

Bảng 3. Chẩn đoán phân biệt một số u tế bào hình thoi sau phúc mạc dựa vào hóa mô miễn dịch [8]

Loại u Dấu ấn	GIST độ ác tính cao	Liposarcoma mất biệt hoá	Leiomyosarcoma	MPNST
CD117	+	-	-	-
DOG-1	+	-	-	-
CD34	+	-	-	-
CDK4	-	+	-	-
MDM2	-	+	-	-
S100	-	-	-	+ ố
Desmin	+/-	-	+	-

Trường hợp nghiên cứu của chúng tôi bộc lộ dương tính với dấu ấn CD117 và DOG-1, âm tính với CD34, CDK4, MDM2, S100, như vậy đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán EGIST.

Trở lại với bệnh nhân Nguyễn Khắc Q trong lần điều trị thứ 2, tổn thương trong ổ bao gồm 5 khối u mạc treo, sau phúc mạc kích thước từ 5 - 15cm, tính chất đại thể tương tự lần mổ thứ 3 (u có vỏ, đa hình thái, tổ chức bên trong giống nhu mô não), bệnh nhân được lấy bỏ hoàn toàn u. Bệnh nhân chỉ được làm giải phẫu bệnh sau mổ với kết quả u Schwannoma. Nên chăng trong những trường hợp như thế này nên làm xét nghiệm hóa mô miễn dịch một cách hệ thống để loại trừ, tránh bỏ sót EGIST, làm mất cơ hội điều trị với Imatinib của bệnh nhân.

KẾT LUẬN

EGIST là một dạng bệnh lý hiếm gặp, bệnh nhân thường đến viện khi u đã có kích thước lớn, biểu hiện một khối lớn trong ổ bụng, rất dễ chẩn đoán nhầm với các tổn thương khác. Trước một tổn thương u kích thước lớn sau phúc mạc, cần chẩn đoán phân biệt EGIST với các khối u tế bào hình thoi khác bằng sự bộc lộ hoá mô miễn dịch. EGIST thường báo hiệu độ ác tính cao, tiên lượng xấu. Điều trị EGIST bằng phẫu thuật lấy trọn vẹn tổn thương và tránh làm vỡ u. Điều trị bổ trợ bằng Imatinib cần được cân nhắc kỹ càng theo mức độ ác tính của khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joensuu H. Risk stratification of patients diagnosed with gastrointestinal stromal tumor. Hum Pathol. 2008; 39(10): 1411 - 1419.
2. Reith JD, Goldblum JR, Lyles RH, Weiss SW. Extragastrintestinal (Soft Tissue) Stromal Tumors: An Analysis of 48 Cases with Emphasis on Histologic Predictors of Outcome. Mod Pathol. 2000; 13(5): 577 - 585.
3. Ramani AS, Huske G, Noronha FP. A Rare Case of Mesenteric Gastrointestinal Stromal Tumor Presenting as Acute Abdomen. Niger J Surg Off Publ Niger Surg Res Soc. 2017; 23(1): 71 - 72.
4. Trịnh Hồng Sơn. GIST tại gan: Một bệnh cảnh lâm sàng hiếm gặp. Y học thực hành (792) Số 11/2011. 2011: 91 - 93.
5. Quezada N, Acevedo F, Marambio A, et al. Complete pathological response to Imatinib mesylate in an extraintestinal gastrointestinal stromal tumor. Int J Surg Case Rep. 2014; 5(10): 681 - 685.
6. Sassa N. Retroperitoneal tumors: Review of diagnosis and management. Int J Urol. 2020; 27(12): 1058-1070.
7. Roggen JFG van, Velthuysen MLF van, Hogendoorn PCW. The histopathological differential diagnosis of gastrointestinal stromal tumours. J Clin Pathol. 2001; 54(2): 96 - 102.
8. Coindre JM. Immunohistochemistry in the diagnosis of soft tissue tumours: Immunohistochemistry in soft tissue tumours. Histopathology. 2003; 43(1): 1 - 16.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG THOÁI HÓA KHỚP BÀN TAY NGUYÊN PHÁT

VŨ THỊ HIÊN¹, NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THÙY^{1,2}
¹Trường Đại học Y Hà Nội;
²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm: Vũ Thị Hiên
 Email: hienvuyhn@gmail.com
 Ngày nhận: 02/7/2021
 Ngày phản biện: 10/8/2021
 Ngày duyệt bài: 27/8/2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp bàn tay nguyên phát.

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 62 bệnh nhân chẩn đoán xác định thoái hóa khớp bàn tay

nguyên phát theo tiêu chuẩn ACR 1990, điều trị tại Khoa Lão học và Khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ 08/2020-5/2021.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Kết quả và bàn luận: Bệnh thường gặp ở người cao tuổi, chủ yếu là nữ giới (87,1%). Điểm VAS đau khớp trung bình là $2,8 \pm 1,6$ và 100% bệnh nhân nghiên cứu có cứng khớp buổi sáng kéo dài dưới 30 phút. Tỷ lệ bệnh nhân có hạt Heberden và hạt Bouchard tương ứng là 38,7% và 24,1%. Thoái hóa khớp ở bàn tay phải gặp nhiều hơn so với bàn tay trái, trong đó các ngón tay hay bị thoái hóa khớp là ngón 2 và ngón 3. Vị trí thoái hóa khớp hay gặp nhất là khớp ngón xa và khớp ngón gần. 72,6% bệnh nhân có hạn chế động tác gấp duỗi của bàn tay và 66,1% bệnh nhân có biến dạng khớp ở bàn tay. Hình ảnh tổn thương khớp hay gặp trên Xquang là gai xương và hẹp khe khớp, trong đó chủ yếu là giai đoạn 1 và giai đoạn 2 theo phân loại của Kellgren và Lawrence.

Từ khóa: Thoái hóa khớp bàn tay, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with primary hand osteoarthritis.

Research subjects: including 62 patients diagnosed with primary hand osteoarthritis according to ACR 1990 criteria, treated at the Geriatrics and Musculoskeletal Department of Bac Giang General Hospital from August 2020 to May 5, 2021.

Research Methods: A prospective, cross-sectional study.

Results and discussion: The disease is common in the elderly, mainly women (87.1%). The average joint pain VAS score was 2.8 ± 1.6 and 100% of the study patients had morning stiffness lasting less than 30 minutes. The proportions of patients with Heberden's and Bouchard's nodes were 38.7% and 24.1%, respectively. Osteoarthritis in the right hand is more common than in the left hand, in which the fingers that are often affected are fingers 2 and 3. The most common places of osteoarthritis are distal and proximal interphalangeal joints. 72.6% of patients had limited flexion and extension of the hand and 66.1% of patients had joint deformity in the hand. Common images of joint damage on X-ray are bone spurs and joints space narrowing, mainly at stage 1 and stage 2 according to Kellgren and Lawrence classification.

Keywords: Hand osteoarthritis, clinical and paraclinical characteristics

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) là 1 trong các nguyên nhân hay gặp nhất dẫn đến tàn phế. Với tuổi thọ ngày càng tăng, các tác động của THK và đau khớp lên chất lượng cuộc sống ngày càng lớn. Tỷ lệ mắc THK bàn tay tăng dần theo tuổi, trong đó phụ nữ có tỷ lệ mắc cao hơn so với nam giới, đặc biệt sau tuổi 50. THK bàn tay gặp ở 26% phụ nữ và 13% nam giới sau 70 tuổi, với các biểu hiện lâm sàng thường không đồng nhất và liên quan đến nhiều khớp như khớp đốt ngón, khớp bàn ngón I. Mặc dù, những biểu hiện lâm sàng hay gặp của THK bàn tay là đau, hạn chế vận động khớp, tàn phế và có gánh nặng kinh tế lớn nhưng THK bàn tay lại thường bị bỏ sót. So với THK gối và cột sống thắt lưng, có ít các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị trong THK bàn tay.

Tại Việt Nam, trong 1 nghiên cứu về đánh giá tình trạng THK của bệnh nhân điều trị tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai, kết quả thấy THK bàn tay chiếm tỷ lệ 14%, đứng hàng thứ tư trong các vị trí THK thường gặp [2]. Chẩn đoán THK bàn tay bao gồm sự kết hợp của các phương pháp tiếp cận khác nhau như xem xét các yếu tố nguy cơ, biểu hiện lâm sàng và chụp Xquang bàn tay có hình ảnh hẹp khe khớp, các gai xương, xơ hóa xương dưới sụn, tạo thành các nang ở dưới sụn. Trên thế giới, đã có nhiều công trình nghiên cứu THK bàn tay về nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị [3]. Tuy nhiên, ở Việt Nam THK bàn tay ít được chú ý hơn so với các khớp chịu lực nhiều như khớp gối và cột sống thắt lưng, nhất là tại y tế tuyến cơ sở. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thoái hóa khớp bàn tay nguyên phát.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 62 bệnh nhân được chẩn đoán xác định THK bàn tay nguyên phát theo tiêu chuẩn ACR 1990 [4], điều trị ngoại trú và nội trú tại Khoa Lão học và Khoa Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ 9/2020-5/2021.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có THK bàn tay thứ phát sau mắc các bệnh (viêm khớp dạng thấp, viêm khớp nhiễm khuẩn, bệnh hệ thống, gút, paget, calci hóa sụn khớp, đái tháo đường, cường giáp trạng, cường cận giáp trạng).

+ Tổn thương THK bàn tay sau chấn thương: Gãy xương, tổn thương sụn chêm, dây chằng.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

- Mỗi bệnh nhân có một bệnh án nghiên cứu theo một mẫu thống nhất, bao gồm các phần hồi bệnh và thăm khám lâm sàng, chụp Xquang khớp bàn tay 2 bên.

- Biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh.

+ Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Đau (đặc điểm của đau, đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS), cứng khớp, hạn chế chức năng bàn tay (chỉ số chức năng bàn tay phân loại Dreiser). Khám phát hiện các hạt

dưới da hạt Herbeden ở khớp ngón xa, hạt Boauchad khớp ngón gần, biến dạng khớp, hạn chế gấp duỗi.

+ Cận lâm sàng: Xquang khớp bàn ngón tay 2 bên, đặc điểm các tổn thương trên Xquang, đánh giá mức độ tổn thương trên XQ theo hệ thống phân loại Kellgren và Lawrence.

+ Xét nghiệm đánh giá phản ứng viêm: Tốc độ máu lắng, protein C phản ứng (CRP).

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là $66,9 \pm 10,1$ tuổi và gặp chủ yếu ở nữ giới (chiếm tỷ lệ 87,1%). Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là $2,8 \pm 1,6$ năm.

Bảng 1. Các triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu (n = 62)

Triệu chứng		n (%)				
Đau	Đau khi viết, cầm, sờ nắn	62 (100)				
	Đau khi mặc quần áo, cài khuy áo	62 (100)				
	Đau khi nắm bàn tay lại	62 (100)				
	Đau khi rót nước vào ly	62 (100)				
	Đỡ đau khi nghỉ ngơi	62 (100)				
	Điểm đau VAS trung bình (min =0, max= 10)	4,0 ± 1,2				
Cứng khớp	Cứng khớp buổi sáng < 30 phút					
		62 (100)				
Chỉ số chức năng bàn tay theo phân loại Dreiser	Hoạt động	Điểm	0	1	2	3
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	Mở khóa	32 (51,8)	25 (40,3)	5(8,1)	0 (0)	
	Cắt thịt bằng dao	29 (46,7)	28 (45,2)	5(8,1)	0 (0)	
	Cắt giấy bằng kéo	29 (46,7)	28 (45,2)	5(8,1)	0 (0)	
	Nhấc chai rượu bằng tay	30 (48,4)	27 (43,5)	5(8,1)	0 (0)	
	Nắm tay hoàn toàn	32 (51,8)	25 (40,3)	5(8,1)	0 (0)	
	Thắt nơ	30 (48,3)	27 (43,5)	5(8,1)	0 (0)	
	Khâu hoặc vặn ốc	29 (46,7)	32 (51,6)	5(8,1)	0 (0)	
	Cài khuy áo	32 (51,8)	25 (40,3)	5(8,1)	0 (0)	
Viết trong thời gian dài	29 (46,7)	28 (45,2)	5 (8,1)	0 (0)		
Cho người khác bắt tay	32 (51,8)	25 (40,3)	5 (8,1)	0 (0)		

Nhận xét: Tất cả các BN tham gia nghiên cứu đều có đau khớp ở bàn tay trong những hoạt động thường ngày như viết, cầm, sờ nắn, mặc quần áo, nắm bàn tay và đỡ đau khi nghỉ ngơi với điểm đau VAS trung bình là $4,0 \pm 1,2$. Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng kéo dài dưới 30 phút cũng gặp ở tất cả các bệnh nhân. Các chức năng vận động của bàn tay bị hạn chế theo phân loại Dreiser, trong đó 53,3% bệnh nhân có gặp khó khăn khi thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày.

Bảng 2. Triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu (n = 62)

TT	Triệu chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
1	Hạt Heberden	24	38,7
2	Hạt Bouchad	15	24,1
3	Sưng khớp	3	4,8
4	Biến dạng khớp	41	66,1
5	Hạn chế gấp, duỗi	45	72,6

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có hạt Heberden và hạt Bouchard tương ứng là 38,7% và 24,1%.

72,6% bệnh nhân có hạn chế động tác gấp duỗi của bàn tay và 66,1% bệnh nhân có biến dạng khớp ở bàn tay.

2. Đặc điểm cận lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3. Tỷ lệ các tổn thương khớp trên Xquang của cả 2 bàn tay

Các khớp bàn tay		Các tổn thương khớp trên Xquang (n = 124 khớp)							
		Gai xương		Hẹp khe khớp		Đặc xương dưới sụn		Hốc xương	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Khớp ngón xa	1	64	51,6	37	29,8	9	7,3	0	0
	2	88	70,9	58	46,8	16	12,9	7	5,6
	3	82	66,1	54	43,5	12	9,7	6	4,8
	4	77	62,0	43	34,7	7	5,6	0	0
	5	54	43,5	35	28,2	6	4,8	0	0
Khớp ngón gần	2	81	65,3	51	41,1	16	12,9	5	4,0
	3	84	67,7	56	45,1	14	11,3	5	4,0
	4	73	58,9	44	35,5	6	4,8	0	0
	5	55	44,3	31	25,0	4	3,2	0	0
Khớp bàn ngón tay	1	27	21,8	11	8,9	0	0	0	0
	2	22	17,7	4	3,2	0	0	0	0
	3	10	8,1	4	3,2	0	0	0	0
	4	4	3,2	1	1,6	0	0	0	0
	5	11	8,9	1	1,6	0	0	0	0
Khớp bàn ngón tay cái		20	16,1	11	8,9	0	0	0	0

Nhận xét: Vị trí tổn thương THK bàn tay hay gặp là ở ngón 2 và ngón 3 với các khớp hay gặp nhất là ở vị trí khớp ngón xa và khớp ngón gần. Tổn thương THK bàn ngón tay ít gặp. Hình ảnh tổn thương khớp hay gặp trên Xquang là gai xương (70,9%) và hẹp khe khớp (46,8%). Những tổn thương đặc xương dưới sụn và hốc xương ít gặp hơn.

Bảng 4. Phân loại giai đoạn THK bàn tay trên Xquang theo phân loại Kellgren và Lawrence.

Các khớp bàn tay	Giai đoạn THK (n = 62)								Tổng số
	1		2		3		4		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Khớp ngón xa	244	39,3	134	21,6	193	31,1	49	8,4	620
Khớp ngón gần	196	35,4	116	23,4	150	30,2	34	6,9	496
Khớp bàn ngón tay	498	80,3	114	18,4	8	1,3	0	0,0	620
Khớp bàn ngón tay cái	87	70,1	33	26,6	4	3,2	0	0,0	124
Tổng số	1025	55,1	397	21,3	355	19,1	83	4,5	1860

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tổn thương THK bàn tay trên Xquang theo phân loại của Kellgren và Lawrence chủ yếu là giai đoạn 1 và giai đoạn 2. Giai đoạn 3 và giai đoạn 4 ít gặp.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

THK bàn tay gặp nhiều hơn ở nữ giới, đặc biệt những bệnh nhân nữ thường có biểu hiện các triệu chứng nặng của THK như đau khớp và hạn chế vận động. Theo kết quả của nhiều nghiên cứu, tỷ lệ THK bàn tay trên phim Xquang có thể gặp ở 21% dân số. Tuy nhiên, THK bàn tay có biểu hiện các triệu chứng trên lâm sàng thì ít gặp hơn, giao động trong khoảng từ 3- 16% dân số. Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là nữ giới (chiếm tỷ lệ 87,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác về tỷ lệ THK bàn tay ở phụ nữ cao hơn so với nam giới, như tác giả

Bijsterbosch và cộng sự (2011) nghiên cứu 289 bệnh nhân THK bàn tay, trong đó nữ giới chiếm tỷ lệ 83,0% [5]. Khác với THK gối, THK bàn tay của phụ nữ gặp nhiều nhất ở độ tuổi 50, lứa tuổi bắt đầu mãn kinh. Hormon estrogen có tác dụng chống viêm và sự liên quan giữa estrogen với THK bàn tay hiện nay chưa rõ ràng.

Các triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh nhân THK bàn tay là tình trạng đau khớp, cứng khớp, hạn chế các hoạt động chức năng bàn tay, kèm theo có hạt Bouchard ở khớp ngón tay gần và hạt Heberden ở vị trí khớp ngón xa. Trong THK bàn tay, bệnh nhân có tổn thương cả sụn khớp, xương dưới sụn, màng hoạt dịch, cơ, gân và dây chằng. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy 100% bệnh nhân có đau các khớp ở bàn tay khi thực hiện các hoạt động thường ngày như viết, cầm, sờ nắn, mặc quần áo, rót nước vào ly và giảm đau khớp khi nghỉ ngơi với điểm đau VAS trung bình là 2,8. Tất cả các bệnh nhân đều

có dấu hiệu cứng khớp buổi sáng, tuy nhiên thời gian cứng khớp chỉ kéo dài dưới 30 phút.

Khi đánh giá chỉ số hoạt động chức năng bàn tay theo phân loại Dreiser thấy 53,3% bệnh nhân có gặp khó khăn khi thực hiện các hoạt động, trong đó 47,5% bệnh nhân có thể làm được các hoạt động nhưng gặp khó khăn ít và 8,1% bệnh nhân gặp khó khăn nhiều trong các hoạt động hằng ngày. Do các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có đau khớp bàn tay nhưng họ vẫn cố gắng thực hiện được các hoạt động lao động hàng ngày nên phần lớn bệnh nhân không đi khám bệnh và tự ra hiệu thuốc mua giảm đau về uống khi đau khớp nhiều. Do vậy việc chẩn đoán và điều trị sớm THK bàn tay, nhằm giảm bớt khó khăn cho bệnh nhân trong sinh hoạt hàng ngày và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh là rất quan trọng. Trong nghiên cứu, các triệu chứng thực thể của THK bàn tay hay gặp gồm: hạt Heberden và hạt Bouchard tương ứng là 38,7% và 24,1%, 72,6% bệnh nhân có hạn chế động tác gấp duỗi; 66,1% bệnh nhân có biến dạng khớp ở bàn tay. Các tổn thương này gây khó khăn cho bệnh nhân trong đời sống sinh hoạt khi làm các công việc tự chăm sóc bản thân, gia đình: như chải đầu, giặt giũ, cài khuy áo, bế cháu, nấu ăn, nội trợ.

2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương THK bàn tay hay gặp là ở ngón 2 và ngón 3 với các khớp hay gặp nhất là ở vị trí khớp ngón xa và khớp ngón gần. Tổn thương THK bàn ngón tay ít gặp hơn. Hình ảnh tổn thương khớp hay gặp trên Xquang là gai xương và hẹp khe khớp. Những tổn thương đặc xương dưới sụn và hốc xương ít gặp hơn. Các tổn thương khớp của bàn tay phải gặp nhiều hơn so với bàn tay trái, có thể do bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu thuận tay phải do đó tay phải chịu tác động nhiều hơn nên THK bàn tay sẽ xảy ra sớm hơn. Trong nghiên cứu của Wilder F.V và cộng sự (2006) vị trí THK hay gặp nhất là ngón xa ngón 2, chiếm 35% và ngón gần ngón 3 (18%) [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Wilder F.V và cao hơn so với 1 số tác giả nước ngoài có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nông dân làm ruộng. Bệnh nhân phải lao động thủ công bằng chân tay nhiều hơn, bê vác vật nặng nhiều hơn, chưa có điều kiện sử dụng các thiết bị máy móc, công nghệ hiện đại hỗ trợ trong lao động. Khi đánh giá mức độ THK bàn tay theo phân loại của Kellgren và Lawrence, chúng tôi thấy nhóm bệnh nhân

nghiên cứu có tổn thương THK bàn tay chủ yếu là giai đoạn 1 (55,1%) và giai đoạn 2 (21,3%). Giai đoạn 3 và giai đoạn 4 ít gặp.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng THK bàn tay của 62 bệnh nhân điều trị nội trú và ngoại trú tại Khoa Cơ xương khớp và Khoa Lão học Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 8/2020 đến 5/2021, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Bệnh thường gặp ở người cao tuổi, chủ yếu là nữ giới (87,1%).

Điểm VAS đau khớp trung bình là $2,8 \pm 1,6$ và 100% bệnh nhân nghiên cứu có cứng khớp buổi sáng kéo dài dưới 30 phút.

Tỉ lệ bệnh nhân có hạt Heberden và hạt Bouchard tương ứng là 38,7% và 24,1%.

72,6% bệnh nhân có hạn chế động tác gấp duỗi của bàn tay và 66,1% bệnh nhân có biến dạng khớp ở bàn tay.

THK ở bàn tay phải gặp nhiều hơn so với bàn tay trái, trong đó các ngón tay hay bị thoái hóa khớp là ngón 2 và ngón 3. Vị trí thoái hóa khớp hay gặp nhất là khớp ngón xa và khớp ngón gần.

Hình ảnh tổn thương khớp hay gặp trên Xquang là gai xương và hẹp khe khớp, trong đó chủ yếu là giai đoạn 1 và giai đoạn 2 theo phân loại của Kellgren và Lawrence.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan. Thoái hóa khớp. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa 2009: Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

2. Nguyễn Mai Hồng, Vũ Thị Thanh Thuý (2006). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến bệnh thoái hoá khớp". Công trình nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Bạch Mai T2, 41 - 47.

3. Leung G.J., Rainsford K.D., và Kean W.F. (2014). Osteoarthritis of the hand I: aetiology and pathogenesis, risk factors, investigation and diagnosis. *J Pharm Pharmacol*, **66**(3), 339 - 346.

4. Altman R., Alarcón G., Appelrouth D. và cộng sự (1990). The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum*, **33**(11), 1601 - 1610.

5. Bijsterbosch J., Watt I., Meulenbelt I. và cộng sự (2011). Clinical and radiographic disease course of hand osteoarthritis and determinants of outcome after 6 years. *Annals of the Rheumatic Diseases*, **70**(1), 68 - 73.

6. Wilder F.V., Barrett J.P., và Farina E.J. (2006). Joint-specific prevalence of osteoarthritis of the hand. *Osteoarthritis and Cartilage*, **14**(9), 953 - 957.