

tham gia câu lạc bộ là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê lên kỹ thuật sử dụng các MDI. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của AndreS và Piyush Aora [[1][3].

Với mỗi loại MDI và DPI lại có những hướng dẫn sử dụng riêng với các kỹ thuật hít khác nhau. Nếu bệnh nhân không được tư vấn về cách sử dụng dụng cụ hít hoặc chỉ tư vấn được 1- 2 lần thì những rào cản về tuổi tác hay nhận thức sẽ hạn chế khả năng thao tác đúng kỹ thuật của bệnh nhân. Đối tượng bệnh nhân nghiên cứu mặc dù là cán bộ trung cao cấp, nhưng đa phần đều có tuổi cao (trên 80 tuổi chiếm 60%), do vậy cần tư vấn thường xuyên, hướng dẫn kỹ thuật sử dụng cho bệnh nhân qua nhiều kênh như hình minh họa, tờ rơi, tăng cường sinh hoạt câu lạc bộ cho bệnh nhân, cũng như lựa chọn được dụng cụ hít phù hợp góp phần nâng cao hiệu quả điều trị[4].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân mắc ít nhất một lỗi trong kỹ thuật sử dụng MDI và DPI lần lượt là 85,83% và 78,125%. Các bước bệnh nhân thường mắc lỗi khi sử dụng MDI là: Lắc thuốc, thở ra hết sức,

phối hợp động tác tay ăn- miệng hít và động tác nín thở. Với cả MDI và DPI, tỷ lệ bệnh nhân mắc sai sót ở bước "thở ra hết sức" là cao nhất 62,5% và 65,6%.

Yếu tố tuổi, tư vấn của nhân viên y tế và tham gia câu lạc bộ là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê lên kỹ thuật sử dụng các MDI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrea S. Melani, Marco Bonavia, Vincenzo Cilenti, Cristina Cinti, Marco Lodi, Paola Martucci, Maria Serra, Nicola Scichilone, Piersante Sestini, Maria Aliani, Margherita Neri (2011)**, "Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control" respiratory Medicine, 105(6), pp.930-938.
2. **Chai Charn Pouthirat et al. (2015)**, "Evaluating inhaler use technique in COPD patients" International Journal of COPD, 10, pp.1291-1298.
3. **Piyush Arora (2014)**, "Evaluating the technique of using inhalation device in COPD an bronchial Asthma patients", Respiratory Medicine 108, pp, 992-998.
4. **A. Kaplan, D.Price (2018)**. Matching Inhaler Devices with Patients: The role of the Primary care Physician. Can Respir J, 2018,9473051.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THOÁI HOÁ KHỚP GỐI CÓ TRÀN DỊCH TẠI BỆNH VIỆN TUỆ TỈNH

Nguyễn Tiến Chung¹, Nguyễn Thùy Linh¹

hóa khớp gối là nữ giới, đa số có tràn dịch hai khớp, mức độ thoái hóa thường gặp là giai đoạn II.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, tràn dịch khớp gối, Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF KNEE OSTEOARTHRITIS EFFUSION AT TUE TINH HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with knee osteoarthritis effusion. **Method:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** Through characterization of 80 patients. General characteristics: the average age of the study subjects is 67.33±9.06 with 82.5% being female; The average duration of illness is 30.45±7.53 months; 65% of patients are overweight. Clinical: 63.8% of patients had effusion on both sides of the joint; Joint pain is the most common functional sign; The average VAS score at admission was 5.18±0.99; The average Lequesne score is 10.13±3.44; The average joint range of motion is 114.59±14.36 degrees. Paraclinical: 57.25% of joints have grade II osteoarthritis on X-ray and the most common lesion is bone spurs 82.44%; 67.9% of joints have moderate effusion and the average amount of knee joint fluid is 6.32±2.25mm.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh thoái hóa khớp gối có tràn dịch khớp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: Qua mô tả đặc điểm của 80 bệnh nhân. Đặc điểm chung: tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 67,33±9,06 với 82,5% là nữ giới; thời gian mắc bệnh trung bình là 30,45±7,53 tháng; 65% bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân. Lâm sàng: 63,8% bệnh nhân có tràn dịch cả 2 bên khớp; đau khớp là dấu hiệu cơ năng hay gặp nhất; điểm VAS trung bình lúc vào viện là 5,18±0,99; trung bình điểm Lequesne là 10,13±3,44; trung bình tầm vận động khớp là 114,59±14,36 độ. Cận lâm sàng: 57,25% khớp thoái hóa độ II trên Xquang và tổn thương hay gặp nhất là gai xương 82,44%; 67,9% khớp tràn dịch ở mức độ vừa và lượng dịch khớp gối trung bình là 6,32±2,25mm. **Kết luận:** Hơn 80% người bệnh thoái

¹Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Chung

Email: nguyentienchung89@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

Conclusion: More than 80% of patients with knee osteoarthritis are women, the majority have effusion in both joints, and the common level of degeneration is stage II. **Keywords:** knee osteoarthritis, knee effusion, Tuetinh hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn. Bệnh bao gồm tổn thương sụn là chủ yếu kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch. Tràn dịch khớp gối (TDKG) do thoái hoá là tình trạng viêm xảy ra do hậu quả của quá trình thoái hoá. Tuổi tác, cân nặng, chấn thương khớp là yếu tố nguy cơ phổ biến của THKG[1]. THKG là bệnh hay gặp, chiếm tỷ lệ 18,2% trong dân cư [2].

TDKG do thoái hoá làm cho khớp gối đau, hạn chế vận động, lâu dần dẫn đến giảm chức năng vận động khớp, có thể dẫn đến phá huỷ khớp gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khoẻ người bệnh [1]. Với mục đích tìm hiểu rõ đặc điểm bệnh tật, để đưa ra phương án điều trị hiệu quả và thích hợp nhất, chúng tôi tiến hành tìm hiểu về đặc điểm của bệnh nhân THKG có tràn dịch tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hoá khớp gối tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh."*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 80 bệnh nhân nhân, chẩn đoán THKG theo tiêu chuẩn ACR 1991 của Hội thấp khớp học Mỹ (American Collegue of Rheumatology): 1. Đau khớp gối, 2. Có gai xương ở rìa khớp (Xquang), 3. Dịch khớp là dịch thoái hoá, 4. Tuổi ≥ 40, 5. Cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút, 6. Lạo xạo khi cử động. Sử dụng phức bộ 1,3,5,6 chẩn đoán THKG có bao gồm yếu tố về dịch khớp kết hợp siêu âm khớp gối có dịch [3].

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ tháng 4 đến tháng 11 năm 2024 tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Chỉ tiêu theo dõi

- Tuổi: nhóm tuổi < 50, 50-59, 60-69, ≥ 70 tuổi.
- Giới tính: nam, nữ.
- Nghề nghiệp: lao động trí óc, lao động tay chân.
- Thời gian mắc bệnh: dưới 12 tháng, 12-24 tháng và trên 24 tháng.
- Chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index): gầy < 18.5, bình thường 18.5- < 23 và thừa cân ≥ 23.

- Số lượng khớp gối bị bệnh: 1 khớp, 2 khớp.
- Triệu chứng lâm sàng: đau khớp, phá gi khớp, lục khúc khi cử động, bào gổ, bập bênh xương bánh chè.
- Mức độ đau theo thang điểm VAS: không đau, đau ít, đau vừa, đau nhiều.
- Chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne: mức độ hạn chế nhẹ, trung bình, nặng, rất nặng và trầm trọng.
- Tâm vận động khớp gối theo phương pháp Zero: không hạn chế, hạn chế nhẹ, trung bình và nặng.
- Đặc điểm trên Xquang khớp gối: gai xương, đặc xương dưới sụn, hẹp khe khớp, lệch trục.
- Mức độ thoái hoá khớp gối trên Xquang theo Kellgren và Lawrence: độ I, II, III và IV.
- Tổn thương trên siêu âm: tràn dịch, dày màng hoạt dịch, kén Baker.
- Lượng dịch trên siêu âm: không tràn dịch, tràn dịch ít, tràn dịch vừa và tràn dịch nhiều.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học trên phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và tỷ lệ phần trăm (%). Sử dụng test χ^2 để so sánh giữa hai tỷ lệ phần trăm và T-test Student để so sánh giữa hai giá trị trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ
< 50	5	6,2
50 – 59	6	7,5
60 – 69	38	47,5
≥ 70	31	38,8
Tổng	80	100
$\bar{X} \pm SD$	67,33±9,06	

Nhận xét: Bệnh nhân ở độ tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,5%. Tiếp đó là nhóm trên 70 tuổi chiếm 38,8%. Tuổi trung bình là 67,33±9,06 tuổi.

Bảng 3.2. Đặc điểm về giới tính

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ
Nam	14	17,5
Nữ	66	82,5
Tổng	80	100

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân nữ cao hơn bệnh nhân nam, nữ chiếm 82,5% và nam chiếm 17,5%. Tỷ lệ nữ/ nam bằng 4,71/ 1.

Bảng 3.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ
Lao động trí óc	38	47,5

Lao động chân tay	42	52,5
Tổng	80	100

Nhận xét: Tỷ lệ BN lao động trí óc (47,5%) xu hướng thấp hơn tỷ lệ lao động chân tay (52,5%).

Bảng 3.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Số lượng	Tỷ lệ
< 12 tháng	10	12,5
12-24 tháng	25	31,2
> 24 tháng	45	56,2
Tổng	80	100
$\bar{X} \pm SD$	30,45±7,53	

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh đa số trên 12 tháng (87,4%), dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ 12,5%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 30,45±7,53 tháng.

Bảng 3.5. Đặc điểm phân loại BMI

BMI	Số lượng	Tỷ lệ
Gầy (< 18.5)	3	3,8
Bình thường (18.5 - < 23)	25	31,2
Thừa cân (≥ 23)	52	65,0
Tổng	80	100
$\bar{X} \pm SD$	24,08±2,42	

Nhận xét: Bệnh nhân đa số thuộc nhóm thừa cân chiếm tỷ lệ 65,0%. BMI trung bình là 24,08±2,42.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.6. Số lượng khớp gối bị tràn dịch

Số lượng khớp tràn dịch	Số lượng	Tỷ lệ
1 khớp	29	36,2
2 khớp	51	63,8
Tổng	80	100

Nhận xét: Trong 80 bệnh nhân THKG có tràn dịch, đa phần bị tràn dịch cả 2 bên khớp gối (63,8%). Có tổng 131 khớp gối bị bệnh trên 80 bệnh nhân.

Bảng 3.7. Triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Đau khớp	129	98,5
Phá gị khớp	62	47,3
Lục khục khi cử động	104	79,4
Bào gồ	114	87,0
Bập bễnh xương	116	88,5

Nhận xét: Trong 131 khớp bị bệnh, triệu chứng thường gặp nhất là đau khớp (98,5%), bập bễnh xương bánh chè (88,5%), tiếp theo là dấu hiệu bào gồ (87,0%) và lục khục khi cử động (79,4%).

Bảng 3.8. Mức độ đau theo thang điểm VAS

Mức độ đau theo thang điểm VAS	Số lượng	Tỷ lệ
Không đau	0	0,0
Đau ít	4	5,0
Đau vừa	70	87,5
Đau nhiều	6	7,6
Tổng	80	100
$\bar{X} \pm SD$	5,18±0,99	

Nhận xét: Mức độ đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (87,5%). Trung bình điểm VAS là 5,18±0,99 điểm.

Bảng 3.9. Chức năng vận động khớp gối theo Lequesne

Mức độ hạn chế	Số lượng	Tỷ lệ
Nhẹ	7	8,8
Trung bình	10	12,5
Nặng	26	32,5
Rất nặng	22	27,5
Trầm trọng	15	18,8
Tổng	80	100
$\bar{X} \pm SD$	10,13±3,44	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có hạn chế vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne ở mức độ nặng và rất nặng (60,0%). Trung bình điểm Lequesne là 10,13±3,44 điểm.

Bảng 3.10. Tâm vận động khớp gối

Tâm vận động	Số lượng	Tỷ lệ
Hạn chế nặng (< 90 độ)	8	6,1
Hạn chế trung bình (90 - 120 độ)	79	60,3
Hạn chế nhẹ (121 - 135 độ)	33	25,2
Không hạn chế (> 135 độ)	11	8,4
Tổng	131	100
$\bar{X} \pm SD$	114,59±14,36	

Nhận xét: Trong 131 khớp bị bệnh, đa số khớp hạn chế vận động ở mức độ trung bình (60,3%) và nhẹ (25,2%). Tâm vận động khớp gối trung bình là 114,59±14,36 độ.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.11. Đặc điểm Xquang khớp gối

Đặc điểm Xquang	Số lượng	Tỷ lệ
Gai xương	108	82,44
Đặc xương dưới sụn	89	67,94
Hẹp khe khớp	61	46,56
Lệch trục	13	9,92

Nhận xét: Trên phim Xquang 131 khớp bị bệnh, tổn thương thường gặp nhất là gai xương (82,44%) và ít gặp nhất là lệch trục khớp (9,92%).

Bảng 3.12. Phân loại mức độ thoái hoá khớp gối trên phim Xquang

Giai đoạn thoái hoá	Số lượng	Tỷ lệ
I	23	17,56
II	75	57,25
III	28	21,37
IV	5	3,82

Nhận xét: Trên phim Xquang của 131 khớp gối bị tràn dịch, có 78,62% khớp thoái hoá độ II và III theo phân loại tổn thương của Kellgren và Lawrence.

Bảng 3.13. Hình ảnh tổn thương khớp gối trên siêu âm

Đặc điểm siêu âm	Số lượng	Tỷ lệ
Dịch khớp	131	100,0
Dày MHD	34	26,0
Kén Baker	26	19,8

Nhận xét: Kết quả siêu âm 131 khớp gối tràn dịch có 26,0% khớp gối kèm theo dày màng hoạt dịch và 19,8% số khớp kèm theo có kén Baker.

Bảng 3.14. Lượng dịch khớp gối trên siêu âm

Dịch khớp (mm)	Số lượng	Tỷ lệ
< 4	17	13,0
<5	18	13,7
5-9	89	67,9
≥ 10	7	5,3
$\bar{X} \pm SD$	6,32±2,25	

Nhận xét: Trong số khớp gối bị tràn dịch, đa phần lượng dịch khớp trong khoảng 5-9 mm (67,9%). Trung bình lượng dịch khớp là 6,32±2,25 mm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung. Kết quả nghiên cứu 80 bệnh nhân THKG có tràn dịch tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi ≥ 60 (chiếm tỷ lệ 86,3%), trong đó nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất. Tuổi trung bình là 67,33±9,06 tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Bùi Trí Thuật (2022), đa số bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm 75%) [4] và nghiên cứu của Hồ Nhật Minh (2019) độ tuổi trung bình là 67,67±10,01 tuổi [5]; Nhưng cao hơn độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh (2019) là 56,57±21,56 và đa số bệnh nhân ở nhóm tuổi 50-59 [6], sự khác biệt này có thể do nghiên cứu được tiến hành ở thời điểm khác nhau, điều kiện xã hội khác nhau hoặc do cỡ mẫu khác nhau,

chưa đủ phản ánh tỷ lệ trong cả quần thể. Tuổi tác là một trong những yếu tố thuận lợi của thoái hoá khớp gối. THKG gia tăng theo độ tuổi là do những thay đổi ở sụn khớp, yếu cơ, mất tế bào sụn, mất tính mềm dẻo của xương dưới sụn, đáp ứng thần kinh cơ không đầy đủ dẫn đến tăng phá huỷ sụn khớp. Tuổi càng cao, các tế bào sụn càng già đi, khả năng tổng hợp collagen và mucopolysaccharid bị giảm sút và rối loạn, dẫn đến chất lượng sụn kém, giảm khả năng đàn hồi và chịu lực [1].

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, tỷ lệ nữ giới (82,5%) cao hơn nam giới (17,5%) và tỷ lệ nữ/nam là 4,7/1. Kết quả nghiên cứu của Bùi Trí Thuật (2022), nữ giới chiếm 73,3% và nam giới chiếm 26,7% [4]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh (2019), nữ giới chiếm 71,4% và nam giới chiếm 28,6% [6]. Mỗi nghiên cứu có một tỷ lệ nữ/ nam khác nhau có thể do địa điểm, thời gian nghiên cứu khác nhau, cỡ mẫu nhỏ chưa đủ đại diện cho cả quần thể, nhưng các nghiên cứu đều có điểm giống nhau là nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn. THKG ở nữ gặp nhiều hơn nam về tỷ lệ và mức độ tiến triển của bệnh được giải thích có liên quan đến tình trạng thay đổi nội tiết tố của nữ ở thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh, sự giảm hormone sinh dục nữ làm giảm tế bào sụn, tăng tỷ lệ thoái hoá khớp [1].

Kết quả nghiên cứu bảng 3.5 cho thấy đa số bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân (65%), chỉ số BMI trung bình là 24,08±2,42. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh (2019) tỷ lệ thừa cân và béo phì chiếm 47,2%, điều này được giải thích do xã hội ngày càng phát triển, cuộc sống con người ngày càng đầy đủ làm gia tăng tỷ lệ thừa cân béo phì. Chỉ số khối lượng cơ thể cũng là yếu tố thúc đẩy thoái hóa khớp, đặc biệt là các khớp chịu lực như khớp gối, khớp háng. Theo cơ chế bệnh sinh thoái hóa khớp thì yếu tố cơ học (trong đó có béo phì) góp phần khởi phát và làm gia tăng tốc độ thoái hóa của sụn khớp [3].

4.2. Về đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu trong 80 bệnh nhân THKG có tràn dịch, đa phần tràn dịch cả 2 bên khớp gối chiếm 63,8%, tràn dịch 1 bên khớp chiếm 36,2%. Có tổng 131 khớp gối bị bệnh trên 80 bệnh nhân, tỷ lệ khớp/ người xấp xỉ 1,64 nên cứ 2 người thì có khoảng 3 - 4 khớp bị bệnh. Nguyễn Thị Hạnh (2019) nghiên cứu trên 70 bệnh nhân TDKG do thoái hoá, tỷ lệ bị bệnh 2 khớp chiếm 52,9% và 1 khớp là 47,1% [6]; Hồ Nhật Minh (2019) nghiên cứu trên 60 người THKG có tràn dịch, tỷ lệ bị bệnh 2 bên

chiếm 56,7% và 1 bên chiếm 43,3% [5]. Khớp gối là khớp chịu lực, có biên độ vận động lớn nên dễ xảy ra thoái hoá. Ở giai đoạn sớm, do tình trạng vận động chịu tải không cân bằng giữa 2 bên nên bệnh nhân thường đau 1 bên khớp trước, sau đó mới dần dần đến 2 khớp.

Triệu chứng cơ năng đầu tiên và quan trọng nhất ở bệnh nhân THKG là đau khớp, cũng là nguyên nhân chính thúc đẩy bệnh nhân đi khám bệnh. Có 98,5% trong tổng số 131 khớp trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện đau thời điểm vào viện, tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Bùi Trí Thuật (2022) [4] và Hồ Nhật Minh (2019) [5] là 100% người bệnh có biểu hiện đau ở khớp gối. Lực cứng khi cử động cũng là dấu hiệu hay gặp chiếm 79,4% (bảng 3.7), tỷ lệ này trong nghiên cứu của Hồ Nhật Minh là 71,2% [5]. Đây là dấu hiệu quan trọng phản ánh tình trạng THKG, khi sụn khớp bị tổn thương, bề mặt sụn khớp trở nên sần sùi, gồ ghề cùng với giảm độ nhớt dịch khớp nên khi cử động, các sụn bọc đầu xương thậm chí là đầu xương ở những bệnh nhân mất sụn cọ sát vào nhau gây tiếng lục cục. Theo Hội thấp khớp học Mỹ ACR 1991 thì đau khớp, lạo xạo khi cử động là những yếu tố trong tiêu chuẩn chẩn đoán THKG [3].

Thang điểm Lequesne được sử dụng khá phổ biến để đánh giá về chức năng vận động khớp gối. Nó đánh giá tương đối hoàn thiện về vận động khớp, bao gồm các thang điểm về: Mức độ đau và cảm giác vướng tại khớp; Khả năng đi bộ; Khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày (đi bộ, ngồi xổm, leo cầu thang,...). Tổng điểm tối đa là 24, thấp nhất là 0 điểm. Phân loại các mức độ hạn chế: nhẹ, trung bình, nặng, rất nặng và trầm trọng. Tại thời điểm vào viện, trung bình điểm Lequesne là 10,13±3,44 và đa số ở mức độ nặng và rất nặng (chiếm 60%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Nguyễn Thị Hạnh (2018), trung bình điểm Lequesne là 9,17±5,98, mức độ nặng và rất nặng chiếm 58,6%[6].

4.3. Về đặc điểm cận lâm sàng. Về cận lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng Xquang và siêu âm khớp gối. Đây là hai cận lâm sàng được sử dụng nhiều trong THKG vì tính phổ biến, đơn giản, không xâm lấn, dễ thực hiện và chi phí thấp. Xquang giúp đánh giá tốt phần xương, khe khớp, từ đó phân loại mức độ trong THKG theo tiêu chuẩn Kellgren-Lawrence. Siêu âm đánh giá tốt các tổn thương phần mềm, dịch, màng hoạt dịch, bất thường sụn khớp [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, THKG độ II

chiếm đa số với tỷ lệ 57,25%. Tổn thương hay gặp nhất trên phim Xquang là gai xương chiếm 82,44%. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Bùi Trí Thuật (2022) [4] và Hồ Nhật Minh (2019) [5] đa số bệnh nhân đều THKG ở giai đoạn II. Bệnh nhân tràn dịch khớp ở mức độ vừa chiếm 67,9%, lượng dịch khớp gối trung bình là 6,32±2,25mm. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh (2018) đa số bệnh nhân tràn dịch mức độ vừa chiếm 57,9% [6].

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm chung: uối trung bình của đối tượng nghiên cứu là 67,33±9,06 với 82,5% là nữ giới; tỷ lệ lao động tay chân chiếm cao hơn với 52,5%; thời gian mắc bệnh trung bình là 30,45±7,53 tháng; 65% bệnh nhân thuộc nhóm thừa cân;

- Đặc điểm lâm sàng: 63,8% bệnh nhân có tràn dịch cả 2 bên khớp; đau khớp là dấu hiệu cơ năng hay gặp nhất; điểm VAS trung bình lúc vào viện là 5,18±0,99; trung bình điểm Lequesne là 10,13±3,44; trung bình tầm vận động khớp là 114,59±14,36 độ;

- Đặc điểm cận lâm sàng: 57,25% khớp thoái hoá độ II trên Xquang và tổn thương hay gặp nhất là gai xương 82,44%; 67,9% khớp tràn dịch ở mức độ vừa và lượng dịch khớp gối trung bình là 6,32±2,25mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2016)**, "Thoái hóa khớp gối", Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr.178-184.
2. **Hoa, T. T. M., Darmawan, J., Le Chen, S., Van Hung, N., Nhi, C. T., An, T. N., ... & Le, C. S. (2002)**, "Prevalence of the rheumatic diseases in urban Vietnam: a WHO-ILAR COPCORD study", *The Journal of rheumatology*, 30(10), 2252-2256.
3. **Bộ Y tế (2020)**, "Thoái hoá khớp gối", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại tập I (Ban hành kèm Quyết định số 5013/QĐ-BYT), Nhà xuất bản Y học, tr.15-20.
4. **Trần Thái Hà, Bùi Trí Thuật (2022)**, "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hoá khớp gối tại Bệnh viện Đa khoa Mê Linh", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 514, số 2, 280-284.
5. **Hồ Nhật Minh (2019)**, "Đánh giá tác dụng của bài Y dĩ nhân thang kết hợp Tứ diệu tán trong điều trị thoái hóa khớp gối có tràn dịch", Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Tiến Chung, Nguyễn Thị Hạnh (2019)**, "Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tràn dịch khớp gối do thoái hoá tại bệnh viện Tuê Tĩnh", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 476, số 1&2, 11-15.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ NESFATIN-1 HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TIP 2

Nguyễn Thị Minh¹, Hoàng Trung Vinh², Cấn Văn Mão²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nesfatin-1 là một adipocytokine (APC) do nhiều cơ quan trong cơ thể tiết ra, tác động lên nhiều yếu tố trong cơ chế bệnh sinh (CCBS) liên quan đến đái tháo đường tip 2 (ĐTĐT2). Nồng độ nesfatin-1 có thể biến đổi ở bệnh nhân (BN) ĐTĐT2. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát nồng độ nesfatin-1 huyết thanh ở BN ĐTĐT2 và tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ nesfatin-1 với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở BN. **Đối tượng và phương pháp:** 214 đối tượng chia thành 2 nhóm trong đó 71 đối tượng có tiền sử khỏe mạnh, không có tăng glucose máu thuộc nhóm xác định chỉ số tham chiếu (nesfatin-1). Nhóm BN gồm 139 đối tượng được chẩn đoán bệnh ĐTĐT2 lần đầu hoặc đã và đang điều trị. Đối tượng được thu thập tại Bệnh viện 198 - Bộ Công an. Nồng độ nesfatin-1 huyết thanh được định lượng có sử dụng Kit ELISA nesfatin-1 của BioVendor trên máy ELISA DAX 800 tại Bộ môn Sinh lý bệnh - Học viện Quân Y. Đơn vị tính: ng/ml. **Kết quả:** Nồng độ nesfatin-1 huyết thanh ở BN ĐTĐT2 thấp hơn có ý nghĩa so với chỉ số tham chiếu [0,2 (0,2-0,3) so với 0,2 (0,2-0,4) ng/ml; $p < 0,001$]. Tỷ lệ BN biến đổi nồng độ nesfatin-1 biểu hiện ở 3 mức: giảm, bình thường và tăng tương ứng 49,6%; 45,3% và 5,1%. Nồng độ nesfatin-1 huyết thanh liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian phát hiện bệnh (TGPHB), chỉ số khối cơ thể (BMI), tăng huyết áp (THA), liên quan không có ý nghĩa với giới, nhóm tuổi, tỉ số eo/hông, rối loạn lipid (RLLP) và HbA1c. **Kết luận:** Nesfatin-1 là một APC có nhiều tác động khác nhau. Nồng độ nesfatin-1 có thể biến đổi với xu hướng giảm trong các bệnh chuyển hóa trong đó có ĐTĐT2. **Từ khóa:** Đái tháo đường tip 2, adipocytokine, nesfatin-1

SUMMARY

A STUDY ON SERUM NESFATIN-1 CONCENTRATION IN TYPE 2 DIABETIC MELLITUS PATIENTS

Introduction: Nesfatin-1 is an adipocytokine (APC) secreted by many organs in the body, affecting many factors related to the pathogenesis of type 2 diabetes mellitus (T2DM). Nesfatin-1 levels may change in patients with T2DM. **Objective:** To investigate serum nesfatin-1 levels in patients with T2DM and find out the relationship between nesfatin-1 levels and some clinical and subclinical characteristics in the patients. **Subjects and methods:** 214

participants were enrolled in the study divided into 2 groups, of which 75 healthy individuals, without hyperglycemia, belonged to the control group, were used to determine the reference range of serum nesfatin-1 levels. The study group included 139 patients who were diagnosed with T2DM for the first time or have been undergoing the treatment. The participants were collected at Hospital 198 - Ministry of Public Security. Serum nesfatin-1 levels were quantified using nesfatin-1 ELISA Kit from BioVendor on the DAX 800 ELISA machine at the Department of Pathophysiology - Vietnam Military Medical University. Unit of measurement: ng/ml. **Results:** Serum nesfatin-1 levels in the T2DM patients were significantly lower than the reference range [0.2 (0.2-0.3) versus 0.2 (0.2-0.4) ng/ml; $p < 0.001$]. The proportions of T2DM patients with decreased, normal and increased nesfatin-1 levels were 49.6%; 45.3% and 5.1%, respectively. Serum nesfatin-1 levels statistically significantly related to time of disease detection, body mass index (BMI), hypertension, but were not statistically significantly related to gender, age group, waist/hip ratio, blood lipid disorders and HbA1c. **Conclusion:** Nesfatin-1 is an APC with various effects. Nesfatin-1 level can alter with a decreasing trend in metabolic diseases including T2DM.

Keywords: type 2 diabetic mellitus, adipocytokine, nesfatin-1

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường tip 2 là bệnh chuyển hóa glucose với đa yếu tố nguy cơ (YTNC) cũng như đa CCBS. Bên cạnh các YTNC, CCBS kinh điển, chủ yếu đã được công nhận thì còn nhiều yếu tố nội, ngoại sinh khác cũng có vai trò ảnh hưởng đến sự xuất hiện và tiến triển của bệnh trong đó phải kể đến các APC. Các APC tác động đến nhiều khía cạnh khác nhau của ĐTĐT2 như kháng insulin, dư cân, béo phì, RLLP... Chính vì vậy các APC được quan niệm như CCBS thứ cấp của ĐTĐT2. Tùy thuộc vào từng loại APC mà phân ra thành 3 nhóm chính dựa vào tác dụng sinh học bao gồm: tác dụng tấn công, bảo vệ hoặc vừa tấn công vừa bảo vệ (lưỡng tính). Nesfatin-1 là một APC do nhiều cơ quan và tổ chức tiết ra cho tác dụng lưỡng tính. Đối với chuyển hóa thì nesfatin-1 chủ yếu có tác dụng bảo vệ như ức chế nhu cầu ăn uống nhờ tác dụng giảm co bóp và kéo dài thời gian rỗng của dạ dày dẫn đến giảm nhu cầu ăn uống và giảm cân. Nesfatin-1 tăng tiêu thụ năng lượng và nhiệt cơ thể từ đó cũng góp phần giảm cân nặng. Nesfatin-1 giúp duy trì sự hằng định lượng nước trong cơ thể. Đặc biệt nesfatin-1 có tác

¹Bệnh viện 198 – Bộ Công an.

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh

Email: minhch25@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024