

Các trường hợp TDMPAT có số tế bào trung bình là $1214,7 \pm 1243,3$ tế bào/mm³. Tỷ lệ lymphocyte chiếm tỷ lệ cao nhất là 89,3%. Các nghiên cứu tương tự cũng có kết quả lymphocyte chiếm ưu thế là 89,3% [1], 76,1% [3], 71,6% [4].

Trong các trường hợp TDMPAT được chụp CT - scan ngực có 40,2% trường hợp có u phổi, nhiều hơn nhóm KTDMPAT 9,4 lần. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Hồng Anh (n = 215) là 37,7% có tổn thương nghi ung thư đi kèm [1]. Chúng tôi nhận thấy hình ảnh u phổi trên CT - scan ngực góp phần giúp bác sĩ lâm sàng định hướng chẩn đoán TDMPAT.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình ở bệnh nhân TDMPAT là $62,1 \pm 13,1$ tuổi cao hơn nhóm KTDMPAT và có sự khác biệt trong phân bố giới tính giữa 2 nhóm. Có nhiều điểm khác biệt về đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân có và không có TDMPAT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hồng Anh (2014). Đặc điểm lâm sàng, cận

- lâm sàng, hóa mô miễn dịch của tràn dịch màng phổi ác tính. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh.
- Burgess L. J (2004). Biochemical analysis of pleural, peritoneal and pericardial effusions. Clin Chim Acta, 343(1-2): p. 61-84.
 - Nguyễn Thị Tuyết Nhi (2010). Giá trị của sinh thiết màng phổi mù bằng kim Castelain trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh.
 - Quang Văn Trí (2008). Giá trị của một số xét nghiệm cận lâm sàng thường quy trong chẩn đoán phân biệt tràn dịch màng phổi do lao và ung thư. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh.
 - Maji A, et al (2013). Role of common investigations in aetiological evaluation of exudative pleural effusions. J Clin Diagn Res, 7(10): p. 2223-2226.
 - Ngô Thanh Bình (2007). Vai trò của sinh thiết màng phổi mù trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh.
 - Hassan T, et al (2012). Pleural fluid analysis: standstill or a work in progress. Pulm Med, 2012: p. 716235.
 - Noppen M, et al (2000). Volume and cellular content of normal pleural fluid in humans examined by pleural lavage. Am J Respir Crit Care Med, 162(3 Pt 1): p. 1023-1026.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐAU MẠN TÍNH Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT

Trần Việt Lực^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2},
Nguyễn Trung Anh^{1,2}, Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đặc điểm đau mạn tính khớp gối ở người cao tuổi có thoái hóa khớp (THK) gối nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 199 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán THK gối nguyên phát theo tiêu chuẩn của ACR 1991 đang điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương từ tháng 10/2021-08/2022. **Kết quả:** triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau khớp gối mạn tính (84,9%); lạo xạo khớp (39,7%), dấu hiệu bào gỗ (38,7%). Tỷ lệ bệnh nhân THK giai đoạn I, II, III, IV trên Xquang lần lượt là 22,4%; 48%; 23,4% và 2,4%. Kết quả siêu âm có 38,1% bệnh nhân có tràn dịch khớp; 46,2% bệnh nhân có dày màng hoạt dịch; 87,4% bệnh nhân có hình ảnh gai xương. 45% bệnh nhân có thời gian đau mạn tính từ 3-6 tháng, 56,4% đau kéo dài trên 6 tháng. Điểm WOMAC tổng là 31,5

$\pm 19,9$. Điểm VAS trung bình khi nghỉ là: $3,04 \pm 1,82$; khi đi bộ là: $4,85 \pm 2,23$ và khi leo cầu thang là: $5,50 \pm 2,13$. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng chính là đau khớp gối, THK gối giai đoạn II-III, có hình ảnh gai xương, dày màng hoạt dịch. Tỷ lệ đau khớp gối mạn tính là 84,9%; đa số kéo dài trên 6 tháng và ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày của bệnh nhân.

Từ khóa: Đau mạn tính, Người cao tuổi, Thoái hóa khớp gối

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, LABORATORY FINDINGS AND CHRONIC PAIN FEATURES IN ELDERLY PATIENTS WITH PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS

Objectives: To describe clinical characteristics, laboratory findings, and chronic pain features in elderly patients with primary knee osteoarthritis. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study on 199 patients ≥ 60 years old diagnosed with primary knee osteoarthritis according to the ACR 1991 criteria who were being treated at the National Geriatric Hospital from October 2021 to August 2022. **Results:** the most common clinical symptom is chronic knee pain (84.9%), crunching joints (39.7%), and signs of wood shavings (38.7%). The proportion of patients with stage I, II, III, and IV on knee X-ray

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Việt Lực

Email: tranvietluc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023

were 22.4%; 48%; 23.4%, and 2.4%, respectively. Knee ultrasound results showed that 38.1% of patients had joint effusion; 46.2% of patients had thickened synovial membrane; 87.4% of patients had bone spurs. 45% of patients have chronic pain duration from 3-6 months, and 56.4% of pain lasts more than 6 months. The total WOMAC score was 31.5 ± 19.9 . The average VAS score at rest was: 3.04 ± 1.82 ; when walking was: 4.85 ± 2.23 and when climbing stairs was: 5.5 ± 2.13 . Conclusion: Main clinical symptoms were knee pain, and knee OA stage II-III, with spine-shaped, thickened activity. The rate of chronic knee pain was 84.9%; persists repeatedly for 6 months and affects the patient's daily activities.

Keywords: Chronic pain, Elderly, Osteoarthritis of the knee.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) được định nghĩa là tổn thương của toàn bộ khớp và là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại sụn và xương dưới sụn. Tổn thương diễn biến chậm tại sụn kèm theo các biến đổi hình thái, biểu hiện bởi hiện tượng hẹp khe khớp, tân tạo xương và xơ xương dưới sụn [1]. THK có thể gặp ở tất cả các khớp trong đó hay gặp nhất là THK gối do khớp này gánh toàn bộ cơ thể và là khớp vận động nhiều nhất.

THK gối được chia làm 2 loại: thoái hóa khớp gối nguyên phát và thứ phát. Thoái hóa khớp nguyên phát là nguyên nhân chính, xuất hiện muộn, có thể bị một hoặc cả hai khớp gối, tiến triển chậm. Tỷ lệ mắc THK gối tăng dần theo tuổi, nữ giới gặp nhiều hơn nam giới đặc biệt là sau 50 tuổi. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) có khoảng 9,6% nam giới và 18% nữ giới trên 60 tuổi có triệu chứng THK gối và tỷ lệ này sẽ còn gia tăng do tuổi thọ trung bình ngày càng cao cũng như sự gia tăng béo phì trong dân số nói chung [2].

Đau mạn tính được định nghĩa là đau không chữa lành được hoặc đau kéo dài hơn thời gian chữa lành thông thường. Đau được xem như mạn tính nếu kéo dài trên ba tháng [3]. Tác động của đau mạn tính đối với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đã được khẳng định từ lâu. Các nghiên cứu được thực hiện ở các đối tượng khác nhau chỉ ra rằng đau mạn tính ảnh hưởng đến 10-30% dân số trưởng thành ở châu Âu [3]. Trải nghiệm đau ảnh hưởng tới các lĩnh vực khác nhau trong cuộc sống của bệnh nhân: ảnh hưởng tiêu cực đến các hoạt động hàng ngày, sức khỏe thể chất và tinh thần, các mối quan hệ gia đình, xã hội và tương tác của họ tại nơi làm việc làm giảm năng suất lao động. Vấn đề này cũng ảnh hưởng đến hệ thống chăm sóc sức khỏe và phúc lợi y tế. Chi phí trực tiếp và gián

tiếp liên quan đến đau mạn tính được ước tính khoảng 200 tỷ Euro ở châu Âu và từ 560 - 635 tỷ đô la Mỹ tại Hoa Kỳ [3].

Như vậy tình trạng đau khớp gối mạn tính ở bệnh nhân cao tuổi bị thoái hóa khớp gối nguyên phát, có thể dẫn đến các tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và hoạt động hàng ngày của người bệnh, từ đó làm gia tăng gánh nặng bệnh tật và chi phí điều trị; tuy nhiên chưa được quan tâm và chưa có nhiều nghiên cứu trên đối tượng người cao tuổi tại Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đặc điểm đau mạn tính ở người cao tuổi có thoái hóa khớp gối nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân THK gối đang điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 10/2021 đến tháng 08/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán xác định THK gối theo tiêu chuẩn của ACR (1991), khi có các tiêu chuẩn sau [4]: (1) Đau khớp gối, (2) Gai xương ở rìa khớp (Xquang), (3) Dịch khớp là dịch thoái hóa, (4) Tuổi ≥ 50 , (5) Cứng khớp dưới 30 phút, (6) Lao xạ khi cử động. Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2 hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn dưới đây sẽ được loại khỏi nghiên cứu: THK thứ phát: do gout, viêm khớp dạng thấp, chấn thương khớp, phẫu thuật, dị dạng bẩm sinh, rối loạn phát triển; bệnh nhân không có khả năng hoàn thành các bộ câu hỏi nghiên cứu hoặc bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

- 199 người bệnh cao tuổi có THK gối nguyên phát được chọn vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

➤ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

➤ Các biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI)

- Đặc điểm THK gối: triệu chứng lâm sàng, giai đoạn THK gối trên Xquang theo phân loại của Kellgren và Lawrence, triệu chứng trên siêu âm khớp gối (tràn dịch khớp, dày màng hoạt dịch, gai xương, kén kheo).

- Xác định đau mạn tính khớp gối: khi khớp gối đau kéo dài ít nhất 3 tháng trong vòng 1 năm qua.

- Một số đặc điểm đau mạn tính khớp gối:

+ Thời gian đau khớp gối mạn tính.

+ Tính chất đau

+ Lượng giá mức độ đau mạn tính khớp gối theo thang nhìn (VAS: Visual Analog Scale) khi vận động và khi nghỉ ngơi và thang điểm WOMAC.

➤ **Xử lý số liệu:** số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0, các thuật toán được sử dụng: tính tỷ lệ phần trăm (%), tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	60-69	75	37,7
	70-79	74	37,2
	≥ 80	50	25,1
Tuổi trung bình (năm) 72,9 ± 8,2			
Giới	Nam	32	16,0
	Nữ	167	84,0
Chỉ số cơ thể (BMI)	Gầy	20	10,0
	Trung bình	84	42,0
	Thừa cân, béo phì	95	48,0

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 72,9 ± 8,2; cao nhất là 92 tuổi, thấp nhất là 60 tuổi. Độ tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất 37,7%. Nữ giới chiếm tỷ lệ 84%. Tỷ lệ bệnh nhân có thể trạng thừa cân - béo phì là 48%, chiếm tỷ lệ cao nhất.

3.2. Triệu chứng lâm sàng của thoái hóa khớp gối

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của THK gối (n=199)

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau khớp gối mạn tính	169	84,9
Dấu hiệu lạo xạo khớp	79	39,7
Dấu hiệu bào gỗ	77	38,7
Hạn chế vận động	73	36,7
Dấu hiệu phá vỡ khớp	63	31,6
Sưng khớp	51	25,6
Dấu hiệu bập bênh xương bánh chè	38	19,1
Nóng khớp	26	13,1
Đau khớp cấp tính	26	13,1
Biến dạng khớp	19	9,5
Kén khoeo	14	7
Đỏ khớp	4	2,0

Đau khớp gối là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất: 169 trường hợp có đau khớp gối mạn tính (84,9%). Ngoài ra các triệu chứng khác: lạo xạo khớp (39,7%), bào gỗ (38,7%), hạn chế vận động khớp gối (36,7%). Các triệu chứng ít gặp hơn là đỏ khớp gối (2%), biến dạng

khớp (9,5%) và kén khoeo (7%).

3.3. Triệu chứng cận lâm sàng của THK gối

Bảng 3. Triệu chứng cận lâm sàng của THK gối

Tổn thương khớp gối trên Xquang theo phân loại Kellgren và Lawrence		Số lượng (n=398)	Tỷ lệ %
Giai đoạn 0	Gối phải	6	
	Gối trái	9	
	Chung	15	3,8
Giai đoạn 1	Gối phải	46	
	Gối trái	43	
	Chung	89	22,4
Giai đoạn 2	Gối phải	97	
	Gối trái	94	
	Chung	191	48,0
Giai đoạn 3	Gối phải	45	
	Gối trái	48	
	Chung	93	23,4
Giai đoạn 4	Gối phải	5	
	Gối trái	5	
	Chung	10	2,4
Tổn thương khớp gối trên siêu âm		Số lượng (N=398)	Tỷ lệ %
Tràn dịch khớp (N=398)	Gối trái	73	
	Gối phải	79	
	Chung	152	38,1
Dày màng hoạt dịch (N=398)	Gối trái	96	
	Gối phải	88	
	Chung	184	46,2
Gai xương (N=398)	Gối trái	177	
	Gối phải	171	
	Chung	348	87,4
Kén khoeo (N=398)	Gối trái	26	
	Gối phải	24	
	Chung	50	12,6

Tổn thương trên Xquang theo phân loại Kellgren và Lawrence trong nghiên cứu của chúng tôi gồm: giai đoạn 0 (3,8%), giai đoạn 1 (22,4%), giai đoạn 2 (48%), giai đoạn 3 (23,4%) và giai đoạn 4 (2,4%). Tổn thương trên siêu âm khớp gối của bệnh nhân THK gối nguyên phát cao tuổi: 38,1% bệnh nhân có tràn dịch khớp; 46,2% bệnh nhân có dày màng hoạt dịch; 87,4% bệnh nhân có hình ảnh gai xương và 12,6% bệnh nhân có hình ảnh kén khoeo.

3.3. Đặc điểm đau khớp gối mạn tính

3.3.1. Thời gian đau khớp gối mạn tính.

Trong 169 bệnh nhân THK gối có đau khớp gối mạn tính, 76 bệnh nhân có thời gian đau từ 3-6 tháng (45%), 93 bệnh nhân đau trên 6 tháng (56,4%). Thời gian đau khớp gối mạn tính trung bình kéo dài là 11,9±14,3 tháng.

3.3.2. Tính chất đau khớp gối mạn tính

ở bệnh nhân THK gối nguyên phát**Bảng 4. Tính chất đau khớp gối mạn tính**

Tính chất đau	Số lượng (n=169)	Tỷ lệ %
Đau như ấn	113	66,9
Đau căng	75	44,4
Đau kiểu khác	31	18,3
Đau như bỏng	21	12,4
Đau co thắt như chuột rút	14	8,2
Đau như bị đập	10	5,9
Đau như dao đâm	9	5,3
Đau như điện giật	7	4,1
Đau rát	4	2,4

Trong 169 bệnh nhân THK gối có đau khớp gối mạn tính, triệu chứng đau thường gặp nhất là đau như ấn (66,9%) và đau căng (44,4%). Đau như bỏng (12,4%), đau co thắt như chuột rút (8,2%) là ít gặp hơn. Đau rát (2,4%), đau như điện giật (4,1%) và đau như dao đâm (5,3%) là ít gặp nhất.

Bảng 5. Mức độ đau mạn tính/ Triệu chứng thoái hóa khớp gối

Thang điểm VAS	
Khi nghỉ	3,04 ± 1,82
Khi đi bộ	4,85 ± 2,23
Khi leo cầu thang	5,50 ± 2,13
Thang điểm WOMAC	
WOMAC đau	7,6 ± 4,6
WOMAC cứng khớp	2,6 ± 2,3
WOMAC hoạt động	21,9 ± 14,5
WOMAC chung	31,5 ± 19,9

Điểm WOMAC đau là 7,6 ± 4,6; điểm WOMAC cứng khớp là 2,6 ± 2,3; WOMAC hoạt động 21,9 ± 14,5 và WOMAC chung là 31,5 ± 19,9. Mức độ đau theo thang điểm VAS ở mức độ đau vừa đối với khi nghỉ và ở mức độ đau nhiều khi đi bộ hoặc leo cầu thang.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi: đau mạn tính khớp gối là triệu chứng thường gặp nhất (có 169 trong 199 bệnh nhân THK gối nguyên phát có đau khớp gối mạn tính, chiếm tỷ lệ 84,9%), đau cấp tính khớp gối (13,1%), lẹo khớp (39,7%), bào gổ (38,7%), hạn chế vận động khớp gối (36,7%)... Các triệu chứng ít gặp hơn: biến dạng khớp (9,5 %) và kén khoeo (7%) và đỏ khớp gối (2%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với kết quả nghiên cứu của các tác giả Bùi Hải Bình (2016) [4]: đau khớp trên 6 tháng gặp ở 100% bệnh nhân, dấu hiệu lục cục khớp (90,2%), dấu hiệu bào gổ (51,6%), nóng da khớp gối (0,8%), sờ thấy ụ xương (22,1%), dấu hiệu tràn dịch khớp trên lâm sàng

(23,8%) và kén khoeo (3,3%). Sự khác biệt này có thể được giải thích là do có sự khác biệt trong tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi nghiên cứu trên đối tượng THK gối nguyên phát (điều trị nội trú hoặc ngoại trú) còn trong nghiên cứu của Bùi Hải Bình đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân điều trị nội trú bị THK gối nguyên phát có thời gian đau khớp gối ít nhất 6 tháng và có chỉ định tiêm huyết tương giàu tiểu cầu hoặc tiêm acid Hyaluronic. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khác biệt với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh (2019) [5]. Điều này có thể được giải thích là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu: trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân THK gối nguyên phát ở người cao tuổi (≥ 60 tuổi) còn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Oanh lấy đối tượng là bệnh nhân THK gối nguyên phát từ 45 tuổi trở lên. Tuổi cao (trung bình 72.9 tuổi), tình trạng thừa cân béo phì chiếm đa số (48%) trong nghiên cứu của chúng tôi có thể liên quan với tỉ lệ cao các triệu chứng lâm sàng như đau và hạn chế vận động khớp gối.

Tổn thương trên Xquang theo phân loại Kellgren và Lawrence trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số là giai đoạn 2 (48%), giai đoạn 3 (23,4%) và giai đoạn 1 (22,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là khác biệt với kết quả nghiên cứu của Yasser Rehman và cộng sự (2020) [6] trên 156 bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp gối: KL giai đoạn 2 (2%), giai đoạn 3 (74%) và giai đoạn 4 (24%). Sự khác biệt này có thể được giải thích là do sự khác nhau về đối tượng của 2 nghiên cứu. Kết quả tổn thương trên siêu âm khớp gối trong nghiên cứu của chúng tôi: gai xương chiếm tỉ lệ cao nhất (87,4%) tương ứng với tổn thương trên Xquang khớp gối. Dấu hiệu dày màng hoạt dịch (46,2%) và tràn dịch khớp gối (38,1%) là biểu hiện của các đợt THK gối có phản ứng viêm. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ lớn người bệnh khám ngoại trú có tình trạng THK gối giai đoạn nhẹ và trung bình chiếm tỉ lệ lớn hơn.

Trong 169 đối tượng có đau khớp gối mạn tính, 76 bệnh nhân có thời gian đau từ 3-6 tháng (45%), 93 bệnh nhân đau trên 6 tháng (55%). Thời gian đau khớp gối mạn tính trung bình kéo dài là 11,9 ± 14,3 tháng. Có nhiều nghiên cứu đánh giá về đau mạn tính và THK gối nguyên phát, tuy nhiên chúng tôi chưa tìm được nghiên cứu nào đã công bố liên quan đánh giá về tình trạng đau khớp gối mạn tính ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát.

Tỷ lệ đau khớp gối mạn tính trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ đau mạn tính trong một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Sow Nam Yeo và cộng sự (2009) [7] cho kết quả: đau mạn tính trong cộng đồng ở Singapore là 8,7% (n=359). Nghiên cứu tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương (2022) [8]: tỷ lệ đau mạn tính ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 là 67,6%. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu đau mạn tính: nghiên cứu của chúng tôi đánh giá đau khớp gối mạn tính ở bệnh nhân THK gối nguyên phát còn đối tượng nghiên cứu của 2 nghiên cứu trên là đau mạn tính ở cộng đồng hoặc trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Nghiên cứu của Kheiry sự và cộng năm 2019 đánh giá đau mạn tính và các yếu tố liên quan trên đối tượng y tá ở Iran cho thấy 68,4% y tá có đau mạn tính gồm: đau lưng thấp (27,7%, [n = 115]), chân (21%, [n = 87]), cổ (16,7%, [n = 63]), đầu và đầu gối (15,2%, [n = 69]) [9].

Trong 169 bệnh nhân THK gối có đau khớp gối mạn tính, kiểu đau thường gặp nhất là đau như ấn (66,9%) và đau căng (44,4%), đau như bồng (12,4%) và đau như chuột rút (8,2%) cũng thường gặp. Đau như dao đâm (5,3%), đau như điện giật (4,1%) và đau rát (2,4%) là ít gặp hơn. Tính chất đau mạn tính trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi là khác biệt với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trung Anh và cộng sự tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương (2022) [8]: đau như ấn (24,2%), đau căng (24,2%), đau như bồng (48,6%), đau như chuột rút (56,6%), đau như dao đâm (0%), đau như điện giật (38,2%) và đau rát (76,9%). Sự khác biệt này được giải thích là do trong nghiên cứu của chúng tôi trên đối tượng bệnh nhân đối tượng THK gối nguyên phát so với đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Trung Anh là bệnh nhân đái tháo đường typ 2 với tỷ lệ cao các bệnh nhân có biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường.

Về mức độ đau khớp gối, kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau theo điểm VAS trung bình khi nghỉ là mức độ nhẹ ($3,04 \pm 1,82$); mức độ đau trung bình khi đi bộ ($4,85 \pm 2,23$) và mức độ đau nhiều khi leo cầu thang ($5,50 \pm 2,13$). Mức độ đau theo thang điểm VAS khi nghỉ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Bùi Hải Bình (2016) [4]: điểm VAS trung bình là $6,82 \pm 0,85$. Điều này được giải thích là do cách lựa chọn đối tượng của hai nghiên cứu: trong nghiên cứu của chúng tôi lấy điểm VAS khi nghỉ của các bệnh nhân THK gối nguyên phát còn trong nghiên cứu của Bùi Hải Bình, đối tượng

nghiên cứu lấy điểm VAS của những bệnh nhân THK gối nguyên phát có điểm VAS ≥ 6 . Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao người bệnh khám ngoại trú có tình trạng THK gối đa số ở giai đoạn nhẹ và trung bình với mức độ đau ở mức trung bình – nặng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là khác biệt với kết quả nghiên cứu của Bùi Hải Bình (2016). Tổng điểm WOMAC chung và WOMAC vận động trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Bùi Hải Bình ($31,6 \pm 19,8$ so với $36,8 \pm 11,19$ và $22,5 \pm 14,5$ so với $27,5 \pm 7,97$). Tuy nhiên điểm WOMAC đau và cứng khớp nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Bùi Hải Bình ($7,6 \pm 4,5$ so với $7,1 \pm 2,5$ và $2,6 \pm 2,51$ so với $2,2 \pm 1,57$). Sự khác biệt này có thể được giải thích là do có sự khác biệt trong tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Chúng tôi nghiên cứu trên đối tượng THK gối nguyên phát (điều trị nội trú hoặc ngoại trú) còn trong nghiên cứu của Bùi Hải Bình đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân điều trị nội trú bị THK gối nguyên phát có thời gian đau khớp gối ít nhất 6 tháng. Tuy nhiên, ở đối tượng người cao tuổi có THK gối nguyên phát, tình trạng đau khớp gối mạn tính gây các hạn chế vận động và ảnh hưởng đến khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày của người bệnh (điểm WOMAC hoạt động trung bình là 21,9). Cần có các biện pháp đánh giá thường xuyên và điều trị đầy đủ giúp giảm các triệu chứng đau khớp gối mạn tính góp phần cải thiện hoạt động và chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng chính là đau khớp gối, THK gối giai đoạn II-III, có hình ảnh gai xương, dày màng hoạt dịch. Tỷ lệ đau khớp gối mạn tính là 84,9%; đa số kéo dài trên 6 tháng và ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày của bệnh nhân. Cần đánh giá tình trạng đau khớp gối mạn tính và mức độ đau một cách thường quy để có các biện pháp dự phòng và điều trị thích hợp cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân và Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2004), Thoái hóa khớp [hư khớp] và thoái hóa cột sống. Bệnh học nội khoa tập I (dùng cho đối tượng sau đại học), Nhà xuất bản Y học, 422-435
2. **Woolf A.D, Bruce Pflieger** (2003). Burden of major musculoskeletal condition. Bull World Health Organ. 2003, 81(9): 646-56.
3. **Harald Breivik, Beverly Collett** (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain, 2006 May, 10(4): 287-333.

4. **Bùi Hải Bình** (2016), Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, Luận án Tiến sỹ - Trường ĐHY Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Oanh** (2019), Khảo sát tình trạng đau của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát qua chỉ số ICOAP, Luận văn Thạc sỹ - Trường ĐHY Hà Nội.
6. **Yasser Rehman et al.** (2020). More Severe Radiographic Osteoarthritis Is Associated With Increased Improvement in Patients' Health State Following a Total Knee Arthroplasty. The Journal of Arthroplasty, Primary knee, Volume 35, Issue 11, p3131-3137.
7. **Sow Nam Yeo et al.** (2009). Pain prevalence in Singapore. Ann Acad Med Singapore, 38(11): 937-42.
8. **Nguyễn Trung Anh và CS** (2022), "Đặc điểm đau mạn tính ở bệnh nhân Đái tháo đường týp 2 cao tuổi tại bệnh viện Lão khoa Trung ương". Doi:10.47122/vid.2022.52.3
9. **Kheirv F et al.** (2019). The prevalence and associated factors of chronic pain in nurses in Iran. Revista Latinoamericana de Hipertensión ISSN: 1856-4550.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG KẾT HỢP RỬA MŨI SAU MỔ BẰNG MÁY NHỊP XUNG ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI XOANG DO NẤM KHÔNG XÂM LẤN

Vũ Thị Ly¹, Nguyễn Đức Nhật¹, Nguyễn Việt Tiệp¹,
Nguyễn Văn Trường¹, Nguyễn Minh Ngọc¹, Đào Trọng Tuấn¹

Viêm mũi xoang do nấm không xâm lấn.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi mũi xoang kết hợp rửa mũi xoang bằng máy nhịp xung sau mổ điều trị viêm mũi xoang do nấm không xâm lấn. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả loạt ca với 190 bệnh nhân được chẩn đoán, phẫu thuật và rửa mũi sau mổ tại BV TƯ QĐ 108 từ 01/2019 đến 05/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 52,78 ± 8,9, nam/nữ ~ 1:2, nhóm BN bị bệnh lý mũi xoang mạn tính nhiều nhất (45,26%), chủ yếu BN là nhân viên văn phòng (39,4%) và công nhân các khu công nghiệp (29,47%), triệu chứng gặp nhiều nhất: khịt khạc đờm mũi hôi (71,05%), đau đầu hoặc cảm giác tức nặng vùng xoang mặt (41,05%), ngạt mũi (50,53%), hắt hơi (22,63%), ho (29,47%), hẹp phúc hợp lỗ vách (73,68%), dị hình vách ngăn (67,36%), polyp (39,47%), mũi khe mũi (57,37%), khối màu nâu đen (9,47%), viêm xoang trên CT: xoang hàm (91,05%), xoang sàng (65,79%), xoang trán (26,84%), xoang bướm (35,26%), tổn thương 1 bên mũi (92,62%), 100% là Aspergillus, hồi phục tốt sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 1 năm lần lượt là 69,4%, 86,32%, 92,11%, 96,84% và 98,42%, tái phát sau mổ 1,05%, CT xoang đánh giá sau 01 năm không phát hiện tái phát. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng bệnh lý VMXDNKXL không điển hình, tương tự các triệu chứng bệnh lý mũi xoang khác, đặc điểm vi mô hóa và đoãng rộng rộng xoang trên phim CT xoang là yếu tốt gợi ý nấm, phẫu thuật luôn được chỉ định để dẫn lưu xoang và lấy sạch tổ chức nấm, kết hợp rửa mũi xoang bằng máy nhịp xung sau mổ giúp giảm tỉ lệ tái phát. **Từ khóa:** Nấm xoang mạn tính; Nấm xoang;

SUMMARY

DESCRIBE CLINICAL FEATURES AND EVALUATE THE COMBINATION OF ENDOSCOPIC SINUS SURGERY WITH POSTOPERATIVE RINSING BY PULSE MACHINE TO TREAT NON-INVASIVE FUNGAL RHINOSINUSITIS

Objectives: To describe the clinical features and evaluate the results of endoscopic sinus surgery combined with postoperative rinsing with a pulse machine for non-invasive fungal rhinosinusitis. **Subjects and methods:** Description of a series of cases with 190 patients (who were diagnosed, operated on, and postoperative rinsed at 108 Hospital from 01/2019 to 05/2022. **Results:** Mean age 52.78 ± 8.9, male/female ~ 1:2, the group of patients with chronic sinusitis (45.26%), office workers (39.4%) and industrial workers (29.47%), common symptoms: postnasal discharge (71.05%), headache and facial pain (41.05%), nasal obstruction (50.53%), sneezing (22.63%), cough (29.47%), meatal stenosis (73.68%), deviated septum (67.36%), polyps (39.47%), pus nasal discharge (57.37%), dark brown mass (9.47%), sinusitis on CT: maxillary 91.05%, ethmoid (65.79%), frontal (26.84%), sphenoid (35.26%), lesion on one side (92.62%), 100% Aspergillus, good recovery after surgery 1 month, 3months, 6 months, 9 months, 1 year respectively 69.4%, 86.32%, 92.11%, 96.84% and 98.42%, recurrence rate (1.05%), sinus CT evaluated after 1 year did not detect recurrence. **Conclusion:** Clinical features of VMXDNKXL are atypical like other symptoms of sinus disease, hypodense and expansion inside the sinus on CT scanner is a high suggestion for fungus, surgery is always indicated to drain the sinuses and removing fungal, combined with postoperative rinsing with a pulse machine to help reduce the recurrence rate.

¹Bệnh Viện Trung Ương Quân Đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Đào Trọng Tuấn
Email: daotrongtuan108@gmail.com
Ngày nhận bài: 01.8.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023
Ngày duyệt bài: 3.10.2023