



Tap chí Khoa học và Kinh tế Phát triển
Trường Đại học Nam Cần Thơ

Website: jsde.nctu.edu.vn



Hiệu quả điều trị kết hợp thuốc y học hiện đại với thuốc y học cổ truyền trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện y học cổ truyền Cần Thơ năm 2019

Nguyễn Thị Diễm Linh^{1*}, Nguyễn Phương Dung²

¹Trường Đại học Nam Cần Thơ

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

*Người chịu trách nhiệm bài viết: Nguyễn Thị Diễm Linh (email: ntdlinh@nctu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 20/11/2023

Ngày phân biện: 10/12/2023

Ngày duyệt đăng: 10/1/2024

Title: *Effective treatment combining modern medicine with traditional medicine on patients with knee osteoarthritis at Can Tho traditional medicine hospital in 2019*

Keywords: *erythrocyte sedimentation rate, knee osteoarthritis, modern medicine, traditional, VAS medicine*

Từ khóa: *thoái hóa khớp gối, tốc độ lắng máu, VAS, y học hiện đại, y học cổ truyền*

ABSTRACT

Knee osteoarthritis is a common disease today. It does not cause death but causes pain, joint deformity and limits mobility, thus reducing the patient's quality of life. This is a chronic disease, and prolonged treatment can lead to many unwanted complications due to treatment drugs. Therefore, combining modern medicine and traditional medicine in the treatment of knee osteoarthritis will provide scientific evidence to contribute to improving the quality of medical examination and treatment, in accordance with current trends in medical treatment requirements. The research objective was to survey the situation of drug use and evaluate the effectiveness of combined treatment of modern medicine and traditional medicine on patients with knee osteoarthritis at Can Tho Traditional Medicine Hospital in 2019. This was a cross-sectional and retrospective descriptive study on medical records. The study sample included 133 medical records of patients with knee osteoarthritis treated with a combination of modern medicine and traditional medicine. Research results showed that the drugs used in the treatment of knee osteoarthritis were mainly NSAIDs, and the traditional medicine used in the treatment of knee osteoarthritis was mainly Doc hoat ky sinh thang, depending on the accompanying medical conditions that required reducing or adding some medications. The rate of no pain after treatment was 74.4%, mild pain 8.35%, and moderate pain 17.3%; no patients had severe pain, causing no serious adverse effects in clinical or paraclinical settings after 30 days treatment day.

TÓM TẮT

Thoái hóa khớp gối là bệnh lý phổ biến hiện nay, bệnh không gây tử vong nhưng gây đau, biến dạng khớp và hạn chế chức năng đi lại từ đó làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Đây là bệnh mạn tính, điều trị kéo dài dẫn tới nhiều biến chứng không mong muốn do thuốc điều trị. Vì vậy, việc kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền trong điều trị thoái hóa khớp gối sẽ cung cấp những bằng chứng khoa học để góp phần nâng cao chất lượng khám, điều trị bệnh, phù hợp với xu thế về yêu cầu chữa bệnh hiện nay. Mục tiêu nghiên cứu là khảo sát tình hình sử dụng thuốc và đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp thuốc y học hiện đại và thuốc y học cổ truyền trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Cần Thơ năm 2019. Nghiên cứu mô tả cắt ngang và hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án. Mẫu nghiên cứu gồm 133 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân thoái hóa khớp gối điều trị bằng phương pháp kết hợp thuốc y học hiện đại với thuốc y học cổ truyền. Kết quả nghiên cứu cho thấy, thuốc được sử dụng chủ yếu thuộc nhóm NSAID, thuốc y học cổ truyền được sử dụng trong điều trị là Độc hoạt ký sinh thang và tùy các bệnh lý mắc kèm mà gia giảm hoặc thêm một số vị thuốc. Tỷ lệ sau điều trị không đau là 74,4%; đau nhẹ 8,35%; 17,3% đau vừa và không có bệnh nhân đau nặng, không có tác dụng không mong muốn nghiêm trọng trên lâm sàng và cận lâm sàng sau 30 ngày điều trị.

1. GIỚI THIỆU

Thoái hóa khớp (THK) là một bệnh mạn tính, bao gồm chủ yếu là tổn thương sụn khớp, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch. Đây là một bệnh đặc trưng bởi các rối loạn cấu trúc và chức năng của một hoặc nhiều khớp [1]. Thoái hóa khớp có thể xảy ra ở tất cả các khớp trong đó hay gặp nhất là thoái hóa khớp gối. Ước tính trên toàn thế giới có 9,6% nam giới và 18,0% phụ nữ trong độ tuổi ≥ 60 bị thoái hóa khớp gối có triệu chứng. Đây là nguyên nhân gây tàn tật thứ tư vào năm 2020 và vì vậy nó được coi như một thách thức với sức khỏe cộng đồng trong những năm tới [2]. Chức năng chính

của khớp gối là chống đỡ sức nặng của cơ thể và là khớp hoạt động rất nhiều, khớp gối bị thoái hóa sẽ có triệu chứng đau nhức và hạn chế chức năng đi lại sinh hoạt của người bệnh. Vì vậy, THK gối không những làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà còn gây hạn chế giao tiếp, tổn hại kinh tế của người bệnh do giá thành chi phí cho điều trị [3].

Mặc dù y học đã có nhiều tiến bộ trong điều trị THK gối nhưng cho đến nay vẫn chưa có loại thuốc nào điều trị khỏi hoàn toàn. Việc điều trị THK gối chủ yếu dùng các nhóm thuốc giảm đau, chống viêm toàn thân hoặc tiêm trực tiếp vào khớp gối. Các nhóm thuốc này có tác dụng giảm đau và làm chậm quá trình thoái hóa khớp

gối nhưng đôi khi các loại thuốc này cũng gây ra những tác dụng không mong muốn như gây xuất huyết tiêu hóa, suy thận, suy gan,...[4]. Theo Y học cổ truyền (YHCT) thoái hóa khớp gối thuộc phạm vi chứng tý. Việc điều trị thường kết hợp phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc như châm cứu, bấm huyệt, khí công dưỡng sinh [5]. Ở nước ta hiện nay, cùng với việc điều trị bệnh THK gối bằng y học hiện đại (YHHĐ), YHCT ngày càng chứng minh được hiệu quả điều trị của mình. Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ với chức năng khám chữa bệnh và phục hồi chức năng bằng y học cổ truyền, kết hợp y học Cổ truyền với y học hiện đại cho người dân khu vực Đồng bằng sông Cửu Long. Đánh giá hiệu quả của việc điều trị kết hợp YHHĐ và YHCT trong điều trị THK gối sẽ cung cấp những bằng chứng khoa học để góp phần nâng cao chất lượng khám, điều trị bệnh, phù hợp với xu thế về yêu cầu chữa bệnh hiện nay.

2. PHƯƠNG TIỆN VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán THK gối điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ. Thời gian từ ngày 01/01/2019 đến ngày 31/12/2019.

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh án của bệnh nhân THK gối được điều trị nội trú bằng phương pháp kết hợp YHHĐ và YHCT tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định THK gối theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ (American College of Rheumatology – ACR (1991). Trong số các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là thoái hóa khớp gối thì chỉ lựa chọn bệnh nhân thoái hóa khớp gối ở giai đoạn 1 và 2 với các tiêu chuẩn trên phim chụp X quang

Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc uống (nội khoa), không can thiệp ngoại khoa.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân theo YHCT:

Những bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ thuộc giai đoạn 1 và 2 theo phân loại Kellgren và Lawrence và được chẩn đoán chứng tý thể phong hàn thấp tý theo YHCT.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân thoái hóa khớp gối nhưng không thuộc giai đoạn 1 và 2.

- Phụ nữ có thai

- Bệnh nhân bỏ điều trị hoặc không tuân thủ theo đúng quy trình điều trị.

2.2 Phương pháp

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án nội trú được lưu tại phòng Kế hoạch – Tổng hợp, Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ.

2.2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện, toàn bộ bệnh án nội trú của bệnh nhân đến khám và điều trị THK gối đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2.3 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

- Tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, chỉ số khối cơ thể BMI.

- Vị trí tổn thương khớp gối, đặc điểm về các bệnh lý, bệnh mắc kèm, triệu chứng cơ năng, mức độ thoái hóa trên Xquang, hình ảnh siêu âm khớp gối.

2.2.4 Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị THK gối

Danh sách các thuốc điều trị THK gối, đặc điểm về tương tác thuốc.

2.2.5 Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá kết quả điều trị dựa vào số điểm của mức độ đau theo thang điểm VAS và tốc độ lắng máu trung bình. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.2.6 Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng thống kê y sinh học trên phần mềm IBM SPSS Statistics 25.0.

3. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân

3.1.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân

Tuổi THK gổi tập trung vào khoảng trên độ tuổi 50, chiếm 93,2%, tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,79 \pm 10,317$ (tuổi), thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất 93 tuổi. Bệnh nhân bị THK gổi chủ yếu là nữ, chiếm 83,5%. Không có sự khác biệt về phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

với $p > 0,05$. Bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm lao động chân tay, hưu trí chiếm tỷ lệ 70%. Phần lớn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%.

Đa số các bệnh nhân có BMI ở mức bình thường chiếm 45,9%; 31,6% ở trong tình trạng tiền béo phì; trong đó có 19,5% bệnh nhân trong tình trạng béo phì. Bệnh nhân bị thương cả 2 khớp trong nghiên cứu chiếm 61,7%. Bệnh nhân chủ yếu thoái hóa khớp nguyên phát với 120 bệnh nhân chiếm 90,2%, thoái hóa khớp thứ phát tỷ lệ ít 9,8%.

Bảng 1. Đặc điểm về tỷ lệ bệnh mắc kèm của bệnh nhân

Số bệnh mắc kèm	Số lượng (n= 133)	Tỷ lệ (%)
Không có	39	29,3
1- 2 bệnh mắc kèm	75	56,4
> 2 bệnh mắc kèm	19	14,3
Tổng	133	100

Bảng 2. Đặc điểm về các bệnh mắc kèm của bệnh nhân

Đặc điểm về các bệnh mắc kèm	Số lượng (n =133)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	71	53,4
Đái tháo đường	17	12,8
Rối loạn lipid máu	8	6,0
Bệnh lý tim mạch khác	15	11,3
Loét dạ dày tá tràng	16	12,0
Rối loạn tiêu hóa	11	8,3
Viêm gan	4	3,0
Bệnh lý khác	19	14,3

Phần lớn bệnh nhân có 1-2 bệnh mắc kèm, chiếm 56,4% bệnh nhân nội trú trong mẫu nghiên cứu. Trong đó, tăng huyết áp là bệnh mắc kèm chiếm tỷ lệ cao nhất (53,4%). Đáng

chú ý, đái tháo đường là bệnh lý mắc kèm của 17 bệnh nhân (12,8%).

3.1.2 Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Các dấu hiệu lâm sàng tại khớp thoái hóa

Triệu chứng	Số lượng (n = 133)	Tỷ lệ (%)
Đau khớp	133	100,0
Phá vỡ khớp	78	58,6
Lục cục tại khớp	87	65,4
Dấu hiệu bào gổ	93	69,9
Nóng da tại khớp	24	18,0
Hạn chế gập duỗi	104	78,2

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau khớp xuất hiện ở 100% số đối tượng nghiên cứu, phá vỡ khớp 58,6%, lục cục khớp gôi khi vận động Tỷ lệ 65,4%, dấu hiệu bào gổ 69,9%

và hạn chế vận động khớp gôi với Tỷ lệ 78,2%, triệu chứng nóng da tại khớp chỉ xuất hiện ở một số bệnh nhân chiếm 18%.

Bảng 4. Đặc điểm mức độ đau theo thang điểm VAS

Mức độ đau VAS	Số lượng (n = 133)	Tỷ lệ (%)
Không đau (0 điểm)	0	0,0
Đau nhẹ (1-3 điểm)	30	22,6
Đau vừa (4 – 6 điểm)	79	59,4
Đau nặng (7 – 10 điểm)	24	18,0
Trung bình ± Độ lệch chuẩn		5,81±2,10

Trước điều trị, đa số bệnh nhân bị đau ở mức vừa đến nặng, tỷ lệ bệnh nhân đau vừa là 59,4%, đau nhẹ 22,6% và đau nặng chiếm 18%.

3.1.3 Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 5. Mức độ tổn thương khớp gôi trên phim chụp X quang theo Kellgren và Lawrence

Giai đoạn trên XQ	Số lượng (n = 133)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn I	18	13,5
Giai đoạn II	115	86,5

Hình ảnh trên phim chụp X quang cho thấy bệnh nhân bị thoái hóa khớp trong nghiên cứu tập trung chủ yếu ở giai đoạn II (chiếm 86,5%).

Bảng 6. Đặc điểm siêu âm khớp gối

Đặc điểm	Số lượng (n = 133)	Tỷ lệ (%)
Độ 0 (Không tràn dịch): Bề dày < 4mm	94	70,7
Độ I (ít- trung bình): Tràn dịch vừa từ ≥4 đến ≤ 10 mm	30	22,6
Độ II (tràn dịch nhiều) ≥ 10 mm	9	6,7

Đa số bệnh nhân không tràn dịch (Độ 0) chiếm Tỷ lệ 70,7% số bệnh nhân nghiên cứu.

3.2.1 Danh sách các thuốc điều trị được sử dụng cho bệnh nhân

3.2 Đặc điểm sử dụng thuốc của bệnh nhân

Bảng 7. Các thuốc điều trị THK gối được sử dụng cho bệnh nhân

Thuốc	Hoạt chất	Liều dùng	Đường dùng	Bệnh nhân	
				Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mobic 15 mg/1,5 mL	meloxicam 15 mg	1 ống/ngày	Tiêm	89	66,9
Mobimed 7,5	meloxicam 7,5 mg	2 viên/ngày	Uống	49	36,8
Eucosmin	diacerein 100 mg	1 viên/ngày	Uống	14	10,5
Effalgin	paracetamol 500 mg	2 viên/ngày	Uống	34	25,6

Đa số các bệnh nhân được chỉ định meloxicam đường tiêm, chiếm 66,9%, tiếp theo là meloxicam dùng theo đường uống, với tỷ lệ là 36,8%, diacerein cũng được sử dụng nhưng

với tỷ lệ thấp hơn (khoảng 10,5%). Ngoài ra, paracetamol dùng đường uống cũng được sử dụng phổ biến cho bệnh nhân, với 25,6% bệnh nhân được kê đơn thuốc này.

Bảng 8. Các thuốc YHCT điều trị THK gối được sử dụng cho bệnh nhân

Thuốc	Liều dùng	Đường dùng	Bệnh nhân	
			Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tisore	412,5 mg	Uống	15	11,3
Rheumapain f	300 mg	Uống	13	9,8
Dưỡng cốt hoàn	5 gram	Uống	14	10,5
Độc hoạt ký sinh thang gia giảm	1 thang	Sắc còn 200 mL chia 2 lần uống	30	22,5
Đối chứng lập phương 1	1 thang	Sắc còn 200 mL chia 2 lần uống	19	14,3
Đối chứng lập phương 2	1 thang	Sắc còn 200 mL chia 2 lần uống	17	12,8
Đối chứng lập phương 3	1 thang	Sắc còn 200 mL chia 2 lần uống	11	8,3
Đối chứng lập phương 4	1 thang	Sắc còn 200 mL chia 2 lần uống	14	10,5

Ở nhóm thuốc YHCT, đa số bệnh nhân được kê đơn là bài thuốc Độc hoạt tang kí sinh, tùy từng thể bệnh và những bệnh mắc kèm của bệnh nhân mà gia giảm hoặc thêm một số vị

thuốc. Trong đó, tỷ lệ thuốc thang chiếm tỉ lệ là 68,5%.

3.2.2 Tương tác thuốc xuất hiện trên đơn thuốc trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân

Bảng 9. Tương tác liên quan đến thuốc điều trị trên bệnh nhân THK gối

TT	Cặp tương tác thuốc	Mức độ TT	Cơ chế	Hậu quả	Số TTT trên bệnh nhân	
					Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	meloxicam-amlodipin	Trung bình	DLH	Giảm tác dụng hạ huyết áp	11	8,3
2	meloxicam-losartan	Nhẹ	DLH	Giảm tác dụng hạ huyết áp	9	6,8
3	meloxicam-indapamid	Trung bình	DLH	Làm ảnh hưởng đến chức năng thận	5	3,8
4	meloxicam – perindopril	Trung bình	DLH	Có thể dẫn đến rối loạn chức năng thận và/hoặc tăng huyết áp	5	3,8

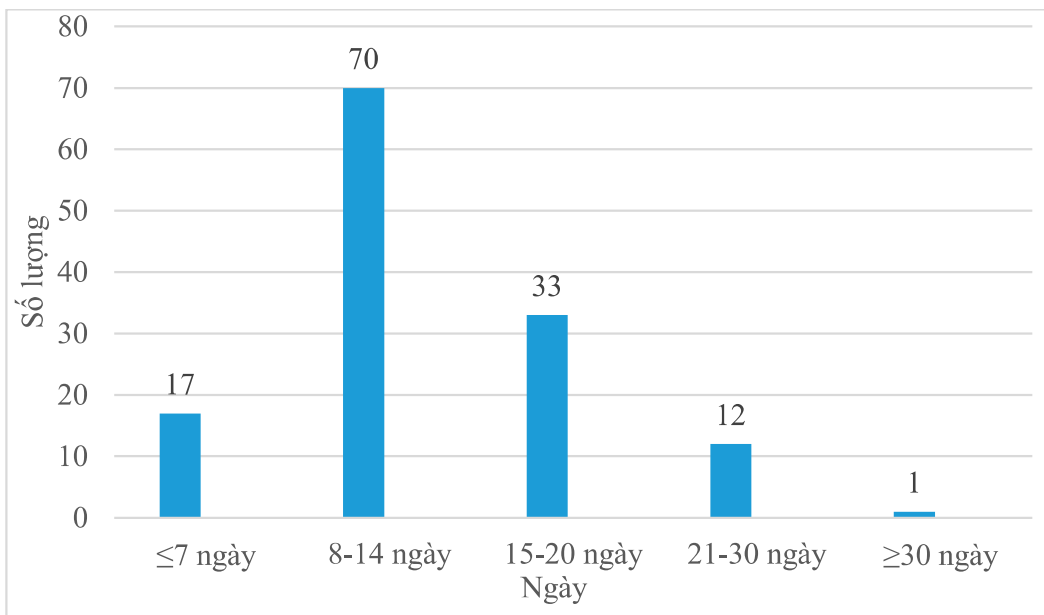
(Nguồn: www.drugs.com) (n = 30)

Đa số các cặp tương tác xuất hiện đối với các thuốc dùng để điều trị các bệnh mắc kèm, trong đó tương tác xuất hiện nhiều nhất là tương tác với các thuốc điều trị tăng huyết áp, các tương tác đều ở mức độ trung bình và nhẹ, không có tương tác nào ở mức độ nặng và có ý nghĩa lâm sàng.

3.3 Hiệu quả điều trị

3.3.1 Đánh giá hiệu quả giảm đau sau điều trị theo thang điểm VAS

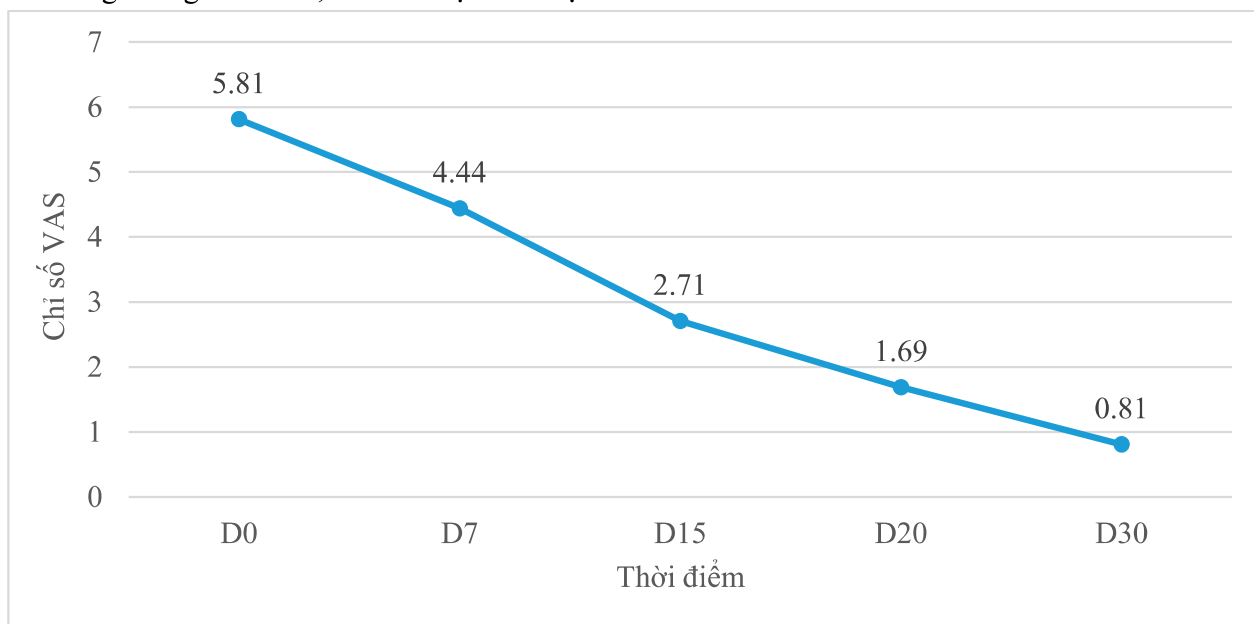
Số ngày điều trị nội trú của bệnh nhân trong khoảng từ 2 đến 35 ngày, trong đó số tỷ lệ ngày điều trị cao nhất là 8-14 ngày chiếm 52,6%, tiếp theo là 15-20 ngày với 24,8% và số ngày điều trị thấp nhất là 2 ngày chiếm 1,5%.



Hình 1. Số ngày điều trị nội trú của bệnh nhân

Điểm đau tại thời điểm bắt đầu điều trị theo thang VAS là 5,81 điểm và kết thúc điều trị điểm đau trung bình giảm còn 0,81 điểm. Sự khác biệt

giữa 2 thời điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Hình 2. So sánh chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm

Bảng 10. Mức độ giảm đau khớp gối theo thang điểm VAS

Mức độ đau theo VAS		Số lượng (n = 133)	Tỷ lệ (%)
Trước điều trị D0	Không đau (0)	0	0,0
	Đau nhẹ (1-3)	30	22,6
	Đau vừa (4-6)	79	59,4
	Đau nặng (7-10)	24	18,0
Sau điều trị D30	Không đau (0)	99	74,4
	Đau nhẹ (1-3)	11	8,3
	Đau vừa (4-6)	23	17,3
	Đau nặng (7-10)	0	0,0

Trước điều trị, đa số bệnh nhân đều ở mức độ đau vừa và đau nặng, trong đó mức độ đau vừa chiếm phần lớn với tỷ lệ 59,4%.

Sau đợt điều trị, mức độ đau được cải thiện

rõ rệt hơn, không còn bệnh nhân đau nặng, có 17,3% bệnh nhân đau vừa, 8,3% bệnh nhân đau nhẹ và 74,4% bệnh nhân không đau.

Bảng 11. Phân loại hiệu quả điều trị đau theo thang điểm VAS

Mức độ	Điểm VAS trước điều trị		Hiệu quả điều trị theo thang điểm VAS	
	Số lượng (n = 133)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n = 133)	Tỷ lệ (%)
Tốt (VAS = 0)	0	0,0	99	74,4
Khá (1 ≤ VAS ≤ 3)	30	22,6	11	8,3
Trung bình (4 ≤ VAS ≤ 6)	79	59,4	23	17,3
Kém (VAS ≥ 7)	24	18,0	0	0,0

Sau đợt điều trị, bệnh nhân có kết quả điều trị tốt chiếm 74,4% và bệnh nhân có kết quả điều trị khá chiếm 8,3%.

3.3.2 Tốc độ lắng máu của bệnh nhân trước và sau điều trị

Bảng 12. Tốc độ lắng máu trung bình trước và sau điều trị

Thời điểm nghiên cứu	Tốc độ lắng máu trung bình (mm/h) (± SD)
D0	27,8±6,2
D30	15,5±1,5
P	< 0,001

Sau đợt điều trị tốc độ lắng máu trung bình của bệnh nhân giảm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tốc độ lắng máu trung bình của các

bệnh nhân giữa các thời điểm ($p < 0,001$).

3.4 Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Bảng 13. Một số tác dụng không mong muốn trên lâm sàng trong thời gian điều trị nội trú

Triệu chứng	Số lượng (n = 133)	Tỷ lệ%
Buồn nôn	0	0,0
Nhức đầu	0	0,0
Hoa mắt chóng mặt	2	1,5
Khó thở	0	0,0
Mất ngủ	6	4,5

Trong đợt điều trị, tất cả bệnh nhân điều trị bằng YHHĐ kết hợp YHCT có 94% bệnh nhân không gặp các tác dụng không mong muốn. Chỉ có 2 trường hợp hoa mắt chóng mặt và 6 trường

hợp mất ngủ những trường hợp mất ngủ đều là những bệnh nhân lớn tuổi.

3.5 Các chỉ số huyết học, sinh hóa máu trước và sau điều trị

Bảng 14. Thay đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu (\pm độ lệch chuẩn)

Chỉ số	Trước điều trị	Sau điều trị	Mức ý nghĩa p
Hồng cầu (T/L)	4,46 \pm 0,44	4,55 \pm 0,51	> 0,05
Bạch cầu (G/L)	7,07 \pm 0,83	6,96 \pm 0,84	> 0,05
Tiểu cầu (g/L)	240,15 \pm 41,38	241,56 \pm 39,69	> 0,05
HGB (g/L)	13,19 \pm 0,83	13,06 \pm 0,77	> 0,05
Ure (mmol/L)	4,61 \pm 0,62	4,85 \pm 0,55	> 0,05
Creatinin (μ mol/L)	73,21 \pm 8,34	70,56 \pm 7,64	> 0,05
Glucose (mmol/L)	5,25 \pm 0,39	5,04 \pm 0,27	> 0,05
AST (U/L)	22,08 \pm 2,44	23,52 \pm 2,41	> 0,05
ALT (U/L)	40,69 \pm 3,74	40,88 \pm 2,83	> 0,05

Các chỉ số huyết học và sinh hóa máu trước và sau điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê

4. THẢO LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu này tương tự với kết quả trong các nghiên cứu của các tác giả khác. Như vậy vấn đề tuổi tác cũng là một trong các yếu tố thuận lợi của THK gôi nguyên phát, chính vì lý do đó mà một trong

các yếu tố thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán THK gôi của Hội thấp khớp học Mỹ (ACR 1991) là bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên. THK gôi chiếm tỷ lệ cao ở lứa tuổi trên 50, có thể là do theo quy luật tự nhiên, khi tuổi càng cao thì các tế bào sụn càng già đi, khả năng tổng hợp collagen và

mucopolysaccharid bị giảm và biến động, dẫn đến chất lượng sụn giảm, đồng thời giảm tính đàn hồi và chịu lực. Thêm vào đó, dưới tác dụng của các yếu tố cơ học như lao động chân tay, tăng tải trọng do nghề nghiệp càng làm cho bệnh THK gối phát triển [6].

Trong 133 bệnh án nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm tới 83,5%. Kết quả nghiên cứu này cũng như các kết quả nghiên cứu của các tác giả ở trong nước và trên thế giới về THK gối đã được chứng minh phụ nữ dễ mắc bệnh này hơn nam giới. Lý do tỷ lệ nữ mắc bệnh THK cao hơn nam cho đến nay vẫn chưa được giải thích thỏa đáng nhưng có nhiều tác giả cho rằng việc phụ nữ dễ mắc các bệnh về xương khớp hơn nam giới là do sự thay đổi nội tiết tố. Hay gặp xung quanh giai đoạn mãn kinh, sự giảm hormone sinh dục nữ làm giảm tế bào sụn. Sau mãn kinh lượng estrogen suy giảm là nguy cơ cao gây thoái hóa khớp [7].

Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân có BMI ở trong tình trạng tiền béo phì ($23 \leq \text{BMI} \leq 24,9$) là 31,6%; 19,5% bệnh nhân trong tình trạng béo phì. Cùng với yếu tố tuổi tác, chỉ số khối cơ thể cũng là yếu tố thuận lợi cho thoái hóa khớp, đặc biệt là các khớp chịu lực. Theo cơ chế bệnh sinh thoái hóa khớp thì yếu tố cơ học (trong đó có béo phì) góp phần khởi phát cũng như làm gia tăng tốc độ thoái hóa của sụn khớp [8].

Theo Trần Ngọc Ân (2004) yếu tố nghề nghiệp đã được chứng minh là một trong những yếu tố nguy cơ gây bệnh THK gối [9]. Nhiều nghiên cứu cho rằng làm những việc nặng kéo dài hoặc lặp đi lặp lại nhiều lần làm tăng sức nặng đè lên bề mặt khớp, làm quá sức chịu đựng của sụn gây ra các vi chấn thương liên tiếp cho sụn khớp. Sự tích tụ các vi chấn thương liên tiếp này gây ra các vết nứt trên bề mặt sụn và các nứt

gãy ở đầu xương dưới sụn, dần dần dẫn đến mất sụn, xơ hóa đầu xương và dẫn tới thoái hóa sụn, thoái hóa khớp [9].

THK là bệnh diễn biến mạn tính, gây đau và biến dạng khớp, thường không có dấu hiệu viêm, nguyên nhân là do quá trình lão hóa và tình trạng quá tải của sụn khớp. Bệnh diễn biến lâu ngày mới ảnh hưởng đến chức năng vận động của khớp [9]. Giai đoạn đầu bệnh nhân chỉ cần nghỉ ngơi hay dùng thuốc giảm đau thông thường, bệnh nhân thường chỉ đến viện khi chức năng vận động của khớp bị ảnh hưởng. Đây cũng là lý do giải thích vì sao thời gian bị bệnh đều khá dài.

Trong 133 bệnh án nghiên cứu, chủ yếu bệnh nhân bị thoái hóa cả 2 khớp chiếm 61,7%. Khớp gối là khớp chịu lực, có góc vận động lớn, nhiều chức năng nên trở thành một trong những vị trí khớp dễ bị thoái hóa. Ở giai đoạn sớm, bệnh nhân thường đau một bên khớp, sau đó bệnh tiến triển sẽ dẫn đến thoái hóa cả hai bên. Là một bệnh tiến triển mạn tính nên thời điểm bệnh nhân đến khám thường là bị tổn thương cả hai khớp. Triệu chứng đau khớp thường tiến triển nặng dần theo thời gian, theo mức độ bệnh. Thang điểm VAS được thể hiện thông qua một thước đo chia vạch từ 0 đến 10 điểm. Đây là thang điểm đánh giá mức độ đau được sử dụng khá phổ biến trong các nghiên cứu. Trước điều trị, bệnh nhân được phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS ở 3 mức: Không đau (0 điểm), đau nhẹ (1-3 điểm), đau vừa (4-6 điểm), đau nặng (7-10 điểm). Theo kết quả nghiên cứu này, mức độ đau khớp gối trước điều trị theo thang điểm VAS chủ yếu đau từ mức độ đau vừa và đau nặng.

Hiện nay, mặc dù đã có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh mới được áp dụng trong chẩn đoán và đánh giá mức độ thoái hóa khớp

gối nhưng chụp X quang thường quy khớp gối là một phương pháp chính thường được chỉ định để chẩn đoán bệnh và đánh giá mức độ tổn thương khớp. Và đây là một phương pháp đơn giản, dễ thực hiện. Tổn thương thoái hóa khớp trên phim X quang thường được đặc trưng bởi sự mất sụn khớp và hoạt động tái tạo của xương dưới sụn, biểu hiện bởi khe khớp bị thu hẹp, xuất hiện các gai xương, lớp dưới sụn dày lên, đôi khi có một hốc ở đầu xương dưới sụn, cuối cùng dẫn đến biến dạng khớp, lệch trục khớp [10].

Thuốc được sử dụng trong điều trị THK gối chủ yếu là thuốc nhóm NSAID. Từ kết quả nghiên cứu, nhận thấy tại cùng một thời điểm không có bệnh nhân nào dùng đồng thời các thuốc trong cùng một nhóm. NSAID được sử dụng trong mẫu nghiên cứu là meloxicam. Meloxicam khuếch tán tốt vào dịch khớp với nồng độ trong dịch khớp tương đương 50% nồng độ trong huyết tương nhưng nồng độ thuốc tự do trong dịch khớp cao hơn trong huyết tương do trong dịch khớp có ít protein huyết tương hơn. Vì vậy, meloxicam thường được ưu tiên lựa chọn trong các trường hợp giảm đau liên quan đến xương khớp. Về thuốc YHCT được sử dụng trong điều trị THK gối là Độc hoạt ký sinh thang gia giảm và tùy các bệnh lý mắc kèm mà gia giảm hoặc thêm một số vị thuốc. Về vấn đề kết hợp với YHCT, với mỗi thể lâm sàng, tùy từng tình trạng bệnh lý của người bệnh, thuốc YHCT được kê đơn là các bài thuốc cổ phương, đối pháp lập phương, nghiệm phương để gia giảm thành phần, khối lượng các vị thuốc cổ truyền hoặc kê đơn các thành phẩm thuốc cổ truyền, thuốc được liệu cho phù hợp với chẩn đoán.

Về phương pháp dùng thuốc YHCT, thuốc thang được sử dụng nhiều nhất do có khả năng phát huy tác dụng nhanh, dễ gia giảm vị thuốc và liều lượng theo từng bệnh nhân và diễn biến

bệnh. Ngoài ra sử dụng phối hợp nhiều dạng thuốc là biện pháp hiệu quả để điều trị. Bài thuốc “Độc hoạt ký sinh thang gia giảm” có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, chỉ thống, bổ can thận, phù hợp với thể bệnh phong hàn thấp tý kèm can thận hư, chữa vào gốc của bệnh theo y học cổ truyền là bổ thận dương, thận cốt, dưỡng can huyết, khu phong trừ thấp-giúp cho cân cốt được cường kiện. Theo y học cổ truyền, thoái hoá khớp có liên quan đến can thận hư: can huyết hư không nuôi dưỡng được cân, thận hư không sinh tủy không nuôi dưỡng được cốt tủy kết hợp với phong hàn thấp xâm nhập làm kinh lạc bị tắc trở, khí huyết không được lưu thông. Ngoài ra, THK gối là một bệnh lý mạn tính, vì vậy kê đơn thuốc hoàn trong điều trị lâu dài có nhiều ưu thế.

Điều trị bằng kết hợp YHCT với YHHĐ cho kết quả khả quan hơn chỉ dùng đơn độc một cách điều trị. Chưa tìm thấy tương tác giữa các thuốc YHCT và hóa dược trong nghiên cứu này, có thể do thời gian điều trị của bệnh nhân không quá dài nên đề tài này chưa thể tìm được hết các tương tác. Theo kết quả trên, điểm VAS trung bình trước điều trị của bệnh nhân là $5,8 \pm 2,104$ (điểm). Khi bắt đầu áp dụng phương pháp điều trị kết hợp YHHĐ và YHCT, điểm VAS trung bình cải thiện dần theo thời gian. Sự khác biệt giữa các thời điểm là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Tốc độ lắng máu có xu hướng giảm sau điều trị so với thời điểm trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Xét nghiệm tốc độ lắng hồng cầu tuy không phải là một công cụ chẩn đoán độc lập, nhưng nó có thể giúp chẩn đoán hoặc theo dõi tiến triển của phản ứng viêm. Tốc độ lắng máu là một chỉ số gián tiếp đánh giá phản ứng viêm. Tốc độ lắng máu đáp ứng chủ yếu với mức độ tăng cao của fibrinogen và

một số các yếu tố khác, như globulin miễn dịch và yếu tố dạng thấp.

Phương pháp kết hợp YHHĐ và YHCT trên lâm sàng, nhận thấy không xuất hiện tác dụng không mong muốn nghiêm trọng nào liên quan đến việc kết hợp hai phương pháp điều trị. Từ các kết quả theo dõi trên lâm sàng và cận lâm sàng có thể thấy điều trị bệnh THK gối bằng phương pháp điều trị kết hợp YHHĐ với YHCT có tính an toàn, không gây tác dụng không mong muốn.

5. KẾT LUẬN

Đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp thuốc y học hiện đại với thuốc y học cổ truyền trên bệnh nhân THK gối điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ năm 2019, từ các kết quả thu

được, chúng tôi sơ bộ kết luận: Tuổi của bệnh nhân THK gối trên 50 tuổi chiếm 93,2%, nữ chiếm 83,5%. Nghề nghiệp chủ yếu thuộc nhóm lao động chân tay, hưu trí và già chiếm tỷ lệ 70%. Thời gian mắc bệnh 5-10 năm chiếm 40,6%. Các thuốc được sử dụng trong điều trị THK gối chủ yếu thuộc nhóm NSAID. Thuốc YHCT được sử dụng chủ yếu là Độc hoạt ký sinh thang và tùy các bệnh lý mắc kèm mà gia giảm hoặc thêm một số vị thuốc. Tỷ lệ xuất hiện tương tác thuốc trong đơn thuốc đều ở mức độ trung bình và nhẹ không có tương tác nào ở mức độ nặng và có ý nghĩa lâm sàng. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên thang điểm VAS và tốc độ lắng máu trung bình cho thấy có cải thiện sau 30 ngày điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Ngọc Lan (2015). *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*. Nhà xuất bản Y học, tr. 138-151.
- [2] Đỗ Thị Ái (2020). *Khảo sát tình trạng thoái hóa khớp gối nguyên phát ở bệnh nhân đái tháo đường type 2* (Luận văn thạc sĩ). Trường đại học Y Hà Nội.
- [3] Nguyễn Thị Bích (2022). Đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp với bài thuốc Tam Tỷ Thang. *Tạp chí Y dược học Cổ truyền*, tr. 63-66.
- [4] Bộ Y Tế (2020). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại*. Nhà xuất bản Y học, tr. 15-20.
- [5] Hoàng Bảo Châu (2006). *Nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học, tr. 528-538.
- [6] Bùi Hải Bình (2016). *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, tr. 60- 136.
- [7] Dennison, E. M. (2022). Osteoarthritis: The importance of hormonal status in midlife women. *Maturitas*, 165, pp. 8-11.
- [8] Hashimoto, K., & Akagi, M. (2020). The role of oxidation of low-density lipids in pathogenesis of osteoarthritis: A narrative review. *Journal of International Medical Research*, 48(6), 0300060520931609.
- [9] Trần Ngọc Ân (2004). *Bệnh học nội khoa tập II*. Nhà xuất bản Y học, tr. 327-342.
- [10] Nguyễn Văn Dương & Ngô Quỳnh Hoa (2023). Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát điều trị tại khoa y học cổ truyền bệnh viện phục hồi chức năng Hải Dương. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 523(2).
<https://doi.org/10.51298/vmj.v523i2.4524>