

gov/pubmed/37347589

3. **Drozd M, Pujades-Rodriguez M, Lillie PJ, Straw S, Morgan AW, et al.** Bệnh không lây nhiễm, các yếu tố kinh tế xã hội và nguy cơ tử vong do nhiễm trùng: một nghiên cứu đoàn hệ quan sát của UK Biobank. *Lancet Infectious Diseases*, 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33662324/>
4. **Nhiễm trùng đường hô hấp cấp tính – Phòng ngừa và kiểm soát nhiễm trùng.** 2024. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0025/1246228/acute-respiratory-infection.pdf .
5. **Modestou MA, Manzel LJ, El-Mahdy S, và Look DC.** Ước chế khả năng phòng vệ biểu mô đường hô hấp chống virus phụ thuộc IFN-gamma bởi khói thuốc lá. *Nghiên cứu hô hấp*, 2010; 11(1):64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20504369>
6. **Zhang N, Liu Y, Yang C, Zeng P, Gong T, et al.** Mối liên hệ giữa hút thuốc và nguy cơ tử vong ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết: Tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp. *Bệnh do thuốc lá gây ra*, 2022; 20:65. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35903643>
7. **Herr C, Beisswenger C, Hess C, Kandler K, Suttrop N, et al.** Ước chế hệ thống phòng vệ bẩm sinh của phổi ở người hút thuốc. *Thorax*, 2009; 64(2):144-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18852155>
8. **Hwang JH, Lyes M, Sladewski K, Enany S, McEachern E, et al.** Hít thuốc lá điện tử làm thay đổi miễn dịch bẩm sinh và cytokine đường thở đồng thời làm tăng độc lực của vi khuẩn cư trú. *Tạp chí Y học Phân tử*, 2016; 94(6):667-79. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26804311>
9. **Baskaran V, Murray RL, Hunter A, Lim WS, và McKeever TM.** Tác động của hút thuốc lá đối với nguy cơ mắc viêm phổi cộng đồng: Một đánh giá hệ thống và phân tích tổng hợp. *PLoS ONE*, 2019; 14(7):e0220204. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31318967>
10. **Nuorti JP, Butler JC, Farley MM, Harrison LH, McGeer A, et al.** Hút thuốc lá và bệnh pneumococcal xâm lấn. *Nhóm Giám sát Vi khuẩn Chủ động. Tạp chí Y học NewEngland*, 2000; 342(10):681-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10706897>
11. **Lawrence H, Hunter A, Murray R, Lim WS và McKeever T.** Hút thuốc lá và sự xuất hiện của bệnh cúm - Đánh giá hệ thống. *Tạp chí Nhiễm trùng*, 2019; 79(5):401-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31465780>
12. **Feldman C, Theron AJ, Cholo MC và Anderson R.** Hút thuốc lá như một yếu tố nguy cơ gây bệnh lao ở người lớn: Dịch tễ học và các khía cạnh của cơ chế bệnh sinh, 2024; 13(2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38392889>
13. **Nhóm CI.** Đặc điểm lâm sàng và virus học của 12 bệnh nhân đầu tiên mắc bệnh coronavirus 2019 (COVID-19) tại Hoa Kỳ. *Nature Medicine*, 2020; 26(6):861-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32327757>

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC LỘC CẦU THẬN ƯỚC TÍNH (eGFR) VÀ MỨC ĐỘ ĐAU Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VĨ TRƯỜNG TOÀN GIAI ĐOẠN 2025-2026

Trần Quốc Thảo¹, Tôn Thất Hưng Bình², Phan Thành Tài¹,
Nguyễn Kim Vượng¹, Nguyễn Thị Thu Sen¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối điều trị ngoại trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn giai đoạn 2025-2026; (2) Xác định mối liên quan giữa mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) và mức độ đau theo VAS.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 70 bệnh nhân thoái hóa khớp gối từ 40 tuổi trở

lên, được chẩn đoán theo ACR 1991 và có xét nghiệm creatinine huyết thanh. Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn, khám lâm sàng, ghi nhận bệnh kèm, sử dụng NSAID, điểm VAS, creatinine và eGFR theo CKD-EPI 2021; phân tích bằng SPSS 26.0.

Kết quả: Nữ chiếm 77,1%; nhóm 60-70 tuổi và >70 tuổi cùng chiếm 32,9%; lao động chân tay chiếm 57,1%. Đau khi vận động gặp ở 100%, cứng khớp buổi sáng và khó leo cầu thang 98,6%, hạn chế vận động 92,9%. Có 90,0% người bệnh có bệnh kèm; tăng huyết áp chiếm 70,0%; 65,7% dùng NSAID thường xuyên. VAS trung bình là 6,06 ± 0,80; eGFR trung bình 84,29 ± 18,29 mL/phút/1,73m². Tỷ lệ đau nặng tăng theo mức suy giảm eGFR: 6,7% ở G1, 38,2% ở G2, 75,0% ở G3a và 100,0% ở G3b (p<0,001). VAS tương quan nghịch với eGFR (r=-0,512; p<0,001). Sau hiệu chỉnh, eGFR vẫn liên quan độc lập với VAS (B=-0,016; p=0,007).

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn

²Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phan Thành Tài

Email: pttai@vtu.edu.vn

Mã bài: N698

Ngày nhận bài: 21/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 20/4/2026

Ngày duyệt bài: 22/5/2026

Kết luận: eGFR thấp hơn liên quan với mức độ đau cao hơn ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối ngoại trú. Đánh giá chức năng thận cần được lồng ghép trong quản lý đau, nhất là ở người cao tuổi, có bệnh đồng mắc hoặc sử dụng NSAID kéo dài.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối; eGFR; VAS; đau; bệnh thận mạn; NSAID.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN ESTIMATED GLOMERULAR FILTRATION RATE AND PAIN SEVERITY IN OUTPATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS AT VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL, 2025-2026

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics of outpatients with knee osteoarthritis at the Musculoskeletal Center, Vo Truong Toan University Hospital, 2025-2026, and to determine the association between estimated glomerular filtration rate (eGFR) and VAS pain severity.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted on 70 patients aged 40 years or older with knee osteoarthritis diagnosed according to the 1991 ACR criteria and available serum creatinine results. Data on clinical features, comorbidities, NSAID use, VAS score, serum creatinine and CKD-EPI 2021 eGFR were analyzed using SPSS 26.0.

Results: Females accounted for 77.1%; patients aged 60-70 years and >70 years each accounted for 32.9%; manual laborers accounted for 57.1%. Pain on movement was reported by 100%, morning stiffness and difficulty climbing stairs by 98.6%, and restricted mobility by 92.9%. Comorbidity was present in 90.0%; hypertension in 70.0%; and 65.7% used NSAIDs regularly. Mean VAS was 6.06 ± 0.80 and mean eGFR was 84.29 ± 18.29 mL/min/1.73m². Severe pain increased from 6.7% in G1 to 38.2% in G2, 75.0% in G3a and 100.0% in G3b ($p < 0.001$). VAS was inversely correlated with eGFR ($r = -0.512$; $p < 0.001$). After adjustment, eGFR remained independently associated with VAS ($B = -0.016$; $p = 0.007$).

Conclusion: Lower eGFR was associated with higher pain severity in outpatients with knee osteoarthritis. Renal function assessment should be integrated into pain management, especially in older adults, patients with comorbidities and long-term NSAID users.

Keywords: knee osteoarthritis; eGFR; VAS; pain; chronic kidney disease; NSAIDs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối là bệnh lý cơ xương khớp mạn tính thường gặp ở người trung niên và cao tuổi, gây đau kéo dài, hạn chế vận động và giảm chất lượng sống. Bệnh không chỉ là hao mòn cơ học mà còn liên quan đến quá tải khớp, viêm mức độ thấp, rối loạn chuyển hóa và thay đổi xương dưới sụn [1], [8].

Đau là lý do chính khiến bệnh nhân đến khám. Thang điểm VAS được sử dụng rộng rãi vì đơn giản và phù hợp ngoại trú. Tuy nhiên, cường độ đau không luôn tương ứng với tổn thương tại khớp, nên

cần xem xét thêm các yếu tố toàn thân, trong đó có chức năng thận.

eGFR là chỉ số quan trọng để đánh giá và phân tầng chức năng thận [2]. Ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối, eGFR còn định hướng lựa chọn thuốc giảm đau an toàn, đặc biệt khi dùng NSAID [6]. Dữ liệu về liên quan giữa eGFR và mức độ đau ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Việt Nam hiện còn hạn chế.

Nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối điều trị ngoại trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản giai đoạn 2025-2026; và (2) Xác định mối liên quan giữa eGFR và mức độ đau theo thang điểm VAS trong nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối, điều trị ngoại trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản trong giai đoạn 2025-2026. Tiêu chuẩn chọn mẫu gồm: tuổi từ 40 trở lên, được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn ACR 1991, có kết quả creatinine huyết thanh và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp thoái hóa khớp thứ phát do chấn thương, viêm khớp dạng thấp, gout hoặc nhiễm khuẩn khớp; bệnh thận cấp; đang dùng corticosteroid toàn thân hoặc thuốc ức chế miễn dịch trong vòng 3 tháng; không hoàn thành đánh giá VAS hoặc thiếu dữ liệu cận lâm sàng cần thiết.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2025 đến tháng 03/2026 tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu được tính cho mục tiêu phân tích tương quan giữa eGFR và điểm VAS. Nghiên cứu thu nhận thực tế 70 bệnh nhân bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Nội dung nghiên cứu

Các biến số được ghi nhận gồm tuổi, giới, nơi cư trú, nghề nghiệp, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế, thói quen rượu bia - thuốc lá, mức độ vận động khớp gối, thời gian mắc bệnh, triệu chứng lâm sàng, bệnh kèm theo, cân nặng, chiều cao, BMI, tình trạng sử dụng NSAID, điểm VAS, creatinine huyết thanh, eGFR theo CKD-EPI 2021 và phân độ KDIGO.

2.6. Phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng SPSS 26.0. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định phù hợp. Mối liên quan giữa VAS và eGFR được đánh giá bằng tương quan Pearson và hồi quy tuyến tính. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được xem xét và thông qua trước khi triển khai. Người bệnh được giải thích mục tiêu, nội dung nghiên cứu, tự nguyện tham gia và có quyền rút lui bất cứ lúc nào. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 70 bệnh nhân thoái hóa khớp gối điều trị ngoại trú. Nữ chiếm 77,1%, nam chiếm 22,9%. Người bệnh sống ở nông thôn chiếm 81,4%. Nhóm 60-70 tuổi và trên 70 tuổi cùng chiếm 32,9%, trong khi nhóm dưới 50 tuổi chiếm 10,0%. Lao động chân tay là nhóm nghề nghiệp thường gặp nhất với 57,1%. Phần lớn người bệnh có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống (92,9%). Thời gian mắc bệnh từ 1-3 năm chiếm 54,3%, trên 3 năm chiếm 41,4%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, bệnh kèm theo và sử dụng NSAID

Đau khi vận động ghi nhận ở toàn bộ bệnh nhân. Cứng khớp buổi sáng và khó leo cầu thang cùng chiếm 98,6%; hạn chế vận động chiếm 92,9%; đau khi nghỉ ngơi chiếm 45,7%; sưng khớp chiếm 17,1%. Tăng huyết áp là bệnh kèm phổ biến nhất (70,0%), tiếp theo là béo phì (27,1%) và đái tháo đường (14,3%). Nhóm thừa cân chiếm 58,6%, béo phì chiếm 27,1%.

Có 65,7% bệnh nhân sử dụng NSAID thường xuyên. Diclofenac là thuốc được dùng nhiều nhất

Bảng 1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số/Giá trị	Tỷ lệ (%)
Nữ	54	77,1
Nông thôn	57	81,4
Tuổi 60-70	23	32,9
Tuổi >70	23	32,9
Lao động chân tay	40	57,1
Thời gian mắc bệnh 1-3 năm	38	54,3
Thời gian mắc bệnh >3 năm	29	41,4
Đau khi vận động	70	100,0
Cứng khớp buổi sáng	69	98,6
Khó leo cầu thang	69	98,6
Hạn chế vận động	65	92,9
Có ít nhất 1 bệnh kèm theo	63	90,0
Tăng huyết áp	49	70,0
BMI trung bình (kg/m ²)	25,29 $\pm$ 2,47	
VAS trung bình	6,06 $\pm$ 0,80	
eGFR trung bình (mL/phút/1,73m ²)	84,29 $\pm$ 18,29	

(40,0%), tiếp theo là meloxicam (21,4%). Thời gian sử dụng NSAID từ 6-12 tháng chiếm 51,4%; dùng trên 12 tháng chiếm 22,9%.

3.3. Liên quan giữa eGFR và mức độ đau theo VAS

Mức đau theo VAS chủ yếu ở nhóm trung bình (71,4%); đau nặng chiếm 28,6%; không ghi nhận đau nhẹ. Nhóm đau nặng có eGFR thấp hơn rõ rệt so với nhóm đau trung bình (70,90 $\pm$ 19,28 so với 89,64 $\pm$ 14,99 mL/phút/1,73m²; $p < 0,001$), đồng thời có creatinine huyết thanh và tuổi cao hơn.

Bảng 2. Liên quan giữa phân độ KDIGO và mức độ đau theo VAS

Phân độ KDIGO	VAS trung bình n (%)	VAS nặng n (%)	Tổng	p
G1 (≥ 90)	28 (93,3)	2 (6,7)	30	<0,001
G2 (60-89)	21 (61,8)	13 (38,2)	34	
G3a (45-59)	1 (25,0)	3 (75,0)	4	
G3b (30-44)	0 (0,0)	2 (100,0)	2	
Tổng	50 (71,4)	20 (28,6)	70	

Điểm VAS trung bình tăng dần theo mức giảm eGFR: 5,60 $\pm$ 0,67 ở G1; 6,32 $\pm$ 0,73 ở G2; 6,75 $\pm$ 0,50 ở G3a và 7,00 $\pm$ 0,00 ở G3b (ANOVA, $p < 0,001$). Tương quan Pearson cho thấy VAS liên quan nghịch mức độ

trung bình với eGFR ($r=-0,512$; $p<0,001$), liên quan thuận với creatinine huyết thanh ($r=0,427$; $p<0,001$) và tuổi ($r=0,465$; $p<0,001$). BMI không liên quan có ý nghĩa thống kê với VAS ($r=0,143$; $p=0,239$).

Bảng 3. Hồi quy tuyến tính về mối liên quan giữa eGFR và điểm VAS

Biến số	B thô (KTC 95%)	p	B hiệu chỉnh (KTC 95%)	p hiệu chỉnh
eGFR (mỗi tăng 1 mL/phút/1,73m ²)	-0,022 (-0,031 đến -0,013)	<0,001	-0,016 (-0,027 đến -0,005)	0,007
Giới nam so với nữ			0,212 (-0,178 đến 0,602)	0,282
Tăng huyết áp: có so với không			0,180 (-0,219 đến 0,579)	0,371
Đái tháo đường: có so với không			0,537 (0,055 đến 1,019)	0,030
NSAID thường xuyên so với không thường xuyên			0,303 (-0,081 đến 0,688)	0,120
Tuổi (mỗi tăng 1 năm)			-0,005 (-0,031 đến 0,020)	0,677
BMI (mỗi tăng 1 kg/m ²)			0,032 (-0,032 đến 0,096)	0,322

Sau hiệu chỉnh cho tuổi, giới, BMI, tăng huyết áp, đái tháo đường, thời gian mắc bệnh và tình trạng sử dụng NSAID, eGFR vẫn còn liên quan độc lập với điểm VAS. Mô hình đa biến ghi nhận đái tháo đường cũng liên quan với điểm VAS cao hơn; hệ số xác định hiệu chỉnh của mô hình đạt 0,372.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận nữ giới chiếm ưu thế, người bệnh chủ yếu từ 60 tuổi trở lên và phần lớn sống ở nông thôn. Đây là phân bố phù hợp với đặc điểm dịch tễ của thoái hóa khớp gối, bệnh thường gặp ở người lớn tuổi và phụ nữ sau trung niên [1], [8].

Tỷ lệ lao động chân tay cao gợi ý vai trò của quá tải cơ học và vận động lặp lại. Phần lớn bệnh nhân mắc bệnh từ 1 năm trở lên, cho thấy bệnh đã mạn tính và ảnh hưởng sinh hoạt. Các nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận người bệnh thường đến khám khi đã đau kéo dài và hạn chế chức năng [3], [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, bệnh kèm theo và sử dụng thuốc giảm đau

Triệu chứng của nghiên cứu khá điển hình: đau khi vận động gặp ở toàn bộ bệnh nhân; cứng khớp buổi sáng, khó leo cầu thang và hạn chế vận động đều chiếm tỷ lệ rất cao. Điều này cho thấy đau gắn trực tiếp với suy giảm chức năng chứ không chỉ là cảm giác chủ quan.

Tỷ lệ bệnh kèm theo lên đến 90,0%, nổi bật là tăng huyết áp, béo phì và đái tháo đường. Các yếu tố này có thể ảnh hưởng đồng thời đến thoái hóa khớp, chức năng thận và cảm nhận đau. Vì vậy, đánh giá eGFR có ý nghĩa thực hành trong nhóm bệnh nhân thoái hóa khớp gối ngoại trú.

Có 65,7% bệnh nhân sử dụng NSAID thường xuyên, phản ánh nhu cầu kiểm soát đau lớn. Tuy

nhien, NSAID cần được dùng thận trọng ở người cao tuổi hoặc có bệnh đồng mắc vì có thể làm giảm tưới máu thận và tăng nguy cơ suy giảm chức năng thận [6].

4.3. Mối liên quan giữa eGFR và mức độ đau.

Phát hiện chính là eGFR thấp hơn liên quan với mức độ đau cao hơn. Kết quả này nhất quán qua so sánh nhóm đau, phân tầng KDIGO, tương quan Pearson và hồi quy tuyến tính đa biến.

Kết quả phù hợp với bằng chứng cho thấy đau cơ xương khớp thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn. Viêm hệ thống âm ỉ, stress oxy hóa, rối loạn chuyển hóa khoáng - xương, giảm khối cơ và thay đổi dẫn truyền thần kinh có thể làm tăng cảm thụ đau [5].

Suy giảm chức năng thận còn giới hạn lựa chọn thuốc giảm đau. Khi đau nhiều, người bệnh dễ tăng dùng NSAID; trong khi NSAID có thể làm xấu chức năng thận ở nhóm nguy cơ [6]. Do đó, eGFR nên được xem là chỉ số cần thiết khi đánh giá bệnh nhân thoái hóa khớp gối có đau kéo dài.

Đái tháo đường liên quan với điểm VAS cao hơn trong mô hình đa biến. Điều này phù hợp vì đái tháo đường có thể gây rối loạn chuyển hóa, viêm mạn, bệnh lý thần kinh và tổn thương thận.

4.4. Ý nghĩa thực hành và giới hạn nghiên cứu

Kết quả gợi ý cần lồng ghép creatinine huyết thanh và eGFR khi tiếp cận bệnh nhân thoái hóa khớp gối, nhất là người lớn tuổi, có tăng huyết áp, đái tháo đường, thừa cân - béo phì hoặc sử dụng

NSAID kéo dài. Nhận diện sớm giảm eGFR giúp lựa chọn thuốc giảm đau an toàn hơn.

Nghiên cứu có giới hạn do thiết kế cắt ngang, cỡ mẫu còn khiêm tốn, thực hiện tại một trung tâm và chưa kết hợp albumin niệu, biomarker viêm, thang điểm WOMAC hoặc dữ liệu hình ảnh học chi tiết. Tuy vậy, đề tài có giá trị thực hành vì sử dụng các chỉ số dễ áp dụng trong khám ngoại trú.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 70 bệnh nhân thoái hóa khớp gối điều trị ngoại trú tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản giai đoạn 2025-2026 cho thấy người bệnh chủ yếu là nữ, tuổi cao, sống ở nông thôn, lao động chân tay, có thời gian mắc bệnh kéo dài, nhiều bệnh kèm theo và sử dụng NSAID khá phổ biến. Biểu hiện lâm sàng nổi bật là đau khi vận động, cứng khớp buổi sáng, khó leo cầu thang và hạn chế vận động. eGFR thấp hơn có liên quan rõ với mức độ đau cao hơn: nhóm đau nặng có eGFR thấp hơn, tỷ lệ đau nặng tăng dần theo phân độ KDIGO, VAS tương quan nghịch với eGFR và eGFR vẫn còn liên quan độc lập với VAS sau hiệu chỉnh nhiều yếu tố. Kết quả này cho thấy đau trong thoái hóa khớp gối cần được đặt trong bối cảnh toàn thân, trong đó chức năng thận là yếu tố nên được đánh giá thường quy để hỗ trợ quản lý đau an toàn và hợp lý.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần lồng ghép đánh giá creatinine huyết thanh và eGFR trong tiếp cận bệnh nhân thoái hóa khớp gối, nhất là người cao tuổi, có tăng huyết áp, đái tháo đường, thừa cân - béo phì hoặc sử dụng NSAID thường xuyên. Việc điều trị đau nên được cá thể

hóa, ưu tiên phối hợp biện pháp không dùng thuốc, theo dõi chức năng thận định kỳ và cân nhắc thận trọng nguy cơ - lợi ích khi sử dụng NSAID kéo dài. Các nghiên cứu tiếp theo nên có cỡ mẫu lớn hơn và bổ sung albumin niệu, hình ảnh học và thang điểm chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Cơ - Xương - Khớp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2024)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn (ban hành kèm Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 15/5/2024), Hà Nội.
3. **Đỗ Chí Hùng và cộng sự (2024)**, "Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân thoái hóa khớp gối đến điều trị tại khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện E năm 2022-2023", Tạp chí Y học Việt Nam, 536(1), tr. 88-93.
4. **Huỳnh Thanh Hiền, Lưu Hồ Bình Yên, Trần Diệu Hiền (2025)**, "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", Tạp chí Y học Việt Nam, 550(3), tr. 112-118.
5. **Caravaca F, Martínez del Viejo C, Villa J, et al (2016)**, "Musculoskeletal pain in patients with chronic kidney disease", Nefrología, 36(4), pp. 433-440.
6. **Da Costa BR, Nüesch E, Kasteler R, et al (2021)**, "Effectiveness and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioids for knee and hip osteoarthritis: network meta-analysis", Osteoarthritis and Cartilage, 29(6), pp. 751-763.
7. **Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, et al (2011)**, "Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain and other pain instruments", Arthritis Care & Research, 63(S11), pp. S240-S252.
8. **Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S (2019)**, "Osteoarthritis", The Lancet, 393(10182), pp. 1745-1759.

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG SỌ MẶT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Hạnh Uyên¹, Trần Anh Bích¹, Nguyễn Tri Thức¹, Trần Minh Trường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá về triệu chứng lâm sàng, nguyên nhân, kết quả điều trị của 53 ca viêm xương hoại tử tại bệnh viện Chợ Rẫy sau đợt dịch Covid 19.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hạnh Uyên

Email: uyenent@gmail.com

Mã bài: N725

Ngày nhận bài: 6/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 5/5/2026

Ngày duyệt bài: 6/6/2026

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu là tiến cứu gồm 53 bệnh nhân: 25 nam (47%) và 28 nữ (53%) viêm hoại tử xương vùng sọ mặt tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ 8/2021 đến 8/2023. Các triệu chứng lâm sàng chính là đau vùng mặt và xương sọ âm ỉ kéo dài, dò mủ ra da, lung lay xương hàm trên, hoại tử xương khẩu cái, hầu hết bệnh nhân có kèm theo bệnh đái tháo đường trong tình trạng không ổn định.

Phẫu thuật nhằm mục đích lấy bỏ các xương bệnh lý và dẫn lưu áp xe thực hiện 49/53 ca sử dụng các đường mổ ngoài, nội soi hay kết hợp. 27 ca dùng 1 đường phẫu thuật,