**VIÊM KHỚP PHẢN ỨNG**

**. Đại cương:**

- Viêm khớp phản ứng (VKPU) là tình trạng viêm khớp vô trùng đến sau một nhiễm trùng ngoài khớp do vi khuẩn (không do virut) và có những biểu hiện giống với nhóm bệnh lý viêm cột sống. Bệnh này nằm trong nhóm bệnh lý viêm cột sống.

- Những biểu hiện gồm: viêm điểm bám gân; viêm khớp; biểu hiện ngoài khớp: ở mắt và da; tiền sử gia đình có bệnh lý viêm cột sống; có sự liên quan với HLA-B27.

Bảng 1: tác nhân gây bệnh liên quan VKPU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Thường gặp | Đường tiêu hóa | -Salmonella-Campylobacter jejuni và Campylobacter coli-Yersinia enterotoritica và Yersinia pseudotubercolosis-Shigella flexneri-Clostridium difficile |
|  | Đường niệu-sinh dục | -Clamydia trachomatis-Mycoplasma |
|  | Đường hô hấp | -Chlamydia pneumonia |
| Được báo cáo |  | Mycobacterium bovis bacillus Calmette-Guerin |
|  |  | Enterotoxigenic Escherichia coli |

- VKPU có thể tự khỏi, nếu trở thành mạn tính (triệu chứng kéo dài trên 6 tháng, đáp ứng kém với điều trị kháng viêm, tái phát nhiều lần) có thể cần thiết điều trị với DMARDs (thuốc chống thấp làm thay đổi bệnh) và thậm chí thuốc sinh học.

- Những yếu tố liên quan đến sự tiến triển từ VKPU cấp sang mạn: tác nhân gây bệnh (Salmonella, Shigella và Clamydia), hiện diện yếu tố HLA-B27, tiền sử gia đình có bệnh viêm cột sống hay viêm ruột mạn tính.

- Gặp ở người trẻ, hiếm ở trẻ em. VKPU do nhiễm trùng tiêu hóa, tỉ lệ gặp ở nam và nữ ngang nhau, do Chlamydia, bệnh thường gặp ở nam.

**2. Đánh giá bệnh nhân:** Biểu hiện lâm sàng rất quan trọng trong chẩn đoán VKPU.

- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và tình trạng nhiễm trùng trước đó, đặc biệt triệu chứng ngoài khớp.

**2.1 Bệnh sử:**

- 1-4 tuần sau nhiễm trùng, triệu chứng mới xuất hiện.

- 2 nhóm vi khuẩn thường gây viêm khớp phản ứng là: nhóm gây nhiễm trùng đường tiêu hóa và nhóm gây nhiễm trùng niệu-sinh dục.

**2.2 Khám lâm sàng:**

- Khớp: viêm ít khớp, không đối xứng, thường gặp ở chi dưới hơn chi trên, chú ý khớp liên đốt gần (ngón tay, ngón chân xúc xích), cổ tay và khớp gối.

- Viêm điểm bám gân: chú ý 13 điểm chính: khớp sụn sườn 1->4 (T &P), gai chậu trước-sau(T&P), mào chậu(T&P), chỗ lồi L5, gân gót (T&P).

- Biểu hiện ngoài khớp:

+ tiểu khó và đau vùng chậu.

+ loét miệng.

+ Nổi ban da giống vẩy nến, thay đổi móng, đặc hiệu như : sừng hóa da ở lòng bàn tay, bàn chân ( keratoderma blenorrhagica), hình lá dương xỉ bao quy đầu.

+ Viêm kết mạc và viêm màng bồ đào trước.

**2.3 Cận lâm sàng:**

- Tốc độ máu lắng (VS), CRP: tăng cao

- CTM: BC tăng, acid uric máu: chẩn đoán phân biệt

- Dịch khớp (nếu có) cần lấy kiểm tra: đếm tế bào, cấy và soi tìm tinh thể.

- Đối với nhiễm trùng tiêu hóa:

+Cấy phân: Yersinia (cần giữ mẫu phân ở 4oC trong 24-48h) và Samonella vì còn tồn tại trong ruột nhiều tuần sau nhiễm trùng.

+cấy cả khi không có triệu chứng tiêu hóa

- Đối với nhiễm trùng niệu sinh dục:

+PCR tìm Chlamydia /nước tiểu hoặc miếng gạc (tiếp xúc ở âm đao, niệu đao, họng và trực tràng).

+ELISA/nước tiểu và đàm để phát hiện lipopolysacharide Chlamydia.

- Huyết thanh chẩn đoán

- Test Yếu tố HLA-B27: không cần thiết cho chẩn đoán VKPU. Nhưng việc xác định có ích cho điều trị (cần bổ sung DMARDs).

- Hình ảnh học:

+MRI khung chậu: phát hiện viêm điểm bám gân sớm.

+XQ khung chậu

+siêu âm: phát hiện viêm gân, tràn dịch khớp.

**3. Chẩn đoán:**

**3.1 Chẩn đoán xác định:**

Những bệnh nhân được chẩn đoán VKPU nếu có:

**3.1.1 Biểu hiện lâm sàng:**

Viêm khớp không đối xứng, ưu thế ở chi dưới Viêm điểm bám gân Những biểu hiện ngoài khớp Và

Có nhiễm trùng Salmonella, Campylobacter, Yersinia, Shigella hoặc

Chlamydia.

Hoặc

Có nhiễm trùng vi khuẩn ít gặp hơn: Qostridium difficile, Mycobacterium bovis.

3.1.2 Viêm khớp cấp tính, bao gồm cả viêm một khớp và viêm kiểu trục.

Và

Có nhiễm trùng vi khuẩn gây ra VKPU

3.1.3 Biểu hiện lâm sàng như mục 1 Và

Tiêu chảy hoặc viêm niệu đạo/tử cung 6 tuần trước dù nhiễm trùng chưa có bằng chứng.

**3.2 Chẩn đoán phân biệt:**

- Viêm ít khớp cấp tính: viêm khớp nhiễm trùng, bệnh Lyme, viêm khớp tinh thể.

- Những bệnh viêm khớp + tiêu chảy: bệnh Whipple, bệnh viêm ruột vô căn, bệnh Behcet’s.

- Thấp khớp cấp

- Bệnh viêm cột sống chưa định loại (undifferentiated spondyloarthritis)

- Nhiễm trùng cầu khuẩn.

**4. Tiên lượng:**

- Đa số phục hồi hoàn toàn trong 12 tháng, một số cần thời gian lâu hơn (12-18 tháng).

- <20% số trường hợp diễn tiến trở thành mạn tính (viêm khớp kéo dài trên 6 tháng), thường liên quan đến Yersinia, Salmonella, Shigella và Chlamydia.

- Sự hiện diện phân tử HLA-B27: tiên lượng xấu hơn.

**5. Điều trị:**

**5.1 Mục tiêu điều trị:**

- Kiểm soát triệu chứng

- Cải thiện chức năng vận động.

**5.2 Điều trị thể cấp:**

- NSAIDs liều đủ và liên tục để kiểm soát đau và viêm.

+ Naproxen 500mg 2-3 lần/ngày

+ Diclofenac 75mg 2 lần/ngày + Indomethacin 50mg 3 lần/ngày +Etoricoxib 90-120 mg 1 lần/ngày: ưu thế hơn + Meloxicam 15mg/ngày + Celecoxib 200-400 mg/ngày.

- Corticoide tại chỗ: khi có viêm 1 khớp hoặc điểm bám gân.

- Corticoide đường toàn thân: khi viêm nhiều khớp nặng, hạn chế vận động nhiều hoặc có viêm tim, không đáp ứng với NSAIDs hoặc chống chỉ định NSAIDs.

Sử dụng Methylprednisolon đường uống với liều thấp nhất có thể kiểm soát triệu chứng.

- Thuốc chống thấp làm thay đổi bệnh (DMARDs):

+ Chỉ định khi không đáp ứng với NSAIDs, corticoide tại chỗ hoặc toàn thân ( bệnh tiến triển nặng kéo dài, hoặc tái phát nhiều lần, tái phát nhanh sau đáp ứng tốt với điều trị ban đầu và đặc biệt ở những người có yếu tố HLA-B27+)

+ Sulfasalazin(có hiệu quả nhất) 500mg 2 lần/ngày, nếu dung nạp tăng 1000mg 2 lần/ngày, duy trì 3-6 tháng, có thể ngưng khi lui bệnh.

Methotrexate 10-15 mg/tuần

Mycophenolate mofetil (Cellcept) 1000-2000mg/ngày.

- Kháng sinh: chỉ sử dụng khi có bằng chứng nhiễm trùng đang tiến triển:

+ nhiễm trùng tiêu hóa:

Shigella: Ciproíloxacin 750mg 1 lần/ngày x 3 ngày hoặc Azithromycin 500mg 1 lần/ngày x 3 ngày.

Salmonella: Levoíloxacin 500mg 1 lần/ngày x 7-10 ngày hoặc

Azithromycin 500mg 1 lần/ngày x 7 ngày. Ở cơ địa suy giảm miễn dịch, thời gian điều trị kéo dài 14 ngày.

Campylobacter Jejuni: Azithromycin 500mg/ngày x 3 ngày.

+ nhiễm trùng niệu-sinh dục:

Rifampin (10mg/kg/ngày) + Doxycyclin (100mg 2 lần/ngày) hoặc Rifampin + Azithromycin (1g liều duy nhất)

- Vật lý trị liệu: giúp cải thiện chức năng vận động.

**5.3 Điều trị thể mạn tính:**

- NSAIDs

- corticoide tại chỗ

- corticoide toàn thân

- DMARDs

- Thuốc sinh học: chỉ định khi không đáp ứng với điều trị trên.

Kháng TNFa: Iníliximab (5mg/kg).

Ertanecept (50mg 1 lần/tuần)

Adalimumab (40mg cách tuần)

Golimumab (50mg 1 lần/tháng).

**5.4 Điều trị triệu chứng ngoài khớp:**

- Sừng hóa da lòng bàn tay chân: các chế phẩm chứa corticoide và acid salicylic dùng đường tại chỗ.

- Tổn thương mắt: khám chuyên khoa Mắt. Có chỉ định corticoide toàn thân và thuốc ức chế miễn dịch, thậm chí nhóm kháng TNFa.

**6. Lưu đồ chẩn đoán và điều trị**

