Breast cancer recurrence: factors impacting occurrence and survival. Ir J Med Sci.2022; 191(6): 2501-2510.
3. **Zhang-Yin J.** State of the Art in 2022 PET/CT in Breast Cancer: A Review. J Clin Med, 2023; 12(3): 968
4. **Yu X, Ling W, Xuehua J, et al.** Diagnostic efficacy of 18F-FDG-PET or PET/CT in breast cancer with suspected recurrence: a systematic review and meta-analysis. Nucl Med Commun. 2016; 37(11): 1180-1188.
5. **Taalab K, Abutaleb A.S, Moftah S.sG, et al.** The diagnostic value of PET/CT in breast cancer recurrence and metastases. Egyptian J. Nucl. 2017;15(2): 37-51.
6. **Ying D, Haifeng H, Chunyan W.D.Y, et al.** The diagnostic value of 18F-FDG PET/CT in association with serum tumor marker assays in breast cancer recurrence and metastasis. Biomed Res Int. 2015; 2015: 489021.
7. **Bawinile H, Lerwine H, Tasmeera E, et al.** The Role of PET/CT in Breast Cancer. Diagnostics (Basel).2023;13(4):597.
8. **Sinn H.P and Kreipe H.** A Brief Overview of the WHO Classification of Breast Tumors, 4th Edition, Focusing on Issues and Updates from the 3rd Edition. Breast Care (Basel). 2013; 8(2):149-154.
9. **Armando E.G, Stephen B.E, Gabriel N.H.** Eighth Edition of the AJCC Cancer Staging Manual: Breast Cancer. Ann Surg Oncol. 2018; 25(7): 1783-1785.
10. **Almir G.V.B.V, Eduardo N.P.L, Rubens C, et al.** Correlation between PET/CT results and histological and immunohistochemical findings in breast carcinomas. Radiol Bras. 2014; 47(2):67-73.

TỶ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI SỚM ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Lưu Hồ Bình Yên[1,2], Trần Diệu Hiền[3], Huỳnh Thanh Hiền[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hóa khớp gối sớm là bệnh lý phổ biến với xu hướng ngày càng trẻ hóa, điều trị tốn kém và ảnh hưởng nghiêm trọng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Hiểu được các đặc điểm hình ảnh học và một số yếu tố liên quan của bệnh giúp chẩn đoán và quản lý điều trị kịp thời, giảm gánh nặng bệnh tật. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ, mô tả các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối sớm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 40 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2024-2025. Bệnh nhân đáp ứng tiêu chí chẩn đoán thoái hóa khớp gối sớm theo Sáng kiến Quốc tế của Hội Thấp khớp Italia (2014) được chọn phỏng vấn. **Kết quả:** Đau (87,5%), cứng khớp (100%) và tiếng lục cục khi vận động (85%) là các triệu chứng điển hình ở bệnh thoái hóa khớp, với 73,7% bệnh nhân có tổn thương khớp gối mức độ II. Tỷ lệ bệnh nhận bị hạn chế vận động với góc vận động gập gối trái và phải đều ở mức nhẹ và vừa lần lượt là 7,5%-35% và 5%-52,5%, góc vận động duỗi gối trái và phải ở mức vừa và nặng lần lượt là 15%-27,5% và 20%-37,5%. Theo thang điểm WOMAC, điểm trung bình đau là 8,45±0,96, cứng khớp 30,3±4,82, khả năng vận động 2±0, với tổng điểm 40,7±5,5. Tuổi trên 60, lao động chân tay và có tiếng lục cục khi vận động có liên quan đến mức độ tổn thương khớp gối độ II trên phim X-quang. **Kết luận:** Thoái hóa khớp gối sớm là vấn đề lâm sàng đáng chú ý, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Do đó, công tác điều trị cần ưu tiên sàng lọc sớm và can thiệp kịp thời. ***Từ khóa:*** Thoái hóa khớp gối sớm, đặc điểm hình ảnh, WOMAC

[1]*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
[2]*Trung tâm Y tế huyện Phụng Hiệp, Hậu Giang*
[3]*Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Hiền
Email: hthien@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 13.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025
Ngày duyệt bài: 20.5.2025

SUMMARY

PREVALENCE AND IMAGING CHARACTERISTICS OF EARLY KNEE OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS TREATED AT THE OUTPATIENT DEPARTMENT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL AND ASSOCIATED FACTORS

Background: Early knee osteoarthritis (OA) is increasingly prevalent with a trend toward younger patients, incurring high treatment costs and significantly impairing quality of life. Understanding its clinical characteristics facilitates timely diagnosis and management, reducing disease burden through effective conservative strategies. **Objective:** To identify and describe the clinical characteristics of patients with early knee OA. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 62 patients seeking treatment at the Outpatient Department of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from 2024 to 2025. Patients meeting the diagnostic criteria for early knee OA, as outlined by the 2014 Italian Rheumatological Society International Initiative, were interviewed using a pre-designed questionnaire. **Results:** Pain (87.5%), morning stiffness (100%), and crepitus during

movement (85%) were typical symptoms of knee osteoarthritis, with 73.7% of patients having exhibited grade II joint damage on X-rays. The proportion of patients with restricted motion had shown mild to moderate knee flexion limitations ranging from 7.5%-35% (left) and 5%-52.5% (right), and moderate to severe knee extension limitations ranging from 15%-27.5% (left) and 20%-37.5% (right). According to the WOMAC scale, mean scores were 8.45 ± 0.96 for pain, 30.3 ± 4.82 for stiffness, 2 ± 0 for physical function, and a total score of 40.7 ± 5.5. Age over 60, manual labor, and joint crepitus during movement were associated with grade II knee joint damage on X-ray imaging. **Conclusion:** Early knee osteoarthritis is a significant clinical concern, particularly in high-risk groups, substantially impacting patients' quality of life. Therefore, treatment strategies should prioritize early screening and timely intervention.

Keywords: Early knee osteoarthritis, imaging characteristics, WOMAC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) gối là một trong những bệnh lý cơ xương khớp phổ biến nhất trên toàn cầu, đặc biệt ở người lớn tuổi, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống do đau, hạn chế vận động và mất chức năng khớp [7]. Trong những năm gần đây, THK gối sớm được định nghĩa là giai đoạn đầu của bệnh với các dấu hiệu tổn thương sụn và xương dưới sụn nhưng chưa tiến triển nặng ngày càng được chú ý do tỷ lệ mắc gia tăng ở nhóm dân số trẻ hơn, thường liên quan đến các yếu tố như chấn thương, béo phì, hoặc hoạt động thể chất quá mức [8]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, THK chiếm khoảng 80% các trường hợp đau mãn tính ở người trên 50 tuổi, nhưng các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng tỷ THK gối sớm ở nhóm dưới 40 tuổi đang tăng đáng kể, đặc biệt tại các nước đang phát triển [10].

Các nghiên cứu tại khu vực Đông Nam Á cho thấy tỷ lệ THK gối dao động từ 10-15% ở dân số trưởng thành, trong đó một tỷ lệ đáng kể được phát hiện ở giai đoạn sớm nhờ các kỹ thuật hình ảnh học hiện đại như X-quang và chụp cộng hưởng từ [6]. Đặc điểm hình ảnh học không chỉ giúp chẩn đoán mà còn phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh, từ đó định hướng điều trị phù hợp [9]. Bên cạnh đó, tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index: BMI) và tiền sử chấn thương được ghi nhận là có ảnh hưởng đến sự khởi phát và tiến triển của THK gối sớm [5]. Các nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy tuổi, giới tính và BMI ảnh hưởng đến thoái THK ở bệnh nhân. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Diễm (Cần Thơ, 2024) trên 37 bệnh nhân ghi nhận tuổi trung bình 69,0 ± 8,4, 97,3% là nữ, 40,5% bị loãng xương [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Hồ Minh Như (Huế, 2024) cho thấy 80% bệnh nhân là nữ, 46,7% trên 70 tuổi, 46,6% thừa cân/béo phì, đau trung bình 6,08 ± 1,54 điểm, 83,5% có rối loạn vận động vừa [4]. Đào Chí Hùng (Bệnh viện E, 2024) báo cáo tỷ lệ bệnh nhân nữ:nam 6:1, THK liên quan lao động chân tay và đau mạn [3]. Trần Thái Hà (Mê Linh, 2022) chỉ ra 75% bệnh nhân trên 60 tuổi, 75% nữ, thoái hóa độ II phổ biến, tràn dịch khớp 35% gối trái, 26,7% gối phải [2]. Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời để cải thiện triệu chứng và hình ảnh học ở giai đoạn đầu THK.

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ những năm gần đây ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân THK gối tăng, đặc biệt ở người trẻ. Tuy nhiên, các nghiên cứu về tỷ lệ, đặc điểm hình ảnh học và yếu tố liên quan đến THK gối sớm vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này mô tả đặc điểm hình ảnh học, xác định yếu tố liên quan ở bệnh nhân THK gối sớm tại Khoa Khám bệnh, nhằm cung cấp dữ liệu cơ bản cho chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đau khớp gối kiểu cơ học một hoặc hai bên đến khám tại bệnh viện Đại Học Y Dược Cần Thơ năm 2024-2025.

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán THK gối giai đoạn sớm (theo Sáng kiến Quốc tế Hội thấp khớp Italia 2014) với 1 trong 3 tiêu chí: (1) Đau gối (không do chấn thương) và cứng khớp dưới 10 phút, hoặc (2) Đau gối kèm 1-2 yếu tố nguy cơ, hoặc (3) ≥3 yếu tố nguy cơ và ít nhất 1 triệu chứng bắt buộc với các triệu chứng kéo dài dưới 6 tháng mà không có viêm khớp, đau toàn thân, bất kỳ chấn thương hoặc chấn thương đầu gối nào gần đây và dưới 40 tuổi.

Yếu tố nguy cơ bao gồm thừa cân, tiền sử gia đình THK, chấn thương gối cũ, lệch trục gối, mất cân đối chi dưới, THK bên kia, hội chứng chuyển hóa, khó chạy/đi nhanh sau nghỉ.

X quang: Kellgren-Lawrence độ 0-2.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích về mục tiêu và lợi ích của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị THK gối trước đó. Bệnh nhân thuộc các trường hợp có chống chỉ định dùng thuốc như suy thận, men gan >3 lần bình thường, rối loạn tiêu hóa, tiền sử xuất huyết tiêu hóa; tuổi >65 với nhóm dùng Diacerein.

THK gối liên quan đến các bệnh lý khác như: bệnh khớp do tinh thể, nguyên nhân thần kinh,

rối loạn chuyển hóa, bệnh Hemophilia, rối loạn nội tiết, hoặc các vấn đề về chức năng tiểu cầu.

Bệnh nhân có tiền sử mổ nội soi khớp gối hoặc nhiễm trùng tại khớp gối thoái hóa. Mắc bệnh tim mạch nghiêm trọng, nhiễm trùng toàn thân, bệnh ác tính, suy giảm miễn dịch, hoặc đang sử dụng thuốc chống đông.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu: thực hiện trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán THK gối sớm.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân thỏa các tiêu chí chọn mẫu trong thời gian từ tháng 5/2024 đến tháng 02/2025.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu. Nghiên cứu viên thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án và thăm khám trực tiếp để hoàn thiện bộ dữ liệu, bao gồm các biến số:

Đặc điểm của bệnh nhân như tuổi, giới, nghề nghiệp, vị trí khớp thoái hóa, tiền sử bệnh nội khoa.

Đặc điểm lâm sàng gồm vị trí khớp gối thoái hóa theo đợt điều trị, mức độ đau đánh giá theo thang điểm Visual Analogue Scale (VAS) được đánh giá từ 0 đến 10 điểm, điểm càng cao mức độ đau càng nghiêm trọng. Sau đó chúng tôi chia làm 4 mức: không đau (0 điểm), đau ít (1-3 điểm), đau vừa (4-6 điểm) và đau nặng (7-10 điểm) [4]; dấu hiệu cứng khớp buổi sáng, tiếng lục cục khi vận động, dấu hiệu bào gỗ.

Đánh giá mức độ thương tổn khớp gối trên phim Xquang theo Kellgren và Lawrence và chia làm 3 nhóm: độ 0, độ I và độ II.

Đánh giá tầm vận động khớp gối thông qua đo góc vận động gấp gối và duỗi gối bằng thước thước đo góc loại 180^0. Ở tư thế giải phẫu, bình thường góc vận động gấp gối là $\geq 135^0$ và góc vận động duỗi gối là 0^0. Tầm vận động càng giảm tương đương khớp gối bị hạn chế càng nhiều. Sau khi đánh giá, tầm vận động gấp gối được chia làm 4 mức: ≥135°: Không hạn chế; 120^0-35^0: Hạn chế nhẹ; 90^0-120^0: Hạn chế vừa; < 90^0: Hạn chế nặng, tầm vận động duỗi gối cũng chia làm 4 mức: <5^0: Không hạn chế; 5^0-<10^0: Hạn chế nhẹ; 10^0-<20^0: Hạn chế vừa; ≥20^0: Hạn chế nặng [4].

Đánh giá khả năng vận động của khớp gối được thực hiện dựa trên thang điểm Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)-một chỉ số do các trường đại học Western Ontario và McMaster phát triển-nhằm đo lường ba yếu tố chính: mức độ đau (5 câu hỏi), tình trạng cứng khớp (2 câu hỏi) và khả năng hoạt động thể chất (17 câu hỏi). Mỗi câu hỏi được chấm điểm trên thang từ 0 đến 4, với các mức độ lần lượt là: không có (0), nhẹ (1), trung bình (2), nghiêm trọng (3) và cực kỳ nghiêm trọng (4) [4].

2.2.5. Phương pháp thu thập số liệu. Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhận với bộ câu hỏi soạn sẵn.

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

Mô tả tần suất, tỷ lệ %, trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC) các đặc điểm chung của bệnh nhân, các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh Xquang của bệnh THK gối.

Kiểm định Chi-square và Fisher Exact được sử dụng để xác định mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh học với các đặc điểm chung của bệnh nhân THK gối sớm với ngưỡng ý nghĩa p<0,05.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua, với số phê duyệt 24.184.HV/PCT-HĐĐĐ, ngày 28 tháng 6 năm 2024. Tất cả bệnh nhân được giải thích kỹ về mục tiêu và nội dung nghiên cứu để tự nguyện đồng ý tham gia. Bệnh nhân có quyền từ chối hoặc rời khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào họ muốn mà không ảnh hưởng đến các quyền lợi của đợt khám và điều trị bệnh. Các thông tin cá nhân được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân thoái hóa khớp gối sớm

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=40)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<40	3	7,5
	40-60	20	50
	>60	17	42,5
Giới	Nam	12	30
	Nữ	28	70
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	35	87,5
	Lao động trí óc	3	7,5
	Hết tuổi lao động	2	5
BMI	Gầy	4	10
	Trung bình	19	47,5
	Thừa cân	17	42,5
Tiền sử bệnh nội khoa	Không	28	70
	Có	12	30

Đa số bệnh nhân THK có độ tuổi từ 40 trở lên với 40-60 tuổi chiếm 50% và 42,5% trên 60 tuổi, 70% bệnh nhân là nữ giới. Có 87,5% bệnh

nhân là lao động chân tay và tỷ lệ bệnh nhân thừa cân chiếm đến 42,5%. Bệnh nhân THK có tiền sử mắc bệnh nội khoa chiếm tỷ lệ 30%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối (n=40)

Tiền sử		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí thoái hóa khớp gối theo đợt điều trị	Trái	17	42,5
	Phải	23	57,5
Mức độ đau	Không đau	5	12,5
	Đau ít	24	60
	Đau vừa	6	15
	Đau nhiều	5	12,5
Cứng khớp buổi sáng	Có	40	100
	Không	0	0
Tiếng lục cục khi vận động	Có	34	85
	Không	6	15
Dấu hiệu bào gỗ	Có	4	10
	Không	36	90

Khớp gối phải có tỷ lệ mắc cao hơn với 57,5%. Đa số bệnh nhân có đau chiếm 87,5%, với các mức độ đau ít, đau vừa và đau nặng lần lượt là 60%, 14% và 12,5. 100% bệnh nhân có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng, 85% nghe tiếng lục cục khi vận động và chỉ 10% có dấu hiệu bào gỗ.

3.2. Mức độ tổn thương khớp gối trên phim Xquang ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối sớm

Bảng 3. Mức độ tổn thương khớp gối trên phim Xquang của bệnh nhân thoái hóa khớp gối sớm (n=40)

Mức độ tổn thương khớp gối	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 0	3	7,9
Độ I	7	18,4
Độ II	28	73,7

Có đến 73,7% bệnh nhân THK có hình ảnh tổn thương khớp gối trên phim Xquang ở độ II.

Bảng 4. Vận động khớp gối và thang điểm WOMAC đánh giá đau, cứng khớp và khả năng vận động ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối sớm (n=40)

Đặc điểm		Mức độ ảnh hưởng vận động					TB±ĐLC
		Không n (%)	Nhẹ n (%)	Vừa n (%)	Nặng n (%)	Rất nặng n (%)	
Góc vận động gấp gối (độ)*	Trái	0 (0)	3 (7,5)	14 (35)	(0)	-	109±8,64
	Phải	0 (0)	2 (5)	21 (52,5)	0 (0)	-	106±8,16
Góc vận động duỗi gối (độ)*	Trái	0 (0)	0 (0)	6 (15)	11 (27,5)	-	18,2±7,28
	Phải	0 (0)	0 (0)	8 (20)	15 (37,5)	-	18,3±7,17
Điểm WOMAC đánh giá đau trong thoái hóa khớp gối							8,45±0,96
Khi đi bộ trên mặt phẳng		0 (0)	9 (22,5)	24 (60)	7 (17,5)	0 (0)	1,95±0,64
Khi lên hoặc xuống cầu thang		0 (0)	0 (0)	22 (55)	18 (45)	0 (0)	2,45±0,5
Khi ngủ		0 (0)	38 (95)	2 (5)	0 (0)	0 (0)	1,05±0,22
Đứng lên hoặc ngồi xuống		0 (0)	0 (0)	40 (100)	0 (0)	0 (0)	2±0
Trong khi đứng		0 (0)	40 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1±0
Điểm WOMAC đánh giá chức năng trong thoái hóa khớp gối							30,3±4,82
Lên cầu thang		0 (0)	0 (0)	31 (77,5)	9 (22,5)	0 (0)	2,23±0,42
Xuống cầu thang		0 (0)	20 (50)	20 (50)	0 (0)	0 (0)	1,5±0,51
Đứng lên		0 (0)	15 (37,5)	21 (52,5)	4 (10)	0 (0)	1,73±0,64
Giữ người khi đứng thẳng		0 (0)	35 (87,5)	5 (12,5)	0 (0)	0 (0)	1,13±0,34
Đi đường khúc khủy		0 (0)	0 (0)	36 (90)	4 (10)	0 (0)	2,1±0,3
Đi bộ trên mặt phẳng		0 (0)	0 (0)	37 (92,5)	3 (7,5)	0 (0)	2,08±0,27
Lên xuống xe		0 (0)	0 (0)	36 (90)	4 (10)	0 (0)	2,1±0,3
Đau khi đi chợ		0 (0)	0 (0)	36 (90)	4 (10)	0 (0)	2,1±0,3
Khi đi tất chân		0 (0)	32 (80)	8 (20)	0 (0)	0 (0)	1,2±0,41
Khi nằm thẳng trên giường		0 (0)	34 (85)	6 (15)	0 (0)	0 (0)	1,15±0,36
Khi dậy khỏi giường		0 (0)	11 (27,5)	29 (72,5)	0 (00)	0 (0)	1,73±0,45
Khi cởi tất chân		0 (0)	40 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1±0
Khi bước vào hoặc ra khỏi bồn tắm		0 (0)	0 (0)	31 (77,5)	9 (22,5)	0 (0)	2,23±0,42
Khi ngồi xổm		0 (0)	0 (0)	30 (75)	10 (25)	0 (0)	2,25±0,44
Ngồi xuống và đứng lên khỏi toilet		0 (0)	0 (0)	31 (77,5)	9 (22,5)	0 (0)	2,23±0,42
Khi làm công việc nội trợ		0 (0)	0 (0)	36 (90)	4 (10)	0 (0)	2,1±0,3
Khi làm việc nhà		0 (0)	22 (55)	18 (45)	0 (0)	0 (0)	1,45±0,5
Điểm WOMAC đánh giá cứng khớp trong thoái hóa khớp gối							2±0
Buổi sáng		0 (0)	40 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1±0

Khi bắt đầu vận động sau khi nằm hoặc sau khi nghỉ ngơi	0 (0)	40 (100)	0 (0)	0 (00)	0 (0)	1±0
Điểm WOMAC chung						40,7±5,5

*Ghi chú: phân loại thành 4 mức độ bao gồm không hạn chế, hạn chế nhẹ, hạn chế vừa và hạn chế nặng.

Đa số bệnh nhân có dấu hiệu hạn chế vận động với góc vận động gập gối trái và phải đều ở mức nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ lần lượt là 7,5%-35% và 5%-52,5%, góc vận động duỗi gối trái và phải ở mức vừa và nặng chiếm tỷ lệ lần lượt là 15%-27,5% và 20%-37,5%. Thang điểm WOMAC cho thấy bệnh nhân THK bị ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống liên quan các hoạt động hàng ngày do đau với điểm trung bình 8,45±0,96 điểm, giảm chức năng vận động 30,3±4,82 điểm và cứng khớp với 2±0 điểm, điểm chung là 40,7±5,5 điểm.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến đặc điểm hình ảnh học ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối sớm

Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh học với các đặc điểm chung của bệnh nhân thoái hóa khớp gối sớm (n=40)

Yếu tố		Hình ảnh Xquang n (%)			χ^2, p
		0	I	II	
Nhóm tuổi	<40	3 (100)	0 (0)	0 (0)	39,1 <0,001*
	40-60	0 (0)	5 (26,3)	14 (73,7)	
	>60	0 (0)	2 (12,5)	14 (87,5)	
Giới	Nam	2 (7,1)	6 (21,4)	20 (71,4)	0,672 0,715*
	Nữ	1 (10)	1 (10)	8 (80)	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	0 (0)	2 (100)	0 (0)	9,9 0,042*
	Lao động chân tay	3 (8,8)	5 (14,7)	26 (76,5)	
	Hết tuổi lao động	0 (0)	0 (0)	2 (100)	
BMI	Gầy	0 (0)	0 (0)	4 (100)	1,99 0,738*
	Trung bình	2 (11,1)	4 (22,2)	12 (66,7)	
	Thừa cân	1 (6,3)	3 (18,8)	12 (75)	
Tiền sử bệnh nội khoa	Có	3 (11,1)	7 (25,9)	17 (63)	5,53 0,063*
	Không	0 (0)	0 (0)	11 (100)	
Tiếng lục cục khi vận động	Có	0 (0)	4 (12,5)	28 (87,5)	25,1 <0,001*
	Không	3 (50)	3 (50)	0 (0)	
Dấu hiệu bào gỗ	Có	0 (0)	0 (0)	3 (100)	1,16 0,559*
	Không	3 (8,6)	7 (20)	25 (71,4)	
Vị trí khớp gối	Trái	0 (0)	1 (6,7)	14 (93,3)	5,11 0,129*
	Phải	3 (13)	6 (26,1)	14 (60,9)	

**Ghi chú*: Fisher exact test

Tuổi, nghề nghiệp, tiếng lục cục khi vận động có liên quan đến mức độ tổn thương khớp gối trên phim Xquang. Cụ thể, bệnh nhân thuộc nhóm tuổi >60, nghề nghiệp lao động chân tay và có tiếng lục cục khi vận động có tỷ lệ tổn thương khớp gối độ II cao hơn các nhóm khác, Ngược lại, giới, BMI, tiền sử bệnh nội khoa, dấu hiệu bào gỗ và vị trí khớp gối thoái hóa không liên quan đến mức độ tổn thương khớp gối trên phim Xquang.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và mức độ tổn thương khớp gối trên phim Xquang của bệnh nhân thoái hóa khớp gối sớm. Đau là triệu chứng phổ biến trong THK gối, với 87,5% trường hợp được ghi nhận, phù hợp với các công bố trước đây [1], [2], [3]. Mức độ đau theo thang điểm VAS ở mức độ đau ít (60%) trong khi đau vừa và đau nhiều chỉ chiếm 15% và 12,5%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hồ Minh Như (2024) với đau vừa 62% và nhiều 38% [4], có thể khác biệt về tiêu chí chọn mẫu và đối tượng của chúng tôi ở giai đoạn sớm hơn.

Cứng khớp (100%) và tiếng lục cục khi vận động (85%) là các dấu hiệu thường gặp ở bệnh nhân THK gối với 100% trường hợp ghi nhận. Kết quả này củng cố các phát hiện ở các nghiên cứu trước, cho thấy sự nhất quán về lâm sàng và tổn thương, nhưng cần nghiên cứu thêm về yếu tố nguy cơ và điều trị để giảm đau, cải thiện chức năng [2], [3]. Đánh giá mức độ suy giảm chức năng khớp theo thang điểm WOMAC, chúng tôi ghi nhận tổng điểm trung bình là 40,7 ± 5,5; trong đó đau 8,45 ± 0,96, giảm chức năng 30,3 ± 4,82, cứng khớp 2 ± 0). Kết quả

này khá gần với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Diễm (tổng điểm 47,4 ± 21,3; đau 8,6 ± 3,8, giảm chức năng 35,5 ± 16,0, cứng khớp 3,5 ± 2,2) [1], cho thấy THK ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổn thương độ II trên X-quang là 73,7% cao hơn so với độ 0 và độ I. Kết quả này tương đồng so với các nghiên cứu trước đây với độ II chiếm ưu thế [1], [2], [3], [4]. Đánh giá tầm vận động khớp gối, kết quả cho thấy hạn chế vận động mức nhẹ và vừa chiếm đa số (gập gối 7,5%-52,5%, duỗi gối 15%-37,5%) trong khi kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hồ Minh Như cho thấy tỷ lệ cao hơn ở mức vừa 70,9% và nặng 8,9% [4]. THK ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng vận động của bệnh nhân. Việc tư vấn và sàng lọc sớm giúp đảm bảo công tác điều trị kịp thời và hiệu quả, giảm các triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ tổn thương khớp gối trên phim Xquang của bệnh nhân thoái hóa khớp gối sớm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng bệnh nhân trên 60 tuổi, lao động chân tay và có tiếng lục cục khi vận động có liên quan đến mức độ tổn thương khớp gối độ II trên phim X-quang. Điều này có thể giải thích bởi quá trình lão hóa tự nhiên làm thoái hóa sụn khớp, áp lực cơ học từ lao động nặng (như khuân vác, đứng lâu) và tiếng lục cục-dấu hiệu của tổn thương bề mặt sụn-góp phần làm nặng thêm cấu trúc khớp đã được trình bày ở các nghiên cứu trước [1], [2], [3], [4]. Ngược lại, giới, BMI, tiền sử bệnh nội khoa, dấu hiệu bào gỗ và vị trí khớp gối không cho thấy ảnh hưởng rõ rệt đến mức độ tổn thương. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của tuổi và nghề nghiệp như các yếu tố chính thúc đẩy tiến triển tổn thương ở giai đoạn trung bình (độ II), trong khi các yếu tố khác có thể chưa biểu hiện rõ trong giai đoạn này.

Do ít nghiên cứu trước đây phân tích cụ thể mối liên quan giữa mức độ tổn thương trên phim X-quang với đặc điểm bệnh nhân, kết quả của chúng tôi cung cấp góc nhìn mới về cách các yếu tố như tuổi, nghề nghiệp và triệu chứng lâm sàng (tiếng lục cục) có thể dự báo tổn thương cấu trúc khớp. Dựa trên phân bố THK phù hợp với các đặc điểm chung (tuổi cao, lao động nặng), chúng tôi đề xuất tăng cường sàng lọc sớm ở nhóm trên 60 tuổi và người lao động chân tay, kết hợp đánh giá lâm sàng (tiếng lục cục) với hình ảnh khớp gối trên phim X-quang để phát hiện sớm các thương tổn. Điều trị sớm, như giảm tải khớp qua thay đổi nghề nghiệp hoặc vật lý trị liệu, có thể làm chậm tiến triển bệnh, cải thiện chức năng và chất lượng cuộc sống. Cần nghiên cứu thêm để xây dựng công cụ sàng lọc đơn giản dựa trên các đặc điểm này, hỗ trợ y tế cộng đồng hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN

THK gối biểu hiện qua đau (đặc biệt khi vận động), cứng khớp buổi sáng, tiếng lục cục và hạn chế chức năng vận động với mức tổn thương khớp gối độ II trên X-quang chiếm ưu thế. Các yếu tố gồm tuổi trên 60, nghề nghiệp lao động chân tay và tiếng lục cục khi vận động liên quan chặt chẽ đến tổn thương độ II, trong khi giới, BMI và tiền sử bệnh nội khoa không cho thấy ảnh hưởng rõ rệt.

Công tác điều trị cần ưu tiên sàng lọc sớm và can thiệp kịp thời ở nhóm nguy cơ cao nhằm làm chậm quá trình tổn thương khớp, cải thiện chức năng vận động và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hồng Diễm, Huỳnh Thanh Hiền, and Ngô Hoàng Long,** Kết quả thay đổi hình ảnh học và thang điểm đau sau điều trị bisphosphonates ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối giai đoạn sớm có giảm mật độ xương tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2024(77): p. 1-7.
2. **Trần Thái Hà, Bùi Trí Thuật,** 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, 2022. 514(2).
3. **Đào Chí Hùng, Nguyễn Thị Hồng Vân,** Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoái hoá khớp gối đến điều trị tại Khoa phục hồi chức năng Bệnh viện E năm 2022- 2023. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024. 536(1).
4. **Nguyễn Hồ Minh Như, Nguyễn Thị Tân,** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát tại Bệnh viện Y Học Cổ Truyền Tỉnh Thừa Thiên Huế. Tạp Chí Y học Cộng đồng, 2024. 65(CĐ8-Trường ĐH Nguyễn Tất Thành).
5. **Blagojevic, M., C. Jinks, A. Jeffery, and K.P. Jordan,** Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis Cartilage, 2010. 18(1): p. 24-33.
6. **Fransen, M., et al.,** The epidemiology of osteoarthritis in Asia. Int J Rheum Dis, 2011. 14(2): p. 113-21.
7. **Hunter, D.J. and S. Bierma-Zeinstra, Osteoarthritis.** Lancet, 2019. 393(10182): p. 1745-1759.
8. **Loeser, R.F., S.R. Goldring, C.R. Scanzello, and M.B. Goldring,** Osteoarthritis: a disease of the joint as an organ. Arthritis Rheum, 2012. 64(6): p. 1697-707.
9. **Roemer, F.W., et al.,** Imaging in Osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage, 2022. 30(7): p. 913-934.
10. **World Health Organization,** Musculoskeletal health. 2022.