

BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 361/QĐ-BYT Ngày 25 tháng 01 năm 2014 của Bộ trưởng
Bộ Y tế)*

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI – 2016

CHỦ BIÊN

PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên

ĐỒNG CHỦ BIÊN

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê

PGS.TS. Nguyễn Quốc Anh

PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Lan

PGS.TS. Nguyễn Mai Hồng

THAM GIA BIÊN SOẠN

GS.TS. Trần Ngọc Ân

PGS.TS. Nguyễn Thị Ngọc Lan

GS.TS. Hoàng Khánh

PGS.TS. Lê Anh Thư

PGS.TS. Nguyễn Thị Lan Anh

PGS.TS. Nguyễn Mai Hồng

PGS.TS. Võ Tam

PGS.TS. Nguyễn Thị Thanh Thủy

TS. Đặng Hồng Hoa

PGS.TS. Nguyễn Vĩnh Ngọc

TS. Nguyễn Hữu Chung

PGS.TS. Trần Thị Minh Hoa

TS.BSCKII. Mai Thị Minh Tâm

TS. Nguyễn Đình Khoa

TS. Trần Thị Tô Châu

TS. Nguyễn Ngọc Châu

BSCKII. Nguyễn Thị Lược

TS. Nguyễn Thị Phương Thủy

ThS. Bùi Hải Bình

BSCKII. Đào Thị Vân Khánh

ThS. Hoàng Văn Dũng

BSCKII. Thái Thị Hồng Ánh

ThS. Lê Thị Liễu

ThS. Hồ Văn Lộc

ThS. Nguyễn Hoàng Thanh Vân

ThS. Huỳnh Văn Khoa

ThS. Nguyễn Thị Nga

ThS. Lưu Văn Ái

ThS. Phùng Anh Đức

ThS. Trần Văn Đức

BSCKII. Huỳnh Phan Phúc Linh

BSCKI. Lê Thế Dũng

BAN THƯ KÝ

ThS. Phạm Hoài Thu

ThS. Nguyễn Thị Nga

ThS. Phạm Thị Minh Nhâm

ThS. Nguyễn Thị Hiền

ThS. Nguyễn Thị Như Hoa

ThS. Nguyễn Đức Tiến

ThS. Ngô Thị Bích Hà
ThS. Trương Lê Vân Ngọc

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ THOÁI HOÁ KHỚP GỐI

1. ĐỊNH NGHĨA

Thoái hoá khớp gối 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. Sự mất cân bằng này có thể được bắt đầu bởi nhiều yếu tố: di truyền, phát triển, chuyển hoá và chấn thương, biểu hiện cuối cùng của thoái hóa khớp là 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.

Bệnh thường gặp ở nữ giới, chiếm 80% các trường hợp thoái hóa khớp gối.

2. NGUYÊN NHÂN

Theo nguyên nhân chia hai loại: thoái hóa khớp nguyên phát và thứ phát.

2.1. Thoái hoá khớp nguyên phát

Là nguyên nhân chính, xuất hiện muộn, thường ở người sau 60 tuổi, có thể ở một hoặc nhiều khớp, tiến triển chậm. Ngoài ra có thể có yếu tố di truyền, yếu tố nội tiết và chuyển hoá (mãn kinh, đái tháo đường...) có thể gia tăng tình trạng thoái hóa.

2.2. Thoái hoá khớp thứ phát

Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nguyên nhân có thể do sau các chấn thương khiến trục khớp thay đổi (gãy xương khớp, can lệch...); Các bất thường trục khớp gối bẩm sinh: khớp gối quay ra ngoài (genu valgum); Khớp gối quay vào trong (genu varum); Khớp gối quá duỗi (genu recurvatum...) hoặc sau các tổn thương viêm khác tại khớp gối (viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, lao khớp, viêm mủ, bệnh gút, chảy máu trong khớp - bệnh Hemophilie...)

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định

Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thập khớp học Mỹ-ACR (American College of Rheumatology), 1991.

- Có gai xương ở rìa khớp (trên Xquang).
- Dịch khớp là dịch thoái hoá.
- Tuổi trên 38.
- Cứng khớp dưới 30 phút.

– Có dấu hiệu lực khực khi cử động khớp.

Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2,3,4 hoặc 1,2,5 hoặc 1,4,5.

– Các dấu hiệu khác:

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

+ Biến dạng: do xuất hiện các gai xương, do lệch trục khớp hoặc thoát vị màng hoạt dịch.

– **Các phương pháp thăm dò hình ảnh chẩn đoán.**

+ Xquang qui ước: Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hoá khớp 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.

+ Siêu âm khớp: đánh giá tình trạng hẹp khe khớp, gai xương, tràn dịch khớp, đo độ dày sụn khớp, màng hoạt dịch khớp, phát hiện các mảnh sụn thoái hóa bong vào trong ổ khớp.

+ Chụp cộng hưởng từ (MRI): phương pháp này có thể quan sát được hình ảnh khớp một cách đầy đủ trong không gian ba chiều, phát hiện được các tổn thương sụn khớp, dây chằng, màng hoạt dịch.

+ Nội soi khớp: phương pháp nội soi khớp quan sát trực tiếp được các tổn thương thoái hoá của sụn khớp ở các mức độ khác nhau (theo Outbright chia bốn độ), qua nội soi khớp kết hợp sinh thiết màng hoạt dịch để làm xét nghiệm tế bào chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khớp khác.

– **Các xét nghiệm khác:**

+ Xét nghiệm máu và sinh hoá: Tốc độ lắng máu bình thường.

+ Dịch khớp: Đếm tế bào dịch khớp < 1000 tế bào/1mm³.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm khớp dạng thấp: chẩn đoán phân biệt khi chỉ tổn thương tại khớp gối, đặc biệt khi chỉ biểu hiện ở một khớp: tình trạng viêm tại khớp và các biểu hiện viêm sinh học rõ (tốc độ máu lắng tăng, CRP tăng...) và có thể có yếu tố dạng thấp dương tính. Thường được chẩn đoán qua nội soi và sinh thiết màng hoạt dịch.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Giảm đau trong các đợt tiến triển.
- Phục hồi chức năng vận động của khớp, hạn chế và ngăn ngừa biến dạng khớp.
- Tránh các tác dụng không mong muốn của thuốc, lưu ý tương tác thuốc và các bệnh kết hợp ở người cao tuổi.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

4.2. Điều trị nội khoa

4.2.1. Vật lý trị liệu

Các phương pháp siêu âm, hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp suối khoáng, bùn có hiệu quả cao.

4.2.2. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh

Chỉ định khi có đau khớp :

- Thuốc giảm đau: Paracetamol: 1g -2g/ ngày.

Đôi khi cần chỉ định các thuốc giảm đau bậc 2: Paracetamol phối hợp với Tramadol 1g-2g/ngày.

- Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs): lựa chọn một trong các thuốc sau:

+ Etoricoxia 30mg -60 mg/ngày, Celecoxib 200mg/ngày, Meloxicam 7,5- 15mg/ngày.

+ Thuốc chống viêm không steroid khác: Diclofenac 50-100mg/ngày, Piroxicam 20mg/ngày...

- Thuốc bôi ngoài da: bôi tại khớp đau 2-3 lần/ ngày. Các loại gel như: Voltaren Emugel.. có tác dụng giảm đau và rất ít tác dụng phụ.

- Corticosteroid: Không có chỉ định cho đường toàn thân.

- Đường tiêm nội khớp

+ Hydrocortison acetat: Mỗi đợt tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 3 mũi tiêm mỗi đợt. Không tiêm quá 3 đợt trong một năm.

+ Các chế phẩm chậm: Methylprednisolon, Betamethasone dipropionate tiêm mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Không tiêm quá 3 đợt một năm vì thuốc gây tổn thương sụn khớp nếu dùng quá liều.

+ Acid hyaluronic (AH) dưới dạng hyaluronate: 1 ống/1 tuần x 3-5 tuần liền.

4.2.3. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm (SYSADOA)

Nên chỉ định sớm, kéo dài, khi có đợt đau khớp, kết hợp với các thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh nêu trên.

+ Piascledine 300mg (cao toàn phần không xà phòng hóa quả bơ và đậu nành): 1 viên/ngày.

+ Glucosamine sulfate: 1,5g/ngày.

+ Acid hyaluronic kết hợp Chondroitin sulfate: 30ml uống mỗi ngày.

+ Thuốc ức chế Interleukin 1: Diacerein 50mg x 2 viên/ngày.

4.2.4. Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP)

+ Huyết tương tự thân giàu tiểu cầu (PRP): lấy máu tĩnh mạch, chống đông, ly tâm tách huyết tương sau đó bơm vào khớp gói 6ml- 8ml PRP.

4.2.5. Cấy ghép tế bào gốc (Stem cell transplantation)

+ Tế bào gốc chiết xuất từ mô mỡ tự thân (Adipose Derived Stemcell-ADSCs).

+ Tế bào gốc từ nguồn gốc tủy xương tự thân.

4.3. Điều trị ngoại khoa

4.3.1. Điều trị dưới nội soi khớp

+ Cắt lọc, bào, rửa khớp.

+ Khoan kích thích tạo xương (microfrature).

+ Cấy ghép tế bào sụn.

4.3.2. Phẫu thuật thay khớp nhân tạo

Được chỉ định ở các thể nặng tiến triển, có giảm nhiều chức năng vận động. Thường được áp dụng ở những bệnh nhân trên 60 tuổi. Thay khớp gói một phần hay toàn bộ khớp.

5. THEO DÕI VÀ QUẢN LÝ

- Chống béo phì.

- Có chế độ vận động thể dục thể thao hợp lý, bảo vệ khớp tránh quá tải.

- Phát hiện điều trị chỉnh hình sớm các dị tật khớp (lệch trục khớp, khớp gói vẹo trong, vẹo ngoài..).