

- 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries Endorsed by: the European Stroke Organization (ESO) The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). European heart journal. Mar 1 2018; 39(9): 763-816. doi:10.1093/eurheartj/ehx095
4. **Myslinski W, Stanek A, Feldo M, Mosiewicz J.** Ankle-Brachial Index as the Best Predictor of First Acute Coronary Syndrome in Patients with Treated Systemic Hypertension. BioMed research international. 2020;2020: 6471098. doi:10.1155/2020/6471098
 5. **Sun J, Deng Q, Wang J, et al.** Novel Insight Into Long-Term Risk of Major Adverse Cardiovascular and Cerebrovascular Events Following Lower Extremity Arteriosclerosis Obliterans. Frontiers in cardiovascular medicine. 2022;9:853583. doi:10.3389/fcvm.2022.853583
 6. **Trình NnV.** Khảo sát tình hình điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học; 2016.
 7. **Đinh Linh N, Thị Kim Ngân H, Đức Hùng T.** Nghiên cứu mối liên quan giữa chỉ số ABI, tốc độ lan truyền sóng mạch với mức độ tổn thương động mạch vành theo thang điểm syntax II ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Tạp chí Y học Việt Nam. 01/13 2022;509(2) doi:10.51298/vmj.v509i2.1838
 8. **Elduayen Gragera J, Muñoz Santos L, Nogales Asensio JM, Giménez Sáez F, López Mínguez JR, Merchán Herrera A.** [Ankle-brachial index in patients with chest pain and suspected acute coronary syndrome]. Medicina clinica. Feb 20 2010;134(5):202-5. Determinación del índice tobillo-brazo en pacientes con dolor torácico agudo de posible origen coronario. doi:10.1016/j.medcli.2009.07.045
 9. **Petracco AM, Bodanese LC, Porciúncula GF, et al.** Assessment of the Relationship of Ankle-Brachial Index With Coronary Artery Disease Severity. %J International Journal of Cardiovascular Sciences. 2018;31(1):47-55. doi:10.5935/2359-4802.20170094

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM NỘI KHỚP THUỐC METHYL PRESNISOLONE ACETATE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Đinh Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Phương², Dương Văn Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả của phương pháp tiêm nội khớp trong điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu can thiệp, tiền cứu, không đối chứng. Gồm 45 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Cách chọn mẫu thuận tiện. Sử dụng thang điểm VAS, Lequesne và WOMAC đánh giá. Quy trình NC: BN tiêm 01 ống Depo-Medrol 40 mg/ 1 ml x 1 lần duy nhất vào khớp gối thoái hóa (T0). Sau đó BN được theo dõi, hẹn khám lại các thời điểm: Khám cuối tuần thứ 1 (T1), tuần thứ 4 (T4), tuần thứ 8 (T8), tuần thứ 12 (T12). **Kết quả:** Trong 45 BN có 62,2 % là nữ, nam chiếm 37,8%. Độ tuổi trung bình 60,47 ± 6,71, độ tuổi hay gặp nhất 61-70 chiếm 36,6%. BN có nghề nghiệp lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao là 66,7%. Tỷ lệ BN thể trạng béo chiếm 60%, BMI trung bình NC là 23,15 ± 2,16. Triệu chứng cơ năng hay gặp: Đau kiểu cơ học (86,7%), đau khi leo cầu thang (88,9 %), và đau khi chuyển tư

thế (93,3%), dấu hiệu phá rĩ khớp (86,7%), dấu hiệu bào gổ (71,1%). Điểm VAS, Lequesne, WOMAC trung bình trước và sau điều trị các thời điểm khảo sát có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05. **Kết luận:** 100% bệnh nhân tiêm corticoid nội khớp gối có cải thiện các triệu chứng lâm sàng thể hiện qua sự giảm điểm các chỉ số VAS, Lequesne, WOMAC tại các thời điểm khảo sát theo dõi sau điều trị, p < 0,05. **Kiến nghị:** Với hiệu quả điều trị bệnh tốt, tương đối an toàn và có chi phí thấp, tiêm corticoid nội khớp gối nên được áp dụng một cách thường qui với thoái hóa khớp gối nguyên phát để đạt hiệu quả cao hơn trên thực hành lâm sàng tại bệnh viện.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, tiêm nội khớp

SUMMARY

FINDING OUT OF THE RESULTS OF INTRA-ARTICULAR INJECTION METHOD ON THE PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS AT HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: Finding out of the results of intra-articular injection method in the treatment of primary knee osteoarthritis at Hai Duong Provincial General Hospital. **Methods:** The research design uses an interventional, prospective, non-controlled research method. Including 45 patients who met the criteria for selection into the study. Convenient way to choose samples. Using VAS, Lequesne and WOMAC scales for evaluation. Research procedure: The patient only

¹Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hoa

Email: hoadinghua@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025

would be injected 01 tube of Depo-Medrol 40 mg/ 1 ml x 1 time into the knee joint (T0). After that, patients were monitored and scheduled for re-examination at the four times: Examination in the 1st week (T1), the 4th week (T4), the 8th week (T8), the 12th week (T12). **Results:** About gender, 62.2% were female, only 37.8% were male. The average age was 60.47 ± 6.71 , the major age group was 61-70, accounting for 36.6%. The rate of patients with manual labor occupations was high, 66.7%. The rate of obese patients was 60%, the average BMI was 23.15 ± 2.16 . Common functional symptoms: mechanical pain (86.7%), pain when climbing stairs (88.9%), and pain when changing positions (93.3%), signs of joint breakage (86.7%), and signs of wood shaving (71.1%). The average VAS, Lequesne and WOMAC scores before and after treatment at the survey times had statistically significant differences, $p < 0.05$. **Conclusion:** 100% of patients receiving intra-articular corticosteroid injection had improved clinical symptoms, as shown by the improvement of VAS, Lequesne, and WOMAC scores at the follow-up survey points after treatment, $p < 0.05$. **Recommendation:** With quiet good effectiveness, relative safety and low cost, intra-articular corticosteroid injection on the patients with knee osteoarthritis should be routinely applied to cases of primary knee osteoarthritis to achieve higher efficiency in clinical practice at the hospital. **Keywords:** knee osteoarthritis, intra-articular injection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp 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. Thoái hóa khớp có thể xảy ra ở tất cả các khớp trong đó hay gặp nhất là thoái hóa khớp gối. Theo ước tính, tỷ lệ thoái hóa khớp gối có triệu chứng ở những người Mỹ trên 60 tuổi khoảng 12% trong khi tỷ lệ thoái hóa khớp gối Xquang là 37%. Ở Việt Nam, theo một nghiên cứu tại Hà Nội tỷ lệ thoái hóa khớp gối Xquang ở những người trên 40 tuổi là 34,2%. Với tuổi thọ trung bình ngày càng cao và sự gia tăng béo phì trong dân số nói chung, tỷ lệ thoái hóa khớp gối ngày càng tăng.

Việc điều trị bệnh hiện nay là gánh nặng rất tốn kém cho cá nhân người bệnh nói riêng và toàn xã hội nói chung với chi phí điều trị cao, hiệu quả chưa đạt được như mong muốn. Có nhiều biện pháp được sử dụng phối hợp trong điều trị thoái hóa khớp như nội khoa, phục hồi chức năng hay ngoại khoa. Việc dùng thuốc kéo dài đặc biệt các thuốc chống viêm, giảm đau dẫn đến nhiều biến chứng như viêm loét dạ dày hành tá tràng, xuất huyết tiêu hóa,... trong đó có biến chứng nặng có thể gây tử vong. Do tính chất bệnh mạn tính nên việc điều trị cần phải kéo dài. Vì vậy chọn lựa phương pháp điều trị nào là rất quan trọng để đạt hiệu quả, tránh

được tác dụng không mong muốn, tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân. Phương pháp tiêm nội khớp corticosteroid từ lâu đã được sử dụng trong điều trị thoái hóa khớp gối, thủ thuật có tính chất đơn giản, dễ thực hiện, hiệu quả, có tác dụng cải thiện triệu chứng nhanh giúp hạn chế sự tiến triển của bệnh, làm giảm tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc đường toàn thân. Tuy nhiên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương chưa có nghiên cứu nào về tiêm nội khớp corticosteroid trong điều trị thoái hóa khớp gối. Vậy nhóm NC tiến hành đề tài: "Nhận xét kết quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp tiêm nội khớp thuốc Methyl prednisolone acetate tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương" với mục tiêu: *Nhận xét kết quả của phương pháp tiêm nội khớp bằng Methyl prednisolone acetate trên bệnh nhân thoái hóa khớp nguyên phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hội thấp khớp học Mỹ có điểm VAS từ 40 mm trở lên. Giai đoạn bệnh: giai đoạn 2 và 3 theo phân loại của Kellgren và Lawrence dựa trên phim Xquang. Bilan về viêm âm tính. Có kết quả Xquang để loại trừ bệnh lý khác. Điều trị nền: NSAIDs, thuốc giảm đau như nhau.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chống chỉ định tiêm corticosteroid. Bệnh nhân có bệnh lý mạn tính nặng kèm theo. Bệnh nhân đã hoặc đang dùng thuốc chống viêm không steroid trong vòng 7 ngày hoặc tiêm nội khớp bằng corticosteroid trong vòng 1 tháng.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, không đối chứng.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu thuận tiện, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đều cho vào NC.

2.4. Tiến hành nghiên cứu

2.4.1. Phương tiện nghiên cứu: Phiếu nghiên cứu, thang công cụ: Thang điểm VAS. Thang điểm Lequesne đánh giá mức độ đau, hạn chế về chức năng vận động khớp gối của bệnh nhân. Thang WOMAC đánh giá mức độ đau, thời điểm cứng khớp trong ngày và chức năng vận động của khớp gối.

2.4.2. Quy trình nghiên cứu:

- Bước 1: Bệnh nhân đến khám và làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định thoái hóa khớp gối nguyên phát theo tiêu chuẩn ACR 1991, sàng lọc các bệnh lý khác, phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Thu thập thông tin theo phiếu và thang đo.

- Bước 2: Bệnh nhân được tư vấn tham gia nghiên cứu và chấp nhận tham gia nghiên cứu.

- Bước 3: Tiến hành thực hiện thủ thuật, thu thập thông tin trước, trong và sau khi thực hiện thủ thuật trong suốt quá trình nghiên cứu.

- Bước 4: Khám, đánh giá kết quả nghiên cứu tại các thời điểm. Trong suốt quá trình nghiên cứu, luôn theo dõi đánh giá các tai biến và diễn biến có thể xảy ra.

2.4.3. Quy trình tiêm nội khớp:

* Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân được giải thích đầy đủ.

* Xác định vị trí và thực hiện thủ thuật theo quy trình kỹ thuật.

* Dẫn dò bệnh nhân sau khi làm thủ thuật.

* Kỹ thuật tiêm khớp gối:

- Kỹ thuật tiêm khớp gối đường trước là đường tốt nhất để đưa thuốc vào khớp gối.

- Kỹ thuật tiêm khớp gối đường bên là đường vào thẳng túi cùng hoạt dịch dưới cơ tứ đầu đùi. Đây là đường tốt nhất để chọc hút dịch khớp hoặc kết hợp lấy dịch khớp trước khi đưa thuốc vào khớp gối.

Liệu trình điều trị: Tiêm 01 ống Depo- Medrol 40 mg/ 1 ml x 1 lần duy nhất. - Bệnh nhân được hẹn khám và khám lại các thời điểm: Khám tuần thứ 1 (T1), tuần thứ 4 (T4), tuần thứ 8 (T8), tuần thứ 12 (T12). Theo dõi, phát hiện và xử trí các tai biến trong suốt quá trình nghiên cứu.

2.5. Xử lý số liệu: Dùng phần mềm SPSS 16.0 để xử lý số liệu.

2.6. Vấn đề đạo đức NC: Đảm bảo các vấn đề về đạo đức trong nghiên cứu lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Tỷ lệ	
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
41-50	9	20
51-60	9	20
61-70	17	36.6
>70	10	23.4
M±SD	60,47 ± 6,71	
Giới		
Nam	17	37.8
Nữ	28	62.2
Nghề nghiệp		
Lao động: CN, ND	30	66,7
Hưu, viên chức	15	33,3
Thời gian bị bệnh		
<1 năm	9	20
1-5 năm	24	53.3
>5 năm	12	26.7
BMI		
Gầy	8	18
Bình thường	10	22
Thừa cân	27	60
M±SD	23,15 ± 2,16	
Phân loại		
Khớp gối Trái	22	49
Khớp gối Phải	23	51

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng cơ năng		Số BN (n)		Tỷ lệ (%)	
Kiểu đau	Kiểu cơ học (khớp)	39		86.7	
	Kiểu viêm (khớp)	6		13.3	
Đau khi leo cầu thang (khớp)		40		88.9	
Đau khi chuyển tư thế (khớp)		42		93.3	
Dấu hiệu phá rĩ khớp (khớp)		39		86.7	
Triệu chứng thực thể					
Lạo xạo khi cử động		24		53.3	
Bào gồ		32		71.1	
Hạn chế gấp duỗi		25		55.5	
Cận lâm sàng					
Mức độ tổn thương Xq theo Kellgren và Lawrence					
Độ 2		24		53.3	
Độ 3		21		46.7	
Đặc điểm hình ảnh trên Xq khớp gối					
Lệch trục	Lệch trục chữ O	26	13	58.2	29.1
	Lệch trục chữ X		13		29.1
Hẹp khe khớp	Hẹp khe đùi - chày trong	30	14	66.7	30
	Hẹp khe đùi- chè		10		21.7
	Hẹp khe đùi - chày ngoài		6		13.3
Gai xương	Khe đùi - chày trong	39	17	86.7	37.8
	Khe đùi- chè		14		31.1

	Khe đùi - chày ngoài		8		17.8
Đặc xương dưới sụn	Mâm chày trong	37	17	82.2	37.8
	Mâm chày ngoài		14		31.1
	Lồi cầu trong		6		13.3

Bảng 3. Mức độ đau theo thang VAS trung bình trước và sau điều trị

Thời điểm	VAS nhóm nghiên cứu (mm) $\bar{X} \pm s$	p
T0÷T1	4.46 ± 1.18	< 0.05
T0÷T4	4.76 ± 1.23	< 0.05
T0÷T8	5.36 ± 1.21	< 0.01
T0÷T12	5.46 ± 1.15	< 0.01

Bảng 4. Kết quả điều trị theo điểm Lequesne trung bình trước và sau điều trị

Thời điểm	Lequesne	p
T0÷T1	7.08 ± 2.35	< 0.05
T0÷T4	7.88 ± 2.18	< 0.05
T0÷T8	9.05 ± 2.05	< 0.05
T0÷T12	9 ± 2.11	< 0.05

Bảng 5. Kết quả điều trị theo thang điểm WOMAC trước và sau điều trị

Thời điểm	Điểm WOMAC	p
T0÷T1	35.05 ± 10.92	<0.05
T0÷T4	39.15 ± 11.12	<0.05
T0÷T8	42.11 ± 9.87	<0.01
T0÷T12	41.13 ± 10.02	<0.01

IV. BÀN LUẬN

Kết quả NC 45 bệnh nhân, đa số bệnh nhân có tuổi từ 61 trở lên (27 bệnh nhân), chiếm 60%. Tuổi trung bình $60,47 \pm 6,71$. Tỷ lệ này cũng tương tự với một số NC khác như của Lê Thị Liễu (2009) là $60 \pm 8,0$. NC của Lê Công Tiến (2013) là $63,57 \pm 8,71$. NC của Yavuz (2012) là $61 \pm 6,3$.

Kết quả NC cho thấy BN nữ chiếm tỷ lệ cao hơn. Kết quả này cũng tương tự như NC của Lê Công Tiến (2013) với tỷ lệ nữ chiếm 89,3%. NC của Mermerci .B. B (2011) nữ giới chiếm 81,12%. Tuy nhiên các NC đều công bố tỷ lệ nữ giới thường gặp cao hơn nam giới. Nhưng cho đến nay vẫn chưa có một giải đáp thích hợp cho lý do tại sao tỷ lệ nữ mắc bệnh THK cao hơn nam giới.

Trong NC này của chúng tôi có tới 66.7% bệnh nhân là người lao động chân tay. Kết quả tương tự như NC của Lê Công Tiến (2013) là 67,86%. NC của Đỗ Thị Lan (2016) là 63,2%. Yếu tố nghề nghiệp là một trong những yếu tố nguy cơ gây bệnh thoái hóa khớp. Nhiều tác giả thống nhất quan điểm rằng những công việc nặng nhọc kéo dài hoặc lặp đi lặp lại nhiều lần là những hoạt động có nguy cơ cao đối với bệnh thoái hóa khớp gối.

Cùng với tuổi tác và yếu tố nghề nghiệp thì chỉ số khối lượng cơ thể cũng là yếu tố thúc đẩy

thoái hóa khớp, đặc biệt là khớp chịu lực như khớp gối. Các nghiên cứu của nhiều tác giả đều nhận thấy vai trò của chỉ số khối lượng cơ thể ảnh hưởng đến thoái hóa khớp, đặc biệt là khớp gối. Nguy cơ mắc thoái hóa khớp gối ở người béo phì tăng gấp 7 lần so với người bình thường. Phụ nữ thừa cân có nguy cơ thoái hóa khớp gối gấp 4 lần phụ nữ cân nặng bình thường, nếu bị một khớp sẽ có nguy cơ bị khớp khác. Kết quả NC có BMI trung bình là $23,15 \pm 2,16$, trong đó nhóm bệnh nhân thừa cân ($BMI > 23$) chiếm tỷ lệ cao nhất (60%). Kết quả tương tự NC của Đỗ Thị Lan năm (2016) BMI trung bình $23,76 \pm 2,16$.

Trong NC của chúng tôi 100% BN có dấu hiệu đau khớp gối. Đau kiểu cơ học là kiểu đau đặc trưng của bệnh chiếm tỷ lệ 86.7%, đau khi lên xuống cầu thang 88.9%. Kết quả tương đồng với NC của Bùi Hải Bình đau cơ học là 97,5% và đau khi lên xuống cầu thang 88.9%.

Trong tổng số 45 bệnh nhân được đánh giá của chúng tôi, hiệu quả giảm đau đều đạt được được thể hiện qua sự cải thiện thang điểm VAS ở ngay tuần thứ nhất, thứ 4, thứ 8 và kéo dài đến tuần thứ 12 so sánh với thời điểm bắt đầu nghiên cứu. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có nghĩa là việc tiêm corticoid nội khớp gối có hiệu quả giảm đau tốt. Tương tự kết quả NC của Yavuz (2012) trên 120 bệnh nhân thoái hóa khớp gối, tác giả thấy rằng nhóm điều trị bằng tiêm Methylprednisolone acetate (40 mg, 1 ml) đã cho kết quả điểm VAS trung bình trước nghiên cứu từ $7,7 \pm 1,7$ giảm xuống $3,4 \pm 1,4$ vào tuần thứ 3 và $4,3 \pm 1,4$ vào tuần thứ sáu cho đến tuần thứ 12 điểm VAS ở mức: $5,0 \pm 1,3$.

Kết quả NC cho thấy điểm Lequesne trung bình vào thời điểm bắt đầu nghiên cứu là $11,23 \pm 2,41$ điểm. Sự cải thiện mức độ đau và chức năng vận động của khớp gối được thấy biểu hiện qua sự giảm điểm ở các thời điểm nghiên cứu tuần thứ nhất, thứ 4, thứ 8, và kéo dài tới tuần thứ 12 so với thời điểm trước nghiên cứu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả NC cho thấy điểm WOMAC trung bình của nhóm bệnh nhân ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu là $62,3 \pm 7,01$ điểm. Sự cải thiện mức độ đau và chức năng vận động khớp gối của bệnh nhân được thấy từ tuần thứ nhất đến tuần 12 so với thời điểm trước nghiên cứu (T0). Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả NC tương đồng với nhiều NC khác trên thế giới như: NC của Chao J và cs (2010) so sánh giữa corticoid và giả dược, kết quả cho thấy có sự cải thiện đáng kể trong điểm số WOMAC tại tuần thứ 4 ở nhóm điều trị Corticoid ($p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

100% bệnh nhân tiêm corticoid nội khớp gối có cải thiện các triệu chứng lâm sàng thể hiện qua sự cải thiện của các chỉ số VAS, Lequesne, WOMAC tại thời điểm 12 tuần sau điều trị. Sự cải thiện này là có ý nghĩa với $p < 0,05$. Cụ thể: Tại thời điểm tuần thứ 12 sau điều trị: VAS trung bình giảm $5,46 \pm 1,15$, $p < 0,05$; Lequesne trung bình giảm $9,0 \pm 2,11$, $p < 0,05$; WOMAC trung bình giảm $41.13 \pm 10,02$. $P < 0,05$

VI. KIẾN NGHỊ

Với hiệu quả điều trị bệnh tốt, tương đối an toàn và có chi phí thấp, tiêm corticoid nội khớp gối nên được áp dụng một cách thường qui với các trường hợp thoái hóa khớp gối nguyên phát để đạt hiệu quả cao hơn trên thực hành lâm sàng tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hollander J. L., Brown E. M., Jr., Jessar R. A. et al (1951). Hydrocortisone and cortisone injected into arthritic joints; comparative effects of and use of hydrocortisone as a local

- antiarthritic agent. J Am Med Assoc, 147 (17), 1629-1635.
2. Raynauld J. P., Buckland-Wright C., Ward R. et al (2003). Safety and efficacy of long-term intraarticular steroid injections in osteoarthritis of the knee: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arthritis Rheum, 48 (2), 370-377.
3. Yavuz U., Sokucu S., Albayrak A. et al (2012). Efficacy comparisons of the intraarticular steroidal agents in the patients with knee osteoarthritis. Rheumatol Int, 32 (11), 3391-3396.
4. Nguyễn Văn Pho (2007). Đánh giá hiệu quả của tiêm chất nhầy sodium-hyaluronate (Go-on) vào ổ khớp trong điều trị thoái hóa khớp gối. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II.
5. Đỗ Thị Lan và cs (2016). Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp chọc hút kết hợp tiêm corticoid nội khớp trong điều trị thoái hóa khớp nguyên phát có phản ứng viêm. Báo cáo khoa học Đại hội thấp khớp học lần thứ XIII, Hội thấp khớp học Việt Nam, tr 87-92.
6. Lê Thị Liễu, Nguyễn Mai Hồng (2009). Nghiên cứu vai trò của siêu âm khớp trong chẩn đoán bệnh thoái hóa khớp gối. Tạp chí Y học Nội Khoa.
7. Kellgren. J.H and Lawrence. J.S (1957). Radiological assessment of osteo-arthritis. Ann Rheum Dis, 16 (4), 494-502.
8. Arroll.B and Goodyear-Smith.F (2004). Corticosteroid injections for osteoarthritis of the knee: meta-analysis. Bmj, 328 (7444), 869.
9. Chao. C, Wu. B et al (2010). Inflammatory characteristics on ultrasound predict poorer longterm response to intraarticular corticosteroid injections in knee osteoarthritis. J Rheumatol, 37 (3), 650-655

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN Ứ NƯỚC, Ứ MỦ THẬN TRƯỚC VÀ SAU DẪN LƯU BỂ THẬN QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Hồng Cảnh¹, Nguyễn Ngọc Cương^{1,2},
Nguyễn Đăng Sơn¹, Lê Tuấn Linh^{1,2}

Đại học Y Hà Nội từ tháng 6/2021 đến 08/2024. **Kết quả:** Trong số 45 bệnh nhân ứ nước, ứ mủ thận triệu chứng hay gặp nhất ở bệnh nhân ứ nước, ứ mủ bể thận là đau hông lưng chiếm tỷ lệ 82,2%, sau đến là thận to chiếm tỷ lệ 75,6%, sốt gặp ở 62,2%... Phần lớn là các bệnh nhân ứ nước và ứ mủ bể thận độ II và III chiếm 75,5% và suy thận có 57,8% số bệnh nhân. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đều được cải thiện sau dẫn lưu bể thận qua da. **Từ khóa:** Ứ nước, ứ mủ bể thận, đau hông lưng, sốt.

SUMMARY

STUDY CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH HYDRONEPHROSIS, PYELONEPHRITIS BEFORE AND AFTER PERCUTANEOUS NERPHROSTOMY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Hydronephrosis and

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ứ nước, ứ mủ thận là nguyên nhân gây suy giảm chức năng thận và gây ra nhiều biến chứng nặng nề khác như suy thận, nhiễm khuẩn huyết. Dẫn lưu bể thận qua da là phương pháp điều trị tạm thời ít xâm lấn, an toàn, có hiệu quả tức thời. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 45 bệnh nhân ứ nước và ứ mủ thận được dẫn lưu thận qua da tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang – Bệnh viện

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương

Email: cuongcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025