

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 91

Phạm Thị Hòa^{1*}, Nguyễn Quang Chung¹, Trần Văn Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát, điều trị tại Bệnh viện Quân y 91.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 66 bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát, điều trị tại khoa Nội 1, Bệnh viện Quân y 91, từ tháng 01 đến tháng 9/2025.

Kết quả: Triệu chứng thường gặp nhất là đau kiểu cơ học (100%), đau kiểu viêm (43,9%), cứng khớp buổi sáng (42,4%), dấu hiệu lạo xạo khớp (89,4%) và hạn chế vận động khớp gối (60,6%). Hình ảnh đặc trưng X-quang khớp gối là gai xương (100%), hẹp khe khớp (59,1%), dày xương dưới sụn (62,1%). Phần lớn bệnh nhân thoái hóa khớp gối ở giai đoạn 2 (59,1%) và giai đoạn 3 (37,9%). Siêu âm khớp gối: gai xương chiếm 93,9% (trong đó, 81,8% ở khe đùi chày trong và 68,2% ở khe đùi chày ngoài), tổn thương sụn khớp chiếm 62,1%, tràn dịch khớp chiếm 40,9% và viêm màng hoạt dịch chiếm 36,4%. Tổn thương sụn khớp gối chủ yếu ở độ II (53,7%) và độ III (31,7%).

Kết luận: Kết hợp giữa thăm khám lâm sàng, X-quang và siêu âm khớp gối mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát, giúp định hướng điều trị kịp thời, hạn chế tiến triển nặng và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, siêu âm khớp gối, X-quang khớp gối

SOME CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS TREATED AT MILITARY HOSPITAL 91

ABSTRACT

Objectives: To describe some clinical and paraclinical characteristics of patients with primary knee osteoarthritis treated at Military Hospital 91.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 66 patients with primary knee osteoarthritis treated at the Department of Internal Medicine 1, Military Hospital 91, from January to September 2025.

Results: The most common symptoms were mechanical pain (100%), inflammatory pain (43.9%), morning stiffness (42.4%), joint crackling sign (89.4%), and limitation of knee joint movement (60.6%). Typical knee X-ray findings included osteophytes (100%), joint space narrowing (59.1%), and subchondral bone thickening (62.1%). Most patients were in stage 2 (59.1%) and stage 3 (37.9%) of osteoarthritis. Knee ultrasound findings showed osteophytes in 93.9% of cases (81.8% in the medial femorotibial compartment and 68.2% in the lateral femorotibial compartment), cartilage damage in 62.1%, joint effusion in 40.9%, and synovitis in 36.4%. Cartilage damage was mainly grade II (53.7%) and grade III (31.7%).

Conclusions: The combination of clinical examination, X-ray imaging, and knee ultrasound was highly effective for diagnosing and staging primary knee osteoarthritis, thereby facilitating timely treatment, limiting disease progression, and improving patients' quality of life.

Keywords: Knee osteoarthritis, knee ultrasound, knee X-ray.

Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Thị Hòa, Email: hoapham2687@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/9/2025; mời phản biện khoa học: 10/2025; chấp nhận đăng: 25/02/2026

¹Bệnh viện Quân y 91.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) nguyên phát là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây đau khớp

và suy giảm chức năng ở người lớn tuổi. Bệnh ảnh hưởng đến hàng triệu người trên toàn cầu và có tỉ lệ mắc ngày càng tăng [1]. Tuy không gây tử vong

với tỉ lệ cao như các bệnh lý tim mạch, ung thư, nhưng tiến triển mạn tính sẽ dẫn đến tổn thương cấu trúc khớp, hạn chế vận động, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh và gây ra gánh nặng kinh tế, xã hội cho người bệnh cũng như gia đình. THKG nguyên phát thường gặp ở người trên 50 tuổi, với tỉ lệ mắc tăng nhanh theo độ tuổi. Ước tính, khoảng 50% người trên 65 tuổi có dấu hiệu THKG trên X quang. Bệnh gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới, với tỉ lệ mắc trung bình lần lượt ở mỗi giới trong cộng đồng là 19,2% và 13,4% [1].

Bệnh viện Quân y 91 có nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho bộ đội và nhân dân khu vực trung du - miền núi phía Bắc. Đặc điểm khí hậu lạnh ẩm, địa hình đồi núi cùng điều kiện lao động nặng nhọc là những yếu tố thuận lợi làm gia tăng các bệnh lý cơ xương khớp, đặc biệt THKG trên địa bàn. Việc nắm rõ dịch tễ và đặc điểm bệnh học THKG nguyên phát trên địa bàn phục vụ của đơn vị không chỉ góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị mà còn là cơ sở khoa học hỗ trợ việc xây dựng, hoàn thiện các phác đồ can thiệp phù hợp với điều kiện tại chỗ, nâng cao hiệu quả phục vụ sức khỏe bộ đội và nhân dân.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các BN THKG nguyên phát, điều trị tại Bệnh viện Quân y 91, năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

66 BN THKG nguyên phát, điều trị tại Khoa Nội Tim - Thận - Khớp - Phổi thường - Thần kinh, Bệnh viện Quân y 91, từ tháng 01-9/2025.

Loại trừ BN có các tổn thương cấu trúc khớp gối bẩm sinh; BN mắc các bệnh lý hệ thống, đái tháo đường không kiểm soát, viêm khớp dạng thấp, bệnh lý tim mạch nặng, nhiễm khuẩn toàn thân, bệnh lý ác tính, suy giảm miễn dịch; BN có tiền sử nhiễm khuẩn/can thiệp nội khớp; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cơ mẫu: chọn mẫu thuận tiện (toàn bộ BN đáp ứng mục tiêu nghiên cứu).
- Chẩn đoán xác định THKG nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) 1991 (khi BN có tiêu chuẩn 1, 2 hoặc 1, 3, 5 hoặc 1, 4, 5, 6) [2 - 4]: (1) đau khớp gối; (2) có gai xương ở rìa khớp trên phim X-quang; (3) dịch khớp là dịch thoái hóa; (4) tuổi ≥ 38; (5) cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút; (6) tiếng lạo xạo khớp khi cử

động. Xác định đau khớp gối mãn tính khi thời gian mắc bệnh kéo dài trên 6 tháng.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:
 - + Đặc điểm chung và lâm sàng: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, BMI; triệu chứng lâm sàng.
 - + Đặc điểm cận lâm sàng: đặc điểm hình ảnh tổn thương trên X quang, siêu âm khớp gối.
 - Đánh giá mức độ tràn dịch khớp gối theo thang điểm siêu âm ZAGAZIG (Zagazig ultrasonographic scale for knee osteoarthritis) [5]: mức 0: không có dịch; mức 1 (nhẹ): lượng dịch rất ít, chỉ thấy ở túi cùng trên xương bánh chè; mức 2 (vừa): dịch vừa, làm phồng túi cùng trên xương bánh chè; mức 3 (nhiều): giãn rộng túi cùng và các ngách quanh bánh chè, ứ dịch nhiều, giới hạn rõ.
 - Đạo đức: nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Khoa học kĩ thuật Bệnh viện Quân y 91. Nhóm tác giả cam kết bảo mật thông tin BN và không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.
 - Xử lí số liệu: bằng phần mềm Microsoft Excel và SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng BN nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố BN theo tuổi

Tuổi	Số BN (n = 66)	Tỉ lệ (%)
40-59	16	24,2
60-69	28	42,4
≥ 70	22	33,3

- Chủ yếu BN từ 60 - 69 tuổi (42,42%).
- Phân bố BN theo giới tính:
 - + Nam giới: 28 BN (42,4%).
 - + Nữ giới: 38 BN (57,6%).
- BN nữ (57,6%) nhiều hơn BN nam (42,4%).
- Đặc điểm lâm sàng của BN:

Bảng 2. Thời gian mắc bệnh và BMI của BN

BMI và thời gian mắc (n = 66)		Số BN	Tỉ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh (năm)	< 1	4	6,1
	1-5	23	34,8
	> 5	39	59,1
BMI (kg/m ²)	Bình thường (18,5-22,9)	32	48,5
	Thừa cân (23-24,9)	29	43,9
	Béo phì (≥ 25)	5	7,6
	Trung bình (X ± SD)	22,99 ± 1,85	

Đa số BN có thời gian mắc bệnh trên 5 năm (59,1%). BMI trung bình của BN là 22,99 ± 1,85 kg/m², trong đó, số BN thừa cân và béo phì chiếm tỉ lệ lần lượt là 43,9% và 7,6%.

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Lâm sàng (n = 66)	Số BN	Tỉ lệ (%)
Đau kiểu cơ học	66	100
Đau kiểu viêm	29	43,9
Cứng khớp buổi sáng	28	42,4
Dấu hiệu lạo xạo khớp	59	89,4
Hạn chế vận động khớp	40	60,6
Sưng	21	31,8
Nóng	15	22,7
Đỏ	0	0

Triệu chứng cơ năng hay gặp là đau kiểu cơ học gặp (100%), đau kiểu viêm (43,9%) và cứng khớp buổi sáng (42,4%). Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là dấu hiệu lạo xạo khớp (89,4%), tiếp đến là hạn chế vận động (60,6%). Không có trường hợp nào da bề mặt khớp gồ đỏ.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm X quang khớp gối

Đặc điểm khớp gối (n = 66)	Số BN	Tỉ lệ (%)	
Đặc điểm tổn thương	Hẹp khe khớp	39	59,1
	Gai xương	66	100
	Dày xương dưới sụn	41	62,1
	Phì đại đầu xương	2	3,0
	Biến dạng đầu xương	2	3,0
Giai đoạn tổn thương	Giai đoạn 2	39	59,1
	Giai đoạn 3	25	37,9
	Giai đoạn 4	2	3,0

Tổn thương điển hình trên X quang khớp gối hay gặp là gai xương (100%), dày xương dưới sụn (62,1%) và hẹp khe khớp (59,1%). Đa số BN THKG giai đoạn 2 (59,1%) và giai đoạn 3 (37,9%). Không BN nào THKG giai đoạn 1.

Bảng 5 cho thấy, siêu âm khớp gối phát hiện 93,9% BN có gai xương (trong đó, 81,8% gai xương khe đùi chày trong và 68,2% BN gai xương khe đùi chày ngoài), 62,1% BN tổn thương sụn khớp (chủ yếu BN tổn thương độ II: 53,7%), 40,9% BN tràn dịch khớp gối (chủ yếu BN tràn dịch khớp gối mức độ ít đến trung bình: 33,3%). 15,2% BN có kén Baker. Bề dày sụn khớp trung bình ở vị trí sụn lồi cầu ngoài là 1,83 ± 0,5 mm; sụn liên lồi cầu là 2,26 ± 0,31 mm; sụn lồi cầu trong là 1,62 ± 0,44 mm.

Bảng 5. Đặc điểm siêu âm khớp gối

Đặc điểm siêu âm (n = 66)		Số BN	Tỉ lệ (%)
Tổn thương sụn khớp	Độ I	6	14,6
	Độ II	22	53,7
	Độ III	13	31,7
	Tổng	41	62,1
Gai xương	Khe đùi chày trong	54	81,8
	Khe đùi chày ngoài	45	68,2
	Gai xương chung	62	93,9
Dịch khớp gối	Không có dịch	39	59,1
	Ít - trung bình	22	33,3
	Nhiều	5	7,6
Viêm màng hoạt dịch		24	36,4
Kén Baker		10	15,2
Dày sụn khớp (mm) (X ± SD)	Sụn lồi cầu ngoài	1,83 ± 0,5 mm	
	Sụn liên lồi cầu	2,26 ± 0,31 mm	
	Sụn lồi cầu trong	1,62 ± 0,44 mm	

4. BÀN LUẬN

- Tuổi: tuổi trung bình của BN là 65,27 ± 10,39 tuổi, trong đó, hay gặp nhất BN từ 60 - 69 tuổi (42,4%); tương đương với báo cáo của D'Agostino và cộng sự [6] tại EULAR năm 2005 (tuổi trung bình của BN là 66,7 ± 9,8 tuổi). Nhiều nghiên cứu cho thấy THKG nguyên phát có vai trò lớn của yếu tố tuổi (tuổi càng cao thì tỉ lệ mắc bệnh càng cao).

- Giới tính: BN nữ (57,6%) nhiều hơn so với BN nam (42,4%); phù hợp với nghiên cứu của Bùi Hải Bình năm 2016 [2] (BN nữ chiếm 81,0%). Tác giả này cho rằng, tỉ lệ thoái hóa khớp nói chung, THKG nói riêng của nữ giới cao hơn nam giới có thể do liên quan đến yếu tố thừa cân, béo phì, yếu tố nội tiết và sự thay đổi hormon. Bên cạnh đó, nữ giới lao động nội trợ nhiều hơn nam giới với các tư thế bất lợi (đứng lâu và ngồi xổm). Đối với nữ giới, việc trải qua các giai đoạn mãn kinh khiến nội tiết tố trong cơ thể thay đổi cũng là nguyên nhân chủ yếu gây ra các bệnh xương khớp nói chung và THKG nói riêng.

- Thời gian mắc bệnh trung bình của BN là 5,47 ± 2,87 năm, chủ yếu là BN có thời gian mắc bệnh trên 5 năm (59,1%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Pho [7], thời gian mắc bệnh trung bình là 4,3 ± 2,7 năm, trong đó, thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (70,9%). Đặc điểm này có lẽ do THKG là bệnh mạn tính, tiến triển chậm, âm thầm, người bệnh thường tự chịu đựng, nghĩ là đau nhức thông thường do tuổi tác, đến khi có các biểu hiện khó chịu, như đau kéo dài, tái phát liên tục, sưng

hoặc hạn chế vận động, ảnh hưởng đến sinh hoạt thì mới đi khám.

- BMI trung bình của BN là $22,99 \pm 1,85 \text{ kg/m}^2$, trong đó, 43,9% BN thừa cân và 7,6% BN béo phì; tương đồng với nghiên cứu của Hồ Văn Thạnh và cộng sự [8] (BMI trung bình là $22,56 \pm 1,62$). Nguyễn Huy Thông (2022) [9] cho rằng tỉ lệ thừa cân và béo phì là yếu tố thuận lợi của THKG. Cơ thể béo phì gây thoái hóa khớp sớm hơn và tình trạng thoái hóa khớp nặng hơn. Việc tăng cân quá mức tỉ lệ thuận với sự tăng các triệu chứng của bệnh. Ngược lại, việc giảm cân làm giảm nguy cơ thoái hóa khớp.

- Triệu chứng lâm sàng: đau khớp gối là triệu chứng cơ năng đầu tiên, cũng là nguyên nhân khiến BN đi khám. Kết quả nghiên cứu này thấy 100% BN đau kiểu cơ học - kiểu đau đặc trưng của bệnh thoái hóa khớp (đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi); tương tự so với nghiên cứu của Đặng Hồng Hoa [10] (95,2%) và Bùi Hải Bình [2] (97,5%). Điều này được giải thích bởi tiêu chuẩn lựa chọn điều trị BN trong nghiên cứu này là đau khớp gối mạn tính kéo dài trên 6 tháng. 43,9% BN đau kiểu viêm (đau cả khi nghỉ ngơi, đau tăng về đêm), những BN này thường liên quan đến tình trạng viêm màng hoạt dịch, khớp gối tràn dịch nhiều hay thoái hóa nặng.

Dấu hiệu cứng khớp gối thường gặp vào buổi sáng, sau khi ngủ dậy và thường kéo dài không quá 30 phút, BN phải vận động một lúc mới trở lại bình thường. Bảng 3 cho thấy 42,4% BN có dấu hiệu cứng khớp gối; thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Hồng Hoa [10] (61,9%). Cứng khớp buổi sáng cũng thường gặp ở những BN viêm khớp dạng thấp, nhưng thời gian cứng khớp thường kéo dài trên 30 phút. Nguyên nhân của cứng khớp chưa rõ ràng, song sự khác biệt về thời gian cứng khớp gợi ý vai trò của yếu tố viêm. Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 20 phút thường gặp ở BN THKG giai đoạn tiến triển. Khác với các bệnh khớp khác, cứng khớp ở BN thoái hóa khớp thường cải thiện hoặc chấm dứt sau một thời gian vận động, trong khi các bệnh khớp khác làm BN đau nhiều hơn khi vận động. Vì vậy, xác định thời gian cứng khớp có giá trị theo dõi sự tiến triển của bệnh.

89,4% BN có dấu hiệu lạo xạo khớp; tương tự nghiên cứu của Bùi Hải Bình [2] (90,2%) hay Đặng Hồng Hoa [10] (88,3%). Đây là dấu hiệu chứng tỏ sụn khớp đã tổn thương, bề mặt sụn khớp không còn trơn nhẵn mà sần sùi, gồ ghề; đồng thời, dịch khớp giảm độ nhớt, nên khi BN cử động khớp gối, các sụn bọc đầu xương cọ sát vào nhau gây ra tiếng lạo xạo. Biểu hiện này là dấu hiệu quan trọng phản

ánh tình trạng THKG. 60,6% BN hạn chế vận động khớp gối. Đây là một trong những dấu hiệu lâm sàng thường gặp trong THKG nguyên phát do tổn thương sụn khớp, gai xương gây cản trở cơ học, dày bao khớp, co rút phần mềm quanh khớp và teo cơ quanh khớp. Tình trạng này không chỉ làm giảm tầm vận động gấp - duỗi gối mà còn ảnh hưởng đến khả năng đi lại, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống BN, đồng thời, thúc đẩy tiến triển bệnh. Tình trạng khớp gối sưng, nóng, đỏ trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ lần lượt là 31,8%, 22,7% và 0%. Nghiên cứu của Đặng Hồng Hoa [10] thấy tỉ lệ nhiệt độ da khớp gối bình thường (không nóng) ở BN THKG là 73,8%.

- Triệu chứng cận lâm sàng: kết quả chụp phim X-quang khớp gối thấy 100% BN có gai xương; tương đương nghiên cứu của Bùi Hải Bình [2] (92,6%). X-quang còn cho thấy hình ảnh 59,1% BN hẹp khe khớp, 62,1% BN dày xương dưới sụn, 3,0% BN phì đại đầu xương và 3,0% BN biến dạng đầu xương. Hầu hết các nghiên cứu về bệnh lý khớp gối đều khẳng định hẹp khe khớp và có gai xương là dấu hiệu thường gặp trên X-quang khớp gối thường quy - dấu hiệu đặc trưng nhất trong chẩn đoán hình ảnh THKG; nếu tiến triển kéo dài sẽ dẫn đến xơ xương dưới sụn và cuối cùng là hình ảnh hốc xương. Sụn khớp với cấu trúc là các tế bào có thể đàn hồi, có khả năng tân tạo chất nhầy dịch khớp - lớp đệm giúp giảm sự cọ xát giữa các đầu xương khi vận động. Khi sụn khớp thoái hóa, giảm sản, mỏng dần đi, khe khớp sẽ hẹp dần. Song song với quá trình đó, chức năng của các tế bào sụn cũng giảm dần, mức độ đàn hồi và tân tạo dịch khớp cũng suy giảm. Hậu quả của quá trình này là làm cho diện khớp dưới sụn chịu lực tác động cơ học nhiều hơn khi khớp vận động, phản ứng tự bảo vệ của cơ thể là tăng lắng đọng canxi tại xương, đây là cơ chế tạo ra hình ảnh đặc xương dưới sụn và gai xương diện khớp.

- Siêu âm: 40,9% BN tràn dịch khớp, trong đó, 33,3% BN tràn dịch mức độ ít - trung bình và 7,6% BN tràn dịch mức độ nhiều; 36,4% BN viêm màng hoạt dịch; 93,9% BN gai xương, trong đó, gai xương khe đùi chày trong chiếm 81,8%, gai xương khe đùi - chày ngoài là 68,2%; 15,2% BN có kén Baker. Nghiên cứu của Lưu Thị Bình [11] trên 60 BN THKG (với 109 khớp) thấy 65,1% khớp có viêm màng hoạt dịch, 75,5% khớp viêm màng hoạt dịch trên siêu âm có biểu hiện đau nặng trên lâm sàng, 72,6% khớp gối có tràn dịch và viêm màng hoạt dịch trên siêu âm. Tỉ lệ viêm màng hoạt dịch trong nghiên cứu của Lưu Thị Bình [11] cao hơn kết quả nghiên cứu này. Sự khác biệt này có thể do nhóm BN lựa chọn khác nhau, hơn nữa chúng tôi

chỉ đánh giá viêm màng hoạt dịch thông qua chỉ số tăng bề dày màng hoạt dịch, trong khi Lưu Thị Bình đánh giá qua 2 chỉ số dày màng hoạt dịch và tăng sinh mạch máu màng hoạt dịch trên phổ Doppler. Như vậy, có thể coi tràn dịch khớp và/hoặc viêm màng hoạt dịch khớp là dấu hiệu quan trọng đánh giá mức độ tiến triển nhanh của bệnh THKG.

Đánh giá trên siêu âm, thấy BN tổn thương sụn khớp gối độ II chiếm tỉ lệ cao nhất (53,7%), tiếp đến là độ III (31,7%) và độ I (14,6%). Saarakkala (2012) [12] đánh giá tổn thương sụn khớp bằng siêu âm, thấy độ nhạy 52-82%, độ đặc hiệu 50-100%, giá trị chẩn đoán dương tính 88-100%, âm tính 24-46%. Bề dày sụn trung bình vị trí sụn lồi cầu ngoài là $1,83 \pm 0,5$ mm; sụn liên lồi cầu là $2,26 \pm 0,31$ mm; sụn lồi cầu trong (mỏng nhất) là $1,62 \pm 0,44$ mm. Tổn thương sụn khớp là tổn thương cơ bản trong thoái hóa khớp, do sụn khớp thoái hóa dẫn tới hiện tượng mỏng sụn, mất sụn và bề dày sụn khớp ở vị trí lồi cầu trong mỏng hơn lồi cầu ngoài. Điều này chứng tỏ siêu âm rất có giá trị trong chẩn đoán THKG.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 66 bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát điều trị tại Bệnh viện Quân y 91, năm 2025, thấy triệu chứng thường gặp là đau khớp gối (100% đau kiểu cơ học và 43,9% đau kiểu viêm), cứng khớp gối buổi sáng (42,4%), lẹo xẹo khớp gối khi vận động (89,4%) và hạn chế vận động khớp gối (60,6%). X-quang khớp gối có hình ảnh gai xương (100%), hẹp khe khớp (59,1%), dày xương dưới sụn (62,1%), phì đại và biến dạng đầu xương (3,0%); có 59,1% bệnh nhân thoái hóa khớp gối ở giai đoạn 2 và 37,9% ở giai đoạn 3. Siêu âm khớp gối thấy 93,9% bệnh nhân có gai xương (81,8% ở khe đùi chày trong, 68,2% ở khe đùi chày ngoài); 62,1% có tổn thương sụn khớp, 40,9% có tràn dịch khớp và 36,4% có viêm màng hoạt dịch; tổn thương sụn khớp gối chủ yếu độ II (53,7%) và độ III (31,7%).

Kết hợp giữa thăm khám lâm sàng, X-quang và siêu âm khớp gối mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán, đánh giá giai đoạn bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát. Việc phát hiện sớm các dấu hiệu đặc trưng giúp bác sĩ định hướng điều trị kịp thời, hạn chế tiến triển nặng và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh, góp phần xây dựng phác đồ điều trị phù hợp với thực tiễn tại bệnh viện quân y các quân khu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bích Ngọc, *Nghiên cứu nồng độ IL-6, CRP ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên*

phát, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2024.

2. Bùi Hải Bình, *Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
3. Bộ Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Quyết định số 362/QĐ-BYT ngày 25/01/2014, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2016, tr. 124-125, 2014.
4. Altman R.D, "Criteria for classification of clinical osteoarthritis", *The Journal of Rheumatology*, 1991, 27 (10), 1991.
5. Mortada M, Dawa G.A, Amer Y.A, "Construct validity of a clinically correlated knee osteoarthritis ultrasonographic scale: a cross-sectional observational study", *BMJ Open*, 11 (12): e048444. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048444>, 2021.
6. D'Agostino M.A, P Conaghan, M Le Bars, et al., *EULAR report on the use of ultrasonography in painful knee osteoarthritis*, 2005.
7. Nguyễn Văn Pho, *Đánh giá hiệu quả của tiêm chất nhầy sodium-Hyaluronat (GO-ON) vào ổ khớp trong điều trị thoái hóa khớp gối*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2007.
8. Hồ Văn Thanh, Nguyễn Huy Thông, Nguyễn Tiến Sơn, "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm khớp ở người bệnh thoái hóa khớp gối giai đoạn 0-1 theo KELLGREN-LAWRENCE", *Tạp chí Y dược học quân sự*, số 6, tr. 76-82, 2024.
9. Nguyễn Huy Thông, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh khớp và nội tiết thường gặp*, Học viện Quân y, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr. 21-27, 2022.
10. Đặng Hồng Hoa, *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh hư khớp gối*, Luận án thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 1997.
11. Lưu Thị Bình, Phạm Thị Quyên, *Nghiên cứu tổn thương viêm màng hoạt dịch trên siêu âm Doppler ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát tại Thái Nguyên*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y dược Thái Nguyên, 2013.
12. Saarakkala S, Waris P, et al., "Diagnostic performance of knee ultrasonography for detecting degenerative changes of articular cartilage", *Osteoarthritis and cartilage/OARS, Osteoarthritis Research Society*, 20, pp. 376-381, 2012. □