

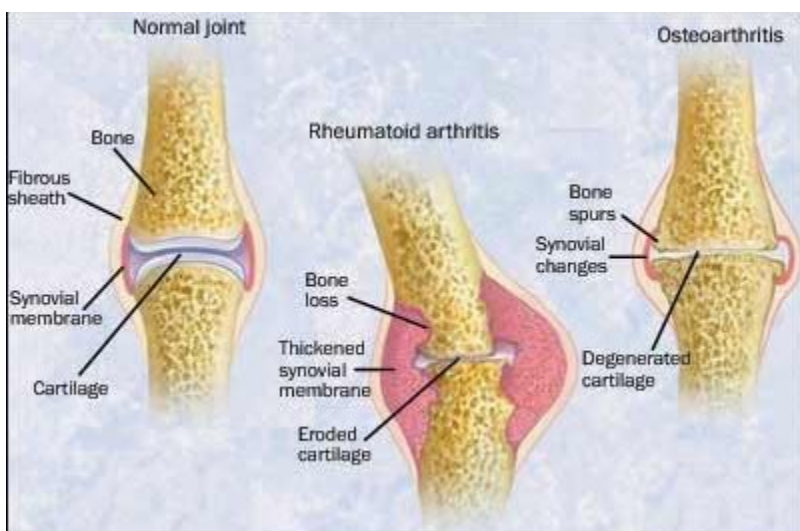
Bệnh Viêm Khớp : Nguyên Nhân, Chẩn Đoán và Chữa Trị

Có hàng trăm bệnh lý viêm khớp (arthritis) nhưng thường thấy là các loại viêm xương- khớp, viêm đa khớp dạng thấp, viêm khớp thiếu nhi, nhiễm trùng khớp do vi trùng sinh mủ, nhiễm trùng khớp do lao...

Viêm xương-khớp (osteoarthritis) hay viêm khớp thoái hoá có thể ảnh hưởng bất cứ khớp nào. Tuy nhiên thoái hoá khớp lớn thường gặp hơn, nhất là những khớp chịu lực nhiều như khớp gối, khớp háng và khớp cổ chân. Nguyên nhân: do lạm dụng sức chịu đựng khớp, do chấn thương, lão hoá, mập phì, tật bẩm sinh, bệnh thống phong, tiểu đường, các bệnh lý nội tiết... Đa số thoái hoá khớp không rõ nguyên nhân liên quan đến sự lão hoá. Thoái hoá khớp không ảnh hưởng một cách hệ thống đến cơ thể như các bệnh viêm khớp khác. Triệu chứng thay đổi tùy từng bệnh nhân, thường thấy nhất là đau một ổ khớp hay nhiều khớp khi hoạt động quá mức và bớt khi nghỉ ngơi hay tập nhẹ nhàng. Cứng khớp hay giới hạn cử động khớp thường xảy ra vào buổi sáng, bớt khi tập luyện cử động nhẹ nhàng vài lần trong ngày.

Viêm khớp ảnh hưởng đến vài trăm triệu người trên khắp thế giới. Hiểu rõ và sống chung với viêm khớp, nhất là các loại bệnh viêm khớp mạn tính là một thái độ tích cực góp phần gia tăng chất lượng cuộc sống của chính bệnh nhân.

Viêm đa khớp dạng thấp (rheumatoid arthritis) là một bệnh mạn tính ảnh hưởng tới nữ giới nhiều gấp hai, ba lần nam giới. Viêm khớp tiến triển chậm dần theo tuổi tác nhưng gây tỷ lệ tàn tật và tử vong cao. Đây là bệnh tự miễn nhiễm, do cơ thể tiết ra các chất tấn công bao khớp, xâm nhập và phá huỷ ổ khớp. Nguyên nhân viêm đa khớp dạng thấp chưa rõ, nhưng yếu tố di truyền được xem có vai trò quan trọng. Tuổi mắc bệnh thường là trung niên nhưng vẫn có thể xảy ra ở tuổi 20 – 30. Nếu không điều trị, bệnh có thể ảnh hưởng các cơ quan khác một cách có hệ thống. Triệu chứng thường là sưng đau, ấn đau, giới hạn cử động hay cứng khớp. Các khớp thường gặp là bàn tay, ngón tay, các lóng tay, cổ tay, cổ chân, bàn chân, ngón chân. Sáng ra bệnh nhân thường có cảm giác cứng, khó cử động bàn – ngón tay hay ngón chân trong nhiều giờ, càng vận động càng bớt cứng. Bệnh nhân cũng thấy tê các đầu ngón tay và ngón chân, nhất là về đêm hay vừa ngủ dậy. Triệu chứng viêm khớp thường có tính đối xứng. Bệnh nhân còn thấy chán ăn, mệt mỏi, sốt nhẹ... Diễn biến lâu năm, các biến dạng khớp tiến triển dần do tổn thương nặng xương – sụn; xương kêu lạo xạo khi cử động; xuất hiện các nốt thấp dưới da quanh các khớp chịu lực.



Khớp bình thường (normal joint)

Khớp bị viêm đa khớp dạng thấp (rheumatoid arthritis)

Khớp bị viêm xương-khớp (osteoarthritis)

*Thickened synovial membrane = màng bọc khớp dày lên- Eroded cartilage = sụn bị hủy hoại (mòn từ từ) Bone spur = gai (xương)
Synovial change = sự biến đổi của màng bọc- Degenerated cartilage = sụn bị thoái hóa*

A- Viêm xương-khớp (osteoarthritis)

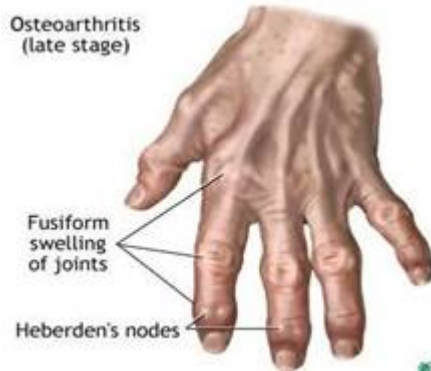
Viêm xương-khớp (osteoarthritis-OA) còn gọi là thoái hóa khớp xương, (degenerative joint disease) là loại viêm khớp xương thông thường nhất. xảy ra khi lớp sụn bọc đầu xương bị mòn qua thời gian.



(a): Khớp xương bình thường, (b): Khớp xương bị viêm

OA có thể xuất hiện tại bất cứ khớp xương nào trong cơ thể, nhưng thường thấy ở các khớp xương ở bàn tay, hông, đầu gối và xương sống. Trừ khi bị chấn thương, OA hiếm khi xuất hiện tại quai hàm, vai, khuỷu tay, cổ tay hoặc cổ chân. OA thường xuất hiện tại một khớp xương, đôi khi cũng xuất hiện tại nhiều khớp xương, như các khớp xương ngón tay.

Chứng bệnh này diễn tiến từ từ, mỗi ngày một nặng, và y học ngày nay chưa có cách chữa trị dứt bệnh, chỉ có cách giảm đau và giúp bệnh nhân duy trì phần nào các cử động của khớp xương.



Viêm xương-khớp thời kỳ cuối: Khớp xương bị sưng (fusiform swelling of joints) Khối u Heberden (Heberden's nodes)

I. Dấu hiệu và triệu chứng:

Các triệu chứng xuất hiện từ từ, mỗi ngày một nặng, và bao gồm:

- Đau tại khớp xương trong khi cử động hoặc sau khi cử động
- Đau tại khớp xương khi sờ nắn
- Khớp xương “đông cứng” (stiff), nhất là khi thức giấc vào buổi sáng hoặc sau một thời gian không cử động

- Giảm bớt sự chuyển dịch của khớp xương, khó co duỗi.
- Đôi khi, khớp xương sưng tấy.

II. Nguyên nhân

OA xuất hiện khi sụn bọc đầu xương bị bào mòn qua thời gian. Mặt sụn thường nhẵn (giảm bớt sự ma sát) khi thoái hóa sẽ trở nên nhám, tạo ra sự ma sát khi cử động. Khi lớp sụn này mỏng dần và mất hẳn, hai đầu xương cọ vào nhau khi cử động, tạo ra sự đau đớn, khó chịu tại khớp xương.

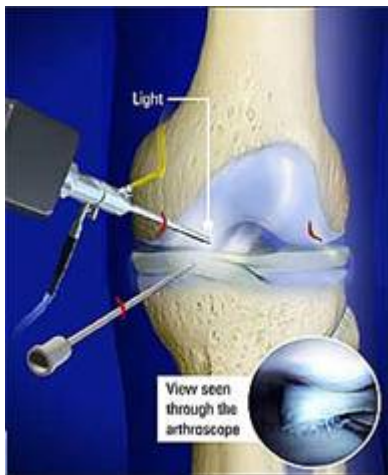
Tại sao sụn bị bào mòn với thời gian thì ta chưa có câu trả lời. Các chuyên gia phỏng đoán rằng việc bào mòn lớp sụn bọc đầu xương là do nhiều yếu tố khác nhau:

- Tuổi tác: OA ít khi xuất hiện ở tuổi dưới 40
- Phái tính: Phụ nữ thường bị OA nhiều hơn đàn ông, lý do tại sao thì ta chưa rõ
- Di truyền: Đôi khi vì di truyền các khớp xương biến dạng hoặc thiếu sụn bọc
- Chấn thương tại khớp xương do tai nạn
- Chứng mập phì: Càng nặng thì các khớp xương càng chịu một trọng lượng cao hơn, như đầu gối, hông,
- Những chứng bệnh khác ảnh hưởng đến xương và khớp xương như thống phong (gout), viêm đa khớp dạng thấp (rheumatoid arthritis) , bệnh Paget

III. Chẩn bệnh

Nếu bác sĩ thấy dấu hiệu và triệu chứng của viêm xương -khớp , sẽ truy tìm để chẩn đoán qua nhiều cách sau đây

- Chụp tia X: Hình chụp cho thấy khoảng cách giữa 2 đầu xương (joint space) thu hẹp lại, có nghĩa là sụn đã mòn. Ngoài ra ta có thể thấy những “gai” (spur) xương mọc tại khớp.



- **Thử máu:** để tìm các nguyên nhân khác gây viêm xương-khớp như viêm đa khớp dạng thấp (rheumatoid arthritis -RA).

- **Thử nghiệm hoạt dịch** (synovial fluid): Bác sĩ dùng kim rút ra một ít chất lỏng từ khớp xương để thử nghiệm, truy tìm nguyên nhân của phản ứng viêm như nhiễm trùng hoặc thống phong (tinh thể acid uric).

- **Nội soi** (arthroscopy): Bác sĩ dùng dụng cụ nội soi, cắt một lỗ hổng nhỏ ở da và đặt “máy chụp ảnh” vào khớp xương để quan sát các cấu trúc sụn, xương, dây chằng... của khớp

Nội soi khớp

IV. Chữa trị:

Y học không có cách chữa dứt chứng OA, nhưng việc trị liệu sẽ giảm đau đớn và duy trì phần nào các chức năng của khớp xương để bệnh nhân có thể tiếp tục sống theo sinh hoạt hàng ngày mà không trở thành tàn phế. Thuốc men và giải phẫu là hai cách chữa trị sau khi đã dùng các phương cách chữa trị khác mà sự đau đớn tại khớp xương không thuyên giảm.

1) Giai đoạn 1 (viêm xương-khớp nhẹ)

- **Ngưng sử dụng khớp xương đau:** Khi khớp xương đau hoặc viêm (sưng, đỏ, nóng và đau), tìm cách tránh sử dụng khớp xương trong 12-24 tiếng.

- **Thể dục:** Với sự chấp thuận của bác sĩ, vận động thân thể khi muốn; dùng những cách thể dục “nhẹ” như đi bộ, đạp xe đạp hoặc bơi lội. Sự vận động có thể gia tăng sức mạnh của bắp thịt quanh khớp xương, giúp khớp xương “vững chắc” (stable) hơn.

- **Giảm cân:** Chứng mập phì khiến các khớp xương “chịu” trọng lượng của cơ thể như đầu gối, hông bị bào mòn nhanh hơn. Khi giảm cân, dù chỉ một lượng nhỏ cũng đủ để các khớp xương nói trên bớt ma sát và đau đớn khi di chuyển.

- **Dùng “nhiệt” và “hàn” để giảm đau:** Cả nhiệt và hàn đều có thể giảm đau tại khớp xương. Túi nước ấm có thể giảm sự “đông cứng” tại khớp xương, và túi nước đá có thể giảm sự co thắt của bắp thịt quanh khớp xương. Dùng nhiệt chườm khớp xương khoảng 20 phút, nhiều lần trong ngày. Dùng hàn để giảm đau và sưng nhiều lần trong ngày. Đừng dùng túi nước đá nếu tay bị tê (mất cảm giác) hoặc tứ chi kém máu lưu thông (poor circulation).

- **Dùng vật lý trị liệu:** Các chuyên viên có thể tạo lập một chương trình thể dục thích hợp cho tình trạng sức khỏe toàn diện và sự giới hạn của các khớp xương. Những bài thể dục này có thể giúp duy trì phần nào cử động của khớp và giảm đau.

- **Dùng các loại kem ngoài da mua tự do:** Các sản phẩm này tạo ra “nhiệt” hoặc “hàn” trên da, và có thể giảm đau. Nhớ đọc kỹ nhãn hiệu để biết ta sử dụng loại thuốc gì để sau đó còn gia giảm theo ý muốn.

- **Dùng những vật dụng** như những miếng “đệm” gót chân, bọc đầu gối (knee braces)... để giảm sự ma sát, giảm cử động giúp khớp xương bớt đau

- **Dư các lớp chỉ dẫn cách chịu đựng sự đau đớn** như dùng ý nghĩ "điều khiển" phản ứng của cơ thể khi cơn đau xuất hiện. Tại Hoa Kỳ, ta có thể theo các lớp học do the Arthritis Foundation tổ chức.

2. Giai đoạn 2 (viêm xương-khớp nặng hơn)

Khi sự thoái hóa khớp xương tiếp diễn và các cách trị liệu kể trên không hiệu quả, ta sẽ cần dùng thêm thuốc men. Nhưng thuốc men không cũng chưa đủ, bệnh nhân sẽ cần tiếp tục những động tác thể dục khi có thể và ngưng cử động khớp xương đau khi cần thiết. Nếu bị chứng mập phì, cần tiếp tục xuống cân.

Những loại thuốc có thể dùng để chữa trị:

- **Acetaminophen** (paracetamol hay Tylenol®) giảm đau nhưng không giảm phản ứng viêm, dùng để giảm đau, mức đau nhẹ đến “vừa vừa”. Khi dùng quá liều, có thể đưa đến hư gan, nhất là những người người uống rượu thường xuyên (3-4 ly rượu mỗi ngày). Cần tham khảo với bác sĩ khi dùng acetaminophen với các loại thuốc men khác.

- **NSAID** (Non-steroidal anti-inflammatory drug) bán tự do như ibuprofen (Advil®, Motrin®,...), naproxen sodium (Aleve®) giảm đau và giảm viêm. Những loại NSAID khác bán qua toa bác sĩ tác dụng hiệu quả hơn nhưng cũng có thể gây nhiều phản ứng phụ hơn, nhất là khi dùng lâu dài và dùng một lượng thuốc cao. Phản ứng phụ gồm có tiếng kêu trong tai (ù tai), lở dạ dày, xuất huyết dạ dày, suy gan và suy thận. Dùng NSAID cùng với rượu và corticosteroid dễ bị xuất huyết dạ dày.

- **Tramadol** (Ultram®): một loại thuốc giảm đau tác dụng tại não bộ (centrally acting analgesic) bán theo toa bác sĩ. Tramadol không giảm viêm nhưng giảm cảm giác đau đớn. Tuy ít phản ứng phụ (so với NSAID) nhưng Tramadol có thể gây táo bón và buồn nôn. Chỉ nên dùng Tramadol trong một thời gian ngắn, và có thể dùng chung với Tylenol®.

3. Giai đoạn 3 (viêm xương-khớp ở giai đoạn chót)

- **Những loại thuốc giảm đau khác (cần toa bác sĩ)** như codeine và propoxyphene (Darvon) có thể giảm những cơn đau trầm trọng. Tuy nhiên loại thuốc này sẽ gây “nghiện” khi dùng lâu dài. Phản ứng phụ gồm có buồn nôn, táo bón và buồn ngủ (kém minh mẫn).

- **Chích cortisone tại khớp xương** sẽ giảm đau đớn dù Y học chưa hiểu rõ tại sao cortisone giảm đau ngoài việc giảm viêm. Bác sĩ có thể giới hạn việc dùng cortisone ở một lượng nào đó, quá nhiều cortisone có thể hủy hoại khớp xương.

- **Chích chất hyaluronic acid** (Hyalgan®, Synvisc®) hay còn gọi là “visco-supplementation” vào khớp xương sẽ giảm đau qua việc thêm chất nhờn (“đệm” hay cushioning) vào khớp xương, giảm lực ma sát. Việc sử dụng “visco-supplementation” tại khớp đầu gối được Hội Đồng Giám Định Y Khoa chứng nhận, chưa được chứng nhận khi dùng ở các khớp xương khác. Bác sĩ chích “visco-supplementation” mỗi tuần trong vài tuần, và có thể giảm đau vài tháng. Biến chứng có thể là nhiễm trùng, sưng khớp xương và đau. Những bệnh nhân dị ứng với lông hay trứng gia cầm không nên sử dụng.

Giải phẫu: Đây là giải pháp cuối cùng sau khi đã sử dụng các cách chữa trị kể trên, và dành cho những bệnh nhân sẽ bị tàn phế nếu không giải phẫu.

- **Thay khớp (arthroplasty):** Bác sĩ tháo bỏ khớp xương đã hỏng và thay thế bằng khớp xương nhân tạo (prostheses). Khớp xương hông và đầu gối là những khớp xương thường được thay thế; ngày nay việc thay khớp xương vai, khuỷu tay, ngón tay và cổ chân trở nên thông dụng hơn. Những khớp xương nhân tạo có thể giúp bệnh nhân sống bình thường cả 20 năm. Biến chứng có thể là nhiễm trùng và xuất huyết dù tỷ lệ này rất nhỏ và tùy thuộc vào tài năng của bác sĩ giải phẫu.

- **Lấy ra những mảnh sụn, xương (debridement)** để giảm đau khi cử động. Bác sĩ dùng dụng cụ nội soi và lấy ra mảnh vụn trong khớp qua một lỗ hổng nhỏ tại khớp xương (arthroscopically).

• **Chỉnh hình:** Khi đặt lại các đầu xương đúng chỗ (re-alignment) có thể giảm đau khi cử động. Bác sĩ mở một lỗ hổng trên xương (bên dưới hoặc trên đầu gối) gọi là “osteotomy” và điều chỉnh xương chân hoặc xương đùi.

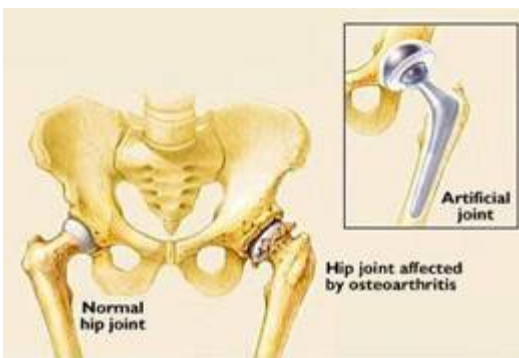
• **Làm cứng khớp (Fusing bone ” còn gọi là “arthrodesis)** có nghĩa là khớp xương được “đông cứng” để giảm đau và có thể chịu sức nặng của cơ thể dù khớp xương mất đi phần nào cử động bình thường. Cách chữa trị này để giảm đau khi bệnh nhân không thể chịu cuộc giải phẫu thay khớp.

Thay khớp đầu gối:



Đầu gối bình thường còn sụn (healthy knee), đầu gối bị viêm, sụn đã mòn (osteoarthritis knee), đầu gối có khớp nhân tạo (prosthesis)

Thay khớp xương hông:



Khớp xương hông bình thường (normal hip joint), khớp xương hông bị viêm (hip joint affected by OA), Khớp nối nhân tạo (artificial joint)

V. Những cách tự chăm sóc:

Khi viêm khớp tái phát, ta có thể áp dụng một hoặc nhiều phương cách sau đây để duy trì sinh hoạt hàng ngày:

• Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng như trái cây, rau và hạt ngũ cốc để duy trì trọng lượng cơ thể (không lên cân) và sức khỏe toàn diện. Không có cách dinh dưỡng đặc biệt nào riêng cho OA. Chưa có loại thực phẩm được chứng minh là hiệu quả trong việc giảm đau hoặc giảm phản ứng viêm.

• Dùng thuốc men theo lời chỉ dẫn của bác sĩ, đừng chờ đến khi cơn đau bắt đầu mới dùng thuốc.

• Dùng các vật dụng được chế tạo để giúp ta “nắm”, “mở hộp”... giảm các cử động tại khớp xương đau. Chống gậy khi di chuyển để bớt sức nặng của thân hình, giảm “áp lực” tại khớp đầu gối hoặc hông.

• Chọn những món đồ không cần dùng đến các cử động của khớp xương: Một cái giỏ xách đeo trên vai thay cho một cái ví cầm tay. Chọn dụng cụ mở hộp thay cho việc dùng sức của cơ tay và các khớp xương bàn tay.

• “Chia” sức nặng của một vật đến nhiều khớp xương, như khi khiêng một vật nặng, dùng cả hai tay, dùng gậy chống khi di chuyển...

- Duy trì dáng bộ khi đứng ngồi để sức nặng của cơ thể được chia đều cho các khớp xương. Khi khom lưng, nghiêng vai quá lâu, sức nặng của cơ thể không được san sẻ đồng đều, tạo ra áp lực tại khớp xương, dây chằng, cơ tại nơi chịu sức nặng quá mức. Đi bộ và bơi là hai cách thể dục duy trì dáng bộ tốt nhất.
- Dùng các cơ khỏe nhất và giữ gìn các khớp xương lớn: cúi nhặt một vật bằng cách gập đầu gối thay vì khom lưng, giữ lưng thẳng.
- Chọn loại giày dép có đệm, chiều cao vừa phải để giảm áp lực tại cổ chân nhất là khi bị viêm khớp tại đầu gối hay xương sống.

VI. Tự luyện cách đối phó với bệnh tật:

Thuốc men và các cách trị liệu chỉ có thể giảm đau và duy trì phần nào chức năng của khớp xương hư, nhưng tinh thần người bệnh giữ phần quan trọng không kém trong việc đối phó với bệnh tật. Một cái nhìn khách quan tươi sáng về đời sống sẽ giúp ta chịu đựng sự đau đớn, và chấp nhận sự giới hạn của mình dễ dàng hơn khi bị bệnh tật.

- Những người chấp nhận bệnh tật và có cái nhìn tươi sáng về đời sống duy trì sinh hoạt hàng ngày dễ dàng hơn so với những người bi quan yếm thế.
- Nên tập luyện những cách giúp tâm thần thư thái nhẹ nhàng như thôi miên, điều khiển tư tưởng và ảo giác để cảm nhận những hình ảnh đẹp (“guided imagery” hay “ngồi Thiền”), cách thở sâu và cách “dưỡng cơ” (muscle relaxation).
- Biết mức giới hạn của mình. Nghỉ ngơi khi mệt mỏi. Viêm khớp sẽ đưa đến việc dễ mệt mỏi và mất sức, làm việc khi mệt mỏi sẽ hao tổn sức lực nhiều hơn so với khi khỏe mạnh.

VII. Những cách chữa trị bổ túc và thay thế khác

Bệnh nhân có thể tìm kiếm các cách chữa trị khác khi cách chữa trị theo Y học Tây phương không đem lại hiệu quả mong muốn. Nói chung, những cách trị liệu này phần lớn chưa được thử nghiệm và chứng minh về sự hiệu nghiệm cũng như sự an toàn cho bệnh nhân. Khi dùng những môn trị liệu này, bệnh nhân nên tham khảo với bác sĩ của mình xem các món dược liệu có tương tác hoặc ảnh hưởng lẫn nhau hay không.

- **Châm cứu**: Những người hành nghề châm cứu tin rằng kim châm vào huyết đạo sẽ đưa năng lượng của cơ thể đến nơi đau đớn và giảm đau. Những cuộc khảo nghiệm dùng châm cứu để chữa OA không đem lại hiệu quả rõ rệt nào ngoài việc giảm đau tạm thời (temporary relief of pain): Các khớp xương qua hình quang tuyến không có dấu hiệu thay đổi sau khi châm cứu. Biến chứng có thể bao gồm nhiễm trùng, bầm tím nơi da bị châm kim.
- **Gừng**: Người ta tin rằng gừng có công hiệu giảm đau. Những cuộc khảo nghiệm dùng gừng để chữa đau đã cho thấy rằng gừng không hiệu nghiệm. Phản ứng phụ bao gồm ăn khó tiêu và tiêu chảy; ngoài ra gừng có thể tương tác với loại thuốc dùng làm loãng máu như warfarin (Coumadin®).
- **Glucosamine và Chondroitin**: Kết quả của các cuộc thử nghiệm về hai chất này chưa có kết luận, phần lớn cho thấy là việc dùng 2 dược chất này không có kết quả. Không nên dùng glucosamine nếu dị ứng với các loại hải sản có vỏ (shellfish) như tôm cua. Chondroitin sulfate có thể tương tác với warfarin,
- **Nam châm (từ trường)**: Một số bệnh nhân cho rằng đặt nam châm tại khớp xương hư sẽ giảm đau. Một vài bài tường trình cho rằng nam châm giảm đau và một số bài tường trình khác có kết quả trái ngược, có nghĩa là việc sử dụng nam châm chưa được chứng minh là có hiệu quả. Tuy nhiên, nam châm không gây hại gì cho cơ thể.

• **Thái Cực và Yoga:** Những động tác này giúp các khớp xương chuyển động nhẹ nhàng, giúp bắp thịt co giãn nhẹ nhàng nên có lợi cho việc gia tăng sức khỏe. Tuy nhiên giới hạn các động tác ảnh hưởng đến các khớp xương hư.

B Viêm đa khớp dạng thấp



Viêm đa khớp dạng thấp (rheumatoid arthritis- RA) là một chứng viêm khớp gây đau đớn và hư hại khớp xương. Phản ứng viêm xảy ra tại màng hoạt dịch (synovium) khiến khớp xương sưng tấy gây đau đớn và đưa đến hoại khớp, khớp xương biến dạng và không còn hoạt động. Đôi khi RA ở mức nhẹ nhất cũng ảnh hưởng nặng nề đến đời sống hàng ngày như bệnh nhân không thể xoay nắm đấm để mở cửa.

Viêm đa khớp dạng thấp bàn tay

RA xuất hiện ở phụ nữ nhiều hơn là nam giới (2-3 lần), ở tuổi 40-60, nhưng đôi khi RA cũng xuất hiện với thiếu nhi:

-Y học ngày nay chưa có cách chữa dứt bệnh RA. Với việc trị liệu đúng mức và chịu thích nghi với sự giới hạn của cơ thể, bệnh nhân có thể duy trì một đời sống tương đối bình thường rất lâu trong khi bị bệnh RA.

I. Dấu hiệu và triệu chứng

- Đau nhức khớp xương
- Sưng khớp xương
- Khớp xương nhức nhối khi sờ nắn
- Bàn tay đỏ và sưng phồng
- Những cục u dưới da tại cánh tay (rheumatoid nodule)
- Mệt mỏi
- Khớp xương đông cứng, không thể co duỗi ít nhất 30 phút khi thức giấc (morning stiffness)
- Sốt
- Xuống cân

Dấu hiệu và triệu chứng kể trên xuất hiện đầu tiên tại các khớp xương nhỏ, có thể nhiều khớp xương cùng lúc, như khớp xương cổ tay, ngón tay, cổ chân và bàn chân. Sau đó chứng bệnh sẽ xuất hiện tại khớp xương vai, khuỷu tay, đầu gối, hông, quai hàm và cổ.

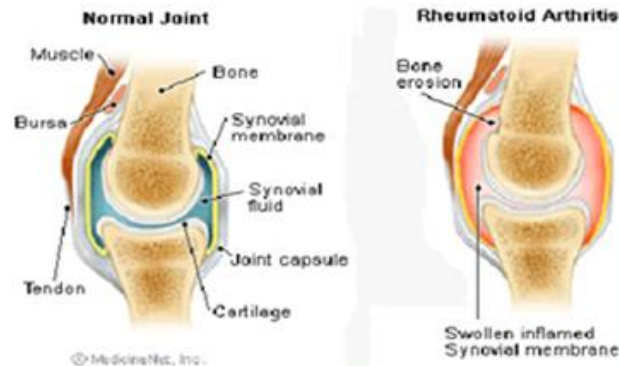
Những dấu hiệu và triệu chứng kể trên có thể lúc hiện, lúc biến với cường độ khác nhau, thời kỳ triệu chứng xuất hiện, gọi là “flare-up”, xen lẫn với những lúc triệu chứng thuyên giảm hoặc biến mất hoàn toàn.

II. Nguyên nhân

RA xuất hiện khi bạch cầu tấn công màng hoạt dịch bọc khớp xương (synovium). Bạch cầu khởi đầu phản ứng viêm tại khớp xương. Phản ứng viêm khiến một số protein xuất hiện, sau một thời gian từ nhiều tháng đến nhiều năm, màng bọc khớp xương dày lên. Những protein này gây hư hại sụn, xương, gân, và cả dây chằng quanh khớp xương. Dần dần, khớp xương biến dạng và các đầu xương trở nên lệch lạc, không còn ăn khớp với nhau nữa, cho đến khi khớp xương bị hủy hoại.\

1- Khớp xương bình thường (normal joint): Hoạt dịch (synovial fluid), Màng hoạt dịch (synovial membrane). Bao khớp (joint capsule), Sụn (cartilage). Gân (tendon), Cơ (muscle), Túi cơ (bursa) Xương(bone)
2- Khớp xương bị viêm đa khớp dạng thấp: Xương bị mòn bone erosion), màng hoạt dịch bị viêm sưng (swollen inflamed synovial membrane)

Y học chưa hiểu rõ những hiện tượng hay biến cố nào tạo ra chứng RA nhưng các chuyên gia tin rằng RA xảy ra do nhiều yếu tố bao gồm



- Phái tính: phụ nữ có tỷ lệ bị RA cao hơn nam giới
- Tuổi tác: xuất hiện trong tuổi 40-60; đôi khi xuất hiện ở trẻ em
- Di truyền: Nếu có thân nhân bị RA, tỷ lệ bị RA sẽ gia tăng.
- Hút thuốc lá, thuốc lào

*Nơi sinh sống
 Siêu vi khuẩn*

III. Chẩn bệnh:

Bác sĩ tìm kiếm dấu hiệu của RA qua việc khám bệnh và qua các cách thử nghiệm sau đây:

• **Thử máu:** Bệnh nhân bị chứng RA thường có những kết quả bất thường về “erythrocyte sedimentation rate” (ESR hay sed rate, có nghĩa là cơ thể chịu phản ứng viêm, sed rate càng cao, phản ứng viêm càng trầm trọng); các loại kháng thể (antibody) như “rheumatoid factor” (RF), “anti-cyclic citrullinated peptide antibody (anti-CCP ab)” xuất hiện trong máu. Tuy nhiên, RF cũng như anti-CCP ab có thể không xuất hiện trong máu của tất cả mọi bệnh nhân bị RA. Khi RA mới phát, sự hiện diện của RF và anti-CCP ab báo trước việc hư hại của khớp xương.

[nên nhớ RF và anti-CCP ab cũng hiện diện trong máu của những bệnh nhân bị nhiễm trùng kinh niên như lao phổi, những bệnh tự kháng (autoimmune disease) khác như Lupus và Sjogren].

• **Thử nghiệm hoạt dịch khớp xương (synovial fluid)**

• **Chụp tia X :** Bác sĩ có thể chụp quang tuyến khớp xương đau nhiều lần qua thời gian để theo dõi sự diễn tiến của bệnh trạng.

IV. Trị liệu

Y học ngày nay chưa chữa dứt bệnh RA, chỉ duy trì các cử động của khớp xương hư qua việc ngăn phản ứng viêm và giảm đau, và giảm tốc độ của việc hủy hoại khớp xương. Vì thế việc trị liệu cần áp dụng càng sớm càng tốt; lúc đầu qua thuốc men, sau đó có thể giải phẫu.

1) Các loại thuốc men:

Bác sĩ dùng thuốc để giảm đau và giảm tốc độ của sự hủy hoại khớp xương. Tùy mức độ trầm trọng của RA, các loại thuốc men dùng để chữa trị gồm có:

• **NSAID (Non-steroidal anti-inflammatory drug)** bán tự do như ibuprofen (Advil®, Motrin®,...), naproxen sodium (Aleve®) giảm đau và giảm viêm. Những loại NSAID khác bán qua toa bác sĩ tác dụng hiệu quả hơn nhưng cũng có thể gây nhiều phản ứng phụ hơn, nhất là khi dùng lâu dài và dùng một lượng thuốc cao. Phản ứng phụ gồm có tiếng kêu trong tai (ù tai), lở dạ dày, xuất huyết dạ dày, suy gan và suy thận. Dùng NSAID cùng với rượu và corticosteroid dễ bị xuất huyết dạ dày.

- **Steroid: corticosteroid** là một nhóm thuốc giảm viêm, prednisone và methylprednisolone (Medrol®), và do đó giảm đau. Steroid giúp bệnh nhân dễ chịu rất nhanh, vài giờ sau khi sử dụng thuốc nhất là khi chích vào khớp xương. Nhưng khi sử dụng lâu, nhiều tháng hoặc nhiều năm, steroid trở nên mất hiệu quả và tạo ra phản ứng phụ khá trầm trọng. Phản ứng phụ có thể bao gồm dễ bầm tím (mà bệnh nhân thường cho là “mỏng da”), loãng xương, đục thủy tinh thể (cataract), lên cân, khuôn mặt trở nên tròn và phệ (moon facie), và tiểu đường. Bác sĩ dùng steroid với mục đích giảm viêm và giảm đau trong một thời gian ngắn và giảm lượng thuốc từ từ qua nhiều ngày trước khi ngưng hẳn.

- **“Disease-modifying antirhumatic drugs, DMARDs”** là một nhóm thuốc dùng để ngăn sự diễn tiến của RA, do đó giảm sự hư hại của khớp xương, và bớt mức độ tàn phế. Loại thuốc này được dùng dài hạn, nhiều tuần lễ đến nhiều tháng trước khi nhìn thấy kết quả cụ thể. Vì vậy, nhóm thuốc này thường được dùng chung với những loại thuốc giảm đau, giảm viêm như NSAID để giúp bệnh nhân dễ chịu nhanh chóng. Các loại DMARDs thường được sử dụng gồm có hydroxychloroquine (Plaquenil®), hợp chất auranofin vàng (Ridaura®), sulfasalazine (Azulfidine®), minocycline (Dynacin®, Minocin®) và methotrexate (Rhumatrex®).

- **Thuốc ngăn đề kháng (immunosuppressant)**: Loại thuốc này ngăn sự đề kháng của cơ thể; trong bệnh RA, cơ thể tạo sức đề kháng rất mạnh, nhưng sức đề kháng này lại nhắm vào chính mình, tự kháng, tại khớp xương. Nhóm thuốc này ngăn các phản ứng đề kháng kể trên. Loại thuốc thường dùng gồm có leflunomide (Arava®), azathioprine (Imuran®), cyclosporine (Neoral®, Sandimmune®). Phản ứng phụ của loại thuốc này khá trầm trọng: dễ nhiễm trùng vì cơ thể mất sức đề kháng.

- **Tumor necrosis factor-alpha (TNF-alpha)** là một protein do tế bào tạo ra khi gặp phản ứng viêm của RA. Chất “TNF-alpha inhibitor” ức chế TNF-alpha, do đó ức chế thành phần chính của phản ứng viêm nên giảm đau, giảm sưng tấy tại khớp xương; sử dụng khoảng 1-2 tuần sẽ thấy hiệu quả. TNF-alpha inhibitor có thể ngưng sự diễn tiến của RA, và được dùng chung với methotrexate. Nhóm thuốc TNF inhibitor được dùng bao gồm etanercept (Enbrel®), infliximab (Remicade®), và adalimumab (Humira®). Phản ứng phụ gồm sưng tấy tại nơi chích thuốc, gia tăng mức trầm trọng của chứng suy tim (bệnh nhân bị suy tim không nên dùng), những chứng bệnh về máu, lymphoma, dễ nhiễm trùng. Tóm lại là phản ứng phụ của nhóm thuốc này khá trầm trọng, nên thuốc chỉ được sử dụng như cách trị liệu sau cùng.

- **Anakinra (Kineret®)** là một chất tựa như interleukin-1 receptor agonist, (IL-1Ra) do cơ thể tạo ra; Anakinra ngăn ngừa chất khởi đầu của phản ứng viêm. Khi nhóm DMARD không hiệu quả, bác sĩ có thể cần dùng đến Anakinra. Đây là loại thuốc chích hàng ngày, dùng chung với methotrexate. Phản ứng phụ bao gồm sự sút giảm bạch cầu, nhức đầu và dễ nhiễm trùng đường hô hấp. Những người bị suyễn sẽ dễ bị nhiễm trùng hơn nữa. Ngưng dùng Anakinra khi bị nhiễm trùng.

- **Abatacept (Orencia®)** ức chế sự tác động của T-cell, do đó ngăn phản ứng viêm và ngừa sự hủy hoại của khớp xương. Abatacept là thuốc chích qua tĩnh mạch, dùng hàng tháng; phản ứng phụ gồm nhức đầu, buồn nôn, và dễ nhiễm trùng.

- **Rituxumab (Rituxan®)** giảm lượng B-cell, B-cell ảnh hưởng đến phản ứng viêm. Khi các loại TNF-alpha không hiệu quả, bác sĩ có thể dùng đến Rituxumab, và dùng chung với methotrexate. Rituxumab là thuốc truyền vào cơ thể qua tĩnh mạch, phản ứng phụ gồm sốt, nóng lạnh, và buồn nôn; đôi khi cả dị ứng gây ngạt thở và trụy tim.

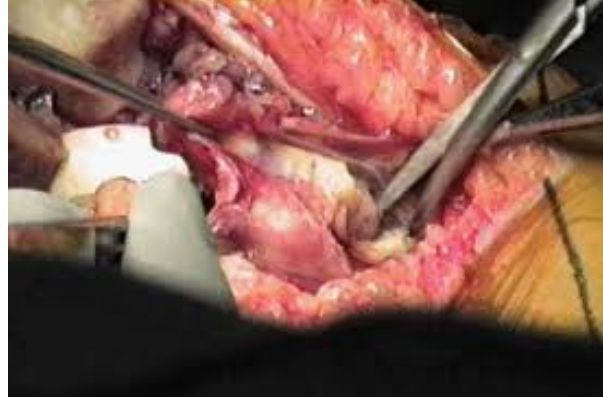
2) Giải phẫu: Khi thuốc men không đủ tác dụng trong việc ngăn ngừa sự hủy hoại của khớp xương, ta sẽ cần đến giải phẫu. Giải phẫu có thể phục hồi chức năng của khớp xương cũng như giảm đau và tái tạo hình dạng của phần khớp hư. Bác sĩ có thể dùng những cách giải phẫu sau:

- **Thay khớp (total joint replacement, arthroplasty):** Bác sĩ thay thế khớp xương hư bằng một khớp nhân tạo, có thể bằng plastic hay bằng kim loại.

- **Sửa chữa gân:** Viêm khớp có thể hủy hoại các mô liên kết chung quanh như dây chằng (ligament) hoặc gân (tendon) cần sửa chữa.

- **Cắt bỏ màng bọc quanh khớp (synovectomy):** Khi màng hoạt dịch (synovium) sưng tấy gây đau đớn, bác sĩ có thể cắt bỏ màng bọc này.

Biến chứng chính bao gồm xuất huyết trong khớp xương, nhiễm trùng và đau. Bệnh nhân cần thảo luận với bác sĩ của mình trước khi mổ.



Hình chụp đầu gối nhân tạo

Cắt bỏ màng bọc hoạt dịch

3) Tự chăm sóc: Có những phương cách tự chăm sóc để giúp bệnh nhân dễ chịu hơn và duy trì các sinh hoạt hàng ngày hữu hiệu hơn. Những cách trị liệu này bao gồm:

- **Thể dục:** những cách vận động nhẹ nhàng sẽ giúp tăng sức mạnh cho bắp thịt, cần thảo luận với bác sĩ trước khi tập thể dục. Ta có thể bắt đầu bằng cách đi bộ hoặc bơi và thử các cử động trong hồ bơi, nước giảm bớt trọng lực nên khớp xương và cơ hoạt động dễ dàng hơn. Tránh dùng các khớp xương đang sưng tấy. Ngưng các động tác tạo sự đau đớn. Khi cơn đau kéo dài trên 2 tiếng sau khi tập thể dục, điều này có nghĩa là ta đã hoạt động quá mức chịu đựng của cơ thể.

- **Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng** để duy trì trọng lượng cần thiết hoặc giảm cân. Không có loại dinh dưỡng đặc biệt nào riêng cho bệnh nhân bị RA. Cũng chưa có loại thực phẩm nào được chứng minh là tốt hoặc xấu cho khớp xương.

- **Bảo vệ các khớp xương đau:** Chọn cách hoạt động để giảm áp lực và bảo vệ các khớp xương đau, như dùng những vật dụng để nắm thay cho việc dùng sức tại các ngón tay. Chống gậy khi di chuyển, gậy chịu bớt sức nặng của cơ thể thay cho hông và đầu gối. Xem các “catalog” để tìm những vật dụng thích hợp.

- **Dùng nhiệt:** Hơi nóng (vừa vừa) có thể giảm đau tại cơ, tắm nước ấm là một cách “dưỡng cơ”, hoặc dùng túi nước ấm, heating pad. Khi da mất cảm giác hoặc tuần hoàn kém, không nên dùng nhiệt.

- **Dùng đá:** đá lạnh giảm cảm giác đau đớn, gây tê và giảm sự co thắt của cơ; dùng túi nước đá hoặc bồn nước lạnh. Khi da mất cảm giác hoặc tuần hoàn kém, không nên dùng đá lạnh.

- **Dưỡng sức qua sự nghỉ ngơi, thể xác cũng như tâm thần.** Những kỹ thuật như “biofeedback”, thôi miên, thở sâu và dưỡng cơ đều giúp cơ thể nghỉ ngơi.

- **Tự luyện cách đối phó với bệnh tật:** Thuốc men và các cách trị liệu để giảm đau và để duy trì phần nào chức năng của khớp xương hư nhưng tinh thần người bệnh giữ phần quan trọng không kém trong việc đối phó với bệnh tật. Một cái nhìn khách quan tươi sáng về đời sống sẽ giúp ta chịu đựng sự đau đớn, và chấp nhận sự giới hạn của mình dễ dàng hơn khi bị bệnh tật.

• Những người chấp nhận bệnh tật và có cái nhìn tươi sáng về đời sống duy trì sinh hoạt hàng ngày dễ dàng hơn so với những người bi quan yếm thế.

• Biết mức giới hạn của mình. Nghỉ ngơi khi mệt mỏi. Viêm khớp sẽ đưa đến việc dễ mệt mỏi và mất sức, làm việc khi mệt mỏi sẽ hao tổn sức lực nhiều hơn so với khi khỏe mạnh.

V. Những cách chữa trị bổ túc và thay thế

Bệnh nhân có thể tìm kiếm các cách chữa trị khác khi cách chữa trị theo Y học Tây phương không đem lại hiệu quả mong muốn. Nói chung, những cách trị liệu này phần lớn chưa được thử nghiệm và chứng minh về sự hiệu nghiệm cũng như sự an toàn cho bệnh nhân. Khi dùng những môn trị liệu này, bệnh nhân nên tham khảo với bác sĩ của mình xem các món dược liệu có tương tác hoặc ảnh hưởng lẫn nhau hay không.

Một vài cách trị liệu bên ngoài Y học Tây phương đang được tìm hiểu bao gồm:

• Gamma-linolenic acid (GLA): là một loại chất acid béo omega-6 từ cây cỏ như cây báo xuân (evening primrose), borage và black currant. Chưa có tài liệu nào chứng minh được rằng loại chất béo này ảnh hưởng tốt hoặc xấu đến RA. Các phản ứng phụ gồm có buồn nôn, tiêu chảy và khó tiêu. Một số dầu thực vật có thể làm hư gan hoặc tương tác với các Âu dược, cần thảo luận với bác sĩ trước khi dùng.

• Dầu cá chứa eicosapentaenoic acid (EPA) hoặc ocosahexaenoic acid (DHA): Cả hai loại dầu cá này đều thuộc nhóm omega-3-fatty acid. Chưa có tài liệu nào chứng minh rằng chất béo này ảnh hưởng tốt hoặc xấu đến RA. Phản ứng phụ gồm có buồn nôn, khó tiêu và có mùi tanh của cá trong hơi thở, đôi khi bị nhiễm độc thủy ngân và xuất huyết. Cần tham khảo với bác sĩ vì dầu cá có thể tương tác với thuốc men đang dùng.

• Thái Cực: Những động tác này giúp các khớp xương chuyển động nhẹ nhàng, giúp bắp thịt co giãn nhẹ nhàng nên có lợi cho việc gia tăng sức khỏe. Tuy nhiên giới hạn các động tác ảnh hưởng đến các khớp xương hư.

Tài liệu tham khảo:

Viêm Khớp Xương – BS Trần Lý Lê

Sống Với Viêm Khớp-BS Nguyễn Ý-Đức Viêm khớp-BS Võ Văn Thành

Bài đọc thêm

- Bệnh Viêm Khớp Xương
- Giảm cơn đau nhức viêm khớp ra sao : nóng hay lạnh ?
- Giảm đau viêm khớp xương bằng phép dùng lạnh để kích thích thần kị
- Tập thở và vận động để trị bệnh đau nhức
- Ăn uống ra sao để giảm các triệu chứng của bệnh viêm khớp
- 8 lời khuyên bảo vệ các khớp xương