

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA THOÁI HÓA KHỚP

Võ Tam, Lê Thị Hồng Vân

Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Điều trị cá nhân hóa

Điều trị không dùng thuốc của thoái hóa khớp bao gồm giáo dục, kiểm soát cân nặng, tập thể dục phù hợp, điều này có thể làm chậm diễn tiến của bệnh, giảm triệu chứng, và cải thiện chức năng. Những thành phần dinh dưỡng bổ sung như glucosamine và chondroitin sulfate đang được nghiên cứu trên thoái hóa khớp, có thể có hiệu quả ở một vài bệnh nhân và độc tính thấp. Tiếp cận điều trị bằng thuốc bao gồm: thuốc giảm đau không tác động lên hệ thần kinh trung ương như acetaminophen và thuốc chống viêm non-steroid (NSAIDs). Tiêm nội khớp glucocorticoid hay hyaluronic có thể hữu ích với những khớp riêng lẻ.

Phẫu thuật thay khớp đặc biệt là khớp háng và khớp gối có thể giảm đau và cải thiện chức năng trong những trường hợp phù hợp.

Những nghiên cứu về các thuốc, liệu pháp có thể làm thay đổi diễn tiến của bệnh vẫn đang tiếp tục.

Từ khóa: Thoái hóa khớp.

UPDATE ON MEDICAL TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS

Võ Tam, Lê Thị Hồng Vân

Dept of Internal of Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy

Summary

The management plan should be individualized. Nonpharmacologic treatments of osteoarthritis (OA) include education, weight management and appropriate exercise which may delay disease progression, reduce symptoms, and improve function. Nutritional supplements such as glucosamine and chondroitin sulfate have been studied in OA, may benefit some patients, and have low toxicity. Pharmacologic approaches to treatment include non-narcotic analgesics such as acetaminophen and nonsteroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs). Intra-articular injection of glucocorticoids or hyaluronic may be useful for isolated joint involvement.

Surgical joint replacement, especially at the hip and knee, can reduce pain and improve function in appropriate candidates.

Investigation continues into potential disease-modifying interventions in OA.

Key words: Osteoarthritis.

1. ĐẠI CƯƠNG

Ước tính khoảng 12% dân số Mỹ ở tuổi 25-75 tuổi, có biểu hiện lâm sàng và triệu chứng của thoái hóa khớp. Sự gia tăng tỷ lệ của thoái hóa khớp có triệu chứng liên quan đến tuổi, không đầy đủ của các phương pháp điều trị giảm đau hiện tại, thiếu những thuốc làm thay đổi diễn tiến của bệnh thoái hóa khớp. Nhưng cần lưu ý các triệu chứng đau khớp của các nguyên nhân

khác đôi khi gần giống triệu chứng của bệnh thoái hóa khớp.

Trong khuôn khổ bài này, chúng tôi chủ yếu giới thiệu hướng dẫn điều trị thoái hóa khớp (ở chi dưới) bằng liệu pháp không dùng thuốc và liệu pháp dùng thuốc của Hội Thấp học Mỹ ACR năm 2000 (bảng 1), Hội Thấp học Châu Âu EULAR năm 2003 (bảng 2).

- Địa chỉ liên hệ: Võ Tam, email: votamydh@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.2.1

- Ngày nhận bài: 25/3/2014 * Ngày đồng ý đăng: 12/4/2014 * Ngày xuất bản: 6/5/2014

2. CÁC KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP

2.1. Khuyến cáo của Hội Thấp học Hoa Kỳ

Bảng 1. Khuyến cáo (năm 2000) về điều trị thoái hóa khớp gối của Hội Thấp học Hoa Kỳ ACR

Liệu pháp không dùng thuốc cho bệnh nhân thoái hóa khớp

Giáo dục bệnh nhân

Những chương trình tự kiểm soát (như chương trình tự kiểm soát của Hội viêm khớp)

Sự hỗ trợ của xã hội cho cá nhân thông qua điện thoại

Giảm cân nặng (nếu thừa cân)

Chương trình tập thể dục aerobic

Liệu pháp thể lực

Bài tập biên độ về vận động

Bài tập sức mạnh cơ

Thiết bị hỗ trợ vận động

Nịt xương bánh chè

Giày thích hợp

Đế giày mép bên (dành cho genu varum)

Liệu pháp nghề nghiệp

Bảo vệ khớp và duy trì năng lượng

Những thiết bị hỗ trợ cho hoạt động hằng ngày (ADL)

Liệu pháp dùng thuốc cho bệnh nhân thoái hóa khớp

Đường uống

Acetaminophen

Ức chế chuyên biệt COX-2

NSAID không chọn lọc kết hợp với misoprostol hoặc ức chế bơm proton

Salicylate không acetylate

Những thuốc giảm đau khác (tramadol, opioids)

Đường tiêm nội khớp

Glucocorticoids

Hyaluronan

Đường tại chỗ

Capsaicin

Methylsalicylate

2.2. Khuyến cáo của Hội Thấp học Châu Âu

Bảng 2. Khuyến cáo (2003) về điều trị thoái hóa khớp gối của Hội Thấp học Châu Âu EULAR

Điều trị thoái hóa khớp gối tối ưu đòi hỏi sự kết hợp của điều trị không thuốc và điều trị bằng thuốc

Điều trị thoái hóa khớp gối cần phải phù hợp theo các yếu tố sau:

Những yếu tố nguy cơ gối (béo phì, những yếu tố cơ học bất lợi, hoạt động thể lực)

Những yếu tố nguy cơ chung (tuổi, bệnh kèm, sử dụng nhiều thuốc)

Mức độ đau và mức độ giới hạn vận động

Vị trí và mức độ của tổn thương cấu trúc

Điều trị không dùng thuốc thoái hóa khớp gối nên bao gồm sự giáo dục thường xuyên, tập thể dục, những thiết bị (tấm lót giày, băng gối, gậy) và giảm cân nặng.

Paracetamol là thuốc giảm đau nên thử đầu tiên, và nếu thành công, ưu tiên là thuốc giảm đau đường uống được chọn kéo dài.

Những chế phẩm sử dụng tại chỗ (NSAID, capsaicin) có hiệu quả lâm sàng và an toàn.

NSAIDs nên được xem xét ở những bệnh nhân không đáp ứng với paracetamol. Trên những bệnh nhân nguy cơ dạ dày ruột cao, NSAIDs không chọn lọc phối hợp tác nhân bảo vệ dạ dày hiệu quả, hoặc ức chế chọn lọc COX-2 nên được sử dụng.

SYSADOA (glucosamine sulfate, chondroitin sulfate, ASU, diacerein, hyaluronic acid có tác động lên triệu chứng và có thể thay đổi cấu trúc.

Tiêm nội khớp với corticosteroid tác dụng dài được chỉ định trong đợt cấp của đau khớp gối, đặc biệt khi kèm có tràn dịch.

Thay khớp có thể được xem xét trên bệnh nhân với những bằng chứng trên X quang của thoái hóa khớp mà đau và hạn chế vận động không cải thiện.

3. LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP KHÔNG DÙNG THUỐC

Một danh sách các can thiệp không dùng thuốc của thoái hóa khớp được mô tả, qua mỗi giai đoạn khác nhau của sự phát triển, nghiên cứu, ứng dụng. Những can thiệp này xuất phát từ sự hiểu biết những nguyên nhân của triệu chứng, tiến triển của bệnh, mất chức năng, tàn phế của người bệnh do thoái hóa khớp gây nên.

Những liệu pháp không dùng thuốc của thoái hóa khớp bao gồm những hoạt động thể chất, tập thể dục, giảm cân nặng, giáo dục, những vật dụng gia cố (inserts), đệm chân, đai chống đỡ, siêu âm liệu pháp, những liệu pháp điện từ xung.

Trong tương lai cần thiết phải có nhiều phương pháp không dùng thuốc tốt hơn nữa vì trí để góp phần thêm trong điều trị thoái hóa khớp. Đặc biệt trong thoái hóa khớp gối chẳng hạn, kết quả

của những nghiên cứu gần đây cho thấy dễ can thiệp vào sự không chắc chắn của khớp, những triệu chứng của sự không ổn định khớp gối, chức năng cơ, sự nhanh nhẹn của vận động khớp gối cần có sự phối hợp của những liệu pháp không dùng thuốc đặc biệt hiệu quả và cần phát triển thực nghiệm hơn nữa trong lĩnh vực này.

Một vài can thiệp không dùng thuốc của thoái hóa khớp có thể cho thấy sự đóng góp trong dự phòng thứ phát, điều này chính là ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh. Hiện tại, những tiếp cận được áp dụng nổi bật là điều trị triệu chứng và duy trì cải thiện chức năng. Có rất nhiều can thiệp không dùng thuốc chi phí thấp, chính bản thân bệnh nhân tiếp cận có thể và thực hiện tại nhà nên hoàn toàn có thể được sự hỗ trợ của y tế công cộng. Những đề nghị can thiệp không dùng thuốc trong thoái hóa khớp được mô tả trong bảng 3.

Bảng 3. Những đề nghị can thiệp trong liệu pháp không dùng thuốc ở bệnh nhân thoái hóa khớp

Lưu ý những yếu tố tâm lý xã hội Tăng cường sự tự chăm sóc, sử dụng sự tiếp cận cá nhân với những khóa học tự kiểm soát viêm khớp Giáo dục về thoái hóa khớp Cải thiện những kỹ năng làm theo (coping skills) Ngăn ngừa và điều trị sự lo âu và trầm cảm Cải thiện sự hỗ trợ của xã hội
Cải thiện và duy trì khả năng tập luyện, điều kiện, sức mạnh, và thực hiện những thiết bị hỗ trợ cho hoạt động hằng ngày ADL Gia tăng hoạt động thể chất Tăng cường tập thể dục ở nhà Xem xét liệu pháp thể lực và nghề nghiệp Cung cấp thiết bị hỗ trợ
Lưu ý đến những yếu tố tại chỗ Điều chỉnh đế giày Xem xét những vật dụng gia cố/vật dụng lót Tăng cường những bài tập đề kháng phù hợp với bệnh lý giải phẫu của từng cá nhân Đào tạo sự nhanh nhẹn
Cung cấp chương trình giảm cân nặng cho người thừa cân

Những dữ kiện cho thấy việc luyện tập thể dục và hoạt động thể chất là có lợi cho triệu chứng, chức năng và chất lượng cuộc sống và đó chính là thành phần quan trọng trong kiểm soát thoái hóa khớp. Thể dục trong thoái hóa khớp nên nhấn mạnh về biên độ vận động, sự linh hoạt, điều kiện thông khí và chức năng cơ. Cơ có thể được tăng cường không chỉ bởi những bài tập sức mạnh mà còn bởi những bài tập chức năng cải thiện sự bền bỉ của cơ và kiểm soát vận động. Sự luyện tập thể dục hằng ngày đặc biệt những bài tập tăng cường sức mạnh của cơ nên đưa vào xem xét với bệnh khớp khu trú và những tổn thương như dây chằng và lỏng lẻo. Theo lý thuyết, tập thể dục và hoạt động

là có lợi trên triệu chứng đau và các rối loạn chức năng trong thoái hóa khớp qua trung gian bằng nhiều con đường khác nhau bao gồm cải thiện sức mạnh, độ bền, sự khỏe mạnh của tim mạch, sự tự chủ và giảm sự thừa cân, trầm cảm hay mệt mỏi. Theo các tác giả Van Baar, Baker và Mc Alindon đã cho rằng hiệu quả của những bài tập tăng cường sức mạnh khu trú là can thiệp ít hiệu quả đáng kể hơn những can thiệp bằng bài tập aerobic, bài tập theo thể dạng đau và giáo dục. Một số nhỏ các nghiên cứu cho thấy rằng cảm nhận đau có thể được cải thiện bởi tập thể dục hay những dụng cụ chỉnh hình khá đơn giản như là tay áo bằng cao su tổng hợp.

Có bằng chứng dịch tễ học đầy đủ cho thấy sự gia tăng cân nặng quá mức là nguy cơ của mắc bệnh thoái hóa khớp gối. Sự tác động của cân nặng lên tiến triển của thoái hóa khớp thì ít được biết; tuy nhiên giảm cân nặng ở người thoái hóa khớp gối có thể làm chậm tiến triển của bệnh, giảm triệu chứng, giảm sự tác động của các bệnh lý phối hợp.

Một vài sản phẩm dinh dưỡng là có sẵn và có lợi cho thoái hóa khớp nhưng ít có sự thay đổi qua các thử nghiệm kiểm tra nghiêm túc. Trong số các sản phẩm này, glucosamine và chondroitin sulfate được đánh giá trong các thử nghiệm lâm sàng hầu hết nhận được sự ủng hộ sản xuất. Các nghiên cứu về hiệu quả của các sản phẩm này chưa có sự thống nhất: Một vài nghiên cứu cho thấy là có hiệu quả cho cải thiện triệu chứng nhưng một vài nghiên cứu công bố thì cho rằng hiệu quả của những sản phẩm đó là ít hơn những nghiên cứu trước đó công bố. Những nghiên cứu tổng hợp về glucosamine đã công bố cho thấy nhiều kết quả hỗn hợp trong đó có những thử nghiệm cho thấy rằng sự khác biệt là không có hay là rất khiêm tốn giữa nhóm điều trị và nhóm placebo. Một nghiên cứu gần đây từ Viện Sức khỏe quốc gia, thử nghiệm đa trung tâm, cho thấy rằng glucosamine và chondroitin (dùng riêng lẻ hay kết hợp) không hơn nhóm placebo trong việc giảm triệu chứng đau chung ở những bệnh nhân thoái hóa khớp gối, nhưng sự kết hợp này có lẽ là hiệu quả trên những người đau gối trung bình đến nặng.

Có bằng chứng về dịch tễ học cho thấy chế độ ăn vitamin C và vitamin D có thể liên quan đến việc giảm nguy cơ tiến triển của thoái hóa khớp gối và một thử nghiệm của vitamin D trên thoái hóa khớp gối vẫn đang tiếp tục. Trong thời điểm hiện tại, những dữ kiện là không đầy đủ cho việc sử dụng vitamin C hay vitamin D trong điều trị hay dự phòng thoái hóa khớp. Một số thuốc có thể làm thay đổi diễn tiến bệnh vẫn đang còn được nghiên cứu như: Tetracyclin, ức chế metalloproteinase and collagenase, diacerein, liệu pháp gen hay ghép tế bào gốc hay tế bào sụn.

Sự giáo dục bệnh nhân được khuyến cáo cao trong điều trị thoái hóa khớp. Sự giáo dục bệnh nhân thoái hóa khớp cũng có những đặc biệt, chẳng hạn như thư giãn, kiểm soát nhận thức đau, hoặc có thể là chương trình phối hợp nhiều thành phần. Chương trình tự kiểm soát viêm khớp (ASMP), được dạy bởi những người đã được đào tạo theo từng học phần mỗi tuần, bao gồm giáo dục bệnh nhân tầm nhìn về quá trình bệnh, tác dụng phụ của thuốc, luyện tập, cũng như những kỹ thuật nhận thức hành vi, bài tập giao tiếp, trong đó bệnh nhân học cách để kêu gọi sự hỗ trợ từ gia đình và bạn bè.

Một số tài liệu cho thấy rằng ASMP có thể cải thiện triệu chứng, tâm lý tốt lên, nhận được sự giúp đỡ, mức độ hoạt động thể lực, sử dụng những kỹ thuật nhận thức đau, những hành vi tự kiểm soát như tập thể dục, trao đổi với bác sĩ, duy trì lâu dài những lợi ích ban đầu. Chương trình ASMP được tài trợ và/hoặc tổ chức bởi tổ chức viêm khớp quốc gia Hoa Kỳ và những tổ chức khác của Canada và Anh. Cơ chế chính trong sự hữu hiệu của ASMP là tăng cường sự hiệu quả của chính bản thân bệnh nhân, trong các nghiên cứu dịch tễ học thì đó là một yếu tố then chốt của duy trì chức năng hoạt động.

Chân vẹo vào trong gia tăng đáng kể trong sự tiến triển của thoái hóa khớp từ trẻ và là hậu quả của thoái hóa đùi chày giữa. Trong nhiều năm, phẫu thuật chêm đã được tiến hành nhằm giảm lực lên phần giữa trong chân vẹo vào trong. Việc sử dụng những đế chêm bên trong khớp trong chỉnh dạng được tin là sẽ làm giảm tải lên phần giữa và giảm những lực căng bên. Một số nhỏ thử nghiệm có kiểm soát đã được báo cáo, hầu hết trong số đó hiệu quả đáng kể trên triệu chứng khớp gối. Những thử nghiệm lâu dài hơn, kéo dài hơn đang được thử nghiệm.

Kerrigan và cộng sự đã chứng minh rằng việc mang giày có gót cao dẫn đến làm gia tăng lực chéo lên những phần giữa và phần đùi chèn. Mặc dù hiệu quả lâu dài của những giày dép chưa được làm sáng tỏ, dường như cần thận trọng trong việc giảm thiểu sử dụng giày cao gót.

Mục đích của việc giảm tải trong chân vẹo vào trong thoái hóa khớp gối giữa là để tạo ra lực giằng để chuyển dịch lực tiếp xúc với khớp khỏi áp lực lên phần giữa. Hầu hết các nghiên cứu gợi ý rằng là hiệu quả trên những triệu chứng không được kiểm soát hay kiểm soát không đầy đủ.

Những đánh giá có hệ thống gợi ý rằng không có bằng chứng đầy đủ hay chưa có bằng chứng để ủng hộ việc sử dụng liệu pháp siêu âm hay liệu pháp điện từ xung vùng trong kiểm soát thoái hóa khớp.

4. LIỆU PHÁP THUỐC ĐƯỜNG TOÀN THÂN

Những loại thuốc trong điều trị thoái hóa khớp được chia ra nhóm thuốc làm giảm nhẹ triệu chứng hay nhóm thuốc có thể làm thay đổi bệnh. Tuy nhiên, vẫn chưa có bằng chứng đầy đủ về bất kỳ thuốc nào có hiệu quả làm thay đổi bệnh trong thoái hóa khớp.

4.1. Thuốc giảm đau không gây ngủ

Những hướng dẫn của ACR hiện tại trong điều trị bằng thuốc với bệnh thoái hóa khớp đã đưa ra acetaminophen là tiếp cận đầu tiên có hiệu quả trong đau nhẹ đến trung bình. Tương tự với

EULAR cũng cho rằng paracetamol là tiếp cận đầu tiên và là sự lựa chọn tốt nhất cho sử dụng lâu dài. Khi một vài nghiên cứu cho thấy rằng hiệu quả của acetaminophen và kháng viêm non steroid (NSAIDs) là có thể so sánh, một vài nghiên cứu cho rằng NSAIDs hiệu quả hơn và bệnh nhân thích hơn. Những hướng dẫn của ACR cho thấy rằng NSAIDs là tiếp cận thay phiên nhau trong những trường hợp đau trung bình đến nặng và có những dấu hiệu của viêm. Tuy nhiên, tính an toàn thì acetaminophen cao hơn, sẵn có, chi phí thấp, trong đó NSAIDs thì có tác dụng phụ tiềm ẩn trên tim mạch và tiêu hóa, đó dường như là lí do nên bắt đầu liệu pháp paracetamol thường xuyên.

Liều acetaminophen không nên vượt quá 4000mg/ngày và nên sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả. Vì acetaminophen có thể làm gia tăng thời gian nửa đời của warfarin, liều warfarin cần được điều chỉnh ở bệnh nhân bắt đầu với liều cao acetaminophen. Độc gan liên quan đến acetaminophen là hiếm xảy ra ở liều acetaminophen bắt đầu điều trị thoái hóa khớp nhưng độc gan gia tăng ở bệnh nhân có bệnh gan hay lạm dụng rượu.

4.2. Thuốc giảm đau gây ngủ

Thuốc giảm đau gây ngủ nên được dành cho những người thoái hóa khớp nặng mà triệu chứng đau đề kháng với liều thuốc giảm đau không gây ngủ thông thường có kết hợp với liệu pháp không dùng thuốc. Mục đích chính của việc kiểm soát đau là cung cấp mức độ cải thiện triệu chứng đầy đủ cho phép bệnh nhân duy trì các hoạt động thể lực và từ đó có thể ngăn ngừa sự mất chức năng hay tàn phế. Có những hậu quả không tốt từ việc điều trị thoái hóa khớp không đủ hay điều trị quá mức do đó nên có sự phối hợp nhiều phương pháp làm giảm đau, đặc biệt trên những bệnh nhân thoái hóa khớp gối nặng mà không có đủ tiêu chuẩn hay không muốn thay khớp.

4.3. Thuốc kháng viêm non-steroid

Nếu điều trị với thuốc giảm đau không gây ngủ không hiệu quả thì liệu pháp với NSAID không chọn lọc hay NSAID chọn lọc COX2 có thể được sử dụng. NSAID ức chế hoạt động của enzyme cyclooxygenase (COX), men này cần thiết cho sự sản xuất prostaglandin. Enzyme này tồn tại hai đồng phân, với đồng phân COX-2 quan trọng nhất trong sự tổng hợp prostaglandin, chất này là chất gây nên đau và viêm. Tất cả các NSAIDs ức chế COX-2 trong khi NSAIDs không chọn lọc ức chế cả COX-1 và COX-2. Hiệu quả của cả NSAIDs chọn lọc và không chọn lọc trên triệu chứng có thể liên quan đến tác dụng giảm đau và cũng như giảm viêm.

Cả thuốc chọn lọc COX-2 và không chọn lọc được khuyến cáo nên được điều trị với liều thấp nhất và tăng dần cho đến khi đáp ứng mong muốn, liều tối đa được đạt tới hay bệnh nhân có những tác dụng không mong muốn. Nếu đáp ứng không đầy đủ với liều tối đa một loại NSAID thì có thể thử loại NSAID khác. Hiệu quả của các loại NSAID chọn lọc và không chọn lọc về cơ bản thì không khác nhau trong các thử nghiệm lâm sàng. Tuy nhiên, mỗi loại NSAID khác nhau thì đối với mỗi cá nhân bệnh nhân có thể có hiệu quả nhiều hơn hay ít hơn. Việc sử dụng hai hoặc hơn hai loại NSAIDs không làm gia tăng hiệu quả mà chỉ làm gia tăng độc tính. NSAID và paracetamol có thể sử dụng đồng thời và sự kết hợp này là hiệu quả hơn là sử dụng một loại thuốc đơn độc. Kiểm soát tất cả các tác dụng phụ kín đáo có thể có trên bệnh nhân sử dụng NSAIDs được khuyến cáo. Sau 2 tuần sử dụng, nên kiểm tra huyết áp, đếm tế bào máu toàn phần, chức năng gan, thận, phân tích nước tiểu, kiểm tra máu ẩn trong phân. Với việc sử dụng thường xuyên NSAIDs trong thoái hóa khớp làm tăng nguy cơ độc tính đường tiêu hóa cao (loét dạ dày tá tràng), chảy máu dạ dày ruột, tuy nhiên nguy cơ này được giảm đi với NSAIDs chọn lọc COX-2. Theo khuyến cáo của ACR 2000 về điều trị thuốc trong thoái hóa khớp thì cả hai misoprostol hoặc ức chế bơm proton với một NSAIDs không chọn lọc nên dùng trên một bệnh nhân có nguy cơ cao về tác dụng phụ trên đường tiêu hóa. Liệu pháp bảo vệ dạ dày được cho là ít hiệu quả trên bệnh nhân ít nguy cơ về tác dụng phụ trên đường tiêu hóa.

Độc tính thận (bao gồm suy thận, giữ nước, tăng kali máu) xảy ra với tất cả các loại NSAIDs. Chỉ có NSAIDs không chọn lọc là có liên quan đến rối loạn chức năng tiểu cầu, đây là một chức năng ức chế của enzyme COX-1. Một vài NSAIDs chọn lọc COX-2 có liên quan đến gia tăng nguy cơ tim mạch nghiêm trọng. Tuy nhiên, những nguy cơ về mặt tim mạch đều có thể xảy ra với tất cả những loại NSAIDs. Tác dụng độc của các loại NSAIDs chọn lọc và không chọn lọc cần lưu ý còn phụ thuộc vào bệnh lý phối hợp và yếu tố nguy cơ của mỗi cá nhân người bệnh.

5. LIỆU PHÁP DÙNG THUỐC TẠI CHỖ

Corticosteroid tiêm nội khớp có tác dụng làm giảm đau trong thoái hóa khớp, đặc biệt hiệu quả hơn nếu khớp có những dấu hiệu viêm. Hiệu quả có thể chỉ kéo dài vài ngày cũng có thể vài tháng. Liệu pháp này không nên lặp lại hơn 3 lần tại 1 khớp trong một năm. Tần suất cao hơn không

được chấp nhận vì những dữ kiện thử nghiệm trên động vật thí nghiệm cho thấy liệu pháp này làm tăng nhanh sự mất sụn. Trong một nghiên cứu cho thấy steroid nội khớp không làm gia tăng nhanh sự tiến triển của thoái hóa khớp gối trên X quang. Hiệu quả của steroid trong tiến triển của thoái hóa khớp trên MRI vẫn chưa được báo cáo. Liệu pháp tiêm corticosteroid không nên sử dụng là liệu pháp điều trị đầu tiên hoặc một dạng kế hoạch của điều trị mà chỉ nên xem là kết hợp với các liệu pháp điều trị bằng dùng thuốc, không dùng thuốc khác.

Tiêm nội khớp hyaluronan có thể cải thiện khiếm tổn triệu chứng. Đáp ứng dường như hiệu quả hơn chút ít ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối hay thoái hóa khớp giai đoạn sớm. Những chế phẩm có sẵn được tiêm mỗi tuần, trong 3-5 tuần, những tác dụng phụ tiềm tàng là sự phát triển viêm màng hoạt dịch hay tràn dịch sau tiêm.

Sử dụng Capsaicin thoa tại chỗ có tác dụng giảm đau trong thoái hóa khớp gối và tay. Dùng 3-4 lần mỗi ngày tại vị trí khớp đau. Bỏ tại vị trí thoa giảm bớt nếu sử dụng thường xuyên. Capsaicin có thể gây kích thích cao tại màng nhầy, rửa tay cẩn thận sau khi sử dụng có tác dụng ngăn ngừa tiếp xúc với màng nhầy.

6. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA KHÁC

6.1. Nội soi khớp có can thiệp

Khi những phương pháp dùng thuốc thất bại thì phương pháp nội soi khớp được xem xét. Khi nội soi khớp, có thể tiến hành: rửa khớp, cắt một phần sụn chêm, tạo hình sụn, lấy dị vật, cắt gai xương, gỡ dính, cắt màng hoạt dịch. Theo một vài tác giả như Edelson và cộng sự thì phương pháp này làm giảm đau và các triệu chứng khác trong một thời gian tương đối dài. Nó còn cho thấy hiệu quả hơn liệu pháp dùng thuốc (kháng viêm non-steroid, chế phẩm bổ sung khớp, vật lý trị liệu).

6.2. Liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân tiêm nội khớp

Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân với việc chứa các yếu tố tăng trưởng TGF- β , IGF, FGF, HGF và một số cytokine chống viêm, do đó huyết

tương giàu tiểu cầu có khả năng chống viêm và thúc đẩy quá trình sinh sụn khớp.

6.3. Tiêm nội khớp tế bào gốc mô mỡ tự thân

Tế bào gốc là những tế bào có khả năng tự làm mới và biệt hóa thành nhiều loại tế bào bình thường khác của cơ thể, chúng có thể thay thế các tế bào bị chết hay bị bệnh. Mô mỡ có nhiều tế bào gốc, tế bào gốc này sẽ biệt hóa thành tế bào sinh sụn, các tế bào này sẽ sinh ra tế bào sụn. Theo một số tác giả như Mohsen Emadeddin thì kết quả khả quan, các chỉ số đau, dấu hiệu lạo xạo xương, tầm vận động của khớp, đặc biệt là tổn thương sụn khớp trên MRI được cải thiện rõ sau 6 tháng, tuy nhiên số lượng bệnh nhân còn ít.

7. PHẪU THUẬT

Phẫu thuật được xem xét ở những bệnh nhân mà những triệu chứng hay sự mất chức năng không được cải thiện với những liệu pháp không dùng thuốc hay dùng thuốc. Trong những bệnh nhân thoái hóa khớp nặng, nếu đau và giảm chức năng nhiều thì thay khớp là liệu pháp hiệu quả, đặc biệt với khớp háng, khớp gối. Thay toàn bộ khớp tại vị trí khớp háng và gối hiện tại là ít hơn. Sự thành công của thay khớp không chỉ phụ thuộc vào những yếu tố phẫu thuật mà còn ngăn ngừa những biến chứng do thuốc và chất lượng của những liệu pháp tập vận động trước và sau phẫu thuật. Với sự tiến bộ trong thiết kế và cố định các vật liệu nhân tạo, số năm khớp hoạt động hiệu quả tăng lên. Tuy nhiên, đối với những người trẻ thì cần xem xét lại vì có nhiều biến chứng hơn, thay khớp toàn bộ nên tránh ở những bệnh nhân trẻ tuổi.

Về mặt lý thuyết, thủ thuật cắt loại bỏ xương (osteotomy) có thể làm giảm tải, giảm áp lực lên khớp nên có thể làm thay đổi tiến triển của bệnh khớp. Tuy nhiên, chỉ định đặc biệt cho thủ thuật này trên thoái hóa khớp nhẹ đến trung bình là không rõ ràng, thủ thuật này làm lấy đi những phần xương quanh khớp nên việc thay khớp trong tương lai sẽ phức tạp hơn. Những kết quả can thiệp của nội soi khớp gần đây có thể cải thiện thêm kết quả của thoái hóa khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. EC Huskisson. King Edward (2008), Glucosamine and Chondroitin for Osteoarthritis, Journal of International Medical Research, 36 no. 6 1161-1179.
2. Iwamoto, Jun; Sato, Yoshihiro; Takeda, Tsuyoshi (2010); Matsumoto, Hideo (2010), Effectiveness of exercise in the treatment of lumbar spinal stenosis, knee osteoarthritis, and osteoporosis, Aging clinical and experimental research, 22 pp 116-122.
3. John H. Klippel et al (2008), Osteoarthritis, Primer on Rheumatic Diseases, edition 13, pp 224-239.
4. Klaus Bobacz (2013), Pharmacologic treatment

- of hand-, knee- and hip-osteoarthritis, *Wien Med Wochenschr*, 163:236–242.
5. Mac Allindon TE, La Valley MP (2000), Glucosamine and chondroitin for treatment osteoarthritis a systematic quality assessment and meta-analysis, *JAMA*, 283: 1469-1475.
 6. Marc C. Hochberg et al (2012), American College of Rheumatology, Recommendations for the Use of Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapies in Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee, *Arthritis Care & Research*, Vol. 64, No. 4, pp 465–474.
 7. Rafaelani L. Taruc-Uy, Scott A. Lynch (2013), Diagnosis and Treatment of Osteoarthritis, primarycare.theclinics.com.
 8. Tommaso Iannitti, Daniele Lodi, Beniamino Palmieri (2011), Intra-Articular Injections for the Treatment of Osteoarthritis, *Drugs in R and D*, 11 pp13-27.
 9. Zhang W, Doherty M ET AL (2005), EULAR evidence-based recommendations for the management hip osteoarthritis: report of the task force of the EULAR Standing Committee of International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT), *Ann Rheum Dis*, 64:669-681.