

để phẫu tích và bóc tách hạch khỏi TKTQQN. Thêm vào đó, kỹ thuật bảo tồn mô tự nhiên của Otsuka với tỷ lệ tổn thương từ độ II trở lên là 0%⁸, cũng là một kỹ thuật được chúng tôi thực hiện giúp làm giảm tỷ lệ TTTKTQQN.

V. KẾT LUẬN

Ghi nhận tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược độ II trong quá trình nạo vét hạch điều trị ung thư thực quản là 8.3%. TTTKTQQN liên quan với tình trạng hóa xạ trị tiền phẫu trước mổ. Cần áp dụng biện pháp kỹ thuật với một quy trình thống nhất trong nạo vét hạch quanh TKTQQN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **Sheikh M, Roshandel G, McCormack V, Malekzadeh R.** Current Status and Future Prospects for Esophageal Cancer. *Cancers.* 2023;15(3):765. doi:10.3390/cancers15030765
3. **Chiu CH, Wen YW, Chao YK.** Lymph node dissection along the recurrent laryngeal nerves in patients with oesophageal cancer who had undergone chemoradiotherapy: is it safe? *Eur J Cardiothorac Surg.* 2018;54(4):657-663. doi:10.1093/ejcts/ezy127

4. **Guo Q, Li H, Wang H, Zhang D, Li Y.** Effects of standard and total two-field lymph node dissection on prognosis of patients undergoing Esophagectomy. *Pak J Med Sci.* 2022;38(4Part-II):950-954. doi:10.12669/pjms.38.4.4031
5. **Matsuda S, Takeuchi H, Kawakubo H, Kitagawa Y.** Three-field lymph node dissection in esophageal cancer surgery. *J Thorac Dis.* 2017;9(Suppl 8):S731.
6. **Katayama H, Kurokawa Y, Nakamura K, et al.** Extended Clavien-Dindo classification of surgical complications: Japan Clinical Oncology Group postoperative complications criteria. *Surg Today.* 2016;46:668-685. doi:10.1007/s00595-015-1236-x
7. **Scholtemeijer MG, Seesing MFJ, Brenkman HJF, Janssen LM, Hillegersberg R van, Ruurda JP.** Recurrent laryngeal nerve injury after esophagectomy for esophageal cancer: incidence, management, and impact on short and long-term outcomes. *J Thorac Dis.* 2017;9(Suppl 8). doi:10.21037/jtd.2017.06.92
8. **Otsuka K, Murakami M, Goto S, et al.** Minimally invasive esophagectomy and radical lymph node dissection without recurrent laryngeal nerve paralysis. *Surg Endosc.* 2020;34:2749-2757.
9. **Jeon YJ, Cho JH, Lee HK, et al.** Management of patients with bilateral recurrent laryngeal nerve paralysis following esophagectomy. *Thorac Cancer.* 2021;12(12):1851-1856. doi:10.1111/1759-7714.13940
10. **Wang K, Tepper JE.** Radiation therapy-associated toxicity: Etiology, management, and prevention. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(5):437-454. doi:10.3322/caac.21689

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT GIAI ĐOẠN II, III TẠI THÁI BÌNH NĂM 2023-2024

Nguyễn Thế Điệp¹, Bùi Thị Minh Phượng¹, Nguyễn Minh Châu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hoá khớp gối (THKG) là bệnh thường gặp ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Do đó, nghiên cứu này thực hiện nhằm đánh giá CLCS của bệnh nhân THKG nguyên phát giai đoạn II, III điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán THKG nguyên phát giai đoạn II, III đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024. Đánh giá CLCS bằng thang đo SF-36. **Kết quả:** Điểm CLCS trung bình là 49,0±16,5. Điểm chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân nam cao hơn nhóm bệnh nhân nữ, ở nhóm dưới 60 tuổi cao hơn nhóm từ 60

tuổi trở lên và ở nhóm THKG giai đoạn II cao hơn giai đoạn III. **Kết luận:** Điểm CLCS của người bệnh THKG ở mức thấp, phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và một số yếu tố về giới tính, tuổi, bệnh kèm theo.

Từ khóa: Thoái hoá khớp gối, chất lượng cuộc sống, SF-36, Thái Bình.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS STAGES II AND III IN THAI BINH IN 2023-2024

Background: Knee osteoarthritis is a common joint disease that greatly affects the patient's quality of life (QoL). Therefore, this study was conducted to evaluate the quality of life of patients with stage II and III primary knee osteoarthritis treated at Thai Binh Medical University Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 34 patients diagnosed with primary knee osteoarthritis stages II and III who visited and were treated at Thai Binh Medical University Hospital from January 2023 to December /2024. The objective of the study was to assess the QoL by SF36 score. **Results:** The average quality of

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024

life score was 49.0±16.5. QoL score in the patient group was higher than the female patient group, in the group under 60 years old was higher than in the group aged 60 years or older, and in the stage II osteoarthritis group was higher than in stage III. **Conclusion:** QoL scores of patients with knee osteoarthritis are low, depending on the stage of the disease and a number of factors such as gender, age, and comorbidities. **Keywords:** Knee osteoarthritis, quality of life, SF-36, Thai Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp (THK) là một bệnh khớp rất thường gặp ở mọi quốc gia trên thế giới. Theo thống kê năm 2019, có khoảng 528 triệu người trên toàn thế giới mắc các bệnh lý liên quan đến xương khớp, trong đó thoái hoá khớp gối (THKG) là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao hơn cả với 365 triệu người mắc [1]. THKG là nguyên nhân gây tàn tật cho người có tuổi đứng thứ hai sau bệnh tim mạch [2]. Ở Việt Nam, THK đứng hàng thứ ba (4,66%) trong các bệnh có tổn thương khớp, trong đó THK gối chiếm 56,5% tổng số các bệnh khớp do thoái hóa cần điều trị nội trú [3] và mỗi đợt điều trị nội khoa THK khoảng 2 - 4 triệu VNĐ liên quan đến điều trị [4]. Điều trị THKG bao gồm nhiều phương pháp: không dùng thuốc, dùng thuốc giảm đau, chống viêm hoặc tiêm thuốc giảm đau chống viêm vào khớp gối, ngoại khoa... Các nhóm thuốc này có tác dụng làm giảm đau, làm chậm quá trình THK, nhưng cũng có nhiều tác dụng phụ như gây xuất huyết tiêu hóa, suy thận, suy gan... Hậu quả của THKG dẫn đến trạng đau và hạn chế vận động làm giảm khả năng lao động của người bệnh, tăng nguy cơ mắc rối loạn lo âu và trầm cảm, làm giảm CLCS của người bệnh [5]. Mục tiêu điều trị THK gối hiện nay tập trung vào việc giảm đau, tái tạo mô tổn thương, cải thiện chức năng vận động của khớp và nâng cao CLCS của người bệnh đang ngày càng được quan tâm. Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát giai đoạn II, III tại Thái Bình năm 2023-2024*" với mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát giai đoạn II, III trước khi điều trị tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân tại Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán THKG nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán THKG theo

tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ (1991).

- Không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp.
- Giai đoạn bệnh: BN có Xquang thoái hóa khớp gối ở giai đoạn 2, 3 theo phân loại của Kellgren và Lawrence.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tự dùng thuốc chống viêm, giảm đau khác trong thời gian nghiên cứu hoặc đã điều trị thuốc chống viêm không steroid trong vòng 10 ngày hoặc đã tiêm corticoid, Acid hyaluronic tại chỗ trong vòng 6 tuần trước khi tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân đang bị xuất huyết tiêu hóa.
- Nhiễm khuẩn tại khớp và/hoặc nhiễm khuẩn toàn thân.

- Có kèm theo tổn thương nội tạng hoặc các bệnh mạn tính khác

- Nồng độ Hemoglobin máu dưới 110 g/l hoặc mắc các bệnh lý rối loạn chức năng tiểu cầu.

- Tiểu cầu máu dưới 150.000.mm³

- Phụ nữ có thai.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức ước tính giá trị trung bình:

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\delta^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu cần thiết/nhóm can thiệp.

α : Sai lầm loại 1, xác định là 5% ($Z_{\alpha} = 1,96$)

β : Sai lầm loại 2, xác định là 20%, lực kiểm định là 80% ($Z_{\beta} = 1,04$)

σ : Độ lệch chuẩn của giá trị trung bình, $\sigma = 0,89$ điểm (Theo kết quả nghiên cứu của Phạm Hoài Thu và cộng sự) [6].

δ : Sai số mong muốn, chọn $\delta = 0,5$ điểm

Theo công thức trên tính được cỡ mẫu $n = 29$ bệnh nhân

Dự phòng tỷ lệ bỏ can thiệp 15%, trong nghiên cứu chọn $n = 34$ bệnh nhân

2.3.3. Phương tiện nghiên cứu

- Thước đo tầm vận động khớp gối

- Thước đo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale)

- Bảng câu hỏi WOMAC, LEQUESNE

- Bộ câu hỏi đánh giá CLCS SF-36

- Bệnh án nghiên cứu

2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu. Nhóm

biến số liên quan đến thông tin chung của bệnh nhân: Tuổi, giới, nghề nghiệp, chiều cao, cân nặng, huyết áp, thời gian mắc bệnh,

Nhóm biến số về triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân: Triệu chứng đau khớp gối, mức độ đau theo thang điểm VAS, thời gian phá vỡ khớp, chức năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC, X-quang khớp gối, siêu âm khớp gối....

Tiêu chuẩn đánh giá tầm vận động khớp gối:

Đánh giá	Độ gấp gối
Hạn chế nặng	< 90 ⁰
Hạn chế trung bình	90 ⁰ – 120 ⁰
Hạn chế nhẹ	120 ⁰ – 135 ⁰
Không hạn chế	≥ 135 ⁰

Nhóm biến số đánh giá CLCS được phân loại thành 3 mức như sau: Từ 0 đến ≤ 25 điểm: Thấp; Từ 25 đến 75 điểm: Trung bình; Từ > 75 điểm: Cao.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập, làm sạch và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

Thống kê mô tả cho biến định tính: Tính tần suất và tỷ lệ % đối với các biến; Đối với biến định lượng: Giá trị trung bình và trung vị, số tối đa, tối thiểu, độ lệch chuẩn.

Thống kê suy luận cho biến định tính: Sử dụng test X² để so sánh sự khác nhau giữa hai tỷ lệ phần trăm; Đối với biến định lượng: Nếu số liệu có tuân theo quy luật phân bố chuẩn sẽ sử dụng các test thống kê tham số: test t cho 2 nhóm độc lập, test t ghép cặp cho so sánh trước sau, test Anova cho so sánh trên 2 nhóm. Nếu số liệu có tuân theo quy luật không phân bố chuẩn sẽ sử dụng test thống kê phi tham số (Spearman, Wilcoxon, Mann Whitney U test). Sử dụng test T – Student để so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

- Được sự tự nguyện hợp tác của đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có

quyền từ chối tham gia chương trình nghiên cứu.

- Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng mà không nhằm mục đích nào khác. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

- Khách quan trong đánh giá và phân loại, trung thực trong xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n=34)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	11	32,4
	Nữ	23	67,6
Nhóm tuổi	< 60	12	35,3
	≥ 60	22	64,7
Trình độ học vấn	Từ tiểu học trở xuống	0	0,0
	Từ THCS trở lên	34	100
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn II	19	55,9
	Giai đoạn III	15	44,1
Chỉ số BMI	Bình thường	28	82,4
	Thừa cân, béo phì	6	17,6

Theo bảng 3.1, đa số bệnh nhân là nữ giới (67,6) thuộc nhóm tuổi từ 60 trở lên (64,7%). Tất cả 34/34 bệnh nhân đều có trình độ học vấn từ Trung học cơ sở trở lên. Đánh giá tình trạng thừa cân béo phì qua chỉ số BMI có 17,6% bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân béo phì.

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh phối hợp của bệnh nhân (n=34)

Đặc điểm bệnh phối hợp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mắc bệnh phối hợp		
Có	16	47,1
Không	18	52,9
Bệnh phối hợp thường gặp		
Đái tháo đường	9	26,5
Tăng huyết áp	7	20,6
Rối loạn mỡ máu	7	20,6

Từ bảng 3.2 ta thấy: Tỷ lệ bệnh nhân THKG có mắc các bệnh khác kèm theo là 47,1%. Trong đó; 26,5% bệnh nhân mắc đái tháo đường (ĐTĐ); tỷ lệ mắc tăng huyết áp (THA) và rối loạn mỡ máu (RLMM) đều ở mức 20,6%.

Bảng 3.3. Điểm trung bình các khía cạnh chất lượng cuộc sống theo đặc điểm chung của bệnh nhân trước điều trị

Đặc điểm	n	Sức khỏe thể chất	Sức khỏe tinh thần	Quan hệ xã hội	Sức khỏe chung	Chất lượng cuộc sống
		X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Giới tính						
Nam	11	61,8±14,7	70,2±12,6	53,4±5,8	45,9±10,2	56,0±11,4
Nữ	23	49,6±18,5	61,2±22,7	48,4±18,2	41,5±14,8	45,7±17,7
Nhóm tuổi						

< 60	12	61,7±17,2	70,7±9,8	56,2±9,9	48,3±9,4	57,4±11,4
≥ 60	22	49,1±17,4	60,5±23,6	46,6±16,9	40,0±14,6	44,5±17,2
Trình độ học vấn						
Từ tiểu học trở xuống	-	-	-	-	-	-
Từ THCS trở lên	34	53,5±18,1	64,1±20,3	50,0±15,4	42,9±13,5	49,0±16,5
Chỉ số BMI						
Bình thường	28	58,0±15,8	69,1±17,3	53,1±14,3	45,4±13,3	52,8±14,3
Thừa cân, béo phì	6	32,5±12,9	40,7±17,1	35,4±12,3	31,7±8,2	31,4±15,3

Ở bảng 3.3, điểm trung bình 4 khía cạnh sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, quan hệ xã hội, sức khỏe chung và điểm CLCS ở nam giới đều cao hơn nữ giới, ở nhóm dưới 60 tuổi cao hơn so với nhóm từ 60 tuổi trở lên.

Bảng 3.4. Điểm trung bình các lĩnh vực chất lượng cuộc sống theo bệnh lý phổi hợp của bệnh nhân trước điều trị

Bệnh phổi hợp	n	Sức khoẻ thể chất	Sức khoẻ tinh thần	Quan hệ xã hội	Sức khoẻ chung	Chất lượng cuộc sống
		X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Đái tháo đường						
Có	9	48,3±20,3	55,1±26,1	41,7±16,5	34,4±12,9	41,4±18,9
Không	25	55,4±17,3	67,4±17,2	53,0±14,1	46,0±12,6	51,8±15,0
Tăng huyết áp						
Có	7	41,4±21,2	49,7±19,4	37,5±14,4	34,3±11,3	36,5±17,2
Không	27	56,7±16,2	67,8±19,1	53,2±14,1	45,2±13,3	52,3±14,9
Rối loạn mỡ máu						
Có	7	44,3±14,6	54,3±32,0	39,3±25,4	36,4±19,3	39,5±21,0
Không	27	55,9±18,4	66,7±15,9	52,8±10,6	44,6±11,4	51,5±14,6

Bảng 3.4 cho thấy: Nhóm bệnh nhân không mắc ĐTĐ, THA và RLMM có điểm trung bình các lĩnh vực CLCS và điểm trung bình CLCS chung cao hơn so với các nhóm bệnh nhân mắc những bệnh này.

Bảng 3.5. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thoái hoá khớp gối giai đoạn II, III trước điều trị (n=34)

Chất lượng cuộc sống	Giai đoạn II		Giai đoạn III	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thấp	0	0,0	5	33,3
Trung bình	19	100	10	66,7
Điểm CLCS (X±SD)	50,5 ± 13,0		47,2 ± 20,4	

Qua bảng 3.5 ta thấy: Điểm CLCS của nhóm bệnh nhân ở giai đoạn II THKG (50,5 ± 13,0) cao hơn nhóm bệnh nhân ở giai đoạn III (47,2 ± 20,4).

Bảng 3.6. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS của bệnh nhân thoái hoá khớp gối trước điều trị

Đặc điểm	n	Giai đoạn II			Giai đoạn III		
		Đau ít n (%)	Đau vừa n (%)	Đau nhiều n (%)	Đau ít n (%)	Đau vừa n (%)	Đau nhiều n (%)
Giới tính							
Nam	11	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	1 (20,0)	4 (80,0)	0 (0,0)
Nữ	23	1 (7,7)	5 (38,5)	7 (53,8)	1 (10,0)	8 (80,0)	1 (10,0)
Tuổi							
< 60	12	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	8 (80,0)	1 (10,0)
≥ 60	22	0 (0,0)	8 (47,1)	9 (52,9)	1 (20,0)	4 (80,0)	0 (0,0)
Chỉ số BMI							
Bình thường	28	1 (7,1)	9 (64,3)	4 (28,6)	2 (14,3)	11 (78,6)	1 (7,1)
Thừa cân	6	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (100)	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)

Tỷ lệ bệnh nhân nữ giới giai đoạn II đau nhiều cao hơn nam giới (53,8% so với 33,3%). Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn III đau nhiều thấp hơn giai đoạn II. Chiếm 52,9% bệnh nhân đau nhiều ở giai đoạn II nằm ở nhóm tuổi từ 60 trở

lên. Trong khi ở nhóm dưới 60 tuổi, không có bệnh nhân nào xuất hiện tình trạng đau nhiều. 100% bệnh nhân thừa cân ở giai đoạn II cảm thấy đau nhiều, cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân bình thường (28,6%).

Bảng 3.7. Đánh giá mức độ hạn chế vận động khớp gối của bệnh nhân thoái hoá khớp gối giai đoạn II và III trước điều trị

Đặc điểm	n	Giai đoạn II		Giai đoạn III	
		Trung bình (90 ^o -120 ^o) n (%)	Nặng (120 ^o -135 ^o) n (%)	Trung bình (90 ^o -120 ^o) n (%)	Nặng (120 ^o -135 ^o) n (%)
Giới tính					
Nam	11	1 (16,7)	5 (83,3)	0 (0,0)	5 (100)
Nữ	23	9 (69,2)	4 (30,8)	1 (10,0)	9 (90,0)
Tuổi					
< 60	12	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	10 (100)
≥ 60	22	9 (52,9)	8 (47,1)	1 (20,0)	4 (80,0)
Chỉ số BMI					
Bình thường	28	5 (35,7)	9 (64,3)	1 (7,1)	13 (92,9)
Thừa cân, béo phì	6	5 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)

Ở cả 2 giai đoạn II và III, tỷ lệ nữ giới bị hạn chế vận động khớp gối trung bình đều cao hơn nam giới. Sự hạn chế khớp gối ở mức độ trung bình giữa 2 nhóm tuổi không quá chênh lệch đối với những bệnh nhân giai đoạn II (50,0% so với 52,9%). Tỷ lệ hạn chế khớp gối mức độ trung bình của nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì thuộc giai đoạn II của bệnh là 100%; cao hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân bình thường (35,7%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 34 bệnh nhân THKG nguyên phát giai đoạn II và III điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân là nữ giới (67,6%), thuộc nhóm tuổi từ 60 trở lên (64,7%). Đặc điểm về tuổi và giới có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Dược và cộng sự (2023) [7] cũng như Trần Thái Hà (2021) [8]. Lý giải cho vấn đề này cần dựa vào cơ chế bệnh sinh của thoái hoá khớp gối khi tuổi cao, các sụn khớp bị bào mòn khiến cho khả năng chịu đàn hồi và chịu lực của khớp gối ngày càng kém đi. Đối với nữ giới, việc trải qua giai đoạn mãn kinh khiến nội tiết tố trong cơ thể thay đổi, đây cũng là nguyên nhân chủ yếu gây ra THKG.

Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Mingyue Wu [9] và cộng sự với tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt là 75% và 30% khi sử dụng dữ liệu của cuộc điều tra NHANES trong chương trình nghiên cứu sức khỏe và dinh dưỡng quốc gia Hoa Kỳ. Tỷ lệ bệnh nhân đau khớp gối nặng và trung bình lần lượt là 29,4% và 61,8%. Kết quả này thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Phạm Hoài Thu [10] với tỷ lệ đau khớp gối nặng lên đến 56,9%. Điểm đặc biệt trong nghiên cứu của Phạm Hoài Thu khiến cho tỷ lệ

đau khớp gối nặng cao bất thường là bởi trong tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh, tác giả chỉ lấy những bệnh nhân có điểm VAS >5/10 khiến phần lớn trong số 36 bệnh nhân nghiên cứu đều đang ở mức độ tổn thương khớp gối từ trung bình đến nặng.

Trong số 34 bệnh nhân tham gia khảo sát, có 94,1% bệnh nhân có hạn chế vận động khớp gối với tỷ lệ hạn chế trung bình là 14,7% và nhẹ là 79,4%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hoài Thu [10]. Điều này cho thấy thoái hoá khớp gối dù nặng hay nhẹ đều có ảnh hưởng nhất định đến tầm vận động khớp và xa hơn là chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm SF-36 để đánh giá CLCS của người bệnh THKG, kết quả cho thấy: Điểm trung bình CLCS của 34 bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 49,0±16,5. Điểm CLCS của nhóm bệnh nhân nam (56,0±11,4) cao hơn nữ (45,7±17,7); nhóm dưới 60 tuổi (57,4±11,4) cao hơn nhóm từ 60 tuổi trở lên (44,5±17,2) và nhóm bệnh nhân thoái hoá khớp gối giai đoạn II (50,5 ± 13,0) cao hơn giai đoạn III (47,2 ± 20,4). Những số liệu này cao hơn so với nghiên cứu của Abhishek Jaiswal [5]. Sự khác biệt này đến từ địa bàn nghiên cứu khi tác giả Jaiswal lựa chọn cỡ mẫu bao gồm 500 người cao tuổi sống tại vùng nông thôn Ballabgarh, Haryana – một trong những khu vực nghèo nhất của Ấn Độ. Tác động của THKG, bệnh lý đứng thứ 11 trong số các nguyên nhân hàng đầu gây ra tình trạng khuyết tật trên toàn cầu lên những bệnh nhân thuộc các vùng có thu nhập thấp như Ballabgarh lại càng khiến CLCS của người bệnh giảm sút nghiêm trọng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 34 bệnh nhân THKG cho thấy điểm CLCS trung bình là 49,0±16,5.

Điểm CLCS ở nhóm bệnh nhân nam cao hơn nhóm bệnh nhân nữ, ở nhóm dưới 60 tuổi cao hơn nhóm từ 60 tuổi trở lên và ở nhóm THKG giai đoạn II cao hơn giai đoạn III.

Nhóm bệnh nhân không mắc các bệnh lý kèm theo (như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu) có điểm trung bình CLCS cao hơn nhóm mắc các bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GBD** (2019), "Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
2. **Deshpande B. R., J. N. Katz, D. H. Solomon, et al.** (2016), "Number of Persons With Symptomatic Knee Osteoarthritis in the US: Impact of Race and Ethnicity, Age, Sex, and Obesity", *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 68(12), pp. 1743-1750.
3. **Dhillon M. S., S. Patel and T. Bansal** (2019), "Improving PRP for use in osteoarthritis knee-upcoming trends and futuristic view", *J Clin Orthop Trauma*, 10(1), pp. 32-35.
4. **Bùi Hải Bình** (2016), Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Jaiswal A., K. Goswami, P. Haldar, et al.** (2021), "Prevalence of knee osteoarthritis, its determinants, and impact on the quality of life in elderly persons in rural Ballabgarh, Haryana", *J Family Med Prim Care*, 10(1), pp. 354-360.
6. **Phạm Hoài Thu, Nguyễn Thị Thoa và Trần Thu Giang** (2020), "Kết quả điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu sau 6 tháng", *Tạp chí nghiên cứu y học*, 134(10), tr. 65-72.
7. **Nguyễn Văn Dược, Nguyễn Thị Ngọc Yến và cộng sự** (2023), "Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát sử dụng bộ câu hỏi WHOQOL-BREF", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 526(5), tr. 122-128.
8. **Trần Thái Hà và Bùi Trí Thuật** (2021), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện đa khoa Mê Linh", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 514(2), tr. 280-284.
9. **Wu M., J. Si, Y. Liu, et al.** (2023), "Association between composite dietary antioxidant index and hypertension: insights from NHANES", *Clin Exp Hypertens*, 45(1), pp. 2233712.
10. **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 Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ PHÁT HIỆN MYCOBACTERIA TUBERCULOSIS BẰNG XÉT NGHIỆM 16S rRNA-REAL-TIME EXBP-RT-PCR Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI MỚI AFB ÂM TÍNH

Đào Ngọc Bằng¹, Tạ Bá Thắng¹,
Nguyễn Chí Tuấn¹, Võ Thị Bích Thủy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phát hiện Mycobacteria tuberculosis trong dịch rửa phế quản bằng xét nghiệm 16S rRNA-real-time ExBP-RT-PCR ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang trên 30 bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính và 30 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng, điều trị nội trú tại Trung tâm hô hấp, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 09 năm 2021 đến tháng 01 năm 2024. Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của xét nghiệm 16S rRNA-real-time ExBP-RT-PCR trong phát hiện Mycobacteria tuberculosis, so sánh với kết quả xét nghiệm GeneXpert/Mtb-Rif. **Kết quả:** Kết quả xét nghiệm 16S rRNA-real-time ExBP-RT-PCR dương tính

ở 25 bệnh nhân (83,3%). Độ nhạy, độ đặc hiệu của xét nghiệm lần lượt là 83,3% và 100%. Tỷ lệ dương tính của xét nghiệm 16S rRNA-real-time ExBP-RT-PCR cao hơn GeneXpert/Mtb-Rif chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Kết quả bước đầu của xét nghiệm 16S rRNA real-time ExBP-RT-PCR có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong phát hiện Mycobacteria tuberculosis ở bệnh nhân lao phổi mới AFB âm tính.

Từ khóa: Lao phổi mới AFB âm tính; 16S rRNA; PCR.

SUMMARY

RESULTS OF OF DETECTION OF MYCOBACTERIA TUBERCULOSIS BY 16S rRNA-REAL-TIME EXBP-RT-PCR TEST IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS AFB SMEAR-NEGATIVE

Objective: To evaluate the results of the the results of detection of Mycobacteria tuberculosis in bronchial lavage fluid by 16S rRNA-real-time ExBP-RT-PCR test in patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis AFB smear-negative. **Subjects and methods:** A prospective, descriptive, cross-sectional study was conducted on 30 patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis AFB smear-negative

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Viện Nghiên cứu hệ gen - Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Bằng

Email: bsdaongocbang@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024