

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS DISEASE AT TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL IN THUA THIEN HUE PROVINCE

Nguyen Ho Minh Nhu^{1*}, Nguyen Thi Tan²

¹Nguyen Tat Thanh University - 300A Nguyen Tat Thanh, Ward 13, Dist 4, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy, Hue University - No. 6 Ngo Quyen, Vinh Ninh Ward, Hue City, Vietnam

Received: 25/06/2024

Revised: 22/07/2024; Accepted: 26/08/2024

ABSTRACT

Objective: Describe clinical and subclinical characteristics of primary knee osteoarthritis disease at Traditional Medicine Hospital in Thua Thien Hue Province.

Subjects and methods: A cross-sectional study was conducted on 45 patients aged ≥ 40 years, diagnosed with primary knee osteoarthritis, and classified into stages I, II, III of knee osteoarthritis. Patients meeting the inclusion criteria underwent clinical examination, blood tests, knee X-rays.

Results and conclusion: Knee osteoarthritis is common in female patients (80%), over 70 years old (46.7%), manual workers (91.1%), and disease duration over 10 years (71.1%). Patients with BMI in the overweight and obese range have a higher rate of knee osteoarthritis (46.6%). The level of pain calculated on the VAS scale has 62% of patients with moderate pain and 38% of patients with little pain, the average VAS score is 6.08 ± 1.54 . Assessing knee joint mobility according to the WOMAC scale has 83.5% had moderate disorders, 12.7% had severe disorders. 70.9% of patients had moderate range of motion limitation, 20.3% mild and 8.9% severe.

Keywords: Traditional medicine, Knee osteoarthritis.

*Corresponding author

Email address: Nhmnhu@ntt.edu.vn

Phone number: (+84) 934891406

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1466>



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Nguyễn Hồ Minh Như^{1*}, Nguyễn Thị Tân²

¹Trường Đại học Nguyễn Tất Thành - 300A Nguyễn Tất Thành, P. 13, Q. 4, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế - Số 6 Ngô Quyền, P. Vĩnh Ninh, Tp. Huế, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25/06/2024

Chỉnh sửa ngày: 22/07/2024; Ngày duyệt đăng: 26/08/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thừa Thiên Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 45 bệnh nhân ≥ 40 tuổi, được chẩn đoán xác định thoái hóa khớp gối nguyên phát giai đoạn I, II, III. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được tiến hành khám lâm sàng, lấy máu làm xét nghiệm và chụp Xquang khớp gối.

Kết quả và kết luận: Thoái hóa khớp gối thường gặp ở bệnh nhân nữ (80%), trên 70 tuổi (46,7%), lao động chân tay (91,1%), thời gian mắc bệnh trên 10 năm (71,1%). Người bệnh có BMI ở mức thừa cân béo phì có tỉ lệ thoái hóa khớp gối cao hơn (46,6%). Mức độ đau tính theo thang điểm VAS có 62% bệnh nhân đau vừa và 38% bệnh nhân đau ít, điểm VAS trung bình là $6,08 \pm 1,54$. Đánh giá khả năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC, 83,5% rối loạn vừa, 12,7% rối loạn nặng. 70,9% bệnh nhân giới hạn tầm vận động mức trung bình, mức nhẹ 20,3% và nặng 8,9%.

Từ khóa: Y học cổ truyền, Thoái hóa khớp gối.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) 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 [1]. Trong đó thoái hóa khớp gối (THKG) chiếm gần 4/5 gánh nặng của bệnh viêm xương khớp trên toàn thế giới, nó quan trọng không chỉ vì tỷ lệ phổ biến cao hơn so với các loại THK khác mà còn vì biểu hiện của nó ở các nhóm tuổi sớm hơn, đặc biệt là ở nhóm phụ nữ béo phì ở độ tuổi trẻ hơn. Tỷ lệ mắc bệnh THK gối tăng theo độ tuổi và tiếp tục tăng khi thời gian sống và cân nặng trung bình của dân số cao hơn [6]. Tổng tỷ lệ hiện mắc thoái hóa khớp gối được chuẩn hóa theo độ tuổi tăng từ 1,99% (1996) lên 3,56% (2015). Cũng trong khoảng thời gian này, tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm tuổi từ 45–54 tăng 1,55%, nhóm tuổi 55–64 tăng 2,64%... đặc biệt là nhóm trên 85 tuổi tăng

8,73%, ngoài ra tỷ lệ THK gối cũng đang có dấu hiệu gia tăng ở người trẻ đến mức 15,0% ở người từ 85 tuổi trở lên [9].

Hiện nay có rất nhiều phương pháp điều trị THKG trong đó điều trị bằng Y học cổ truyền cũng được rất nhiều người bệnh quan tâm và lựa chọn. Theo quan điểm của Y học cổ truyền, THKG thuộc phạm vi “chứng Tý”, nguyên nhân chủ yếu do tuổi cao, chính khí suy giảm, tà khí (phong, hàn, thấp) xâm nhập gây nên bệnh. YHCT có nhiều phương pháp điều trị kết hợp như: Châm cứu, xoa bóp, thuốc đắp ngoài, thuốc thang.

Mặc dù có nhiều phương pháp điều trị tiên tiến nhưng với tỷ lệ mắc ngày càng tăng dẫn đến các đặc điểm lâm sàng của bệnh THKG cũng rất đa dạng. Việc nghiên cứu và mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh mắc THKG

*Tác giả liên hệ

Email: Nhmnhu@ntt.edu.vn

Điện thoại: (+84) 934891406

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1466>

không chỉ giúp hiểu rõ hơn về tình trạng sức khỏe mà còn cung cấp thông tin cần thiết cho việc đánh giá và lựa chọn phương pháp điều trị hiệu quả. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh thoái hoá khớp gối nguyên phát tại Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thừa Thiên Huế.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh

Được chẩn đoán THKG nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hội khớp học Mỹ (American College of Rheumatology - ACR) (1991) [5]: Đau khớp gối; 2.Gai xương ở rìa khớp (X quang); 3.Dịch khớp là dịch thoái hóa; 4.Tuổi > 40; 5.Cứng khớp dưới 30 phút; 6.Lạo xạo khi cử động. Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2 hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

1) THKG 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... 2)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

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2.2. **Cỡ mẫu:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu toàn bộ từ tháng 07 năm 2022 đến tháng 07 năm 2023, thu được 45 BN phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu:

Chẩn đoán sơ bộ cho đối tượng nghiên cứu và phát phiếu phỏng vấn để điền thông tin. Trước khi phát phiếu điền vào bộ câu hỏi và phỏng vấn, đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích, ý nghĩa của việc khảo sát, xin ý kiến đồng ý tham gia nghiên cứu thì phát phiếu và hướng dẫn cho đối tượng nghiên cứu tự trả lời, trong trường hợp đối tượng nghiên cứu không biết chữ thì phải đọc rõ từng nội dung của bộ câu hỏi sau đó đối tượng lựa chọn câu trả lời để điều tra viên ghi lại đúng kết quả.

Sau khi tiến hành thu thập thông tin về đặc điểm chung, đối tượng nghiên cứu sẽ được thăm khám, chẩn đoán và làm các xét nghiệm cận lâm sàng (Xquang). Từ thông tin chung, kết quả lâm sàng và cận lâm sàng, chủ nhiệm đề tài tiến hành lựa chọn BN eo tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ bệnh. Sau khi đã chọn lọc, chủ nhiệm đề tài tiến hành đánh giá các thang điểm VAS, WOMAC và tầm vận động khớp gối. Về thang điểm VAS và WOMAC, chủ nhiệm đề tài hướng dẫn BN thực

hiện những động tác trong thang điểm, sau đó ghi lại đánh giá của bệnh nhân theo thang điểm có sẵn. Tầm vận động khớp gối sẽ do chính chủ nhiệm đề tài khám và đánh giá kết quả.

Kết thúc điều tra, chủ nhiệm đề tài tiến hành thu lại phiếu và rà soát, sau đó phân tích số liệu và đưa ra kết luận.

2.2.4. Các chỉ tiêu quan sát và đánh giá

Đánh giá đặc điểm chung của BN khi bắt đầu nghiên cứu: Tuổi; giới; thời gian mắc bệnh; nghề nghiệp: Gồm lao động trí óc, lao động chân tay; BMI (Dựa theo khuyến nghị của WHO dành riêng cho người Châu Á [8]).

Đánh giá lâm sàng bao gồm:

+ Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale - thang điểm đánh giá cường độ đau dạng nhìn): Thang điểm được đánh số từ 0 đến 10, điểm càng tăng tương ứng với mức độ đau càng nghiêm trọng. Cách đánh giá thang điểm VAS: 0 điểm: Không đau; 1-3 điểm: Đau ít; 4-6 điểm: Đau vừa; 7-10 điểm: Đau nhiều.

+ Đánh giá khả năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index - Chỉ số THK của các trường đại học Western Ontario và McMaster) [7]: Ưu điểm của thang điểm WOMAC so với thang điểm VAS ở chỗ ngoài đánh giá cảm giác đau bằng thang điểm WOMAC đau thì còn đánh giá mức độ cứng khớp và chức năng vận động của khớp. WOMAC đo lường ba khía cạnh: Đau (5 câu hỏi), cứng khớp (2 câu hỏi), chức năng (17 câu hỏi). Các câu hỏi được cho điểm theo thang điểm từ 0-4, tương ứng với: Không (0), nhẹ (1), vừa (2), nặng (3), rất nặng (4). Điểm số cho mỗi thang đo phụ được cộng lại thành điểm WOMAC chung với phạm vi điểm có thể là 0-20 cho đau, 0-8 cho cứng và 0-68 cho vận động, Tổng điểm WOMAC cao nhất là 96 điểm.

+ Tầm vận động khớp gối: Độ gấp, duỗi của khớp gối được đo dựa trên phương pháp đo và ghi tầm vận động của khớp do Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình Mỹ được Hội nghị Vancouver ở Canada thông qua năm 1964 và hiện được quốc tế thừa nhận là phương pháp tiêu chuẩn - phương pháp Zero - nghĩa là ở vị trí giải phẫu, mọi khớp được quy định là 0. Tầm vận động càng giảm tương đương khớp gối bị hạn chế càng nhiều. Cách đánh giá tầm vận động khớp gối như sau: $\geq 135^\circ$: Không hạn chế; $120^\circ - 135^\circ$: Hạn chế nhẹ; $90^\circ - 120^\circ$: Hạn chế trung bình; $< 90^\circ$: Hạn chế nặng.

Đánh giá cận lâm sàng thông qua mức độ tổn thương khớp gối trên phim Xquang theo Kellgren và Lawrence. Gồm 4 nhóm: Giai đoạn I; Giai đoạn II; Giai đoạn III; Giai đoạn IV.

Đặc điểm lâm sàng YHCT: Đánh giá về rêu lưỡi (dày, mỏng); chất lưỡi (hồng, đỏ, nhợt).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Bảng 1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 45 bệnh)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Độ tuổi	≤ 49 tuổi	1	2,2
	50-59 tuổi	11	24,4
	60-69 tuổi	12	26,7
	≥ 70 tuổi	21	46,7
	$\bar{X} \pm SD = 67,1 \pm 9,9$ tuổi		
Giới tính	Nam	9	20
	Nữ	36	80
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	1	2,3
	1 – 5 năm	6	13,3
	>5 – 10 năm	6	13,3
	>10 năm	32	71,1
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	4	8,9
	Lao động chân tay	41	91,1
BMI	< 18,5: Gầy	4	8,9
	18,5 – 22,9: Bình thường	20	44,4
	23 – 24,9: Thừa cân	10	22,2
	≥ 25: Béo phì	11	24,4
	$\bar{X} \pm SD = 23,0 \pm 3,5$		

Thoái hoá khớp gối chủ yếu rơi vào nhóm người bệnh trên 70 tuổi (46,7%), nữ mắc nhiều hơn nam, thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 5 năm trở lên, 91,1% người bệnh thuộc nhóm lao động chân tay. Chỉ số BMI trung bình là $23,0 \pm 3,5$, chủ yếu rơi vào nhóm thừa cân béo phì (46,6%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh thoái hoá khớp gối

3.2.1. Đặc điểm về tình trạng đau theo thang điểm VAS

Bảng 2. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (n = 79 gối)

Thang điểm VAS	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không đau (0 điểm)	0	0,0
Đau ít (1-3 điểm)	0	0,0
Đau vừa (4-6 điểm)	49	62,0
Đau nhiều (7-10 điểm)	30	38,0
Tổng	79	100,0
$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	6,08 ± 1,54 (4-9)	

Mức độ đau theo thang điểm VAS chủ yếu thuộc nhóm đau vừa (62%) và đau nhiều (38%).

3.2.2. Đặc điểm về khả năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC

Bảng 3. Các chỉ số về khả năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC (n=79 gối)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
I. Chỉ số WOMAC đau	1. Khi đi bộ trên mặt phẳng	79	100
	2. Khi lên, xuống cầu thang	79	100
	3. Khi ngủ tối	77	97,5
	4. Khi nghỉ ngơi (ngồi, nằm)	15	19
	5. Khi đứng thẳng	70	88,6
II. Chỉ số WOMAC chức năng	1. Xuống cầu thang	79	100
	2. Lên cầu thang	79	100
	3. Đang ngồi đứng lên	51	64,6
	4. Giữ người khi đứng thẳng	69	87,3
	5. Đi đường khúc khuỷu	79	100
	6. Đi bộ trên mặt phẳng	79	100
	7. Lên xuống xe	78	98,7
	8. Đau khi đi chợ	79	100
	9. Khi đi chân đất	79	100
	10. Khi nằm trên giường	23	29,1
	11. Khi dậy khỏi giường	68	86,1
	12. Khi cởi tất chân	64	81
	13. Khi bước vào hoặc ra khỏi bồn tắm	79	100
	14. Ngồi xổm và đứng lên khỏi toilet	79	100
	15. Khi làm các công việc vệ sinh	79	100
	16. Làm việc nặng (cuộn tấm bạt lớn, nhắc túi xách chứa rau nặng...)	79	100
	17. Làm việc nhà nhẹ (quét phòng, lau bụi, nấu ăn...)	79	100
III. Chỉ số WOMAC cứng khớp	1. Buổi sáng	73	92,4
	2. khi bắt đầu vận động sau khi nằm hoặc khi nghỉ ngơi	35	44,3

Hầu hết tất cả người bệnh đều đau khớp gối khi vận động, chỉ có 19% đau lúc nghỉ ngơi. Những hoạt động hằng ngày đều bị ảnh hưởng như lên xuống cầu thang (100%), lên xuống xe (98,7%), ngồi xổm (100%), làm các công việc nhẹ (100%)... Có 92,4% đau khớp gối buổi sáng và 44,3% đau khi bắt đầu vận động sau một quãng thời gian nghỉ ngơi.



Bảng 4. Mức độ rối loạn chức năng khớp gối theo thang điểm WOMAC (n=79 gối)

Thang điểm WOMAC	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không rối loạn (0-10 điểm)	0	0,0
Rối loạn nhẹ (11-30 điểm)	3	3,8
Rối loạn vừa (31-60 điểm)	66	83,5
Rối loạn nặng (61-96 điểm)	10	12,7

Chủ yếu người bệnh thuộc nhóm rối loạn vừa (83,5%) và rối loạn nặng (12,7%).

3.2.3. Đặc điểm về tầm vận động khớp gối

Bảng 5. Đánh giá tầm vận động khớp gối (n = 79 gối)

Tầm vận động khớp gối	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không hạn chế ($\geq 135^\circ$)	0	0,0
Hạn chế nhẹ ($120^\circ - 134^\circ$)	16	20,3
Hạn chế trung bình ($90^\circ - 119^\circ$)	56	70,9
Hạn chế nặng ($< 90^\circ$)	7	8,9
Tổng	79	100,0

Chủ yếu người bệnh thuộc nhóm hạn chế nhẹ (20,3%) và trung bình (70,9%). Những người bệnh thuộc nhóm hạn chế nặng (8,9%) là những người hầu như không thể tự đi lại độc lập mà phải cần vào dụng cụ hỗ trợ và người chăm sóc.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh thoái hoá khớp gối

Bảng 6. Mức độ tổn thương khớp gối trên X quang theo Kellgren và Lawrence (n=79 gối)

Phân nhóm X-Quang	Gối trái		Gối phải		Tổng	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Giai đoạn I	5	12,5	3	7,7	8	10,1
Giai đoạn II	16	40,0	23	59,0	39	49,4
Giai đoạn III	19	47,5	13	33,3	32	40,5
Giai đoạn IV	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	40	100,0	39	100,0	79	100,0

Hình ảnh X quang tập trung chủ yếu ở giai đoạn II (49,4%) và III (40,5%), chỉ có 10,1% phân loại ở giai đoạn I và 0% ở giai đoạn IV.

3.4. Đặc điểm Y học cổ truyền của người bệnh

Bảng 7. Đánh giá một số triệu chứng YHCT (n = 45 bệnh)

Chứng trạng		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Sắc lưỡi	Hồng hào	16	35,6	
	Trắng nhợt	29	64,4	
	Đỏ thẫm	0	0,0	
Rêu lưỡi	Độ dày mỏng	Mỏng	28	62,2
		Dày	17	37,8
	Sắc rêu	Trắng	45	100,0
		Vàng	0	0,0

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Tuổi: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $67,1 \pm 9,9$, tập trung ở nhóm trên 50 tuổi (97,8%), trong đó nhiều nhất là nhóm trên 70 tuổi (46,7%), độ tuổi càng cao số lượng BN càng tăng. Kết quả NC của chúng tôi phù hợp với NC của tác giả Phạm Minh Trãi (2019), BN có độ tuổi trung bình là $67,55 \pm 10,34$ tuổi [4]. Vì thế, có thể thấy rõ rằng tuổi càng cao là yếu tố nguy cơ của thoái hóa khớp.

Giới: Cả hai giới đều có thể bị THKG, tuy nhiên trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nữ chiếm đa số với 80%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Phạm Minh Trãi (2019), BN chủ yếu là nữ (87,1%) [4]. Hiện nay vẫn còn nhiều tranh cãi về nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ THKG ở nữ giới cao hơn nam giới, tuy nhiên một giả thuyết được nhiều người ủng hộ là do sự thay đổi hormone, đặc biệt là sự giảm sút hormone estrogen sau giai đoạn mãn kinh.

Số năm mắc bệnh: 71,1% có thời gian mắc bệnh trên 10 năm chiếm, chỉ có 2,3% mắc bệnh dưới 1 năm. Kết quả thu được của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương (2023) khảo sát thấy có 80% BN mắc THK gối trên 10 năm [3]. Điều này cho thấy khi mới bị bệnh BN thường đau nhẹ, chưa ảnh hưởng quá nhiều đến quá trình đi lại sinh hoạt nên đa số các BN tự điều trị như tự mua thuốc, tự xoa bóp hay khám ở bên ngoài mà ít khi vào viện. Do đó trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là các BN điều trị muộn.

Chỉ số BMI: 46,6% có chỉ số BMI ở mức thừa cân béo phì, 44,4 % có chỉ số BMI bình thường chiếm, BMI trung bình là $23,01 \pm 3,45$ kg/m². Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Minh Trãi (2019) với BMI trung bình là $23,25 \pm 3,55$ kg/m² [4]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra ảnh hưởng của

chỉ số khối cơ thể đến tình trạng THK, đặc biệt là khớp gối. Những người béo phì và thừa cân có tình trạng THK sớm hơn và mức độ THK nặng hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy được có mối liên quan giữa THKG và những người thừa cân hoặc béo phì, có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

- Tình trạng đau: Đau là một cảm giác chủ quan của BN. Thoái hoá khớp gối được đặc trưng bởi đau cơ học: Đau tăng khi vận động và giảm khi nghỉ ngơi. Vì vậy chúng tôi sử dụng cả hai thang đo VAS và WOMAC để đánh giá tình trạng đau trên đối tượng nghiên cứu.

+ Trong nghiên cứu, đánh giá mức độ đau của người bệnh chúng tôi dựa trên thang điểm VAS với mô tả và hướng dẫn chi tiết để người bệnh tự đối chiếu và tự cho điểm mức độ đau của mình một cách chính xác nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% BN đều có triệu chứng đau, trong đó 62% đau vừa và 38% đau nhiều. Điểm VAS trung bình là $6,08 \pm 1,54$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Lam (2022) có điểm VAS trung bình trước điều trị là $6,8 \pm 1,4$ [2].

+ Trên thang điểm WOMAC, hầu hết bệnh nhân báo cáo đau khi vận động và giảm đau khi nghỉ ngơi (81%). Nhưng mới đây, nhờ vào sự tiến bộ trong lĩnh vực khoa học kỹ thuật, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng thoái hóa khớp không chỉ dựa vào cơ học mà còn liên quan đến yếu tố viêm, bao gồm các cytokin, TNF α , IL1... Do đó, bệnh nhân không chỉ trải qua đau cơ học mà còn phải đối mặt với đau do viêm, bao gồm cả đau khi nghỉ ngơi (19%) và tăng đau vào ban đêm (97,5%).

+ Sở dĩ trên lâm sàng chúng ta chỉ gặp nhiều các BN đau ở mức độ vừa và nặng, vì ở Việt Nam kiến thức về khám sàng lọc và điều trị sớm thoái hóa khớp còn kém, chỉ khi có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng đến

sinh hoạt thì người bệnh mới tìm nên cơ sở y tế khám, lúc này bệnh đã tiến triển nặng hơn.

- Những ảnh hưởng chức năng sinh hoạt hàng ngày: Đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày bằng thang điểm WOMAC, cho thấy hầu hết BN đều có suy giảm một vài chức năng như xuống cầu thang (100%), lên xuống xe (98,7%), ngồi xổm (100%), làm các công việc nhẹ (100%). Kết quả khi điểm WOMAC đau càng cao thì điểm WOMAC chức năng càng cao, do tình trạng đau làm ảnh hưởng đến khả năng vận động của bệnh nhân, 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.

- Tầm vận động khớp gối: Nếu đánh giá chức năng vận động của khớp gối ngoài chỉ số WOMAC giúp đánh giá chức năng vận động tự chủ của bệnh nhân thì đo độ gấp khớp gối còn đánh giá thêm chức năng vận động khớp gối ở trạng thái tự do, không chịu tác động của trọng lượng cơ thể biểu hiện bằng đo độ gấp khớp gối. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% có hạn chế tầm vận động khớp gối, trong đó chủ yếu tập trung ở mức trung bình (70,9%), trung bình tầm vận động khớp gối là $103,58 \pm 12,96^\circ$. Mục đích đánh giá tầm vận động khớp nhằm cung cấp thông tin quan trọng về tính linh hoạt và di động của các khớp, giúp chẩn đoán, theo dõi tiến triển và lên kế hoạch can thiệp điều trị phù hợp. 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 hóa khớp ngày càng trầm trọng, vì vậy nên theo dõi định kỳ tầm vận động khớp có thể giúp ngăn ngừa các biến chứng như co cứng và mất cân bằng cơ.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh

Hiện nay có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh được dùng để chẩn đoán và đánh giá mức độ THK gối, nhưng chụp X quang thường quy khớp gối vẫn là phương pháp chính thường được chỉ định để chẩn đoán bệnh và đánh giá mức độ tổn thương THK, và đây cũng là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán THK gối theo tiêu chuẩn của hội khớp học Hoa Kỳ (1991).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân THKG phân độ trên X quang theo Kellgren và Lawrence tập trung chủ yếu ở giai đoạn II và III (89,9%), trong đó giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất. Độ I chiếm 0% cho thấy rằng người bệnh thường không đến khám sớm khi có triệu chứng nhẹ do sự chủ quan và tự tin rằng vấn đề sức khỏe của họ không quá nghiêm trọng, và tự giải quyết mà không cần sự can thiệp y tế. Một số người còn chần chừ hoặc lo lắng về chi phí và thời gian mà việc khám chữa bệnh có thể tốn kém. Ngoài ra, còn có trường hợp người bệnh không đến khám sức khỏe định kỳ hoặc thăm khám khi không có triệu chứng rõ ràng, đặc biệt là với bệnh lý như thoái hóa khớp gối mà triệu

chứng ban đầu thường không đáng kể. Điều này có thể dẫn đến việc bệnh trở nên nghiêm trọng hơn khi được phát hiện muộn và ảnh hưởng đến quá trình điều trị và dự đoán kết quả cuối cùng của bệnh nhân.

4.4. Một số triệu chứng Y học cổ truyền

Theo YHCT, THKG có bệnh danh là Hạc tất phong thuộc phạm vi Chứng tý. Để thu thập triệu chứng cho chẩn đoán, trong YHCT sử dụng bốn phương pháp gọi là tứ chẩn. Qua đó giúp thầy thuốc tìm hiểu được diễn biến, tiền sử, tiên lượng của bệnh. Điều này cũng gần tương tự như nhìn, sờ, gõ và nghe của YHHĐ. Trong vọng chẩn, người thầy thuốc rất chú trọng đến xem lưỡi bởi qua đó có thể đánh giá được tình trạng hư thực của tạng phủ, mạnh yếu của khí huyết, tồn vong của tân dịch, cho tới tính chất của tác nhân gây bệnh. Trong phần nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận ba loại sắc lưỡi bao gồm lưỡi hồng, lưỡi đỏ và lưỡi nhợt bệu; hai loại rêu lưỡi là dày và rêu mỏng, cùng hai loại màu sắc rêu là trắng và vàng. Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng đặc điểm lưỡi nhợt và rêu trắng dày đạt tỷ lệ cao nhất, trong khi không có trường hợp lưỡi đỏ kèm rêu vàng nào được ghi nhận. Đặc điểm về rêu lưỡi nhợt, chất nhợt bệu, rêu trắng dày là biểu hiện của hư, hàn, thấp. Điều này có thể giải thích là do trong nghiên cứu nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao, mà ở độ tuổi này công năng tạng phủ suy giảm, phong hàn thấp thừa cơ xâm phạm làm bế tắc kinh mạch, khí huyết không lưu thông gây đau. Triệu chứng trên của Y học cổ truyền hoàn toàn phù hợp với chứng phong hàn thấp tý và phong hàn thấp tý kết hợp Can Thận hư, tương đương với đau khớp gối do thoái hóa của Y học hiện đại.

5. KẾT LUẬN

THKG thường gặp ở bệnh nhân nữ (80%), trên 70 tuổi (46,7%), lao động chân tay (91,1%), thời gian mắc bệnh trên 10 năm (71,1%). Người bệnh có BMI ở mức thừa cân béo phì có tỉ lệ thoái hóa khớp gối cao hơn (46,6%).

Thoái hóa khớp gối gây ra tình trạng đau, hạn chế vận động và làm giảm chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh, làm cho việc di chuyển trở nên khó khăn và ảnh hưởng đến khả năng thực hiện các hoạt động cơ bản như đi bộ, leo cầu thang, hoặc thậm chí là việc tự chăm sóc bản thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Bay, Bệnh học và điều trị nội khoa, NXB Y học Hà Nội, 2021, 520-535.
- [2] Đinh Thị Lam, Nguyễn Giang Thanh, Tác dụng của ôn điện châm kết hợp Ý dĩ nhân thang trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2020, 158 (10):149-156.
- [3] Nguyễn Thị Phương, Vũ Minh Hoàn, Ngô Quỳnh

- Hoa, Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát tại Bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội, Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 524 (2): 326-329.
- [4] Phạm Minh Trãi, Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Nghiên cứu hiệu quả tiêm methylprednison acetate nội khớp trong điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Tạp chí Y Dược học trường Đại học Y Dược Huế, 2019, 9 (6+7): 48-54.
- [5] Altman R., et al, Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: Classification of osteoarthritis of the knee, Arthritis and Rheumatism, 1986, 29 (8): 1039-1049.
- [6] Bliddal H., Christensen R., The treatment and prevention of knee osteoarthritis: A tool for clinical decision-making, Expert Opin Pharmacother, 2009, 10 [11]: 1793-1804.
- [7] Collins N.J., et al., Measures of knee function: International Knee Documentation Committee (IKDC) Subjective Knee Evaluation Form, Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score Physical Function Short Form (KOOS-PS), Knee Outcome Survey Activities of Daily Living Scale (KOS-ADL), Lysholm Knee Scoring Scale, Oxford Knee Score (OKS), Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), Activity Rating Scale (ARS), and Tegner Activity Score (TAS), Arthritis care & research, 2011, 63 (S11): S208-S228.
- [8] Lim Jeong Uk et al., Comparison of World health Organization and Asia-Pacific body mass index classifications in COPD patients, International Journal of COPD, 2017, (12): 2465-2475.
- [9] Spitaels D., et al., Epidemiology of knee osteoarthritis in general practice: A registry-based study, BMJ open, 2020, 10 (1): 3-4.

