-3 mũi tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 4 mũi tiêm mỗi đợt. Với chế phẩm "chậm" (*Triamcinilon Hexacetonid*): mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Tuy nhiên thuốc có thể làm tổn thương sụn nên không tiêm quá 3 đợt 1 năm

*\* Lưu ý : tình trạng lạm dụng Corticosteroid (uống và tiêm nội khớp) như dùng không đúng chỉ định, không đảm bảo vô khuẩn khi tiêm, tiêm quá liều ... đang lan tràn ở các địa phương gây nhiều biến chứng trầm trọng như viêm khớp mủ, loãng xương, đái tháo đường...*
- + **Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm:** là một nhóm thuốc điều trị mới, không đạt hiệu quả tức thì mà sau một thời gian dài (trung bình 2 tháng) và hiệu quả này được duy trì cả sau khi ngừng điều trị (sau vài tuần đến 2-3 tháng). Dung nạp thuốc tốt, không có tác dụng phụ. Nhóm này gồm một số loại có tác dụng kích thích tế bào sụn, tăng tổng hợp proteoglycan, ức chế các men tiêu protein... hoặc thay đổi chất nhầy (dịch khớp nhân tạo).
  - Dịch khớp nhân tạo : Acid hyaluronic dưới dạng hyaluronate. Thuốc hoạt động bởi 3 cơ chế: bao phủ và bôi trơn bề mặt sụn khớp, ngăn cản sự mất proteoglycan bởi các khuôn sụn gián tiếp và làm tăng cường chế tiết acid hyaluronic tự do, tự nhiên hoặc hyaluro hoá bởi các tế bào màng hoạt dịch.

Tiêm nội khớp Acid hyaluronic: *Hyalgan* 20mg/ống/1 tuần x5 tuần. *Synvisc* 1 ống/tuần x 3 tuần, *Hyruan* 20 mg/tuần x5 tuần.

  - Chondroitin sulphat, ức chế một số men tiêu sụn, nhất là men metalloprotease. *Chondrosulf* 400mg, 3 viên/ 24h. *Structum* 250mg 4viên/ngày.
  - *Piaslentine*: là cao toàn phần không xà phòng hóa của dầu quả lê tàu và dầu đậu nành, thuốc có tác dụng ngăn chặn sự thoái hóa sụn. Liều 1viên/ngày

- Gucosamin Sulfat là một amino - saccharid thuộc về các glycosaminoglycan: ức chế men tiêu protein. *Viartril 250 mg* 2viên x 2lần/ngày x 6-8 tuần.

- Cây tế bào sụn đã nuôi cấy: hiện đang được nghiên cứu.

### **Điều trị ngoại khoa:**

- **Điều trị bằng nội soi khớp:** hiện được ứng dụng đối với khớp gối.

Nội soi rửa khớp đơn thuần trong giai đoạn sớm hoặc phối hợp nạo những phần sụn bị tổn thương, cắt màng hoạt dịch bị viêm từng phần, cắt bỏ gai xương.....:

- **Ngoại khoa:** Chỉ định trong các trường hợp hạn chế chức năng nhiều, hoặc đau khớp không đáp ứng với phương thức điều trị nội khoa.

Phương pháp gọt giữa xương để sửa chữa các khớp bị lệch trục thoái hoá khớp gối vẹo vào trong hoặc cong ra ngoài, làm cứng khớp, thay một phần hoặc toàn bộ khớp.

- **Thay khớp giả:** chỉ định khi thoái khớp ở giai đoạn nặng có hiệu quả rõ với triệu chứng đau và vận động của khớp. Thường 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.

- **Điều trị ngoại khoa dự phòng:** Khi có một tư thế xấu hoặc lệch trục sẽ gây thoái khớp thứ phát. Có thể sửa bằng cách can thiệp ngoại khoa: Gọt giữa xương chày trong lệch trục khớp gối, sửa chữa lại các thiếu sản khớp háng bẩm sinh.

### **PHÒNG BỆNH**

- Phát hiện và sửa chữa các dị dạng bẩm sinh, tư thế xấu, lệch trục khớp

- Tránh cho khớp bị quá tải (tư thế làm việc hợp lý), giảm trọng lượng ...