

MEDICAL MANAGEMENT AND INTRA-ARTICULAR INJECTIONS FOR HIP OSTEOARTHRITIS: EVIDENCE OF EFFECTIVENESS AND PRACTICAL INDICATIONS

Tran Thien Phat¹, Phan Thanh Tai^{2*}, Nguyen Kim Vuong²

¹Vo Truong Toan University - National Highway 1A, Thanh Xuan commune, Can Tho city, Vietnam

²Vo Truong Toan University Hospital - National Highway 1A, Thanh Xuan commune, Can Tho city, Vietnam

Received: 17/11/2025

Revised: 17/12/2025; Accepted: 22/03/2026

ABSTRACT

Objective: To synthesize high-quality evidence on the effectiveness and indications of non-surgical pharmacologic treatments and intra-articular injections for hip osteoarthritis, and to propose a pragmatic, guideline-aligned algorithm for routine care.

Methods: We narratively reviewed international guidelines (OARSI 2019, ACR/AF 2019, AAOS 2023) and key evidence on intra-articular Corticosteroids, hyaluronic acid and platelet-rich plasma, prioritizing randomized trials and systematic reviews relevant to hip osteoarthritis.

Results: Core management centers on education, weight management, and exercise; topical/oral NSAIDs and duloxetine are conditionally recommended in appropriate patients. For intra-articular therapy, Corticosteroids provide short-term (maximum of approximately 12 weeks) pain relief in hip osteoarthritis when accurately delivered under imaging guidance; repeated injections should be spaced and limited because of potential structural risks. Evidence for intra-articular hyaluronic acid in hip osteoarthritis is mixed with small-to-moderate, short-term benefit at best and guideline recommendations remain inconsistent. Platelet-rich plasma shows promising but heterogeneous results in early hip osteoarthritis; meta-analyses suggest improvements comparable to hyaluronic acid at short-term follow-up, but protocols vary and certainty is low. Imaging guidance, strict asepsis, and patient selection (symptomatic flares with effusion/synovitis; failure of optimized conservative care) are crucial.

Conclusion: In hip osteoarthritis, non-pharmacologic care and simple analgesics/NSAIDs form the foundation. Intra-articular Corticosteroids may be used for short-term symptom control in selected patients; hyaluronic acid has uncertain value; platelet-rich plasma remains investigational. A staged, shared-decision pathway can individualize care while minimizing risk and avoiding premature surgery.

Keywords: Hip osteoarthritis, intra-articular injection, Corticosteroids, hyaluronic acid, platelet-rich plasma, guidelines.

*Corresponding author

Email: pttai@vttu.edu.vn Phone: (+84) 947401446 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4595>

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA VÀ TIÊM NỘI KHỚP TRONG THOÁI HÓA KHỚP HÁNG: BẰNG CHỨNG HIỆU QUẢ VÀ CHỈ ĐỊNH THỰC HÀNH

Trần Thiện Phát¹, Phan Thành Tài², Nguyễn Kim Vượng²

¹Trường Đại học Võ Trường Toản - Quốc lộ 1A, xã Thạnh Xuân, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản - Quốc lộ 1A, xã Thạnh Xuân, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 17/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 17/12/2025; Ngày duyệt đăng: 22/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng hợp bằng chứng chất lượng cao về hiệu quả và chỉ định của điều trị nội khoa không phẫu thuật và tiêm nội khớp trong thoái hóa khớp háng, đồng thời đề xuất thuật toán thực hành phù hợp khuyến cáo.

Phương pháp: Tổng quan tường thuật các hướng dẫn quốc tế (OARSI 2019, ACR/AF 2019, AAOS 2023) và bằng chứng trọng yếu về tiêm Corticosteroid, acid hyaluronic và huyết tương giàu tiểu cầu, ưu tiên thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên và tổng quan hệ thống liên quan đến thoái hóa khớp háng.

Kết quả: Điều trị nền gồm giáo dục, kiểm soát cân nặng và tập luyện; NSAID bôi/uống và Duloxetine được khuyến cáo có điều kiện tùy bối cảnh. Với tiêm nội khớp, Corticosteroid mang lại giảm đau ngắn hạn (tối đa khoảng 12 tuần) khi thực hiện dưới hướng dẫn hình ảnh; cần giãn cách và hạn chế số lần tiêm do nguy cơ cấu trúc. Bằng chứng về acid hyaluronic ở thoái hóa khớp háng còn không đồng nhất, lợi ích nếu có là mức độ nhỏ-trung bình và ngắn hạn nên khuyến cáo giữa các hội chuyên môn còn khác nhau. Huyết tương giàu tiểu cầu cho kết quả hứa hẹn nhưng không đồng nhất ở thoái hóa khớp háng; một số phân tích gợi ý cải thiện tương tự acid hyaluronic trong ngắn hạn, song quy trình chưa chuẩn hóa và mức độ tin cậy còn thấp. Chỉ định tiêm cần chú trọng lựa chọn người bệnh (đau nhiều, có viêm/ứ dịch khớp; thất bại điều trị bảo tồn tối ưu), bảo đảm vô khuẩn và hướng dẫn hình ảnh.

Kết luận: Trong thoái hóa khớp háng, chăm sóc không dùng thuốc và giảm đau/NSAID cá thể hóa là nền tảng. Corticosteroid nội khớp có thể sử dụng để kiểm soát triệu chứng ngắn hạn ở người bệnh phù hợp; acid hyaluronic có giá trị chưa chắc chắn; huyết tương giàu tiểu cầu còn mang tính thăm dò. Lộ trình điều trị theo từng bước và quyết định chung giúp cá thể hóa chăm sóc, giảm rủi ro và tránh phẫu thuật sớm.

Từ khóa: Thoái hóa khớp háng, tiêm nội khớp, Corticosteroid, acid hyaluronic, huyết tương giàu tiểu cầu, hướng dẫn thực hành.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp háng là một trong những nguyên nhân thường gặp gây đau mạn tính và hạn chế chức năng chi dưới ở người trưởng thành và người cao tuổi, làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống và gia tăng gánh nặng chi phí y tế. Khi bệnh tiến triển, nhiều người bệnh cần đến phẫu thuật thay khớp háng toàn phần, một can thiệp xâm lấn, chi phí cao và không phải lúc nào cũng phù hợp với mọi đối tượng.

Trong giai đoạn trước phẫu thuật, chiến lược điều trị chủ yếu tập trung vào điều trị nội khoa và các thủ thuật tiêm nội khớp nhằm giảm đau, cải thiện chức năng và trì hoãn thời điểm phải thay khớp. Tuy nhiên, bằng chứng về hiệu quả và độ an toàn của từng biện pháp, đặc biệt là các thuốc tiêm nội khớp như Corticosteroid, acid hyaluronic và huyết tương giàu tiểu cầu tại khớp háng vẫn còn hạn chế hơn nhiều so với khớp gối. Các khuyến cáo quốc tế (OARSI, ACR/AF, AAOS, EULAR...) đôi khi đưa ra lập trường

khác nhau, khiến thầy thuốc lâm sàng khó lựa chọn biện pháp tối ưu cho từng trường hợp cụ thể.

Trước bối cảnh đó, bài tổng quan này được thực hiện với 2 mục tiêu chính: (1) Tổng hợp các khuyến cáo hiện hành và bằng chứng lâm sàng chất lượng cao về điều trị nội khoa và tiêm nội khớp trong thoái hóa khớp háng, tập trung vào hiệu quả giảm đau, cải thiện chức năng và độ an toàn; (2) Từ các bằng chứng này, đề xuất một cách tiếp cận thực hành mang tính thực tiễn, giúp định hướng chỉ định điều trị nội khoa và tiêm nội khớp cho người bệnh thoái hóa khớp háng trong bối cảnh lâm sàng thường ngày.

2. PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN

2.1. Thiết kế tổng quan

Tổng quan tường thuật (narrative review) có định hướng câu hỏi lâm sàng, ưu tiên các tài liệu có mức độ chứng

*Tác giả liên hệ

Email: pptai@vttu.edu.vn Điện thoại: (+84) 947401446 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67i3.4595>

cứ cao (thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, tổng quan hệ thống, phân tích gộp và hướng dẫn thực hành lâm sàng) liên quan đến điều trị nội khoa và tiêm nội khớp cho thoái hóa khớp háng.

2.2. Nguồn dữ liệu và chiến lược tìm kiếm

Tài liệu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu điện tử chính gồm PubMed/MEDLINE, Cochrane Library, PEDro và Google Scholar; kết hợp tìm kiếm thủ công trên website của các hội chuyên ngành cơ xương khớp lớn (OARSI, American College of Rheumatology/Arthritis Foundation - ACR/AF, American Academy of Orthopaedic Surgeons - AAOS, EULAR). Thời gian tìm kiếm bao phủ từ khi thành lập cơ sở dữ liệu đến gần thời điểm hoàn tất bản thảo (năm 2025), nhằm bảo đảm cập nhật các khuyến cáo và bằng chứng mới.

Các nhóm từ khóa tiếng Anh được sử dụng linh hoạt và kết hợp bằng các toán tử Boolean (AND, OR), bao gồm: “hip osteoarthritis”, “coxarthrosis”, “non-surgical treatment”, “pharmacologic treatment”, “intra-articular injection”, “corticosteroid”, “steroid”, “hyaluronic acid”, “viscosupplementation”, “platelet-rich plasma”, “PRP”, “guideline”, “systematic review”, “meta-analysis”. Với mỗi khuyến cáo hoặc bài tổng quan chính, phần tài liệu tham khảo cũng được rà soát bổ sung để tìm thêm các nghiên cứu có liên quan.

Loại trừ: báo cáo ca/loạt ca không nhóm chứng, nghiên cứu chủ yếu về khớp khác không tách dữ liệu khớp háng, nghiên cứu về phẫu thuật/thay khớp, bài bình luận, thư trao đổi và tài liệu không có dữ liệu lâm sàng.

2.3. Phương pháp tổng hợp

Các tài liệu được đọc toàn văn, trích xuất dữ liệu về dân số, can thiệp, nhóm so sánh, thang đo kết cục, thời gian theo dõi và hiệu quả - an toàn. Do dị dạng lớn giữa các nghiên cứu, không thực hiện phân tích gộp định lượng.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của các tài liệu được tuyển chọn

Các tài liệu được đưa vào tổng quan chủ yếu gồm: các hướng dẫn thực hành lâm sàng quốc tế về điều trị thoái hóa khớp gối và háng [1-4]; các tổng quan hệ thống và phân tích gộp đánh giá tiêm Corticosteroid, acid hyaluronic và huyết tương giàu tiểu cầu trong thoái hóa khớp lớn [5-8]; một số thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên hoặc nghiên cứu quan sát đánh giá riêng trên người bệnh thoái hóa khớp háng.

Nhìn chung, số lượng nghiên cứu tập trung riêng cho khớp háng ít hơn đáng kể so với khớp gối; cỡ mẫu thường không lớn, thời gian theo dõi chủ yếu ngắn hạn. Điều này ảnh hưởng đến độ chắc chắn của bằng chứng và được xem là hạn chế chung khi diễn giải kết quả.

3.2. Vai trò điều trị nền không phẫu thuật

Các hướng dẫn OARSI, ACR/AF và AAOS đều thống nhất rằng điều trị nền cho thoái hóa khớp háng phải bắt đầu bằng các biện pháp không dùng thuốc [1-3]. Giáo dục người bệnh về đặc điểm bệnh, tiên lượng và vai trò quan trọng của kiểm soát lối sống là yếu tố trung tâm. Chương trình tập luyện có cấu trúc (tập sức mạnh cơ quanh khớp háng, tập thăng bằng - chức năng, kéo giãn), kết hợp với

giảm cân ở người thừa cân - béo phì, có thể giảm đau và cải thiện khả năng vận động.

Một số phương thức hỗ trợ như dụng cụ hỗ trợ đi lại, điều chỉnh hoạt động nghề nghiệp và sinh hoạt, vật lý trị liệu (nhiệt, điện trị liệu, thủy trị liệu) được khuyến cáo tùy từng bối cảnh. Các biện pháp này là nền tảng và nên được duy trì xuyên suốt các giai đoạn bệnh, kể cả khi người bệnh được chỉ định thuốc hoặc tiêm nội khớp.

3.3. Điều trị nội khoa giảm đau và điều biến triệu chứng

Về thuốc giảm đau, các hướng dẫn hiện hành khuyến cáo:

- Paracetamol có thể được dùng như thuốc giảm đau nền trong thời gian ngắn, nhưng hiệu quả giảm đau thường khiêm tốn.

- NSAID đường uống hoặc bôi được khuyến cáo có điều kiện, ưu tiên sử dụng liều thấp nhất có hiệu quả trong thời gian ngắn nhất, đặc biệt ở người bệnh có bệnh đồng mắc tim mạch, tiêu hóa hoặc thận [1-3].

- Duloxetine có thể được cân nhắc ở người bệnh đau mạn tính lan tỏa hoặc kèm biểu hiện đau kiểu “central sensitization”, sau khi đã tối ưu các biện pháp khác.

- Opioid không được khuyến khích sử dụng thường quy do lợi ích hạn chế và nguy cơ cao; chỉ nên cân nhắc rất ngắn hạn trong các tình huống đặc biệt khi các lựa chọn khác không phù hợp.

Các phác đồ điều trị nội khoa cần được cá thể hóa dựa trên tuổi, bệnh phối hợp (tim mạch, thận, gan, loét dạ dày-tá tràng...), nguy cơ tương tác thuốc và sở thích của người bệnh.

3.4. Corticosteroid nội khớp

Tiêm Corticosteroid nội khớp là một trong những lựa chọn được cân nhắc khi người bệnh thoái hóa khớp háng đau nhiều, đặc biệt có bằng chứng viêm hoặc tràn dịch khớp, sau khi đã tối ưu điều trị bảo tồn. Các tổng quan và khuyến cáo cho thấy:

- Corticosteroid nội khớp có thể mang lại giảm đau có ý nghĩa trong ngắn hạn (thường trong vài tuần đến khoảng 12 tuần) ở một số người bệnh được chọn lựa phù hợp [4-5].

- Hiệu quả dường như rõ hơn khi tiêm dưới hướng dẫn hình ảnh (siêu âm hoặc C-arm) giúp đảm bảo thuốc được đặt đúng khoang khớp.

- Do lo ngại về ảnh hưởng tiềm tàng lên cấu trúc sụn và xương dưới sụn, đa số hướng dẫn khuyến cáo giới hạn số lần tiêm trong năm, giãn cách giữa các lần, và tránh tiêm gần thời điểm dự kiến phẫu thuật thay khớp.

- Các tác dụng phụ cần lưu ý bao gồm tăng đau thoáng qua sau tiêm, tăng đường huyết thoáng qua ở người bệnh đái tháo đường, và nguy cơ hiếm gặp nhưng nặng là nhiễm trùng khớp. Yêu cầu vô khuẩn tuyệt đối và sàng lọc kỹ chống chỉ định trước khi tiêm là bắt buộc [4-5].

3.5. Acid hyaluronic (viscosupplementation) nội khớp

So với khớp gối, bằng chứng về tiêm acid hyaluronic tại khớp háng ít hơn và không đồng nhất. Một số nghiên cứu quy mô nhỏ và tổng quan cho thấy acid hyaluronic có thể giúp cải thiện đau và chức năng ở mức độ nhỏ đến trung

bình trong ngắn hạn ở một phần người bệnh thoái hóa khớp háng, đặc biệt ở giai đoạn sớm đến trung bình [6-7].

Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu khác lại không cho thấy lợi ích rõ ràng so với giả dược, và sự khác biệt về chế phẩm acid hyaluronic (trọng lượng phân tử, số mũi, đường tiêm) khiến khó so sánh trực tiếp.

Do đó, các hướng dẫn hiện hành thường có lập trường thận trọng: một số hội chuyên môn không khuyến cáo thường quy tiêm acid hyaluronic ở thoái hóa khớp háng, trong khi số khác chấp nhận sử dụng có điều kiện trong các trường hợp chọn lọc khi các biện pháp chuẩn khác không đạt hiệu quả mong muốn [1-3], [6-7].

3.6. Huyết tương giàu tiểu cầu nội khớp

Huyết tương giàu tiểu cầu được kỳ vọng có khả năng điều biến viêm và hỗ trợ tái tạo mô thông qua các yếu tố tăng trưởng. Tuy nhiên, đối với thoái hóa khớp háng: số lượng nghiên cứu còn hạn chế; thiết kế nghiên cứu, loại chế phẩm (giàu tiểu cầu, nghèo bạch cầu, đơn mũi hay nhiều mũi) và thời gian theo dõi rất khác nhau [6], [8].

Một số nghiên cứu so sánh và phân tích gộp cho thấy huyết tương giàu tiểu cầu có thể mang lại cải thiện đau và chức năng tương đương hoặc nhỉnh hơn acid hyaluronic trong ngắn hạn, nhưng độ tin cậy của bằng chứng vẫn còn thấp [6], [8].

Bằng chứng dài hạn và dữ liệu về ảnh hưởng lên tiến triển cấu trúc khớp còn thiếu.

Vì vậy, huyết tương giàu tiểu cầu hiện được xem là biện pháp còn mang tính thăm dò trong thoái hóa khớp háng. Chỉ nên cân nhắc ở những trung tâm có kinh nghiệm, sau khi đã thông tin rõ ràng cho người bệnh về chi phí, mức độ chắc chắn của bằng chứng và khả năng không đáp ứng.

3.7. Yếu tố kỹ thuật, chọn bệnh nhân và đề xuất cách tiếp cận thực hành

Các khuyến cáo EULAR và nhiều hội chuyên môn khác nhấn mạnh rằng thành công của tiêm nội khớp không chỉ phụ thuộc vào loại thuốc mà còn phụ thuộc mạnh vào kỹ thuật và chọn bệnh nhân [4]:

- Về kỹ thuật: với khớp sâu như khớp háng, tiêm nên được thực hiện dưới hướng dẫn hình ảnh (siêu âm hoặc X quang) để bảo đảm vào đúng khoang khớp; tuân thủ vô khuẩn tuyệt đối; đánh giá và điều chỉnh phù hợp điều trị chống đông nếu có.

- Về chọn bệnh nhân: nên ưu tiên người bệnh có đau nhiều, ảnh hưởng chức năng, có dấu hiệu viêm hoặc tràn dịch khớp, đã thất bại với các biện pháp không dùng thuốc và thuốc giảm đau chuẩn, nhưng chưa phù hợp hoặc chưa sẵn sàng phẫu thuật thay khớp.

Dựa trên tổng hợp bằng chứng, có thể đề xuất một cách tiếp cận thực hành theo từng bước cho thoái hóa khớp háng:

- (1) Luôn ưu tiên điều trị nền không dùng thuốc (giáo dục, giảm cân, tập luyện) kết hợp Paracetamol/NSAID cá thể hóa;
- (2) Nếu đau vẫn dai dẳng, cân nhắc thêm Duloxetine ở người bệnh phù hợp;
- (3) Xem xét tiêm Corticosteroid nội khớp dưới hướng dẫn hình ảnh để kiểm soát đợt đau bùng phát có viêm;

(4) Chỉ cân nhắc acid hyaluronic hoặc huyết tương giàu tiểu cầu trong các trường hợp chọn lọc, sau khi đã thảo luận kỹ về lợi ích, nguy cơ, chi phí;

(5) Đánh giá định kỳ để xác định thời điểm thích hợp cho phẫu thuật thay khớp háng khi điều trị bảo tồn không còn hiệu quả.

4. BÀN LUẬN

Tổng quan này khẳng định lại vai trò trọng tâm của điều trị nền không phẫu thuật và giảm đau cá thể hóa trong thoái hóa khớp háng, đồng thời làm rõ hơn vị trí của từng biện pháp tiêm nội khớp trong chiến lược điều trị từng bước. Các khuyến cáo quốc tế gần đây nhìn chung nhất quán về ưu tiên cho biện pháp không dùng thuốc và NSAID, nhưng còn khác biệt đáng kể về tiêm acid hyaluronic và huyết tương giàu tiểu cầu [1-4], [6-8].

Đối với Corticosteroid nội khớp, phần lớn dữ liệu cho thấy hiệu quả giảm đau ngắn hạn ở khớp háng tương tự hoặc kém hơn đôi chút so với khớp gối, nhưng vẫn có giá trị trong kiểm soát đợt đau bùng phát, tạo “cửa sổ cơ hội” cho phục hồi chức năng [4-5]. Vấn đề lo ngại hiện nay chủ yếu xoay quanh nguy cơ tổn thương cấu trúc và nhiễm trùng, đặc biệt khi lạm dụng số lần tiêm hoặc không tuân thủ nghiêm ngặt vô khuẩn. Do đó, cần nhấn mạnh vai trò của chỉ định chọn lọc, giới hạn tần suất tiêm và phối hợp chặt chẽ với các bác sĩ phẫu thuật khớp để tránh can thiệp gần thời điểm thay khớp.

Acid hyaluronic nội khớp cho thoái hóa khớp háng là chủ đề gây nhiều tranh cãi. Một số nghiên cứu và phân tích gộp cho thấy cải thiện đau - chức năng ở mức độ nhỏ đến trung bình, nhưng lợi ích này không nhất quán giữa các chế phẩm và thường chỉ tồn tại trong ngắn hạn [6-7]. Thêm vào đó, chi phí điều trị khá cao, trong khi các khuyến cáo lớn không đồng thuận về việc sử dụng thường quy. Trong bối cảnh nguồn lực hạn chế, việc cân nhắc acid hyaluronic nên dựa trên thảo luận kỹ với người bệnh, ưu tiên cho các trường hợp đã thất bại với các biện pháp chuẩn khác và có mong đợi hợp lý.

Huyết tương giàu tiểu cầu là phương thức mới, được quan tâm rộng rãi trong vài năm gần đây. Tuy vậy, ngoài những kết quả bước đầu hứa hẹn, bằng chứng về huyết tương giàu tiểu cầu trong thoái hóa khớp háng còn nhiều khoảng trống: cỡ mẫu nhỏ, dị biệt lớn về kỹ thuật chuẩn bị, liều tiêm, số mũi và thời gian theo dõi [6], [8]. Thiếu vắng các nghiên cứu dài hạn so sánh trực tiếp với tiêm Corticosteroid hoặc với chăm sóc chuẩn khiến khó xác định chắc chắn vai trò của huyết tương giàu tiểu cầu trong việc trì hoãn phẫu thuật. Do đó, huyết tương giàu tiểu cầu hiện phù hợp hơn trong bối cảnh nghiên cứu hoặc ở các trung tâm có kinh nghiệm, thay vì áp dụng rộng rãi.

Một điểm đáng lưu ý khác là khoảng trống bằng chứng ở những nhóm người bệnh đặc biệt, như người cao tuổi nhiều bệnh phối hợp, bệnh nhân thoái hóa khớp háng giai đoạn rất sớm, hay người bệnh có đau kiểu “central sensitization”. Hầu hết thử nghiệm hiện có loại trừ các đối tượng phức tạp này, trong khi thực tế lâm sàng lại gặp rất thường xuyên. Tương tự, dữ liệu về kết quả dài hạn và các biến cố hiếm gặp (như hoại tử chỏm xương đùi sau tiêm, nhiễm trùng khớp ở người suy giảm miễn dịch) vẫn còn hạn chế.



Từ góc độ thực hành tại các cơ sở y tế có nguồn lực hạn chế, chiến lược điều trị thoái hóa khớp háng cần cân nhắc kỹ giữa hiệu quả, chi phí và mức độ sẵn có của từng phương thức. Tập luyện, giảm cân, NSAID ngắn hạn và tiêm Corticosteroid nội khớp có giám sát chặt chẽ là những lựa chọn khả thi, chi phí tương đối hợp lý và có bằng chứng hỗ trợ. Acid hyaluronic và huyết tương giàu tiểu cầu có thể dành cho nhóm chọn lọc, ưu tiên bối cảnh nghiên cứu hoặc người bệnh đã được tư vấn đầy đủ về mức độ chắc chắn của bằng chứng và chi phí điều trị.

Cuối cùng, cần nhấn mạnh vai trò của ra quyết định chung (shared decision-making) giữa thầy thuốc và người bệnh. Việc trao đổi rõ ràng về lợi ích, nguy cơ, tính không chắc chắn của bằng chứng, chi phí và các lựa chọn thay thế (bao gồm cả phẫu thuật thay khớp khi thích hợp) sẽ giúp người bệnh tham gia tích cực vào quá trình điều trị, nâng cao mức độ hài lòng và tuân thủ.

5. KẾT LUẬN

Trong thoái hóa khớp háng, chăm sóc không dùng thuốc kết hợp điều trị nội khoa giảm đau cá thể hóa vẫn là nền tảng của mọi chiến lược điều trị. Tiêm Corticosteroid nội khớp có thể mang lại giảm đau ngắn hạn hữu ích ở những người bệnh được chọn lọc phù hợp, khi được thực hiện dưới hướng dẫn hình ảnh và trong khuôn khổ số lần tiêm giới hạn. Giá trị của tiêm acid hyaluronic tại khớp háng hiện còn chưa chắc chắn và chỉ nên cân nhắc ở các trường hợp chọn lọc sau khi đã tối ưu các biện pháp chuẩn. Huyết tương giàu tiểu cầu là phương thức tiềm năng nhưng vẫn mang tính thăm dò do thiếu bằng chứng dài hạn và thiếu chuẩn hóa về kỹ thuật. Đề xuất một lộ trình điều trị theo từng bước, dựa trên bằng chứng hiện hành và ra quyết định chung giữa thầy thuốc - người bệnh, có thể giúp cá thể hóa chăm sóc, tối ưu hóa kiểm soát triệu chứng và giảm thiểu việc phải tiến đến phẫu thuật thay khớp quá sớm.

*

**

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn đồng nghiệp tại Trường Đại học Võ Trường Toản và Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản đã hỗ trợ trong quá trình tìm kiếm và thảo luận tài liệu.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bannuru R.R, Osani M.C et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 2019, 27 (11): 1578-1589. doi: 10.1016/j.joca.2019.06.011.
- [2] Kolasinski S.L, Neogi T et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care & Research*, 2020, 72 (2): 149-162. doi: 10.1002/acr.24131.
- [3] American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Management of osteoarthritis of the hip evidence-based clinical practice guideline, 2023.
- [4] Uson J et al. EULAR recommendations for intra-articular therapies. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2021, 80 (10): 1299-1305. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-220266.
- [5] Choueiri M et al. Intraarticular Corticosteroids for hip osteoarthritis: a review. *Cartilage*, 2020, 13 (1 Suppl): 122S-131S. doi: 10.1177/1947603520951634
- [6] Belk J.W, Kraeutler M.J, Houck D.A et al. Platelet-rich plasma versus hyaluronic acid for hip osteoarthritis: a systematic review & meta-analysis. *Arthroscopy*, 2022, 38 (4): 1188-1197.
- [7] Gonçalves D et al. A review of the efficacy of intraarticular hip injection for patients with hip osteoarthritis. *Joint Diseases and Related Surgery*, 2022, 33 (1): 1-12.
- [8] Tanguilig G et al. Platelet-rich plasma for knee and hip osteoarthritis pain: a review. *Journal of Clinical Medicine*, 2024, 13 (12).