

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

TÓM TẮT

Nguyễn Thị Hiền^{1*}, Ngô Thị Hoài¹

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu trên 385 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát điều trị ngoại trú tại khoa Nội bệnh viện đại học Y Thái Bình từ tháng 11/2023-05/2024

Kết quả nghiên cứu: **Lâm sàng:** Tuổi trung bình $62,71 \pm 10,08$, nam/nữ ~ 2:5, BMI trung bình $22,55 \pm 2,42 \text{ kg/m}^2$, điểm VAS trung bình $5,41 \pm 1,55$, đau tại khớp (100%), tiếng lạo xạo khi cử động khớp (93,51%), cứng khớp (63,38%), hạn chế vận động khớp gối (62,6%), dấu hiệu bập bênh xương bánh chè (38,84%), dấu hiệu bào gỗ (16,36%), dấu hiệu viêm khu trú (3,12%). **Cận lâm sàng:** Phân loại mức độ thoái hóa trên X-quang: độ 1: 8,57%; độ 2: 55,58%; độ 3: 33,51% độ 4: 2,34%. Siêu âm gặp 77,92% có tràn dịch khớp, 58,96% có gai xương.

Kết luận: Bệnh thường gặp ở đối tượng > 60 tuổi, người thừa cân, béo phì. Giới nữ nhiều hơn giới nam. Đau tại khớp và có tiếng lạo xạo khi cử động khớp là 2 triệu chứng thường gặp nhất (>90%). Bệnh nhân thường đến khám khi triệu chứng đau đã ở mức trung bình-nặng và bệnh tiến triển mức độ II-III trên X-quang theo tiêu chuẩn của Kellgren và Lawrence.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with primary knee osteoarthritis at Thai Binh University Medical Hospital.

Subjects and Methods: A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 385 patients diagnosed with primary knee osteoarthritis and treated on an outpatient basis at the department

of Internal Medicine, Thai Binh Medical University Hospital from November 2023 to May 2024.

Results: Clinical: Average age 62.71 ± 10.08 ; male/female ~ 2:5; average BMI $22.55 \pm 2.42 \text{ kg/m}^2$; average VAS score 5.41 ± 1.55 ; joint pain (100%); crepitus when moving the joint (93.51%); joint stiffness (63.38%); limited knee joint movement (62.6%); patellar luxation (38.84%); wood chip sign (16.36%); localized inflammation (3.12%). **Paraclinical:** Classification of degenerative level on X-ray: grade 1: 8.57%; grade 2: 55.58%; grade 3: 33.51%; grade 4: 2.34%. Ultrasound showed 77.92% had joint effusion; 58.96% had bone spurs.

Conclusion: The disease is commonly found in individuals over 60 years of age, as well as in those who are overweight or obese, with a higher prevalence in females than in males. Joint pain and crepitus during movement are the two most frequently observed symptoms (over 90%). Patients typically seek medical evaluation when the pain becomes moderate to severe and when the disease has progressed to grade II-III on X-ray according to the Kellgren and Lawrence criteria.

Keywords: Knee osteoarthritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối là tình trạng thoái triển của khớp, đặc trưng bởi tình trạng loét ở sụn khớp, quá sản của tổ chức xương ở bờ khớp tạo thành các gai xương, tình trạng xơ xương dưới sụn và các biến đổi về hóa sinh và hình thái của màng hoạt dịch và bao khớp [1]. Hậu quả cuối cùng sẽ dẫn tới tàn tật nếu không được điều trị. Thoái hóa khớp (THK) nói chung và thoái hóa khớp gối nói riêng, là một bệnh thường gặp ở độ tuổi sau 40 ở cả hai giới. Theo một nghiên cứu trên quy mô toàn cầu vào năm 2020, thoái hóa khớp gặp ở 595 triệu người trên toàn thế giới (chiếm 7,6% dân số), trong số đó THK gối chiếm tới 54,9% và được ước tính sẽ tăng lên 89,9% trong số các ca mắc thoái hóa khớp vào năm 2050 [2]. Có thể lý giải nguyên nhân THK gối chiếm phần lớn trong các ca bệnh mắc thoái hóa là do khớp gối là khớp chịu tải trọng lớn nhất trong cơ thể, qua thời gian và quá trình lão hóa của cơ thể sẽ khiến khớp và các thành phần quanh khớp dần suy yếu và dễ bị tổn thương hơn so với các khớp khác trên cơ thể.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hiền

Email: dr.hienytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/4/2025

Ngày phản biện: 25/5/2025

Ngày duyệt bài: 8/6/2025

Tuy THK gối là một bệnh phổ biến nhưng người bệnh thường có thái độ thiếu quan tâm tới tình trạng bệnh, dẫn tới đa số bệnh nhân đến cơ sở y tế khám và điều trị khi đã ở giai đoạn nặng. Vì vậy, cần phải giúp người bệnh hiểu đúng và có thái độ điều trị sớm, tích cực nhằm giảm thiểu tối đa các ảnh hưởng xấu của bệnh tới chất lượng cuộc sống cũng như gánh nặng cho gia đình và xã hội. Do đó, nhóm nghiên cứu của chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

385 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát khám và điều trị ngoại trú tại khoa Nội bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 11/2023-05/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn ACR 1991[3]

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân chẩn đoán THK gối thứ phát do gút, viêm khớp dạng thấp, chấn thương khớp gối, sau can thiệp phẫu thuật khớp gối, dị dạng khớp bẩm sinh, mắc bệnh liên quan đến rối loạn phát triển.

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu

- Cơ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \alpha \times p(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu

α : mức ý nghĩa thống kê với $\alpha=0,05$

Z: trị số từ phân phối chuẩn ($Z=1.96$)

p: tỉ lệ ước tính thoái hóa khớp gối từ nghiên cứu trước ($p = 0,5$ - nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Ngọc

năm 1999 – 2000 tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai)

Δ : sai số mong đợi (chọn $\Delta=0,05$)

Từ đó tính được $n = 384,16$ làm tròn lên 385

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ số lượng.

- Nội dung, chỉ số nghiên cứu: Các đặc điểm chung (tuổi, giới, nghề nghiệp, BMI, điểm đau VAS), đặc điểm lâm sàng (đau khớp, cứng khớp buổi sáng, hạn chế vận động khớp, tiếng lạo xạo khi cử động khớp, dấu hiệu bào gổ, dấu hiệu bập bênh xương bánh chè, dấu hiệu viêm khu trú khớp gối) và cận lâm sàng (đặc điểm mức độ thoái hóa khớp gối trên X-quang và siêu âm) của người bệnh.

- Quy trình tiến hành nghiên cứu: Các đối tượng nghiên cứu được hỏi về tuổi, giới, nghề nghiệp, tính chất đau khớp gối; đo chiều cao, cân nặng; khám lâm sàng đánh giá mức độ đau khớp gối; làm dấu hiệu bào gổ, bập bênh xương bánh chè; đo tầm vận động khớp gối. Đối tượng nghiên cứu được chụp X-quang khớp gối để phân loại mức độ thoái hóa theo tiêu chuẩn của Kellgren và Lawrence [4]; siêu âm khớp gối đánh giá tình trạng hẹp khe khớp, gai xương, dịch trong khớp. Tất cả thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu có sẵn.

- Phương pháp xử lý số liệu: tất cả số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ, thể hiện qua dạng giá trị trung bình và tỉ lệ phần trăm (%). Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích, mục tiêu của nghiên cứu trước khi quyết định đồng ý hay từ chối tham gia nghiên cứu.

- Thông tin của người bệnh được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích khoa học.

- Quá trình phỏng vấn, thăm khám, thu thập số liệu không làm gia tăng chi phí hay ảnh hưởng tiêu cực tới quá trình điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm về tuổi.

Độ tuổi trung bình trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là $62,71 \pm 10,08$ tuổi. Trong đó tỉ lệ bệnh nhân trong độ tuổi từ 60 - 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 39,2%.

3.1.2. Đặc điểm về giới.

Trong số 385 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nữ giới chiếm tỉ lệ 71.2%, cao gấp gần 2.5 lần so với nam giới (28.8%)

3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp.**Bảng 1: Đặc điểm về nghề nghiệp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Nghề nghiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Công chức viên chức	36	9,35
Nhân viên văn phòng	12	3,12
Công nhân	34	8,83
Nông dân	89	20,78
Nội trợ	95	24,68
Hưu trí	128	33,25
Tổng	385	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị THK gối thuộc nhóm hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất là 33.25%, nhóm thấp nhất là nhân viên văn phòng với tỷ lệ 3.12%

3.1.4. Đặc điểm về BMI**Bảng 2. Đặc điểm BMI của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 385)**

Phân loại BMI (kg/m^2)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gầy	6	1,56
Bình thường	234	60,78
Thừa cân, béo phì	145	37,66

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có BMI trung bình là $22,55 \pm 2,42 \text{ kg/m}^2$; 37,6% bệnh nhân bị thừa cân, béo phì ($\text{BMI} > 23 \text{ kg/m}^2$), tỷ lệ bệnh nhân có cân nặng bình thường ($18,5 \leq \text{BMI} \leq 22,9 \text{ kg/m}^2$) chiếm phần lớn tới 60,78%, còn lại 1,56% bệnh nhân có thể trạng gầy ($\text{BMI} < 18,5 \text{ kg/m}^2$)

3.1.6. Mức độ đau theo thang điểm VAS**Bảng 3. Đặc điểm mức độ đau theo thang điểm VAS của bệnh nhân thoái hóa khớp gối**

Mức độ đau theo thang điểm VAS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau ít	44	11,43
Đau vừa	247	64,16
Đau nhiều	94	24,42
Min – Max (điểm)	1 – 10	
$\bar{X} \pm \text{SD}$ (điểm) Tổng	$5,41 \pm 1,55$	

Nhận xét: Trong 385 bệnh nhân THK gối chúng tôi nghiên cứu thì 100% bệnh nhân đều có tình trạng đau khớp với điểm đau trung bình theo thang điểm VAS là $5,41 \pm 1,55$. Trong số bệnh nhân đau mức độ vừa (4 - 6 điểm) chiếm tỷ lệ cao nhất 64,16%, bệnh nhân đau mức độ nặng (7 - 10 điểm) chiếm 24,42% và số bệnh nhân đau ít (1 - 3 điểm) chỉ chiếm 11,43%

3.1.7. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng tại khớp gối**Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=385)**

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau khớp	385	100
Cứng khớp	244	63,38
Hạn chế vận động khớp gối	241	62,60
Tiếng lạo xạo khi cử động khớp (+)	360	93,51
Dấu hiệu bào gổ (+)	63	16,36

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu bấp bênh xương bánh chè (+)	148	38,44
Dấu hiệu viêm khu trú khớp gối (+)	12	3,12

Nhận xét: Triệu chứng phổ biến nhất trên lâm sàng gặp ở bệnh nhân là đau khớp với 100% trong đó đau kiểu cơ học là chủ yếu chiếm 96,88% còn lại là đau kiểu viêm chiếm 3,12%. Các dấu hiệu khác có thể gặp là lạo xạo xương khi cử động chiếm 93,51%, cứng khớp chiếm 63,38% (trong đó 100% cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút), hạn chế vận động khớp gối 62,60%, bấp bênh xương 38,44%, bào gối 16,36%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm mức độ thoái hóa khớp gối trên phim Xquang

Bảng 5. Mức độ thoái hóa khớp gối theo phân loại Kellgren và Lawrence trên phim Xquang

Mức độ thoái hóa trên Xquang	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 1	33	8,57
Độ 2	214	55,58
Độ 3	129	33,51
Độ 4	9	2,34
Tổng	385	100,00

Nhận xét: Theo phân loại tổn thương Xquang của Kellgren và Lawrence, tổn thương chủ yếu ở mức độ 2 (55,58%) và mức độ 3 (33,51%), số khớp tổn thương nặng (độ 4) chiếm 2,34%.

3.2.2. Đặc điểm siêu âm khớp gối

Bảng 6. Đặc điểm siêu âm khớp gối của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 385)

Hình ảnh siêu âm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gai xương (+)	227	58,96
Tràn dịch (+)	300	77,92

Nhận xét: Trên siêu âm khớp gối, hình ảnh tràn dịch chiếm 77,92%, gai xương chiếm 58,96%.

IV. BÀN LUẬN

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là $62,71 \pm 10,08$ tuổi. Trong đó hầu hết bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát vẫn nằm trong độ tuổi 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ 39,2% và độ tuổi ≥ 70 chiếm 24,4%. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phượng và cộng sự [5], nhóm tuổi 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ 16,67% và độ tuổi ≥ 70 chiếm 73,33% cũng như nghiên cứu của Ngô Chí Hùng, Ngô Thị Hồng Vân [6] là nhóm trên 60 tuổi chiếm tới 71,8%. Qua đó cho thấy nhóm đối tượng cần ưu tiên quan tâm hướng đến điều trị vẫn nằm trong nhóm người cao tuổi (≥ 60 tuổi).

Trong số 385 bệnh nhân, nữ giới chiếm tỷ lệ 71,2%, cao gấp gần 2,5 lần so với nam giới (28,8%), tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Phượng

và cộng sự (nữ giới chiếm 93,33%, hay của Phạm Hoài Thu [7] với nữ giới chiếm 91,7% nhưng nhìn chung, số lượng bệnh nhân là nữ giới cao hơn nhiều so với nam giới. Sự chênh lệch này có thể được giải thích bởi vai trò của hormone Estrogen ở phụ nữ đối với các thành phần trong khớp gối. Nghiên cứu của X.Jin và cộng sự năm 2017 [8] cho rằng ở nữ giới có nồng độ Estradiol, Progesterol và Testosterol nội sinh trong huyết thanh thấp đặc biệt là ở phụ nữ thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh có liên quan đến việc tăng viêm màng hoạt dịch, tràn dịch khớp gối và có thể có những thay đổi cấu trúc khác liên quan đến viêm khớp gối. Một nghiên cứu cắt ngang trên quy mô toàn quốc được thực hiện tại Hàn Quốc [9] cho thấy tỉ lệ người dùng liệu pháp hormone thời kỳ mãn kinh mắc THK gối (menopausal hormone therapy) thấp hơn nhóm không dùng (OR=0.7).

Theo Huaqing Zheng [10] thì tỷ lệ một người mắc THK gối sẽ tăng lên 35% khi chỉ số BMI tăng 5kg/m², tức là BMI cao cũng là một yếu tố nguy cơ của THK gối. Khớp gối là một trong những khớp chịu lực của cơ thể, vì vậy những người thừa cân và béo phì sẽ làm tăng áp lực lên khớp khiến sụn ở đầu xương bị mòn và tổn thương. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thừa cân-béo phì (BMI>23kg/m²) chiếm 37,6%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phượng [5] (78,33%) hay Ngô Chí Hùng [6] (70,1%). Nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này là do những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần là những người dân ở các vùng nông thôn và thành phố nhỏ, nên tỷ lệ thừa cân, béo phì chưa cao như ở các thành phố lớn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% bệnh nhân có triệu chứng đau khớp gối với các mức độ khác nhau, với mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS là 5,41± 1,55, trong đó mức độ đau vừa và đau nhiều là chủ yếu (lần lượt là 64,16% và 24,42%). Điều này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phượng [5] (điểm VAS trung bình: 6,25±1,10, đau vừa: 53,33%, đau nhiều: 43,34%) cũng như nghiên cứu của Linda và cộng sự [13] OA has a great socio-economic impact in developed and developing countries. This study aims to examine the correlation between Body Mass Index (BMI (đau vừa: 38,3%, đau nhiều: 56,7%). Điều này cho thấy bệnh nhân thường thiếu quan tâm tình trạng bệnh khi còn đau ít và chỉ tìm tới các biện pháp y tế khi triệu chứng đau ở mức độ vừa và nặng.

- Mức độ đau và triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đau là triệu chứng xuất hiện đầu tiên và là nguyên nhân chính khiến người bệnh đi khám bệnh. Ở nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân có triệu chứng đau khớp gối trong đó đau kiểu cơ học chiếm 96,88%. Điều này cũng tương tự so với nghiên cứu của Đỗ Chí Hùng và Ngô Thị Hồng Vân [6], đau cơ học chiếm 96%. Bên cạnh đó, có tới 93,51% số bệnh nhân của chúng tôi có tiếng lạo xạo khi cử động khớp, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phượng [11] với lạo xạo xương khi cử động là 96%. Lý giải cho sự xuất hiện của triệu chứng này bao gồm sự tổn thương của các thành phần quanh khớp gối như sụn khớp, tủy xương và sự xuất hiện của kén kheo, gai xương. Khi bệnh nhân cử động, các thành phần này va chạm vào nhau gây nên tiếng lạo xạo mà chính

bệnh nhân cũng tự cảm nhận được. Ngoài ra, tỷ lệ gặp các triệu chứng khác cũng khá cao như cứng khớp (63,38%), hạn chế vận động khớp gối (62,60%). Ba triệu chứng có tỷ lệ thấp hơn là dấu hiệu bập bênh xương bánh chè (38,44%), dấu hiệu bào gỗ (16,36%) dấu hiệu viêm khu trú khớp gối (3,12%). Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có 3/6 triệu chứng lâm sàng gặp tỷ lệ cao (>60%) và đều nằm một phần trong khuyến nghị chẩn đoán thoái hóa khớp gối của EULAR 2010 [12].

- Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu và so sánh với các nghiên cứu trước

X-quang khớp gối vẫn là một tiêu chuẩn “vàng” để chẩn đoán và đánh giá mức độ thoái hóa khớp gối. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dựa theo phân loại tổn thương trên X-quang của Kellgren và Lawrence thì tổn thương chủ yếu ở mức độ 2 chiếm tỷ lệ 55,58%, mức độ 3 chiếm tỷ lệ 33,51%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phượng [10] cũng cho kết quả tương đồng với mức độ 2 chiếm 55,3% và mức độ 3 có tỷ lệ là 34,6%. Như vậy có thể thấy gần 90% các bệnh nhân đến bệnh viện khám khi đã có tổn thương rõ ràng và chắc chắn trên X-quang, khi bệnh đã tiến triển được một thời gian dài cùng với tình trạng đau kéo dài gây ảnh hưởng nhiều tới sinh hoạt hàng ngày và tinh thần của bệnh nhân.

Siêu âm là một thủ thuật không xâm lấn rất tiện lợi không chỉ có thể chẩn đoán mà còn có thể dự đoán được tiến triển của bệnh THK gối. Ở nghiên cứu của chúng tôi trên 385 bệnh nhân thì có 58,96% phát hiện gai xương trên siêu âm. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Viết Lực và cộng sự [13] (tỷ lệ gai xương trên siêu âm chiếm 87,4%) và của Phạm Hoài Thu [7] (gai xương chiếm 91,7%). Lý giải cho sự khác biệt này là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu. Ở nghiên cứu của Trần Viết Lực và cộng sự thì nghiên cứu ở những người trên 60 tuổi và có gai xương ở rìa khớp trên X-quang, còn của tác giả Phạm Hoài Thu thì cũng chọn đối tượng đã có hình ảnh gai xương rõ ràng trên X-quang (giai đoạn II và III theo Kellgren và Lawrence). Đối với triệu chứng tràn dịch khớp gối, ở nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng này chiếm tỷ lệ 77,92%, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Viết Lực và Phạm Hoài Thu [13], [7] (lần lượt là 38,1% và 57%). Điều này là do trong nghiên cứu của chúng tôi chọn cả bệnh nhân ở giai đoạn I trên X-quang. Một nghiên cứu của Atukorala [14] chỉ ra rằng viêm màng hoạt

dịch, bao gồm cả dày màng hoạt dịch và tràn dịch khớp gối có vai trò trong khởi phát và tốc độ tiến triển thoái hóa khớp gối.

V. KẾT LUẬN

- Đau khớp, tiếng lạo xạo khi cử động khớp, cứng khớp và hạn chế vận động khớp gối là các triệu chứng hay gặp nhất trong thoái hóa khớp gối.

- Tuổi >60, giới nữ và BMI ở mức thừa cân, béo phì là những yếu tố liên quan đến tình trạng thoái hóa khớp gối.

- Khoảng 90% bệnh nhân đến khám có tổn thương trên X-quang mức độ II-III theo Kellgren và Lawrence.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Vinh Ngọc, Nguyễn Văn Hùng, 2023, Bệnh học nội khoa, tập 2.
2. Jaimie D Steinmet, Garland T Culbreth, and Lydia M Haile, 2023, "Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 - The Lancet Rheumatology," vol. 5, no. 9, pp. 508–522.
3. R. Altman et al, 1991, "The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip," Arthritis & Rheumatism, vol. 34, no. 5, pp. 505–514, doi: 10.1002/art.1780340502.
4. Kohn MD, Sasso AA, Fernando ND, 2016, Classifications in Brief: Kellgren-Lawrence Classification of Osteoarthritis. Clin Orthop Relat Res;474(8):1886-93. doi: 10.1007/s11999-016-4732-4. Epub 2016 Feb 12. PMID: 26872913; PMCID: PMC4925407
5. Nguyễn Thị Phượng, Vũ Minh Hoàn, Ngô Quỳnh Hoa, 2023, "Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát tại bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội," Tạp chí Y học Việt Nam, tập 524, số 2, trang 326–329.
6. Hùng Đ. C, Vân N. T. H, 2024 "Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoái hóa khớp gối đến điều trị tại bệnh viện phục hồi chức năng bệnh viện E năm 2022 - 2023" VMJ, vol. 536, no. 1, Art. no. 1, doi: 10.51298/vmj.v536i1.8688.
7. Phạm Hoài Thu, 2017, Nghiên cứu kết quả điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp tế bào gốc mô mỡ tự thân. Luận án tiến sĩ. Đại học Y Hà Nội.
8. X. Jin et al, 2017, "Associations between endogenous sex hormones and MRI structural changes in patients with symptomatic knee osteoarthritis," Osteoarthritis Cartilage, vol. 25, no. 7, pp. 1100–1106, doi: 10.1016/j.joca.2017.01.015.
9. J. H. Jung, C. H. Bang, G. G. Song, C et al, 2019, "Knee osteoarthritis and menopausal hormone therapy in postmenopausal women: a nationwide cross-sectional study," Menopause, vol. 26, no. 6, pp. 598–602, Jun, doi: 10.1097/GME.0000000000001280.
10. H. Zheng and C. Chen, 2015, "Body mass index and risk of knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of prospective studies," BMJ Open, vol. 5, no. 12, p. e007568, doi: 10.1136/bmjopen-2014-007568.
11. Nguyễn Thị Thanh Phượng, 2016, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm và cộng hưởng từ khớp gối ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Luận án tiến sĩ. Đại học Y Hà Nội.
12. W. Zhang et al., 2010, "EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis," Annals of the Rheumatic Diseases, vol. 69, no. 3, pp. 483–489, doi: 10.1136/ard.2009.113100.
13. Trần Viết Lực, Nguyễn Thị Thu Hương, Nguyễn Trung Anh và cs, 2023, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đau mạn tính ở bệnh nhân cao tuổi có thoái hóa khớp gối nguyên phát" Tạp chí Y học Việt Nam, tập 531, trang 49–54.
14. I. Atukorala et al., 2016, "Synovitis in knee osteoarthritis: a precursor of disease?," Annals of the Rheumatic Diseases, vol. 75, no. 2, pp. 390–395, doi: 10.1136/annrheumdis-205894.