

**BÀI GIẢNG CHUYÊN ĐỀ:**  
**BỆNH HỌC:**  
**THOÁI HÓA KHỚP**

*Biên soạn: TS.Đoàn Văn Đệ (Học viện Quân Y)*

## **MỤC TIÊU CHUYÊN ĐỀ:**

Sau khi học xong chuyên đề “Bệnh học: Thoái hóa khớp”, người học nắm được những kiến thức có liên quan đến bệnh này như: Khái niệm, dịch tễ học của thoái hóa khớp; Nguyên nhân - Sinh bệnh học; Giải phẫu bệnh; Lâm sàng; Hình ảnh X-quang khớp; Các xét nghiệm cận lâm sàng; Chẩn đoán phân biệt; và Điều trị bệnh thoái hóa khớp.

# NỘI DUNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

### 1. Khái niệm

Thoái hoá khớp là bệnh thoái hoá loạn dưỡng của khớp, biểu hiện sớm nhất ở sụn khớp sau đó có biến đổi ở bề mặt khớp và hình thành các gai xương (osteophyte) cuối cùng dẫn đến biến dạng khớp. Viêm màng hoạt dịch mức độ nhẹ là biểu hiện thứ phát do những biến đổi thoái hoá của sụn khớp.

### 2. Dịch tễ học

Thoái hoá khớp là bệnh hay gặp nhất trong các bệnh khớp, ở những người lớn tuổi, cả nam và nữ. Khoảng > 50% số người trên 65 tuổi có hình ảnh X quang thoái hoá khớp cấp, ở những người trên 75 tuổi có hình ảnh X quang thoái hoá ít nhất ở một khớp nào đó.

Hầu hết các bệnh nhân thoái hoá khớp không có triệu chứng lâm sàng, chỉ có 5-15% số người bệnh có triệu chứng lâm sàng khi đó được gọi là bệnh thoái hoá khớp.

- Nghề nghiệp có liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh thoái hoá khớp, những công nhân khuôn vác, những thợ mỏ có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn những người làm công việc nhẹ.

- Ở lứa tuổi 45-55 tỉ lệ mắc bệnh ở nam và nữ ngang nhau, nhưng sau tuổi 55 bệnh gặp ở phụ nữ với tỉ lệ cao hơn so với nam.

## II. NGUYÊN NHÂN - SINH BỆNH HỌC

### 1. Cấu trúc sụn bình thường

Thành phần chủ yếu của sụn bao gồm nước, proteoglycan, sợi collagen. Proteoglycan chứa lõi protein và các chuỗi glycosaminoglycan ở bên cạnh và chủ yếu là chondroitin sulfate và keratan sulfate. Các thể proteoglycan kết nối

với axit hyaluronic, các glycosaminoglycan khác và các protein liên kết với cấu trúc này đảm bảo tính ổn định và bền vững của sụn.

Các sợi collagen cũng là những thành phần cấu trúc và chức năng quan trọng của sụn. Các collagen chủ yếu ở sụn trong, sụn khớp là collagen typ II, ngoài ra còn có collagen typ I, IX và XI.

## **2. Cơ chế bệnh sinh thoái hoá khớp.**

Nhiều thuyết giải thích sự thoái hoá sụn trong bệnh thoái hoá khớp. Nhưng chủ yếu là thuyết cơ học khi có sự quá tải cơ học làm thay đổi chuyển hoá của các tế bào sụn, hình thành các men proteolytic gây phá vỡ các chất căn bản của sụn. Hiện tượng bệnh lý đầu tiên là những mảnh gãy nhỏ nhiều cỡ khác nhau; sau đó gây thoái hoá và mất dần sụn khớp, biến đổi cấu trúc của khớp và hình thành gai xương.

Giai đoạn sớm các tế bào sụn có biểu hiện phì đại, tăng tiết các cytokin như Interleukin I (IL-1); yếu tố hoại tử u (TNF $\alpha$ ) và các yếu tố tăng trưởng khác, các men làm tiêu các chất căn bản như: các collagenases, gelatinase, stromolysin, các men khác như lysosyme và cathepsin. IL-1 và TNF $\alpha$  gây thoái hoá sụn bằng cách kích thích tiết các men gây phá hủy collagen và proteoglycan, đồng thời ức chế tổng hợp các protein của chất căn bản của sụn.

Các men kể trên bị ức chế bởi một protein có trọng lượng phân tử nhỏ, gọi là chất ức chế tổ chức của metalloproteinase. Sự cân bằng giữa các chất kích thích và ức chế hoạt tính của các men đảm bảo sự chuyển hoá sụn bình thường. Khi tăng yếu tố kích thích hoạt tính men dẫn đến thoái hoá sụn khớp. Quá trình thoái hoá khớp không kiểm soát được, vì khi có biến đổi cấu trúc sụn thì tác động cơ học lên khớp cũng thay đổi, dẫn đến những quá tải nặng hơn, làm giải phóng nhiều men gây thoái hoá hơn và tiếp tục như vậy quá trình thoái hoá liên tục xảy ra.

### **3. Một số yếu tố nguy cơ liên quan với thoái hoá khớp**

- Chấn thương và vi chấn thương có vai trò quan trọng làm thay đổi bề mặt sụn, những chấn thương lớn gây gãy xương, trật khớp kèm theo tổn thương sụn hoặc phân bố lại áp lực trên bề mặt sụn khớp.

- Yếu tố nội tiết và chuyển hoá: bệnh to đầu chi, suy chức năng tuyến giáp, phụ nữ sau mãn kinh.

- Các dị tật bẩm sinh, khớp lỏng lẻo.

- Viêm khớp nhiễm khuẩn cấp tính, hoặc mạn tính (viêm mủ khớp, lao khớp).

- Viêm khớp do các bệnh khớp mạn tính (viêm khớp dạng thấp...).

- Thiếu máu, hoại tử xương.

- Loạn dưỡng xương.

- Rối loạn dinh dưỡng sau các bệnh thần kinh.

- Bệnh rối loạn đông chảy máu (hemophylia), u máu.

### **III. GIẢI PHẪU BỆNH**

Sụn khớp trong thoái hoá khớp có thể thấy thay đổi như sau:

#### **1. Đại thể**

Thấy mặt sụn không trơn nhẵn, mất bóng, có các vết nứt, các vết loét trên bề mặt sụn, làm lộ phần xương dưới sụn, dày lớp xương dưới sụn và có các gai xương ở phần rìa sụn khớp.

#### **2. Vi thể**

Giai đoạn sớm thấy những sợi nhỏ, mặt sụn không đều, lớp sụn mỏng đi, tương ứng với sự biến đổi đại thể, ở giai đoạn rất sớm có thể thấy xuất hiện các tế bào viêm nhưng chỉ trong thời gian ngắn, hình ảnh tổn thương viêm ít gặp trong thoái hoá khớp.

- Tổn thương màng hoạt dịch là biểu hiện thứ phát và muộn hơn thường biến đổi xơ hoá màng hoạt dịch và bao khớp, đôi khi có viêm tràn dịch ổ khớp thứ phát do các mảnh sụn nhỏ bị bong trở thành các di vật nhỏ trong ổ khớp kích thích giống như viêm khớp do vi tinh thể.

#### **IV. LÂM SÀNG**

- Lâm sàng điển hình của thoái hoá khớp thường gặp ở bệnh nhân tuổi trung niên hoặc người già. Biểu hiện đau, cứng ở trong khớp hoặc quanh khớp, đi kèm với hạn chế cử động khớp. Đau khởi phát từ từ, mức độ đau vừa hoặc nhẹ. Đau tăng lên khi cử động, khi đi lại,

mang vác nặng, đau giảm hoặc hết khi nghỉ ngơi. Đau khi nghỉ hoặc đau về đêm thường là có kèm theo viêm màng hoạt dịch thứ phát. Cơ chế đau trong thoái hoá khớp có nhiều yếu tố như viêm quanh vị trí gãy xương, hoặc đứt rách tổ chức xương dưới sụn, kích thích các tận cùng thần kinh do các gai xương, co cứng cơ cạnh khớp, đau xương do tăng giàng máu và tăng áp lực trong xương, viêm màng hoạt dịch do tăng tổng hợp và giải phóng prostaglandin, leucotrien, và các cytokin.

- Cứng khớp buổi sáng cũng hay gặp trong thoái hoá khớp, nhưng thời gian cứng khớp buổi sáng ngắn, dưới 30 phút, khác với bệnh viêm khớp dạng thấp.

- Hiện tượng cứng khớp sau thời gian nghỉ hoặc không hoạt động hay gặp, triệu chứng này mất đi sau ít phút.

- Nhiều bệnh nhân thấy đau và cứng khớp hay xuất hiện khi thay đổi thời tiết như lạnh, mưa, nắng... Có thể do thay đổi áp lực trong ổ khớp có liên quan thay đổi áp suất khí quyển.

- Bệnh nhân thoái hoá khớp gối thường thấy đau và đi không vững, đau tăng khi xuống cầu thang, hoặc khi gập gối.

- Thoái hoá khớp háng bệnh nhân thường đau ở vùng háng đôi khi có lan xuống mặt sau đùi xuống khớp gối.

- Thoái hoá cột sống cổ , hoặc cột sống thắt lưng gây triệu chứng đau cổ gáy, và đau thắt lưng, đôi khi gãy xương có thể gây chèn ép rễ thần kinh gây hội chứng tổn thương rễ thần kinh: đau, yếu cơ, tê bì.

- Khám thực thể: thường phát hiện các triệu chứng ở vị trí khớp đau như phù đại đầu xương, đau khi khám tổ chức cạnh khớp hoặc điểm bám của bao khớp, dây chằng, gân cơ.

- Hạn chế cử động khớp do gai xương, do mặt sụn không trơn nhẵn, hoặc co cứng cơ cạnh khớp. Kẹt khớp khi cử động có thể là do vỡ sụn chêm, hoặc bong các mảnh sụn vào trong ổ khớp.

- Tiếng lắc rắc khi cử động khớp là do mặt khớp không trơn nhẵn dấu hiệu này gặp trong khoảng 90% số bệnh nhân thoái hoá khớp gối. Khoảng 50% bệnh nhân thoái hoá khớp gối có dấu hiệu tổn thương dây chằng, biến dạng khớp kiểu chân vòng kiềng, đau khi cử động do kích thích bao khớp, cứng cơ cạnh khớp và viêm quanh các gai xương.

- Dấu hiệu viêm khu trú gồm nóng, sưng, do tràn dịch trong ổ khớp.

- Bệnh nhân thoái hoá nhiều khớp có thể có dấu hiệu viêm khớp đốt xa, viêm khớp đốt gần của bàn tay.

## **V. HÌNH ẢNH X-QUANG KHỚP**

- Chẩn đoán thoái hoá khớp thường dựa vào sự thay đổi hình ảnh X quang khớp. Triệu chứng X quang điển hình là hình ảnh phù đại xương, gai xương ở rìa khớp. Hẹp khe khớp không đồng đều, đậm đặc xương dưới sụn. Hẹp khe khớp có thể do lớp sụn mỏng đi, hoặc do vôi hoá sụn ở vùng mọc gai xương.

- Giai đoạn muộn xuất hiện các kén ở đầu xương, tái tạo xương thay đổi hình dạng đầu xương, khuyết xương ở trung tâm, xẹp vỏ xương ở khớp đốt xa hoặc đôi khi ở khớp đốt gần bàn tay là biểu hiện của thoái hoá nhiều khớp.

## **VI. CÁC XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG**

- Chẩn đoán thoái hoá khớp thường dựa vào hỏi bệnh và khám thực thể. Kết quả của các xét nghiệm thường qui ít thay đổi. Do đó các xét nghiệm này thường dùng để phát hiện những trạng thái bệnh lý khác đi kèm, hoặc theo dõi những diễn biến điều trị. Các xét nghiệm sinh hoá máu như: creatinin, urê,  $K^+$  có thể làm trước khi dùng thuốc chống viêm không steroid.

Tốc độ lắng hồng cầu, yếu tố thấp cũng ít thay đổi trong bệnh thoái hoá khớp.

Dịch khớp thường số lượng tế bào  $< 2000$  cái/ $mm^3$ . Protein và glucose trong dịch khớp bình thường.

Nếu số lượng tế bào  $> 2000$  cái/ $mm^3$ . Cần chú ý theo dõi viêm khớp do vi tinh thể hoặc viêm khớp nhiễm khuẩn.

## **VII. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

Cần chú ý phân biệt 2 tình huống dễ nhầm lẫn.

- Phân biệt thoái hoá khớp từ những bệnh nhân có biểu hiện viêm khớp.
- Phân biệt thoái hoá khớp thứ phát trên cơ thể bệnh nhân đã có viêm khớp dạng thấp hoặc bệnh khác có liên quan đến thoái hoá khớp.

## **VIII. ĐIỀU TRỊ BỆNH THOÁI HÓA KHỚP**

### **1. Nguyên tắc chung trong điều trị thoái hoá khớp**

- Làm giảm triệu chứng đau.
- Duy trì, hoặc điều trị phục hồi chức năng của các khớp.
- Hạn chế sự tàn phế.
- Tránh các tác dụng độc do thuốc.



## **2. Các biện pháp điều trị**

### ***2.1. Điều trị không dùng thuốc***

- Hướng dẫn bệnh nhân.
- Những sự giúp đỡ của gia đình và xã hội.
- Điều trị bằng phương pháp vật lí, lao động chữa bệnh.
- Các hoạt động hỗ trợ khác như tập thể dục, giảm cân.

### ***2.2. Điều trị bằng thuốc***

Chủ yếu trong điều trị thoái hoá khớp là giảm đau.

- Các thuốc giảm đau đơn thuần như acetaminophen thường được dùng.

Những bệnh nhân điều trị bằng acetaminophen không kết quả thì có thể do dùng thuốc chống viêm không steroid trừ khi có chống chỉ định.

- Các thuốc chống viêm không steroid: vừa có tác dụng giảm đau và chống viêm.

Khi dùng thuốc chống viêm không steroid điều trị thoái hoá khớp thường làm tăng nguy cơ biến chứng trên ống tiêu hoá (viêm, loét, chảy máu, thủng ổ loét, biến chứng thận...).

- Tiêm corticoid trong ổ khớp để điều trị thoái hoá khớp có tràn dịch thứ phát: có tác dụng giảm đau do giảm viêm mạnh và nhanh. Chỉ định khi thoái hoá khớp có tràn dịch; hoặc bệnh nhân có chống chỉ định dùng corticoid do nhiều lí do khác.

- Tiêm ổ khớp cần phải đảm bảo vô trùng tuyệt đối. Dịch khớp chọc hút được qua các lần tiêm cần được xét nghiệm tỉ mỉ và cấy khuẩn khi nghi có bội nhiễm. Bơm rửa ổ khớp bằng nước muối sinh lý sau đó tiêm ổ khớp các glucocorticoid.

### ***2.3. Điều trị bằng phẫu thuật***

Những bệnh nhân điều trị nội khoa không kết quả hoặc có ảnh hưởng lớn đến chức năng cử động khớp có thể dùng biện pháp can thiệp phẫu thuật. Hiện nay có thể phẫu thuật nhiều bệnh nhân thoái hoá khớp gối bằng nội soi - cắt bỏ gai mâm chày, phục hồi các dây chằng.

Phẫu thuật sửa chữa chỏm xương đùi và ổ cối được chỉ định cho bệnh nhân thoái hoá khớp phản ứng.

Phẫu thuật thay toàn bộ khớp tổn thương bằng khớp nhân tạo giúp cải thiện chất lượng cuộc sống; bệnh nhân thoái hoá khớp-chỉ định cho những bệnh nhân đau nhiều, biến dạng khớp. Nên kết quả phẫu thuật rất tốt khi chỉ định thay khớp với mục đích giảm đau...

Biến chứng sau phẫu thuật thường gặp gồm tắc mạch, nhiễm khuẩn ở khoảng 5%. Tử vong sau phẫu thuật khoảng 1%. Biến chứng xa là lỏng khớp do lớp xi măng gắn với xương.

Hiện nay, có nhiều kỹ thuật mới, vật liệu mới, nên phẫu thuật thay khớp kết quả ngày càng cao.

### ***2.4. Các thuốc đang thử nghiệm***

Hiện nay chưa có thuốc nào có thể làm thay đổi cấu trúc hoặc phục hồi sự bất thường về sinh học được công nhận.

Một số thuốc làm thay đổi tính phản ứng của cơ thể đang được nghiên cứu trên động vật thực nghiệm và trong tương lai có thể được áp dụng trên người. Ví dụ: doxycycline, tiêm ổ khớp hyaluronate, tiêm bắp pentosan polysulfate, polysulfate glycosaminoglycan và ghép sụn.

- Hiện nay thuốc glucosaminosulfate (viartril-s) 250mg x 2 viên/ngày đang được thử nghiệm trên lâm sàng.

=====HẾT=====