

EFFECTIVENESS OF MULTITHERAPY IN PAIN CONTROL AND IMPROVEMENT OF MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

Mai Duc Han¹, Phi Thi Ngoc¹, Nguyen Thi Hoa Tuoi¹, Bui Quoc Hung¹, Bui Thanh Tung²

¹Department of Traditional Medicine - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon Street, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam

²Thai Binh Traditional Medicine Hospital - 219 Le Dai Hanh Street, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam

Received: 07/02/2026

Revised: 17/02/2026; Accepted: 22/04/2026

ABSTRACT

Background: Osteoarthritis of the knee is a common chronic musculoskeletal disease causing prolonged pain, limited mobility, and reduced quality of life, especially in the elderly. In conservative treatment, multimodal approaches are increasingly used to optimise symptom control and improve function. This study was conducted to evaluate the added value of shockwave therapy, in combination with a basic Traditional Chinese Medicine (TCM) protocol, for patients with primary knee osteoarthritis.

Subjects and Methods: This was a controlled, pre- and post-hoc clinical intervention study of 60 inpatients with primary knee osteoarthritis. Patients were conveniently selected and divided into two equal groups. The study group received shockwave therapy combined with the “Tam Ty Thang” herbal formula, electroacupuncture, and massage; the control group received a TCM protocol without shockwave therapy. The primary endpoints included pain level on the VAS, motor function on the WOMAC, and knee flexion range of motion. The follow-up period was 15 days.

Results: Before treatment, the two groups were similar in age, gender, duration of illness, BMI, initial pain level, WOMAC score, knee flexion range of motion, and radiographic injury severity ($p > 0.05$). After 15 days of treatment, the mean VAS score in the study group decreased to 2.73 ± 0.69 , lower than that in the control group (3.23 ± 0.57 ; $p < 0.05$). The overall WOMAC score in the study group decreased to 19.72 ± 2.56 , lower than that of the control group (21.83 ± 3.43 ; $p < 0.05$). The increased knee flexion range of motion after 15 days in the study group reached 17.53 ± 3.51 degrees, higher than in the control group at 13.97 ± 4.39 degrees ($p < 0.05$). Adverse effects were observed at a low rate, mainly transient mild pain increase or mild bruising at the treatment site; no serious events or treatment discontinuations were recorded.

Conclusion: In the 15-day short-term follow-up period, the addition of shockwave therapy to the basic Traditional Chinese Medicine regimen was associated with greater improvements in pain and selected functional indicators in patients with primary knee osteoarthritis. Further large-scale studies with a more rigorous design and longer follow-up periods are needed to confirm the method’s sustained efficacy.

Keywords: Osteoarthritis of the knee; shockwave therapy; Tam Ty Thang; VAS; WOMAC.

*Corresponding author

Email: duchan0932000@gmail.com Phone: (+84) 966981931 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4918

HIỆU QUẢ CỦA LIỆU PHÁP ĐA TRỊ LIỆU TRONG KIỂM SOÁT ĐAU VÀ CẢI THIỆN CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Mai Đức Hân¹, Phí Thị Ngọc¹, Nguyễn Thị Hoa Tươi¹, Bùi Quốc Hưng¹, Bùi Thanh Tùng²

¹ Khoa Y học cổ truyền - Trường ĐHY Dược Thái Bình - Số 373 Lý Bôn, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

² Bệnh viện Y học cổ truyền Thái Bình - Số 219 đường Lê Đại Hành, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/02/2026

Ngày chỉnh sửa: 17/02/2026; Ngày duyệt đăng: 22/04/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hóa khớp gối là bệnh lý cơ xương khớp mạn tính thường gặp, gây đau kéo dài, hạn chế vận động và làm giảm chất lượng sống, đặc biệt ở người cao tuổi. Trong điều trị bảo tồn, các biện pháp đa mô thức được sử dụng ngày càng rộng rãi nhằm tối ưu hóa kiểm soát triệu chứng và cải thiện chức năng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá giá trị bổ sung của sóng xung kích khi phối hợp với phác đồ Y học cổ truyền nền ở người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng, theo dõi trước-sau trên 60 người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát điều trị nội trú. Người bệnh được chọn mẫu thuận tiện và chia thành 2 nhóm bằng nhau. Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng sóng xung kích kết hợp bài thuốc “Tam tý thang”, điện châm và xoa bóp bấm huyệt; nhóm đối chứng sử dụng phác đồ Y học cổ truyền nền không có sóng xung kích. Các chỉ tiêu đánh giá chính gồm mức độ đau theo thang điểm VAS, chức năng vận động theo thang điểm WOMAC và tầm vận động gấp khớp gối. Thời gian theo dõi là 15 ngày.

Kết quả: Trước điều trị, hai nhóm tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, BMI, mức độ đau ban đầu, điểm WOMAC, tầm vận động gấp gối và mức độ tổn thương X-quang ($p > 0,05$). Sau 15 ngày điều trị, điểm VAS trung bình ở nhóm nghiên cứu giảm xuống $2,73 \pm 0,69$, thấp hơn nhóm đối chứng là $3,23 \pm 0,57$ ($p < 0,05$). Điểm WOMAC chung ở nhóm nghiên cứu giảm còn $19,72 \pm 2,56$, thấp hơn nhóm đối chứng là $21,83 \pm 3,43$ ($p < 0,05$). Hiệu suất tăng tầm vận động gấp gối sau 15 ngày ở nhóm nghiên cứu đạt $17,53 \pm 3,51$ độ, cao hơn nhóm đối chứng là $13,97 \pm 4,39$ độ ($p < 0,05$). Tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ thấp, chủ yếu là đau tăng nhẹ thoáng qua hoặc bầm tím nhẹ tại chỗ điều trị; không ghi nhận biến cố nghiêm trọng hay trường hợp bỏ trị.

Kết luận: Trong thời gian theo dõi ngắn hạn 15 ngày, việc bổ sung sóng xung kích vào phác đồ Y học cổ truyền nền có liên quan với cải thiện tốt hơn về đau và một số chỉ số chức năng ở người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát. Cần có thêm các nghiên cứu quy mô lớn hơn, có thiết kế chặt chẽ hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định hiệu quả duy trì của phương pháp.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối; sóng xung kích; Tam tý thang; VAS; WOMAC.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là một trong những bệnh cơ xương khớp mạn tính phổ biến nhất hiện nay và là nguyên nhân quan trọng gây đau, giảm khả năng vận động và suy giảm chất lượng sống. Theo ước tính từ GBD 2021, gánh nặng bệnh thoái hóa khớp tiếp tục gia tăng trên toàn cầu và còn được dự báo tăng thêm trong những thập niên tới, trong đó khớp gối là vị trí tổn thương thường gặp và có ý nghĩa lâm sàng rõ rệt [1]. Ở người bệnh thoái hóa khớp gối, các biểu hiện như đau khi đi lại, cứng khớp sau nghỉ, hạn chế biên độ vận động và suy giảm chức năng sinh hoạt hằng ngày thường tiến triển kéo dài, ảnh hưởng đáng kể đến khả năng tự chăm sóc và tham gia xã hội [2].

Hiện nay, điều trị thoái hóa khớp gối chủ yếu theo hướng bảo tồn và đa mô thức. Các khuyến cáo quốc tế nhấn mạnh vai trò nền tảng của giáo dục người bệnh, tập luyện, kiểm soát cân nặng và các biện pháp không phẫu thuật; trong khi đó, thuốc giảm đau và kháng viêm cần được sử dụng thận trọng do nguy cơ tác dụng bất lợi, nhất là ở người cao tuổi và người có bệnh kèm [2-4]. Trong thực hành lâm sàng, việc đánh giá hiệu quả điều trị thường dựa trên các chỉ số đau và chức năng như thang điểm VAS, WOMAC và các chỉ số vận động khớp [7,8].

Tại Việt Nam, trong thực hành Y học cổ truyền, các phương pháp như bài thuốc thang, điện châm và xoa bóp

*Tác giả liên hệ

Email: duchan0932000@gmail.com Điện thoại: (+84) 966981931 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4918

bấm huyết được sử dụng khá phổ biến ở người bệnh thoái hóa khớp gối. Bên cạnh đó, sóng xung kích là một phương pháp không xâm lấn đang được quan tâm nhờ khả năng hỗ trợ giảm đau và cải thiện chức năng ở một số bệnh lý cơ xương khớp. Một số thử nghiệm lâm sàng và phân tích gộp cho thấy sóng xung kích có thể giúp cải thiện đau và chức năng ở người bệnh thoái hóa khớp gối, dù mức độ đáp ứng còn phụ thuộc vào thông số điều trị và thời gian theo dõi [9–10]. Từ cơ sở đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá giá trị bổ sung của sóng xung kích khi phối hợp với phác đồ Y học cổ truyền nền ở người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 60 người bệnh được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát, điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thái Bình. Người bệnh được lựa chọn theo mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán thoái hóa khớp gối nguyên phát theo tiêu chuẩn của American Rheumatism Association/ACR đối với thoái hóa khớp gối [5]; có mức độ tổn thương X-quang độ II hoặc III theo phân loại Kellgren–Lawrence [6]; đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ phác đồ điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh mắc các bệnh viêm khớp khác như viêm khớp dạng thấp, gout hoặc nhiễm khuẩn khớp; có chống chỉ định với sóng xung kích; hoặc mắc các bệnh nội khoa nặng, rối loạn tâm thần, không đủ khả năng hợp tác theo dõi.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng, theo dõi trước-sau điều trị. Sáu mươi người bệnh được chia thành hai nhóm, mỗi nhóm 30 trường hợp. Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng sóng xung kích kết hợp phác đồ Y học cổ truyền nền; nhóm đối chứng chỉ sử dụng phác đồ Y học cổ truyền nền. Theo hồ sơ hiện có, nghiên cứu sử dụng chọn mẫu thuận tiện; không có thông tin để khẳng định đã áp dụng ngẫu nhiên hóa, che giấu phân nhóm hay làm mù người đánh giá.

2.3. Phác đồ điều trị

Cả hai nhóm đều được điều trị trong 15 ngày bằng phác đồ nền Y học cổ truyền, bao gồm:

Bài thuốc “Tam tý thang” sắc uống 1 thang/ngày, chia 2 lần sau ăn. Công thức nền gồm 16 vị: Độc hoạt, Tần giao, Đỗ trọng, Tế tân, Phục linh, Cam thảo, Bạch thược, Thục địa, Phòng phong, Đảng sâm, Ngưu tất, Quế chi, Đương quy, Xuyên khung, Hoàng kỳ và Tục đoạn.

Điện châm các huyết quanh khớp gối và huyết hỗ trợ, thời gian 20 phút/lần/ngày.

Xoa bóp bấm huyết vùng khớp gối, thời gian 20 phút/lần/ngày.

Riêng nhóm nghiên cứu được bổ sung sóng xung kích trị liệu tại điểm đau nhất quanh khớp gối và các vị trí bấm tận dây chằng, với thông số áp lực 2,0–2,5 bar, tần số 10 Hz, 2.000 xung/lần, thực hiện 2 lần/tuần, tổng cộng 4–5 lần trong đợt điều trị 15 ngày.

2.4. Chỉ tiêu đánh giá

Mức độ đau: đánh giá bằng thang điểm nhìn tương tự VAS từ 0 đến 10 điểm [7].

Chức năng vận động: đánh giá bằng thang điểm WOMAC, bao gồm 3 tiểu mục đau, cứng khớp và chức năng hoạt động [8].

Tầm vận động khớp gối: đo biên độ gấp khớp gối bằng thước đo góc.

Tính an toàn: ghi nhận tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và sự thay đổi một số dấu hiệu sinh tồn.

Các chỉ tiêu được đánh giá tại thời điểm trước điều trị (D0), sau 7 ngày (D7) và sau 15 ngày (D15), tùy từng biến số.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn; biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Theo hồ sơ bài báo hiện có, phép kiểm t Student và chi-square được sử dụng để so sánh giữa hai nhóm với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Do các chỉ số được theo dõi lặp lại theo thời gian, kết quả cần được diễn giải thận trọng như bằng chứng ngắn hạn từ một nghiên cứu can thiệp có đối chứng trên mẫu thuận tiện.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam trước khi triển khai. Người bệnh được giải thích mục đích nghiên cứu, tự nguyện tham gia, có quyền rút lui bất kỳ thời điểm nào và các thông tin cá nhân được bảo mật.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nền của hai nhóm trước điều trị

Bảng 1. Đặc điểm nền của hai nhóm trước điều trị

Chỉ tiêu	Nhóm nghiên cứu (n = 30)	Nhóm đối chứng (n = 30)	p
Tuổi trung bình \pm SD (năm)	71,93 \pm 6,18	71,07 \pm 6,48	> 0,05
Giới, n (%)			
Nam	6 (20,00)	8 (26,67)	> 0,05
Nữ	24 (80,00)	22 (73,33)	
Nghề nghiệp, n (%)			
Lao động chân tay	23 (76,67)	20 (66,67)	> 0,05
Lao động trí óc	7 (23,33)	10 (33,33)	
Thời gian mắc bệnh, n (%)			
< 1 năm	0 (0)	1 (3,33)	> 0,05
1–3 năm	4 (13,33)	6 (20,00)	
> 3 năm	26 (86,67)	23 (76,67)	
BMI trung bình \pm SD	23,96 \pm 2,49	23,35 \pm 1,73	> 0,05
VAS trước điều trị	6,00 \pm 0,52	6,13 \pm 0,57	> 0,05

Chỉ tiêu	Nhóm nghiên cứu (n = 30)	Nhóm đối chứng (n = 30)	p
Tầm vận động gấp gối trước điều trị (độ)	102,80 ± 4,89	104,97 ± 6,50	> 0,05
WOMAC đau trước điều trị	12,67 ± 1,27	12,20 ± 1,54	> 0,05
WOMAC cứng khớp trước điều trị	5,23 ± 0,43	5,30 ± 0,46	> 0,05
WOMAC vận động trước điều trị	30,57 ± 1,59	31,33 ± 2,58	> 0,05
WOMAC chung trước điều trị	48,43 ± 2,73	48,83 ± 3,33	> 0,05
Tổn thương X-quang, n (%)			
Độ I	3 (10,00)	4 (13,33)	> 0,05
Độ II	23 (76,67)	21 (70,00)	
Độ III	4 (13,33)	5 (16,67)	

Hai nhóm tương đồng về đặc điểm nền, mức độ đau ban đầu, chức năng vận động và mức độ tổn thương X-quang trước điều trị.

3.2. Hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS

Bảng 2. Một số chỉ số đau VAS giữa hai nhóm

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu (n = 30)	Nhóm đối chứng (n = 30)	p
VAS trung bình trước điều trị	6,00 ± 0,52	6,13 ± 0,57	> 0,05
VAS trung bình sau 15 ngày	2,73 ± 0,69	3,23 ± 0,57	< 0,05
Hiệu suất giảm VAS (D0–D15)	3,27 ± 0,45	2,90 ± 0,40	< 0,05

Sau 15 ngày, cả hai nhóm đều giảm đau; tuy nhiên, nhóm nghiên cứu giảm đau tốt hơn nhóm đối chứng.

3.3. Cải thiện chức năng vận động theo WOMAC chung

Bảng 3. Sự thay đổi điểm WOMAC chung tại các thời điểm

Thời điểm	Nhóm nghiên cứu (n = 30)	Nhóm đối chứng (n = 30)	p
Trước điều trị (D0)	48,43 ± 2,73	48,83 ± 3,33	> 0,05
Sau 7 ngày (D7)	32,33 ± 1,32	33,00 ± 1,34	> 0,05
Sau 15 ngày (D15)	19,72 ± 2,56	21,83 ± 3,43	< 0,05

Điểm WOMAC chung giảm dần ở cả hai nhóm; đến ngày thứ 15, nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng.

3.4. Sự thay đổi các tiểu mục WOMAC

Bảng 4. Sự thay đổi các tiểu mục WOMAC tại các thời điểm

Tiểu mục	Thời điểm	Nhóm nghiên cứu	Nhóm đối chứng	p
WOMAC đau	D0	12,67 ± 1,27	12,20 ± 1,54	> 0,05
	D7	8,93 ± 0,83	9,20 ± 0,71	> 0,05
	D15	5,27 ± 1,20	6,10 ± 1,35	< 0,05

Tiểu mục	Thời điểm	Nhóm nghiên cứu	Nhóm đối chứng	p
WOMAC cứng khớp	D0	5,23 ± 0,43	5,30 ± 0,47	> 0,05
	D7	3,93 ± 0,58	4,10 ± 0,31	> 0,05
	D15	2,70 ± 0,75	3,00 ± 0,45	> 0,05
WOMAC vận động	D0	30,57 ± 1,59	31,33 ± 2,58	> 0,05
	D7	19,40 ± 0,72	19,67 ± 0,96	> 0,05
	D15	12,33 ± 2,13	12,73 ± 2,67	> 0,05

Khác biệt giữa hai nhóm biểu hiện rõ nhất ở tiểu mục WOMAC đau tại D15; các tiểu mục còn lại có xu hướng cải thiện nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê.

3.5. Cải thiện tầm vận động gấp khớp gối

Bảng 5. Sự thay đổi tầm vận động gấp khớp gối sau điều trị

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu (n = 30)	Nhóm đối chứng (n = 30)	p
Trước điều trị (D0), độ	102,80 ± 4,89	104,97 ± 6,50	> 0,05
Hiệu suất tăng D0–D7, độ	9,00 ± 2,98	7,03 ± 2,66	< 0,05
Hiệu suất tăng D0–D15, độ	17,53 ± 3,51	13,97 ± 4,39	< 0,05

Tầm vận động gấp khớp gối tăng ở cả hai nhóm; hiệu suất cải thiện của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm đối chứng.

3.6. Tác dụng không mong muốn và tính an toàn của phác đồ

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn và sự thay đổi một số chỉ số an toàn

Chỉ tiêu an toàn	Nhóm nghiên cứu	Nhóm đối chứng	p
Chảy máu tại chỗ châm	1 (3,33%)	1 (3,33%)	Lần đầu điều trị
Mạch trước/ sau điều trị	74,28 ± 7,41 / 76,32 ± 6,12	76,63 ± 7,05 / 75,46 ± 6,15	p > 0,05
HA tâm thu trước/sau điều trị	128,16 ± 14,52 / 125,05 ± 13,52	126,34 ± 10,27 / 127,24 ± 11,35	p > 0,05
HA tâm trương trước/sau điều trị	76,45 ± 10,35 / 75,65 ± 10,66	77,02 ± 9,27 / 75,36 ± 8,45	p > 0,05

Phác đồ nghiên cứu nhìn chung an toàn trong thời gian theo dõi 15 ngày; tác dụng không mong muốn chủ yếu nhẹ và thoáng qua.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy hai nhóm tương đồng trước điều trị về các đặc điểm nền quan trọng như tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, BMI, mức độ đau, WOMAC, ROM gấp gối và mức độ tổn thương X-quang. Đây là điều kiện cần thiết để việc so sánh kết quả sau can thiệp có ý nghĩa hơn về mặt lâm sàng. Việc bổ sung bảng đặc điểm nền cũng giúp khắc phục một thiếu sót quan trọng của bản thảo ban đầu, đồng thời tăng tính thuyết phục cho diễn giải hiệu quả điều trị.

Sau 15 ngày, điểm VAS trung bình và hiệu suất giảm VAS của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng. Kết quả này gợi ý rằng việc bổ sung sóng xung kích vào phác đồ Y học cổ truyền nền có thể giúp tăng hiệu quả kiểm soát đau trong ngắn hạn. Nhận định này phù hợp với định hướng điều trị bảo tồn hiện nay, trong đó các biện pháp không phẫu thuật, đa mô thức và cá thể hóa được xem là nền tảng trong quản lý thoái hóa khớp gối [2–4]. Đồng thời, kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với một số thử nghiệm lâm sàng và phân tích gộp cho thấy sóng xung kích có thể cải thiện đau ở người bệnh thoái hóa khớp gối [9, 10].

Về chức năng vận động, điểm WOMAC chung của hai nhóm đều giảm theo thời gian nhưng đến D15 nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm đối chứng. Khi phân tích theo từng thành phần, khác biệt rõ nhất xuất hiện ở tiểu mục WOMAC đau, trong khi WOMAC cứng khớp và WOMAC vận động tuy có xu hướng cải thiện nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Mô hình này cho thấy trong giai đoạn theo dõi ngắn, lợi ích của việc bổ sung sóng xung kích có thể biểu hiện sớm hơn ở thành phần đau, còn những thay đổi sâu hơn về vận động hoặc cứng khớp có thể cần thời gian dài hơn để bộc lộ rõ. Kết quả này cũng phù hợp với các tổng quan hệ thống gần đây, trong đó ESWT thường cho hiệu quả rõ hơn trên đau và WOMAC tổng thể trong ngắn hạn [10].

Đối với ROM gấp khớp gối, nhóm nghiên cứu có hiệu suất cải thiện cao hơn nhóm đối chứng ở cả giai đoạn D0–D7 và D0–D15. Đây là điểm có ý nghĩa thực hành vì tầm vận động khớp gối liên quan trực tiếp đến khả năng đi lại, đứng lên-ngồi xuống và sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Vì vậy, kết quả cải thiện ROM trong nghiên cứu này củng cố thêm nhận định rằng việc giảm đau tốt hơn có thể đi kèm với cải thiện sớm khả năng vận động.

Về an toàn, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp, chủ yếu là đau tăng nhẹ thoáng qua hoặc bầm tím nhẹ tại chỗ điều trị; không có trường hợp bỏ trị và các chỉ số sinh tồn không thay đổi có ý nghĩa thống kê. Hồ sơ an toàn này tương đối phù hợp với y văn về sóng xung kích trong thoái hóa khớp gối, khi đa số tác dụng không mong muốn được mô tả là nhẹ, tại chỗ và tự hồi phục [9–10]. Điều này gợi ý rằng phương pháp có thể được cân nhắc như một lựa chọn hỗ trợ trong bối cảnh điều trị bảo tồn, nhất là khi cần hạn chế dùng thuốc kéo dài.

Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cần được diễn giải thận trọng. Thứ nhất, đây là nghiên cứu trên mẫu thuận tiện với cỡ mẫu 60 người bệnh tại một cơ sở điều trị, chưa có thông tin cho thấy đã áp dụng ngẫu nhiên hóa hoặc làm mù, nên nguy cơ sai lệch lựa chọn và sai lệch đo lường vẫn hiện hữu. Thứ hai, thời gian theo dõi chỉ 15 ngày, do đó kết quả mới phản ánh hiệu quả ngắn hạn và chưa đủ để kết luận về hiệu quả duy trì. Thứ ba, trong hồ sơ hiện có, liệu trình sóng xung kích được mô tả 4–5 lần trong một đợt 15 ngày, cho thấy mức độ không đồng nhất nhất định về liều can thiệp. Vì vậy, kết luận phù hợp nhất từ nghiên cứu này là: bổ sung sóng xung kích trên nền phác đồ Y học cổ truyền có liên quan với cải thiện tốt hơn về đau và một số chỉ số chức năng trong ngắn hạn, nhưng cần thêm các nghiên cứu quy mô lớn hơn và thiết kế chặt chẽ hơn để khẳng định giá trị của phương pháp.

5. KẾT LUẬN

Trên 60 người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát điều trị nội trú, việc bổ sung sóng xung kích vào phác đồ Y học

cổ truyền nền gồm bài thuốc “Tam tỳ thang”, điện châm và xoa bóp bấm huyệt cho thấy kết quả tốt hơn về giảm đau và một số chỉ số chức năng so với phác đồ nền đơn thuần sau 15 ngày theo dõi. Nhóm nghiên cứu có điểm VAS sau điều trị thấp hơn, điểm WOMAC chung cải thiện tốt hơn và hiệu suất tăng ROM gấp gối cao hơn nhóm đối chứng. Phác đồ nghiên cứu nhìn chung an toàn, với các tác dụng không mong muốn ít gặp và chủ yếu nhẹ. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian theo dõi ngắn và thiết kế nghiên cứu còn một số hạn chế, kết quả hiện tại nên được xem là bằng chứng lâm sàng ban đầu về hiệu quả ngắn hạn của việc bổ sung sóng xung kích trong điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5(9):e508–e522. doi:10.1016/S2665-9913(23)00163-7.
- [2] Dantas LO, Salvini TF, McAlindon TE. Knee osteoarthritis: key treatments and implications for physical therapy. *Braz J Phys Ther.* 2021;25(2):135–146. doi:10.1016/j.bjpt.2020.08.004.
- [3] Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2020;72(2):149–162. doi:10.1002/acr.24131.
- [4] Bannuru RR, Osani MC, Vaysbrot EE, Arden NK, Bennell K, Bierma-Zeinstra SMA, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* 2019;27(11):1578–1589. doi:10.1016/j.joca.2019.06.011.
- [5] Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: Classification of osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum.* 1986;29(8):1039–1049. doi:10.1002/art.1780290816.
- [6] Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteo-arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1957;16(4):494–502. doi:10.1136/ard.16.4.494.
- [7] Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet.* 1974;2(7889):1127–1131. doi:10.1016/S0140-6736(74)90884-8.
- [8] Ackerman IN. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). *Aust J Physiother.* 2009;55(3):213. doi:10.1016/S0004-9514(09)70088-1.
- [9] Imamura M, Alamino S, Hsing WT, Alfieri FM, Schmitz C, Battistella LR. Radial extracorporeal shock wave therapy for disabling pain due to severe primary knee osteoarthritis. *J Rehabil Med.* 2017;49(1):54–62. doi:10.2340/16501977-2148.
- [10] Avendaño-Coy J, Comino-Suárez N, Grande-Muñoz J, Avendaño-López C, Gómez-Soriano J. Extracorporeal shockwave therapy improves pain and function in subjects with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Int J Surg.* 2020;82:64–75. doi:10.1016/j.ijssu.2020.07.055.