

ĐAU KHỚP Ở TRẺ EM

PGS.TS.Trần Thị Mộng Hiệp

Mục tiêu bài giảng

1. Trình bày được cách hỏi bệnh trước 1 bệnh nhi đau khớp
2. Nêu được những đặc điểm khi khám lâm sàng
3. Chỉ định được các xét nghiệm trong đau khớp ở trẻ em
4. Trình bày được các nguyên nhân đau khớp ở trẻ em

Đại cương

Đau khớp ở trẻ em

- Rất nhiều nguyên nhân,
Gồm những bệnh rất nhẹ đến những nguyên nhân trầm trọng, ác tính.
- Tiếp cận bệnh nhân bị đau khớp: cần xác định các tình huống cần xử trí cấp cứu (viêm khớp, viêm xương khớp do vi trùng).
- Chẩn đoán dựa vào việc khám lâm sàng, sự hiện diện của viêm 1 hay nhiều khớp, tình huống xuất hiện và các triệu chứng ngoài da hay tổng quát đi kèm.

Đại cương

Đau khớp được định nghĩa khi có biểu hiện đau ở vị trí khớp hay vùng xung quanh khớp (vì ở trẻ em khó xác định vị trí)

Lý do khám bệnh (ngoại trừ chấn thương):

- Đau
- Cứng khớp
- Sưng khớp
- Biến dạng
- Yếu cơ
- Mất chức năng

Hỏi bệnh

- Tiền căn: chấn thương, sưng đau khớp, nhiễm siêu vi, viêm họng
- Vị trí đau, số lượng khớp đau (1 hay nhiều khớp), có tính chất di chuyển
- Thời điểm đau trong ngày
- Giảm đau khi nghỉ ngơi hoặc dùng thuốc hay tăng khi vận động
- Khởi phát, thời gian đau:
 - < 15 ngày (cấp)
 - > 15 ngày, dưới 3 tháng
 - > 6 tuần (mạn)
- Dấu hiệu đi kèm:
 - ngoài da hay toàn thân : sốt, phát ban
 - giảm cân, đau bụng, tổn thương ở mắt
- Tiền căn gia đình: vẩy nến, viêm đại tràng mạn, viêm khớp đốt sống mạn tính, bệnh tự miễn

Hỏi bệnh

- Đau khớp « cơ học »:
 - xuất hiện khi gắng sức
 - thường vào cuối ngày, ít khi sáng sớm
 - giảm khi nghỉ ngơi
 - không làm cho bệnh nhân thức giấc ban đêm

- Đau khớp trong bệnh cảnh « viêm »:
 - đánh thức bệnh nhân dậy ban đêm
 - giảm đau trong ngày, hoặc khi hoạt động vừa

Khám lâm sàng

- Dấu sinh tồn: mạch, nhiệt , HA, nhịp thở
- Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc
- Tìm ngỗ vào, nêu nghi ngờ viêm khớp mủ
- Dấu hiệu viêm khớp: sưng, nóng, đỏ, đau
- Tìm dấu hiệu đau khi di chuyển khớp, giới hạn khớp (so sánh với bên lành)
- Dấu toàn thân: tim, gan, lách, hạch, hồng ban...

Cận lâm sàng

- Huyết đồ, VS, CRP
- Tùy kết quả lâm sàng, huyết đồ, VS:
 - xét nghiệm miễn dịch học (ANA, RF, điện di đạm...)
 - huyết thanh chẩn đoán (ASO...)
- Siêu âm tim: nếu nghi ngờ thấp khớp cấp, bệnh Kawasaki...
- X quang khớp: khi nghi ngờ nhiễm trùng, chấn thương, khối u hay khám thấy biến dạng khớp
- Tổn thương khớp sâu: siêu âm, MRI
- Chọc dò dịch khớp, gởi:
 - tế bào học: viêm khi $> 1000 \text{ BC/mm}^3$
 - vi trùng học (khi nghi ngờ viêm khớp do nhiễm trùng hoặc xuất huyết khớp)

Tổn thương cấp (<15 ngày)

	Viêm 1 khớp	Viêm đa khớp
Bệnh cảnh viêm	-Viêm khớp do vi trùng - Viêm màng hoạt dịch cấp (thấp khớp háng) - Bệnh Lyme -Viêm khớp phản ứng	- Viêm khớp do vi trùng - Bệnh Kawasaki - Viêm khớp phản ứng - Thấp khớp cấp - Ban xuất huyết dạng thấp
Bệnh cảnh cơ học	-Chấn thương - Tổn thương dây chằng, gân, sụn chêm - Xuất huyết trong khớp	

Tổn thương cấp (<15 ngày)

Bệnh cảnh viêm

- Viêm khớp phản ứng:
 - . vô trùng,
 - . thứ phát sau 1 đợt nhiễm trùng tiêu hóa hay phổi
(vi trùng: Shigella, Yersinia, Salmonella, Mycoplasma pneumoniae)
 - . điều trị: kháng sinh (nhiễm trùng gốc)
chống viêm (điều trị triệu chứng)
- Bệnh Kawasaki
- Thấp khớp cấp
- Ban xuất huyết dạng thấp

Bệnh Kawasaki



Child with Kawasaki disease
(red eyes, dry cracked lips, red tongue)



Bệnh Kawasaki



Lưỡi dâu



Sung huyết kết mạc mắt



Bong tróc da



Biến đổi đầu chi

- Indurative edema of the hands



Hạch cổ không mủ không mủ



Sung bong tróc tại vị trí tiêm BCG



Tróc da quanh hậu môn



Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Sốt trên 5 ngày và
4/5 dấu hiệu:

1. Viêm 2 kết mạc mắt
2. Lưỡi dâu tây, môi khô, miệng đỏ
3. Phù chi và/hoặc tróc da đầu chi, hậu môn
4. Hồng ban đa dạng
5. Viêm hạch cổ không mủ $> 1,5$ cm

Cơ chế: viêm mạch máu không đặc hiệu

GS. Kawasaki, Taipei 2004



Thấp khớp cấp

- Do nhiễm liên cầu trùng tan huyết nhóm A.
 - Bệnh toàn thể: tổn thương khớp, tim, mô mềm, $\pm$ thần kinh.
 - Ở các nước đang phát triển: tần suất vẫn còn cao (1-4/1000).
 - **Lâm sàng:** sốt nhẹ 2-3 tuần sau viêm họng, trẻ 5-10 tuổi, trẻ mệt nhiều, tim nhanh
 - viêm đa khớp cấp, di chuyển, khớp lớn
 - viêm 1 khớp, giống viêm khớp mủ, tổn thương 1 khớp chi dưới
 - sốt đơn thuần, kéo dài 38° sau viêm họng cấp không điều trị, không triệu chứng khớp
- Tổn thương tim: âm thổi van 2 lá, ECG: rối loạn nhịp (viêm màng ngoài tim, nội tâm mạc, viêm cơ tim)
- Tổn thương thần kinh: múa vờn (chorée) , nốt cục dưới da: hiếm

Thấp khớp cấp

Sinh học:

- Hội chứng viêm nặng: tăng BC, CRP, VS, gammaglobuline
- phết họng: streptocoque + hiếm ở giai đoạn viêm khớp
- ASO: ít đặc hiệu, antistreptokinase, antistreptodornase

Không chẩn đoán được bệnh nếu các kháng thể huyết thanh (-).

Thấp khớp cấp

Tiêu chuẩn chính	Tiêu chuẩn phụ
Viêm tim Viêm đa khớp Múa vờn Hồng ban vòng Nốt dưới da Bằng chứng nhiễm liên cầu nhóm A	Sốt Đau khớp VS, CRP tăng PR kéo dài

Chẩn đoán xác định: 2 chính hoặc 1 chính +2 phụ
Và bằng chứng nhiễm liên cầu nhóm A

Ban xuất huyết dạng thấp (Henoch Schonlein)

Là tình trạng viêm các mạch máu nhỏ
thường không kèm giảm tiểu cầu

Biểu hiện lâm sàng:

Ban xuất huyết điển hình

± đau khớp

± tổn thương tiêu hóa

± tổn thương thận

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng

Ban xuất huyết dạng thấp (Henoch Schonlein)



Ban xuất huyết dạng thấp

Henoch Schonlein



Ban xuất huyết dạng thấp

Henoch Schonlein



Copyright © 2007 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.

Tổn thương cấp (<15 ngày)

Bệnh cảnh viêm

- **Viêm khớp do vi trùng:** là trường hợp cấp, sốt, tăng BC
- **Viêm màng hoạt dịch cấp** (thấp khớp háng):
 - xuất hiện 5- 10 tuổi,
 - liệt chức năng nhanh chóng,
 - không sốt, không tăng BC
 - siêu âm khớp: tràn dịch trong khớp lượng ít
 - bệnh tự khỏi trong vòng 3 -5 ngày, hoặc
 - sau khi dùng thuốc chống viêm, sau nghỉ ngơi
- **Viêm khớp trong bệnh Lyme:**
 - thứ phát sau nhiễm *Borrelia burgdorferi* do ve cắn
 - vùng dịch tễ (rừng)
 - chẩn đoán: hiện diện của IgM
 - điều trị: amoxicilline (4 tuần) và điều trị triệu chứng

Tổn thương cấp (<15 ngày)

Bệnh cảnh cơ học

- **Sau chấn thương:** bong đầu xương, gãy xương
- Có thể phối hợp với:
 - xuất huyết trong khớp (do Hémophilia)
 - u hoạt dịch
 - bướu mạch máu

Xuất huyết trong khớp (do Hémophilia)



Tổn thương (>15 ngày)

	Viêm 1 hoặc 2 khớp	> 2 khớp
Bệnh cảnh sốt, hoặc có hiện tượng viêm	- Viêm khớp do vi trùng - Bạch huyết cấp - Viêm khớp vô căn ở thiếu niên (gđ đầu)	- Viêm khớp vô căn ở thiếu niên (gđ đầu) - Bệnh toàn thể, tạo keo
Bệnh cảnh cơ học	- Viêm sụn-xương - Hoại tử chỏm xương đùi vô trùng - Viêm đầu xương do tăng trưởng	

Viêm khớp vô căn ở thiếu niên

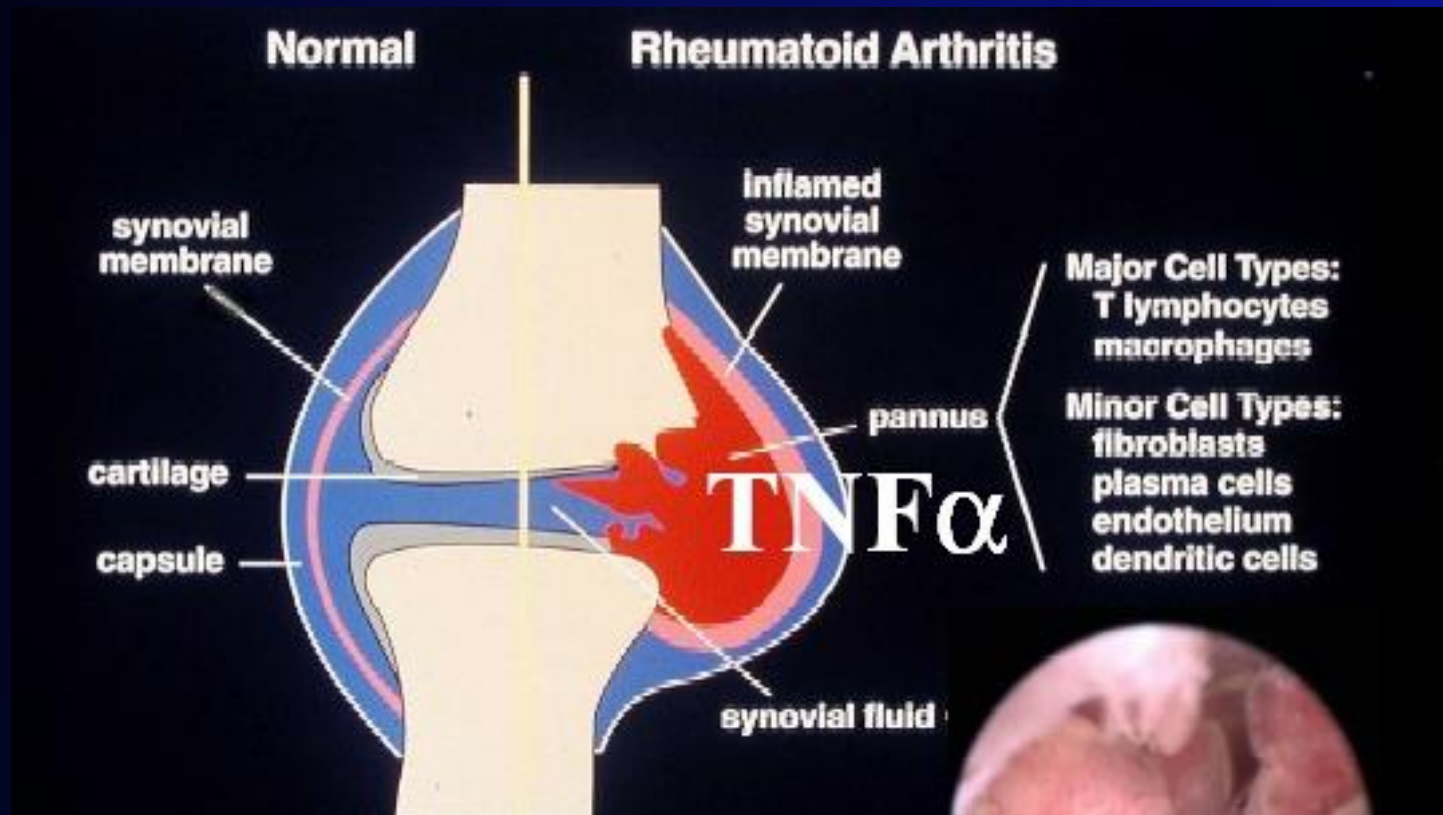
LỊCH SỬ:

- . Cuối thế kỷ thứ 19: các tác giả Pháp đã lưu ý Viêm Khớp Mãn có thể xảy ra ở trẻ em.
- . 1896: Still mô tả dạng toàn thân
- . 1977: Viêm khớp mạn ở thiếu niên (Âu Châu)
Viêm khớp dạng thấp ở thiếu niên (Bắc Mỹ).
- . 2001: bệnh đã được thống nhất đổi tên là
Viêm khớp vô căn ở thiếu niên

Viêm khớp vô căn ở thiếu niên

- Định nghĩa: Tổn thương viêm khớp xuất hiện <16 tuổi và tiến triển > 6 tuần
- Rất hiếm (50 ca /100 000 trẻ <16 tuổi)
- Tuổi xuất hiện thay đổi, thường từ 5 tuổi đến dậy thì
- Bệnh có 6 dạng lâm sàng (EMC, 2009):
 - toàn thân (10%) kèm sốt cao, tiên lượng xấu
 - khởi phát với viêm đa khớp (25%)
 - khởi phát với viêm ít khớp (chiếm đa số)
 - viêm khớp vảy nến
 - viêm cứng khớp đột sống hoặc viêm dây chằng kèm viêm khớp không biệt hóa.

Viêm khớp vô căn ở thiếu niên

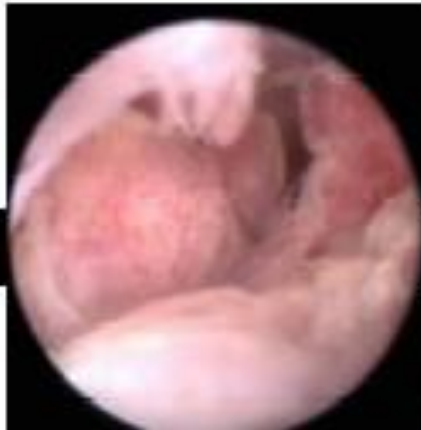
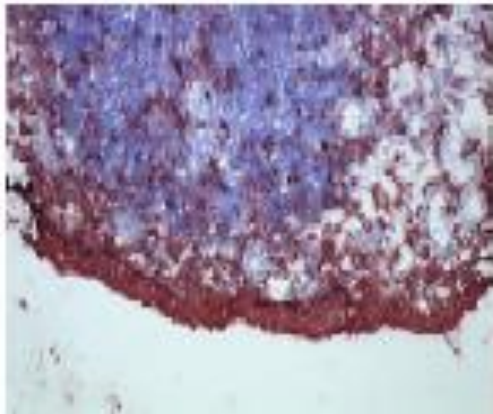


Viêm khớp vô căn ở thiếu niên

Viêm màng hoạt dịch



Viêm khớp vô căn ở thiếu niên: từ mô học đến lâm sàng



Viêm khớp vô căn ở thiếu niên



Tổn thương > 6 tuần

Viêm khớp kéo dài hoặc tái phát (> 6 tuần)

Nguyên nhân thực thể:

- Viêm khớp vô căn ở thiếu niên
- Bệnh toàn thể: lupus đỏ hệ thống, viêm da cơ, viêm nút quanh động mạch
- Sarcoïdose
- Bệnh ác tính

Nguyên nhân cơ năng:

- Đau cơ
- Đau khớp tăng trưởng
- Chùng, dẫn dây chằng

Đau khớp tăng trưởng

- Bệnh cảnh không có hiện tượng viêm
- Rất đặc biệt
- Trẻ 4-8 tuổi, trai hoặc gái,
- Đau đầu xương chày (gối), đau nhiều, vào ban đêm, ngày hoàn toàn bình thường
- Tự hết, sau đó xuất hiện trở lại 1 hoặc nhiều lần trong tuần
- Cần khám lâm sàng để loại bỏ các bất thường khác
- Xét nghiệm sinh học và hình ảnh hoàn toàn bình thường
- Khi nghi ngờ: cần làm xạ hình xương để tìm điểm tăng bắt xạ
- Đáp ứng rất tốt với aspirine: 10-20mg/kg/ngày,
1 liều vào buổi tối
thời gian: 1 tháng

Bệnh Lupus đỏ hệ thống

(SLE: systemic lupus erythematosus)

- Là bệnh tự miễn gây tổn thương đa cơ quan, đặc trưng là phản ứng viêm lan rộng ở mạch máu và mô liên kết, gây ra bởi sự hiện diện của kháng thể kháng nhân (Antinuclear antibodies: ANA) đặc biệt là kháng thể kháng deoxyribonucleic acid (anti DNA).
- Tổn thương thận chiếm khoảng 2/3 trường hợp bệnh nhân mắc bệnh Lupus

Bệnh Lupus đỏ hệ thống

Tiêu chuẩn chẩn đoán Lupus:

1. Hồng ban cánh bướm
2. Hồng ban dạng đĩa
3. Nhạy cảm ánh sáng
4. Loét họng
5. Viêm khớp
6. Viêm các màng (tim, phổi)
7. Tổn thương thận (tiểu đạm, tiểu máu)
8. Tổn thương thần kinh (co giật, rối loạn tâm thần kinh)

Tiêu chuẩn chẩn đoán Lupus:

9. Bất thường huyết học:

Thiếu máu tán huyết,

Giảm bạch cầu $< 4000/\text{mm}^3$, BC lympho $< 1500/\text{mm}^3$

Giảm tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$

10. Rối loạn miễn dịch:

Tế bào LE, KT kháng cardiolipin,

KT kháng DNA tự nhiên dương tính.

Hoặc huyết thanh chẩn đoán giang mai

dương tính giả ít nhất 6 tháng

11. Kháng thể kháng nhân dương tính

Chẩn đoán Lupus: $\geq 4/11$ tiêu chuẩn

có thể $\geq 3/11$ tiêu chuẩn

Lupus





Discoid rash





Điều trị

Nguyên tắc:

- Giảm đau
- Kháng viêm
- Điều trị nguyên nhân

Chỉ định nhập viện:

- Viêm khớp mủ
- Viêm khớp vô căn ở thiếu niên (cần phân biệt với viêm khớp mủ, lupus...)
- Thấp khớp cấp có biến chứng tim
- Đau khớp trong bệnh cảnh của bệnh lý huyết học (hémophilie, bệnh bạch cầu)