

So sánh hiệu quả điều trị của phương pháp điện châm và bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” có hoặc không kết hợp với chườm thảo dược trên bệnh nhân đau khớp gối do thoái hóa khớp gối

Nguyễn Thị Tân¹, Nguyễn Việt Phương Nguyễn¹, Nguyễn Văn Hưng^{1*}

(1) Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y - Dược Huế, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chườm thảo dược là một phương pháp lâu đời được phát triển dựa trên phương pháp chườm nóng của y học cổ truyền, nhiệt độ nóng kết hợp tác dụng của thảo dược làm tăng cường chuyển hóa tại chỗ. Từ đó, cảm giác đau sẽ bị ức chế, hệ mô cơ được kích thích để thư giãn và chữa lành. Phương pháp này có hiệu quả tốt giúp giảm sưng đau khớp và cải thiện tình trạng cứng khớp, phù hợp để điều trị thoái hóa khớp gối. Điện châm tạo ra các xung điện có tác dụng giúp giảm đau, tăng cường tuần hoàn được kết hợp với bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” có tác dụng khu phong tán hàn trừ thấp chỉ thống, bổ khí huyết, ích Can Thận. Sử dụng bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”, điện châm kết hợp với chườm thảo dược mang lại hiệu quả cao trên lâm sàng. **Mục tiêu:** So sánh hiệu quả của 2 phương pháp: điện châm, bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” kết hợp chườm thảo dược với phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” trên bệnh nhân đau khớp gối do thoái hóa khớp gối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 80 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát được điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thừa Thiên Huế. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu tiến cứu, đánh giá hiệu quả trước và sau điều trị. **Kết quả:** Nhóm 1: tốt 72,5%, khá 25%, trung bình 2,5%; nhóm 2: tốt 52,5%, khá 37,5%, trung bình 10,0%. Trong quá trình điều trị không ghi nhận tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. **Kết luận:** Điều trị thoái hóa khớp gối bằng điện châm, bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”, kết hợp với chườm thảo dược mang lại hiệu quả cao hơn trên lâm sàng so với nhóm không sử dụng phương pháp chườm thảo dược.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, điện châm, bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”, chườm thảo dược.

Abstract

Comparing the efficiency of electroacupuncture and “Doc hoat tang ky sinh” remedy with or without herbal compress in the treatment of knee pain due to knee osteoarthritis

Nguyen Thi Tan¹, Nguyen Viet Phuong Nguyen¹, Nguyen Van Hung^{1*}

(1) Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Herbal compress is an ancient method based on heating compress method originating from traditional medicine, the heat combined with medicinal herbs speed up the metabolism of the damaged zone. Based on that, the method could also inhibit the sensation of pain, excite, relax and treat the muscle tissue. This method has a good effect on reducing knee swelling and pain, easing knee joint stiffness, fits the treatment of knee osteoarthritis. Electroacupuncture generating electrical impulses has the effect of relieving pain, improving circulation combined with “Doc hoat tang ky sinh” remedy having the effect of expelling wind, scattering cold, eliminating dampness, stopping pain, tonifying the Qi and Blood, and strengthening the Liver and Kidney. Using “Doc hoat tang ky sinh” remedy, electroacupuncture combined with herbal compress bring out high clinical efficiency. **Objectives:** To compare the efficiency between 2 methods including electroacupuncture, “Doc hoat tang ky sinh” remedy combined with herbal compress and electroacupuncture, “Doc hoat tang ky sinh” remedy in the treatment of knee pain due to knee osteoarthritis. **Methods:** Including 80 patients diagnosed with primary knee osteoarthritis were treated at Thua Thien Hue Traditional Medicine Hospital. The study was designed by the method of prospective study, to evaluate the efficiency of before and after treatment. **Results:** group 1: good level 72.5%, fair level 25%,

average level 2.5%; group 2: good level 52.5%, fair level 37.5%, average level 10.0%. During the treatment there were no clinically significant side effects. **Conclusion:** Treating knee pain due to knee osteoarthritis by using electroacupuncture, “Doc hoạt tang ky sinh” remedy combined with herbal compress brings out better clinical effectiveness than the group without herbal compress.

Key words: knee osteoarthritis, electroacupuncture, “Doc hoạt tang ky sinh” remedy, herbal compress.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chườm thảo dược là phương pháp mượn khí ấm nóng từ thảo dược để tác động lên vùng bị đau, tổn thương, vùng lạnh hoặc vùng xảy ra bệnh lý. Dưới tác dụng của các loại thảo dược thích hợp bên trong túi chườm ở nhiệt độ nóng làm tăng lưu lượng máu vào khu vực bị tổn thương giúp khí huyết lưu thông, tăng cường chuyển hoá [1]. Thoái hóa khớp gối (THKG) là một bệnh lý mạn tính bao gồm tổn thương sụn khớp là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch [2], [3]. Phương pháp chườm thảo dược có khả năng xoa dịu cơn đau, giảm sưng đỏ khớp và cải thiện tình trạng cứng khớp, thích hợp để áp dụng điều trị trong bệnh lý thoái hóa khớp gối. Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp giữa tác dụng chữa bệnh của châm cứu với kích thích bằng dòng điện [4]. Việc phối hợp điện châm, bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” và chườm thảo dược là phương pháp điều trị ít được sử dụng trên lâm sàng, đặc biệt tại các bệnh viện ở tỉnh Thừa Thiên Huế nên chúng tôi chọn hướng nghiên cứu **“So sánh hiệu quả điều trị của phương pháp điện châm và bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” có hoặc không kết hợp với chườm thảo dược trên bệnh nhân đau khớp gối do thoái hóa khớp gối”** với hai mục tiêu:

1. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối thể phong hàn thấp tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thừa Thiên Huế.

2. So sánh hiệu quả của 2 phương pháp: chườm thảo dược kết hợp điện châm và bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” và phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” trên bệnh nhân đau khớp gối do thoái hóa khớp gối.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 80 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán thoái hóa khớp gối được điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thừa Thiên Huế từ tháng 06/2020 đến 10/2021, không phân biệt giới tính và nghề nghiệp, có đủ tiêu chuẩn chọn bệnh theo y học hiện đại (YHHĐ) và y học cổ truyền (YHCT), tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học hiện đại** [4], [5], [6]

+ Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ (American College of Rheumatology - ACR) (1991) gồm các tiêu chuẩn sau đây:

1. Đau khớp gối.
2. X quang mọc gai xương ở rìa khớp.
3. Dịch khớp là dịch thoái hóa.
4. Tuổi lớn hơn hoặc bằng 40.
5. Cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút khi cử động.
6. Lạo xạo ở khớp khi khởi động.

+ Chẩn đoán xác định khi có các yếu tố 1, 2 hoặc 1, 3, 5, 6 hoặc 1, 4, 5, 6.

+ Trên phim X quang, được phân loại thoái hóa khớp gối giai đoạn I, II Theo Kellgren và Lawrence (1987) [7],[8].

• Giai đoạn 1: gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương.

• Giai đoạn 2: hình ảnh gai xương rõ.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền** [3], [4], [9], [10]

Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối thể Phong hàn thấp tý với các triệu chứng:

- Thiên về hàn tý: đau ở một khớp hoặc hai khớp, đau tăng khi vận động đi lại, trời lạnh đau nhiều, chườm nóng đỡ đau, tay chân lạnh, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng.

- Kèm theo triệu chứng của can thận hư: tóc bạc, mắt mờ, đau lưng, ù tai, ngủ kém, nước tiểu trong, tiểu nhiều lần, mạch trầm tế.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân [4]

+ Thoái hóa khớp gối thứ phát: do chấn thương khiến trục khớp thay đổi, các bất thường trục khớp gối bẩm sinh hoặc sau các tổn thương viêm khác tại khớp gối (viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, lao khớp, viêm mủ, bệnh gút ...).

+ Bệnh nhân có kèm theo các bệnh mạn tính khác: Suy tim, suy thận, bệnh lý ác tính...

+ Bệnh nhân không thuộc giai đoạn I, II của phân loại thoái hóa khớp theo Kellgren và Lawrence (1987) trên phim X quang.

+ Bệnh nhân không thuộc thoái hóa khớp gối thể phong hàn thấp tý theo YHCT.

+ Bệnh nhân không tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Theo phương pháp nghiên cứu tiến cứu, đánh giá kết quả trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, gồm 80 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối được điều trị tại Bệnh viện YHCT Thừa Thiên Huế. (Chỉ chọn 1 khớp gối bên đau nhất/1 bệnh nhân). Phân làm 2 nhóm:

+ Nhóm 1: 40 bệnh nhân được điều trị bằng bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”, điện châm kết hợp với chườm thảo dược.

+ Nhóm 2: 40 bệnh nhân được điều trị bằng bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”, điện châm.

2.2.2. Phương pháp tiến hành

Khám thực thể bằng y học hiện đại, đánh giá mức độ bệnh theo thang điểm VAS, tầm vận động khớp gối, mức tổn thương theo chỉ số Lequesne.

Lập hồ sơ bệnh án, chỉ định chụp phim X quang thẳng nghiêng, lập phiếu theo dõi, đánh giá trước và sau điều trị.

Tiến hành điều trị bằng y học cổ truyền: điện châm, thuốc thang và chườm thảo dược.

+ Nhóm 1: Điện châm + Thuốc thang + Chườm thảo dược.

+ Nhóm 2: Điện châm + Thuốc thang.

Điện châm các huyệt: Độc tỵ, Tắt nhãn, Lương khâu, Huyết hải, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền với tần số tã từ 5 - 10Hz. Tam âm giao, Túc tam lý với tần số bổ từ 1- 3Hz [11], [12].

+ Thời gian kích thích cho mỗi lần điện châm là 30 phút.

+ Liệu trình: 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 18 ngày.

Dùng bài thuốc cổ phương “Độc hoạt tang ký sinh” liệu trình ngày 01 thang x 18 ngày.

Chườm thảo dược, tiến hành như sau [4]:

+ Chuẩn bị túi chườm: 200g lá Ngải cứu tươi, 100g lá Cúc tần tươi, 100g lá Ngũ thảo thái nhỏ sau đó trộn với 500g muối hạt, cho tất cả vào túi chườm bằng vải rồi đem sấy ở lò vi sóng ở nhiệt độ 200°C trong 10 phút.

+ Tiến hành chườm thảo dược ở khớp gối bên đau, liệu trình 1 lần/ngày x 9 ngày (thời gian chườm: 10 - 15 phút).

2.2.3. Chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị

Các chỉ tiêu theo dõi [4]

+ Mức độ đau cơ năng (thang điểm VAS) [13].

Mức độ đau của bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ đau VAS. Mức độ đau theo VAS được chia thành các mức như sau:

Không đau: 0 điểm	Đau vừa: 4 - 6 điểm
Đau ít: 1 - 3 điểm	Đau nhiều: 7 - 10 điểm

+ Mức độ tổn thương theo chỉ số Lequesne [14].

Tổn thương được đánh giá theo 5 mức độ:

Trầm trọng: > 14 điểm

Rất nặng: 11 - 13 điểm Nặng: 8 - 10 điểm

Trung bình: 5 - 7 điểm Nhẹ: 0 - 4 điểm

+ Tầm vận động khớp gối.

Đánh giá mức độ hạn chế gấp khớp gối:

Hạn chế nặng: < 90°; Hạn chế trung bình: 90° - 120°

Hạn chế nhẹ: 120° - 135°; Không hạn chế: ≥ 135°

Một số chỉ tiêu đánh giá theo y học cổ truyền [15], [16].

+ Chất lưỡi: bình thường chất lưỡi mềm mại, không to không nhỏ, hoạt động tự nhiên, chất lưỡi có sắc hồng tươi nhuận, không khô, ướt vừa phải.

Chất lưỡi to bệu: thể lưỡi to hơn lưỡi bình thường, thè lưỡi đầy miệng.

Chất lưỡi thon gầy: thể lưỡi gầy mỏng.

+ Rêu lưỡi: bình thường rêu lưỡi trắng mỏng, hoặc ít rêu.

Rêu lưỡi mỏng: xuyên thấu qua rêu lưỡi có thể thấy được hình thể lưỡi (thấy đáy của rêu).

Mất rêu: không có rêu lưỡi.

Rêu lưỡi dày: mật độ rêu lưỡi cao, không thấy đáy rêu.

Kết quả điều trị chung dựa vào trị số trung bình của các chỉ số: Mức độ đau theo thang điểm VAS, tầm vận động khớp gối, chỉ số Lequesne.

Tốt: 16 - 20 điểm. Trung Bình: 8 - 12 điểm.

Khá: 12 - 16 điểm. Kém: < 8 điểm

Các chỉ tiêu lâm sàng được đánh giá tại 3 thời điểm:

+ Trước điều trị (D_0).

+ Sau điều trị 9 ngày (D_9).

+ Sau điều trị 18 ngày (D_{18}).

+ So sánh kết quả trước và sau khi điều trị.

Theo dõi tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị: chảy máu, cong kim, gãy kim, đau sau khi kim qua da, nhiễm trùng vết châm, vừng châm, mẫn ngứa, bông.

2.3. Xử lý số liệu: theo phần mềm thống kê SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Độ tuổi trung bình của nhóm 1 là $67,35 \pm 8,96$; nhóm 2 là $66,45 \pm 8,45$.

Bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (nhóm 1: 77,5%; nhóm 2: 75%).

3.1.2. Đặc điểm bệnh nhân theo giới tính

Tỷ lệ mắc bệnh theo giới tính không đồng đều, nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ cao (nhóm 1: 92,5%; nhóm 2: 95%).

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo tính chất lao động

Bệnh nhân có tính chất lao động nặng chiếm đa số với 80% ở nhóm 1 và nhóm 2 là 82,5%.

3.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Đa số bệnh nhân mắc bệnh từ 1 năm trở lên, từ 1 đến 5 năm chiếm 55%, trên 5 năm là 15% (nhóm 1); 47,5% từ 1 đến 5 năm và trên 5 năm chiếm 20% (nhóm 2).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Sự cải thiện mức độ đau với thang điểm VAS

Bảng 1. Điểm VAS trung bình và mức độ đau qua các thời điểm nghiên cứu

Thời gian	Mức độ	Nhóm	Nhóm 1		$(\bar{X} \pm SD)$	Nhóm 2		$(\bar{X} \pm SD)$	p _(n1-n2)
			n	%		n	%		
D ₀	Không đau		0	0	6,7 ± 1,02	0	0	6,65 ± 1,00	p > 0,05
	Đau ít		0	0		0	0		
	Đau vừa		16	40,0		18	45,0		
	Đau nhiều		24	60,0		22	55,0		
D ₉	Không đau		0	0	4,25 ± 1,24	0	0	4,88 ± 1,29	p < 0,05
	Đau ít		13	32,5		6	15,0		
	Đau vừa		25	62,5		28	70,0		
	Đau nhiều		2	5,0		6	15,0		
D ₁₈	Không đau		9	22,5	1,73 ± 1,36	3	7,5	2,52 ± 1,18	p < 0,05
	Đau ít		28	70,0		31	77,5		
	Đau vừa		3	7,5		6	15,0		
	Đau nhiều		0	0		0	0		

Nhận xét:

- Trước điều trị tất cả bệnh nhân tập trung ở mức độ đau vừa và đau nặng.

- Sau 18 ngày điều trị tỉ lệ bệnh nhân giảm đau có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p < 0,05), nhóm 1: bệnh nhân không đau chiếm 22,5% và đau nhẹ chiếm 70%, ở nhóm 2 tỉ lệ bệnh nhân không đau và đau nhẹ là 7,5% và 77,5%.

3.2.2. Đánh giá hiệu quả điều trị theo chỉ số Lequesne

Bảng 2. Điểm Lequesne trung bình và mức độ cải thiện chức năng theo chỉ số

Thời gian	Mức độ	Nhóm	Nhóm 1		$(\bar{X} \pm SD)$	Nhóm 2		$(\bar{X} \pm SD)$	p _(n1-n2)
			n	%		n	%		
D ₀	Nhẹ		0	0	15,63 ± 2,78	0	0	15,29 ± 3,24	p > 0,05
	Trung bình		0	0		0	0		
	Nặng		3	7,5		6	15,0		
	Rất nặng		5	12,5		5	12,5		
	Trầm trọng		32	80,0		29	72,5		
D ₉	Nhẹ		0	0	10,29 ± 2,10	6	15,0	11,28 ± 1,96	p < 0,05
	Trung bình		4	10,0		16	40,0		
	Nặng		19	47,5		10	25,0		
	Rất nặng		17	42,5		8	20,0		
	Trầm trọng		0	0		0	0		

D ₁₈	Nhẹ	14	35,0		10	25,0		
	Trung bình	23	57,5		24	60,0		
	Nặng	3	7,5	5,29 ± 1,82	6	15,0	6,2 ± 1,72	p < 0,05
	Rất nặng	0	0		0	0		
	Trầm trọng	0	0		0	0		

Nhận xét:

- Sau điều trị chỉ số Lequesne trung bình ở cả hai thời điểm sau 9 ngày và sau 18 ngày ở 2 nhóm có sự khác biệt (p < 0,05).

- Mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất sau điều trị ở cả 2 nhóm với 57,5% (nhóm 1) và 60,0% (nhóm 2).

3.1.3. Đánh giá hiệu quả điều trị theo tầm vận động khớp

Bảng 3. Tầm vận động khớp trung bình và mức độ cải thiện chức năng theo chỉ số

Thời gian	Mức độ	Nhóm 1		$(\bar{X} \pm SD)$	Nhóm 2		$(\bar{X} \pm SD)$	p
		n	%		n	%		
D ₀	Không hạn chế	0	0	116,25 ⁰ ± 7,99 ⁰	0	0	116,90 ⁰ ± 7,70 ⁰	p > 0,05
	Hạn chế nhẹ	19	47,5		17	42,5		
	Hạn chế trung bình	21	52,5		23	57,5		
	Hạn chế nặng	0	0		0	0		
D ₉	Không hạn chế	2	5,0	123,30 ⁰ ± 6,83 ⁰	0	0	120,50 ⁰ ± 5,54 ⁰	p < 0,05
	Hạn chế nhẹ	30	75,0		28	70,0		
	Hạn chế trung bình	8	20,0		12	30,0		
	Hạn chế nặng	0	5,0		0	0		
D ₁₈	Không hạn chế	11	27,5	129,63 ⁰ ± 5,89 ⁰	3	7,5	125,68 ⁰ ± 5,24 ⁰	p < 0,05
	Hạn chế nhẹ	27	67,5		34	85,0		
	Hạn chế trung bình	2	5,0		3	7,5		
	Hạn chế nặng	0	0		0	0		

Nhận xét:

- Chỉ số tầm vận động khớp trung bình ngày thứ 9 và ngày thứ 18 giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

- Mức độ cải thiện chức năng theo chỉ số chiếm tỉ lệ cao nhất là hạn chế nhẹ và không hạn chế với 67,5% và 27,5% ở nhóm 1; nhóm 2 tương ứng là 85% và 7,5%.

3.2.5. Kết quả điều trị chung

Bảng 4. Tổng điểm quy đổi qua các thời điểm

Tổng điểm	Thời gian	D0	D9	D18
	$\bar{X} \pm SD$	Nhóm 1	8,50 ± 1,77	12,33 ± 2,22
Nhóm 2		8,43 ± 1,47	11,37 ± 1,74	14,35 ± 1,93

Bảng 5. Xếp loại điều trị chung sau 18 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm	Nhóm 1		Nhóm 2		p _(n1-n2)
		n	%	n	%	
Tốt		29	72,5	21	52,5	p < 0,05
Khá		10	25,0	15	37,5	
Trung bình		1	2,5	4	10,0	
Kém		0	0	0	0	

Nhận xét:

- Điểm trung bình kết quả điều trị tại các thời điểm tăng lên rõ rệt. Ở nhóm 1 tại D9 là $12,33 \pm 2,22$ (điểm), D18 là $15,85 \pm 2,30$ (điểm) cao hơn so với thời điểm D0 là $8,50 \pm 1,77$ (điểm). Ở nhóm 2 tại D9 là $11,37 \pm 1,74$ (điểm), D18 là $14,35 \pm 1,93$ (điểm) cao hơn so với thời điểm D0 là $8,43 \pm 1,47$ (điểm), $p < 0,05$.

- Sau 18 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với điều trị xếp loại tốt là 72,5%, khá là 25,0%, trung bình là 2,5% ở nhóm 1 và tương ứng tốt là 52,5%, khá 37,5%, trung bình 10,0% ở nhóm 2. Kết quả thu được giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn

- Không thấy có các tác dụng không mong muốn đáng kể trên lâm sàng như vừng châm, chảy máu, nhiễm trùng, gãy kim, đau sau kim qua da, mẩn ngứa, bông.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng chung

- Đặc điểm về giới tính: Có sự khác biệt lớn về tỷ lệ nữ > nam ở cả hai nhóm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả Mai Ngọc Dược tỷ lệ nữ chiếm 96,9% và tỷ lệ nam chiếm 3,4% [17], tác giả Nguyễn Phạm Hoàng Vy tỷ lệ nữ là 85%, tỷ lệ nam là 15% [18].

- Độ tuổi trung bình: Độ tuổi trung bình là $67,35 \pm 8,96$ tuổi với nhóm 1 và $66,45 \pm 8,45$ với nhóm 2. Chúng tôi nhận thấy độ tuổi từ 60 trở lên chiếm đa số với tỷ lệ trên 2 nhóm là 77,5% và 75%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Phạm Hoàng Vy và Mai Ngọc Dược với kết quả độ tuổi bệnh nhân thoái hoá khớp gối trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Do đó có thể thấy rằng, tuổi càng cao chính là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của THK gối.

- Về tính chất lao động: trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tính chất lao động nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 80% ở nhóm 1 và 82,5% ở nhóm 2. Kết quả thu được của chúng tôi gần tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Phạm Hoàng Vy (87,5%), Mai Ngọc Dược (74,1%). Những công việc nặng nhọc kéo dài hoặc lặp đi lặp lại nhiều làm tăng sức nặng tỳ đè lên bề mặt khớp, quá sức chịu đựng của sụn gây ra các vi chấn thương liên tiếp cho sụn khớp, dần dần làm rạn nứt bề mặt sụn và nứt gãy ở đầu xương dưới sụn, khiến mất sụn, xơ hóa đầu xương và dẫn tới thoái hóa. Do đó, nhóm bệnh nhân lao động nặng thường có nguy cơ THK gối cao hơn so với các nhóm lao động khác.

- Về thời gian mắc bệnh: nghiên cứu của chúng

tôi cho kết quả ở nhóm 1 đa số thời gian mắc bệnh trên 1 năm với tỷ lệ 70%, trong đó từ 1 đến 5 năm là 55%, từ 5 năm trở lên là 15%, ở nhóm 2 kết quả thu được có tỷ lệ 67,5% bệnh nhân mắc bệnh trên 1 năm, trong đó từ 1 đến 5 năm chiếm 47,5% và trên 5 năm chiếm 20%. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Mai Ngọc Dược (72,4%, 34,5% và 37,9%). Điều này cho thấy khi mới bị bệnh bệnh nhân thường đau nhẹ, chưa ảnh hưởng nhiều đến quá trình đi lại sinh hoạt nên đa số các bệnh nhân 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 bệnh nhân điều trị muộn.

- Theo YHCT bệnh nhân thoái hóa khớp gối thể Phong hàn thấp tý đau tăng khi vận động, trời lạnh đau nhiều, chườm nóng đỡ đau, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng. Kèm theo triệu chứng của can thận hư như: Tóc bạc, mắt mờ, đau lưng, ù tai, ngủ kém, nước tiểu trong, tiểu nhiều lần, mạch trầm tế. Kết quả các triệu chứng trên khá phù hợp với bệnh nhân theo thể bệnh YHCT.

4.2. Hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”, điện châm kết hợp với chườm thảo dược

- Đánh giá chỉ số đau VAS: Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở bảng 1 chỉ số VAS trung bình ở các thời điểm D9, D18 có xu hướng giảm so với thời điểm D0 ở cả hai nhóm, hiệu suất giảm sau 9 hay 18 ngày điều trị của nhóm 1 tốt hơn so với nhóm 2. Ở nhóm 1 so với thời điểm D0 thời điểm D18 tỷ lệ bệnh nhân (BN) đau nhẹ và không đau tăng từ 0% lên đến 70,0% và 22,5%, không còn BN đau nặng, chỉ còn 7,5% bệnh nhân đau vừa. Ở nhóm 2 so với thời điểm D0 thời điểm D18 tỷ lệ BN đau nhẹ và không đau tăng từ 0% lên đến 77,5% và 7,5%, không còn BN đau nặng, vẫn còn 15% bệnh nhân đau vừa, ($p < 0,05$). Mức độ đau trên bệnh nhân có sự cải thiện tốt trong đó nhóm 1 có kết quả tốt hơn nhóm 2, có thể nhận thấy rằng đây là hiệu quả điều trị khi sử dụng bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” với thành phần có chứa các vị thuốc có tính chất giảm đau, kháng viêm, kết hợp điện châm và chườm thảo dược với tác dụng kích thích cơ học, kích thích ôn ấm (làm nóng), tiêu viêm chỉ thống (kháng viêm giảm đau), điều tiết tuần hoàn huyết dịch, tác dụng cải thiện lưu lượng máu, điều hòa chức năng miễn dịch, điều tiết hệ thống thần kinh và có tác dụng giải độc càng giúp tăng cải thiện tình trạng giảm đau trên bệnh nhân.

- Theo kết quả bảng 2, nhóm 1 trước điều trị bệnh nhân bị tổn thương ở mức trầm trọng 80% rất nặng và nặng tương ứng là 12,5% và 7,5%, nhưng

sau 18 ngày điều trị tỷ lệ này giảm rõ rệt; tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ tổn thương sau điều trị tập trung ở mức nhẹ và trung bình (35% và 57,5%). Ở nhóm 2 trước điều trị bệnh nhân bị tổn thương ở mức trầm trọng 72,5%, rất nặng 12,5% và nặng 15%, sau 18 ngày điều trị tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ tổn thương sau điều trị tập trung ở mức nhẹ và trung bình (25% và 60%) vẫn còn 15% ở mức nặng, $p < 0,05$. Điều này phù hợp với kết quả giảm đau và cải thiện chức năng trên bệnh nhân dẫn đến chức năng sinh hoạt hằng ngày cũng cải thiện tốt trên bệnh nhân.

- Đánh giá cải thiện tầm vận động khớp gối của bệnh nhân: ở bảng 3 kết quả cho thấy sau điều trị tỷ lệ bệnh nhân nhóm 1 không hạn chế tầm vận động tăng từ 0% lên 27,5%, hạn chế trung bình và nhẹ từ 47,5% và 52,5% tăng lên 67,5% với hạn chế nhẹ chỉ còn 5% hạn chế trung bình. Kết quả của nhóm 2 cho thấy nhóm bệnh nhân không hạn chế tầm vận động chưa tăng nhiều từ 0% lên 7,5% đa số bệnh nhân tập trung ở mức hạn chế nhẹ 85%, $p < 0,05$.

- Kết quả điều trị chung: Theo bảng 5 sau điều trị, ở nhóm 1 tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với điều trị xếp loại tốt là 72,5% khá là 25%, trung bình là 2,5%. Ở nhóm 2 tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với điều trị xếp loại tốt là 52,5% khá là 37,5%, trung bình là 10%. Với kết quả nghiên cứu như vậy, chúng tôi nhận thấy phương pháp sử dụng bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”, điện châm kết hợp chườm thảo dược trong điều trị đau khớp gối do thoái hóa khớp gối mang lại hiệu quả tốt hơn trên bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra các kết luận sau:

Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Về giới tính: Có sự khác biệt lớn về tỉ lệ nữ > nam ở cả hai nhóm.

- Độ tuổi trung bình: chúng tôi nhận thấy độ tuổi từ 60 trở lên chiếm đa số với tỷ lệ trên 2 nhóm là 77,5% và 75%.

- Về tính chất lao động của bệnh nhân: Bệnh nhân gặp ở mọi đối tượng nghề nghiệp, trong đó những người lao động nặng chiếm tỷ lệ cao nhất.

- Về thời gian mắc bệnh: đa số thời gian mắc bệnh trên 1 năm với tỷ lệ 70% ở nhóm 1 và nhóm 2 kết quả thu được có tỷ lệ 67,5%.

Kết quả điều trị của phương pháp điện châm và bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh” có hoặc không kết hợp với chườm thảo dược trên bệnh nhân đau khớp gối do thoái hóa khớp gối

- Sau điều trị bệnh nhân đau nhẹ và không đau chiếm tỷ lệ 70% và 22,5% ở nhóm 1 và 77,5% và 7,5% ở nhóm 2.

- Mức độ cải thiện vận động của bệnh nhân nhóm 1 cải thiện với mức tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ 57,5% và 35% và mức trung bình chiếm tỷ lệ 7,5%. Trên nhóm 2 có hiệu quả thấp hơn với mức tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ 60% và 25% và mức trung bình chiếm tỷ lệ 15%.

- Tầm vận động khớp gối tăng sau 18 ngày ở nhóm 1 từ $116,25^{\circ} \pm 7,99^{\circ}$ lên đến $129,63^{\circ} \pm 5,89^{\circ}$. Nhóm 2 từ $116,90^{\circ} \pm 7,70^{\circ}$ lên đến $125,68^{\circ} \pm 5,24^{\circ}$.

- Về hiệu quả điều trị chung sau 18 ngày điều trị, ở nhóm 1 tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với điều trị xếp loại tốt là 72,5%, khá là 25%, trung bình là 2,5% cao hơn ở nhóm 2 với kết quả bệnh nhân sau điều trị xếp loại tốt là 52,5%, khá là 37,5%, trung bình là 10,0%.

Lời cảm ơn: Bài báo là sản phẩm đề tài nghiên cứu khoa học cấp Đại học Huế, mã số: DHH 2021 - 04 - 139. Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn sự tài trợ kinh phí từ phía Đại học Huế để có thể hoàn thành đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Thám. Đánh giá kết quả của phương pháp bó lá Ngũ trảo hỗ trợ trong điều trị bệnh lý về khớp tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thừa Thiên Huế năm 2016. Đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện Y học cổ truyền Thừa Thiên Huế; 2016. p.22-25.

2. Bộ Y tế. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Hà Nội: Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2015. p.138-144, 152-155, 158-162.

3. Hoàng Bảo Châu. Nội khoa Y học cổ truyền. Hà Nội: Nhà xuất bản thời đại; 2010. p.528-538.

4. Nguyễn Viết Phương Nguyễn, Nguyễn Thị Tân, Nguyễn Văn Hưng. Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị đau khớp gối do thoái hóa khớp gối bằng bài thuốc “Độc hoạt tang ký sinh”, điện châm kết hợp với chườm

thảo dược. Tạp chí Y học lâm sàng 2021; số 71/2021, DOI:10.38103/jcmhch.2021.71.4: 28-38.

5. Altman RD. Criteria for classification of clinical osteoarthritis. J Rheumatol Suppl 1991; 27: 10-12.

6. Peat G, Thomas E, Duncan R et al. Clinical classification criteria for knee osteoarthritis: performance in the general population and primary care. Ann Rheum Dis 2006; 65(10): 1363-1367.

7. Kellgren J.H, Lawrence J.S. Radiological assessment of osteo-arthrosis. Ann Rheum Dis 1957; 16(4): 494-502.

8. Phạm Thị Minh, Nguyễn Thị Sơn, Trần Thu Nga. Mối tương quan giữa bệnh cảnh y học cổ truyền và X-quang trong thoái hóa khớp gối. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh 2020; 24(4): 178-184.

9. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y dược Huế. Giáo trình Bệnh học lão khoa; 2021. p. 44 -60.

10. Trường Đại học Y Hà Nội. Chuyên đề nội khoa y học cổ truyền. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2006. p.407-473.

11. Phan Quan Chí Hiếu. Châm cứu học. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2007. p.136-169, 260-266.

12. Li J, et al. The effectiveness and safety of acupuncture for knee osteoarthritis: An overview of systematic reviews. *Medicine (Baltimore)* 2019; 98(28): e16301.

13. Abdalbary SA. Ultrasound with mineral water or aqua gel to reduce pain and improve the WOMAC of knee osteoarthritis, *Future Science OA* 2016; 2(1): FSO110.

14. Lequesne MG. The algofunctional indices for hip

and knee osteoarthritis, *The Journal of Rheumatology* 1997; 24: 779-781.

15. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y dược Huế. Giáo trình Lý luận cơ bản YHCT 1; 2020. p. 97 -113.

16. Hứa Gia Đà. Đông y thiết chẩn. Hà Nội: Nhà xuất bản dân trí; 2017. p.44-47, 58-59.

17. Mai Ngọc Dược. Nghiên cứu hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng điện châm và bài thuốc tam tỳ thang kết hợp xông hơi thuốc y học cổ truyền. Luận văn thạc sĩ Y học cổ truyền, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế; 2020.

18. Nguyễn Phạm Hoàng Vy. Đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng điện châm và bài thuốc độc hoạt tang ký sinh kết hợp xoa bóp. Luận văn thạc sĩ y học cổ truyền, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế; 2019.