

6. **Ting DSW, Cheung CYL, Lim G, et al.** Development and Validation of a Deep Learning System for Diabetic Retinopathy and Related Eye Diseases Using Retinal Images From Multiethnic Populations With Diabetes. *JAMA*. 2017
7. **Ruamviboonsuk P, Krause J, Chotcomwongse P, et al.** Deep learning versus human graders for classifying diabetic retinopathy severity in a nationwide screening program. *NPJ Digit Med*. 2019;2:25.
8. **Bawankar P, Shanbhag N, K SS, et al.** Sensitivity and specificity of automated analysis of single-field non-mydriatic fundus photographs by Bosch DR Algorithm-Comparison with mydriatic fundus photography (ETDRS) for screening in undiagnosed diabetic retinopathy. *PLoS One*. 2017
9. **Larsen N, Godt J, Grunkin M, Lund-Andersen H, Larsen M.** Automated detection of diabetic retinopathy in a fundus photographic screening population. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2003.

ĐẶC ĐIỂM XÉT NGHIỆM DỊCH KHỚP CỦA CÁC BỆNH NHÂN TRÀN DỊCH KHỚP GỐI MẠN TÍNH

Trần Quang Hợp¹, Lưu Thị Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm công thức bạch cầu, vi khuẩn học dịch khớp của các bệnh nhân tràn dịch khớp gối mạn tính điều trị tại Khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 70 bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch khớp gối mạn tính điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Trong tổng số 70 mẫu dịch khớp được phân tích, bệnh nhân tràn dịch khớp gối mạn tính do thoái hóa khớp chiếm tỷ lệ cao (38,6%). Kết quả công thức bạch cầu trong dịch khớp: số lượng tế bào bạch cầu trung bình: 20941±29436 tế bào/ml; trong đó 45,7% mẫu dịch khớp có mức bạch cầu từ 2000-50000 tế bào/ml; 37,1% có mức bạch cầu <2000 tế bào/ml; >50000 tế bào/ml chiếm tỷ lệ 17,2%. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trung bình: 63,3±25%; trong đó 51,4% mẫu dịch khớp có tỷ lệ bạch cầu đa nhân nằm trong khoảng 50%-90%. Kết quả nhuộm soi dịch khớp: 2,9% mẫu dương tính với cầu khuẩn Gram dương; 87,1% mẫu cho kết quả nhuộm soi âm tính. Nuôi cấy dịch khớp: 10% bệnh nhân có kết quả nuôi cấy dương tính. Trong các nguyên nhân gây nhiễm khuẩn khớp gối, tụ cầu vàng chiếm tỷ lệ 85,7%, còn lại là trực khuẩn mủ xanh (14,3%). **Kết luận:** Số lượng tế bào bạch cầu dịch khớp có sự khác biệt lớn giữa các bệnh nhân (trung bình: 20941±29436 tế bào/ml). Tỷ lệ nhuộm soi và nuôi cấy dương tính ở các mẫu dịch khớp là thấp. Tràn dịch khớp gối do nhiễm khuẩn thường gặp do tụ cầu vàng. **Từ khóa:** tràn dịch khớp gối, phân tích dịch khớp, vi khuẩn.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF SYNOVIAL FLUID TESTS OF PATIENTS WITH CHRONIC KNEE EFFUSION

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Hợp

Email: tranquanghop.md@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

Objective: To analyze the characteristics of synovial white blood cell formula, and synovial fluid bacteriology of patients with chronic knee effusion treated at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 70 patients with chronic knee effusion treated at Thai Nguyen National Hospital. **Results:** The most common cause of chronic knee effusion is osteoarthritis (38.6%). Results of leukocyte formula in synovial fluid: average white blood cell count: 20941±29436 cells/ml, of which 45.7% of synovial fluid samples had white blood cell levels from 2000 to 50000 cells/ml, 37.1% of fluid samples had white blood cell levels <2000 cells/ml; the levels >50,000 cells/ml accounts for 17.2%. The average proportion of polymorphonuclear neutrophils is 63.3±25%, synovial fluid samples had the proportion of polymorphonuclear neutrophils levels from 50% to 90% accounting for 51.4%. Synovial fluid stain: 2.9% of synovial fluid samples were positive for Gram-positive cocci, 87.1% of synovial fluid samples had negative results. Synovial fluid culture: 10% of patients had positive results. Among the causes of knee infection, *Staphylococcus aureus* accounts for 85.7%, the remaining is *Pseudomonas aeruginosa* (14.3%). **Conclusion:** Synovial fluid white blood cells count varies greatly between patients (average: 20941±29436 cells/ml). The proportion of synovial fluid samples with positive staining and culture results is low. Knee joint effusion due to infection is commonly caused by *Staphylococcus aureus*. **Keywords:** knee effusion, synovial fluid analysis, bacteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch khớp gối (TDKG) là tình trạng xảy ra khi lượng dịch khớp tăng cao bất thường gây sưng đau, hạn chế các động tác của khớp gối, thường xuất hiện trong các bệnh lý như thoái hóa khớp, viêm khớp dạng thấp, gút, viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm màng hoạt dịch không đặc hiệu...Chẩn đoán TDKG thường dựa vào lâm sàng và siêu âm. Tuy nhiên, do có nhiều bệnh lý gây tràn dịch khác nhau nên không ít trường hợp trên lâm sàng khó xác định được căn nguyên

dẫn đến việc điều trị có thể không hiệu quả, vì vậy chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm là rất quan trọng trong một số trường hợp. Ngoài ra, chọc hút dịch khớp không những giúp làm xét nghiệm để chẩn đoán mà còn có tác dụng điều trị, đặc biệt là các trường hợp TDKG mức độ nhiều. Các xét nghiệm dịch khớp trên lâm sàng thường được chỉ định bao gồm xét nghiệm tế bào trong dịch (số lượng tế bào, tỷ lệ các loại bạch cầu); nhuộm soi; nuôi cấy tìm vi khuẩn, nấm, lao và các nguyên nhân gây bệnh lý viêm khớp. Các nghiên cứu về kết quả xét nghiệm dịch khớp gối đã đưa ra những giá trị số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân giúp định hướng nguyên nhân [3, 5, 7]. Tuy nhiên chúng tôi thấy rằng phần lớn các nghiên cứu này đều tập trung trên đối tượng nhiễm trùng khớp nhân tạo, hơn nữa kết quả giữa các nghiên cứu cũng chưa tương đồng với nhau. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, có nhiều bệnh nhân TDKG mạn tính đã được chẩn đoán và điều trị, cùng với đó, nhiều nguyên nhân cũng đã được xác định. Vì vậy cần có những thống kê đánh giá những tổn thương của khớp và các nguyên nhân gây TDKG mạn tính. Chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *"Phân tích đặc điểm công thức bạch cầu, vi khuẩn học dịch khớp gối của các bệnh nhân tràn dịch khớp gối mạn tính điều trị tại khoa cơ xương khớp Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên."*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 70 bệnh nhân được chẩn đoán xác định TDKG mạn tính.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân được chẩn đoán TDKG: trên siêu âm có hình ảnh tràn dịch (theo định nghĩa của OMERACT 7 và Protocol của Bevers K và cộng sự [2]) và/hoặc lâm sàng có dấu hiệu bập bênh xương bánh chè dương tính.

+ Bệnh nhân có TDKG từ hai lần trở lên trong tiền sử hoặc trong đợt bệnh hiện tại.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân TDKG sau chấn thương.
+ Bệnh nhân có khớp gối tràn dịch là khớp nhân tạo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

+ Phương pháp thu thập số liệu: tiến cứu từ tháng 8/2022 đến hết tháng 8 năm 2023.

+ Cách chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích.

+ Địa điểm: khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Nội dung nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, siêu âm khớp gối, chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm.

Các biến số và chỉ tiêu trong nghiên cứu

+ Đặc điểm chung: tuổi (tính theo năm, được chia thành hai nhóm <60 và ≥60 tuổi), giới (nam và nữ), nguyên nhân gây TDKG.

+ Khám lâm sàng: tìm dấu hiệu bập bênh xương bánh chè.

+ Siêu âm khớp gối: được thực hiện trên máy siêu âm PHILIPS đầu dò tần số cao (8-15 MHz) tại phòng thủ thuật khoa Cơ Xương Khớp. Siêu âm và đọc kết quả, chọc hút dịch khớp do bác sĩ chuyên khoa cơ xương khớp có chứng chỉ siêu âm khớp thực hiện. Đánh giá tràn dịch khớp trên siêu âm: vùng trống âm hoặc giảm âm bất thường, bề dày ≥4mm đo ở mặt cắt đứng dọc tương ứng vị trí túi cùng giữa của ngách hoạt dịch trên xương bánh chè, tư thế bệnh nhân nằm ngửa, gối gấp 30 độ [2].

+ Xét nghiệm dịch khớp gối: mỗi bệnh nhân lấy tối thiểu 4ml, đánh giá màu sắc (vàng, màu khác); độ nhớt (cao, thấp); độ trong (trong; đục); tổng thể tích dịch khớp hút được; gửi mẫu đến các khoa huyết học và vi sinh làm xét nghiệm tế bào trong nước dịch (đếm số lượng bạch cầu, tỷ lệ các loại bạch cầu); nhuộm soi (tìm vi khuẩn, nấm, AFB); nuôi cấy phân lập vi khuẩn làm kháng sinh đồ dịch khớp.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng Y đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng bệnh nhân (n=70)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	<60	17	24,3
	≥60	53	75,7
	Trung bình ± SD (min/max)	66.1±16.1 (17/99)	
Giới tính	Nam	33	47,1
	Nữ	37	52,9
	Tỷ lệ nữ/nam	1.12/1	
Nguyên nhân	Thoái hóa khớp	27	38,6
	Viêm khớp dạng thấp	12	17,1
	Gút	24	34,3
	Viêm khớp nhiễm khuẩn	7	10,0

Nhận xét: TDKG mạn tính gặp tỷ lệ cao ở

nhóm bệnh nhân ≥ 60 (75,7%). Nữ gặp nhiều hơn nam (tỷ lệ nữ/nam = 1,12/1). Nguyên nhân gây TDKG mạn tính hay gặp nhất là thoái hóa khớp (38,6 %), tiếp đến là gút (34,3%), viêm khớp dạng thấp (17,1%), viêm khớp nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ nhỏ (10,0%).

Bảng 2: Tỷ lệ phát hiện TDKG của đôi tượng nghiên cứu trên lâm sàng so với siêu âm

Phát hiện tràn dịch	Số lượng (n=70)	Tỷ lệ (%)
Lâm sàng (dấu hiệu bập bênh xương bánh chè dương tính)	51	72,9
Siêu âm	70	100

Nhận xét: Trong số 70 bệnh nhân được xác định TDKG trên siêu âm, có 72,9% bệnh nhân có dấu hiệu bập bênh xương bánh chè dương tính trên lâm sàng.

Bảng 3: Đặc điểm đại thể và thể tích dịch khớp chọc hút được của đôi tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=70)	Tỷ lệ (%)
Màu sắc	Vàng	62	88,6
	Màu khác (trắng, nâu, đỏ...)	8	11,4
Độ trong	Trong	53	75,7
	Đục	17	24,3
Độ nhớt	Cao	48	68,6
	Thấp (giảm)	22	31,4
Thể tích dịch khớp gõ hút được (ml)	Trung bình \pm SD (min/max)	15,9 \pm 7 (4/40)	

Nhận xét: Dịch khớp đa số có màu vàng (88,6%). Trong đó dịch trong suốt chiếm tỷ lệ cao (75,7%); 24,3% mẫu dịch khớp là đục. Độ nhớt cao chiếm tỷ lệ 68,6%. Thể tích dịch khớp hút được trung bình là 15,9 \pm 7 (nhỏ nhất 4ml, lớn nhất 40 ml).

Bảng 4: Đặc điểm công thức bạch cầu dịch khớp của đôi tượng nghiên cứu

Công thức bạch cầu		Số lượng (n=70)	Tỷ lệ (%)
Số lượng tế bào dịch khớp (tế bào/mL)	<2000	26	37,1
	2000 đến 50000	32	45,7
	>50000	12	17,2
	Trung bình \pm SD (min/max)	20941 \pm 29436 (60/164200)	
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân (%)	≤ 50	22	31,4
	>50 đến <90	36	51,4
	≥ 90	12	17,2
	Trung bình \pm SD (min/max)	63,3 \pm 25 (6,1/96,2)	
Tỷ lệ bạch cầu	Trung bình \pm SD	21,3 \pm 16,8	

lympho (%)	(min/max)	(8/62,9)
Tỷ lệ bạch cầu Mono (%)	Trung bình \pm SD (min/max)	9,2 \pm 8,6 (0/50)
Tỷ lệ bạch cầu ưa acid (%)	Trung bình \pm SD (min/max)	4,7 \pm 7,3 (0/45)
Tỷ lệ bạch cầu ưa base (%)	Trung bình \pm SD (min/max)	1,9 \pm 2,9 (0/11,5)

Nhận xét: Số lượng tế bào dịch khớp trung bình là 20941 \pm 29436 tế bào /ml (thấp nhất 60, cao nhất 164200) phần lớn nằm trong khoảng <2000 và từ 2000-50000 tế bào/ml (tỷ lệ lần lượt là 37,1% và 45,7%). Trong dịch khớp, chủ yếu là bạch cầu đa nhân (tỷ lệ trung bình 63,3 \pm 25%), tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính ở mức 50%-90% chiếm tỷ lệ cao nhất (51,4%).

Bảng 5: Kết quả nhuộm soi dịch khớp của đôi tượng nghiên cứu

Nhuộm soi		Số lượng (n=70)	Tỷ lệ (%)
Vi khuẩn	Dương tính	2*	2,9
	Âm tính	68	97,1
Năm	Dương tính	0	0
	Âm tính	70	100
Lao	Dương tính	0	0
	Âm tính	70	100

(Chú thích: *, Nhuộm soi dương tính với cầu khuẩn Gram dương)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả nhuộm soi dương tính chiếm tỷ lệ thấp (2,9%), tất cả bệnh nhân đều có kết quả âm tính với nấm và vi khuẩn lao.

Bảng 6: Kết quả nuôi cấy dịch khớp và định danh vi khuẩn

Xét nghiệm	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Kết quả nuôi cấy dịch khớp (n=70)		
Dương tính	7	10,0
Âm tính	63	90,0
Định danh vi khuẩn các mẫu dịch khớp dương tính (n=7)		
Tụ cầu vàng	6	85,7
Trực khuẩn mũ xanh	1	14,3

Nhận xét: Bệnh nhân có kết quả nuôi cấy dương tính chiếm tỷ lệ thấp (10,0%). Đa số nhiễm khuẩn khớp gờ do tụ cầu vàng (85,7%), chỉ có một trường hợp do trực khuẩn mũ xanh (14,3%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đôi tượng nghiên cứu. Qua nghiên cứu 70 bệnh nhân cho kết quả: độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 66,1 \pm 16,1 (năm), trong đó nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao (75,7%) và nữ giới gặp

nhiều hơn nam giới (tỷ lệ nam/nữ = 1,12/1). Nguyên nhân gây TDKG đứng đầu là thoái hóa khớp (38,6%), tiếp theo là gút (34,3%), viêm khớp dạng thấp (17,1%), viêm khớp nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ nhỏ (10,0%). Nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương đồng với nghiên cứu của Santiago Ruta (2016), nguyên nhân gây TDKG chiếm tỷ lệ cao nhất là thoái hóa khớp (32%), nhưng đứng hàng thứ hai là viêm khớp dạng thấp (20%) [6].

Về khả năng phát hiện tràn dịch, trong số các bệnh nhân được khẳng định TDKG trên siêu âm, chỉ có 72,9% bệnh nhân phát hiện được tràn dịch trên lâm sàng bằng dấu hiệu bập bềnh xương bánh chè dương tính. Như vậy siêu âm là công cụ hữu ích, đánh giá tốt tình trạng tràn dịch so với lâm sàng. Thực tế cho thấy, những đợt tràn dịch ít thường dễ bị bỏ qua trên lâm sàng.

Dịch khớp đa số có màu vàng (88,6%); 11,4% mẫu dịch còn lại là màu khác (trắng, nâu). Về độ trong: dịch trong suốt chiếm tỷ lệ cao (75,7%), còn lại là dịch đục (24,3%). Đánh giá đại thể màu sắc và độ trong của dịch khớp có thể giúp gợi ý nguyên nhân gây tràn dịch, ví dụ dịch khớp do thoái hóa thường có màu vàng trong, dịch do các bệnh lý viêm khớp thường có màu vàng mờ đục, dịch khớp do gút màu trắng sữa, trong nhiễm khuẩn khớp dịch thường đục, vàng ánh xanh...tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận trường hợp nhiễm khuẩn khớp gối (khẳng định trên lâm sàng và nuôi cấy dịch khớp dương tính) tuy nhiên dịch khớp gối chọc hút được có màu vàng trong. Như vậy đánh giá màu sắc, độ nhớt dịch khớp chỉ là bước ban đầu, cần phải làm thêm các xét nghiệm dịch khớp để giúp chẩn đoán và điều trị.

Dịch khớp có độ nhớt cao chiếm ưu thế (68,6%), còn lại là độ nhớt giảm (31,4%). Thể tích dịch khớp gối hút được trung bình là 15,9±7 ml.

4.2. Kết quả xét nghiệm dịch khớp gối.

Số lượng tế bào bạch cầu trong dịch khớp trung bình 20941±29436 tế bào/ml (lớn nhất: 60, nhỏ nhất 164200) như vậy số lượng tế bào bạch cầu có sự khác nhau lớn giữa các mẫu dịch khớp. Trong đó 45,7% mẫu dịch khớp có số lượng bạch cầu ở mức 2000-50000 tế bào/ml, xếp sau là mức <2000 tế bào/ml (37,1%), mẫu dịch có >50000 tế bào/ml chiếm tỷ lệ nhỏ (17,1%). Trong dịch khớp, chủ yếu là bạch cầu đa nhân (tỷ lệ trung bình 63,3±25%), trong đó, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính ở mức từ 50% đến 90% chiếm tỷ lệ cao nhất (51,4%).

Vi khuẩn học dịch khớp gối: 2 trong số 70 bệnh nhân có kết quả nhuộm soi dương tính,

chiếm tỷ lệ 2,9%. Kết quả nuôi cấy có 7 mẫu dương tính, chiếm tỷ lệ 10%. Hai kết quả nhuộm soi dương tính đều là cầu khuẩn Gram dương và là 2 trong 7 trường hợp viêm khớp nhiễm khuẩn (khẳng định bằng lâm sàng và xét nghiệm nuôi cấy dương tính). Như vậy, tỷ lệ phát hiện vi khuẩn trong dịch khớp gối bằng nhuộm soi thấp, và nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Herbert Gbejuade và cộng sự (2019) đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu của nhuộm Gram dịch khớp trong chẩn đoán viêm khớp nhiễm khuẩn, cho thấy độ nhạy của nhuộm soi dịch khớp thấp, chỉ 17% [4]. Trong số 7 trường hợp nhiễm khuẩn khớp gối, nguyên nhân thường do tụ cầu vàng (85,7%), chỉ có 1 trong 7 trường hợp do trực khuẩn mủ xanh (14,3%). Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện ra nguyên nhân nào khác. Như vậy nguyên nhân gây nhiễm khuẩn khớp thường gặp nhất là tụ cầu vàng. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu trước đó của Đào Xuân Thành [1].

V. KẾT LUẬN

TDKG mạn tính gặp tỷ lệ cao ở đối tượng ≥60 tuổi (75,7%). Độ tuổi trung bình: 66,1±16,1 (năm). Nguyên nhân hay gặp nhất là thoái hóa khớp gối (38,6%), xếp sau là gút (34,3%).

100% TDKG trên siêu âm nhưng chỉ có 72,9% bệnh nhân có dấu hiệu bập bềnh xương bánh chè dương tính.

Tính chất dịch khớp: Dịch màu vàng (88,6%); còn lại là màu khác (11,4%). Độ trong: dịch trong chiếm tỷ lệ cao (75,7%), còn lại là dịch đục (24,3%). 68,6% mẫu dịch khớp có độ nhớt cao; 31,4% mẫu dịch khớp có độ nhớt thấp (giảm). Thể tích dịch khớp hút được trung bình là 15,9±7ml.

Số lượng và công thức bạch cầu: số lượng tế bào bạch cầu trong dịch khớp trung bình 20941±29436 tế bào/ml (min/max: 60/164200), trong đó mức 2000-50000 tế bào/ml chiếm tỷ lệ 45,7%, tiếp đến là ≤2000 tế bào/ml (37,1%); ≥50000 tế bào/ml chiếm tỷ lệ 17,2%. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung bình: 63,3±25%, trong đó 51,4% mẫu dịch khớp có tỷ lệ bạch cầu đa nhân ở mức từ 50%-90%.

Nhuộm soi dịch khớp: 2,9% mẫu dịch khớp dương tính với cầu khuẩn Gram dương; 87,1% mẫu dịch khớp có kết quả âm tính.

Nuôi cấy dịch khớp: 10% mẫu dịch khớp có kết quả nuôi cấy dương tính, trong các nguyên nhân gây nhiễm khuẩn khớp gối, tụ cầu vàng chiếm tỷ lệ 85,7%, còn lại là trực khuẩn mủ xanh (14,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thành, Đ.X., et al.**, "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm khớp gối nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học Việt Nam,(2021). 504(2).
2. **Beyers, K., et al.**, "Are ultrasonographic signs of inflammation predictors for response to intra-articular glucocorticoids in knee osteoarthritis?", Clin Exp Rheumatol,(2014). 32(6), p. 930-4.
3. **Elsawy, N. A., et al.**, "Clinical examination, ultrasound assessment and aspiration of knee effusion in primary knee osteoarthritis patients", J Orthop Surg Res,(2023). 18(1), p. 422.
4. **Gbejuade, H., Elsakka, M. và Cutler, L.**, "How well does synovial fluid gram staining correlate with cultures in native joint infections?", Orthop Rev (Pavia),(2019). 11(4), p. 8156.
5. **Luo, T. D., et al.**, "Synovial Cell Count Poorly Predicts Septic Arthritis in the Presence of Crystalline Arthropathy", J Bone Jt Infect,(2020). 5(3), p. 118-124.
6. **Ruta, S., et al.**, "Knee effusion: ultrasound as a useful tool for the detection of calcium pyrophosphate crystals", Clin Rheumatol,(2016). 35(4), p. 1087-91.
7. **Zahar, A., et al.**, "How Reliable Is the Cell Count Analysis in the Diagnosis of Prosthetic Joint Infection?", J Arthroplasty,(2018). 33(10), p. 3257-3262.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM ĐẦU DÀI GÂN NHỊ ĐẦU BẰNG LIỆU PHÁP TIÊM CORTICOID TẠI CHỖ KẾT HỢP VỚI UỐNG DIACEREIN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Thị Minh Hằng¹, Lưu Thị Bình²

Từ khóa: Viêm gân nhị đầu, tiêm corticoid, diacerein, glucosamin sulfat, siêu âm.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm đầu dài gân nhị đầu sau tiêm corticoid tại chỗ kết hợp với uống Diacerein 3 tháng ở các bệnh nhân điều trị tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp trên 72 bệnh nhân viêm đầu dài gân nhị đầu được tiêm corticoid tại chỗ, sau đó chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu 36 bệnh nhân uống Diacerein 3 tháng, nhóm chứng 36 bệnh nhân uống Glucosamin sulfat 3 tháng. **Kết quả:** Sau can thiệp 3 tháng có sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng và hình ảnh siêu âm ở cả hai nhóm: lâm sàng VAS trung bình giảm từ 6,39±0,87 xuống 1,53±0,91 ở nhóm nghiên cứu và từ 6,78±0,96 xuống 2,00±1,09 ở nhóm chứng, SPADI trung bình giảm từ 59,92±6,05 xuống 24,14±3,63 ở nhóm nghiên cứu và từ 62,53±5,40 xuống 26,33±3,82 ở nhóm chứng, góc vận động khớp vai trung bình tăng từ 129,72±11,33 lên 167,78±8,98 với nhóm nghiên cứu và từ 121,94±10,09 lên 163,33±7,93 với nhóm chứng; 63,9% nhóm nghiên cứu và 55,6% nhóm chứng có hình ảnh siêu âm trở về bình thường sau 3 tháng can thiệp. Ở nhóm dùng diacerein có tỷ lệ gặp các dụng phụ nhiều hơn đáng kể so với nhóm chứng, hay gặp nhất là đại tiện phân lỏng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Liệu pháp tiêm corticoid tại chỗ kết hợp với uống diacerein hoặc glucosamin sulfat 3 tháng đã cải thiện đáng kể về lâm sàng và hình ảnh siêu âm gân nhị đầu, tuy nhiên tác dụng phụ ở nhóm dùng diacerein nhiều hơn đáng kể so với nhóm glucosamin sulfat.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF CORTICOID INJECTION THERAPY COMBINED WITH ORAL DIACEREIN IN PATIENTS WITH LONG HEAD BICEPS TENDINITIS

Objectives: Evaluating the results of long head biceps tendinitis treatment by local corticoid injection combined with oral Diacerein for 3 months in patients treated at the Rheumatology Department, Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and methods:** Interventional study, 72 long head biceps tendinitis patients locally injected corticoid are divided into two groups: experimental group contains 36 patients received oral diacerein for 3 months and control group contains 36 patients received oral glucosamin sulfat for 3 months. **Result:** after 3 months of the treatment, there was an improvement in clinical symptoms and ultrasound images in both groups: clinical symptoms the average VAS decreased from 6.39±0.87 to 1.53±0.91 in the experimental group and from 6.78±0.96 to 2.00±1.09 in the control group, the average SPADI decreased from 59.92±6.05 to 24.14±3.63 in the experimental group and from 62.53±5.40 to 26.33±3.82 in the control group, the average shoulder range of movement increased from 129.72±11.33 to 167.78±8.98 in the experimental group and from 121.94±10.09 to 163.33±7.93 in the control group. 63.9% of the experimental group and 55.6% of the control group had normal ultrasound images after 3 months of the treatment. In the group using diacerein, the incidence of side effects was significantly higher than in the control group, the most common being loose stools ($p < 0,05$). **Conclusion:** Local corticoid injection therapy combined with oral diacerein or glucosamine sulfate for 3 months significantly improved clinical and ultrasound images

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

²Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Bình

Email: luuthibinh@tump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024