

đồng này chỉ ra việc sử dụng kết hợp lidocain, ketamine, magie sulfate đáp ứng rất tốt nhu cầu giảm đau của người bệnh, khẳng định có thể thay thế opioid.

**4.2. Một số tác dụng không mong muốn.** Tình trạng nôn và buồn nôn có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) giữa 2 nhóm nghiên cứu, cụ thể là tình trạng nôn, buồn nôn của nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2 (34,47% so với 9,37%). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Mulier [4] và Janvier (23,08% ở nhóm OA và 14,29% ở nhóm OFA) [5]. Kiểm soát nôn và buồn nôn sau phẫu thuật tuyến giáp là cần thiết do những biểu hiện này có thể dẫn đến ho hoặc tác động xung quanh vết mổ gây chảy máu sau mổ. Buồn nôn và nôn sau phẫu thuật vẫn là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân chậm xuất viện vì có thể gây bực các mối chỉ khâu, toác vết mổ, chảy máu, rối loạn nước, điện giải. Vì vậy việc kiểm soát tốt yếu tố này giúp người bệnh phục hồi sớm sau phẫu thuật.

Các tác dụng không mong muốn khác được đánh giá trong nghiên cứu bao gồm tri giác sau phẫu thuật, suy hô hấp, tụt huyết áp. Kết quả cho thấy tỷ lệ BN kích thích của nhóm 1 là 31,25% cao hơn hẳn nhóm 2 là 12,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Trong nhóm 2 chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân xuất hiện ảo giác chiếm 13,13%, kết quả của chúng tôi thấp hơn của Mansour [6] (nhóm OA và OFA lần lượt là 0% và 7,14%) có sự khác biệt này là do nghiên cứu của tác giả dùng liều cao ketamine hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu chúng tôi cũng không ghi nhận có bệnh nhân nào bị suy hô hấp hoặc tụt huyết áp.

## V. KẾT LUẬN

**5.1. Hiệu quả giảm đau:** Phối hợp lidocain, magie sulfate và ketamine cho hiệu quả giảm đau tốt trong và sau phẫu thuật khi thay thế opioid trên các bệnh nhân phẫu thuật cắt tuyến giáp trong vòng 24 giờ sau mổ.

**5.2. Tác dụng không mong muốn:** giảm đáng kể các tác dụng phụ người bệnh gặp phải so với nhóm sử dụng opioid. Tỷ lệ nôn và buồn nôn ở nhóm 2 thấp hơn so với nhóm 1 (9,37% so với 34,47%). Tỷ lệ bệnh nhân bị kích thích sau mổ ở nhóm 2 cũng thấp hơn nhóm 1 (12,5% so với 31,25%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Tú. Mong ước và sự thật, Sức khỏe và đời sống. 2009.
2. Ledowski T., Averhoff L., Tiong W.S., et al. (2014). Analgesia Nociception Index (ANI) to predict intraoperative haemodynamic changes: results of a pilot investigation. Acta Anaesthesiol Scand, 58(1), 74–79.
3. Khaled D., Mohamed O., Alaa I., et al. (2023). Opioid Free Anesthesia versus Opioid Based Anesthesia for Hemodynamic Stability in Geriatric Patients Undergoing Arthroscopic Shoulder Surgery, A Randomized Comparative Study. Egypt J Anaesth, 39(1), 626–634.
4. Paul Mulier J. (2016), Opioid free (OFA) versus opioid (OA) and low opioid anesthesia (LOA) for the laparoscopic gastric bypass surgery. Immediate post operative morbidity and mortality in a single center study on 5061 consecutive patients from March 2011 till June 2015, other.
5. Javier M.-E.K. Opioid-Free Anesthesia.
6. Mansour M.A., Mahmoud A.A.A., and Geddawy M. (2013). Nonopioid versus opioid based general anesthesia technique for bariatric surgery: A randomized double-blind study. Saudi J Anaesth, 7(4), 387–391.

## 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

Đỗ Chí Hùng<sup>1</sup>, Ngô Thị Hồng Vân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và thực trạng của các bệnh nhân thoái hóa khớp gối. **Đổi**

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ chí hùng

Email: dochihung1962@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

**tượng và phương pháp nghiên cứu:** 110 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối điều trị nội trú tại khoa Phục hồi chức năng- Bệnh viện E từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023. Các bệnh nhân được điều trị theo phác đồ chung của bộ y tế cho bệnh thoái hóa khớp gối bao gồm: thuốc, vật lý trị liệu, tập luyện trong vòng 1 tháng. Tiến hành đánh giá bệnh nhân theo thang điểm WOMAC tại các thời điểm vào viện, sau điều trị 15 và khi ra viện. **Kết quả:** Thoái hóa khớp gối thường xảy ra ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, nữ chiếm tỉ lệ nhiều hơn nam, theo tỉ lệ nam/ nữ là 1:6. Chỉ số khối cơ thể, nghề nghiệp liên quan đến lao

động chân tay là một trong các yếu tố thúc đẩy thoái hóa khớp gối. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất bao gồm: đau khi đi bộ, đau khi leo cầu thang 100%, đau kiểu cơ học 97,5%, đau khi đứng 89,3%, dấu hiệu phá rí khớp 75,6%. Đa số bệnh nhân có hạn chế tầm vận động vừa đến nặng chiếm 70,6% do đó ảnh hưởng nhiều đến chức năng sinh hoạt hàng ngày. **Kết luận:** Đau khớp gối mạn tính là triệu chứng thường gặp ở người bệnh thoái hoá khớp gối, trong đó nữ nhiều hơn nam, tỉ lệ bệnh nhân lao động chân tay bị nhiều hơn so với bệnh nhân lao động trí óc. Đau mạn tính làm tăng nguy cơ suy giảm chức năng sinh hoạt hàng ngày. Tuy nhiên, chưa có mối liên quan với chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu. Cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn về tình trạng đau mạn tính ở người cao tuổi có thoái hoá khớp gối nói riêng và trên người cao tuổi nói chung để có các biện pháp dự phòng và điều trị phù hợp nhằm cải thiện triệu chứng, từ đó giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. **Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, WOMAC, thoái hóa khớp gối

## SUMMARY

### DESCRIPTION OF THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS TREATED AT THE REHABILITATION OF E HOSPITAL IN 2022-2023

**Target:** Describe the clinical characteristics and status of patients with knee osteoarthritis. **Subject and method of the research:** 105 patients were diagnosed with knee osteoarthritis and treated in the rehabilitation department - E Hospital during July 2022 - July 2023. The patients were treated following the general protocol of the Ministry of Health for knee osteoarthritis, including drugs, physical therapy, exercise within 1 month. The patient assessment according to Womac scale was conducted at the time of admission, after 15 treatments and at discharge. **Result:** knee osteoarthritis often occurs in the group of over-60-years-old patients, with more women than men following the ratio of men/ women of 1: 6. Body mass index, occupation related to manual labor is one of the factors promoting knee osteoarthritis. The most common symptoms are: pain when walking, pain when climbing stairs 100%, mechanical pain 97,5%, pain when standing 89,3%, signs of joint leakage 75,6%. Most patients have moderate to severe range of motion limitation, accounting for 70,6%, thus greatly affecting daily activities. **Conclusion:** Chronic knee pain is a common symptom in knee OA patients, in which more women than men, the proportion of manual labor patients is higher than that of non-manual labor patients. Chronic pain increases the risk of impaired ADLs. Nevertheless, there was no association with the quality of life of the study subjects. More in-depth research on chronic pain in the elderly with knee OA in particular and in the elderly in general is needed in order to have appropriate preventive and therapeutic measures to improve symptoms, thereby helping to improve the quality of life. **Keywords:** clinical features, WOMAC, knee osteoarthritis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại của sụn và xương dưới sụn. Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới năm 2019, tỉ lệ thoái hóa khớp gối chiếm 20% dân số. Tại Mỹ, ở độ tuổi trên 55, con số này lên tới 80%. Ở Việt Nam chưa có thống kê chính xác nào nhưng thoái hóa khớp gối là bệnh rất phổ biến, chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh lý cơ xương khớp, là nguyên nhân chính gây giảm, mất khả năng vận động ở người cao tuổi.

Các phương pháp điều trị bao gồm: giáo dục bệnh nhân về cách phòng ngừa bệnh, chống các tư thế xấu, giảm các yếu tố nguy cơ gây nặng bệnh kết hợp điều trị nội khoa và ngoại khoa.<sup>[2,3]</sup> Điều trị nội khoa bao gồm các biện pháp dùng thuốc giảm đau, thuốc chống viêm không steroid, tiêm corticoid tại khớp gối, tiêm acid hyaluronic. Điều trị ngoại khoa chỉ được chỉ định trong những trường hợp có biến đổi giải phẫu khớp hoặc ở giai đoạn muộn của bệnh và thường gây tổn nhiều cho bệnh nhân.

Việc điều trị bệnh thoái hóa khớp gối hiện nay là gánh nặng rất tốn kém cho cá nhân người bệnh nói riêng và toàn xã hội nói chung với chi phí điều trị cao, hiệu quả chưa đạt được như mong muốn. Biện pháp điều trị phục hồi chức năng chuyên khoa với các hình thức cơ bản như: sóng ngắn, siêu âm, điện phân, tập vận động là một phương pháp điều trị không dùng thuốc, hiệu quả, ít tác dụng phụ, có vai trò kiểm soát những cơn đau, hạn chế quá trình tiến triển của bệnh, nâng cao chất lượng cuộc sống và giúp bệnh nhân dễ dàng hơn trong các chức năng sinh hoạt hàng ngày.

Bệnh rất thường gặp, tiến triển qua nhiều giai đoạn, trước đây bệnh thường xảy ra ở những bệnh nhân trên 60 tuổi nhưng nhịp sống bận rộn cùng lối sống kém khoa học ngày nay khiến bệnh có xu hướng ngày càng trẻ hóa. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*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*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 110 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối điều trị nội trú tại khoa Phục hồi chức năng từ tháng 7- 2022 đến tháng 7- 2023 đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN trên 40 tuổi.
- Được chẩn đoán thoái hoá khớp gối theo

tiêu chuẩn ACR 1991 [1]

- Thời gian đau khớp gối mạn tính kéo dài trên 3 tháng.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

- Thoái hóa khớp gối do một số bệnh lý khác: bệnh khớp do vi tinh thể, do nguyên nhân thần kinh, do chuyển hóa, Hemophilia, bệnh nội tiết, các bệnh lý rối loạn chức năng tiểu cầu...

- Tiền sử phẫu thuật nội soi khớp gối hay nhiễm khuẩn khớp gối thoái hóa. Bệnh lý tim mạch nặng, nhiễm khuẩn toàn thân, bệnh lý ác tính, suy giảm miễn dịch, đang dùng liệu pháp chống đông...

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Mô tả cắt ngang
- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp đến điều trị nội trú tại khoa Phục hồi chức năng- Bệnh viện E từ tháng 7-1022 đến tháng 7-2023, thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn đồng ý tham gia nghiên cứu được đưa vào nhóm nghiên cứu.
- Tiến hành đánh giá bệnh nhân theo thang điểm WOMAC tại các thời điểm: vào viện, sau 15 ngày và trước khi ra viện.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm về tuổi.** Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi: độ tuổi trung bình là 66,0 ± 7,98. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 46 tuổi, nhiều tuổi nhất là 92 tuổi. Trong đó có 79 bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 71,8%.

**3.2. Đặc điểm về giới.** Nhận xét: Trong số 110 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 15 nam (13,63%), 95 nữ (86,37%), tỉ lệ nam/ nữ là 1:6.

**3.3. Đặc điểm về nghề nghiệp**

**Bảng 3.1. Đặc điểm về nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	n	Tỉ lệ %
Lao động trí óc	68	61,9
Lao động chân tay	42	38,1

**Nhận xét:** Có 61,9% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm lao động chân tay, 38,1% thuộc nhóm lao động trí óc. Yếu tố nghề nghiệp đã được chứng minh là một trong các yếu tố nguy cơ gây bệnh thoái hóa khớp [2,3].

**3.4. Đặc điểm về chỉ số khối cơ thể**

**Bảng 3.2. Đặc điểm về BMI**

Chỉ số BMI	n	Tỉ lệ %
18,5 đến 22,9	32	29,09
23 đến 24,9	67	60,90
≥ 25	11	10,10

**Nhận xét:** Cùng với tuổi tác và yếu tố nghề nghiệp thì chỉ số khối lượng cơ thể cũng là yếu

tố thúc đẩy thoái hóa khớp, đặc biệt là các khớp chịu lực như khớp gối, khớp háng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 70,1% bệnh nhân có BMI > 23 (thừa cân).

**3.5. Đặc điểm về tình trạng đau**

**Nhận xét:** Đau khớp gối là triệu chứng cơ năng đầu tiên và quan trọng nhất của bệnh thoái hóa khớp gối, là nguyên nhân thúc đẩy bệnh nhân đi khám bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân có dấu hiệu đau khớp gối (bảng 3.3). Điều này dễ hiểu vì tiêu chuẩn lựa chọn điều trị bệnh của chúng tôi là đau khớp gối mạn tính kéo dài trên 3 tháng.

**Bảng 3.3. Đánh giá theo thang điểm WOMAC**

Đặc điểm	n (198 khớp)	Tỉ lệ %
<b>I. Chỉ số WOMAC đau</b>		
1. Khi đi bộ trên mặt phẳng	191	96
2. Khi lên xuống cầu thang	198	100
3. Khi ngủ tối	150	75,75
4. Khi ngồi hay nằm xuống	40	20,2
5. Khi đứng	175	88,38
<b>II. Chỉ số WOMAC cứng khớp buổi sáng</b>		
1. Mức độ cứng khớp nghiêm trọng như thế nào khi thức dậy vào buổi sáng	151	75,76
2. Mức độ cứng khớp nghiêm trọng như thế nào sau khi ngồi hoặc nằm hay khi nghỉ ngơi trong ngày	47	24,24
<b>III. Chỉ số WOMAC khó khăn khi thực hiện chức năng sinh hoạt hàng ngày</b>		
1. Khi đi xuống cầu thang	198	100
2. Khi đi lên cầu thang	198	100
3. Khi dậy từ tư thế ngồi	149	75,70
4. Khi đứng	175	88,38
5. Khi cúi xuống sàn	148	74,74
6. Khi bước đi trên mặt phẳng	198	100
7. Khi lên xuống cầu thang ngồi ghế thấp	161	83,31
8. Khi đi mua sắm	143	72,22
9. Khi đi tắt hay mặt quần áo hoặc vớ	21	11,67
10. Khi rời khỏi giường	123	62,12
11. Khi nằm trên giường	23	11,61
12. Khi từ nền nhà đứng dậy	135	68,18
13. Trong khi ngồi	19	9,59
14. Khi vào hay ra khỏi nhà vệ sinh	48	24,24
15. Làm việc nhà nặng: xách túi rác...	170	85,86
16. Làm việc nhà nhẹ: nấu ăn, quét nhà...	79	39,89

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 131 khớp gối giảm vận động vừa và nặng chiếm 66,16%. Số bệnh nhân hạn chế rất nặng chiếm 4,54%, những bệnh nhân này hầu như không có khả năng đi lại độc lập mà bắt buộc phải có sự hỗ trợ của dụng cụ trợ giúp và người chăm sóc.

### 3.6. Đặc điểm về tâm vận động

**Bảng 3.4. Đặc điểm về tâm vận động khớp**

Mức độ	n	%
Không hạn chế	20	10,1
Hạn chế nhẹ	38	19,2
Hạn chế vừa	100	50,5
Hạn chế nặng	31	15,66
Hạn chế rất nặng	9	4,54

**3.7. Đặc điểm về các chức năng sinh hoạt hàng ngày.** Theo bảng 3.3 đau khi vận động là đặc trưng của thoái hóa khớp gối, làm giảm tâm vận động khớp và khả năng vận động do đó ảnh hưởng nhiều đến chức năng sinh hoạt hàng ngày và giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. WOMAC chức năng có điểm cao nhất là đau khi leo cầu thang và đau khi bước đi trên mặt phẳng chiếm tỉ lệ 100%.

## IV. BÀN LUẬN

### Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Trong số 110 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, có 15 nam (13,63%), 95 nữ (86,37%), tỉ lệ nam/ nữ là 1:6. Nguyễn Văn Phò [4] trong một NC can thiệp trên 151 bệnh nhân THK gối cũng cho kết quả tương tự là 1/6 trong khi NC của Nguyễn Thị Ái [5] trên 116 BN cho tỉ lệ là 1/5. Theo tác giả Felson [6] trước 50 tuổi, tỉ lệ thoái hóa ở đa số các khớp của nhóm nam 96 cao hơn nữ, nhưng từ sau 50 tuổi thì nhóm nữ cao hơn nam giới. Các tác giả cho rằng tỉ lệ nữ bị thoái hóa khớp nhiều hơn nam do sự thay đổi hormone, đặc biệt sự thiếu hụt hormone estrogen sau mãn kinh [7]. Tổng kết của Bollet [8] hay Niu và cộng sự cũng cho thấy tỉ lệ mắc thoái hóa khớp ở nữ cao hơn nam giới và ở nữ thì tỉ lệ thoái hóa khớp gối, mức độ tổn thương và biến dạng khớp gối cũng cao hơn ở nam giới.

Tuổi trung bình là  $66,0 \pm 7,98$  trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất trong nghiên cứu là 46, cao tuổi nhất là 92. Theo thống kê tại Mỹ, tỉ lệ thoái hóa khớp gối gây triệu chứng chiếm khoảng 4,9% người lớn trên 26 tuổi, 12,1% người lớn trên 60 tuổi. Theo Felson, tỉ lệ mắc bệnh thoái hóa khớp nói chung ở nhóm 65 tuổi cao gấp từ 2 đến 10 lần so với nhóm 30 tuổi và càng tăng khi tuổi càng cao [6].

Trong số 110 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 15 nam (13,63%), 95 nữ (86,37%), tỉ lệ nam/ nữ là 1:6. Nguyễn Văn Phò trong một nghiên cứu can thiệp trên 151 bệnh nhân thoái hóa khớp gối cũng cho kết quả tương tự là 1/6 trong khi nghiên cứu của Nguyễn Thị Ái trên 116 bệnh nhân cho tỉ lệ là 1/5. Theo tác giả Felson trước 50 tuổi, tỉ lệ thoái hóa ở đa số các khớp của nhóm nam 96 cao hơn nữ, nhưng từ sau 50 tuổi thì nhóm nữ cao hơn nam giới. Các tác giả cho rằng tỉ lệ nữ bị thoái hóa khớp nhiều hơn nam do sự thay đổi hormone, đặc biệt sự thiếu hụt hormone estrogen sau mãn kinh [7]. Tổng kết của Bollet hay Niu và cs cũng cho thấy tỉ lệ mắc thoái hóa khớp ở nữ cao hơn nam giới và ở nữ thì tỉ lệ thoái hóa khớp gối, mức độ tổn thương và biến dạng khớp gối cũng cao hơn ở nam giới.

Yếu tố nghề nghiệp đã được chứng minh là một trong các yếu tố nguy cơ gây bệnh thoái hóa khớp [2, 3]. Những hoạt động như thường nhắc vật nặng trên 25kg, đi bộ trên 2 dặm (tương đương 3,2 km) hay đứng 2 dặm trên 2 giờ mỗi ngày có yếu tố nguy cơ thấp hơn. Những nghề nghiệp có liên quan đến các hoạt động trên gồm giáo viên, y tá (hay gặt ở nữ), công nhân xây dựng, bảo trì điện, lớp mái (ở nam) góp phần làm gia tăng sức nặng đè lên bề mặt khớp trong một thời gian quá trình dài. Ở Việt Nam, những nghề có công việc nặng nhọc kéo dài hoặc lặp đi lặp lại nhiều lần như: làm ruộng, gánh nặng, bưng bê, khuân vác nặng, đứng lâu, đi lên xuống cầu thang bộ nhiều lần trong ngày... là những nghề nghiệp có nguy cơ cao với bệnh thoái hóa khớp gối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 70,1% bệnh nhân có BMI > 23 (thừa cân). Các nghiên cứu của nhiều tác giả đều nhận thấy vai trò của chỉ số khối lượng cơ thể ảnh hưởng đến thoái hóa khớp, đặc biệt là khớp gối. Theo Hồ Phạm Thực Lan và cs, tỉ lệ thoái hóa khớp gối ở nhóm có BMI > 25kg/m<sup>2</sup> cao gấp 2 lần so với nhóm có BMI dưới 18,5 kg/m<sup>2</sup>, và cứ tăng mỗi đơn vị BMI thì nguy cơ thoái hóa khớp gối tăng 14%.

**Đặc điểm về tình trạng đau.** Đau kiểu cơ học là kiểu đau đặc trưng của bệnh thoái hóa khớp: bệnh nhân đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi. Trong 198 khớp đau ở nghiên cứu của chúng tôi, đau kiểu cơ học chiếm tỉ lệ 96% tương tự so với nghiên cứu của Đặng Hồng Hoa, đau cơ học chiếm tỉ lệ 95,2%. Tuy nhiên gần đây cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật có những thay đổi về cơ chế bệnh sinh của bệnh cho thấy bệnh sinh thoái hóa khớp còn có sự tham gia của các yếu tố viêm như các cytokin,

TNF  $\alpha$ , IL1... Vì vậy bệnh nhân không chỉ có đau kiểu cơ học mà còn đau kiểu viêm: đau cả khi nghỉ ngơi, đau tăng về đêm. Những bệnh nhân này thường liên quan đến có tình trạng viêm màng hoạt dịch, tràn dịch nhiều hay thoái hoá khớp gối nặng. Tuy nhiên nhóm đau kiểu viêm chỉ chiếm 4% trong nhóm khớp đau của chúng tôi (bảng 3.3). Triệu chứng đau xuất hiện vào ban đêm ảnh hưởng đến giấc ngủ cũng là một triệu chứng đánh giá mức độ nặng của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau về đêm chiếm 75,75%, trong đó đau khi cử động chiếm 54% và đau ngay cả khi nằm im chiếm tỷ lệ 20,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ái cũng cho các kết quả tương tự là đau khi đi bộ 89,7%, đau khi lên xuống cầu thang 80,2%, đau khi chuyển tư thế đứng lên khỏi ghế không vịn tay 80,2%. Trong số 198 khớp đau trong nghiên cứu của chúng tôi: đau khi đi bộ 95,95%, đau khi đứng lâu trên 30 phút là 88,38%, đau khi lên xuống cầu thang 100%.

Qua các con số thống kê các triệu chứng ở trên có thể thấy đau khi vận động là một trong các triệu chứng đặc trưng của bệnh thoái hoá khớp gối.

**Đặc điểm về tầm vận động khớp.** Giảm vận động do đau, cứng khớp, hẹp khe khớp, tổn thương dây chằng và các thành phần khác của khớp. Tầm vận động khớp ảnh hưởng đến khả năng vận động, lao động và gây tàn phế ở người cao tuổi khi mức độ thoái hoá khớp ngày càng trầm trọng. Giai đoạn đầu bệnh nhân chỉ thấy khó khăn khi đi bộ xa hoặc khi chạy. Giai đoạn muộn thấy khó khăn khi gấp duỗi khớp gối, nhất là những động tác làm tăng sức nặng lên khớp gối như ngồi xổm đứng dậy, bước lên cầu thang. Khi trục khớp thay đổi, tầm vận động hạn chế nhiều thì bệnh nhân sẽ giảm hoặc mất khả năng đi lại, dẫn đến tàn phế.

**Đặc điểm về sự ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt hàng ngày.** Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày bằng thang điểm WOMAC với các hoạt động như: lên xuống cầu thang, đứng dậy từ tư thế ngồi, khi đứng, ngồi, đi vệ sinh, làm việc nhà... Kết quả cho thấy, khi điểm WOMAC đau càng cao thì càng ảnh hưởng WOMAC chức năng càng cao, do tình trạng đau làm ảnh hưởng đến khả năng vận động của bệnh nhân. 79 bệnh nhân có suy giảm chức năng chiếm 71,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đau khớp gối mạn tính có ảnh hưởng đến tăng tỷ lệ suy giảm chức năng sinh hoạt hàng ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

phù hợp với nghiên cứu của K. Koltyn và cộng sự (2005) cho thấy đau mạn tính ở người cao tuổi có liên quan đến sự can thiệp từ nhẹ đến trung bình trong đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày, đặc biệt là các hoạt động liên quan đến đi bộ, leo cầu thang, nâng và hạ đồ vật.

## V. KẾT LUẬN

Đau khớp gối mạn tính là triệu chứng thường gặp ở người bệnh thoái hoá khớp gối, trong đó tỷ lệ bệnh nhân nữ trên 60 tuổi bị nhiều hơn bệnh nhân nam, tỷ lệ bệnh nhân lao động chân tay bị nhiều hơn so với bệnh nhân lao động trí óc, bệnh nhân có BMI ở mức thừa cân béo phì có tỷ lệ thoái hoá khớp gối cao hơn hẳn. Đau mạn tính làm giảm tầm vận động khớp và làm tăng nguy cơ suy giảm các chức năng sinh hoạt hàng ngày. Do đó, cần tác động vào chỉ số khối cơ thể, cường độ lao động, các yếu tố làm tăng lực đè lên khớp gối để giảm đau và cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày cho bệnh nhân. Cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn về tình trạng đau mạn tính ở người cao tuổi có thoái hoá khớp gối nói riêng và trên người cao tuổi nói chung để có các biện pháp dự phòng và điều trị phù hợp nhằm cải thiện triệu chứng, từ đó giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Altman R.D** (1991). Criteria for classification of clinical osteoarthritis. *J Rheumatol Suppl*, 27, 10-12.
2. **Manal Hasan R.S** (2010). Clinical features and pathogenetic mechanisms of osteoarthritis of the hip and knee. *BC MEDICAL JOURNAL*, 52 (NO. 8), 393-398.
3. **Nguyễn Thị Thanh Phương và Nguyễn Vĩnh Ngọc** (2013). Nghiên cứu hình ảnh siêu âm sụn khớp ở bệnh nhân thoái hoá khớp gối. *Tạp chí Nội khoa Việt nam*, 10/2013, 206-213.
4. **Nguyễn Văn Pho** (2007). Đánh giá hiệu quả của tiêm chất nhầy sodiumHyaluronat (GO-ON) vào ổ khớp trong điều trị thoái hoá khớp gối. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II- Đại học Y Hà Nội,
5. **Nguyễn Thị Ái** (2006). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thoái hoá khớp gối. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội
6. **Manal Hasan R.S** (2010 ). Clinical features and pathogenetic mechanisms of osteoarthritis of the hip and knee. *BC MEDICAL JOURNAL*, 52 (NO. 8), 393-398.
7. **Adams J.G, T. McAlindon, M. Dimasi et al** (1999). Contribution of meniscal extrusion and cartilage loss to joint space narrowing in osteoarthritis. *Clin Radiol*, 54 (8), 502-506.
8. **Bollet A.J** (2001). Edema of the bone marrow can cause pain in osteoarthritis and other diseases of bone and joints. *Ann Intern Med*, 134 (7), 591-593.