

RESULTS OF TREATMENT MANAGEMENT OF PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS BY USING JIN'S 3 NEEDLE TECHNIQUE, TAM TY THANG REMEDY, AND PHYSIOTHERAPY AT TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL IN THUA THIEN HUE PROVINCE

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

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

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

Received: 25/06/2024

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

ABSTRACT

Objective: Describe the results of management and treatment of patients with knee osteoarthritis by using Jin's 3 needle technique, Tam ty thang remedy, and physiotherapy.

Subjects and methods: Clinical intervention study without control group, clinical evaluation before and after treatment, including 45 patients ≥ 40 years old, diagnosed with stage I, II, III knee osteoarthritis. Before treatment, patients were evaluated clinically and paraclinically using the VAS scale, WOMAC index and knee joint range of motion. Then treatment combines 3 methods: Jin's 3 needle technique, Tam ty thang remedy, and physiotherapy. Evaluate results after 7 and 15 days of treatment.

Results: Patients with knee osteoarthritis after 15 days of treatment, the efficiency of VAS score from $6,08 \pm 1,54$ decreased to $1,33 \pm 1,37$ with a reduction difference of -4.75 ± 0.69 ($p < 0.05$); The average WOMAC total score decreased from 49.58 ± 11.19 to 12.11 ± 7.71 ($p < 0.05$); Three indices of WOMAC pain index, WOMAC stiffness index and WOMAC physical function index all decreased significantly ($p < 0.05$); The increase in knee joint range of motion $21.86 \pm 7.68^\circ$ ($p < 0.05$). No unwanted physical symptoms were noted during treatment.

Conclusion: The results of treatment management of patients with primary knee osteoarthritis responded well to three combined treatment methods including Jin's 3 needle technique, Tam ty thang remedy, and physiotherapy; and safety during patient treatment.

Keywords: Jin's 3 needle technique, Tam ty thang remedy, physiotherapy, knee osteoarthritis, traditional medicine.

*Corresponding author

Email address: Nhmnhu@ntt.edu.vn

Phone number: (+84) 934891406

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1467>

KẾT QUẢ QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN THOÁI HOÁ KHỚP GỐI BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẬN TÂM CHÂM KẾT HỢP BÀI THUỐC TAM TÝ THANG VÀ VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

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

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

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

Ngày nhận bài: 25/06/2024

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

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kết quả quản lý điều trị bệnh nhân thoái hoá khớp gối bằng phương pháp Cận tâm châm kết hợp bài thuốc Tam tý thang và vận động trị liệu tại bệnh viện Y học cổ truyền Tỉnh Thừa Thiên Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng, so sánh kết quả trước sau điều trị, trên 45 bệnh nhân ≥ 40 tuổi được chẩn đoán xác định thoái hoá khớp gối giai đoạn I, II, III. Trước điều trị bệnh nhân được đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng theo thang điểm VAS, chỉ số WOMAC, tầm vận động khớp gối, sau đó được tiến hành điều trị kết hợp ba phương pháp: Châm cứu theo Cận tâm châm, sử dụng bài thuốc Tam tý thang và tập vận động trị liệu. Đánh giá kết quả sau 7 và 15 ngày điều trị.

Kết quả: Bệnh nhân thoái hoá khớp gối sau 15 ngày điều trị, điểm VAS từ $6,08 \pm 1,54$ giảm xuống $1,33 \pm 1,37$ với hiệu số giảm là $-4,75 \pm 0,69$ ($p < 0,05$); Chỉ số WOMAC tổng trung bình giảm từ $49,58 \pm 11,19$ xuống còn $12,11 \pm 7,71$ ($p < 0,05$); ba chỉ số về WOMAC đau, WOMAC cứng khớp và WOMAC vận động đều giảm có ý nghĩa với $p < 0,05$; Tầm vận động khớp gối có hiệu số tăng là $21,86 \pm 7,68^\circ$ ($p < 0,05$). Không ghi nhận các triệu chứng cơ năng không mong muốn trong quá trình điều trị.

Kết luận: Kết quả quản lý điều trị bệnh nhân thoái hoá khớp gối nguyên phát đáp ứng tốt với ba phương pháp điều trị kết hợp gồm: Cận tâm châm, bài thuốc Tam tý thang và vận động trị liệu; và an toàn trong quá trình điều trị người bệnh.

Từ khoá: Cận tâm châm, Tam tý thang, vận động trị liệu, thoái hoá khớp gối, Y học cổ truyền.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp (THK) là một vấn đề phức tạp do sự mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn [1]. Đặc biệt là thoái hoá khớp gối (THKG), đây là căn bệnh chiếm gần 4/5 gánh nặng của bệnh viêm xương khớp trên toàn thế giới, đặc biệt phổ biến ở nhóm tuổi sớm và phụ nữ béo phì. Tỷ lệ mắc bệnh thoái hoá

khớp gối tăng theo độ tuổi và cũng tăng khi thời gian sống lâu hơn và cân nặng trung bình tăng [5].

Y học hiện đại cung cấp nhiều phương pháp quản lý công tác điều trị người bệnh thoái hoá khớp gối như điều trị nội khoa dùng các nhóm thuốc giảm đau, chống viêm, chống thoái hoá khớp, tiêm Acid Hyaluronic nội khớp... hoặc điều trị ngoại khoa thay khớp gối nhân

*Tác giả liên hệ

Email: Nhmnhu@ntt.edu.vn

Điện thoại: (+84) 934891406

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD8.1467>

tạo. Trái với Y học hiện đại, Y học cổ truyền với quan điểm quản lý điều trị toàn diện hướng đến chữa bệnh và chăm sóc toàn diện chất lượng cuộc sống của người bệnh nên đã đem lại nhiều kết quả khả thi; Về Y lý Y học cổ truyền: Thoái hoá khớp gối thuộc phạm vi “chứng Tý” mà nguyên nhân chủ yếu do tuổi cao, chính khí suy giảm, tà khí (phong, hàn, thấp) xâm nhập gây nên bệnh. Vì vậy Y học cổ truyền kết hợp các phương pháp điều trị như: Châm cứu, xoa bóp, thuốc đắp ngoài, thuốc thang... nhằm khu phong trừ thấp, hành khí hoạt huyết... Bên cạnh đó kết hợp thêm vận động trị liệu giúp cải thiện tuần hoàn, giảm bớt sự kết dính, tránh cứng khớp, tăng tầm vận động cũng như độ vững của khớp gối để sớm đưa người bệnh trở lại với chức năng của một khớp gối bình thường. Việc dùng cả ba phương pháp châm cứu, thuốc thang và vận động trị liệu đã được sử dụng trong nhiều năm nay, đây được xem như một phương pháp điều trị đa mô thức giúp tác động đa chiều, tăng hiệu quả điều trị, đa dạng phương pháp, tiết kiệm thời gian và chi phí.

Châm cứu có nhiều trường phái châm khác nhau; châm cứu chọn huyết theo Cận tam châm do giáo sư Cận Thụy trải qua hơn 40 năm nghiên cứu lâm sàng đúc kết rằng “lựa chọn đúng tinh hoa của huyết thì hiệu quả chữa bệnh mới tốt”, chỉ với ba cây kim châm ba huyết có thể đáp ứng kết quả tốt trong điều trị nhiều bệnh như: Cơ xương khớp, thần kinh tọa, tai biến... [7]. Tuy nhiên, phương pháp này chưa có nhiều nghiên cứu và đánh giá tổng kết. Vì vậy để đánh giá và cung cấp bằng chứng khoa học về điều trị, tính an toàn, nhóm nghiên cứu đã thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả kết quả quản lý điều trị người bệnh thoái hoá khớp gối nguyên phát bằng phương pháp kết hợp Cận tam châm, thuốc Tam tý thang và vận động trị liệu tại bệnh viện Y học cổ truyền Tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tiêu chuẩn chọn bệnh theo Y học hiện đại.

Bệnh nhân chẩn đoán thoái hoá khớp gối nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hội khớp học Mỹ (American College of Rheumatology - ACR) (1991) [4]: 1.Đau khớp gối; 2.Gai xương ở rìa khớp (X quang); 3.Dịch khớp là dịch thoái hóa; 4.Tuổi > 40; 5.Cứng khớp dưới 30 phút; 6.Lạo xạo khi cử động. Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2 hoặc 1,3,5,6 hoặc 1,4,5,6. Trên phim X quang được phân loại thoái hóa khớp gối độ I, II, III theo Kellgren và Lawrence (1987). Siêu âm khớp gối không có tổn thương sụn, không tràn dịch khớp gối.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh theo Y học cổ truyền.

Bệnh nhân thoái hoá khớp gối thể phong hàn thấp tý

hoặc phong hàn thấp tý kèm Can Thận hư. Triệu chứng (thường 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 các 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.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh

1)Tự dùng thuốc chống viêm, giảm đau khác trong thời gian nghiên cứu.

2)Bỏ điều trị giữa chừng > 3 ngày.

3)Nhiễm khuẩn tại khớp và/hoặc nhiễm khuẩn toàn thân.

4)Thoái hóa khớp gối thứ phát.

5)Kèm theo tổn thương nội tạng hoặc các bệnh mạn tính khác: Suy tim, suy thận, viêm gan cấp, xơ gan, bệnh lý ác tính, rối loạn tâm thần, xuất huyết tiêu hóa.

6)Phụ nữ có thai và cho con bú.

7)Trên phim X quang, được phân loại thoái hóa khớp gối giai đoạn IV theo Kellgren và Lawrence (1987).

8)Siêu âm phát hiện tổn thương sụn hoặc tràn dịch khớp gối.

9)BN THKG thể phong thấp nhiệt tý theo YHCT.

10)BN không tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 07 năm 2022 đến tháng 07 năm 2023, tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thừa Thiên Huế.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng, so sánh trước và sau điều trị. Mẫu nghiên cứu gồm 45 BN đáp ứng các tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ bệnh.

- Quy trình nghiên cứu

Sau khi thăm khám và chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng cho người bệnh, tiến hành lựa chọn đối tượng nghiên cứu phù hợp với các chỉ tiêu chọn và loại trừ bệnh.

Đánh giá các thang điểm VAS, WOMAC, tầm vận động khớp gối, chỉ số gót móng trước điều trị (D0).

Điều trị kết hợp cả ba phương pháp châm cứu, thuốc thang, tập vận động trị liệu trong suốt liệu trình.

+ Điện châm bổ tả tùy theo tình trạng hư thực của bệnh nhân, tần số tả từ 5 - 10Hz, tần số bổ từ 1 - 3 Hz lưu kim 20 phút, ngày châm 1 lần, liệu trình 15 ngày.

+ Thuốc thang: Thuốc được sắc và đóng gói sẵn tại bệnh viện Y học cổ truyền Thừa Thiên Huế theo quy trình bằng máy sắc thuốc và đóng gói tự động. Một thang sắc thành 2 gói, ngày uống 2 gói, chia 2 lần sáng - chiều, sau bữa ăn 1 giờ. Một liệu trình điều trị 15 ngày.

+ Vận động trị liệu: Sau khi châm cứu, bệnh nhân thực hiện bài tập vận động khớp gối trong 30 phút dưới sự hướng dẫn của nhân viên y tế, tập lần lượt 8 động tác,

mỗi động tác lặp lại 10 lần, liệu trình 15 ngày.

- Chất liệu nghiên cứu

Điện châm: Tất cả các BN được điện châm theo công thức huyệt “Cận tam châm”: Độc Ty, Huyết Hải, Lương Khâu. Đau gối nhiều châm thêm Âm Lăng Tuyền, Dương Lăng Tuyền..

Bài thuốc Tam tý thang: Thành phần 1 thang gồm: Độc hoạt (12g), Phòng phong (8g), Đỗ trọng (12g), Tê tân (4g), Ngưu tất (8g), Tần giao (12g), Đảng sâm (8g), Bạch thược (12g), Phục linh (4g), Xuyên khung (8g), Đương quy (12g), Cam thảo (6g), Thục địa (12g), Quế chi (4g), Hoàng kỳ (14g), Tục đoạn (12g) [3]. Dược liệu đạt tiêu chuẩn trong dược điển Việt Nam IV.

Vận động trị liệu: Bài tập vận động áp dụng chương trình phục hồi chức năng cho bệnh nhân thoái hoá khớp gối của Học viện Y học thể chất và phục hồi chức năng Hoa Kỳ gồm 8 động tác [6]: Tập co cơ tĩnh; Tập căng cơ tứ đầu đùi; Tập gập - duỗi gối khi đứng; Tập khép gối khi ngồi; Tập nâng cao chân khi nằm; Tập đứng chịu lực trên hai chân; Tập đứng chịu lực trên từng chân; Gập gối và hông khi đứng.

- Chỉ tiêu quan sát và phương pháp đánh giá kết quả

Đánh giá các triệu chứng lâm sàng:

+ Triệu chứng cơ bản: Đau; cứng khớp; tiếng lạo xạo khi cử động khớp...

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

+ Đánh giá khả năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index - Chỉ số THK của các trường đại học Western Ontario và McMaster) [7]: Ưu điểm của thang điểm WOMAC so với thang điểm VAS ở chỗ ngoài đánh giá cảm giác đau bằng thang điểm WOMAC đau thì còn đánh giá mức độ cứng khớp và chức năng vận động của khớp. WOMAC đo lường ba khía cạnh: Đau (5 câu hỏi), cứng khớp (2 câu hỏi), chức năng (17

câu hỏi). Các câu hỏi được cho điểm theo thang điểm từ 0-4, tương ứng với: Không (0), nhẹ (1), vừa (2), nặng (3), rất nặng (4). Điểm số cho mỗi thang đo phụ được cộng lại thành điểm WOMAC chung với phạm vi điểm có thể là 0-20 cho đau, 0-8 cho cứng và 0-68 cho vận động, tổng điểm WOMAC cao nhất là 96 điểm. Phương pháp điều trị có hiệu quả khi điểm WOMAC giảm.

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

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

Đánh giá một số chứng trạng của Y học cổ truyền như: Sắc lưỡi (hồng, nhạt), rêu lưỡi (dày, mỏng), hàn nhiệt (sợ lạnh, tay chân lạnh, xoa dầu nóng giảm đau...), mạch (huyền, hoạt).

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Thông tin đối tượng nghiên cứu được thu thập và điền vào phiếu nghiên cứu được chuẩn bị trước, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê chuyên dụng SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán: Tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình (\bar{X}), độ lệch chuẩn (SD), kiểm định t ghép cặp hoặc kiểm định Wilcoxon trước và sau điều trị, kiểm định có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng Đạo đức Y sinh học của trường Đại học Y Dược Huế. Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng khoa học công nghệ Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Thừa Thiên Huế. Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng mà không nhằm mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Bảng 1. Vị trí khớp gối tổn thương của thoái hoá khớp gối (n = 45 bệnh)

Vị trí khớp đau	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số khớp tổn thương
Thoái hóa khớp gối trái	6	13,3	6
Thoái hóa khớp gối phải	5	11,1	5
Thoái hóa cả 2 khớp gối	34	75,6	68
Tổng	45	100,0	79

Có 34/45 thoái hóa cả 2 khớp gối (75,6%), tỷ lệ thoái hoá khớp gối giữa gối trái và gối phải xấp xỉ bằng nhau. Tổng số khớp gối thoái hóa là 79 khớp gối.

Bảng 2. Triệu chứng thực thể người bệnh (n = 79 gối)

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau khớp	79	100,0
Hạn chế vận động	79	100,0
Cứng khớp buổi sáng hoặc sau khi nghỉ ngơi	73	92,4
Tiếng lạo xạo khi cử động khớp	71	89,9
Dấu bào gổ	68	86,1

Hầu hết các khớp gối thoái hóa đều có tình trạng hạn chế vận động khớp gối (100%), cứng khớp vào buổi sáng sau nằm nghỉ (92,4%), có tiếng lạo xạo khi vận động gối (89,9%) và có dấu hiệu bào gổ (86,1%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh

Bảng 3. Mức độ tổn thương khớp gối trên X quang theo Kellgren và Lawrence (n=79 gối)

Phân nhóm X-Quang	Gối trái		Gối phải		Tổng		
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	
Giai đoạn I	5	12,5	3	7,7	8	10,1	
Giai đoạn II	16	40,0	23	59,0	39	49,4	
Giai đoạn III	19	47,5	13	33,3	32	40,5	
Giai đoạn IV	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Tổng	40	100,0	39	100,0	79	100,0	
p	0,237						

Có 49,4% khớp gối thoái hóa ở giai đoạn II, và 40,5% ở giai đoạn III, chỉ có 10,1% phân loại ở giai đoạn I và 0% ở giai đoạn IV. Không có sự khác biệt về tỷ lệ giữa mức độ tổn thương khớp gối thoái hóa ở 2 gối trái và phải ($p > 0,05$).

3.3. Kết quả quản lý điều trị người bệnh thoái hoá khớp gối bằng phương pháp kết hợp Cận tam châm, Tam tý thang và vận động trị liệu

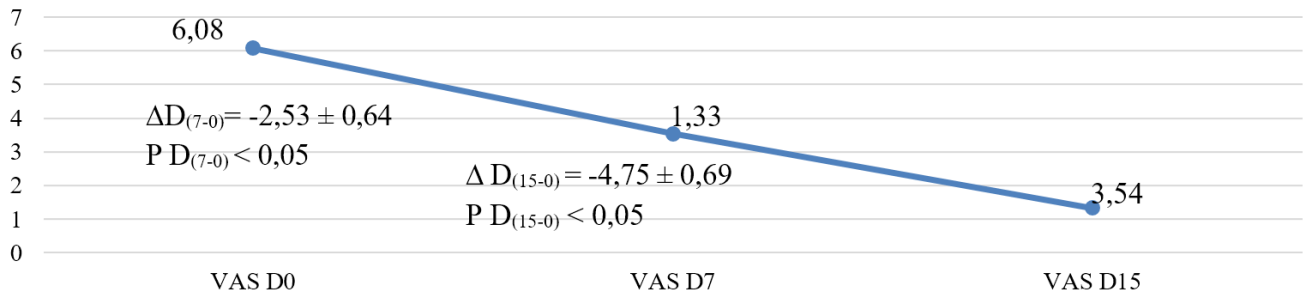
3.3.1. Kết quả quản lý điều trị người bệnh theo thang điểm VAS

Bảng 4. Mức độ đau của người bệnh theo thang điểm VAS trước và sau điều trị (n = 79)

Thang điểm VAS	D0 Số lượng (%)	D7 Số lượng (%)	D15 Số lượng (%)
Không đau (0 điểm)	0 (0,0)	0 (0,0)	30 (38,0)
Đau ít (1-3 điểm)	0 (0,0)	38 (48,1)	42 (53,2)
Đau vừa (4-6 điểm)	49 (62,0)	37 (46,8)	7 (8,9)
Đau nhiều (7-10 điểm)	30 (38,0)	4 (5,1)	0 (0,0)
Tổng	79 (100,0)	79 (100,0)	79 (100,0)
$\bar{X} \pm SD$ (min - max)	6,08 \pm 1,54 ^a (4-9)	3,54 \pm 1,71 ^b (1-7)	1,33 \pm 1,37 ^c (0-5)
p	p(b&a) < 0,001; p(c&a) < 0,001		

Trước điều trị, mức độ đau theo thang điểm VAS chủ yếu thuộc nhóm đau vừa (62%) và đau nhiều (38%). Sau điều trị không còn BN nào thuộc nhóm đau nhiều, chủ yếu tập trung vào nhóm không đau (38%) và đau ít (52,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p_{7-0} < 0,05$; $p_{15-0} < 0,05$.

Điểm VAS trung bình trước và sau điều trị



Biểu đồ 1. Điểm trung bình VAS trước và sau điều trị (n=79 gối)

Chỉ số VAS trung bình ở các thời điểm D7, D15 có xu hướng giảm so với thời điểm D0 với hiệu số giảm D7-0 là $-2,53 \pm 0,64$, hiệu số giảm D15-0 là $-4,75 \pm 0,69$, sự khác biệt trung bình điểm VAS trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê $p_{7-0} < 0,05$; $p_{15-0} < 0,05$.

3.3.2. Kết quả quản lý điều trị người bệnh theo chỉ số WOMAC

Bảng 5. Mức độ rối loạn chức năng khớp gối theo thang điểm WOMAC trước và sau điều trị (n = 79 gối)

Thang điểm WOMAC	D0 Số lượng (%)	D7 Số lượng (%)	D15 Số lượng (%)
Không rối loạn (0-10 điểm)	0 (0,0)	0 (0,0)	36 (45,6)
Rối loạn nhẹ (11-30 điểm)	3 (3,8)	40 (50,6)	41 (51,9)
Rối loạn vừa (31-60 điểm)	66 (83,5)	39 (49,4)	2 (2,5)
Rối loạn nặng (61-96 điểm)	10 (12,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tổng	79 (100,0)	79 (100,0)	79 (100,0)
$\bar{X} \pm SD$ (min - max)	49,58 \pm 11,19 ^a (23-76)	29,90 \pm 9,30 ^b (12-52)	12,11 \pm 7,71 ^c (0-36)
p	p(b&a) < 0,001; p(c&a) < 0,001		

Theo phân loại mức độ rối loạn chức năng khớp gối của thang điểm WOMAC, trước điều trị đa số BN thuộc nhóm rối loạn chức năng vừa (83,5%) và nặng (12,7%). Sau điều trị 15 ngày tỷ lệ BN rối loạn vừa và nặng đã giảm đáng kể, chủ yếu ở nhóm rối loạn nhẹ (51,9%) và không rối loạn (45,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p_{7-0} < 0,05$; $p_{15-0} < 0,05$.

Bảng 6. Mức độ cải thiện điểm WOMAC trước và sau điều trị (n = 79 gối)

Thời điểm		D0	D7	D15	$\Delta D_{(7-0)}$	$\Delta D_{(15-0)}$	P
Thang điểm WOMAC	Đau	9,71 ± 2,43	6,09 ± 1,98	1,97 ± 1,48	-3,62 ± 1,09	-7,73 ± 1,27	0,001
	Cứng khớp	2,37 ± 1,03	1,54 ± 0,71	0,43 ± 0,61	-0,82 ± 0,63	-1,94 ± 0,98	0,001
	Vận động	37,51 ± 8,09	22,26 ± 7,10	9,71 ± 6,16	-15,24 ± 2,81	-27,80 ± 4,10	0,001
	Tổng	49,58 ± 11,19	29,90 ± 9,30	12,11 ± 7,71	-19,68 ± 3,73	-37,47 ± 5,41	0,001

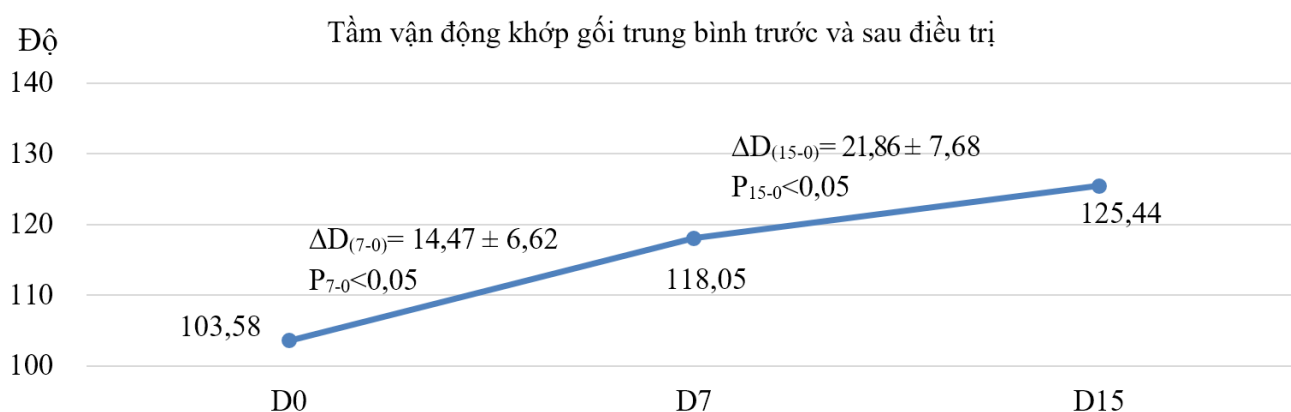
Chỉ số WOMAC trung bình tại các thời điểm D7, D15 có xu hướng giảm so với D0; WOMAC đau, WOMAC cứng khớp, WOMAC vận động đều giảm đáng kể, sự khác biệt trung bình điểm WOMAC trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê $p_{7-0} < 0,05$; $p_{15-0} < 0,05$.

3.3.3. Kết quả quản lý người bệnh điều trị theo thang đo Tầm vận động khớp gối

Bảng 7. Kết quả điều trị theo tầm vận động khớp gối (n = 79 gối)

Tầm vận động khớp gối	D0 Số lượng (%)	D7 Số lượng (%)	D15 Số lượng (%)
Không hạn chế ($\geq 135^\circ$)	0 (0,0)	1 (1,3)	23 (29,1)
Hạn chế nhẹ ($120^\circ - 134^\circ$)	16 (20,3)	39 (49,4)	42 (53,2)
Hạn chế trung bình ($90^\circ - 119^\circ$)	56 (70,9)	38 (48,1)	14 (17,7)
Hạn chế nặng ($< 90^\circ$)	7 (8,9)	1 (1,3)	0 (0,0)
Tổng	79 (100,0)	79 (100,0)	79 (100,0)
$\bar{X} \pm SD$ (min - max)	103,58 ± 12,96 ^a (70-130)	118,05 ± 9,26 ^b (85-135)(85-135)	125,44 ± 9,44 ^c (90-137)
p	$p(b\&a) < 0,001$; $p(c\&a) < 0,001$		

Trước điều trị, tầm vận động khớp gối của BN chủ yếu thuộc nhóm hạn chế nhẹ (20,3%) và trung bình (70,9%). Sau điều trị không còn BN hạn chế nặng, chủ yếu thuộc nhóm hạn chế nhẹ (53,2%) và không hạn chế (29,1%).



Biểu đồ 2. Tầm vận động khớp gối trung bình trước và sau điều trị (n=79 gối)

Trung bình góc vận động khớp gối ở các thời điểm D7, D15 có xu hướng tăng so với thời điểm D0, hiệu số tăng D7-0 là $14,47 \pm 6,62$, hiệu số tăng D15-0 là $21,86 \pm 7,68$, sự khác biệt trung bình tầm vận động khớp gối trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê $p_{7-0} < 0,05$; $p_{15-0} < 0,05$.

3.2.4. Kết quả quản lý người bệnh về sự thay đổi các chứng trạng Y học cổ truyền sau điều trị

Bảng 8. Sự thay đổi một số chứng trạng Y học cổ truyền sau điều trị (n=48)

Chứng trạng		Quá trình theo dõi	Trước điều trị	Sau điều trị	P
			Số lượng (%)	Số lượng (%)	
Vọng chẩn	Sắc lưỡi	Hồng hào	16 (35,6)	35 (77,8)	< 0,001*
		Trắng nhợt	29 (64,4)	10 (22,2)	
	Rêu lưỡi	Mỏng	28 (62,2)	42 (93,3)	< 0,001*
		Dày	17 (37,8)	3 (6,7)	
Vấn chẩn	Hàn nhiệt	Sợ gió	39 (86,7)	11 (24,4)	0,013*
		Sợ lạnh	37 (82,2)	10 (22,2)	< 0,001*
		Tay chân lạnh	30 (66,7)	9 (20,0)	< 0,001*
		Chườm nóng/ Xoa dầu nóng đỡ đau	45 (100,0)	8 (17,8)	< 0,001*
	Tự hãn	26 (57,8)	9 (20,0)	< 0,001*	
	Tiểu đêm	13 (28,9)	4 (8,9)	0,004*	
Mạch chẩn	Huyền	35 (77,8)	35 (77,8)	-	
	Hoạt	10 (22,2)	10 (22,2)		

*McNemar test

Sau điều trị các triệu chứng như sắc lưỡi, độ dày mỏng rêu lưỡi, hàn chứng, tiểu đêm, tự hãn đều có thay đổi so với trước điều trị, sự thay đổi trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tính chất mạch trước và sau điều trị.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh trong nghiên cứu

Vị trí khớp gối tổn thương: Kết quả đau cả hai gối chiếm tỷ lệ cao nhất của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Phạm Minh Trãi (2019) với số bệnh nhân thoái hoá cả hai khớp đạt 67,74% [6]. Ở giai đoạn sớm, BN có thể chịu bị tổn thương một bên gối, mà THKG là một bệnh lý mãn tính, diễn ra trong thời gian dài, bên cạnh đó khớp gối là khớp chịu tải lớn của cơ thể, do đó dưới sự tác động của quá trình lão hóa sụn khớp và tình trạng vận động sinh hoạt, chịu tải, vi chấn thương ảnh hưởng tổn thương đến khớp, lâu ngày sẽ dẫn đến thoái hoá cả hai bên. Vì vậy không nên chủ quan khi chỉ mới tổn thương một khớp gối.

Các triệu chứng lâm sàng trước nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi đều có các triệu chứng lâm sàng của THK gối là: Đau khớp gối kiểu cơ học (100%), dấu hiệu phá gỉ khớp (92,4%), lẹo xẹo khớp gối (89,9%), dấu bào gỗ (86,1%), hạn chế vận động khớp gối (100%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tiêu chuẩn chẩn đoán của hội thấp khớp học Mỹ (ACR) 1991 [4].

Mức độ tổn thương khớp gối trên X quang theo Kellgren và Lawrence: Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân THKG phân độ trên X quang theo Kellgren và Lawrence tập trung chủ yếu ở giai đoạn II và III (89,9%), trong đó giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tác giả Phạm Quang Huy (2020) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân THKG có phân độ trên X quang theo Kellgren và Lawrence chủ yếu rơi vào giai đoạn II và III (88,3%) và cao nhất là giai đoạn II (63,3%) [2]. Từ đó ta có thể thấy được, BN độ I đến khám và điều trị rất ít chứng tỏ còn rất nhiều người vẫn chủ quan về tình trạng bệnh, đến khi triệu chứng trở nặng mới đến khám và điều trị.

4.2. Kết quả điều trị thoái hoá khớp gối bằng Cận tam châm và bài thuốc Tam tý thang kết hợp vận động trị liệu

Đánh giá chỉ số đau VAS: Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở biểu đồ 1 chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm D7, D15 có xu hướng giảm so với thời điểm D0, hiệu suất giảm D15-0 là $-4,75 \pm 0,69$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p_{15-0} < 0,05$. Qua đó cho thấy mức độ đau được truyền giảm rất nhiều sau 15 ngày điều trị. Tỷ lệ BN không đau và đau ít vào ngày thứ 15 tăng từ 0% lên đến 91,1%, không còn BN đau nặng và chỉ có 8,9 BN đau vừa (Bảng 4), sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mức độ đau trên bệnh nhân cải thiện tốt, có thể nhận thấy rằng đây là hiệu quả điều trị khi sử dụng bài thuốc “Tam tý thang” với thành phần gồm: Độc hoạt, Tần giao, Phòng phong, Quế chi, Tế tân, Ngưu tất, Đỗ trọng, Bạch thược, Đương quy có tác dụng kháng viêm, giảm đau; đặc biệt Ngưu tất có tác dụng giảm viêm rõ rệt ở cả giai đoạn cấp tính, mạn tính và Đương quy có tác dụng chống viêm tương tự các thuốc chống viêm non-steroid giúp cho khớp gối giảm đau, giảm sưng hiệu quả. Bên cạnh đó các vị thuốc Đảng sâm, Thục địa, Phục linh, Cam thảo giúp bồi bổ toàn thân, kích thích miễn dịch, nâng cao sức khỏe, giúp cho bệnh nhân suy nhược mau chóng phục hồi. Đặc biệt bài thuốc này có gia thêm hai vị là Hoàng Kỳ và Tục đoạn. Vị thuốc Tục đoạn đến nay vẫn ít có nghiên cứu về thành phần dược lý, tuy nhiên theo YHCT vị thuốc này quy vào hai kinh Can Thận, có tác dụng bổ Can Thận, nối gân xương, thông huyết mạch. Vị thuốc Hoàng kỳ giúp kích thích miễn dịch, kháng viêm giảm đau, tăng tưới máu ngoại vi giúp cho sự dinh dưỡng tốt hơn. Sự kết hợp các vị thuốc vừa điều trị tại chỗ vừa điều trị toàn thân, tác động một cách toàn diện giúp bệnh nhân mau chóng cải thiện sức khỏe.

Đánh giá khả năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC: Ưu điểm của thang điểm WOMAC so với thang điểm VAS ở chỗ ngoài đánh giá cảm giác đau bằng thang điểm WOMAC đau thì còn đánh giá mức độ cứng khớp và chức năng vận động của khớp. Trong thang điểm WOMAC đau, điểm trung bình giảm dần sau 15 ngày điều trị với hiệu số giảm $-7,73 \pm 1,27$ điểm, kết quả này phù hợp với kết quả cải thiện thang điểm VAS đã trình bày ở trên. Điểm WOMAC vận động và WOMAC cứng khớp cũng được cải thiện sau 15 ngày điều trị, trong đó hiệu số giảm trung bình WOMAC vận động là $-27,80 \pm 4,10$ điểm và WOMAC cứng khớp là $-1,94 \pm 0,98$ (Bảng 6). Kết quả này cho thấy ngoài tác dụng giảm đau giảm viêm của bài thuốc Tam tý thang, thì việc tập vận động trị liệu và châm cứu cũng góp phần vào cải thiện khả năng vận động của khớp gối, tăng cường sự linh hoạt và ổn định cho khớp. Theo trường phái Cận tam châm của giáo sư Cận Thụy, thoái hoá khớp gối là bệnh ở phần biểu (cơ xương khớp, kinh lạc) nên ông đã chọn những huyệt vừa nằm quanh khớp gối để điều trị tại chỗ vừa nằm dọc theo kinh mạch có tác

dụng bổ khí hoạt huyết. Các huyệt được chọn chủ yếu thuộc kinh Tỳ (Huyết Hải) và kinh Vị (Độc Ty, Lương Khâu), Tỳ và Vị là gốc của hậu thiên, nếu chức năng Tỳ Vị khoẻ mạnh thì khí huyết sẽ đầy đủ và điều hoà, cơ xương chắc khoẻ, cơ bắp phát triển, các khớp sẽ vận động linh hoạt. ập vận động có ưu thế với những bệnh mạn tính như thoái hóa khớp, đau lưng, đau thần kinh tọa... Ngoài ra vận động đúng cách giúp tăng sức mạnh của cơ, cải thiện chức năng thần kinh cơ giúp tăng sự ổn định xung quanh khớp và giúp giảm tải trọng lên khớp, mặt khác còn giúp khớp trở nên linh hoạt hơn và kích thích tiết nhiều chất nhờn hơn. Việc kết hợp các bài tập vận động trị liệu góp phần làm tăng hiệu quả điều trị khớp gối, giúp bệnh nhân giảm đau nhanh hơn.

Đánh giá tầm vận động khớp gối: Nếu đánh giá chức năng vận động của khớp gối ngoài chỉ số WOMAC giúp đánh giá chức năng vận động tự chủ của bệnh nhân thì đo độ gấp khớp gối còn đánh giá thêm chức năng vận động khớp gối ở trạng thái tự do, không chịu tác động của trọng lượng cơ thể biểu hiện bằng đo độ gấp khớp gối. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước điều trị 100% BN có hạn chế tầm vận động khớp gối, trong đó chủ yếu tập trung ở mức độ trung bình (70,9%), trung bình tầm vận động khớp gối là $103,58 \pm 12,96^\circ$. Sau 15 ngày điều trị, không còn BN hạn chế nặng, tỷ lệ BN hạn chế trung bình cũng giảm chỉ còn 17,7% (Bảng 7), điểm trung bình tầm vận động khớp gối tăng với hiệu số tăng D(15-0) là $21,86 \pm 7,68$ (Biểu đồ 2). Sự cải thiện về tầm vận động khớp gối hoàn toàn phù hợp với sự cải thiện điểm WOMAC chức năng đã bàn luận ở trên.

Với kết quả nghiên cứu như vậy, chúng tôi nhận thấy phương pháp sử dụng Cận tam châm kết hợp bài thuốc Tam tý thang và vận động trị liệu trong điều trị đau khớp gối do thoái hóa khớp gối mang lại hiệu quả tốt trên bệnh nhân.

5. KẾT LUẬN

Kết quả quản lý điều trị trên 45 người bệnh thoái hoá khớp gối sau 15 có điểm VAS trung bình giảm với hiệu số giảm $-4,75 \pm 0,69$ điểm, điểm WOMAC cũng giảm đáng kể với hiệu số giảm $-11,52 \pm 2,43$ điểm, tầm vận động khớp gối cũng cải thiện với hiệu số tăng $21,86 \pm 7,68$, sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không ghi nhận trường hợp nào mắc các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

KIẾN NGHỊ

Người bệnh tiếp tục vận động khớp gối theo hướng dẫn của bác sĩ điều trị.

Người bệnh thoái hoá khớp gối nguyên phát nên dùng phương pháp kết hợp Cận tam châm, Tam tý thang và vận động trị liệu để tăng hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Bay, Bệnh học và điều trị nội khoa, NXB Y học Hà Nội, 2021, 520-535.
- [2] Phạm Quang Huy, Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị thoái hoá khớp gối của viên nang “BCH HV””, Luận văn thạc sĩ Y học, học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, 2020.
- [3] Khoa Y học cổ truyền Đại học Y Dược Đại học Huế, Phương tễ 2, NXB Đại học Huế, 2021, 13-25.
- [4] Altman R., et al, Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: Classification of osteoarthritis of the knee, Arthritis and Rheumatism, 1986, 29 (8): 1039-1049.
- [5] Bliddal H., Christensen R., The treatment and prevention of knee osteoarthritis: A tool for clinical decision- making, Expert Opin Pharmacother, 2009, 10 (11): 1793–1804.
- [6] Kevin R. V., Heather K. V., Resistance exercise for knee osteoarthritis, American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, 2012, 4 (5): S45-S52
- [7] 飞翔, “神奇的“靳三针””, 医疗保健器具, 2006, (12): 30.

