

- iran. Middle East African journal of ophthalmology. 19(1):107-114.
4. **Friling E, Johansson B, Lundström M, Montan P** (2022), Postoperative Endophthalmitis in Immediate Sequential Bilateral Cataract Surgery: A Nationwide Registry Study. Ophthalmology. 129(1):26-34.
 5. **Phillips WB, 2nd, Tasman WS** (1994), Postoperative endophthalmitis in association with diabetes mellitus. Ophthalmology. 101(3):508-518.
 6. **Gondhale H, Jaichandran VV, Jambulingam M, et al.** (2021), Distribution and risk factors of postoperative endophthalmitis in people with diabetes. Indian J Ophthalmol. 69(11):3329-3334.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Nguyễn Trọng Tuấn¹, Tạ Trâm Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm tai giữa mạn tính tại bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 145 bệnh nhân được chẩn đoán VTGMT và được phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Trường Đại Học Y khoa Vinh từ 01/2016 đến tháng 12/2021 sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang từng trường hợp có can thiệp. **Kết quả:** tỷ lệ liền kín màng nhĩ sau 6 tháng là 82,2%. PTA trung bình trước phẫu thuật là 39,7 + 11,4dB, sau phẫu thuật là 23,3 + 10,4dB. **Kết luận:** 85,6% có triệu chứng chảy mủ tai. Hiệu quả Rinne trung bình trước và sau phẫu thuật là 18,5dB.

Từ khóa: viêm tai giữa mạn tính, phẫu thuật tạo hình tai giữa typ 1,2.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TYMPANOPLASTY SURGERY FOR CHRONIC OTITIS MEDIA AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objects: evaluating the results of tympanoplasty surgery for chronic otitis media at Vinh medical university hospital. **Subject and method:** A descriptive cross sectional study on 145 COM patients was surgery at Vinh Medical University hospital from Jan 2016 to Dec 2021. **Results:** The percentage of closure of tympanic membrane perforation after 6 months was 82,2%. PTA before surgery was 39,7 + 11,4dB compare with 23,3 + 10,4dB after surgery 6 months. **Conclusions:** 85,6% patients had otorrhea. The average deviant of Rinne between before and after surgery was 18,5dB

Keywords: Chronic otitis media

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính (Chronic Otitis Media COM) là quá trình viêm toàn bộ hệ thống hòm

nhĩ-xương chũm, không có bệnh sinh và căn nguyên đặc hiệu nào[1]. Thông thường người ta nói viêm tai giữa (VTG) trở thành mạn tính khi thời gian chảy tai của tai giữa kéo dài trên ba tháng. Tuy vậy khoảng thời gian này không có tính chất cố định, chúng ta có thể gặp những viêm tai giữa mạn tính (VTGMT) ngay từ tháng thứ hai [2].

Đây là một bệnh còn phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. Theo nghiên cứu sơ bộ của ngành Tai Mũi Họng nước ta, ước tính có khoảng 5% dân số bị viêm tai giữa các loại, chiếm khoảng 6-10% so với các bệnh tai mũi họng. Tỷ lệ mắc bệnh viêm tai giữa ở một số phường ở Hà Nội là 8,9%. Viêm tai giữa mạn ở trẻ em là một bệnh có tần suất khá cao 6,86%. Theo các tài liệu trong và ngoài nước, tỷ lệ viêm tai giữa khoảng 10% ở trẻ em[2]. Theo thống kê tại Viện Tai Mũi Họng biến chứng của viêm tai giữa chiếm 60% trong các bệnh cấp cứu tai mũi họng.

Vấn đề điều trị VTGMT ngoài việc loại trừ bệnh tích còn nhằm đến bảo tồn và phục hồi sức nghe cho bệnh nhân.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật (PT) điều trị viêm tai giữa mạn tính như phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần (Wullstein I), phẫu thuật sào bào thượng nhĩ kèm vá nhĩ (Wullstein II)... Việc tiến hành phẫu thuật trong điều trị viêm tai giữa mạn tính không những giải quyết được bệnh tích, tránh biến chứng mà còn có thể giúp bảo tồn và phục hồi sức nghe trong một số trường hợp khi bệnh tích chưa lan rộng [3], [4], [5].

Xuất phát từ tính quan trọng, thực tiễn, khoa học của bệnh viêm tai giữa mạn tính và vấn đề điều trị viêm tai giữa mạn tính bằng phẫu thuật như nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm tai giữa mạn tính tại bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Tuấn

Email: tuannghytrung1288@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 145 bệnh nhân (180 tai) được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính đã được tiến hành phẫu thuật tại Khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2021

***Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- BN được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính được tiến hành khám nội soi, đo thính lực đồ, nhĩ lượng và chụp phim CT xương thái dương
- Được phẫu thuật theo phương pháp Wullstein I hoặc II

- Có bệnh án đầy đủ

- Được khám, đo thính lực đồ đánh giá lại sau 6 tháng phẫu thuật.

***Tiêu chuẩn loại trừ**

- Không có bệnh án đầy đủ

- Có tổ chức cholesteatoma

- Không được đánh giá lại

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang ca bệnh có can thiệp

***Nội dung nghiên cứu**

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới

- Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật: triệu chứng cơ năng: chảy mủ tai, nghe kém, ù tai, đau tai. Tiền sử chảy mủ tai: thời gian, tính chất chảy mủ tai

- Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật: Nội soi tai (vị trí, kích thước, bờ lỗ thủng), Thính lực đồ: Mức độ, phân loại nghe kém, Phim CT scanner xương thái dương: sự phát triển thông bào xương chũm (mạnh, trung bình, kém), kích thước sào bào, hình ảnh bệnh lý tai bệnh (mờ đặc, mờ nhạt, bình thường)

- Phương pháp phẫu thuật: Phân loại (Wullstein I, Wullstein II), chất liệu màng vá (sụn, màng sụn, cân cơ thái dương)

- Kết quả sau 6 tháng phẫu thuật:

Kết quả theo triệu chứng thực thể

+ Tốt: Tai khô và màng ghép liền kín.

+ Khá: Tai khô và màng ghép thủng < trước mổ.

+ Kém: Tai chảy mủ, hoặc màng ghép thủng ≥ trước mổ.

Kết quả theo thính lực đồ: tính theo hiệu quả Rinne trước và sau phẫu thuật

+ Tốt: Hiệu quả Rinne > 20dB

+ Khá: Hiệu quả Rinne từ 11-20dB

+ Trung bình: Hiệu quả Rinne từ 1-10dB

+ Kém: Hiệu quả Rinne < 0dB

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi	< 15	8	5,5
	16-30	32	22,1
	31-45	56	38,6
	46-60	20	13,8
	>60	29	20,0
Giới	Nam	83	57,2
	Nữ	62	42,8
Vị trí tai bệnh	Tai phải	43	29,6
	Tai trái	57	39,3
	Hai tai	45	31,1

Nhận xét: Nhiều nhất ở nhóm tuổi 31 - 45 tuổi chiếm 38,6%. Tiếp đến là độ tuổi từ 16 - 30 tuổi tỷ lệ 22,1%. Độ tuổi trên 60 tuổi là 20,0%. Bệnh nhân lớn tuổi nhất 75 và ít nhất là 10 tuổi. Tuổi trung bình là 34,7 + 13,8. Sự khác biệt giữa các lứa tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Về giới tính: nam giới là 57,2%, nữ giới là 42,8%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Về vị trí tai bệnh: tai phải chiếm 39,3%, tai trái là 29,6%. Trong khi đó tỷ lệ người bệnh bị cả 2 tai là 31,1%

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng chính

Triệu chứng	Chảy mủ tai	Nghe kém	Ù tai	Đau tai
n	154	116	32	38
%	85,6	64,4	17,8	21,1

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là chảy mủ tai (85,6%). Tiếp đến là nghe kém (64,4%). Đây cũng là 2 triệu chứng cơ năng thường gặp nhất của viêm tai giữa mạn tính. Còn triệu chứng đau tai và ù tai ở bên bị bệnh chiếm tỷ lệ lần lượt là 21,1% và 17,8%

*** Tình trạng chảy mủ tai**

Bảng 3. Tiền sử chảy mủ tai

		n	%
Thời gian	Không chảy	26	14,5
	< 1 năm	23	12,7
	> 1 năm	131	72,8
Tính chất	Loãng	23	12,7
	Nhầy	31	27,2
	Đặc thối	87	48,3
	Đặc không thối	13	7,2
	Không chảy	26	14,5

Đa số đều có tình trạng chảy mủ tai dai dẳng > 1 năm, điều trị không hết hoặc hay tái phát chiếm tỷ lệ 72,8%.

Tình trạng chảy mủ thối là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 48,3%. Tiếp đến là dịch nhầy và loãng với tỷ lệ lần lượt là 27,2% và 12,7%. Trong đó tính chất mủ đặc không thối gặp ít

nhất với tỷ lệ 5,5%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

*** Tình trạng lỗ thủng màng nhĩ**

Bảng 4. Vị trí lỗ thủng màng nhĩ

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ
Trước dưới	37	20,6
Sau dưới	5	2,8
Trước trên	17	9,4
Sau trên	24	13,3
Trung tâm	47	26,1
Thủng rộng	50	27,8

Thường gặp là thủng rộng hầu như toàn bộ màng nhĩ (27,8%), thủng vị trí trung tâm (26,1%), thủng vị trí rước dưới màng nhĩ (20,6%). Vị trí thủng ít gặp nhất là ở góc ¼ sau dưới màng nhĩ chiếm tỷ lệ 2,8%.

Bảng 5. Kích thước lỗ thủng màng nhĩ

Kích thước lỗ thủng	n	%
Lỗ thủng nhỏ	73	40,6
Lỗ thủng trung bình	57	31,6
Lỗ thủng lớn	50	27,8

Lỗ thủng nhỏ chiếm 40,6%. Lỗ thủng kích thước trung bình và lỗ thủng lớn chiếm lần lượt 31,6% và 27,8%.

***Đặc điểm phim CT scanner xương thái dương**

- Xương chũm thể xộp (phát triển trung bình) chiếm tỷ lệ cao nhất (63,3%). Tiếp đến là xương chũm thể thông bào (phát triển mạnh) 27,8%, xương chũm thể đặc ngà (phát triển kém) 8,9%

- Hình ảnh mờ đặc 65%, mờ nhạt 27,8% và không có tổn thương trên phim CT 7,2%

*** Thính lực đồ trước phẫu thuật**

Bảng 6. Phân loại và mức độ nghe kém trước phẫu thuật

Mức độ nghe kém	Loại nghe kém			
	Dẫn truyền	Tiếp nhận	Hỗn hợp	Bình thường
Bình thường	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (7,2)
Nghe kém nhẹ	73 (40,6)	0 (0)	12 (6,7)	0 (0)
Nghe kém vừa	16 (8,9)	7 (3,9)	32 (17,8)	0 (0)
Nghe kém nặng	0 (0)	4 (2,2)	23 (12,7)	0 (0)

Nghe kém dẫn truyền (49,4%), Nghe kém hỗn hợp (37,2%), Nghe kém tiếp nhận (6,1%).

Nghe kém nhẹ (47,2%), nghe kém mức độ vừa (30,6%), Nghe kém mức độ nặng 15,0%. Không ghi nhận trường hợp người bệnh có tình trạng điếc sâu (PTA> 80dB). Thính lực trung bình của người bệnh (PTA) là 39,7 + 11,4. Trường hợp cao nhất có PTA là 72,3dB, thấp

nhất là 17,3dB

3.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 6 tháng

Bảng 7. Kết quả phẫu thuật theo triệu chứng thực thể

Tình trạng màng nhĩ	Kết quả PT theo thực thể		
	Tốt	Khá	Kém
Liên kín	148(82,2)	0	0
Còn hở	0	19(10,6)	13 (7,2)

Tỷ lệ màng nhĩ liên kín là 82,2%, chỉ 17,8% trường hợp màng nhĩ còn hở

Kết quả tốt đạt 82,2%, Khá 10,6%, Kém 7,2%

Bảng 8. Đánh giá mức độ cải thiện sức nghe sau phẫu thuật

Kết quả PT	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	47	26,1
Khá	85	47,2
Trung bình	29	16,1
Kém	19	10,6

Kết quả phẫu thuật được tính bằng hiệu quả Rinne sau phẫu thuật. Kết quả tốt đạt 26,1%, khá 47,2%, trung bình 16,1%. Kết quả kém chiếm tỷ lệ 10,6%. Thính lực trung bình của người bệnh (PTA) sau phẫu thuật 6 tháng là 23,3 + 10,4. Như vậy PTA sau mổ được cải thiện hơn 16,4dB so với trước phẫu thuật

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nhóm tuổi từ 31-45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (38,6%), nhóm tuổi < 15 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,5%). Độ tuổi từ 16-60 tuổi chiếm 74,5%. Đây cũng là độ tuổi học tập và lao động chính. Điều này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả như Hildmann (2006) cho rằng phẫu thuật vá nhĩ chỉ nên thực hiện ở người lớn và hạn chế ở trẻ em, đặc biệt khi điều kiện theo dõi trước và sau mổ không tốt [6]. Vì dễ thất bại do viêm nhiễm mũi họng sau mổ của trẻ dễ xảy ra, thậm chí cả người lớn khi đang có viêm nhiễm ở mũi họng thì cũng nên điều trị ổn định rồi mới mổ.

Đa số các công trình nghiên cứu trong nước về phẫu thuật chỉnh hình tai giữa đều cho kết quả là nhóm tuổi trẻ em chiếm tỷ lệ rất thấp, chứng tỏ tình hình thực tế ở Việt Nam phẫu thuật vá nhĩ được áp dụng thông thường hơn ở người lớn và còn hạn chế ở trẻ em. Điều này là phù hợp vì vấn đề chăm sóc, theo dõi và thực hiện tái khám sau mổ của chúng ta còn chưa tốt [5].

4.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật

***Triệu chứng cơ năng:** Triệu chứng chảy mủ tai và nghe kém thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 85,6% và 64,4%. Đây cũng là 2 lý do

chính để người bệnh đi khám và điều trị bởi vì chảy mủ tai và nghe kém là các triệu chứng gây ảnh hưởng đến sinh hoạt, giao tiếp và làm bệnh nhân lo lắng. Đa số đều có tình trạng chảy mủ tai dai dẳng > 1 năm, điều trị không hết hoặc tái phát chiếm tỷ lệ 72,8%. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng khi thời gian bị bệnh càng dài thì kích thước ổ thủng màng nhĩ càng rộng, nguy cơ tổn thương tai giữa càng cao và mức độ nghe kém càng nhiều [5], [7].

***Tình trạng ổ thủng màng nhĩ:** Trong quá trình viêm, màng nhĩ có thể thủng ở bất cứ vị trí nào, có thể có nhiều kích thước khác nhau và chủ yếu gặp ở phần màng căng. Trong nghiên cứu này chúng tôi chia kích thước ổ thủng màng nhĩ thành 3 nhóm: ổ thủng nhỏ (< 1/4 diện tích màng nhĩ), ổ thủng trung bình (1/4-1/2 diện tích màng nhĩ) và ổ thủng lớn (>1/2 diện tích màng nhĩ). Màng nhĩ có ổ thủng kích thước nhỏ chiếm 40,6%, ổ thủng trung bình 31,6% và ổ thủng lớn chiếm 27,8%. Hầu hết các bệnh nhân thì ổ thủng đều còn rìa, không nằm sát khung xương chiếm 72,8%. Theo Singh và cs màng nhĩ sau khi thủng đầu tiên quanh ổ thủng có phản ứng viêm và có hiện tượng tăng tạo biểu bì, tiếp theo là hiện tượng phát triển hướng tâm của các tế bào biểu bì ở phía ngoài và các tế bào niêm mạc ở phía trong màng nhĩ (đây là khả năng tự lành của màng nhĩ). Nếu các lớp của bờ ổ thủng từ các phía bò vào gặp nhau và dính lại với nhau thì ổ thủng lành, nhưng nếu các lớp màng nhĩ bò vào không gặp nhau hoặc lớp biểu bì bò vào gặp lớp niêm mạc ngay dưới nó thì màng nhĩ sẽ không lành. Nhiều trường hợp lớp biểu bì bò vào mặt trong hòm nhĩ, nếu trong phẫu thuật vá nhĩ lấy không hết sẽ chôn biểu bì trong hòm nhĩ gây thủng nhĩ tái phát sau vá nhĩ hoặc thậm chí tạo cholesteatoma nguy hiểm cho bệnh nhân [7].

***Thính lực đồ trước phẫu thuật.** VTG mạn tính thường gây nghe kém dẫn truyền vì nghe kém dẫn truyền thể hiện sự tổn thương của tai ngoài hoặc tai giữa, tổn thương đường dẫn khí, sức nghe đường xương vẫn bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nghe kém dẫn truyền là 49,4% tuy nhiên tỷ lệ nghe kém hỗn hợp và nghe kém tiếp nhận lần lượt chiếm 37,2% và 6,1%. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, có rất nhiều yếu tố như tiếng ồn, lão thính, nhiễm độc, rối loạn chuyển hóa... có thể trùng hợp ở người bệnh VTG mạn tính có thể gây tổn thương đến cơ quan corti dẫn đến nghe kém hỗn hợp và tiếp nhận. Thêm vào đó, ở VTG mạn tính đặc biệt là dạng nguy hiểm, vi khuẩn có thể xâm nhập vào tai trong gây viêm mê nhĩ mủ mà hậu

quả là nghe kém tiếp nhận và thường điếc sâu. Thính lực trung bình của người bệnh (PTA) là 39,7 + 11,4. Thời gian bị bệnh càng dài thì mức độ suy giảm sức nghe càng nhanh và nhiều. Theo nghiên cứu của Sakagami trung bình mỗi năm tai bị bệnh giảm 0,82dB [8].

4.3 Kết quả phẫu thuật

***Tình trạng màng nhĩ sau PT:** Việc màng nhĩ liền kín được xem là thước đo chính đánh giá thành công về mặt giải phẫu của phẫu thuật. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, tỷ lệ màng nhĩ liền sau phẫu thuật dao động từ 75% đến 92%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ màng nhĩ liền kín đạt 82,2%, chỉ 17,8% trường hợp màng nhĩ còn hở sau 6 tháng phẫu thuật, đa phần gặp ở bệnh nhân có ổ thủng màng nhĩ rộng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Ngọc Chất với tỷ lệ liền màng nhĩ sau 3 tháng là 84,6%. Theo nghiên cứu của Đoàn Thị Mỹ Trang, Lê Thanh Thái và Hồ Mạnh Hùng thì tỷ lệ liền kín màng nhĩ là 81,8% [5].

* Đánh giá sức nghe sau phẫu thuật:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thính lực sau phẫu thuật có sự cải thiện khá khả quan so với trước phẫu thuật, PTA trung bình sau mổ là 23,3 + 10,4dB và đã cải thiện hơn 16,4dB so với PTA trung bình trước mổ. Theo Ủy ban thính học và tiền đình thuộc hội hàn lâm Tai Mũi Họng và Phẫu thuật đầu cổ Mỹ, với PTA nhỏ hơn 40 dB bệnh nhân có thể hòa nhập cuộc sống xã hội mà không cần thiết bị trợ thính [8]. Như vậy có 79,4% các trường hợp sau phẫu thuật có khả năng nghe tương đối tốt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 180 tai đã được phẫu thuật điều trị viêm tai giữa mạn tính không nguy hiểm chúng tôi nhận thấy: 85,6% có triệu chứng chảy mủ tai. Trong đó tình trạng chảy mủ tai dai dẳng > 1 năm chiếm 72,8%, dịch đặc và thối chiếm 48,3%.

Lỗ thủng màng nhĩ kích thước nhỏ chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%, còn rìa, không sát xương chiếm 72,8%.

Nghe kém dẫn truyền chiếm tỷ lệ cao nhất 49,4%, đa số ở mức độ nghe kém nhẹ chiếm 47,2%. Thính lực trung bình trước phẫu thuật (PTA) là 39,7 + 11,4dB

Tỷ lệ liền màng nhĩ sau 6 tháng là 82,2%. PTA trung bình sau phẫu thuật là 23,3 + 10,4dB

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Browning G. G., Weir J., Kelly G. et al** (2018). Chronic otitis media. Scott-Brown's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, CRC

- Press, Vol p 977-1019.
2. **Nguyễn Thị Hoài An** (2005), Nghiên Cứu đặc điểm viêm tai giữa ứ dịch ở trẻ em một số phường tại Hà Nội, Tạp chí Tai Mũi Họng, 3(p 1-9).
 3. **Cao Minh Thành** (2012). Phẫu thuật tạo hình hệ thống màng nhĩ - xương con, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
 4. **Lê Văn Lợi** (2001). Các phẫu thuật thông thường tai mũi họng, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
 5. **Nhan Trưng Sơn** (2008). Phẫu thuật điều trị viêm tai giữa mạn tính. Tai Mũi Họng, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, 1, 336-351.
 6. **Hildmann H. and Sudhoff H.** (2006). Middle ear surgery, Springer Science & Business Media,
 7. **Singh S. P., Nagi R. S., and Singh J.** (2019), To study the effect of site and size of tympanic membrane perforation on graft uptake rates and hearing improvement in type I tympanoplasty using sliced conchal cartilage reinforced with temporalis muscle fascia and temporalis muscle fascia alone, Indian Journal of Otology, 25(3), 121.
 8. **Sakagami M., Maeda A., Node M** (2000), Long-term observation on hearing change in patients with chronic otitis media, Auris Nasus Larynx, 27(2), 117-120.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Phượng¹, Vũ Minh Hoàn², Ngô Quỳnh Hoa³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát điều trị nội trú tại khoa Lão - Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là thoái hóa khớp gối nguyên phát từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 71,30 ± 8,92; Chủ yếu là nữ giới chiếm tỷ lệ 93,33%. Bệnh nhân đa số có nghề nghiệp hưu trí, chiếm 88,33%. BMI trung bình là 24,14 ± 2,41, trong đó thừa cân chiếm tỷ lệ cao nhất (48,33%); Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 10 năm (80%), thời gian mắc bệnh trung bình 17,10 ± 7,10 năm. Bệnh nhân có tiền sử tiêm corticoid từ trên ba tháng là cao nhất chiếm 16,67%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau khớp (chiếm 100%), hạn chế vận động (100%), cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút (96,67%), tiếng lạo xạo khi cử động khớp (91,67%). Bệnh nhân có điểm VAS trung bình là 6,25 ± 1,1, tầm vận động gấp khớp gối là 102,25 ± 11,59°, chỉ số gót mông là 17,57 ± 5,85cm, điểm WOMAC chung là 60,70 ± 10,15. Bệnh nhân có mức độ đau vừa và nhiều theo thang điểm VAS chiếm tỉ lệ cao (97,67%). Bệnh nhân chủ yếu là tổn thương khớp gối trên X-quang là giai đoạn III (chiếm tỉ lệ 85%).

SUMMARY

DESCRIPTION OF CLINICAL AND

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phượng

Email: phuonghong29.1@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS OF GENERAL KNEE OSTEOARTHRITIS AT HANOI GENERAL HOSPITAL OF TRADITIONAL

Objective: To describe clinical and paraclinical characteristics of patients with primary knee osteoarthritis inpatient treatment at Department of Aging Hanoi General Hospital of Traditional **Medicine**

Subjects and research methods: Descriptive study. Horizontal over 60 patients were diagnosed as primary knee osteoarthritis from August 2021 to October 2022.

Results: Mean age of the group 71.30 ± 8.92; Mainly female, accounting for 93.33%. The majority of patients have a retirement occupation, accounting for 88.33%. The average BMI was 24.14 ± 2.41, in which overweight accounted for the highest proportion (48.33%); Most patients have a disease duration of more than 10 years (80%), mean duration of illness 17.10 ± 7.10. Patients with a history of corticosteroid injection from more than three months was the highest, accounting for 16.67%. Common clinical symptoms are joint pain (accounting for 100%), limited mobility (100%), morning stiffness for less than 30 minutes (96.67%), crunching sound when moving joints (91.67%). The patient had an average VAS score of 6.25 ± 1.10, a knee flexion range of 102.25 ± 11.59 o, a buttock heel index of 17.57 ± 5.85cm, an overall WOMAC score of 60.70 ± 10.15. Patients with moderate and severe pain according to the VAS scale accounted for a high percentage, the total was 97.67%. Patients with mainly knee injuries on X-ray are stage III (accounting for 85%).

Keywords: Primary knee osteoarthritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) là một bệnh lý mạn tính bao gồm tổn thương sụn khớp là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, màng hoạt dịch và các cơ cạnh khớp¹.