

Bs Nguyễn Đình Tuấn - CĐYTQN

I. Định nghĩa

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh khớp mãn tính thuộc nhóm tự miễn và hiện nay được xem như là một bệnh tự miễn (an autoimmune disease) với các biểu hiện tại khớp, toàn thân và nhiều mô cơ thể khác nhau, diễn biến phức tạp và vô cùng dài lâu gây nhiều hậu quả nặng nề cho người bệnh như biến dạng khớp, cứng khớp dẫn đến tàn phế. Thêm vào đó là các biến chứng xuất hiện do dùng thuốc chống viêm không steroid (NSAID) và corticoid không đúng cách như loét dạ dày-tá tràng, suy thận, loãng xương, phụ thuộc corticoid... bệnh chuyển và tiến triển ngày càng nặng nề thêm.



II. Lâm sàng

1. Dịch tễ học

- Số người mắc bệnh hàng năm (Incidence): 25 – 30 người/100.000 dân/năm.
- Khoảng 50% bệnh nhân bệnh thoái hóa khớp nặng nề và bị giảm tuổi thọ.
- Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng phổ biến nhất là tuổi 30 – 60.
- Bệnh thoái hóa khớp ở nữ, tỷ lệ nữ/nam: 3/1

2. Sinh bệnh học

Nguyên nhân của bệnh hiện còn chưa rõ, tuy nhiên bệnh được coi như là một bệnh tự miễn khá quan trọng và điển hình thoái hóa khớp. Nhiễm trùng khớp cho thấy vai trò quan trọng của các đáp ứng miễn dịch thích ứng và miễn dịch qua trung gian tế bào, của các cytokines (Interleukine 1, TNF α), của các tế bào T, của yếu tố di truyền (tuổi, giới, HLA), của yếu tố tăng trưởng nội sinh... trong cơ chế bệnh sinh khá phức tạp của bệnh. Điều việc điều trị có hiệu quả cần phải nhắm vào một hay nhiều mắt xích cơ chế trong cơ chế bệnh sinh để cắt đứt hoặc khống chế vòng xoắn bệnh lý phức tạp của bệnh.

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Cho đến nay có thể giới thiệu còn số liệu tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng bệnh Viêm khớp dạng thấp của ACR 1987 (American College of Rheumatology). (còn gọi là tiêu chuẩn ARA 1987)

1. Cứng khớp buổi sáng (Morning stiffness) kéo dài ít nhất 1 giờ.
2. Viêm khớp / Swelling phần mềm (Arthritis / Soft tissue swelling) ít nhất 3 nhóm (trong số 14 nhóm khớp: khớp ngón giữa bàn tay, khớp bàn ngón, khớp cổ tay, khớp khuỷu, khớp gối, khớp cẳng chân, khớp bàn ngón chân 2 bên).
3. Viêm các khớp tay: khớp ngón giữa, khớp bàn ngón, khớp cổ tay.
4. Viêm khớp đối xứng (Symmetrical arthritis)
5. Nốt thóp (Rheumatic Nodules).
6. Tăng nồng độ yếu tố dạng thấp (Rheumatoid Factor: RF) trong huyết thanh
7. Hình ảnh biến đổi đặc trưng của bệnh trên X quang (Characteristic radiographic): vôi hình ổ / ăn mòn / khuyết xương ở bàn tay, bàn chân / hẹp khe khớp / dính khớp...

Viêm khớp dạng thấp và điều trị

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 6, 29 Tháng 10 2014 20:20 - Lần cập nhật cuối: Thứ 6, 05 Tháng 11 2014 17:40

Cần chú ý đặc biệt đến triệu chứng khớp buốt sáng kéo dài > 1 giờ với tính chất giảm dần (hiện tượng phá vỡ) và tiến triển ban đầu thường xuất hiện ở các khớp nhỏ ở bàn tay, đôi khi cũng có liên quan triệu chứng.

Cần chẩn đoán với nhiều bệnh lý viêm khớp mãn tính nhưng không phải là VKDT:

- Nhóm bệnh viêm khớp liên quan đến viêm cột sống (huyết thanh chẩn đoán âm tính). Bao gồm: viêm khớp vẩy nến (Psoriatic Arthritis), viêm cột sống dính khớp (Ankylosing Spondylitis), viêm khớp phản ứng (Reactive Arthritis)... Có đặc điểm: viêm không đối xứng ở một hoặc nhiều khớp, thường ở khớp lớn, thường gặp ở nam giới, tuổi trẻ (<40).
- Thoái hóa khớp (Osteoarthritis, Arthrosis)
- Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus).

4. Tiên lượng

Diễn tiến của bệnh rất khác nhau giữa các bệnh nhân.

Sau khi khởi bệnh 10 năm: 10 – 15% bệnh nhân bệnh tàn phế, phải cần đến sự trợ giúp của người khác (Giai đoạn III & IV theo Steinbrocker).

Tỷ lệ tử vong tăng ở những bệnh nhân sớm bị suy giảm chức năng thận đáng kể.

Các yếu tố làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp gồm:

- Bệnh lý tim mạch.
- Nhiễm trùng.
- Loãng xương.
- Các bệnh liên quan đến các thuốc kháng viêm corticoid và NSAID.

Khả năng làm việc giảm, đặc biệt khi người bệnh trên 50 tuổi, lao động nặng.

III. Chỉ định điều trị viêm khớp dạng thấp hiện nay

1. Các điều trị không dùng thuốc

- Giáo dục sức khỏe
- Tập luyện, chế độ ăn uống giàu vitamin và khoáng chất
- Duy trì vận động thể thao xuyên và nhịp nhàng trong giai đoạn bệnh tiến triển.

2. Nhóm Thuốc khớp (Rheumatology team) gồm:

- Thầy thuốc gia đình và/hoặc Bác sĩ đa khoa khu vực
- Bác sĩ chuyên khoa khớp
- Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, y tế công cộng.
- Bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân.

Các thành viên trên có vai trò hỗ trợ điều trị, đồng viên, giúp đỡ và tạo điều kiện thuận lợi để người bệnh có mặt tham gia điều trị đúng nhất, đầy đủ nhất.

3. Các chỉ định thuốc điều trị bệnh VKDT (Strategies of drug treatment).

3.1. Lựa chọn thuốc đầu tiên (trong lúc chẩn đoán xác định của bác sĩ chuyên khoa khớp).

- Thuốc kháng viêm không Steroid (NSAID)
- Và/hoặc thuốc giảm đau đơn thuần
- Tránh sử dụng Corticoid toàn thân vì gây khó khăn cho chẩn đoán và gây lệ thuộc thuốc (Cortico-dependent status)

3.2. Khám chuyên khoa khớp:

Khi chưa có chẩn đoán xác định: Bệnh nhân cần được theo dõi, điều trị triệu chứng bằng thuốc kháng viêm không Steroid (NSAID) và làm tiếp cận chẩn đoán xác định.

Khi chẩn đoán xác định Viêm khớp dạng thấp:

Sử dụng thuốc chống thấp khớp thay đổi tiến trình bệnh (Disease Modifying AntiRheumatic Drugs – DMARD) phù hợp với mức độ bệnh, thời trạng bệnh nhân, hoàn cảnh kinh tế ...

Phải tiếp tục điều trị triệu chứng lúc đầu (khi các thuốc DMARD chưa có tác dụng) bằng một thuốc kháng viêm NSAID hoặc Corticoid toàn thân (nếu biểu hiện viêm nặng nề và/hoặc không kiểm soát được bằng NSAID). Lưu ý rằng, thời gian sử dụng, tần số tác dụng phụ khi phải tiếp tục thuốc kháng viêm phải được kiểm soát chặt chẽ, giảm liều và ngừng càng sớm càng tốt để tránh các tác dụng phụ khi dùng dài ngày (Loãng xương, nhiễm trùng, bệnh tim mạch, suy thận, viêm loét đường tiêu hóa, phụ thuộc corticoid...)

Dùng Corticoid tối thiểu (khi có chẩn đoán) là một điều trị hỗ trợ tốt, có thể sử dụng để tránh hoặc giảm bớt việc dùng Corticoid toàn thân.

Chọn lựa một thuốc chống thấp khớp thay đổi tiến trình bệnh (Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs – DMARD) phù hợp:

Bệnh nhân không có các yếu tố tiên lượng nặng nề các thuốc đầu tiên chọn là:

Sulfasalazine hoặc Hydroxychloroquine hoặc Methotrexate.

Bệnh nhân có các yếu tố tiên lượng nặng nề (sớm biến chứng nặng nề và/hoặc tiến triển nhanh chóng, hoạt tính bệnh vừa hoặc cao, yếu tố dùng thấp khớp nặng tính..., các thuốc đầu tiên nên là Methotrexate. Các thuốc khác có thể chọn là: Sulfasalazine hoặc

Cyclospine.

Bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán Viêm khớp dạng thấp (Undifferentiated rheumatoid arthritis) cần được theo dõi chặt chẽ và việc dùng nhóm DMARD cần được cân nhắc và kiểm soát kỹ.

Bệnh nhân có các biểu hiện ngoài khớp nặng nề và/hoặc tổn thương có thể đáp ứng dùng các thuốc Cyclophosphamide, Azathioprine... khi các điều trị bằng nhóm DMARD thất bại. Những trường hợp khớp tổn thương hoặc tổn thương đe dọa tính mạng, thuốc có thể được sử dụng liều cao, được tính liều tĩnh mạch (Intravenous pulse therapy).

. Điều trị triệu chứng (kháng viêm, giảm đau, giảm cứng khớp) trong giai đoạn đầu của bệnh, trong khi chờ đợi các thuốc DMARD có tác dụng (3 đến 6 tháng đầu) hoặc trong các đợt tiến triển (nếu có) của bệnh.

Corticoid toàn thân nếu có biểu hiện viêm nặng nề và/hoặc không kiểm soát được bằng các thuốc kháng viêm không phải Steroid (NSAID). Liều khởi đầu 20mg prednisolon/ ngày, được uống (đôi khi phải dùng liều cao hơn, được uống tiêm). Giảm liều dần khi biểu hiện viêm được khống chế và ngừng càng sớm càng tốt để tránh các tác dụng phụ khi dùng dài ngày.

Hoặc Corticoid tại chỗ, khi có thể đáp ứng (tổn thương viêm khu trú mà triệu chứng rất ít khớp, đã được chẩn đoán loại trừ các viêm khớp do vi trùng) là một điều trị hỗ trợ tốt, hiệu quả, giảm hoặc tránh bớt việc dùng Corticoid toàn thân.

Hoặc một thuốc kháng viêm không steroid (NSAID). Ưu tiên nhóm COXIBs vì không hoặc ít có các tác dụng bất lợi với các nhóm DMARD, đặc biệt Methotrexate.

Điều trị một số nhóm bệnh nhân có nguy cơ (Risk – groups).

Bệnh nhân có thai

Viêm khớp dạng thấp và điều trị

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 7, 29 Tháng 10 2014 20:20 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 05 Tháng 11 2014 17:40

NSAID: Tránh sử dụng trong 3 tháng cuối của thai kỳ.

Corticosteroid: có thể dùng trong suốt thai kỳ (nếu cần) nhưng chỉ dùng Prednisone, Prednisolone, Methylprednisolone.

DMARD: Có thể dùng nếu cần: Sulfasalazine, Hydroxychloroquine, Cyclosporine.

Chỉ định điều trị:

+ Methotrexate (ngừng ít nhất 1 tháng trước khi có ý định có thai)

+ Cyclophosphamide (ngừng ít nhất 3 tháng trước khi có ý định có thai)

Bệnh nhân đang cho con bú

+ NSAID: có thể dùng Ibuprofen

+ Corticoid: dùng liều thấp < 20 mg Prednisolon hàng ngày

+ DMARD: Có thể sử dụng Hydroxychloroquine. Dùng nhưng thận trọng với Sulfasalazine và chỉ định điều trị tất cả các thuốc khác.

Bệnh nhân có tuổi cần theo dõi sát và lưu ý các bệnh liên quan tim mạch (chức năng gan, thận tim và huyết áp), tác dụng thuốc, các tác dụng phụ của thuốc...

+ NSAID: dùng liều thấp nhất có hiệu quả, chọn thuốc ít tác dụng phụ (ví dụ ức chế chọn lọc COX 2), dùng thêm thuốc giảm đau đơn thuần khi cần thiết.

+ Corticoid: dùng liều thấp nhất có hiệu quả, dùng tối thiểu nếu có chỉ định, dùng thêm Calcium, Vitamin D, Calcitriol (Rocaltrol) để phòng ngừa loãng xương.

+ DMARD: Sulfasalazine, Hydroxychloroquine và Methotrexate là các thuốc đầu tiên lựa chọn.

Bệnh nhi (Viêm khớp dạng thấp trẻ em – Juvenile Rheumatoid Arthritis)

+ NSAID: Ibuprofen hoặc Nimesulide. Có thể dùng thêm Paracetamol để tăng tác dụng giảm đau và hạ sốt.

+ Corticoid: (Prednisone, Prednisolone, Methylprednisolone). Liều 1,5 – 2 mg/kg/ngày khi có những biểu hiện viêm nặng nề, khó khăn cho. Thuốc cần nhanh chóng được giảm liều khi hiện tượng viêm được kiểm soát, thường dùng “bước cù” trong lúc chờ đợi tác dụng của thuốc DMARD. Corticosteroid tối thiểu hiệu quả trong các trường hợp viêm mắt hoặc rất ít khớp.

+ DMARD: Methotrexate, Sulfasalazine Hydroxychloroquine. + Globulin miễn dịch, liều cao, được ứng dụng.

+ Các thuốc ức chế miễn dịch dùng trong trường hợp toàn thân nặng, đe dọa tính mạng. Ví dụ: Methylprednisolone và Cyclophosphamide liều cao tĩnh mạch kết hợp Methotrexate được ứng dụng.

. **Điều trị phối hợp các DMARD** được chọn khi một thuốc đơn lẻ không hiệu quả mong muốn. Các cách phối hợp:

- Methotrexate + Sunfasalazine
- Methotrexate + Hydroxychloroquine
- Methotrexate + Sunfasalazine + Hydroxychloroquine
- Methotrexate + Cyclosporine

Các phác đồ trên đều có thể kèm thêm Prednisolone (Prednisone hoặc Methylprednisolone) với liều < 7mg/hàng ngày (nếu cần).

IV. Kết luận

Để đoán các phác đồ điều trị tiếp theo lại cho một bệnh nhân còn chưa hoàn toàn biết rõ nguyên nhân và các chức năng sinh bệnh như bệnh VKDT không phải là một việc dễ dàng. Tuy nhiên việc sử dụng thuốc chống thấp khớp có hiệu quả như DMARD) có hiệu quả (điều trị các bệnh khớp với nhau) hoặc phác đồ với các thuốc miễn dịch như Cyclosporine, Mycophenolate Mofetil, Leflunomide... đã trở thành những điều trị chủ yếu cho bệnh VKDT. Những năm gần đây, những biện pháp điều trị sinh học kháng lại yếu tố hoại tử alpha (TNF α), kháng IL 1... đã được đưa vào điều trị với kết quả đáng khích lệ. Các thuốc này, hoặc dùng đơn độc hoặc kết hợp với Methotrexate sẽ rất hiệu quả với bệnh VKDT, tuy nhiên việc kết hợp này làm tăng chi phí điều trị rất nhiều và có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng nên cần rất thận trọng khi chọn thuốc và người bệnh càng cần được theo dõi sát...