

ĐAU KHỚP GỐI

BS.Nguyễn Minh Phương

Tình huống lâm sàng 1 :

Một người đàn ông 45 tuổi đến khám vì đau khớp gối bên trái khởi phát từ đêm hôm qua. Con đau xuất hiện đột ngột sau bữa tiệc thịnh soạn cùng gia đình và trầm trọng hơn trong vòng 3 giờ không liên quan đến chấn thương. Ông ta nói rằng ông ta đã uống quá chén tối hôm qua. Qua thăm khám thấy sinh hiệu bình thường, không có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân. Khám tim phổi không có dấu hiệu bất thường. Cử động khớp gối trái bị giới hạn vì đau, không có tiếng lạo xạo khớp. Khớp gối trái sưng nóng đỏ, đau tăng lên khi cử động hay khi chạm vào. Hạch vùng không sờ chạm. Các khớp xương khác đều bình thường. Ông cho biết thêm rằng ông đang điều trị tăng huyết áp với Hypochlorothiazide. Không có tiền sử đau khớp cũng như chấn thương trước đó. Tổng phân tích tế bào máu không gợi ý 1 tình trạng nhiễm trùng cấp tính với BC 9900/mm³

- Chẩn đoán phù hợp trong tình huống này là gì ?
- Cần xử trí như thế nào ?

Bàn luận tình huống lâm sàng :

Bệnh nhân nam 45 tuổi đến khám vì đau khớp gối trái khởi phát đột ngột và diễn tiến nhanh không do chấn thương. Ông ta đã quá chén sau bữa tiệc thịnh soạn tối hôm đó. Sinh hiệu bệnh nhân bình thường. Bệnh nhân không có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân hay dấu hiệu bệnh lý ở cơ quan khác. Khớp gối trái sưng nóng đỏ, đau tăng lên khi cử động hoặc khi chạm vào. Các khớp khác đều bình thường. Tổng phân tích tế bào máu không gợi ý 1 tình trạng nhiễm trùng.

Đây là hình ảnh lâm sàng của tình trạng viêm cấp tính một khớp đơn độc. Việc tiếp cận đầu tiên cần phải loại trừ tình trạng nhiễm trùng (có thể từ xương hoặc từ mô mềm) từ chấn thương hoặc phẫu thuật hay tiêm trực tiếp vào khớp. Việc loại trừ nhiễm trùng khớp cần đặt ra đầu tiên bởi vì sụn khớp sẽ bị phá hủy trong vòng 24 giờ đầu sau nhiễm trùng ổ khớp. Đối với bệnh nhân này, bệnh sử lẫn bệnh cảnh lâm sàng không gợi ý đến nguyên nhân nhiễm trùng, nhưng cũng không loại trừ khả năng nhiễm trùng chỉ bằng bệnh sử hay khám lâm sàng. Hầu hết những cơn gout cấp thường xảy ra ở độ tuổi từ 30 đến 50 tuổi đối với nam và trẻ hơn đối với nữ (50 đến 70 tuổi). Tiền sử tiêu thụ nhiều bia rượu cũng được xem là yếu tố làm trầm trọng thêm cơn gout cấp. Ngoài ra còn có các yếu tố khác như chấn thương, phẫu thuật hoặc tiêu thụ lượng nhiều các thức ăn có chứa vòng purin làm tăng acid uric máu. Về tiền sử điều trị tăng huyết áp bằng lợi tiểu thiazide làm tăng acid uric máu cũng làm tăng khả năng của bệnh Gout.

- chẩn đoán phù hợp : Cơn gout cấp ở khớp gối trái
- Cần xử trí như thế nào:

Điều trị không dùng thuốc:

Kiêng những thức ăn có chứa vòng purin như hải sản, nội tạng động vật, thịt đỏ, nấm

Kiêng rượu bia, chất kích thích như cà phê, ớt cay

Uống nhiều nước, đặc biệt là nước khoáng có gas để kiềm hóa nước tiểu

Cẩn thận giữ ấm khớp, tránh mang giày quá chật

Tránh làm việc quá sức

Tránh dùng thuốc có chứa corticoid, thiazide vì có thể làm tăng acid uric máu.

Điều trị dùng thuốc :

Colchicine : ngày đầu 3mg chia 3 ngày thứ hai 2 mg chia 2 , từ ngày thứ ba đến ngày bảy 1mg/ngày. Liều ngộ độc colchicine là 10mg

Cẩn thận tác dụng phụ của colchicine : buồn nôn, tiêu chảy, mẩn ngứa, sốt cao. Ngưng thuốc ngay khi có tác dụng phụ.

Ngoài ra có thể dùng các loại thuốc kháng viêm khác như Indomethacine, Diclofenac...

Corticoid có thể làm giảm đau nhanh tuy nhiên lại làm tăng acid uric máu.

Bệnh nhân cần được thay thế điều trị THA bằng 1 loại thuốc khác thay cho thiazide.

Tình huống lâm sàng 2 :

Một người đàn ông 35 tuổi đến khám vì gối phải sưng to và đau. Nó xuất hiện nhanh chóng trong 36 giờ qua mà trước đó không có tiền sử chấn thương hay bệnh lý trước đó . Anh ta cảm thấy mệt mỏi và đau nhức 2 mắt, đồng thời than phiền tiểu gắt buốt bất thường. Anh ta đã lập gia đình và có 2 con và không hút thuốc lá , nhưng lại nghiện rượu. Anh ta là 1 thương gia và vừa trở về nước cách đây 3 tuần sau chuyến đi công tác ở Thái Lan.

Qua thăm khám ghi nhận nhiệt độ 38°C, cả 2 mắt đều đỏ. Lòng bàn tay và lòng bàn chân phát hiện nổi ban màu nâu. Khám tim phổi , khám bụng và khám thần kinh không ghi nhận bất thường . Gối phải sưng nóng và giới hạn vận động. Các khớp khác đều bình thường .

Xét nghiệm máu :

		Thông số bình thường
Haemoglobin	13.8 g/dL	13.3-17.7 g/dL
MCV	87 fL	80-99 fL
Bạch cầu	$13.6 \times 10^9 /L$	$3.9-10.6 \times 10^9 /L$
Tiểu cầu	$345 \times 10^9 /L$	$150-440 \times 10^9 /L$
VS	64 mm/h	< 10 mm/h

Tổng phân tích nước tiểu : không phát hiện protein , không hồng cầu , không glucose

Cấy máu : âm tính

X Quang gối phải : mô mềm quanh khớp sưng phù .

- Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt trong trường hợp này là gì ?
- Làm thế nào để chẩn đoán và xử trí trường hợp này ?

Bàn luận tình huống lâm sàng

Bệnh nhân này có biểu hiện bệnh lý ở 1 khớp duy nhất ,kèm với hồng ban , và đỏ mắt . Xét nghiệm cho thấy có tình trạng viêm nhiễm khi cả Bạch cầu và VS đều tăng . Chẩn đoán trong trường hợp này là bệnh lý viêm khớp và viêm niêm mạc sau nhiễm trùng , hay còn gọi là viêm khớp phản ứng đồng thời cũng được biết đến với tên gọi là hội chứng Reiter . Bệnh lý biểu hiện với tam chứng cổ điển (dù đôi khi không xuất hiện đủ cả 3) :

Viêm khớp huyết thanh âm tính ảnh hưởng chủ yếu ở các khớp vùng thấp .

Viêm kết mạc

Viêm niệu đạo không điều hình

Yếu tố khởi kích có thể là bệnh lý nhiễm trùng đường tiểu không do lậu cầu hoặc bệnh lý nhiễm trùng đường ruột. Bệnh nhân này có khả năng đã mắc phải bệnh lý nhiễm trùng đường tiểu lây lan qua đường tình dục ở Thái Lan.

Tình trạng viêm khớp cấp tính thường chỉ ảnh hưởng lên 1 khớp nhưng cũng có thể tiến triển thành viêm khớp mãn tính tái phát phá hủy cấu trúc khớp ảnh hưởng lên khớp gối và bàn chân ,và gây ra viêm khớp cùng chậu hay viêm cột sống dính khớp. Viêm gân và viêm màng cơ lòng bàn chân có thể xảy ra. Mất đỏ là do viêm kết mạc hoặc viêm màng bồ đào trước và có thể tái phát với đợt bùng phát viêm khớp cấp . Dấu ban nâu ở lòng bàn tay bàn chân là các nốt cứng nhỏ gọi là keratoderma blennorrhagica .Ngoài ra còn có các biểu hiện bệnh lý hệ thống như viêm màng ngoài tim, viêm màng phổi , sốt, nổi hạch. Tốc độ máu lắng (VS) thường tăng .

Chẩn đoán phân biệt trong trường hợp này :

- Viêm khớp lậu cầu : thường ảnh hưởng đa khớp đặc biệt là những khớp nhỏ ,như ở bàn tay cổ tay với sản mụn mủ .
- Viêm khớp nhiễm trùng : về mặt nhiễm trùng và phần da quanh khớp đỏ
- Viêm khớp dạng thấp : thường ảnh hưởng đa khớp
- Cơ gout cấp : thường ảnh hưởng đến khớp bàn ngón chân cái
- Cơ giả gout : thường gặp ở người già , và ảnh hưởng khớp lớn
- Bệnh Lyme : gây ra bởi nhiễm khuẩn *Borrelia burgdorferi* sau khi bị ve cắn , có thể có hồng ban đặc trưng
- Xuất huyết khớp : sau chấn thương hoặc bệnh lý về huyết học như Hemophilia .

Bệnh nhân này cần phải loại trừ viêm niệu đạo do lậu cầu hoặc chlamydia và chỉ định kháng sinh phù hợp. Thuốc kháng viêm NSAIDs có ích trong trường hợp này đồng thời bệnh nhân cần được yêu cầu nghỉ ngơi tại giường . Nếu bệnh bùng phát trở lại, bệnh nhân cần được gửi đến bác sĩ chuyên khoa cơ xương khớp để theo dõi thêm. Bệnh nhân và vợ cần được tư vấn xét nghiệm các bệnh lý lây lan qua đường tình dục (STDs) khác như VGSV B,C , HIV, giang mai.

TỔNG QUAN

Một số bệnh lý hệ vận động ảnh hưởng chủ yếu các khớp, gây viêm khớp. Các bệnh còn lại ảnh hưởng chủ yếu lên xương (ví dụ, gãy xương, bệnh Paget xương, khối u), cơ bắp hay mô mềm ngoài khớp khác (ví dụ, bệnh đau cơ xơ), hoặc các mô mềm xung quanh khớp (ví dụ, viêm bao hoạt dịch, viêm gân, bong gân). Viêm khớp có muôn vàn nguyên nhân có thể, bao gồm nhiễm trùng, rối loạn tự miễn dịch, viêm khớp do lắng đọng tinh thể gây ra, và bệnh lý từ sụn và xương (ví dụ, thoái hóa khớp). Viêm khớp có thể ảnh hưởng đến các khớp duy nhất (viêm khớp đơn độc) hoặc nhiều khớp (viêm đa khớp) một cách đối xứng hoặc không đối xứng. Khớp có thể bị ảnh hưởng do gãy xương hay bong gân.

Khai thác bệnh sử

Các bác sĩ lâm sàng nên tập trung vào triệu chứng toàn thân và ngoài khớp cũng như các triệu chứng khớp. Nhiều triệu chứng, bao gồm sốt, ớn lạnh, mệt mỏi, sụt cân, hiện tượng Raynaud, các triệu chứng da-niêm mạc (ví dụ, phát ban, mắt đỏ hoặc đau, ngứa), và GI hoặc triệu chứng tim phổi, có thể được kết hợp với rối loạn khớp khác nhau. Cần chú ý đến 3 triệu chứng: đau khi sử dụng khớp, cứng khớp vào buổi sáng trong thời gian ngắn, hạn chế chức năng và 3 dấu hiệu: tiếng răng rắc, cử động hạn chế, và xương to ra. Dựa vào 3 triệu chứng và 3 dấu hiệu có thể nhận dạng chính xác đến 99% các trường hợp viêm xương khớp gối.

Đau là triệu chứng phổ biến nhất của rối loạn khớp. Bệnh sử nên khai thác các đặc điểm, vị trí, mức độ nghiêm trọng, yếu tố làm trầm trọng thêm hoặc giảm đau, và khung thời gian (mới khởi phát hoặc tái phát). Các bác sĩ phải xác định triệu chứng đau có tồn tại hơn khi vận động một khớp ngay lần đầu hoặc sau khi vận động kéo dài và triệu chứng đau có xuất hiện khi thức dậy hoặc phát triển trong ngày. Thông thường, đau có nguồn gốc từ cấu trúc bề mặt tiên lượng tốt hơn so với triệu chứng đau có nguồn gốc từ các cấu trúc sâu hơn. Đau có nguồn gốc ở các khớp ngoại biên nhỏ có xu hướng tốt hơn đau có nguồn gốc ở các khớp lớn gần. Đau khớp có thể bắt nguồn từ các cấu trúc ngoài khớp hoặc từ các khớp khác. Viêm khớp thường gây đau nhức, trong khi bệnh thần kinh thường gây ra cảm giác đau rát.

Cứng khớp đề cập đến sự khó khăn trong việc vận động khớp, nhưng đối với bệnh nhân, cứng khớp cũng có nghĩa là yếu, mệt mỏi, hoặc giới hạn vận động của khớp. Các bác sĩ phải xác định rõ việc không có khả năng cử động khớp và sự ngần ngại để cử động một khớp vì đau. Đặc điểm của cứng khớp có thể gợi ý nguyên nhân :

- Khó chịu xảy ra khi cố gắng để cử động một khớp sau một thời gian nghỉ ngơi xảy ra trong bệnh thấp khớp.
- Triệu chứng cứng khớp càng nặng hơn và kéo dài hơn khi mà mức độ nghiêm trọng của tình trạng viêm khớp càng cao.

- Dấu hiệu nhà hát (cứng khớp trong thời gian ngắn sau khi đứng dậy và đòi hỏi phải đi chậm sau khi ngồi cố định vài giờ) phổ biến trong thoái hóa khớp.
- Cứng khớp buổi sáng ở các khớp ngoại vi kéo dài hơn 1 giờ có thể là một triệu chứng quan trọng đầu tiên của viêm khớp, chẳng hạn như trong bệnh lý thấp khớp, viêm khớp vẩy nến, viêm khớp hoặc siêu vi mãn tính.
- Ở phía thắt lưng, cứng khớp buổi sáng kéo dài hơn 1 giờ có thể gợi ý bệnh lý viêm cột sống dính khớp.

Mệt mỏi phản ánh tình trạng kiệt sức khác hẳn với cảm giác yếu, không có khả năng di chuyển, và ngần ngại cử động vì đau. Mệt mỏi có thể phản ánh một rối loạn viêm hệ thống.

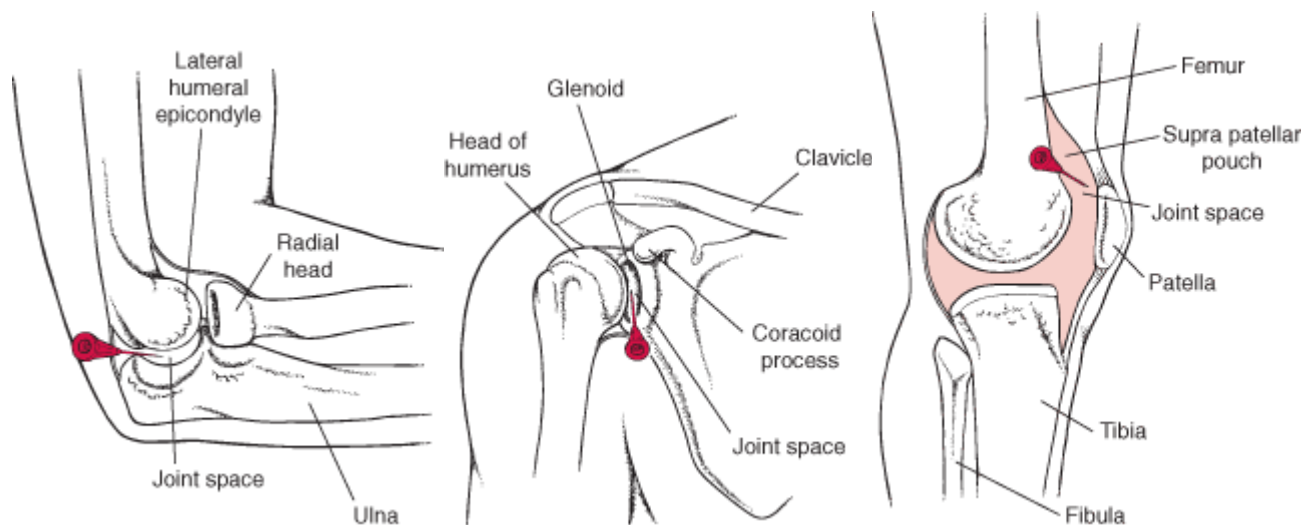
Mất ổn định của một khớp cho thấy sự suy yếu của các dây chằng hoặc cấu trúc khác mà có chức năng ổn định khớp được đánh giá bằng cách test kiểm tra trên lâm sàng. Sự oằn cong xảy ra thường xuyên nhất ở đầu gối và thường nhất là kết quả của một xáo trộn cấu trúc khớp.

Triệu chứng đau xuất hiện ở 1 khớp đơn độc có thể có nguồn gốc từ khớp hoặc những cấu trúc xung quanh. Ngoài triệu chứng đau còn có thể có hiện tượng viêm với các dấu hiệu sưng nóng đỏ. Triệu chứng đau nếu chỉ xuất hiện khi cử động khớp thì gợi ý nhiều đến vấn đề cơ học (ví dụ như thoái hóa khớp, viêm dây chằng). Hoặc đau cũng xuất hiện khi nghỉ gợi ý tình trạng viêm (ví dụ: bệnh lý lắng đọng tinh thể như natri urate, viêm khớp nhiễm trùng). Có thể có hoặc không có tràn dịch ổ khớp. Cần phải đánh giá nhanh chóng để loại trừ tình trạng nhiễm trùng. Cần phải lưu ý rằng viêm đơn khớp cấp tính đôi khi cũng là biểu hiện khởi đầu của một số bệnh lý viêm đa khớp (ví dụ như Viêm khớp vẩy nến, viêm đa khớp dạng thấp).

Thủ thuật chọc dịch khớp

Chọc dịch khớp là sự đâm xuyên khớp bằng kim tiêm để rút dịch. Kiểm tra hoạt dịch là cách chính xác nhất để loại trừ nhiễm trùng, chẩn đoán viêm khớp tinh thể, và xác định nguyên nhân của sự tràn dịch khớp mà chưa chẩn đoán được. Thủ thuật này được chỉ định cho tất cả các bệnh nhân bị tràn dịch 1 khớp đơn độc cấp tính hoặc không rõ nguyên nhân và cho bệnh nhân tràn dịch đa khớp không giải thích được.

Đặc điểm hoạt dịch cho phép xác định được viêm hay không viêm, hoặc có nhiễm trùng hay không. Tràn dịch cũng có thể là xuất huyết. Đặc điểm của dịch khớp rút ra có thể giúp xác định được bệnh lý khớp. Cái gọi là tràn dịch không viêm thực sự là có tình trạng viêm nhẹ nhưng có xu hướng gợi ý các bệnh như thoái hóa khớp, trong đó tình trạng viêm không mấy nghiêm trọng.



ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa

Các thuốc giảm đau kháng viêm:

Các thuốc giảm đau nhóm Acetaminophen: giảm đau tốt, ít tác dụng phụ, liều dùng 650mg mỗi 4 giờ.

Các thuốc kháng viêm: ức chế men cyclooxygenase (COX), tất cả đều có tác dụng kháng viêm đặc biệt là khi dùng liều cao.

Salicylate (Aspirin và dẫn chất Salicylate khác):

Aspirin (Acetylsalicylic acid)

Muối natri.

Muối lysin.

Các thuốc kháng viêm không có steroids khác:

Xếp loại nhóm thuốc theo các gốc hóa học:

Nhóm pyrazolol:

Phenylbutazol.

Nhóm indol:

Indomethacin (Indocid).

Nhóm anthranilic:

Acid flufenamic.

Acid mefenamic.

Acid niflumic (Nifluril).

Nhóm phenylpropionic:

Ibuprofen (Bufen).

Ketoprofen (Profénid, Biprofenid).

Các loại khác:

Tiaprofenic (surgram, Tiafen).

Phenylacetic: Diclofenac (Voltaren).

Phenothiazin: Métiazinic...

Oxicam: Piroxicam (felden), Tenoxicam (tilcotil), Meloxicam (Mobic) (ức chế chọn lọc trên COX2).

Nimesulide (ức chế chọn lọc trên COX2).

Celecoxib (ức chế chọn lọc trên COX2).

Tai biến (tác dụng phụ) cần phải theo dõi khi dùng thuốc:

Dạ dày: cơn đau dạ dày, đau bụng, khó tiêu, xuất huyết tiêu hóa, thủng dạ dày (thuốc ức chế chọn lọc COX2 ít có tác dụng phụ trên đường tiêu hóa, nhưng làm gia tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim đặc biệt là rofecoxib)

Thận: viêm thận, sỏi ít và phù, có thể gây sỏi ra máu và nặng có khi suy thận

Phản ứng ngoài da và dị ứng: từ mức độ nhẹ ngứa mẩn đến viêm da nhiễm độc nặng, dị ứng gây cơn hen phế quản

Máu: giảm bạch cầu hạt, xuất huyết, suy tủy (nhóm pyrazolé)

Gan: một số thuốc có thể gây viêm gan và suy gan

Kéo dài thai kỳ.

MỘT SỐ BỆNH LÝ KHỚP ĐIỂN HÌNH

Viêm khớp dạng thấp

Chẩn đoán: dựa vào tiêu chuẩn ARA 1987:

Cứng khớp buổi sáng ≥ 1 giờ.

Viêm ≥ 3 nhóm khớp.

Viêm các khớp bàn tay (cổ tay, bàn ngón hoặc khớp ngón gần).

Viêm khớp đối xứng.

Nốt thấp.

Nhân tố thấp (+).

Thay đổi trên X quang (thay đổi điển hình của viêm khớp dạng thấp ở 2 bàn tay như khuyết xương).

Chẩn đoán xác định: phải có 4 tiêu chuẩn, tiêu chuẩn 1-4 phải ≥ 6 tuần.

Nguyên tắc chung:

Kiên trì, liên tục, có khi suốt cả đời.

Kết hợp nhiều biện pháp: nội, ngoại khoa, vật lý trị liệu, chỉnh hình, tái giáo dục lao động nghề nghiệp.

Mục đích:

Chống hiện tượng viêm ở khớp và các mô khác.

Duy trì chức năng của khớp và cơ, phòng ngừa sự biến dạng.

Sửa chữa tổn thương ở khớp nhằm giảm đau hay phục hồi chức năng.

Điều trị nội khoa;

Điều trị đợt tiến triển cấp (sưng đau, sốt, có tràn dịch):

Nghỉ ngơi và dinh dưỡng: Nghỉ ngơi hoàn toàn trong trường hợp bệnh nặng, giai đoạn viêm đang hoạt động. Trường hợp nhẹ hơn có thể cho chế độ nghỉ ngơi điều độ. Có thể nghỉ ngơi tại khớp đau bằng nẹp. Chế độ dinh dưỡng thông thường.

Dùng thuốc: Dùng một trong những thuốc kháng viêm nonsteroides đã nêu theo đúng nguyên tắc sử dụng, dùng Antacid giữa các bữa ăn cho các BN có triệu chứng về tiêu hóa. Dùng Misoprostol (Alsoben 200mcg, 2-4v/ngày) kèm với Aspirin có thể làm giảm khả năng viêm loét dạ dày xuất huyết ở BN có nguy cơ cao. Nếu sau một tuần sử dụng thuốc (có tác giả khuyến cáo cố gắng dùng ít nhất 2-3 tuần trước khi cho là không hiệu quả) mà không đẩy lùi được đợt tiến triển thì đổi thuốc hoặc chuyển sang dùng corticoides.

Dùng corticoides:

Thẻ vừa: 16mg Methylprednisolone/ngày (hoặc tương đương) lúc 8 giờ sáng.

Thẻ nặng: 40mg Methylprednisolone TM mỗi ngày, giảm dần và cắt khi điều trị cơ bản có hiệu lực (sau 3-6 tháng).

Thẻ tiến triển cấp tính nặng, đe dọa tính mạng: 500 – 1000 mg Methyl- prednisolone tĩnh mạch 30-45 phút/ngày x 3ngày liên tục rồi trở về liều 1mg/kg ngày và giảm dần liều.

Điều trị dài hạn khi cần: 16-20mg Methylprednisolone/ngày lúc 8 giờ sáng, sau đó giảm dần liều và duy trì 5-7,5mg lúc 8 giờ sáng hàng ngày.

Dùng thuốc điều trị cơ bản dành cho các bác sĩ chuyên khoa (Hydroxychloroquin, Methotrexate, Sulfasalazine, ức chế miễn dịch...): có thể làm chậm hoặc ngưng diễn tiến của bệnh, cần điều trị lâu dài và theo dõi lâm sàng và cận lâm sàng.

Tiêm Corticoid esters vào trong khớp:

Bệnh gout

Chẩn đoán xác định:

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm khớp gout cấp (Wallace S.L. et al, 1977):

Tiền sử có viêm cấp một khớp tiếp theo đó có những giai đoạn khớp khỏi hoàn toàn.

Hiện tượng viêm đáp ứng tốt với Colchicine (trong vòng 48 giờ và không viêm khớp khác trong ít nhất 7 ngày).

Tăng acid uric máu $> 420 \mu\text{mol/L}$ (hay $> 7\text{mg/dL}$).

Chẩn đoán xác định khi có ≥ 2 tiêu chuẩn.

Tiêu chuẩn của ARA 1968 (Bennett P.H.):

Tim thấy tinh thể acid uric trong dịch khớp lúc khớp đang viêm cấp hoặc cặn lắng urate trong tổ chức (tophi, sỏi thận).

Hoặc có ≥ 2 trong số các tiêu chuẩn sau:

Có tiền sử chắc chắn và/hoặc quan sát thấy trên hai đợt sưng đau cấp ở một khớp, bắt đầu đột ngột, đau dữ dội và hoàn toàn mất đi trong vòng hai tuần.

Có tiền sử chắc chắn và/hoặc quan sát thấy một cơn viêm cấp đáp ứng tiêu chuẩn 1 ở khớp bàn ngón ngón chân cái.

Có hạt tophi ở vành tai, quanh khớp.

Sự công hiệu đặc biệt của Colchicine (trong vòng 48 giờ), được quan sát thấy hoặc hỏi trong tiền sử.

Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn 1 hoặc ≥ 2 tiêu chuẩn nhỏ trong tiêu chuẩn 2

Điều trị:

Chấm dứt cơn cấp càng nhanh càng tốt.

Nghỉ ngơi.

Uống nhiều nước có Bicarbonate (kiềm hoá nước tiểu giữ pH nước tiểu > 7).

Dùng kháng viêm đặc hiệu Colchicin 1mg x3 viên/ ngày đầu, 2 viên cho ngày thứ 2 sau đó mỗi ngày uống 1viên. Có thể dùng NSAIDs trong cơn cấp, hoặc corticoid uống hay tiêm vào khớp (chỉ dùng corticoide khi các thuốc trên không hiệu quả hoặc chống chỉ định).

Ngừa tái phát:

Chế độ ăn ít purin: tránh các loại cá béo, tim, gan, thận, tuyến ức bê, óc, hột vịt lộn, nước thịt ép....

Giảm calo ở bệnh nhân béo phì.

Duy trì bài niệu dồi dào và kiềm hoá nước tiểu.

Ngừa biến chứng bằng cách ngừa sự lắng đọng tinh thể.

Dùng thuốc tăng thải acid uric: probenecid 250mg x 2 lần/ngày (ức chế một phần tái hấp thu ở ống thận gần (chỉ định: tăng acid uric do giảm tiết, BN <60 tuổi, chức năng thận tốt, acid uric niệu < 500mg/ 24 giờ, không tiền sử sỏi thận)

Hoặc dùng thuốc ức chế tổng hợp acid uric: Allopurinol v: 100; 200; 300mg liều 100-300mg/ngày, uống nhiều tháng, điều chỉnh lượng tùy lượng acid uric máu (giữ acid uric máu <5mg% hoặc <300 μ mol/L) kèm với Colchicin 1mg/ ngày hoặc NSAIDs uống ngừa cơn gút tái phát trong khi sử dụng thuốc giảm acid uric.

Tránh các yếu tố thuận lợi.

Điều trị các nguyên nhân gây tăng acid uric thứ phát.

Thoái hóa khớp

Chẩn đoán:

Lâm sàng: Đau khớp kiểu cơ giới, hạn chế vận động, dấu hiệu phá vỡ khớp, không có các dấu hiệu toàn thân.

Cận lâm sàng: Xét nghiệm thường qui trong giới hạn bình thường, X quang: hẹp khe khớp nhưng không bao giờ dẫn đến dính khớp, mọc gai xương, đặc xương dưới sụn

Điều trị:

Điều trị triệu chứng và phục hồi chức năng là quan trọng, phải phối hợp nội khoa, vật lý và ngoại khoa.

Mục đích: giảm đau, duy trì hoạt động, hạn chế tàn tật.

Nội khoa:

Các thuốc giảm đau, kháng viêm.

Làm chậm quá trình thoái hóa và bồi dưỡng sụn khớp.

Glucosamine (Viartril-S, Bosamin, Golsamine) v: 250; 500 mg x 2 – 3 lần / ngày uống trước bữa ăn 15 phút. Điều trị từng đợt 6 tuần– 4 tháng nên lặp lại liệu trình sau 6 tháng nếu cần.

Oztis (Glucosamine sulfate 750mg + Chondroitin sulfate 250mg) 1-2v/ngày.

Diacerein (Artrodar) 50mg x lần/ ngày trong các bữa ăn chính.

Chích thuốc vào khớp chỉ khi thật cần thiết (BS chuyên khoa chỉ định, thực hiện).

Điều trị ngoại khoa:

Chỉnh lại các dị dạng của khớp.

Điều trị thoát vị đĩa đệm.

Làm cứng dính khớp ở tư thế cơ năng.

Ghép khớp nhân tạo.

Phòng bệnh:

Phòng bệnh đóng vai trò quan trọng bằng cách ngăn ngừa và hạn chế các tác động cơ giới quá mức ở khớp và cột sống có thể dự phòng có kết quả bệnh thoái hóa khớp.

Trong cuộc sống hàng ngày:

Chống các tư thế xấu trong sinh hoạt và lao động.

Tránh các tác động quá mạnh, đột ngột sai tư thế khi mang vác, đẩy, xách nặng.

Kiểm tra định kỳ những người làm nghề lao động nặng dễ bị thoái hóa khớp để phát hiện và điều trị sớm.

Chống tình trạng béo bệu bằng chế độ dinh dưỡng thể dục thích hợp.

Phát hiện sớm các dị tật của xương khớp và cột sống để có biện pháp chỉnh hình, ngăn ngừa các thoái hóa khớp thứ phát.

Thăm khám kiểm tra trẻ em, chữa sớm bệnh còi xương, các tật về khớp gối...

Tài liệu tham khảo :

- 1) Eugene Toy, Donald Briscoe, Bruce Britton, Case Files Family Medicine, Third Edition, LANGE, 2012
- 2) P John Rees, James Pattison, Gwyn Williams, 100 Cases in Clinical Medicine, Second Edition, Hodder Arnold, 2007
- 3) Robert S. Porter, Justin L. Kaplan, Merck Manual of Diagnosis and Therapy 19th edition, 2011