

MỘT SỐ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG XƯƠNG KHỚP CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN HIV TẠI KHOA CƠ XƯƠNG KHỚP, BỆNH VIỆN BẠCH MAI (2008-2010)

TRẦN THỊ MINH HOA

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các biểu hiện lâm sàng cơ xương khớp của bệnh nhân được chẩn đoán HIV tại khoa khớp Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Xác định các triệu chứng lâm sàng xương khớp và các bệnh xương khớp của 12 bệnh nhân lần đầu tiên được chẩn đoán HIV đến khám và điều trị tại khoa Cơ Xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 2 năm từ 2008-2010

Kết quả: Khảo sát 12 bệnh nhân HIV dương tính (10 nam, 2 nữ với tuổi trung bình $26,5 \pm 4$) cho thấy các biểu hiện lâm sàng hay gặp là đau xương khớp 6/12 (50%), viêm màng hoạt dịch khớp gối, khớp cổ chân 6/12 (50%), đau cột sống thắt lưng 5/12 (41,6%). Bệnh lý khớp hay gặp là bệnh lý cột sống không xác định 6/12 (50%), nhiễm khuẩn khớp và phần mềm 5/12 (41,6%)

Kết luận: Bệnh lý cột sống không xác định là bệnh khớp hay gặp nhất ở bệnh nhân HIV dương tính.

Từ khoá: bệnh khớp, HIV, bệnh lý cột sống không xác định.

SUMMARY

Objective: To study the clinical spectrum of rheumatic diseases in HIV positive patients

Methods: 12 patients referred with rheumatological manifestations, who were positive HIV diagnosed in Rheumatology department Bach Mai Hospital from 2008 to 2010 were analyzed retrospectively regarding clinical features.

Results: There were 10 male and 2 female, with mean age was 26.5 ± 4 years. Arthritis was found in 6/12 (50%), synovitis (knee and ankle) in 6/12 (50%), low back pain 5/12 (41.6%). Undifferentiated spondyloarthropathy was diagnosed in 6/12 (50%), septic arthritis in 5/12 (41.6%)

Conclusions: Undifferentiated spondyloarthropathy is a common rheumatic manifestation in HIV positive patients

Keywords: arthritis, HIV, undifferentiated spondyloarthropathy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Có hơn 50% bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị HIV có biểu hiện bệnh lý cơ xương như viêm khớp nhiễm khuẩn, hội chứng Reiter, viêm khớp vẩy nến, bệnh lý cơ... [1, 3, 5, 6]. Tuy nhiên những triệu chứng cơ xương khớp ở bệnh nhân nhiễm virus HIV nhưng chưa được chẩn đoán HIV lại biểu hiện với nhiều hình thái và mức độ khác nhau: đau khớp, viêm khớp, viêm cơ, yếu cơ, viêm khớp nhiễm khuẩn... [5, 6, 7]. Đây là những triệu chứng lâm sàng cơ xương khớp có thể gặp ở bất cứ bệnh nhân mắc bệnh của hệ thống vận động hoặc viêm khớp do virus chính vì vậy trên thực tế lâm sàng các trường hợp bệnh nhân này thường bị bỏ qua hoặc chẩn đoán và điều trị nhằm làm ảnh hưởng nhiều đến không những sức khoẻ người bệnh mà còn làm gia tăng nguy cơ gây lây nhiễm cho cộng đồng khi người bệnh HIV không được kiểm soát. Chúng tôi tiến hành

khảo sát này nhằm mục đích tìm hiểu những biểu hiện cơ xương khớp ở các bệnh nhân lần đầu tiên được chẩn đoán HIV đến khám và điều trị tại khoa khớp bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm từ 2009 đến 2010 để lưu ý các bác sỹ lâm sàng trong chẩn đoán tình trạng HIV.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang và hồi cứu 12 bệnh nhân có các biểu hiện

bệnh lý cơ xương khớp lần đầu tiên được chẩn đoán HIV đến khám và điều trị tại khoa Khớp bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm (2009-2010)

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân:

Trong số 12 bệnh nhân được chẩn đoán HIV dương tính có 10 bệnh nhân nam và 2 bệnh nhân nữ với tuổi trung bình là $26,5 \pm 4$ (bệnh nhân ít tuổi nhất là 18 và nhiều tuổi nhất là 36), với đặc điểm nghề nghiệp và học vấn 2 người là thợ xây dựng tự do, 7 người không có nghề nghiệp cố định, 1 người là sinh viên và 2 người là nội trợ. Thời gian từ khi có triệu chứng ở cơ xương khớp đến thời điểm được xác định là HIV dương tính trung bình là 9 tháng (sớm nhất là 8 tháng lâu nhất là 16 tháng). Có 7/10 bệnh nhân nam có tiền sử nghiện chích ma tuý (từ 1 năm đến 6 năm, trong đó có 2/10 bệnh nhân nam hiện tại đang chích ma tuý ngày 1-2 lần) Ba bệnh nhân nam không có tiền sử nghiện hút ma tuý nhưng có tiền sử quan hệ tình dục không an toàn (không sử dụng bao cao su, có quan hệ tình dục với nhiều đối tượng). Hai bệnh nhân nữ không có tiền sử nghiện chích ma tuý nhưng khai thác tiền sử gia đình thì một bệnh nhân có chồng làm thợ xây dựng tự do thường xuyên sống xa gia đình và một bệnh nhân có chồng làm nghề lái xe đường dài (rất tiếc chúng tôi không tiếp xúc được và làm xét nghiệm xác định HIV của 2 đối tượng này). Như vậy cả 12 bệnh nhân đều là những người trẻ tuổi và có các yếu tố nguy cơ cao nhiễm HIV: nghiện chích ma tuý, quan hệ tình dục không an toàn.

2. Các biểu hiện lâm sàng cơ xương khớp ở 12 bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1 Các biểu hiện lâm sàng xương khớp ở 12 bệnh nhân nghiên cứu

Các biểu hiện lâm sàng	Bệnh nhân (n=12)
Đau xương khớp	6 (50%)
Viêm màng hoạt dịch khớp gối.	4 (33,3%)
Viêm khớp bàn cổ chân	2 (16,6%)
Viêm khớp ức đòn	1 (8,3%)
Đau cột sống thắt lưng	5 (41,6%)
Thiếu máu	1 (8,3%)
Ban xuất huyết	1 (8,3%)

Kết quả của bảng 1 cho thấy 6/12 (50%) bệnh nhân có tình trạng đau mỗi xương khớp kiểu giả cúm, đây cũng là một trong những biểu hiện thường gặp ở những bệnh nhân viêm khớp do virus, tỷ lệ này tương đối cao hơn so với nghiên cứu của Krishman KK [4] trên 29 bệnh nhân chỉ có 20% bệnh nhân có biểu hiện đau

xương khớp. Kết quả nghiên cứu của Chiowchanwisawakit P [1] trên 178 bệnh nhân HIV có 27,5% bệnh nhân có triệu chứng đau cột sống thắt lưng và 13,5% bệnh nhân có triệu chứng đau xương khớp. Sở dĩ có sự khác nhau về tỷ lệ các biểu hiện xương khớp trong các nghiên cứu là do sự khác nhau về cỡ mẫu và cách chọn bệnh nhân nghiên cứu: trong nghiên cứu của Chiowchanwisawakit P chọn các bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị HIV còn trong nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân lần đầu tiên được chẩn đoán HIV. Có 6 bệnh nhân vào viện với tình trạng viêm và tràn dịch khớp gối một bên sau khi chọc hút dịch và làm xét nghiệm có 2 trường hợp là viêm khớp mủ. Có một trường hợp bệnh nhân viêm khớp ức đòn, được tiêm khớp ức đòn tại cơ sở y tế tư nhân và vào khám trong tình trạng viêm mủ khớp ức đòn. Đau cột sống thắt lưng gặp ở 5 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân nữ đau cột sống thắt lưng được điều trị bằng châm cứu, thủy châm và tiêm corticosteroid vào vùng cạnh cột sống gây áp xe cơ cạnh cột sống. Một bệnh nhân nữ có các biểu hiện giống như bệnh lupus ban đỏ hệ thống với các triệu chứng: sốt kéo dài, thiếu máu, ban xuất huyết dưới da, viêm loét niêm mạc miệng. Tất cả 12 bệnh nhân đều được chẩn đoán và điều trị các triệu chứng xương khớp nhưng tình trạng bệnh không cải thiện, thậm trí còn có các hậu quả của quá trình điều trị sai như viêm mủ khớp, áp xe cơ mà không được làm xét nghiệm để chẩn đoán HIV. Điều này khuyến cáo trên thực hành lâm sàng nên cảnh giác và tiến hành xét nghiệm xác định HIV ở các đối tượng có các biểu hiện lâm sàng xương khớp không đặc hiệu ở bệnh nhân trẻ tuổi, có các yếu tố nguy cơ cao như nghiện chích ma túy, quan hệ tình dục không an toàn...và một điều quan trọng là cần khai thác kỹ tiền sử bệnh tật của bệnh nhân, tình trạng quan hệ tình dục và đối tác quan hệ tình dục.

Bảng 2. Các bệnh khớp ở 12 bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh khớp	Bệnh nhân (n=12)
Bệnh lý cột sống: Viêm màng hoạt dịch khớp không đặc hiệu	6 (50%)
Viêm khớp mủ	3 (25%)
Áp xe cơ	1 (8,3%)
Bệnh giống như Lupus ban đỏ hệ thống	1 (8,3%)
Viêm đốt sống đĩa đệm do vi khuẩn	1 (8,3%)

Trong nghiên cứu này có tới 6/12 (50%) bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý cột sống thể không xác định (undifferentiated spondyloarthropathy), những bệnh nhân này không đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán hội chứng Reiter, viêm khớp vẩy nến hoặc viêm khớp phản ứng. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Kutty KK [4] có 44,7% bệnh nhân HIV kết hợp với bệnh lý cột sống. Nhiễm khuẩn gặp ở 5/12 (41,6%) bệnh nhân trong đó có 2 bệnh nhân viêm mủ khớp gối, 1 bệnh nhân viêm mủ khớp ức đòn, 1 bệnh nhân áp xe cơ và 1 bệnh nhân viêm đốt sống đĩa đệm đều do sai lầm trong chẩn đoán và điều trị (nhiễm khuẩn xuất hiện sau tiêm corticosteroid vào khớp và tổ chức phần mềm cạnh khớp tại các cơ sở y tế tư nhân). Theo nghiên cứu của Espinosa L [2] trên 20 bệnh nhân HIV chỉ có 3/20 (15%) bệnh nhân có viêm khớp nhiễm khuẩn. Sở dĩ tỷ lệ bệnh lý nhiễm khuẩn ở bệnh nhân HIV ở khảo sát chung tôi cao là do hậu quả chẩn đoán nhầm và sai lầm trong điều trị các bệnh nhân này (nhiễm khuẩn do tai biến tiêm

khớp và phần mềm cạnh khớp không đúng chỉ định và không đảm bảo vô khuẩn). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân nữ 26 tuổi vào viện trong tình trạng sốt kéo dài, đau các khớp, viêm loét niêm mạc miệng, thiếu máu, có dịch màng tim, dịch màng phổi, kháng thể kháng nhân dương tính, anti dsDNA âm tính, bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lupus ban đỏ hệ thống tuy nhiên sau điều trị một tuần bằng thuốc corticosteroid, Chloroquin, methotrexat bệnh nhân không cải thiện được tình trạng bệnh mà còn xuất hiện thêm các triệu chứng xuất huyết dưới da, sốt liên tục, thể trạng suy sụp. Bệnh nhân làm xét nghiệm xác định HIV dương tính. Ở bệnh nhân nữ này không có tiền sử nghiện chích ma túy nhưng có chồng là công nhân xây dựng tự do xa nhà nhiều ngày có quan hệ tình dục không an toàn với nhiều đối tượng không xác định. Đây là một trường hợp điển hình bệnh giống như lupus ở bệnh nhân nhiễm HIV, trên lâm sàng rất khó chẩn đoán phân biệt nếu không khai thác kỹ tiền sử bệnh và làm xét nghiệm xác định HIV.

KẾT LUẬN

Trong khảo sát lâm sàng của 12 bệnh nhân chẩn đoán HIV tại khoa Khớp bệnh viện Bạch mai chúng tôi nhận thấy biểu hiện lâm sàng cơ xương khớp ở bệnh nhân được chẩn đoán HIV khá đa dạng hay gặp nhất là các triệu chứng đau xương khớp 50%, viêm màng hoạt dịch khớp(gối, khớp cổ chân) 49,9%, đau cột sống thắt lưng 41,6%. Các bệnh lý xương khớp hay gặp nhất là cột sống thể không xác định 50%, nhiễm khuẩn khớp và phần mềm 41,6%. Biểu hiện lâm sàng cơ xương khớp này thường xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào có các yếu tố nguy cơ cao như nghiện chích ma túy, quan hệ tình dục không an toàn (của chính bệnh nhân hoặc đối tác quan hệ tình dục). Vì vậy cần phải khai thác kỹ tiền sử bệnh, làm xét nghiệm HIV để chẩn đoán xác định nhằm tránh việc chẩn đoán nhầm và điều trị bệnh lý xương khớp cho các đối tượng này vì các thuốc corticosteroid, thuốc ức chế miễn dịch, thuốc hủy tế bào trong điều trị các bệnh khớp sẽ làm nặng lên tình trạng bệnh HIV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chiowchanwisawakit P, Koolvisoot A, Ratanasuwan W. Prevalence of rheumatic disease in HIV infected Thai patients. J Med Assoc Thai, 2005, 88(12): 1775-1780.
2. Espinoza LR, Aguillar J, Berman A. Rheumatic manifestations associated with arthritis. Rheum Med, 1999, 32:1615-1622.
3. Espinoza LR, Jara JL, Espinoza GG, Silveria LH. There is association between Human immunodeficiency virus infection and spondyloarthropathies. Rheum Dis Clin North Am. 2002, 18:257-266.
4. Kutty KK, Rajendran CP, Porkodi R, Mahavan R. Rheumatological manifestation in HIV positive patients referred to a tertiary care centre. J Indian Rheumatol Assoc. 2003, 11:104-108
5. Levy JA. Pathogenesis of Human immunodeficiency virus infection. Microbiol Rev, 1993, 57 (1): 163-289
6. Sanjeev R, Jyotsna Q, Salaxna S. Arthritis in HIV. Indian Journal of pediatrics, 2007, 70(10):835-836
7. Silveria LH, Seleznick MJ, Jara LJ. Musculoskeletal manifestations of human immunodeficiency virus infection. J Intensive Care Med 2001, 6:106-116.