

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PRIMARY OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE IN HAI PHONG IN 2024

Pham Thuy Hang¹, Nguyen Mai Hong²

¹Hai Phong University of Medicine and Pharmacy-No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

²Bach Mai Hospital-78 Giai Phong Road, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 20/03/2026

Revised: 03/4/2026; Accepted: 15/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with primary osteoarthritis of the knee in Hai Phong in 2024.

Method: A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 84 patients with primary osteoarthritis of the knee. Data were collected through interviews, clinical examinations, and review of laboratory test results in patients' medical records. Descriptive statistical analysis was performed.

Results: Patients over 60 years old accounted for the highest proportion (66.7%). Functional symptoms in 112 joints included: 100% had joint pain (severe level accounted for 52.7%), limited mobility (77.0%), joint stiffness (75.9%), and joint crepitus (54.5%). X-ray images of lesions according to the Kellgren-Lawrence classification of the 112 knee joints were mainly stage 2, accounting for 58.0%; osteophytes accounted for the highest proportion (90.2%). Ultrasound images of 65 knee joints showed a variety of lesions, including: osteophytes (100.0%), joint effusion (96.9%), synovial membrane proliferation (53.8%), and popliteal cysts (20.0%).

Conclusion: Knee X-rays are the first-line method for diagnosing primary osteoarthritis of the knee in patients over 60 years old. Ultrasound is a valuable supplementary tool for detecting soft tissue damage in joints with progressive inflammation, enabling comprehensive assessment and timely treatment guidance.

Keywords: Knee osteoarthritis, knee X-ray, knee ultrasound.

*Corresponding author

Email: pthang@hpmu.edu.vn Phone: (+84) 913065382 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5636

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT TẠI HẢI PHÒNG NĂM 2024

Phạm Thúy Hằng¹, Nguyễn Mai Hồng²

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng-Số 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

²Bệnh viện Bạch Mai-78 Đường Giải Phóng, Phường Kim Liên, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 03/4/2026; Ngày duyệt đăng: 15/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát tại Hải Phòng năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 84 bệnh nhân bị thoái hoá khớp gối nguyên phát. Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn, khám lâm sàng, kết hợp tra cứu kết quả xét nghiệm trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Phân tích thống kê mô tả.

Kết quả: Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7%. Các triệu chứng cơ năng trên 112 khớp bao gồm: 100,0% có đau khớp (mức độ nặng chiếm 52,7%), hạn chế vận động (77,0%), cứng khớp (75,9%), lạo xạo khớp (54,5%). Hình ảnh tổn thương Xquang theo phân loại Kellgren-Lawrence của 112 khớp gối chủ yếu ở giai đoạn 2 chiếm 58,0%; gai xương chiếm tỷ cao nhất (90,2%). Hình ảnh siêu âm 65 khớp gối xuất hiện đa hình thái tổn thương, gồm: gai xương (100,0%), tràn dịch khớp (96,9%), tăng sinh màng hoạt dịch (53,8%) và kén kheo (20,0%).

Kết luận: X-quang khớp gối là phương pháp đầu tay giúp chẩn đoán thoái hoá khớp gối nguyên phát ở bệnh nhân trên 60 tuổi. Siêu âm là công cụ bổ trợ có giá trị giúp phát hiện tổn thương phần mềm các khớp có triệu chứng viêm tiến triển, giúp đánh giá toàn diện và định hướng điều trị kịp thời.

Từ khóa: thoái hoá khớp gối nguyên phát, Xquang khớp gối, siêu âm khớp gối.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp gối nguyên phát (THKGNP) là quá trình lão hóa có tính chất quy luật của tổ chức sụn, các tế bào và tổ chức ở khớp, quanh khớp. Bệnh tiến triển qua nhiều giai đoạn, là nguyên nhân thứ 11 gây tàn tật trên thế giới, là gánh nặng kinh tế nghiêm trọng của bệnh nhân, gia đình và của toàn xã hội [1]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới năm 2019 có khoảng 365 triệu người bị bệnh thoái hoá khớp gối nguyên phát [2]. Trước đây, bệnh thường gặp ở người già, nhưng ngày nay do sự già hóa dân số, nhịp sống bận rộn cùng lối sống kém khoa học bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng và trẻ hóa. Năm 2020, theo đánh giá của 18 trong tổng số 88 nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ thoái hoá khớp gối nguyên phát chiếm 22,9% ở người trên 40 tuổi [3]. Hải Phòng là một trong những đô thị lớn có tốc độ già hóa dân số nhanh và nhịp sống công nghiệp hiện đại, gây ảnh hưởng rõ rệt đến lối sống của người dân. Tuy nhiên, tại đây chưa có đề tài nào nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát tại Hải Phòng năm 2024.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại: Khoa Cơ xương khớp bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp và phòng khám và khoa Nội tổng hợp 2 bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+Bệnh nhân bị THKGNP theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thấp khớp học Mỹ ACR 1991 [4]: (1)Đau khớp gối; (2) Gai xương ở rìa khớp (Xquang); (3)Dịch khớp là dịch thoái hóa (dịch khớp trong, độ nhớt giảm hoặc bạch cầu <2000 tế bào/mm³); (4)Tuổi ≥40; (5)Cứng khớp dưới 30 phút; (6) Lạo xạo khi cử động. Chẩn đoán xác định THKGNP khi có yếu tố 1,2 hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6.

+Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: (1)Thoái hoá khớp gối thứ phát và các bệnh lý phối hợp như gút, bệnh lý khớp viêm hệ thống, bệnh tự miễn, nhiễm trùng khớp gối. (2)Tiền sử

*Tác giả liên hệ

Email: pthang@hpmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 913065382 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5636

phẫu thuật, tiêm corticoid hoặc acid hyaluronic vào khớp gối trong vòng 6 tháng gần đây, đang sử dụng thuốc giảm đau nhóm opioid hoặc điều trị giảm đau liên tục bằng NSAIDs trong vòng 24 - 48 giờ trước thời điểm đánh giá lâm sàng. (3) Có các bệnh lý toàn thân nặng (suy tim nặng, suy gan, suy thận mạn, ung thư...). (4) Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ trong quần thể bệnh nhân với độ chính xác tương đối:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu.

α : mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95%); giá trị $Z_{1-\alpha/2}$ (1,96) thu được từ bảng ứng với giá trị $\alpha = 0,05$.

p: tỷ lệ BN THKGNP có tổn thương X-quang giai đoạn 3 theo phân loại Kellgren-Lawrence ước tính từ một nghiên cứu trước đó [5]. Chúng tôi lấy $p = 0,335$

d: sai số tuyệt đối cho phép (chọn $d = 0,105$). Như vậy cỡ mẫu tính được $n = 78$.

2.4.2. Chọn mẫu: thuận tiện, chúng tôi đã chọn được 84 bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số/chỉ số nghiên cứu

Tuổi, giới, BMI, đau, thang điểm VAS, cứng khớp, hạn chế vận động gấp hoặc duỗi, sưng khớp, có tiếng lạo xạo, lục khục khi cử động... Các giai đoạn X quang, tổn thương trên siêu âm.

Tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu

(1) Mức độ đau theo thang điểm VAS: Đau khủng khiếp: 10 điểm; Đau nặng: 7-9 điểm; Đau vừa: 4-6 điểm; Đau ít: 1-3 điểm; Không đau: 0 điểm [6].

(2) Xquang theo Kellgren và Lawrence 1957, gồm 4 giai đoạn. Giai đoạn 1: nghi ngờ hẹp khe khớp và gai xương. Giai đoạn 2 – nhẹ: có gai xương rõ, có thể có hẹp khe khớp. Giai đoạn 3 – trung bình: có nhiều gai xương, hẹp khe khớp rõ, có các điểm xơ xương dưới sụn, có thể có biến dạng đầu xương. Giai đoạn 4 – nặng: có các gai xương lớn, hẹp khe khớp nặng, xơ xương dưới sụn, biến dạng đầu xương rõ [7].

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

2.6.1. Công cụ thu thập thông tin: Bệnh án nghiên cứu được xây dựng dựa theo các chỉ số nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu.

2.6.2. Quy trình thu thập số liệu:

(1) Lập phiếu thu thập thông tin. (2) Tiếp cận và sàng lọc bệnh nhân: Các bệnh nhân tới khám tại phòng khám Khoa Cơ xương khớp bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp; Phòng khám và khoa Nội tổng hợp 2 bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng được phỏng vấn trực tiếp, khám và làm xét nghiệm trong thời gian nghiên cứu. Những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập thông tin theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. (3) Thu thập dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng những khớp đủ tiêu chuẩn ACR.

Chỉ định siêu âm khớp dựa trên tình trạng lâm sàng tại thời điểm khám: những khớp gối đang trong đợt tiến triển có biểu hiện sưng đau rõ rệt hoặc nghi ngờ có tràn dịch khớp để khảo sát về màng hoạt dịch và dịch khớp. (4) Nhập dữ liệu và xử lý số liệu. (5) Phân tích số liệu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích số liệu.

Biến phân loại trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ theo đề cương và được thông qua bởi Hội đồng đánh giá đề cương luận văn Bác sỹ Chuyên khoa cấp II của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Nghiên cứu được Ban Lãnh đạo của bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp và Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng chấp thuận. Nghiên cứu mô tả, không can thiệp, do đó nguy cơ đối với đối tượng nghiên cứu là tối thiểu. Tất cả thông tin cá nhân được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	7	8,3
	Nữ	77	91,7
Tuổi	40 - 49 tuổi	8	9,5
	50 - 59 tuổi	20	23,8
	≥ 60 tuổi	56	66,7
BMI (kg/m ²)	< 18,5	1	1,2
	18,5 ≤ BMI < 23	43	51,2
	≥ 23	40	47,6
TỔNG		84	100,0

Nhận xét: Trong số 84 bệnh nhân nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7%. Tỷ lệ giới nữ chủ yếu, chiếm 91,7%. Nhóm có chỉ số BMI ≥ 23 chiếm tỷ lệ 47,6%.

Nghiên cứu (NC) của chúng tôi gồm 84 bệnh nhân, tổng số khớp gối bị thoái hóa là 112. Trong đó có 33,3% bệnh nhân (BN) bị thoái hóa 2 khớp và 66,7% BN bị thoái hóa 1 khớp.

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Số khớp thoái hóa (n = 112)	Tỷ lệ %
Đau khớp gối	112	100,0
Đau khi vận động mạnh	59	52,7
Đau thường xuyên	25	22,3
Có cơn đau dữ dội trên nền đau âm ỉ liên tục	28	25,0
Mức độ đau theo thang điểm VAS		
Đau nhẹ	10	8,9

Triệu chứng cơ năng	Số khớp thoái hóa (n = 112)	Tỷ lệ %
Đau vừa	43	38,4
Đau nặng	59	52,7
Đau khủng khiếp	0	0
Cứng khớp buổi sáng < 30 phút	85	75,9
Lạo xạo khớp	61	54,5
Hạn chế vận động	87	77,7
Sưng khớp	7	6,3

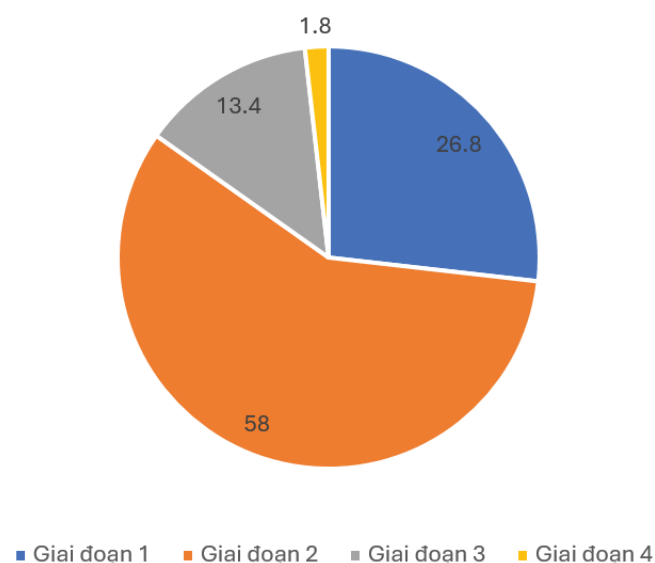
Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất ở đối tượng nghiên cứu là đau khớp gối (100%); Trong số 112 khớp thoái hóa, mức độ đau nặng theo thang điểm VAS gặp nhiều nhất với tỷ lệ là 52,7%. Tỷ lệ bệnh nhân bị hạn chế vận động và cứng khớp gối buổi sáng < 30 phút lần lượt là 77,7%; 75,9%.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể thường gặp

Triệu chứng thực thể	Số khớp thoái hóa (n = 112)	Tỷ lệ %
Sưng khớp	35	31,3
Tràn dịch khớp	16	14,3
Teo cơ	5	4,5
Phì đại xương	5	4,5
Nhiệt độ vùng da bình thường	91	81,8
Dấu hiệu bào gồ (+)	25	22,3
Kén khoeo	6	5,4
Hạn chế vận động gấp/duỗi	45	40,2

Nhận xét: Triệu chứng thực thể ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối gặp nhiều nhất là hạn chế vận động gấp/duỗi (chiếm 40,2%) và ít nhất là kén khoeo (chiếm 5,4%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng



Hình 1. Phân bố các giai đoạn Xquang khớp gối theo Kellgren và Lawrence

Nhận xét: Trong tổng số 112 khớp bị thoái hóa, có 65 khớp (chiếm 58,0%) biểu hiện tổn thương trên Xquang là giai đoạn 2 theo Kellgren và Lawrence.

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương trên Xquang khớp gối theo Kellgren và Lawrence

Đặc điểm X quang	Số khớp thoái hóa (n = 112)	
	n	%
Gai xương	101	90,2
Hẹp khe khớp	65	58,0
Đặc xương dưới sụn	24	21,4

Nhận xét: Đặc điểm tổn thương trên Xquang khớp gối theo Kellgren và Lawrence chiếm tỷ lệ cao nhất là gai xương (90,2%). Hình ảnh hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn trên Xquang khớp gối theo Kellgren và Lawrence có tỷ lệ lần lượt: 58,0%; 21,4%.

Bảng 5. Đặc điểm siêu âm khớp gối

Đặc điểm	Số khớp siêu âm (n = 65)	
	n	%
Gai xương	65	100%
Tăng sinh màng hoạt dịch	35	53,8%
Tràn dịch khớp	63	96,9%
Kén khoeo	13	20,0%

Nhận xét: 112 khớp bị thoái hóa có 65 khớp gối được siêu âm trong đó hình ảnh gai xương chiếm 100,0%; tràn dịch khớp 96,6%; tăng sinh màng hoạt dịch 53,8% và kén khoeo 20,0%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả Bảng 1 cho thấy nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7%; tỷ lệ giới nữ chủ yếu chiếm 91,7%; nhóm có chỉ số BMI ≥ 23 chiếm tỷ lệ 47,6% phù hợp quy luật THKGNP do sự lão hóa tự nhiên đặc biệt nữ giới sau mãn kinh có sự sụt giảm nghiêm trọng nội tiết tố estrogen (hormone có vai trò bảo vệ sụn khớp), và tăng tải trọng lên khớp do béo phì kết hợp với thói quen ngồi xổm làm việc nhà hoặc mang vác của phụ nữ Việt Nam khiến khớp gối thoái hóa nhanh hơn nam giới [1], [3].

Bảng 3.2 chỉ ra triệu chứng cơ năng đầu tiên gặp ở BN là đau và 100,0% BN đau với các kiểu đau khác nhau nhưng tỷ lệ đau nặng theo thang điểm VAS là 59/112 chiếm tỷ lệ 52,7%. Tình trạng cứng khớp buổi sáng sau khi ngủ dậy hoặc sau khi bất động lâu thường không kéo dài (< 30 phút) chiếm 75,9%. Các triệu chứng cơ năng khác như lạo xạo khớp khi BN cử động gặp ở 54,5% trường hợp, hạn chế vận động 77,7%; sưng khớp do BN tự nhận thấy chỉ chiếm 6,3% trường hợp. Theo Roemer và cộng sự tỷ lệ lạo xạo khớp ở nhóm dân số không có THKGNP là 61,0%; ở nhóm có THKGNP trên Xquang khớp gối là 92,0% [8]. Tiếng lạo xạo khớp tạo ra khi sụn khớp bị tổn thương, bề mặt sụn sần sùi, gồ ghề và dịch khớp giảm độ nhớt nên khi cử động khớp gối chỉ còn lại đầu xương cọ sát vào nhau

[1]. Tuy nhiên, nhiều BN thường bỏ qua các dấu hiệu này nên không được phát hiện và điều trị sớm làm gia tăng nguy cơ tàn phế. Các triệu chứng thực thể gặp trong NC của chúng tôi (bảng 3.3): Tràn dịch khớp 14,3%, kén khoeo là 5,4%, hạn chế vận động gấp/duỗi 40,2%, sưng khớp 31,3% trường hợp. Sưng khớp phản ánh tình trạng tái tạo xương, sụn ở hai bên khớp và tạo gai xương ở bờ khớp. Hạn chế vận động gấp/duỗi chủ yếu do gai xương và dày bao khớp, nhưng đau, tràn dịch khớp và kén khoeo cũng có thể làm hạn chế vận động, là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tàn phế. Vì vậy, phát hiện bệnh và điều trị sớm, quản lý tốt BN bị THKGNP sẽ hạn chế các biến chứng.

Trong số 112 khớp gối bị thoái hóa tổn thương gai xương trên phim Xquang gặp nhiều nhất 90,2% (101/112 khớp gối), hẹp khe khớp gặp 58,0% (65/112 khớp gối), đặc xương dưới sụn chỉ gặp 21,4% (bảng 3.4). Kết quả các NC lâm sàng và dịch tễ học đều cho rằng gai xương là dấu hiệu đặc trưng thường gặp nhất ở BN THKGNP. Kết quả của chúng tôi có thấp hơn NC của Nguyễn Thị Ái, 100,0% BN THKGNP có gai xương nhưng chỉ có 73,3% có hẹp khe khớp [9]. Sự khác biệt về tỷ lệ các tổn thương Xquang là đối tượng NC của Nguyễn Thị Ái là những BN THKGNP điều trị nội trú tại khoa Khớp, bệnh viện Bạch Mai là tuyến điều trị cao nhất. Và đối tượng của chúng tôi là những BN điều trị nội trú và ngoại trú tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp và bệnh viện Đa khoa Quốc Tế. Tổn thương Xquang theo phân loại của Kellgren và Lawrence chủ yếu giai đoạn 2 chiếm 58,0% (hình 3.1). Giai đoạn này biểu hiện có gai xương rõ, có thể hẹp khe khớp. Hình ảnh tổn thương trên Xquang giai đoạn 1,3 và 4 có tỷ lệ lần lượt là 26,8%; 13,4% và 1,8%.

Đặc điểm siêu âm khớp gối: Trong số 112 khớp bị thoái hóa có 65 khớp gối được siêu âm, kết quả tổn thương gai xương là 100,0% (65/65 khớp gối), tràn dịch khớp gặp 96,9%, tăng sinh màng hoạt dịch gặp 53,8%, kén khoeo gặp 20,0% (bảng 3.5). Phù hợp với kết quả NC của Ragab tỷ lệ gai xương phát hiện trên siêu âm ở BN bị THKGNP là 100,0% [10]. Viêm màng hoạt dịch thường gặp ở BN THKGNP giai đoạn muộn. Tỷ lệ kén khoeo chiếm với tỷ lệ 6,0 - 45,0% tùy thuộc vào từng NC. Tỷ lệ tràn dịch khớp trên siêu âm trong NC của chúng tôi khá cao nhưng đa số tràn dịch trung bình và ít nên tỷ lệ kén khoeo là 20,0% phù hợp với nguyên nhân của kén khoeo là do tràn dịch khớp nhiều làm tăng áp lực trong khớp đẩy dịch qua điểm yếu của bao khớp ở phía sau vào khoảng trống túi cùng cơ sinh đôi (cơ bụng chân trong và cơ bụng chân ngoài) và cơ bán màng.

Hạn chế của nghiên cứu: NC có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế mô tả cắt ngang và cỡ mẫu còn hạn chế nên chưa thể đánh giá được mối quan hệ nhân quả, sự tiến triển theo thời gian của các triệu chứng. Thứ hai, số liệu được thu thập tại ít trung tâm y tế tại Hải Phòng nên tính đại diện cho cộng đồng chưa cao. Thứ ba, siêu âm khớp gối không được áp dụng đồng loạt cho toàn bộ mẫu do đó, các tần suất tổn thương phần mềm có thể cao hơn thực tế. Tuy nhiên, kết quả của NC này góp phần cung cấp dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng là nền tảng quan trọng về bệnh THKGNP tại địa phương, là cơ sở định hướng cho các NC tiếp theo với thiết kế tiến cứu, cỡ mẫu lớn hơn và đa trung tâm.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 84 BN bị thoái hóa khớp gối nguyên phát tại phòng khám Khoa Cơ xương khớp bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp; Phòng khám và khoa Nội tổng hợp 2 bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng từ tháng 01/2024 đến tháng 10/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận:

Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7%. Tỷ lệ giới nữ chủ yếu, chiếm 91,7%.

Trong số 84 bệnh nhân có 112 khớp bị thoái hóa với các triệu chứng cơ năng: đau khớp, hạn chế vận động, cứng khớp, lạo xạo khớp tỷ lệ lần lượt: 100,0%; 77,0%; 75,9%; 54,5%. Bệnh nhân đau ở mức độ nặng là 52,7%. Triệu chứng thực thể hay gặp là hạn chế vận động gấp/duỗi 40,2%.

Hình ảnh tổn thương giai đoạn 2 trên Xquang chủ yếu 58,0%, gai xương chiếm tỷ lệ cao nhất (90,2%).

Siêu âm khớp gối trên 65 khớp có đa hình thái tổn thương: gai xương, tràn dịch khớp, tăng sinh màng hoạt dịch, kén khoeo với tỷ lệ lần lượt: 100,0%; 96,9%; 53,8%; 20,0%.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] R.J. Cleveland, C. Alvarez, T.A. Schwartz et al, "The impact of painful knee osteoarthritis on mortality: a community-based cohort study with over 24 years of follow-up," Osteoarthritis Cartil, 2019, vol. 27, n° 4, pp. 593-602.
- [2] Long H, Liu Q, Lin J et al , "Prevalence trends of site-specific osteoarthritis from 1990 to 2019: Findings from the global burden of disease study 2019," Arthritis Rheumatol, 2022, vol. 74, n° 7, pp. 1172-1183.
- [3] Cui A, Li H, Wang D et al, "Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies," EclinicalMedicine, 2020, vol. 29, n° 100587.
- [4] R. Altman, "Criteria for classification of clinical osteoarthritis," J Rheumatol Suppl, 1991, vol. 27, pp. 10-12.
- [5] Nguyễn Thị Hiền, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình", [Luận văn Thạc sĩ Y học]. Trường Đại học Y Dược Thái Bình; 2023.
- [6] N. H. A. El-Soud, "A Randomized Double Blind Clinical Study on the Efficacy of Low Level Laser Therapy in Reducing Pain After Simple Third Molar Extraction," Macedonian Journal of Medical Sciences, 2010.
- [7] Kellgren JH, Lawrence JS, "Radiological Assessment of Osteo-Arthrosis," Ann Rheum Dis, 1957, vol. 16(4), pp. 494-502.
- [8] Roemer FW, Guermazi A, Demehri S, et al, "Imaging in Osteoarthritis," Osteoarthritis and cartilage, 2022, vol. 30, pp. 913-934.
- [9] N. T. Ái, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp gối," Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.
- [10] Ragab G et al , "The importance of using ultrasonography in knee osteoarthritis," Egyptian Journal of internal medicine, 2012, vol. 24, pp. 93-96