

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



VÕ THỊ HỒNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG
CỦA VIÊN KHỚP VINTONG
KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT
ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI, 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



VÕ THỊ HỒNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG
CỦA VIÊN KHỚP VINTONG
KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT
ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 87 20 115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS. NGUYỄN TIẾN CHUNG

HÀ NỘI, 2021

LỜI CẢM ƠN

Luận văn này được hoàn thành bằng sự cố gắng của tôi và sự giúp đỡ của các thầy cô, bạn bè đồng nghiệp và người thân. Qua trang viết này, với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn tới:

Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến: Đảng ủy, ban giám đốc, phòng đào tạo sau đại học và các thầy cô trong Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam. Đảng ủy, ban giám đốc, phòng kế hoạch tổng hợp, Khoa cơ xương khớp Bệnh viện Tuệ Tĩnh và các khoa phòng tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông đã chỉ bảo tận tình, tạo điều kiện thuận lợi giúp đỡ cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban giám đốc, các khoa phòng tại Công ty cổ phần TTH Group - nơi tôi công tác đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi được học tập và nghiên cứu.

Tôi xin đặc biệt tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đối với TS. Nguyễn Tiến Chung, người thầy đã trực tiếp tận tình hướng dẫn, giảng dạy, chỉ bảo cho tôi trong suốt quá trình học tập và thực hiện nghiên cứu.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới tập thể các Giáo sư, Phó giáo sư, Tiến sĩ trong Hội đồng thông qua đề cương và Hội đồng chấm luận văn Thạc sĩ: là những người thầy, những nhà khoa học đã đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu để tôi hoàn thiện và bảo vệ thành công luận văn này.

Cuối cùng tôi muốn bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới những người thân trong gia đình cùng toàn thể bạn bè đã luôn ở bên ủng hộ tinh thần và giúp đỡ tôi trong suốt khoá học này.

Hà Nội, ngày 28 tháng 12 năm 2020

Võ Thị Hồng

LỜI CAM ĐOAN

Tôi tên là: Võ Thị Hồng

Là học viên lớp cao học khóa 11 – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền.

Tôi xin cam đoan đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS. Nguyễn Tiến Chung.

Công trình nghiên cứu này không trùng lặp với các nghiên cứu đã công bố tại Việt Nam.

Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là chính xác, trung thực và khách quan, đã được Bệnh viện nơi tôi nghiên cứu chấp nhận và xác nhận.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về cam đoan này.

Hà Nội, ngày 28 tháng 12 năm 2020

Người cam đoan

Võ Thị Hồng

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ACR	American Collaege of Rheumatology (Hội thập khớp học Mỹ)
ALT	Men gan Alanine Aminotransferase
AST	Men gan Aspartate aminotransferase
BMI	Body mass index (Chỉ số khối cơ thể)
BN	Bệnh nhân
D ₀	Thời điểm trước điều trị
D ₇	Thời điểm ngày điều trị thứ 7
D ₁₄	Thời điểm ngày điều trị thứ 14
D ₂₁	Thời điểm ngày điều trị thứ 21
ĐC	Nhóm đối chứng
HGB	Hemoglobin (Lượng huyết sắc tố)
N	Số lượng bệnh nhân tham gia nghiên cứu
n	Số lượng khớp gối được chẩn đoán xác định thoái hóa khớp gối
NC	Nhóm nghiên cứu
PLT	Platalet count (Số lượng Tiểu cầu trong máu)
RBC	Red Blood cell (Số lượng Hồng cầu trong máu)
SĐT	Sau điều trị
TĐT	Trước điều trị
THKG	Thoái hóa khớp gối
VAS	Visual Analog Scale (thang điểm đau dạng nhìn)
XBBH	Xoa bóp bấm huyệt
YHCT	Y học cổ truyền
YHĐ	Y học hiện đại
WBC	White blood cell (Số lượng Bạch cầu)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Thoái hóa khớp gối theo Y học hiện đại	3
1.1.1. Định nghĩa	3
1.1.2. Nguyên nhân, yếu tố nguy cơ và cơ chế bệnh sinh thoái hóa khớp gối	3
1.1.3. Lâm sàng và cận lâm sàng thoái hóa khớp gối	5
1.1.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp gối.....	7
1.1.5. Điều trị thoái hóa khớp gối	7
1.1.6. Dự phòng thoái hóa khớp gối	9
1.2. Thoái hóa khớp gối theo Y học cổ truyền.....	10
1.2.1. Bệnh danh.....	10
1.2.2. Bệnh nguyên và bệnh cơ.....	10
1.2.3. Thể lâm sàng và phép điều trị.....	12
1.3. Phương pháp điều trị sử dụng trong nghiên cứu.....	14
1.3.1. Viên khớp VINTONG	14
1.3.2. Xoa bóp bấm huyệt	16
1.3.3. Glucosamine sulfate.....	19
1.4. Một số nghiên cứu về thoái hóa khớp gối trên thế giới và Việt Nam	20
1.4.1. Trên thế giới	20
1.4.2. Ở Việt Nam	20
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	22
2.1. Chất liệu nghiên cứu	22
2.1.1. Viên khớp VINTONG	22
2.1.2. Glucosamine sulfate.....	23
2.1.3. Phương tiện nghiên cứu	23
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	24
2.3. Đối tượng nghiên cứu.....	24
2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	24
2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ	25
2.3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu	25

2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	26
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu.....	26
2.4.2. Trình tự tiến hành.....	27
2.4.3. Chỉ tiêu nghiên cứu.....	29
2.4.4. Phương pháp lượng giá kết quả.....	29
2.5. Phương pháp xử lý số liệu.....	34
2.6. Đạo đức nghiên cứu.....	34
Chương 3. KẾT QUẢ.....	36
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	36
3.1.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.....	36
3.1.2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu.....	39
3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu.....	42
3.2. Kết quả điều trị.....	43
3.2.1. Kết quả điều trị theo chỉ số VAS.....	43
3.2.2. Kết quả điều trị theo chỉ số Lequesne.....	45
3.2.3. Kết quả điều trị theo tầm vận động gấp khớp gối.....	47
3.2.4. Kết quả điều trị chung.....	49
3.2.5. Tác dụng trên cận lâm sàng.....	50
3.3. Tác dụng không mong muốn của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt.....	50
3.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.....	50
3.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng.....	51
Chương 4. BÀN LUẬN.....	53
4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	53
4.1.1. Đặc điểm chung.....	53
4.1.2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu.....	56
4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu.....	59
4.2. Về kết quả điều trị.....	60
4.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS.....	60
4.2.2. Tác dụng cải thiện chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne.....	61
4.2.3. Tác dụng cải thiện tầm vận động gấp khớp gối.....	64

4.2.4. Hiệu quả điều trị chung	66
4.2.5. Tác dụng của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên cận lâm sàng	68
4.3. Về tác dụng không mong muốn của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt	69
4.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	69
4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng	69
KẾT LUẬN	71
KHUYẾN NGHỊ.....	72
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Thành phần của Viên khớp VINTONG.....	22
Bảng 2.2. Đánh giá mức độ đau khớp gối theo VAS.....	31
Bảng 2.3. Mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo Lequesne	31
Bảng 2.4. Chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne.....	32
Bảng 2.5. Đánh giá mức độ hạn chế vận động gấp khớp gối	33
Bảng 2.6. Đánh giá kết quả điều trị.....	33
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	36
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính	37
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh	37
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo BMI	38
Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp	38
Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương khớp gối	39
Bảng 3.7. Triệu chứng lâm sàng khớp gối trước điều trị	39
Bảng 3.8. Mức độ đau khớp gối theo VAS trước điều trị.....	40
Bảng 3.9. Mức độ tổn thương chức năng khớp gối theo Lequesne trước điều trị.....	41
Bảng 3.10. Tầm vận động gấp khớp gối trước điều trị	41
Bảng 3.11. Giai đoạn thoái hóa khớp gối trên X- quang trước điều trị	42
Bảng 3.12. Chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm nghiên cứu.....	43
Bảng 3.13. Chỉ số Lequesne trung bình tại các thời điểm nghiên cứu	45
Bảng 3.14. Tầm vận động gấp khớp gối trung bình tại các thời điểm.....	47
Bảng 3.15. Tốc độ lắng hồng cầu trước và sau điều trị	50
Bảng 3.16. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt	50
Bảng 3.17. Chỉ số huyết học trước và sau điều trị	51
Bảng 3.18. Chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị	52

DANH MỤC HÌNH, SƠ ĐỒ

Hình 1.1. X - quang thoái hóa khớp gối theo Kellgren & Lawrence.....	6
Hình 2.1. Thước đánh giá điểm đau theo VAS.....	30
Hình 2.2. Đo tầm vận động gấp khớp gối.....	33
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu	35

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân loại mức độ đau theo VAS trước và sau điều trị	44
Biểu đồ 3.2. Phân loại mức độ chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne trước và sau điều trị	46
Biểu đồ 3.3. Phân loại mức độ tầm vận động gấp khớp gối trước và sau điều trị.....	48
Biểu đồ 3.4. Phân loại kết quả điều trị sau 21 ngày	49

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp gối (THKG) là bệnh thoái hóa loạn dưỡng khớp gối, gây đau và biến dạng khớp. Tổn thương cơ bản là sự thoái hóa sụn, gắn liền với những thay đổi sinh học, cơ học, giải phẫu và bệnh lý của phần khoang khớp (bao gồm: xương dưới sụn, màng hoạt dịch...) [1], [2].

Do khớp gối là khớp chịu phần lớn trọng lượng của cơ thể và hoạt động thường xuyên nên tỉ lệ mắc THKG khá cao. Theo các số liệu thống kê cho thấy: THKG ảnh hưởng tới 250 triệu người trên toàn thế giới [3]. Tại Mỹ, gần 10% bệnh nhân (BN) THKG có triệu chứng từ 60 tuổi, mỗi năm chi phí chăm sóc cho người bệnh THKG là hơn 186 tỷ USD [4]. Ở Việt Nam, THKG cũng là một loại bệnh thường gặp trong các bệnh lý về cơ xương khớp, chiếm 12,57% trong tổng số các bệnh lý khớp có thoái hóa [2].

THKG tuy không gây nguy hiểm về tính mạng nhưng ảnh hưởng tới chức năng vận động, từ đó làm giảm chất lượng cuộc sống của BN và gây thiệt hại không nhỏ tới kinh tế của cá nhân, gia đình và xã hội. Nhận thấy những ảnh hưởng nghiêm trọng của THKG tới cộng đồng xã hội, y học đã có rất nhiều nghiên cứu trong chẩn đoán và điều trị bệnh. Y học hiện đại (YHHĐ) với những phương tiện kỹ thuật cao đã đưa ra rất nhiều phương pháp điều trị bệnh như: thuốc giảm đau kháng viêm, thuốc và thực phẩm chức năng tăng dinh dưỡng sụn khớp, liệu pháp tế bào gốc, bổ sung chất nhầy cho khớp...; kết hợp với vật lý trị liệu: hồng ngoại, siêu âm điều trị, đắp nắn...và điều trị ngoại khoa. Những phương pháp này đều đã được chứng minh mang lại hiệu quả, giúp giảm đau và làm chậm quá trình thoái hóa [1], [5], [6].

Bên cạnh đó, Y học cổ truyền (YHCT) cũng có những kết quả nhất định trong điều trị THKG. Theo YHCT, THKG thuộc phạm vi “Chứng tý” và chứng “Hạc tất phong”. Bệnh sinh ra do công năng tạng phủ hư suy, tà khí phong hàn thấp thừa cơ xâm nhập gây bế tắc kinh lạc [7], [8].

Nền YHCT qua hàng ngàn năm hình thành và phát triển đã kế thừa những tinh hoa, kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị, cùng với những kỹ thuật công nghệ của khoa học hiện đại đã nghiên cứu cho thấy các phương pháp điều trị của YHCT như: châm cứu, xoa bóp bấm huyệt (XBBH), khí công dưỡng sinh, thuốc YHCT...có tác dụng rất tốt trong giảm đau và ngăn chặn bệnh tiến triển đồng thời an toàn, dễ áp dụng, chi phí thấp.

Trên cơ sở bài thuốc kinh nghiệm KNC của Phó giáo sư, Tiến sĩ Đâu Xuân Cảnh, nhóm nghiên cứu của bệnh viện Tuệ Tĩnh đã nghiên cứu sản xuất Viên khớp VINTONG để điều trị chứng tý. Qua một số nghiên cứu bước đầu trên thực nghiệm đã kết luận thuốc an toàn, có tác dụng thông kinh hoạt lạc, chỉ thống tý, bổ can thận, bổ khí huyết... [9]. Đây chính là phương pháp điều trị chứng tý trong YHCT. Bài thuốc đã được điều trị thoái hóa khớp tại một số vị trí khác, như: cột sống thắt lưng, cột sống cổ, khớp vai... [10]. Tuy vậy, sau khi chuyển dạng bào chế, sản phẩm Viên khớp VINTONG chưa được đánh giá tác dụng trên các bệnh nhân THKG. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá tác dụng của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị thoái hóa khớp gối”** với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng điều trị thoái hóa khớp gối của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.*
2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Thoái hóa khớp gối theo Y học hiện đại

1.1.1. Định nghĩa

THKG là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn. Sự mất cân bằng này có thể được bắt đầu bởi nhiều yếu tố: di truyền, phát triển, chuyển hoá và chấn thương, biểu hiện cuối cùng của THKG là các thay đổi hình thái, sinh hoá, phân tử và cơ sinh học của tế bào và chất cơ bản của sụn dẫn đến nhuyễn hoá, nứt loét và mất sụn khớp, xơ hoá xương dưới sụn, tạo gai xương và hốc xương dưới sụn [5], [6], [11].

1.1.2. Nguyên nhân, yếu tố nguy cơ và cơ chế bệnh sinh thoái hóa khớp gối

1.1.2.1. Nguyên nhân thoái hóa khớp gối

Theo nguyên nhân chia thành hai loại: THKG nguyên phát và thứ phát.

- THKG nguyên phát: Là nguyên nhân chính, xuất hiện muộn, thường gặp ở BN trên 60 tuổi, có thể ở một hoặc hai khớp, tiến triển chậm. Ngoài ra các yếu tố di truyền, yếu tố nội tiết và chuyển hoá (mãn kinh, đái tháo đường...) có thể gia tăng tình trạng thoái hóa [1], [5].

- THKG thứ phát: Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nguyên nhân có thể do sau các chấn thương khiến trục khớp thay đổi (gãy xương khớp, can lệch...); các bất thường trục khớp gối bẩm sinh: khớp gối quay ra ngoài (genu valgum), khớp gối quay vào trong (genu varum), khớp gối quá duỗi (genu recurvatum)... hoặc sau các tổn thương viêm khác tại khớp gối (viêm khớp dạng thấp, lao khớp, bệnh gout, chảy máu trong khớp ...) [1], [6], [12].

1.1.2.2. Các yếu tố nguy cơ của thoái hóa khớp gối

Nhiều nghiên cứu cho thấy các yếu tố nguy cơ của THKG bao gồm [2], [5], [13], [14]:

- Tuổi: tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng nhiều.
- Giới tính và hormon: THKG hay gặp ở nữ giới, chiếm 80%; có thể liên quan đến hormon estrogen.
- chủng tộc: trong một số nghiên cứu ở Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ THKG ở nữ giới là người Mỹ gốc Phi cao hơn chủng tộc khác (nhưng không đúng với nam giới).
- Các bệnh lý bẩm sinh hay mắc phải gây tổn thương khớp: thường hay gặp ở khớp háng hơn.
- Yếu tố gen: có mối liên quan chặt chẽ với thoái hóa khớp bàn tay hơn là THKG hay khớp háng.
- Hoạt động thể lực quá mức, chấn thương.
- Béo phì, đặc biệt vòng bụng lớn và kèm các rối loạn chuyển hóa khác. Chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp hơn sẽ giúp giảm đau hơn ở người THKG.
- Thiếu hụt vitamin D và C có thể liên quan tới tăng tỷ lệ THKG.

1.1.2.3. Cơ chế bệnh sinh của thoái hóa khớp gối

THKG xảy ra theo hai cơ chế chính:

Cơ chế thứ nhất: Đa số tổn thương thoái hóa thường khu trú ở các vị trí chịu lực của sụn và vị trí sau chấn thương. Vì vậy, các chấn thương lặp đi lặp lại (các yếu tố sinh học và cơ học) được xác định là những yếu tố quan trọng dẫn đến khởi phát và gây ra THKG. Các tế bào sụn sẽ phản ứng lại với các tác động trên bằng cách giải phóng các enzyme gây thoái hóa và tạo thành đáp ứng sửa chữa không đầy đủ [6], [15].

Cơ chế thứ hai: Xảy ra ở một số ít trường hợp do sự khiếm khuyết của sụn khớp. Ví dụ sự thiếu hụt các gen tạo nên collagen type 2 sẽ biến đổi sụn khớp trở nên kém chịu lực hơn so với khớp bình thường, từ đó khởi phát quá trình THKG. Khi quá trình THKG được khởi phát sẽ có những bất thường xảy ra, bao gồm: các dẫn truyền cơ học, sự tương tác qua lại giữa các protease, các yếu tố ức chế protease, cytokine, interleukin... trên sụn khớp thoái hóa; kết hợp với

tác động của các yếu tố nguy cơ như béo phì, tuổi tác, các hormon... sẽ thúc đẩy quá trình thoái hóa ở sụn, chất nền sụn khớp và các tổ chức ngoài sụn (xương dưới sụn, màng hoạt dịch...) [11], [16].

- Cơ chế gây đau trong thoái hóa khớp gối:

Vì sụn khớp không có hệ thần kinh nên đau có thể do các cơ chế sau: viêm màng hoạt dịch, viêm bao khớp hoặc bao khớp bị căng phồng do sự phù nề quanh khớp; sự co kéo của dây chằng trong khớp, các cơ bị co thắt; sự kích thích của các vết rạn nứt nhỏ ở vùng đầu xương dưới sụn; mọc gai xương gây kéo căng các đầu mút thần kinh ở màng xương [5].

1.1.3. Lâm sàng và cận lâm sàng thoái hóa khớp gối

1.1.3.1. Lâm sàng thoái hóa khớp gối

- Đau khớp gối: đau kiểu cơ học: đau tăng khi vận động, khi thay đổi tư thế (đi lại, lên cầu thang, đứng lên ngồi xuống...) giảm đau khi nghỉ ngơi. Đau âm ỉ, có thể xuất hiện các cơn đau cấp. Thời gian đau dài ngắn tùy trường hợp. Sau một đợt có thể hết đau hoàn toàn hoặc không [12].

- Hạn chế vận động: đi lại khó khăn, đặc biệt khi ngồi xổm, leo cầu thang. Hạn chế vận động nặng có thể không đi lại được hoặc cần phải có hỗ trợ từ người khác, nạng chống [11].

- Dấu hiệu “phá rì khớp”: Là dấu hiệu cứng khớp buổi sáng kéo dài không quá 30 phút. Sau đó, BN vận động trở lại bình thường [11].

- Tiếng động bất thường tại khớp xuất hiện khi vận động: Nghe thấy lục cục, lạo xạo tại khớp khi co duỗi khớp, đi lại [5].

- Một số BN xuất hiện khớp sưng to do gai xương và phì đại mỡ quanh khớp, hoặc do tràn dịch khớp gối (dấu hiệu bập bênh xương bánh chè). Một số trường hợp có thoát vị bao hoạt dịch ở vùng khoeo (kén Baker) [15].

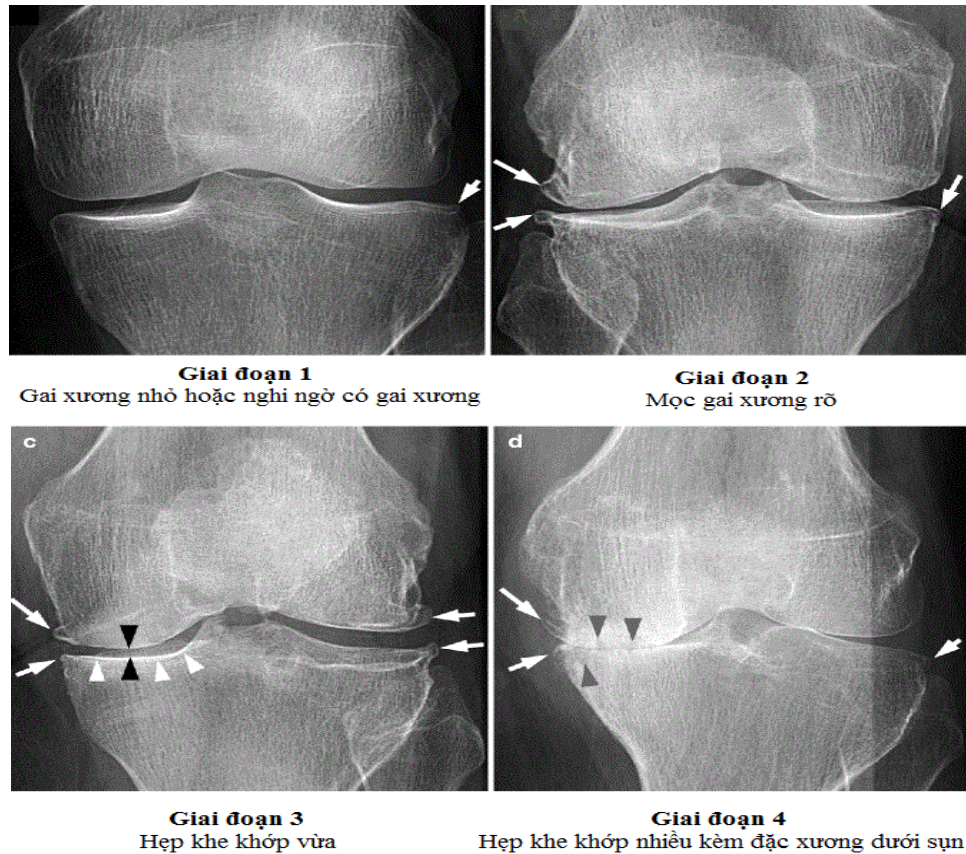
1.1.3.2. Cận lâm sàng thoái hóa khớp gối

* Chụp X- quang khớp gối: Được sử dụng để chẩn đoán và đánh giá giai đoạn THKG, bao gồm 3 dấu hiệu cơ bản [1], [6], [12]:

- Hẹp khe khớp không đồng đều, hẹp không hoàn toàn, ít khi dính khớp hoàn toàn trừ THKG giai đoạn cuối.

- Đặc xương ở phần đầu xương dưới sụn, trong phần xương đặc có thể thấy một số hốc nhỏ sáng hơn.

- Gai xương tân tạo ở phần tiếp giáp xương và sụn, gai thô, đậm đặc.



Hình 1.1. X - quang thoái hóa khớp gối theo Kellgren & Lawrence [4]

Giai đoạn THKG trên X - quang theo Kellgren và Lawrence (1957) [17]:

- Giai đoạn 1: Gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương.
- Giai đoạn 2: Mọc gai xương rõ.
- Giai đoạn 3: Hẹp khe khớp vừa.
- Giai đoạn 4: Hẹp khe khớp nhiều kèm đặc xương dưới sụn.

* Siêu âm khớp gối: Đánh giá tình trạng hẹp khe khớp, gai xương, tràn dịch khớp, đo độ dày sụn khớp, màng hoạt dịch khớp, phát hiện các mảnh sụn thoái hóa bong vào trong ổ khớp [6].

* Chụp cộng hưởng từ (MRI) khớp gối: Phương pháp này có thể quan sát được hình ảnh khớp gối một cách đầy đủ trong không gian ba chiều, phát hiện được tổn thương sụn khớp, dây chằng, màng hoạt dịch. Tuy nhiên, trên thực tế trong chẩn đoán THKG là không cần thiết vì chi phí cao [11], [42].

* Nội soi khớp gối: phương pháp nội soi khớp quan sát trực tiếp được tổn thương thoái hoá của sụn khớp ở các mức độ khác nhau (theo Outbright chia bốn độ), qua nội soi khớp kết hợp sinh thiết màng hoạt dịch để làm xét nghiệm tế bào chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khớp khác. Ngoài ra đây còn là phương pháp để can thiệp điều trị [5], [18].

* Các xét nghiệm khác: Xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu, tốc độ lắng máu bình thường. Đếm tế bào dịch khớp gối < 1000 tế bào/ 1mm^3 [6].

1.1.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp gối

Chẩn đoán THKG nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hội thập khớp học Mỹ (American College of Rheumatology- ACR) công bố năm 1991 [1]:

1. Đau khớp gối.
2. Gai xương ở rìa khớp trên X- quang.
3. Dịch khớp là dịch thoái hóa.
4. Tuổi ≥ 40 .
5. Cứng khớp buổi sáng dưới 30 phút.
6. Lạo xạo ở khớp khi cử động.

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

Theo tác giả Nguyễn Thị Ái [19]: Tiêu chuẩn này có độ nhạy $> 94\%$, độ đặc hiệu $> 88\%$ và là tiêu chuẩn phù hợp nhất với điều kiện Việt Nam.

1.1.5. Điều trị thoái hóa khớp gối

1.1.5.1. Nguyên tắc điều trị

Giảm đau trong đợt tiến triển. Phục hồi chức năng vận động, hạn chế, ngăn ngừa biến dạng khớp. Tránh các tác dụng không mong muốn của thuốc, lưu ý tương tác thuốc và các bệnh kết hợp ở người cao tuổi. Nâng cao chất lượng

cuộc sống cho người bệnh [6], [11].

1.1.5.2. Điều trị nội khoa

* Vật lý trị liệu

Phương pháp siêu âm điều trị, hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp sóng siêu âm, bồn có hiệu quả cao. Ngoài ra cần chú ý giảm cân ở BN béo phì; sửa chữa biến dạng, lệch trục khớp. Những phương pháp này có tác dụng giảm đau tốt, chữa các tư thế xấu, duy trì và tăng cường dinh dưỡng cơ ở cạnh khớp [15].

* Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh: được chỉ định khi có đau khớp [1], [5], [6]:

- Thuốc giảm đau: Paracetamol 1g-2g/ngày. Có thể chỉ định các thuốc giảm đau bậc 2: Paracetamol phối hợp với Tramadol 1g-2g/ngày.

- Thuốc chống viêm không steroid (Non-steroidal anti-inflammatory drugs - NSAIDs): sử dụng một trong các thuốc:

+ Etoricoxib 30-60mg/ngày, Celecoxib 200mg/ngày, Meloxicam 7.5-15 mg/ngày.

+ Thuốc chống viêm không Steroid khác: Diclofenac 50-100mg/ngày, Piroxicam 20mg/ngày...

- Thuốc bôi ngoài da: Bôi tại khớp đau 2-3 lần/ngày. Các loại gel như: Voltaren Emugel... có tác dụng giảm đau tốt và rất ít tác dụng phụ.

- Corticosteroid: Không có chỉ định cho đường toàn thân.

- Tiêm nội khớp:

+ Hydrocortison acetat: Mỗi đợt tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 3 mũi tiêm mỗi đợt. Không tiêm quá 3 đợt trong một năm.

+ Các chế phẩm chậm: Methylprednisolon, Betamethasone dipropionate tiêm mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Không tiêm quá 3 đợt một năm vì thuốc gây tổn thương sụn khớp nếu dùng quá liều.

+ Acid hyaluronic (AH) dưới dạng hyaluronate: 1 ống/tuần x 3-5 tuần liên.

* Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm (Symptom-slow-acting drugs

for Osteoarthritis - SySADOA) [15]:

Nên chỉ định sớm, kéo dài, khi có đợt đau khớp, kết hợp với các thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh nêu trên. Thuốc có tác dụng kéo dài khoảng 2-3 tuần sau khi ngừng sử dụng.

+ Piascledine 300mg (cao toàn phần không xà phòng hóa quả bơ và đậu nành): 1 viên/ngày.

+ Glucosamine sulfate: 1,5g/ngày.

+ Acid hyaluronic kết hợp Chondroitin sulfate: 30ml uống mỗi ngày.

+ Thuốc ức chế Interleukin I: Diacerein 50mg x 2 viên/ngày.

* Huyết tương giàu tiểu cầu tự thân (PRP) [5], [20]:

Lấy máu tĩnh mạch, chống đông, ly tâm tách huyết tương sau đó bơm vào khớp gối 6ml-8ml.

* Cấy ghép tế bào gốc (Stem cell transplantation) [6], [21]:

Tế bào gốc chiết xuất từ mô mỡ tự thân (Adipose Derived Stemcell-ADSCs). Tế bào gốc từ nguồn gốc tủy xương tự thân.

1.1.5.3. Điều trị ngoại khoa

* Điều trị dưới nội soi khớp [1], [6]:

Cắt lọc, bào, rửa khớp. Khoan kích thích tạo xương (microfracture). Cấy ghép tế bào sụn.

* Phẫu thuật thay khớp nhân tạo [11]:

Được chỉ định ở các thể nặng tiến triển, có giảm nhiều chức năng vận động. Thường được áp dụng ở những BN trên 60 tuổi. Thay khớp gối một phần hay toàn bộ khớp.

1.1.6. Dự phòng thoái hóa khớp gối

Chống béo phì. Có chế độ vận động thể dục thể thao hợp lý, bảo vệ khớp tránh quá tải. Phát hiện điều trị chỉnh hình sớm các dị tật khớp (lệch trục khớp, khớp gối vẹo trong, vẹo ngoài...) [5], [11], [12].

1.2. Thoái hóa khớp gối theo Y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

YHCT không có bệnh danh của bệnh THKG. Tuy nhiên hầu hết BN đến khám và điều trị THKG thường có triệu chứng là đau và hạn chế vận động nên THKG được quy vào chứng tý theo YHCT. Tý có nghĩa là bế tắc, khí huyết ứ trệ, bế trở bất thông [7], [8], [22].

1.2.2. Bệnh nguyên và bệnh cơ

1.2.2.1. Bệnh nguyên

- Tà khí phong, hàn, thấp, nhiệt nhân tẩu lý sơ hở, vệ khí không đầy đủ, chính khí suy giảm mà xâm nhập vào gân, cơ, xương khớp, kinh lạc khiến khí huyết vận hành trở trệ, ứ lại gây sưng, nóng, đỏ, đau. Sách “Loại chính trị tài” nêu rõ: Các chứng tý do vệ hư trước, tẩu lý không kín đáo, phong hàn thấp nhân chỗ hư xâm nhập, chính khí bị tà khí ngăn trở không lưu thông, do đó khí huyết ứ trở lâu ngày thành chứng tý [8], [23].

- Lao lực quá độ, nghỉ ngơi không hợp lý, tinh khí tổn thương, vệ ngoại bất cố, ngoại nhân thừa cơ xâm nhập. Bệnh lâu ngày không được điều trị thích đáng hoặc do uống quá nhiều thuốc khử phong táo thấp, thanh nhiệt táo thấp... làm hao thương khí huyết, tổn thương âm dịch gây khí trệ huyết ứ, đàm trọc trệ lạc. Đàm và ứ phối hợp nên kinh lạc tắc trở, gây sưng nề khớp, có thể dẫn đến biến dạng, co duỗi khó khăn [8], [24].

1.2.2.2. Bệnh cơ.

Phong, hàn, thấp, nhiệt, đàm ứ... lưu lại ở xương khớp, cơ nhục, kinh mạch trở trệ, bất thông tắc thống... đó là bệnh cơ chính yếu của chứng tý. Thể chất con người không giống nhau, tà khí phong hàn thấp cũng có chỗ thiên thắng. Sau khi phong hàn thấp xâm nhập nếu nặng về phong hơn gọi là “Hành tý”, nặng về hàn thì gọi là “Thống tý”, nặng về thấp hơn gọi là “Trước tý”. Nếu thể chất vốn thuộc dương thịnh, có nhiệt tích trong cơ thể thì khi nhiễm phong hàn thấp rất dễ hóa thành nhiệt gọi là Nhiệt tý. Dù là thể phong hàn thấp hay phong

thấp nhiệt, nếu bệnh diễn biến kéo dài cũng ảnh hưởng đến công năng hoạt động của tạng can, thận, tỳ gây teo cơ, biến dạng. Vương Chí Lan nói: Những người âm hư, nhiệt tà uất lại gây chứng nhiệt thắng. Dương hư sinh chứng hàn thắng. Âm dương lưỡng hư lâu ngày thành hàn nhiệt thác tạp. Ba loại này không điều trị kịp thời sẽ thương tổn đến tạng phủ, chủ yếu là: can, thận, tỳ, dần dần làm cho cơ nhục teo, cân co quắp, gân cốt co cứng, tái diễn nhiều lần dẫn đến xương khớp biến dạng [22], [25], [26].

Đàm trọc, huyết ứ, thủy thấp trong quá trình phát sinh, phát triển của bệnh tật làm tắc trở kinh mạch, ảnh hưởng đến sự phân bố của tân dịch khí huyết. Huyết trệ gây ứ, tân ngưng sinh đàm, đàm trọc huyết ứ gây trở trệ kinh lạc, kết hợp với ngoại tà sinh ra các chứng trạng đau khớp, gập duỗi khó khăn, biến dạng...hình thành một vòng xoắn bệnh lý, bệnh cũ tà mới giao tranh nên bệnh kéo dài triền miên không khỏi, hay tái phát [8], [24].

Theo Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác, điều cốt yếu của chứng tý là do bên trong cơ thể hư suy, hai kinh can thận suy yếu khiến tinh huyết giảm, không nuôi dưỡng được cân xương, tà khí thừa cơ xâm nhập vào cơ thể mà gây bệnh [7].

Như vậy, bệnh nguyên và bệnh sinh của THKG theo YHCT bao gồm [7]:

- Do tuổi cao, thận khí hư, vệ khí hư yếu. Vệ ngoại bất cố khiến tà khí phong hàn thấp nhiệt dễ dàng xâm nhập vào cơ thể. Tà khí ứ lại ở cơ nhục, cân mạch, kinh lạc gây khí huyết không thông, tạo thành chứng tý.

- Do tuổi cao, chức năng các tạng trong cơ thể hư suy hoặc do ốm đau lâu ngày, hoặc có bầm tổ cơ thể tiên thiên bất túc, hoặc do phòng dục quá độ khiến thận tinh hao tổn, thận hư không nuôi dưỡng được can âm, dẫn tới can huyết hư. Thận hư không chủ được cốt tủy, can huyết hư không nuôi dưỡng được cân gây nên chứng tý.

- Do lao động nặng nhọc, gánh vác lâu ngày... hoặc do tuổi đã cao, cơ nhục yếu lại thêm vận động sai tư thế. Hoặc do ngã, va đập...làm tổn thương

kinh mạch, dẫn tới đường đi của khí huyết không thông, khí huyết ứ lại tạo thành chứng tý.

1.2.3. Thể lâm sàng và phép điều trị

Có nhiều cách phân loại chứng tý. Dựa vào bệnh nguyên có thể phân ra phong hàn thấp tý (hành tý, thống tý, trước tý) và phong thấp nhiệt tý. Theo bệnh vị còn có thể chia thành ngũ thể tý, ngũ tạng tý, lục phủ tý [27].

Đối với THKG, dựa vào bệnh nguyên và bệnh cơ phân thành các thể lâm sàng sau [7]:

1.2.3.1. Thể thận khí hư, vệ ngoại bất cố, tà khí thừa cơ xâm nhập

- Chứng hậu: Cảm giác đau nhức khớp gối và các khớp xương khác, hạn chế vận động khớp, mệt mỏi, thờ ngẩn, sợ lạnh, chi lạnh, tiểu tiện nhiều lần. Lưỡi bè to, rêu lưỡi trắng mỏng. Mạch trầm tế.

- Pháp điều trị: Ích khí, dưỡng thận, khử tà, thông kinh lạc.

- Bài thuốc: Thận khí hoàn gia vị (Gia thêm Đỗ trọng, Cửu tích, Tục đoạn, Cốt toái bổ), tán bột luyện mật làm hoàn. Ngày uống 12-16g/lần, ngày dùng 2-3 lần với nước ấm hoặc nước muối nhạt. Có thể dùng thang sắc uống, ngày sắc 01 thang, chia uống 02 lần.

+ Nếu kiêm do phong hàn dùng thang sắc uống gia thêm: Phòng phong 15g, Kinh giới 10g, Tế tân 08g, Đan sâm 15g, Đương quy 15g.

+ Nếu kiêm do phong thấp dùng thang sắc uống gia vị: Phòng phong 15g, Tang chi 15g, Tang ký sinh 15g, Ké đầu ngựa 15g, Đau xương 15g, Mộc qua 12g.

+ Nếu kiêm do phong hàn thấp dùng thang sắc uống gia vị: Phòng phong 15g, Khương hoạt 10g, Độc hoạt 10g, Ngũ gia bì 12g, Đan sâm 15g, Xuyên khung 12g, Thương truật 10g.

- Châm cứu: Châm bổ Thận du, Đại trường du, Mệnh môn. Châm tả các huyết quanh khớp gối (Độc ty, Hạc đỉnh, Ủy trung, Lương khâu, Huyết hải...), Phong trì, Phong môn

- XBBH vùng khớp gối bị bệnh: 15-30 phút/lần × 1-2 lần/ngày
- Luyện tập khí công dưỡng sinh: Các bài luyện thở, luyện hình thể. 20-30 phút/lần × 1-2 lần/ngày

1.2.3.2. *Thể Can Thận hư*

- Chứng hậu: khớp gối và khớp tứ chi đau mỏi, co duỗi các khớp khó khăn, chân tay tê bì, đau đầu âm ỉ, ù tai, hoa mắt chóng mặt, ngủ ít. Lưỡi hồng, rêu lưỡi mỏng, mạch huyền tế sắc.

- Pháp điều trị: Bổ can thận, thông kinh lạc.

- Phương dược: Lục vị địa hoàng hoàn gia vị: Đỗ trọng, Cốt toái bổ, Tục đoạn, Đan sâm, Xuyên Khung, Dương quy. Các vị thuốc tán bột luyện mật làm hoàn. Ngày uống 12-16g/lần, ngày dùng 2-3 lần với nước ấm hoặc nước muối nhạt. Có thể dùng thang sắc uống, ngày sắc 01 thang, chia uống 02 lần.

+ Nếu THKG do Can Thận hư kèm theo triệu chứng của phong hàn thấp: sợ lạnh, thích chườm ấm, thay đổi thời tiết đau tăng, đau mỏi nặng nề...thì dùng “Độc hoạt tang ký sinh” gia vị: Cốt toái bổ, Câu tích. Sắc ngày 01 thang, chia uống 02 lần.

- Châm cứu: Châm tả các huyệt: Độc ty, Nội tất nhãn, Lương khâu, Huyết hải, Dương lăng tuyền, Tam âm giao, Ủy trung, Hợp cốc, Phong môn...Châm bổ: Thận du, Tam âm giao, Thái khê.

- XBBH vùng khớp gối bị bệnh: 15-30 phút/lần × 1-2 lần/ngày
- Luyện tập khí công dưỡng sinh: Các bài luyện thở, luyện hình thể. 20-30 phút/lần × 1-2 lần/ngày

1.2.3.3. *Thể khí trệ huyết ứ*

- Chứng hậu: Khớp gối đau nhức tại chỗ, có thể sưng nóng, vận động hạn chế, chân tay tê bì, đau đầu, hoa mắt chóng mặt. Chát lưỡi hồng, có điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng, mạch trầm sáp.

- Pháp điều trị: Hành khí hoạt huyết, thông kinh lạc.

- Phương dược: Tứ vật đào hồng gia: Cốt toái bổ, Câu tích, Đỗ trọng, Đan

sâm, Tục đoạn. Sắc ngày 01 thang, chia uống 02 lần.

- Châm cứu: Châm tả: Huyết hải, Lương Khâu, Độc ty, Nội tất nhãn, Dương lăng tuyền, Âm lăng tuyền, Hạc đỉnh... Châm bổ Cách du, Tam âm giao, Thái khê.

- XBBH vùng khớp gối bị bệnh: 15-30 phút/lần \times 1-2 lần/ngày

- Luyện tập khí công dưỡng sinh: Các bài luyện thở, luyện hình thể. 20-30 phút/lần \times 1-2 lần/ngày.

Ngoài ra có thể dùng một số phương pháp điều trị khác như: đắp thuốc, dán cao thuốc, bôi thuốc... Các phương pháp này đều sử dụng các vị thuốc YHCT có tác dụng hành khí, hoạt huyết, tiêu thũng để giảm sưng, giảm đau.

1.3. Phương pháp điều trị sử dụng trong nghiên cứu

1.3.1. Viên khớp VINTONG

1.3.1.1. Xuất xứ của Viên khớp VINTONG.

Viên khớp VINTONG là dạng thành phẩm mới được phát triển từ cao đặc KNC - kết quả công trình nghiên cứu từ bài thuốc KNC, là bài thuốc kinh nghiệm của Phó giáo sư, Tiến sỹ Đậu Xuân Cảnh. Bài thuốc KNC đã được ứng dụng tại bệnh viện Tuệ Tĩnh để điều trị chứng tỳ cho kết quả khá tốt. Còn Viên khớp VINTONG là sản phẩm đã được nghiên cứu độc chất cấp tính và bán trường diễn, tác dụng dược lý trên thực nghiệm cho kết quả an toàn [9], [10].

1.3.1.2. Công năng chủ trị:

Khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc, bổ can thận, bổ khí huyết. Dùng điều trị các chứng bệnh đau nhức xương khớp, hạn chế vận động khớp, đi lại khó khăn, tê bì tay chân, đau mỏi cơ, THKG, thoái hóa cột sống cổ, cột sống thắt lưng, thoát vị đĩa đệm, viêm quanh khớp vai, viêm đa khớp, đau dây thần kinh tọa, phòng ngừa và làm chậm quá trình thoái hóa xương khớp, phục hồi chức năng xương khớp sau chấn thương.

1.3.1.3. Phân tích phương thuốc

Bài thuốc được cấu tạo từ 2 nhóm thuốc chính:

Nhóm thuốc lấy khứ tà làm chủ: Độc hoạt, Khương hoạt, Tàn giao, Tế tân, Phòng phong: khứ phong hàn thấp, hoạt lạc thông tý. Độc hoạt với tác dụng trừ phong hàn thấp tý, quy vào kinh thận và bàng quang, chủ trị chứng hàn thấp từ thắt lưng trở xuống; Kết hợp với Khương hoạt trừ phong thấp tý, chủ trị những chứng phong thấp từ thắt lưng trở lên. Nhờ công dụng của 2 vị thuốc Khương hoạt và Độc hoạt mà Viên khớp VINTONG được ứng dụng rộng rãi hơn trong điều trị thoái hóa khớp. Tức là có khả năng điều trị thoái hóa đa khớp như khớp gối, cột sống cổ, cột sống thắt lưng... [28], [29], [30], [phụ lục 4].

Nhóm thuốc lấy phù chính làm chủ: Trong đó có bài Tứ vật (Xuyên khung, Đương quy, Thục địa, Bạch thược) vừa bổ huyết vừa hoạt huyết với dụng ý “Trị phong tiên trị huyết, huyết hành phong tự diệt”. Đẳng sâm, Cam thảo để ích khí kiện tỳ, có tác dụng trợ lực trừ phong thấp. Bài thuốc còn có Tang ký sinh, Đỗ trọng, Ngưu tất với mục đích bổ can thận, mạnh gân xương. Các vị thuốc hợp lại thành một bài thuốc vừa trị tiêu trị bản, vừa phù chính khu tà; thích hợp điều trị THKG do can thận hư kèm theo triệu chứng của phong hàn thấp [30], [phụ lục 4].

1.3.1.4. Các nghiên cứu về Viên khớp VINTONG

- Nghiên cứu độc tính cấp của “Viên khớp VINTONG” theo đường uống trên chuột nhắt trắng: Chưa tìm thấy LD50 của “Viên khớp VINTONG” theo đường uống trên chuột nhắt trắng với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong vòng 24 giờ là 36,0g/kg thể trọng [9].

- Nghiên cứu độc tính bán trường diễn của Viên khớp VINTONG trên chuột cống trắng: Trên các lô chuột dùng Viên khớp VINTONG liều 1,4g/kg/ngày và liều 7,0g/kg/ngày trong 90 ngày liên tục cho thấy:

- + Chuột khỏe mạnh, tăng trọng đều, tốt.
- + Chưa thấy ảnh hưởng các sóng điện tim ở đạo trình DII của chuột
- + Không làm thay đổi các chỉ số huyết học (hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, thể tích trung bình hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu).

+ Không làm thay đổi các chỉ số sinh hóa máu đánh giá chức năng gan, thận (hoạt độ các enzym AST, ALT, Albumin huyết tương, Cholesterol toàn phần, Bilirubin toàn phần, Creatinin).

+ Không gây tổn thương mô bệnh học gan, lách, thận [9].

- Nghiên cứu tác dụng chống viêm giảm đau của Viên khớp VINTONG” trên động vật thực nghiệm: Viên khớp VINTONG ở cả 2 mức liều 2,4g/kg/ngày và 4,8g/kg/ngày có tác dụng chống viêm tốt trên các mô hình thực nghiệm:

+ Tác dụng chống viêm khớp gây ra bởi tá chất Freund trên chuột cống trắng.

+ Tác dụng chống viêm cấp trên mô hình gây phù chân chuột cống trắng bằng Carrageenin.

+ Tác dụng chống viêm mạn theo mô hình gây u hạt trên chuột cống trắng.

+ Tác dụng giảm đau trên mô hình gây đau bởi phiến nóng (Hotplate)

+ Tác dụng giảm đau theo phương pháp gây đau quặn bằng acid acetic (Phương pháp Koster) [9]

1.3.2. Xoa bóp bấm huyệt

XBBH là phương pháp phòng bệnh và chữa bệnh dưới sự chỉ đạo của lý luận YHCT. Đặc điểm của XBBH là người thầy thuốc dùng bàn tay ngón tay tác động lên da, gân, cơ, khớp nhằm mục đích để phòng và chữa một số bệnh nhất định [31], [32].

1.3.2.1. Nguồn gốc xoa bóp bấm huyệt

* Trên thế giới [31], [32], [33]:

Ở Trung Quốc, xoa bóp có lịch sử từ rất lâu đời. Theo những ghi chép trong “Sử ký” vào thời kỳ Xuân thu chiến quốc, Biền Thước đã dẫn các đệ tử sử dụng các phương pháp xoa bóp cấp cứu chữa trị thành công các ca hôn mê. Thời kỳ Tần Hán đã cho ra đời cuốn “Hoàng đế kỳ bá án ma” - tập sách chuyên đề xoa bóp đầu tiên của Trung Quốc ra đời, đánh dấu nền y học xoa bóp của

Trung Quốc đi vào giai đoạn chỉnh lý một cách có hệ thống với các kinh nghiệm thực tiễn và dần hình thành hệ thống lý luận hoàn chỉnh. Ở Ai Cập, trên những bức tranh khắc lên đá đã ghi lại những hình người đang xoa bóp. Hypocrat đã khuyên dạy môn đồ dùng xoa bóp để chữa cứng khớp... Ở các nước châu Âu, môn xoa bóp cũng được phổ biến rộng rãi, đặc biệt trong giới thể thao.

* Tại Việt Nam [23], [32], [33]:

XBBH là phương pháp ra đời từ rất sớm và phát triển trên cơ sở những kinh nghiệm tích lũy được trong quá trình bảo vệ sức khoẻ.

Tuệ Tĩnh ở thế kỷ XIV đã đề cập đến xoa bóp chữa một số chứng bệnh trong cuốn “Nam dược thần hiệu”. Nguyễn Trục thế kỷ XV đã đúc kết nhiều kinh nghiệm XBBH để điều trị chứng phúc thống, tiết tả... trong cuốn “Bảo anh lương phương”. Đào Công Chính thế kỷ XVIII đã tổng kết các phương pháp tự tập luyện, XBBH để phòng và chữa bệnh trong cuốn “Bảo sinh diên thọ toàn yếu”. Hải Thượng Lãn Ông đã đề cập đến XBBH trong cuốn “Vệ sinh yếu quyết”.

YHHĐ và YHCT đều có phương pháp xoa bóp. XBBH của YHCT được chỉ đạo bằng lý luận của YHCT và tiến hành chủ yếu bằng tay. Khoa YHCT trường Đại học Y Hà Nội và bộ môn khí công dưỡng sinh của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam cũng đã biên soạn nhiều tài liệu giảng dạy, hướng dẫn ứng dụng các phương pháp XBBH vào phòng và điều trị bệnh.

1.3.2.2. Tác dụng của xoa bóp bấm huyệt

* Tác dụng theo YHCT [31], [33]:

Theo YHCT, bệnh tà qua huyết vào kinh lạc mạch, vào tạng phủ hoặc trực tiếp tác động vào sâu ngay. Khi đó sẽ dẫn đến dinh vệ mất điều hoà hoặc kinh lạc bị bế tắc, khí huyết ứ trệ hoặc rối loạn chức năng của tạng phủ mà sinh ra bệnh tật. Những biểu hiện bệnh lý đó được phản ánh ra ở huyết và kinh lạc. XBBH thông qua tác động vào huyết và kinh lạc có thể đuổi ngoại tà, điều hoà

đinh vệ, thông đờc kinh mạch, điều hoà chức năng tạng phủ, lập lại cân bằng âm dương.

* Tác dụng theo YHHĐ [23], [32], [34]:

Theo YHHĐ, XBBH là một kích thích vật lý tác động tại chỗ vào da, cơ, thần kinh, mạch máu. Ngoài tác dụng tại chỗ là giảm đau, giãn cơ, tăng cường dinh dưỡng và lưu thông tuần hoàn thì XBBH còn có tác dụng toàn thân thông qua cơ chế thần kinh thể dịch, nội tiết. Khi day bấm huyết thày thuốc tác động trực tiếp vào huyết là những điểm mà kết quả nghiên cứu gần đây cho thấy ở đó tập trung nhiều mạch máu, đặc biệt những dây, nhánh, thụ cảm thể thần kinh. Hệ thống thần kinh thể dịch của cơ thể tiếp nhận tín hiệu kích thích khi bấm vào huyết, đồng thời huy động toàn bộ cơ thể đáp lại kích thích bằng 3 loại phản xạ: tại chỗ, tiết đoạn, toàn thân.

Rất nhiều tác giả cho rằng XBBH có hưởng rất lớn tới hệ thần kinh thực vật, nhất là đối với hệ thần kinh giao cảm, qua đó gây nên những thay đổi trong hoạt động của nội tạng và mạch máu. XBBH ảnh hưởng trực tiếp đến da và thông qua da ảnh hưởng đến toàn thân. Ngoài ra các cơ quan tuần hoàn, tiêu hóa, hô hấp, gân cơ xương khớp... đều có sự biến đổi dưới tác động của XBBH.

1.3.2.3. Chỉ định và chống chỉ định của xoa bóp bấm huyết

* Chỉ định [23], [32]:

- Thư giãn.
- Các chứng đau (đau đầu, đau vai gáy, đau lưng, đau do thoái hóa...).
- Các chứng liệt ở trẻ em và người lớn (Di chứng bại não, liệt mặt, liệt ½ người do tai biến mạch máu não...).
- Suy nhược thần kinh.
- Hen phế quản.
- Đau bụng kinh...

* Chống chỉ định [32], [34]:

- Các bệnh ngoài da, tổn thương da (chàm, dị ứng...).

- Sai khớp, gãy xương hoặc nghi ngờ gãy xương.
- Đang viêm nhiễm sung tấy.
- Các bệnh cấp cứu ngoại khoa.

1.3.3. Glucosamine sulfate

Glucosamine sulfate thuộc nhóm thuốc điều trị triệu chứng tác dụng chậm. Thuốc đã được chỉ định sử dụng điều trị THKG tại nhiều quốc gia trên thế giới. Glucosamine sulfate là thành phần sinh học của sụn khớp và đã được Mỹ, châu Âu cùng nhiều nước châu Á công nhận như là một loại thuốc hoặc thực phẩm chức năng điều trị THKG cùng với Chondroitin Sunfat [35].

Glucosamine sulfate có vai trò kích thích và duy trì bền vững cấu trúc và chức năng của sụn trong các khớp của cơ thể, giảm đau xương khớp, cải thiện chức năng sụn. Glucosamine sulfate cũng có tác dụng kháng viêm. Chức năng chính của glucosamine sulfate là tham gia vào quá trình tổng hợp thành phần sụn khớp. Kích thích tế bào ở sụn tổng hợp các proteoglycan, là thành phần cơ bản cấu tạo nên các sụn ở đầu xương tại khớp. Glucosamine sulfate ức chế một số enzym gây phá hủy sụn khớp, giảm các gốc tự do gây tác hại đến tế bào sinh sụn. Ngoài ra glucosamine sulfate còn kích thích sinh mô liên kết của xương, giảm triệu chứng mất calci xương, tăng sinh chất nhầy ở dịch khớp [36].

- Chỉ định: Giảm triệu chứng của viêm khớp gối nhẹ và trung bình.

- Chống chỉ định:

+ Mẫn cảm với một trong các thành phần của thuốc.

+ Phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú, trẻ em, trẻ vị thành niên dưới 18 tuổi do chưa có số liệu về độ an toàn và hiệu quả điều trị.

- Liều dùng: Dùng cho người lớn trên 18 tuổi: Uống Glucosamine sulfate 1250 mg - 1500 mg /ngày, chia uống 3 lần. Có thể dùng đơn độc Glucosamine sulfate hoặc phối hợp với thuốc khác như Chondroitin 1200 mg/ngày. Thời gian dùng tùy theo chỉ định của bác sỹ.

- Thận trọng: Thận trọng sử dụng thuốc ở BN bị tiểu đường, cần kiểm tra thường xuyên đường huyết ở những BN này khi sử dụng glucosamine sulfate.

- Tác dụng không mong muốn: Rất hiếm khi có các rối loạn về đường tiêu hóa như ợ nóng, đau vùng thượng vị.

1.4. Một số nghiên cứu về thoái hóa khớp gối trên thế giới và Việt Nam

1.4.1. Trên thế giới

Năm 2014, theo nghiên cứu của Henrotin Y và cộng sự cho thấy Glucosamine Sulfate và Chondroitin sulfate có tác dụng tốt đối với sự chuyển hóa của mô hình Invitro của các tế bào ở khớp hoạt dịch. Chúng làm tăng tổng hợp Collagen type 2 và proteoglycan trong tế bào sụn khớp ở người, đồng thời làm giảm sản sinh các chất trung gian và protease gây viêm, giảm quá trình chết tế bào, giúp cân bằng quá trình đồng hóa và dị hóa. Kết quả nghiên cứu trong THKG cho thấy có sự giảm nhỏ nhưng đáng kể về tốc độ thu hẹp không gian khớp [36].

Năm 2017, Perlman A.I và cộng sự nghiên cứu xoa bóp toàn thân trên 50 người bị THKG với liệu trình 60 phút - 120 phút/1 tuần, trong 8 tuần đã ghi nhận: Sau 8 tuần điều trị chỉ số Womac Global được cải thiện đáng kể với mức điểm giảm trung bình là 24 điểm [37].

Năm 2018, Ogata T và cộng sự đã tổng hợp các nghiên cứu về glucosamine sulfate trong điều trị thoái hóa khớp gối cho thấy thuốc có tác dụng giảm đau rõ sau 6 tháng sử dụng [38].

1.4.2. Ở Việt Nam

Nguyễn Giang Thanh và cộng sự (2013) nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng khớp gối tốt. Sau 1 tháng, chỉ số Lequesne từ $14,45 \pm 2,85$ (điểm) giảm xuống còn $2,58 \pm 1,83$ (điểm) [39].

Nguyễn Thị Bích (2014) tiến hành điều trị THKG bằng bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp với bài tập vận động khớp gối cũng kết luận đây là một phương

pháp có tác dụng tốt, dễ dàng áp dụng rộng rãi, tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng khớp gối lâu dài. Hiệu suất giảm chỉ số Lequesne là $-11,3 \pm 2,91$ (điểm) sau 3 tuần điều trị [40].

Nguyễn Thu Thủy (2014) nghiên cứu điều trị THKG bằng bài thuốc Tam tý thang kết hợp điện xung có tác dụng giảm đau tốt, hiệu suất giảm đau theo VAS là $-6,03 \pm 1,61$ (điểm) sau 21 ngày điều trị [41].

Ngô Thọ Huy (2019) nghiên cứu điều trị THKG bằng bài thuốc “Khớp gối HV” có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne ở mức độ tốt và khá lần lượt là 100%, 83,3% [42].

Bùi Hải Bình (2016) nghiên cứu điều trị THKG nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân thấy hiệu quả giảm đau kéo dài, đạt 82,8% sau 6 tháng và 57,6% sau 1 năm, đồng thời cải thiện bề dày sụn khớp tốt [20].

Trần Lê Minh (2017) nghiên cứu đánh giá hiệu quả của điện châm kết hợp siêu âm điều trị trên BN THKG cho kết quả: tác dụng giảm đau nhanh, mạnh và cải thiện vận động khớp gối tốt. Sau 20 ngày hiệu suất giảm đau theo VAS là $5,1 \pm 1,24$ (điểm) [43].

Ngô Chiến Thuật (2017) nghiên cứu đánh giá điện châm kết hợp khí công dưỡng sinh kết luận đây phương pháp đem lại hiệu quả cao, dễ áp dụng rộng rãi, tác dụng lâu dài. Sau điều trị tầm vận động gấp khớp gối tăng so với trước điều trị là $25,96 \pm 5,44$ (độ) [44].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

2.1.1. Viên khớp VINTONG

2.1.1.1. Công thức bài thuốc

Mỗi gói 05 g hoạt chất (dịch chiết tương đương với các dược liệu sống) gồm có các vị thuốc sau: (theo bảng 2.1)

Bảng 2.1. Thành phần của Viên khớp VINTONG

Stt	Tên vị thuốc	Tên khoa học	Khối lượng (g)
1	Bạch thược	<i>Radix Paeoniae lactiflorae</i>	2,5
2	Cam thảo	<i>Radix Glycyrrhizae</i>	01
3	Đẳng sâm	<i>Radix Codonopsis</i>	05
4	Đỗ trọng	<i>Cortex Eucommia</i>	2,5
5	Độc hoạt	<i>Radix Angelicae Pubescentis</i>	05
6	Đương quy	<i>Radix Angelicae sinensis</i>	2,5
7	Khương hoạt	<i>Rhizoma et radix Notopterygii</i>	2,5
8	Ngưu tất	<i>Radix Achyranthis bidentatae</i>	05
9	Phòng phong	<i>Radix Saposhnikoviae divaricatae</i>	05
10	Tang ký sinh	<i>Herba Loranthi Gracifilolii</i>	05
11	Tần giao	<i>Radix Gentiana</i>	05
12	Tế tân	<i>Radix et Rhizoma Asari</i>	2,5
13	Thục địa	<i>Radix Rehmanniae glutinosae praeparata</i>	2.5
14	Xuyên khung	<i>Rhizoma Ligusticum wallichii</i>	2,5
15	Tá dược vừa đủ		05

Tất cả các vị thuốc được bào chế theo tiêu chuẩn dược điển Việt Nam V và tiêu chuẩn cơ sở của khoa dược Bệnh viện Tuệ Tĩnh - Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, lô sản xuất 01 2020. Ngày sản xuất: 20/02/2020 [28].

2.1.1.2. *Dạng bào chế, cách dùng và bảo quản thuốc*



Viên khớp VINTONG dạng viên hoàn cứng, hình tròn, màu nâu, đồng nhất, mùi thơm dược liệu đặc trưng. Một hộp có 20 gói. Mỗi lần uống 1 gói sau ăn 30 phút. Bệnh cấp tính và nặng uống 03 gói/ngày; bệnh mạn tính uống 02 gói/ngày. Bảo quản ở nhiệt độ phòng, trong gói kín, tránh ẩm. Hạn sử dụng 36 tháng kể từ ngày sản xuất.

2.1.2. *Glucosamine sulfat*

- Tên thuốc: Vorifend Forte 500mg (Glucosamine sulfat 500 mg)
- Nhà sản xuất: Chi nhánh công ty TNHH LD STADA Việt Nam.
- Lô sản xuất: 12/2019
- Ngày sản xuất: 24/12/2019
- Hạn sử dụng: 19/12/2021
- Thành phần mỗi viên nén bao gồm:
 - + Glucosamine sulfat: 500 mg
 - + Tá dược vừa đủ
- Liều dùng: 1500mg/ngày, chia 03 lần uống sau ăn.

2.1.3. *Phương tiện nghiên cứu*

- Phiếu nghiên cứu.
- Thang điểm đau dạng nhìn (VAS) -Visual Analog Scale.

- Thang điểm Lequesne
- Thước đo tầm vận động khớp gối.
- Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ. Hộp thuốc chống sốc.
- Bột Talc, bông, cồn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

- Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh (số 02, đường Trần Phú, Hà Đông, Hà Nội) và Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông (số 99, đường Nguyễn Viết Xuân, Hà Đông, Hà Nội).

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2020 đến 12/2020.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

BN đau khớp gối không phân biệt giới tính, tôn giáo, nghề nghiệp, được chẩn đoán xác định THKG theo YHHĐ và do Can Thận hư kèm theo triệu chứng của phong hàn thấp theo YHCT, đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.3.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại:

+ BN được chẩn đoán THKG nguyên phát theo tiêu chuẩn ACR - 1991 [5], [19]:

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 < 30 phút.
6. Lạo xạo khi cử động.

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

Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn BN đủ tiêu chuẩn 1, 2 hoặc 1, 4, 5, 6 và siêu âm khớp gối không có tràn dịch.

+ BN được chẩn đoán THKG thuộc giai đoạn 1, giai đoạn 2 theo phân loại của Kellgren và Lawrence trên phim X- quang [17].

+ BN có điểm VAS ≤ 6 .

2.3.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền:

Người bệnh THKG do Can Thận hư kèm theo triệu chứng của phong hàn thấp [7], [26]:

- Vọng: đi lại khó khăn, khớp gối gấp duỗi hạn chế, không sưng đỏ. Lưỡi hồng, rêu lưỡi mỏng.

- Văn: có thể có tiếng lạo xạo khi vận động khớp gối.

- Vấn: Khớp gối kèm các khớp tứ chi đau mỗi nặng nề, gặp lạnh đau tăng, thích chườm ấm, xoa bóp, lưng gối mỗi yếu. chân tay tê bì, đau đầu âm ỉ, ù tai, hoa mắt chóng mặt, ngủ ít.

- Thiết: Tại chỗ không nóng, thiên án, mạch huyền tế sắc.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN được chẩn đoán THKG nguyên phát và kèm theo các bệnh khác, như: suy tim, suy thận, viêm gan cấp, xơ gan, tăng huyết áp chưa ổn định, bệnh lý ác tính, rối loạn tâm thần...

- BN chống chỉ định với XBBH và các thành phần khác của thuốc

- Nhiễm khuẩn tại khớp và/hoặc nhiễm khuẩn toàn thân.

- BN không tuân thủ nguyên tắc điều trị.

- BN đã điều trị thuốc chống viêm không steroid trong vòng 10 ngày hoặc đã tiêm corticoid tại chỗ trong vòng 3 tháng gần đây.

2.3.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu đối với nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng so sánh 2 tỉ lệ, với đơn vị tính là số khớp gối bị bệnh.

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} \times \sqrt{2p \times (1-p)} + Z_{\beta} \times \sqrt{p_1 \times (1-p_1) + p_2 \times (1-p_2)})^2}{|p_1 - p_2|^2}$$

Trong đó:

p_1 và p_2 là tỉ lệ hiệu quả điều trị ước tính của 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng.

$$\Delta = |p_1 - p_2|$$

$$p = (p_1 + p_2) / 2$$

n là số lượng khớp gối được chẩn đoán xác định THKG theo ACR-1991 trong mỗi nhóm nghiên cứu.

$Z_{\alpha/2}$ là hằng số cho sai số loại I

Z_{β} là hằng số cho sai sót loại II (power).

Theo nghiên cứu về THKG của tác giả Ngô Thọ Huy [42] và tác giả Nguyễn Giang Thanh cùng cộng sự [39] chúng tôi ước lượng:

$$p_1 = 0.6$$

$$p_2 = 0.3$$

$$\alpha = 0.05. \text{ Suy ra } Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$\beta = 0.1, \text{ Power} = 0.9. \text{ Suy ra } Z_{\beta} = 1.28$$

$$n = \frac{(1.96 \times \sqrt{2 \times 0.45 \times (1-0.45)} + 1.28 \times \sqrt{0.6 \times (1-0.6) + 0.3 \times (1-0.3)})^2}{|0.6 - 0.3|^2} = 56$$

Vậy cần có $2n = 112$ khớp gối bị bệnh trong toàn bộ nghiên cứu.

Theo nghiên cứu của tác giả Ngô Thọ Huy [42]: Số khớp được chẩn đoán xác định THKG trung bình của mỗi bệnh nhân điều trị tại khoa Cơ xương khớp - Bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng 6/2018 đến tháng 12/2018 là 1,6 khớp.

Suy ra tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là: $112 : 1,6 = 70$ người.

Số lượng bệnh nhân này đủ điều kiện cho cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu lâm sàng của Bộ y tế [45].

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng can thiệp, ghép cặp, so sánh đối chứng.

BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và đồng thuận tham gia nghiên cứu được theo dõi bằng phiếu nghiên cứu thống nhất.

Nhóm nghiên cứu (NC): Uống Viên khớp VINTONG, ngày 02 gói (10g), chia 02 lần uống sau ăn sáng - chiều 30 phút; kết hợp XBBH vùng khớp gối bị bệnh 30 phút/ 01 lần/ 01 ngày. Liệu trình 21 ngày.

Nhóm đối chứng (ĐC): Uống Glucosamine sulfate 1500 mg/01 ngày, chia 3 lần uống sau ăn, kết hợp XBBH vùng khớp gối bị bệnh 30 phút/ 01 lần/ 01 ngày. Liệu trình 21 ngày.

Tác dụng của Viên khớp VINTONG kết hợp XBBH được đánh giá thông qua các chỉ tiêu nghiên cứu: mức độ đau khớp gối theo VAS, chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne, tầm vận động gấp khớp gối, tốc độ lắng hồng cầu tại:

- + Thời điểm trước nghiên cứu: D₀
- + Thời điểm ngày điều trị thứ 07: D₇
- + Thời điểm ngày điều trị thứ 14: D₁₄
- + Thời điểm ngày điều trị thứ 21: D₂₁

2.4.2. Trình tự tiến hành

Bước 1: Khám sàng lọc:

BN đau khớp gối đến khám tại bệnh viện Tuệ Tĩnh và Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông được khám sàng lọc để loại trừ chấn thương khớp gối, rách đứt dây chằng khớp gối, viêm khớp dạng thấp, thấp khớp...

Bước 2: Chẩn đoán xác định

- BN sau khi khám sàng lọc được tiến hành chẩn đoán xác định là THKG theo tiêu chuẩn của YHHĐ và YHCT.

- Thực hiện chỉ định cận lâm sàng : Công thức máu: số lượng Hồng cầu (RBC), lượng huyết sắc tố (HBG), số lượng Bạch cầu (WBC), số lượng tiểu cầu (PLT); Sinh hóa máu: men gan Aspartate aminotransferase (AST), men gan Alanine Aminotransferase (ALT), Glucose máu, Creatinin máu; tốc độ lắng hồng cầu, X- quang khớp gối thẳng, siêu âm khớp gối.

Bước 3: Chọn BN vào 2 nhóm nghiên cứu:

- Khám bệnh theo phiếu nghiên cứu, chú ý tiền sử để loại trừ BN không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Giải thích cho BN về nghiên cứu, nếu BN đủ tiêu chuẩn và chấp thuận tham gia thì ghi nhận kết quả xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản: HGB, PLT, RBC, WBC, AST, ALT, Creatinin, Glucose máu, tốc độ lắng hồng cầu. BN được phân vào nhóm NC và ĐC sao cho có sự tương đồng về số điểm VAS, Lequesne, số khớp bị tổn thương, giới, tuổi.

* *Các thao tác XBBH khớp gối* [32], [34], [46]:

- Chuẩn bị phương tiện: phòng XBBH, giường XBBH, gối, ga trải giường, bột talc, cồn sát trùng.

- Chuẩn bị BN: BN được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyệt và đồng ý bấm huyệt. Tư thế nằm ngửa, bộc lộ vùng khớp gối cần điều trị. Tiến hành các động tác: xoa, bóp, ấn các huyệt a thị, các huyệt xung quanh khớp gối (Âm lăng tuyền, Dương lăng tuyền, Độc ty, Hạc đỉnh, Huyết hải, Lương khâu, Nội tất nhãn, Túc tam lý, Ủy trung) [Phụ lục 6].

+ Xoa: Dùng gốc bàn tay, mô ngón tay út hoặc mô ngón tay cái xoa tròn trên da người bệnh, da tay của thầy thuốc trượt trên da của người bệnh.

+ Bóp: Dùng ngón tay cái và các ngón tay kia bóp vào da, gân, cơ quanh khớp gối, vừa bóp vừa hơi kéo thịt lên; không được để da, gân, cơ trượt dưới tay vì sẽ gây đau.

+ Ấn: Dùng ngón tay cái từ từ ấn vào huyệt xung quanh khớp gối, ấn giữ huyệt 5-10 giây, mỗi huyệt ấn 3-5 lần.

- Vận động khớp gối: Khi người bệnh nằm ngửa, một tay của thầy thuốc giữ gót chân người bệnh, tay còn lại của thầy thuốc để ở khớp gối người bệnh, tiến hành gấp duỗi khớp gối 2-3 lần, khi duỗi chân ra đột ngột ấn mạnh vào khớp gối làm khớp gối dãn ra 1-2 lần. Khi người bệnh nằm sấp, gấp chân người bệnh để đưa gót chân ép vào mông 2-3 lần. Thực hiện nhẹ nhàng và tăng dần biên độ đến biên độ vận động sinh lý của khớp. Chú ý hỏi BN có cảm giác đau, khó chịu không để điều chỉnh lực phù hợp.

- Theo dõi và xử trí tai biến: Theo dõi toàn trạng và các triệu chứng kèm theo. Nếu BN choáng (hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt) thì dừng XBBH, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường.

2.4.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (thu thập tại D₀):
 - + Tuổi.
 - + Giới.
 - + Nghề nghiệp.
 - + BMI.
 - + Thời gian mắc bệnh.
 - + Vị trí khớp gối bị tổn thương.
- Chỉ tiêu lâm sàng (thu thập tại D₀, D₇, D₁₄, D₂₁):
 - + Triệu chứng lâm sàng: Đau khớp gối, cứng khớp gối < 30 phút, lảo xạo khớp gối khi cử động, hạn chế vận động khớp gối (D₀).
 - + Mức độ đau khớp gối theo VAS.
 - + Chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne.
 - + Tầm vận động gấp khớp gối.
- Chỉ tiêu cận lâm sàng (thu thập tại D₀, D₂₁):
 - + Công thức máu: HGB, PLT, RBC, WBC, tốc độ lắng hồng cầu.
 - + Sinh hóa máu: ALT, AST, Creatinin, Glucose
 - + X- quang khớp gối thẳng (thu thập tại D₀)
- Tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu ở cả 2 nhóm: Ghi nhận toàn bộ các biểu hiện khó chịu của người bệnh trong thời gian nghiên cứu như: đau bụng, táo bón, ỉa chảy, buồn nôn, đau đầu, chóng mặt, mẩn ngứa, nóng, đỏ da, bầm tím, choáng

2.4.4. Phương pháp lượng giá kết quả

- *Tuổi*: Đánh giá theo năm dương lịch.

- *Nghề nghiệp*: BN được phân loại theo 2 hình thức nghề nghiệp là lao động chân tay và lao động trí óc.

Lao động chân tay bao gồm công nhân, nông dân...

Lao động trí óc bao gồm nhân viên văn phòng, giáo viên, bác sỹ...

Đối với người đã về hưu thì nghề nghiệp được phân thành nhóm lao động chân tay và lao động trí óc theo nghề mà BN có thời gian làm việc dài nhất.

- *BMI*: Tính theo công thức của tổ chức Y tế thế giới áp dụng cho các nước châu Á- Thái Bình Dương theo chỉ số cân nặng (kg) và chiều cao (m) [47].

$$\text{BMI} = (\text{Cân nặng}) / (\text{Chiều cao})^2 \text{ (Kg/m}^2\text{)}$$

Gầy: $\text{BMI} < 18,5 \text{ (Kg/m}^2\text{)}$

Bình thường: $18,5 \leq \text{BMI} \leq 22,9 \text{ (Kg/m}^2\text{)}$

Thừa cân: $23 \leq \text{BMI} \leq 24,9 \text{ (Kg/m}^2\text{)}$

Béo phì độ I: $25 \leq \text{BMI} \leq 29,9 \text{ (Kg/m}^2\text{)}$

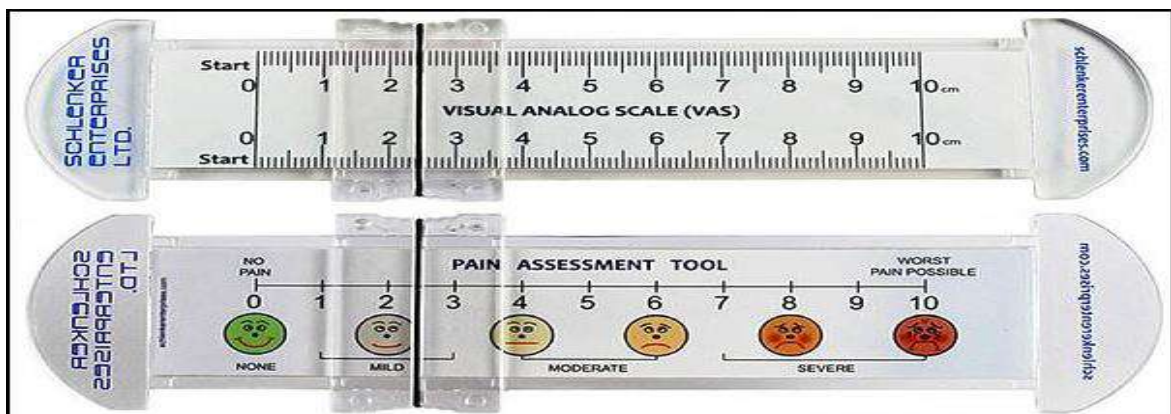
Béo phì độ II: $30 \leq \text{BMI} \leq 39,9 \text{ (Kg/m}^2\text{)}$

Béo phì độ III: $\text{BMI} \geq 40 \text{ (Kg/m}^2\text{)}$

- *Thời gian mắc bệnh*: Từ thời điểm bệnh nhân được chẩn đoán xác định THKG lần đầu tiên đến thời điểm tham gia nghiên cứu, tính theo năm.

- *Vị trí khớp bị tổn thương*: Căn cứ tiêu chuẩn chẩn đoán THKG ACR 1991 để xác định vị trí tổn thương 1 khớp (bên phải hoặc bên trái) hay 2 khớp.

- *Mức độ đau khớp gối theo VAS*:



Hình 2.1. Thước đánh giá điểm đau theo VAS

VAS được trình bày trên một thước có hai mặt. Mặt trước để thầy thuốc đánh giá, có đường kẻ và chia vạch từ 0 đến 10 cm. Mặt sau (có các hình biểu cảm mức độ đau) để BN quan sát, được ghi dấu ở hai đầu của đường thẳng tương ứng với đường thẳng ở mặt trước: không đau tương ứng với số 0, mức độ đau nhất có thể tương tượng được tương ứng với 10 cm. Khi đánh giá mức độ đau, BN chỉ nhìn thấy mặt sau và tự đánh giá mức độ đau bằng cách kéo thước đến mức độ đau mà BN thấy đúng. Thầy thuốc sẽ đối chiếu với con số ở mặt trước để xác định mức độ đau từ 0 đến 10 [48].

Gọi d là số điểm đau theo VAS

Bảng 2.2. Đánh giá mức độ đau khớp gối theo VAS

Điểm VAS	Mức độ đau	Cho điểm
0	Không đau	0
$0 < d \leq 3$	Đau ít	1
$3 < d \leq 6$	Đau vừa	2
$6 < d \leq 10$	Đau nhiều	3

- Chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne (1984) [49].

Điểm càng cao thì mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối càng nặng.

+ Cách chấm điểm Lequesne (mục III. Những khó khăn khác)

Có làm được: 0 điểm

Làm được với khó khăn nhẹ: 0,5 điểm

Làm được với khó khăn vừa phải: 1 điểm

Làm được với khó khăn rõ rệt: 1,5 điểm

Không làm được: 2 điểm

Bảng 2.3. Mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo Lequesne

Điểm Lequesne	Mức độ tổn thương	Cho điểm
0 - 4 điểm	Nhẹ	0
5 - 7 điểm	Trung bình	1
8 - 10 điểm	Nặng	2
11 - 13 điểm	Rất nặng	3
≥ 14 điểm	Trầm trọng	4

Bảng 2.4. Chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne [49]

Tình trạng bệnh nhân	Điểm
I. Đau hoặc cảm giác vướng tại khớp	
A. Ban đêm	
Chỉ khi cử động hoặc một tư thế nào đó	1
Ngay khi cả nằm yên	2
B. Dấu hiệu phá vỡ khớp	
Dưới 15 phút	1
Trên 15 phút	2
C. Đứng yên hoặc dẫm chân 30 phút có đau tăng lên	1
D. Đau khi đi bộ	
Sau một khoảng cách nào đó	1
Đau ngay sau khi bắt đầu và ngày càng tăng	2
E. Đau hoặc vướng khi đứng lên khỏi ghế mà không vịn tay	1
II. Phạm vi đi bộ tối đa (kể cả có đau)	
Giới hạn nhưng trên 1000m	1
Khoảng 1000m (Khoảng 15 phút)	2
Trên 500m - 900m (khoảng 7 - 15 phút)	3
Trên 300m - 500m	4
Trên 100 - 300m	5
Dưới 100m	6
Cần 1 gậy hoặc 1 nạng chống	+1
Cần 2 gậy hoặc 2 nạng chống	+2
III. Những khó khăn khác	
Có thể đi lên 1 tầng gác không?	0-2
Có thể đi lên và xuống 1 tầng gác không?	0-2
Có thể ngồi xổm hoặc quỳ không?	0-2
Có thể đi trên mặt đất lồi lõm không?	0-2
Tổng điểm	0-24

+ *Tầm vận động khớp gối*: Đo độ gấp, duỗi khớp gối dựa trên phương pháp đo và ghi tầm vận động khớp do Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình Mỹ đề xuất, đã được hội nghị Vancouver tại 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 0^0 . Tư thế BN nằm sấp duỗi chân [50], [51].



Hình 2.2. Đo tầm vận động gấp khớp gối

Dụng cụ đo là thước đo chuyên dụng, có vạch đo góc chia độ từ (0° - 180°).

Biên độ gấp bình thường của khớp gối là: 135° - 140° , gấp tối đa: 150° .

Biên độ duỗi bình thường của khớp gối là: 0° [51].

Bảng 2.5. Đánh giá mức độ hạn chế vận động gấp khớp gối

Độ gấp gối	Mức độ hạn chế	Cho điểm
$\geq 135^{\circ}$	Không hạn chế	0
120° - 135°	Hạn chế nhẹ	1
90° - 120°	Hạn chế trung bình	2
$< 90^{\circ}$	Hạn chế nặng	3

+ *Đánh giá kết quả điều trị*

Đánh giá kết quả điều trị dựa vào tổng số điểm của 3 chỉ số nghiên cứu gồm: mức độ đau khớp gối theo VAS, chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne, tầm vận động gấp khớp gối. Từ tổng điểm đó, quy đổi thành kết quả điều trị theo thang điểm B. Amor như sau [52]:

$$\text{Hiệu quả điều trị} = \frac{\text{Tổng điểm trước điều trị} - \text{Tổng điểm sau điều trị}}{\text{Tổng điểm trước điều trị}} \times 100\%$$

Bảng 2.6. Đánh giá kết quả điều trị

Phân loại	Hiệu quả điều trị
Tốt	Giảm $\geq 80\%$ so với trước điều trị
Khá	Giảm $\geq 60\%$ đến 80% so với trước điều trị
Trung bình	Giảm $\geq 40\%$ đến 60% so với trước điều trị
Kém	Giảm $< 40\%$ so với trước điều trị

+ *Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng*: Theo dõi, ghi nhận, xử trí tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu.

+ *Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng*: Ghi nhận kết quả xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu trước điều trị (TĐT) và sau điều trị (SĐT) bằng máy xét nghiệm tại Khoa xét nghiệm của Bệnh viện Tuệ Tĩnh và bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS (Statistics Products for the Social Services) 20.0. Kết quả được thể hiện dưới dạng: giá trị trung bình và tỷ lệ phần trăm (%). Sử dụng test χ^2 để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ phần trăm và test T - Student để so sánh sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình.

Kết quả nghiên cứu có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

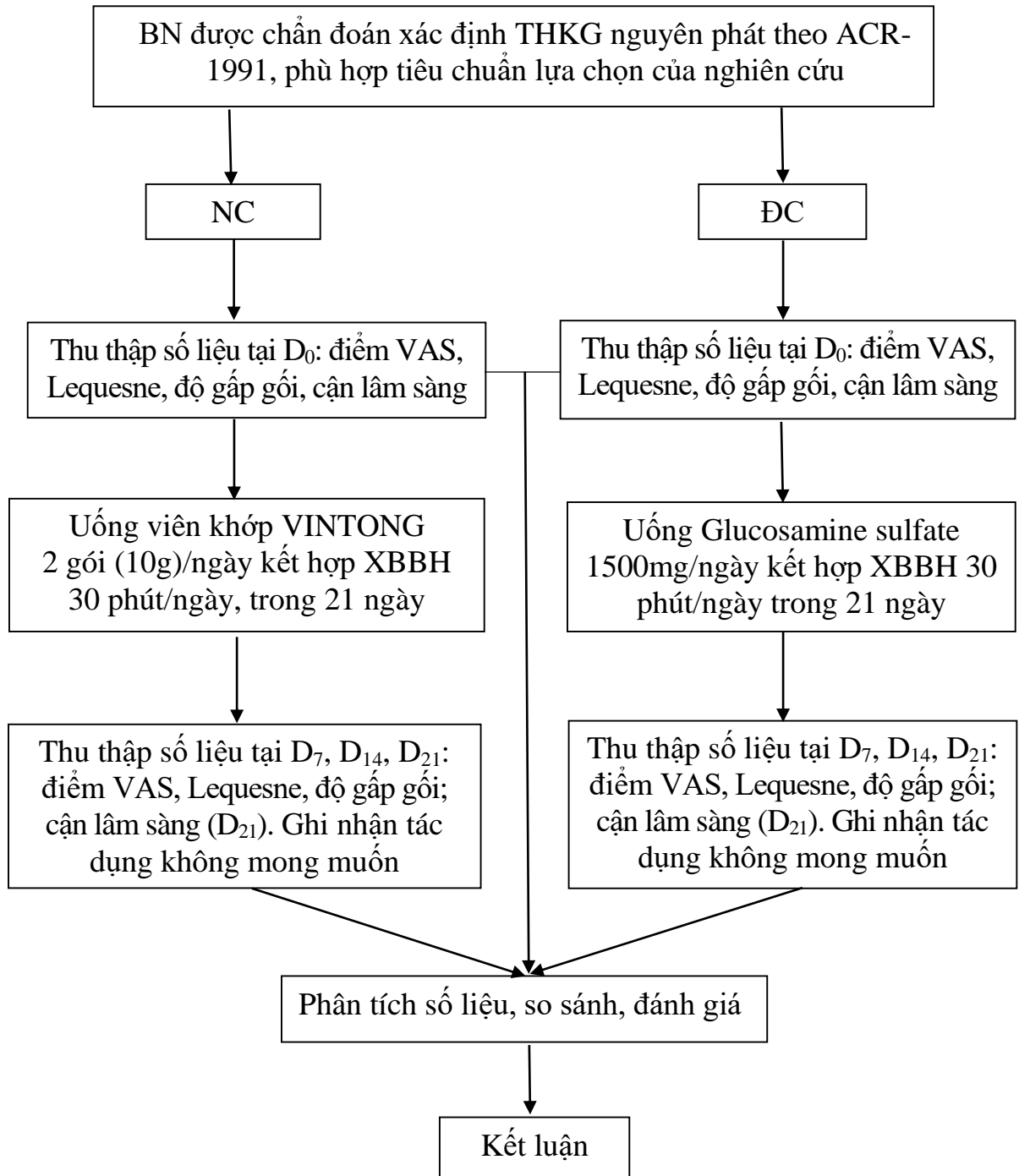
- Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng bảo vệ đề cương cao học và hội đồng đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

- Đề tài nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe của người bệnh, không vì mục đích nào khác.

- BN được giải thích rõ ràng về mục tiêu, quá trình nghiên cứu, bảo mật thông tin và đồng thuận tham gia chương trình nghiên cứu. Trong quá trình nghiên cứu, BN có quyền ra khỏi nhóm nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào.

- Không phân biệt đối xử về giới tính, tôn giáo, dân tộc trong nghiên cứu. Quá trình thực hiện đề tài đảm bảo nghiên cứu trung thực, khách quan.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

3.1.1.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	NC		ĐC		Tổng	
	N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ (%)
≤ 49	2	5,7	0	0	2	2,9
50-59	6	17,1	4	11,4	10	14,2
60-69	18	51,4	19	54,3	37	52,9
≥ 70	9	25,8	12	34,3	21	30,0
Tổng	35	100	35	100	70	100
$\bar{X} \pm SD$	64,57 ± 7,55		66,09 ± 6,64		65,33 ± 7,10	
$p_{NC-ĐC}$	> 0,05					

Nhận xét:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân thoái hóa khớp gối chủ yếu tập trung ở lứa tuổi ≥ 50 , chiếm tỷ lệ 97,1%. Trong đó, nhóm NC chiếm 94,3%, nhóm ĐC chiếm 100%. Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $65,33 \pm 7,1$ (tuổi), ở nhóm NC là $64,57 \pm 7,55$ (tuổi), ở nhóm ĐC là $66,09 \pm 6,64$ (tuổi). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

3.1.1.2. Giới tính của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới	NC		ĐC		Tổng	
	N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ (%)
Nam	7	20,0	10	28,6	17	24,3
Nữ	28	80,0	25	71,4	53	75,7
Tổng	35	100	35	100	70	100
p _{NC-ĐC}	> 0,05					

Nhận xét:

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn, với 75,7%. Trong đó nhóm NC là 80,0% và nhóm ĐC là 71,4%. Sự khác biệt tỷ lệ nam nữ giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

3.1.1.3. Thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	NC		ĐC		Tổng	
	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)
< 5 năm	15	26,8	17	30,3	32	28,6
5-10 năm	35	62,5	31	55,4	66	58,9
>10 năm	6	10,7	8	14,3	14	12,5
Tổng	56	100	56	100	112	100
$\bar{X} \pm SD$ (năm)	$6,13 \pm 2,8$		$5,95 \pm 3,13$		$6,04 \pm 2,96$	
p _{NC-ĐC}	> 0,05					

Nhận xét:

Thời gian mắc bệnh của bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu từ 5 - 10 năm, chiếm tỷ lệ 58,9%; ở nhóm NC là 62,5%, nhóm ĐC là 55,4 %. Thời gian mắc bệnh trung bình là $6,04 \pm 2,96$ (năm), trong đó nhóm NC là $6,13 \pm$

2,8 (năm), nhóm ĐC là $5,95 \pm 3,13$ (năm). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.1.1.4. BMI của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo BMI

BMI	NC		ĐC		Tổng	
	N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ (%)
Béo phì độ I	8	22,9	6	17,2	14	20,0
Quá cân	12	34,3	11	31,4	23	32,9
Bình thường	15	42,8	18	51,4	33	47,1
Tổng	35	100	35	100	70	100
$\bar{X} \pm SD$ (kg/m ²)	22,34 \pm 2,34		22,41 \pm 2,16		22,38 \pm 2,24	
P _{NC-ĐC}	> 0,05					

Nhận xét:

Ở nhóm NC, bệnh nhân nhóm quá cân chiếm 34,3 %, béo phì độ I chiếm 22,9%. Ở nhóm ĐC, tỉ lệ này lần lượt là 31,4% và 17,2%. BMI trung bình là $22,38 \pm 2,34$ (kg/m²), trong đó nhóm NC là $22,34 \pm 2,34$ (kg/m²), nhóm ĐC là $22,41 \pm 2,16$ (kg/m²). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.1.1.5. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	NC		ĐC		Tổng	
	N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ (%)
Lao động chân tay	23	65,7	21	60,0	44	62,9
Lao động trí óc	12	34,3	14	40,0	26	37,1
Tổng	35	100	35	100	70	100
P _{NC-ĐC}	> 0,05					

Nhận xét:

Bệnh nhân thuộc nhóm lao động chân tay trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao hơn với 62,9%. Trong đó, nhóm NC là 65,7% và nhóm ĐC là 60%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

3.1.2.1. Vị trí tổn thương khớp gối của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương khớp gối

Vị trí khớp		NC		ĐC		Tổng	
		N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ (%)
1 khớp	Trái	7	20,0	8	22,9	15	21,4
	Phải	7	20,0	6	17,1	13	18,6
2 khớp		21	60,0	21	60,0	42	60,0
Tổng		35	100	35	100	70	100
PNC-ĐC		> 0,05					

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương cả hai khớp gối trong nghiên cứu chiếm 60,0%, trong đó ở nhóm NC là 60,0%, nhóm ĐC là 60,0%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

3.1.2.2. Triệu chứng lâm sàng khớp gối trước điều trị

Bảng 3.7. Triệu chứng lâm sàng khớp gối trước điều trị

Triệu chứng	NC		ĐC		Tổng	
	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)
Đau khớp gối	56	100	56	100	112	100
Cứng khớp < 30 phút	53	94,64	54	96,43	107	95,54
Lao xạo khi cử động	54	96,43	56	100	110	98,21
Hạn chế vận động	56	100	56	100	112	100
PNC-ĐC	> 0,05					

Nhận xét:

Trong tổng số 112 khớp gối thoái hóa của bệnh nhân tham gia nghiên cứu, đa số các khớp đều có những triệu chứng điển hình của thoái hóa khớp gối. 100% số khớp có biểu hiện đau và hạn chế vận động. 95,54% số khớp có biểu hiện cứng khớp < 30 phút, ở nhóm NC và nhóm ĐC tỷ lệ này lần lượt là 94,64% và 96,43%. 98,21% số khớp có tiếng lạo xạo khi cử động, tỷ lệ này ở nhóm NC là 96,43%, nhóm ĐC là 100%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

3.1.2.3. Mức độ đau khớp gối theo VAS trước điều trị

Bảng 3.8. Mức độ đau khớp gối theo VAS trước điều trị

Mức độ đau	NC		ĐC		Tổng	
	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)
Đau ít	4	7,1	5	8,9	9	8,0
Đau vừa	52	92,9	51	91,1	103	92,0
Tổng	56	100	56	100	112	100
$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	5,22 \pm 0,8		5,16 \pm 0,85		5,19 \pm 0,82	
$p_{NC-ĐC}$	> 0,05					

Nhận xét:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ đau trung bình theo VAS trước điều trị là 5,19 \pm 0,82 (điểm). Ở nhóm NC là 5,22 \pm 0,8 (điểm) và nhóm ĐC là 5,16 \pm 0,85 (điểm). Mức độ đau vừa chiếm đa số với 92,0%; trong đó nhóm NC là 92,9%, nhóm ĐC là 91,1%. Mức độ đau ít chỉ chiếm 8,0%, với nhóm NC là 7,1% và nhóm ĐC là 8,9%. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

3.1.2.4. Mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne trước điều trị

Bảng 3.9. Mức độ tổn thương chức năng khớp gối theo Lequesne trước điều trị

Mức độ tổn thương chức năng khớp gối	NC		ĐC		Tổng	
	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)
Trung bình	4	7,1	0	0	4	3,6
Nặng	9	16,1	9	16,1	18	16,1
Rất nặng	25	44,6	27	48,2	52	46,4
Trầm trọng	18	32,2	20	35,7	38	33,9
Tổng	56	100	56	100	112	100
$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	12,23 \pm 2,12		12,65 \pm 1,6		12,44 \pm 1,88	
$P_{NC-ĐC}$	> 0,05					

Nhận xét:

Trước điều trị, 80,3% số khớp gối thoái hóa có mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne từ mức rất nặng đến trầm trọng. Tỷ lệ này là ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 76,8% và 83,9%. Điểm Lequesne trung bình trước điều trị là 12,44 \pm 1,88 (điểm). Trong đó, nhóm NC là 12,23 \pm 2,12 (điểm), nhóm ĐC là 12,65 \pm 1,6 (điểm). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

3.1.2.5. Tầm vận động gấp khớp gối trước điều trị

Bảng 3.10. Tầm vận động gấp khớp gối trước điều trị

Mức độ hạn chế tầm vận động khớp gối	NC		ĐC		Tổng	
	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)
Hạn chế nhẹ	33	58,9	31	55,4	64	57,1
Hạn chế trung bình	23	41,1	25	44,6	48	42,9
Tổng	56	100	56	100	112	100
$\bar{X} \pm SD$ (độ)	119,36 \pm 10,1		118,23 \pm 9,43		118,82 \pm 9,74	
$P_{NC-ĐC}$	> 0,05					

Nhận xét:

Trước điều trị, đa số khớp gối thoái hóa bị hạn chế tầm vận động gấp khớp gối ở mức độ nhẹ, chiếm 57,1%. Trong đó nhóm NC là 58,9%, nhóm ĐC là 55,4%. Tầm vận động gấp khớp gối trung bình ở nhóm NC là $119,36 \pm 10,1$ (độ), ở nhóm ĐC là $118,23 \pm 9,43$ (độ). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.11. Giai đoạn thoái hóa khớp gối trên X- quang trước điều trị

THKG trên X-quang	NC		ĐC		Tổng	
	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)	n=56	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn 1	6	10,7	7	12,5	13	11,6
Giai đoạn 2	50	89,3	49	87,5	99	88,4
Tổng	56	100	56	100	112	100
PNC-ĐC	> 0,05					

Nhận xét:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giai đoạn THKG trên X - quang theo Kellgren và Lawrence chủ yếu thuộc giai đoạn 2, chiếm 88,4%. Trong đó, nhóm NC là 89,3%, nhóm ĐC là 87,5%. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả điều trị theo chỉ số VAS

3.2.1.1. Chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.12. Chỉ số VAS trung bình tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm nghiên cứu		VAS trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		p _{NC-ĐC}
		NC (n=56)	ĐC (n=56)	
D ₀		5,22 ± 0,80	5,16 ± 0,85	> 0,05
D ₇		3,99 ± 0,85	4,34 ± 0,96	< 0,01
D ₁₄		2,61 ± 1,03	3,40 ± 1,04	< 0,001
D ₂₁		1,07 ± 1,33	2,43 ± 1,09	< 0,001
Hiệu suất giảm	D ₇ - D ₀	23,56%	15,89%	
	D ₁₄ - D ₀	50%	34,11%	
	D ₂₁ - D ₀	79,5%	52,91%	
p _(21 - 0)		< 0.001		

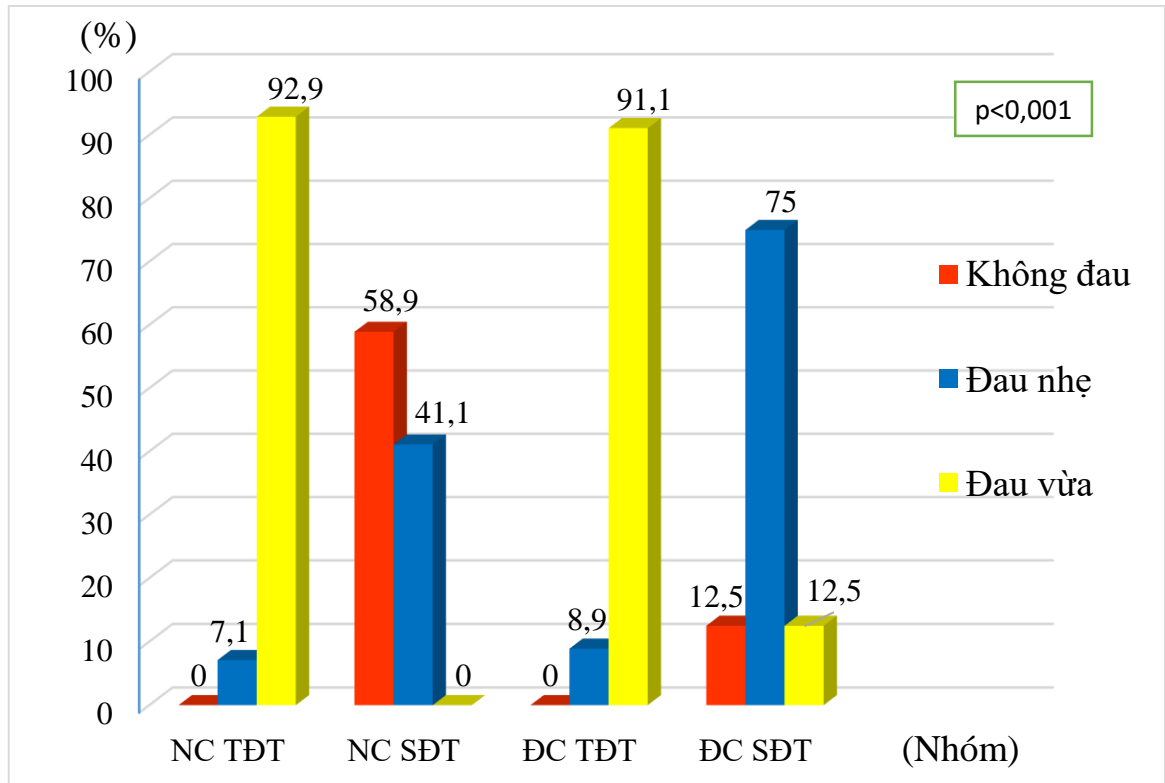
Nhận xét:

Tại D₇, điểm VAS trung bình của nhóm NC là 3,99 ± 0,85 (điểm), giảm 23,56% so với D₀; ở nhóm ĐC là 5,16 ± 0,85 (điểm), giảm 15,89% so với D₀. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Sau 14 ngày điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm NC tiếp tục giảm 50% so với D₀, đạt 2,61 ± 1,03 (điểm); ở nhóm ĐC giảm 34,11% so với D₀, đạt 3,4 ± 1,04 (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Sau 21 ngày điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm NC là 1,07 ± 1,33 (điểm), giảm 82,18% so với D₀ (p < 0,001); nhóm ĐC là 2,43 ± 1,09 (điểm), giảm 52,91% so với D₀ (p < 0,001). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.2.1.2. Phân loại mức độ đau khớp gối theo VAS trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.1. Phân loại mức độ đau theo VAS trước và sau điều trị

Nhận xét:

Sau 21 ngày điều trị, phân loại mức độ đau theo thang điểm VAS ở cả hai nhóm nghiên cứu đều có sự cải thiện so với thời điểm trước điều trị. Trong đó, nhóm NC có mức độ đau cải thiện rõ rệt hơn với 58,9% không đau, 41,1% đau ít, không còn mức độ đau vừa. Ở nhóm ĐC, còn 12,5% đau vừa, 75% đau ít, không đau chỉ chiếm 12,5%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.2. Kết quả điều trị theo chỉ số Lequesne

3.2.2.1. Chỉ số Lequesne trung bình tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.13. Chỉ số Lequesne trung bình tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm nghiên cứu		Lequesne trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		P _{NC-ĐC}
		NC (n=56)	ĐC (n=56)	
D ₀		12,23 ± 2,12	12,65 ± 1,6	> 0,05
D ₇		9,69 ± 2,07	10,92 ± 1,74	< 0,01
D ₁₄		6,86 ± 2,26	9,02 ± 1,92	< 0,001
D ₂₁		3,64 ± 2,42	6,77 ± 2,32	< 0,001
Hiệu suất giảm	D ₇ - D ₀	20,77%	13,68%	
	D ₁₄ - D ₀	43,91%	28,7%	
	D ₂₁ - D ₀	70,24%	46,48%	
P ₍₂₁₋₀₎		< 0,001		

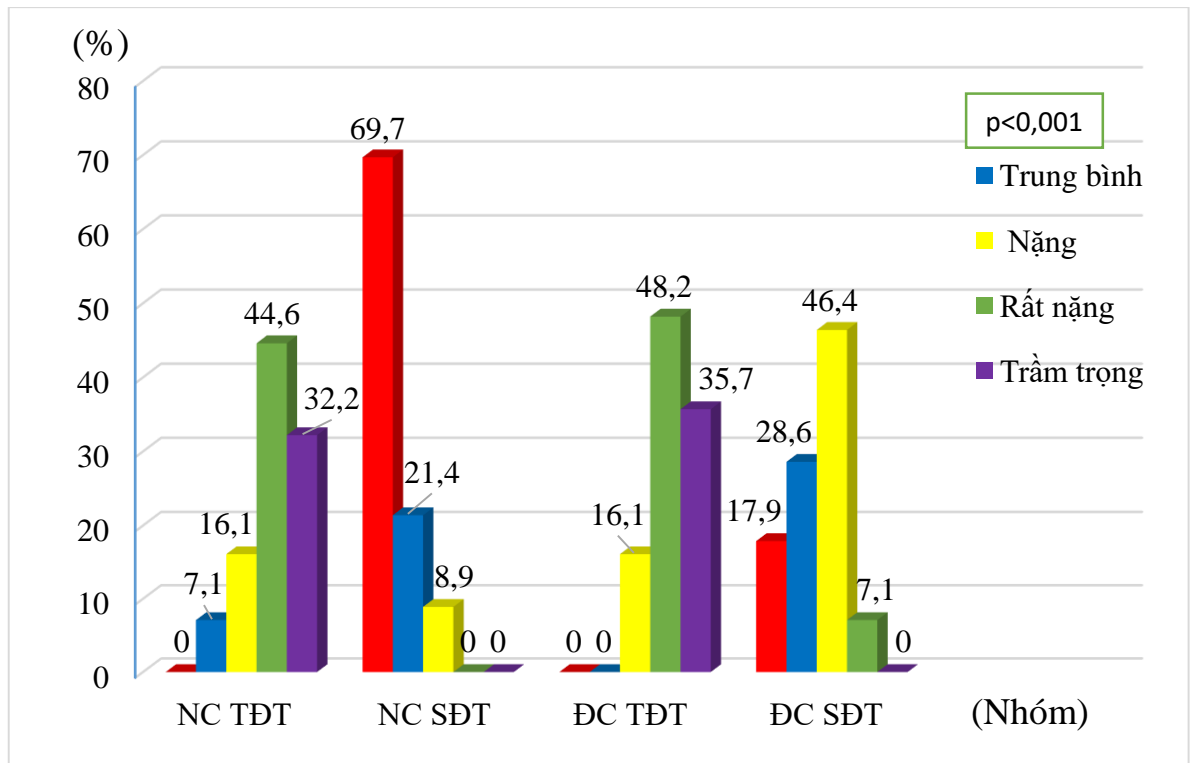
Nhận xét:

Tại D₇, điểm Lequesne trung bình ở nhóm NC là 9,69 ± 2,07 (điểm), giảm 20,77% so với D₀; ở nhóm ĐC là 10,92 ± 1,74 (điểm), giảm 13,68% so với D₀. Sự khác biệt ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Đến D₁₄, điểm Lequesne trung bình ở nhóm NC giảm 43,91% so với D₀, còn 6,86 ± 2,26 (điểm); ở nhóm ĐC giảm 28,7% so với D₀, còn 9,02 ± 1,92 (điểm). Sự khác biệt ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Sau 21 ngày điều trị, điểm Lequesne trung bình ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt so với D₀ (p < 0,001). Trong đó nhóm NC giảm nhiều hơn: giảm 70,24%, còn 3,64 ± 2,42 (điểm); nhóm ĐC giảm 46,48%, còn 6,77 ± 2,32 (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.2.2.2. Mức độ chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne



Biểu đồ 3.2. Phân loại mức độ chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne trước và sau điều trị

Nhận xét:

Mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne ở cả 2 nhóm nghiên cứu đều được cải thiện sau 21 ngày điều trị, trong đó nhóm NC cải thiện rõ rệt hơn nhóm ĐC. Ở nhóm NC, mức độ tổn thương nhẹ chiếm đa số với 69,7%, mức độ tổn thương trung bình là 21,4%, chỉ có 8,9% số khớp tổn thương mức độ nặng, không có khớp tổn thương mức độ rất nặng và trầm trọng. Ở nhóm ĐC, không có khớp tổn thương mức độ trầm trọng, 17,9% số khớp tổn thương mức độ nhẹ, 28,6% tổn thương mức độ trung bình, 46,4% tổn thương mức độ nặng, chỉ 7,1% còn tổn thương mức độ rất nặng. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.3. Kết quả điều trị theo tầm vận động gấp khớp gối

3.2.3.1. Tầm vận động gấp khớp gối trung bình tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.14. Tầm vận động gấp khớp gối trung bình tại các thời điểm

Thời điểm nghiên cứu		Tầm vận động gấp khớp gối trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		p _{NC-ĐC}
		NC (n=56)	ĐC (n=56)	
D ₀		119,36 ± 10,10	118,29 ± 9,43	> 0,05
D ₇		125,52 ± 8,00	123,89 ± 8,53	> 0,05
D ₁₄		131,93 ± 5,59	129,79 ± 7,01	> 0,05
D ₂₁		137,32 ± 3,61	135,82 ± 5,70	> 0,05
Hiệu suất tăng	D ₍₇₋₀₎	5,16%	4,73%	
	D ₍₁₄₋₀₎	10,53%	9,72%	
	D ₍₂₁₋₀₎	15,05%	14,82%	
p ₍₂₁₋₀₎		< 0,001		

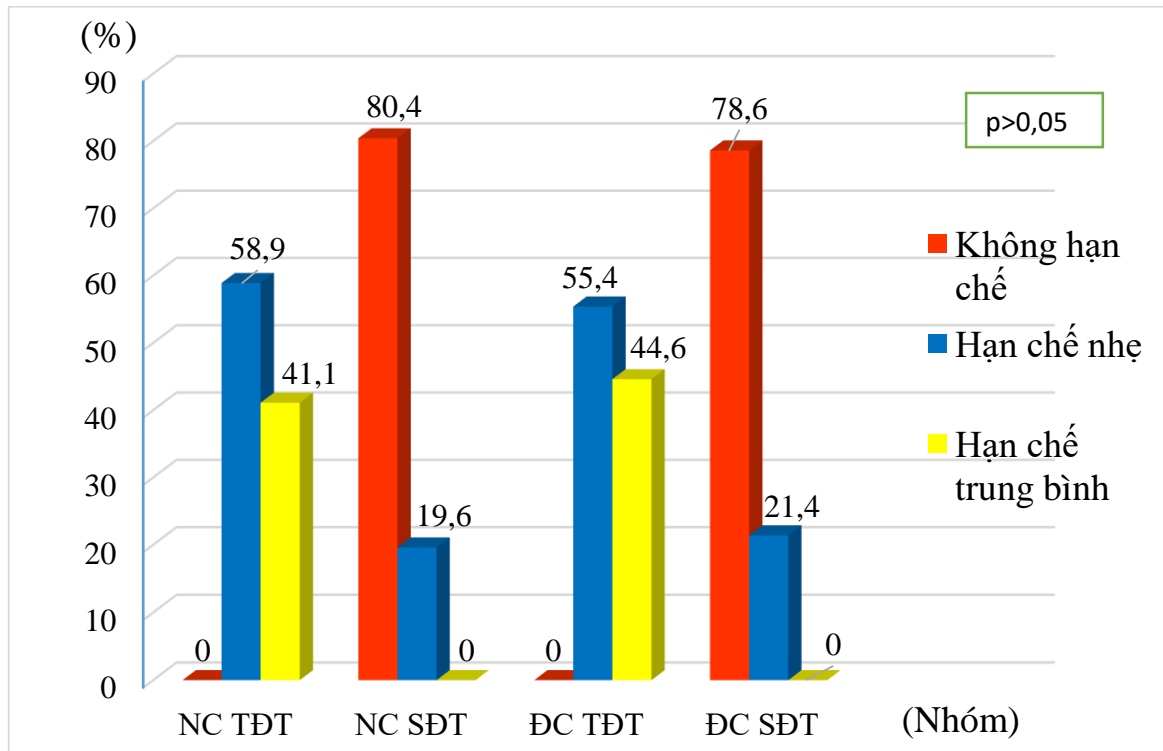
Nhận xét:

Tại D₇, tầm vận động gấp khớp gối trung bình ở nhóm NC và nhóm ĐC đều có sự cải thiện so với D₀. Nhóm NC tăng 5,16%, đạt 125,52 ± 8,00 (độ), nhóm ĐC tăng 4,73%, đạt 123,89 ± 8,53 (độ). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Sau 14 ngày điều trị, nhóm NC có tầm vận động gấp khớp gối trung bình tăng 10,53% so với D₀, nhóm ĐC tăng 9,72%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Đến D₂₁, tầm vận động gấp khớp gối trung bình nhóm NC là 137,32 ± 3,61 (độ), tăng 15,05% so với D₀, xu hướng cao hơn so với nhóm ĐC là 135,82 ± 5,7 (độ), tăng 14,82% so với D₀. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

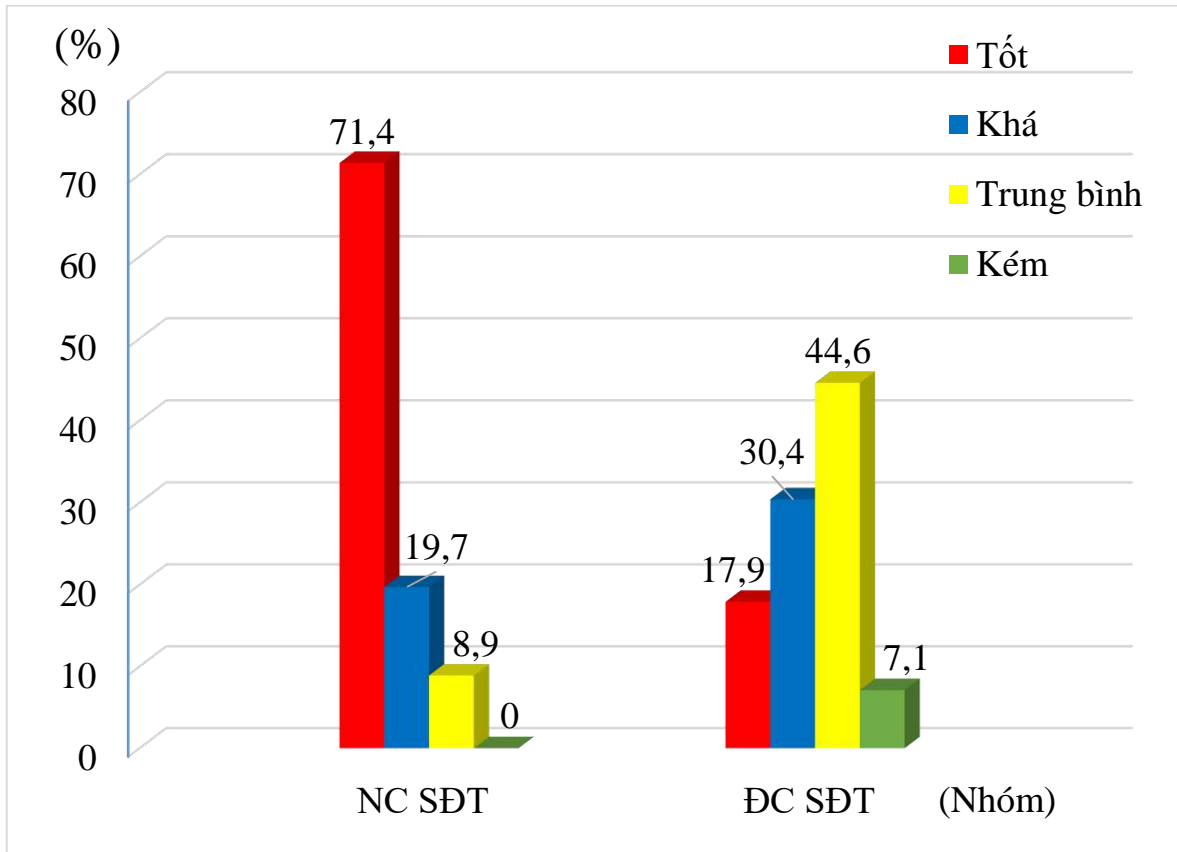
3.2.3.2. Mức độ tầm vận động gấp khớp gối của 2 nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 3.3. Phân loại mức độ tầm vận động gấp khớp gối trước và sau điều trị
Nhận xét:

Sau 21 ngày điều trị, phân loại mức độ tầm vận động gấp khớp gối ở cả hai nhóm nghiên cứu đều được cải thiện so với thời điểm trước điều trị. Ở nhóm NC không còn hạn chế tầm vận động gấp khớp gối mức độ trung bình và nặng, 80,4% số khớp không hạn chế, 19,6% hạn chế mức độ nhẹ. Ở nhóm ĐC 78,6% số khớp không hạn chế, 21,4% hạn chế nhẹ, không có hạn chế mức độ trung bình và nặng. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

3.2.4. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.4. Phân loại kết quả điều trị sau 21 ngày

Nhận xét:

Sau 21 ngày điều trị, ở nhóm NC, kết quả điều trị chung ở mức tốt và khá chiếm đa số với 91,1%, chỉ có 8,9% mức độ trung bình, không có mức độ kém. Ở nhóm ĐC, tỷ lệ kết quả điều trị tốt và khá đạt 48,3%, mức độ trung bình chiếm 44,6%, có 7,1% ở mức độ kém. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.5. Tác dụng trên cận lâm sàng

Bảng 3.15. Tốc độ lắng hồng cầu trước và sau điều trị

Tốc độ lắng hồng cầu	Trị số trung bình ($\bar{X} \pm SD$)				p _{NC-ĐC}
	NC (N=35)		ĐC (N=35)		
	D ₀	D ₂₁	D ₀	D ₂₁	
1h	11,11 ± 5,17	10,23 ± 3,69	11,29 ± 4,51	10,91 ± 3,90	>0,05
2h	20,71 ± 6,71	19,49 ± 4,36	20,40 ± 4,78	20,14 ± 4,44	
P ₍₂₁₋₀₎	> 0,05		> 0,05		

Nhận xét:

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tốc độ lắng hồng cầu 1 giờ, 2 giờ trung bình ở hai nhóm nghiên cứu tại thời điểm trước và sau điều trị.

3.3. Tác dụng không mong muốn của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt

3.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.16. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt

Tác dụng không mong muốn	NC		ĐC	
	N=35	Tỷ lệ (%)	N=35	Tỷ lệ %
Đau bụng	0	0	0	0
Táo bón	0	0	0	0
Ỉa chảy	0	0	0	0
Buồn nôn, nôn	0	0	0	0
Đau đầu, chóng mặt	0	0	0	0
Mẩn ngứa	0	0	0	0
Nóng, đỏ da	0	0	0	0
Bầm tím	0	0	0	0
Choáng	0	0	0	0

Nhận xét:

Trong 21 ngày điều trị, tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu uống Viên khớp VINTONG kết hợp XBBH và uống Glucosamin kết hợp XBBH không xuất hiện bất kỳ tác dụng không mong muốn nào có thể gặp của thuốc nghiên cứu và xoa bóp bấm huyệt như: đau bụng, buồn nôn và nôn, ỉa chảy, mẩn ngứa, choáng, bầm tím... trên lâm sàng.

3.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng

Bảng 3.17. Chỉ số huyết học trước và sau điều trị

Chỉ số huyết học		Giá trị trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		P
		NC (N=35)	ĐC (N=35)	
WBC (G/l)	D ₀	7,19 ± 1,73	6,75 ± 1,49	> 0,05
	D ₂₁	6,65 ± 1,55	7,02 ± 1,77	
RBC (T/L)	D ₀	4,51 ± 0,29	4,66 ± 0,44	
	D ₂₁	4,55 ± 0,31	4,53 ± 0,31	
HGB (g/dl)	D ₀	13,77 ± 0,91	13,44 ± 1,10	
	D ₂₁	13,89 ± 0,97	13,70 ± 0,71	
PLT (G/l)	D ₀	227,77 ± 57,52	250,66 ± 36,3	
	D ₂₁	232,23 ± 55,26	230,46 ± 54,04	

Nhận xét:

Thời điểm trước nghiên cứu, sự khác biệt các chỉ số huyết học: WBC, RBC, HGB, PLT giữa nhóm NC và nhóm ĐC không có ý nghĩa thống kê.

Sau 21 ngày điều trị, sự thay đổi các chỉ số huyết học: WBC, RBC, HGB, PLT so với trước điều trị ở nhóm NC và nhóm ĐC không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.18. Chỉ số sinh hóa máu trước và sau điều trị

Chỉ số sinh hóa		Giá trị trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		p
		NC (N=35)	ĐC (N=35)	
AST (U/l)	D ₀	24,67 ± 5,56	27,14 ± 8,25	> 0,05
	D ₂₁	26,90 ± 8,55	29,76 ± 5,38	
ALT (U/l)	D ₀	23,16 ± 8,72	24,26 ± 5,80	
	D ₂₁	24,90 ± 8,33	26,08 ± 4,14	
Glucose (mmol/l)	D ₀	5,75 ± 0,68	5,59 ± 0,72	
	D ₂₁	5,53 ± 0,48	5,69 ± 0,46	
Creatinin (μ mol/l)	D ₀	74,44 ± 10,67	73,74 ± 10,42	
	D ₂₁	79,25 ± 9,29	78,33 ± 14,83	

Nhận xét:

Tại thời điểm D₀, sự khác biệt các chỉ số sinh hóa máu: AST, ALT, Glucose, Creatinin giữa nhóm NC và nhóm ĐC không có ý nghĩa thống kê.

Sau 21 ngày điều trị, sự thay đổi các chỉ số sinh hóa máu: AST, ALT, Glucose, Creatinin so với trước điều trị ở nhóm NC và nhóm ĐC không có ý nghĩa thống kê.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm chung

- Theo kết quả nghiên cứu được trình bày bảng 3.1 cho thấy: độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $65,33 \pm 7,10$ (tuổi), ở nhóm NC là $64,57 \pm 7,55$ (tuổi), ở nhóm ĐC là $66,09 \pm 6,64$ (tuổi). Bệnh nhân THKG chủ yếu tập trung ở lứa tuổi ≥ 50 , chiếm tỷ lệ 97,1%. Trong đó, nhóm NC chiếm 94,3%, nhóm ĐC chiếm 100%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả trong các nghiên cứu của các tác giả khác. Theo tác giả Trần Lê Minh (2017), tuổi trung bình ở bệnh nhân THKG là $62,32 \pm 9,66$ (tuổi) [43]; theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Ái (2006) tuổi mắc THKG trung bình là $62 \pm 10,0$ (tuổi) [19]. Nghiên cứu của tác giả Ngô Thọ Huy (2019), bệnh nhân THKG trên 50 tuổi chiếm 91,7% [42]. Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả tương tự: nghiên cứu của Brand và cộng sự tại Thụy Điển cho thấy độ tuổi trung bình mắc bệnh là $65 \pm 8,4$ (tuổi) [53].

Tuổi càng cao, các tế bào sụn càng bị thoái hóa nhiều hơn và khả năng tổng hợp Collagen và Mucopolysaccharid bị giảm sút dẫn đến chất lượng sụn kém hơn, giảm khả năng đàn hồi và chịu lực. Như vậy, tuổi là một yếu tố thuận lợi của THKG nguyên phát, chính vì lý do đó mà một trong các yếu tố thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán THKG của Hội thấp khớp học Mỹ (ACR 1991) là tuổi của bệnh nhân trên 40 [1].

- Về giới tính: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 70 bệnh nhân THKG thì bệnh nhân nữ chiếm tới 75,7%, nam giới chỉ chiếm 24,3% ($p < 0,05$), trong đó nhóm NC nữ giới chiếm 80,0%, nhóm ĐC nữ giới chiếm 71,4%. Sự

khác biệt tỷ lệ nam nữ giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác về THKG khi đều đưa ra kết luận rằng: tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao hơn so với nam giới. Nghiên cứu của tác giả Ngô Chiến Thuật (2017), tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu là 78,3% [44]. Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Giang Thanh và cộng sự (2013) là 86,67% [39]. Trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Phương và cộng sự (2014), tỷ lệ nữ là 90% [54].

Nguyên nhân nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới có thể do liên quan đến sự thay đổi hormon. Sự suy giảm hormon Estrogen, đặc biệt trong giai đoạn mãn kinh làm giảm chất lượng tế bào sụn khớp. Theo Tác giả Felson, ở những người sử dụng hormon thay thế thì tỷ lệ bị THKG và khớp háng giảm hơn so với những người không dùng [13].

- Thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $6,04 \pm 2,96$ (năm), trong đó nhóm NC là $6,13 \pm 2,8$ (năm), nhóm ĐC là $5,95 \pm 3,13$ (năm). Thời gian mắc bệnh của bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu từ 5 - 10 năm, chiếm tỷ lệ 58,9%, ở nhóm NC là 62,5%, nhóm ĐC là 55,4%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của tác giả Ngô Thọ Huy (2019) cho thấy thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân THKG là $6,62 \pm 5,86$ (năm) [42]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích (2014), thời gian mắc THKG trung bình là $5,9 \pm 3$ (năm) [40].

THKG là bệnh mãn tính, diễn biến lâu ngày. Giai đoạn đầu thường đau nhẹ, ít hạn chế vận động khớp nên bệnh nhân thường không đi khám hoặc tự điều trị tại nhà. Bệnh diễn biến lâu ngày, khi đau nặng hơn, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt bệnh nhân mới đi khám, đồng thời bệnh hay tái phát nên bệnh nhân phải vào viện điều trị nhiều lần.

- Về chỉ số khối cơ thể BMI: bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi có BMI trung bình là $22,38 \pm 2,34$ (kg/m²), có 52,9% bệnh nhân bị quá cân

và béo phì độ I. Ở nhóm NC, BMI trung bình là $22,34 \pm 2,34$ (kg/m²), bệnh nhân nhóm quá cân chiếm 34,3 %, béo phì độ I chiếm 22,9%. Ở nhóm ĐC, BMI trung bình là $22,41 \pm 2,16$ (kg/m²), tỷ lệ bệnh nhân quá cân và béo phì độ I lần lượt là 31,4% và 17,2%. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Ngô Thọ Huy (2019) với BMI trung bình là $22,58 \pm 2,56$ (kg/m²) [42]; tác giả Nguyễn Thu Thủy (2014) là $22,74 \pm 2,72$ (kg/m²) [41].

Cùng với tuổi tác thì khối lượng cơ thể là một yếu tố thúc đẩy quá trình thoái hóa khớp, đặc biệt là ở các khớp lớn - nơi chịu trọng tải lớn của cơ thể như khớp gối. Các cá thể bị béo phì có thể xuất hiện THKG sớm hơn và mức độ thoái hóa nặng hơn. Mức độ tăng cân tỷ lệ thuận với sự gia tăng mức độ các triệu chứng của bệnh thoái hóa, nguy cơ mắc THKG ở những người béo phì tăng gấp 7 lần so với người bình thường [55].

- Về tính chất lao động: Trong số 70 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 62,9% bệnh nhân thuộc nhóm lao động chân tay. Trong đó, nhóm NC là 65,7% và nhóm ĐC là 60%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả khác như: tác giả Ngô Chiến Thuật (2017), tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm lao động chân tay là 61,7% [44]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích (2014) tỷ lệ này là 60% [40].

Yếu tố nghề nghiệp đã được chứng minh là một trong các yếu tố nguy cơ gây bệnh THKG. Nhiều tác giả cho rằng những công việc nặng nhọc kéo dài hoặc lặp đi lặp lại nhiều lần như: gánh nặng, đi nhiều, đứng nhiều, bưng bê, khuân vác nặng, làm ruộng... gây tăng mức tỳ đè lên bề mặt sụn khớp, vượt quá khả năng chịu lực của sụn, gây ra các vi chấn thương liên tiếp cho sụn khớp. Sự tích tụ của các vi chấn thương dẫn đến rạn nứt bề mặt sụn, dần dần làm mất sụn, xơ hóa đầu xương và tạo thành thoái hóa sụn, thoái hóa khớp.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

4.1.2.1. Vị trí khớp gối bị bệnh

Trong số 70 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 42 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 60%) THKG cả hai bên trái và phải. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Tác giả Trần Lê Minh (2017) nghiên cứu thấy có 63,3% bệnh nhân THKG cả hai bên [43]. Có 61,7% bệnh nhân thuộc THKG cả hai bên trong nghiên cứu của tác giả Ngô Chiến Thuật (2017) [44].

Khớp gối là khớp lớn của cơ thể, góc vận động lớn và nhiều chức năng nên là khớp rất dễ bị thoái hóa. Giai đoạn sớm bệnh thường ở một bên chân thuận, tuy nhiên quá trình sinh hoạt, lao động, vận động... diễn ra hằng ngày và kéo dài thì hầu như hai khớp chịu ảnh hưởng như nhau. Do đó theo trình tự tiến triển bệnh sẽ dẫn đến THKG hai bên. Đồng thời, đa số bệnh nhân lúc bệnh diễn biến nặng, gây ảnh hưởng nhiều tới quá trình sinh hoạt mới thăm khám điều trị tại bệnh viện nên bệnh nhân THKG điều trị nội trú đa số bị bệnh hai bên.

4.1.2.2. Một số triệu chứng lâm sàng trước điều trị

Ở nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.7) với 112 khớp gối thoái hóa của bệnh nhân tham gia nghiên cứu, đa số đều có những triệu chứng điển hình của THKG. 100% số khớp có biểu hiện đau và hạn chế vận động. 95,54% khớp có biểu hiện cứng khớp < 30 phút, ở nhóm NC và nhóm ĐC tỷ lệ này lần lượt là 94,64% và 96,43%. 98,21% số khớp có tiếng lạo xạo khi cử động, tỷ lệ này ở nhóm NC là 96,43%, nhóm ĐC là 100%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

Kết quả này phù hợp theo tiêu chuẩn chẩn đoán THKG của Hội thấp khớp học Mỹ (ACR) 1991 đồng thời tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác : Ngô Thọ Huy (2019) [42], Nguyễn Thu Thủy (2014) [41].

4.1.2.3. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ đau trung bình theo VAS trước điều trị là $5,19 \pm 0,82$ (điểm). Ở nhóm NC là $5,22 \pm 0,8$ (điểm) và nhóm ĐC là $5,16 \pm 0,85$ (điểm). Đa số khớp bị bệnh ở mức độ đau vừa, chiếm tỷ lệ 92%; trong đó nhóm NC là 92,9%, nhóm ĐC là 91,1%. Mức độ đau nhẹ chỉ chiếm lần lượt là 7,1% và 8,9% ở nhóm NC và nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Đau tại khớp gối là nguyên nhân phổ biến nhất khiến bệnh nhân phải đến bệnh viện gặp bác sỹ. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi hầu hết bị bệnh kéo dài, hay tái phát, đã từng điều trị bệnh bằng nhiều hình thức khác nhau, mỗi năm điều trị 2 - 3 đợt. Bệnh nhân sống ở thành phố, nhận thức bệnh tật và ý thức thăm khám, kiểm tra và điều trị cao, đồng thời bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều thời gian, có đăng ký bảo hiểm y tế nên khi bệnh mới tái phát, vượt ngưỡng chịu đựng đau của bệnh nhân thì họ thường đến bệnh viện ngay. Vì vậy, mức độ đau vừa là chủ yếu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết luận của tác giả Ngô Thọ Huy (2019): nghiên cứu trên 60 bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh có 85% đau khớp gối ở mức độ vừa, mức độ đau trung bình là $5,27 \pm 1,04$ (điểm) [42]. Tuy nhiên kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của một số tác giả khác như: theo tác giả Nguyễn Thị Bích (2014) nghiên cứu tại khoa Đông Y- Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên kết luận mức độ đau khớp gối trung bình ở ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $6,6 \pm 1,3$ (điểm), $6,8 \pm 1,6$ (điểm). Mức độ đau nặng chiếm tỷ lệ cao nhất: 56,7% [40]. Nghiên cứu của tác giả Ngô Chiến Thuật (2017) trên 60 bệnh nhân tại Bệnh viện Châm cứu Trung Ương đưa ra kết luận: Mức độ đau nặng chiếm 58.3%, điểm VAS trung bình ở nhóm NC là $6,45 \pm 0,86$ (điểm), nhóm ĐC là $6,38 \pm 0,99$ (điểm) [44].

Nguyên nhân của sự khác biệt này là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi giới hạn về mức độ đau (tiêu chuẩn VAS \leq

6 điểm) để đảm bảo đạo đức nghiên cứu đối với nghiên cứu thử nghiệm thuốc trên lâm sàng.

4.1.2.4. Mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne trước điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước điều trị, mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne trung bình là $12,44 \pm 1,88$ (điểm). Trong đó nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $12,23 \pm 2,12$ (điểm) và $12,65 \pm 1,6$ (điểm). Trước điều trị, 80,3% số khớp có mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối từ rất nặng đến trầm trọng. Tỷ lệ này là ở nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là 76,8% và 83,9%. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết luận của tác giả Ngô Thọ Huy (2019) với điểm Lequesne trung bình là $12,72 \pm 2,41$ (điểm), trong đó nhóm NC là $12,63 \pm 2,59$ (điểm), nhóm ĐC là $12,8 \pm 2,22$ (điểm). Tỷ lệ mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo Lequesne ở mức rất nặng và trầm trọng chiếm 80% [42]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích (2014) mức độ rất nặng đến trầm trọng chiếm 93,3% [40].

THKG là nguyên nhân dẫn tới hạn chế và giảm khả năng vận động ở người lớn tuổi. Bệnh diễn ra theo quy luật lão hóa của tự nhiên, mạn tính với nhiều yếu tố nguy cơ tác động từ từ tới sự phát bệnh và mức độ bệnh. THKG ảnh hưởng rất lớn đến quá trình sinh hoạt hàng ngày của người bệnh, gây hạn chế tới những động tác đơn giản như: đi lại, ngồi xổm, leo cầu thang, đi bộ....Thang điểm Lequesne đã đánh giá khá toàn diện về hoạt động chức năng vận động khớp gối. Với những bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi có thời gian mắc bệnh lâu năm kết hợp nhiều yếu tố nguy cơ nên chức năng vận động khớp gối bị ảnh hưởng đa số từ mức rất nặng đến trầm trọng.

4.1.2.5. Tầm vận động gấp khớp gối trước điều trị

Trước điều trị, đa số khớp gối bị hạn chế tầm vận động gấp khớp gối ở mức độ nhẹ, chiếm 57,1%. Trong đó nhóm NC là 58,9%, nhóm ĐC là 55,4%. Hạn chế mức độ trung bình chiếm 42,9%, ở nhóm NC là 41,1%, nhóm ĐC là 44,6%. Không có khớp gối hạn chế mức độ nặng. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tầm vận động gấp khớp gối trung bình là $118,82 \pm 9,74$ (độ); Ở nhóm NC là $119,36 \pm 10,1$ (độ), ở nhóm ĐC là $118,23 \pm 9,43$ (độ). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết luận của tác giả Ngô Thọ Huy (2019) với tỷ lệ tầm vận động khớp gối ở mức độ nhẹ là 60,2%, tầm vận động gấp khớp gối trung bình là 117,23 (độ) [42]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Giang Thanh và cộng sự (2014): tầm vận động gấp khớp gối trung bình là 114,8 (độ) [39].

Hạn chế tầm vận động là một triệu chứng hay gặp ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Khớp gối bị hạn chế tầm vận động do các biến chứng của thoái hóa khớp như đau, thoái hóa dây chằng khớp, sưng khớp, teo cơ, yếu cơ, tràn dịch khớp... và là nguyên nhân dẫn đến tàn phế. Vì vậy, phát hiện sớm và quản lý tốt bệnh nhân thoái hóa khớp gối sẽ giúp hạn chế biến chứng, giảm bớt gánh nặng cho bệnh nhân, gia đình và xã hội.

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Đa số khớp gối thoái hóa trong nghiên cứu có tổn thương trên X - quang theo Kellgren và Lawrence thuộc giai đoạn 2, chiếm 88,4%. Trong đó, nhóm NC là 89,3%, nhóm ĐC là 87,5 %. Tổn thương giai đoạn 1 chỉ chiếm 10,7% ở nhóm NC và 12,5% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Ngô Thọ Huy (2019) với tỷ lệ THKG giai đoạn 2 trên X - quang là 91,7%

[42]. Theo tác giả Ngô Chiến Thuật (2017), tỷ lệ này ở nhóm NC chiếm 90%, nhóm ĐC chiếm 86,7% [44].

Hiện nay có rất nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh mới được ứng dụng để chẩn đoán và đánh giá mức độ THKG, tuy vậy chụp X - quang khớp gối thường quy vẫn là phương pháp chính thường được chỉ định để chẩn đoán và đánh giá tình trạng bệnh. Tổn thương thoái hóa khớp trên phim X - quang thường được đặc trưng bởi sự mất sụn khớp và hoạt động tái tạo của xương dưới sụn, biểu hiện bởi sự hẹp khe khớp, có gai xương, đặc xương dưới sụn, đôi khi có hốc ở đầu xương dưới sụn, cuối cùng dẫn đến biến dạng khớp, lệch trục khớp. Hình ảnh thoái hóa khớp gối trên phim X quang cũng là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán THKG theo tiêu chuẩn của hội thập khớp học Hoa Kỳ (1991).

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn bệnh nhân có mức độ THKG ở giai đoạn 1 và 2 theo phân loại của Kellgren và Lawrence vì ở giai đoạn này chưa hẹp khe khớp, chưa hủy hoại nhiều xương dưới sụn, mà phương pháp nghiên cứu của đề tài là thuốc hoàn YHCT kết hợp với phương pháp điều trị không dùng thuốc của YHCT là xoa bóp bấm huyệt nên phù hợp với tổn thương khớp gối ở hai giai đoạn này.

4.2. Về kết quả điều trị

4.2.1. Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS

Tại D_0 , điểm VAS trung bình của nhóm NC là $5,22 \pm 0,80$ (điểm), nhóm ĐC là $5,16 \pm 0,85$ (điểm). Ở nhóm NC có 92,9% số khớp có mức độ đau vừa, chỉ có 7,1% khớp có mức đau ít. Tỷ lệ này ở nhóm ĐC lần lượt là 91,1% và 8,9%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Sau 7 ngày điều trị, điểm đau trung bình theo VAS ở cả hai nhóm nghiên cứu đều bắt đầu giảm. Nhóm NC có điểm VAS trung bình là $3,99 \pm 0,85$ (điểm), giảm 23,56% so với D_0 ; ở nhóm ĐC là $5,16 \pm 0,85$ (điểm), giảm 15,89% so với D_0 . Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Đến ngày điều trị thứ 14, mặc dù đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa D_{14} và D_0 ở cả hai nhóm nghiên cứu nhưng điểm VAS trung bình của nhóm NC giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC. Nhóm NC tiếp tục giảm 50% so với D_0 , còn $2,61 \pm 1,03$ (điểm), nhóm ĐC giảm 34,12% so với D_0 , còn $3,4 \pm 1,04$ (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Tại D_{21} : Điểm VAS trung bình của nhóm NC là $1,07 \pm 1,33$ (điểm), giảm 82,18% so với D_0 ($p < 0,001$); nhóm ĐC là $2,43 \pm 1,09$ (điểm), giảm 52,91% so với D_0 ($p < 0,001$). Mức độ đau ở cả hai nhóm cũng đều có sự cải thiện. Trong đó, nhóm NC có mức độ đau cải thiện rõ rệt hơn với 58,9% số khớp không đau, 41,1% số khớp đau ít, không còn mức độ đau vừa. Ở nhóm ĐC, còn 12,5% số khớp đau vừa, 75% đau ít, không đau chỉ chiếm 12,5%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết luận của tác giả Ngô Thọ Huy (2019) với tỷ lệ bệnh nhân không đau và đau nhẹ sau điều trị là 100% ở nhóm NC và 90% ở nhóm ĐC [42]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích (2014) có 90% bệnh nhân không đau hoặc đau nhẹ ở nhóm NC [40].

Xét về hiệu quả giảm đau theo chỉ số VAS thì nhóm NC điều trị bằng Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt giảm đau nhanh và mạnh hơn so với nhóm ĐC dùng Glucosamine sulfate kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Như vậy, Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt thực sự có tác dụng giảm đau trên bệnh nhân THKG.

Tác dụng giảm đau của Viên khớp VINTONG cũng đã được chứng minh ở nghiên cứu thực nghiệm: Viên khớp VINTONG dùng liều 2,4g hoạt chất/kg/ngày và 4,8g hoạt chất/kg/ngày có tác dụng giảm đau tốt khi thử nghiệm trên mô hình gây đau theo phương pháp Hotplate, với thời gian tiềm sau uống thuốc của chuột ở các lô dùng 2 mức liều tăng lần lượt 20,79% và 38,92% so với lô chứng và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cũng với mức liều 2,4g hoạt chất/kg/ngày và 4,8g hoạt chất/kg/ngày, Viên khớp VINTONG có tác

dụng giảm đau trên mô hình gây đau quặn bằng Acid Acetic, làm thời gian xuất hiện đau muộn hơn và số cơn đau quặn giảm hơn so với lô chứng sinh lý với $p < 0,01$. Tác dụng này tương đương với Diclofenac liều 20mg/kg/ngày [9].

Kết quả nghiên cứu dược tính của các vị thuốc cho thấy: Ngưu tất với hoạt chất chính là Saponin có tác dụng giảm đau và chống viêm rõ. Xuyên khung với các thành phần hóa học chính Ancaloit, $C_{10}H_{10}O_4$, chất có tính chất Phenol, một chất trung tính $C_{26}H_{28}O_4$ có tác dụng làm giãn mạch ngoại vi. Tang ký sinh chứa Glucosid, Lectin, Hexobarbital có tác dụng giãn mạch ngoại vi, ức chế ngưng tập tiểu cầu, kéo dài thời gian ngủ. Đương quy với hoạt chất chính là tinh dầu có tác dụng giảm đau chống viêm tương tự các thuốc chống viêm không steroid, tác dụng chống viêm không kèm theo tác dụng ức chế miễn dịch. Hoạt chất Paeoniflorin trong Bạch thược có tác dụng giảm đau và antinicholinergic [28], [56].

THKG thường có triệu chứng là đau và hạn chế vận động nên được quy vào “Chứng tý” trong YHCT. Tý có nghĩa là bế tắc, khí huyết ứ trệ, bế trở bất thông. Theo YHCT, bệnh nhân lớn tuổi, thiên quý suy, can thận âm hư không chủ được cân cốt, vệ khí không đầy đủ, chính khí suy giảm, tà khí phong hàn thấp thừa cơ mà xâm nhập vào cân, cơ, xương khớp, kinh lạc khiến khí huyết vận hành trở trệ, bất thông tắc thống [7], [8].

Trong Viên khớp VINTONG có các vị thuốc như: Độc hoạt vị đắng, cay, tính hơi ấm, quy kinh thận, bàng quang có tác dụng trừ phong thấp, thông tý, chỉ thống. Khương hoạt vị cay đắng, tính ấm; quy kinh can, thận, bàng quang, có tác dụng tán phong hàn, trừ phong thấp, chỉ thống. Tế tân vị cay tính ôn, quy kinh tâm, phế, thận; có tác dụng tán hàn, trấn thống. Xuyên khung vị đắng, tính ấm; có tác dụng hành khí, hoạt huyết, chỉ thống...Các vị thuốc trong bài phối hợp với nhau mang lại hiệu quả chỉ thống, giảm đau. Kết hợp cùng với tác dụng giảm đau, giãn cơ, tăng cường dinh dưỡng và lưu thông tuần hoàn của

xoa bóp bấm huyệt thì hiệu quả điều trị giảm đau càng được nâng cao hơn [32], [34].

4.2.2. Tác dụng cải thiện chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne

Tại D₀, điểm Lequesne trung bình ở nhóm NC là $12,23 \pm 2,12$ (điểm) và nhóm ĐC là $12,65 \pm 1,6$ (điểm). Đa số khớp gối thoái hóa có mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne từ mức độ nặng trở lên với 92,9% ở nhóm NC và 100% ở nhóm ĐC, không có bệnh nhân tổn thương ở mức độ nhẹ. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Chỉ số Lequesne trung bình ở mỗi nhóm nghiên cứu dần được cải thiện qua từng thời điểm đánh giá ($p < 0,001$). Tuy nhiên sự cải thiện điểm Lequesne trung bình ở nhóm NC nhanh hơn so với nhóm ĐC và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Tại D₇, điểm Lequesne trung bình ở nhóm NC là $9,69 \pm 2,07$ (điểm), giảm 20,77% so với D₀; ở nhóm ĐC là $10,92 \pm 1,74$ (điểm), giảm 13,68% so với D₀.

Thời điểm ngày điều trị thứ 14, điểm Lequesne trung bình ở nhóm NC giảm còn $6,86 \pm 2,26$ (điểm), giảm 43,91% so với D₀; ở nhóm ĐC giảm còn $9,02 \pm 1,92$ (điểm), giảm 28,7% so với D₀.

Sau 21 ngày điều trị, điểm Lequesne trung bình ở cả hai nhóm đều giảm rõ rệt so với D₀ ($p < 0,001$). Trong đó nhóm NC giảm nhiều hơn: giảm 70,24%, còn $3,64 \pm 2,42$ (điểm); nhóm ĐC giảm 46,48%, còn $6,77 \pm 2,32$. Sự khác biệt ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tại D₂₁, ở nhóm NC, mức độ tổn thương nhẹ chiếm đa số với 69,6%, mức độ trung bình là 21,4%, chỉ có 8,9% số khớp tổn thương mức độ nặng, không có khớp tổn thương mức độ rất nặng và trầm trọng. Ở nhóm ĐC, không có khớp tổn thương mức độ trầm trọng, 17,9% khớp tổn thương mức độ nhẹ, 46,4% tổn thương mức độ nặng, chỉ 7,1%

còn tổn thương mức độ rất nặng. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết luận của tác giả Nguyễn Thị Bích (2014), sau 21 ngày điều trị, ở nhóm NC điểm Lequesne giảm 70,74% so với trước điều trị, tỷ lệ này ở nhóm ĐC là 58,28%. Mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo Lequesne ở mức nhẹ và trung bình là 73,7% ở nhóm NC, nhóm ĐC là 60% [40].

Như vậy, xét về hiệu quả cải thiện chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne thì nhóm NC điều trị bằng Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt cải thiện nhanh và mạnh hơn so với nhóm ĐC dùng Glucosamine sulfate kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

Chức năng vận động của khớp gối được thể hiện bằng nhiều hình thức hoạt động: đứng, đi bộ, leo cầu thang, ngồi xổm, quỳ...Thang điểm Lequesne đã đánh giá khá toàn diện về hoạt động chức năng của khớp gối. Ở những bệnh nhân THKG, các chức năng này đều bị ảnh hưởng, gây khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày. Viên khớp VINTONG với nhiều vị thuốc có tác dụng hành khí, hoạt huyết, thư cân, giải cơ, chỉ thống, bổ can thận, mạnh gân cốt như: Bạch thược, Tang ký sinh, Tàn giao, Phòng phong...kết hợp với các động tác xoa bóp bấm huyệt: day, ấn, bóp, vận động vào khớp gối giúp giảm đau và cải thiện tầm vận động khớp, từ đó giúp cải thiện các hoạt động chức năng vận động của khớp [29], [32].

4.2.3. Tác dụng cải thiện tầm vận động gấp khớp gối

Thời điểm trước điều trị, tầm vận động gấp khớp gối trung bình ở nhóm NC là $119,36 \pm 10,10$ (độ), nhóm ĐC là $118,29 \pm 9,43$ (độ). Tầm vận động gấp khớp gối ở cả hai nhóm NC và nhóm ĐC đều hạn chế ở mức độ nhẹ và trung bình. Không có hạn chế mức độ nặng. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Qua từng thời điểm đánh giá, tầm vận động gấp khớp gối trung bình ở mỗi nhóm nghiên cứu dần được cải thiện so với thời điểm trước điều trị ($p < 0,001$).

Sau 7 ngày điều trị, tầm vận động gấp khớp gối trung bình ở nhóm NC và nhóm ĐC đều có sự cải thiện. So với D_0 , nhóm NC tăng 5,16%, đạt $125,52 \pm 8,0$ (độ), nhóm ĐC tăng 4,73%, đạt $123,89 \pm 8,53$ (độ).

Tại ngày điều trị thứ 14, tầm vận động gấp khớp gối trung bình ở nhóm NC là $131,93 \pm 5,59$ (độ), tăng 10,53% so với D_0 ; nhóm ĐC là $129,79 \pm 7,01$ độ, tăng 9,72%.

Sau 21 ngày điều trị, tầm vận động gấp khớp gối trung bình nhóm NC là $137,32 \pm 3,61$ (độ), tăng 15,05% so với D_0 , xu hướng cao hơn so với nhóm ĐC là $135,82 \pm 5,7$ (độ), tăng 14,82% so với D_0 . Về phân loại mức độ hạn chế tầm vận động gấp khớp gối, ở cả hai nhóm đều được cải thiện so với D_0 . Ở nhóm NC không còn hạn chế tầm vận động gấp khớp gối mức độ trung bình và nặng, 80,4% số khớp không hạn chế, 19,6% hạn chế mức độ nhẹ. Ở nhóm ĐC 78,6% số khớp không hạn chế, 21,4% hạn chế nhẹ, không có hạn chế mức độ trung bình và nặng. Tuy vậy, khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết luận của các tác giả Ngô Thọ Huy (2019) với tỷ lệ mức hạn chế tầm vận động khớp gối sau điều trị ở mức độ nhẹ và không hạn chế lần lượt là 80% và 20% ở nhóm NC, 60,2% và 36,5% ở nhóm ĐC [42]. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bích (2014) là 76,6% và 16,7% ở nhóm NC, 23,4% và 63,3% ở nhóm ĐC [40].

Xét về hiệu quả cải thiện tầm vận động gấp khớp gối thì nhóm NC điều trị bằng Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt cải thiện nhiều hơn so với nhóm ĐC dùng Glucosamine sulfate kết hợp xoa bóp bấm huyệt. Tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Tầm vận động gấp khớp gối chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố: mức độ đau, mức độ tổn thương dây chằng khớp gối, có hay không có tràn dịch, teo

cơ...Hoạt động XBBH ở cả 2 nhóm nghiên cứu và đối chứng tác động lên da, gân, cơ, khớp với các động tác xoa, bóp, ấn, vận động khớp có tác dụng thông kinh hoạt lạc, chỉ thống, điều hòa dinh vệ...mà theo YHHĐ là ngoài tác dụng tại chỗ là giảm đau, giãn cơ, tăng cường dinh dưỡng và lưu thông tuần hoàn thì XBBH còn có tác dụng toàn thân thông qua cơ chế thần kinh thể dịch, nội tiết. XBBH ảnh hưởng trực tiếp đến da và thông qua da ảnh hưởng đến toàn thân [32]. Chính tác dụng của XBBH phối hợp thuốc nghiên cứu đã giúp cải thiện tầm vận động khớp gối rõ rệt. Phương pháp XBBH dễ thực hiện, có thể hướng dẫn cho bệnh nhân thực hiện tại nhà để luyện tập khớp gối, cải thiện vận động khớp và giảm đau tốt.

4.2.4. Hiệu quả điều trị chung

Từ biểu đồ 3.4 cho thấy: Sau 21 ngày điều trị, ở nhóm NC, kết quả điều trị chung ở mức tốt và khá chiếm đa số với 91,1%, chỉ có 8,9% mức độ trung bình, không có mức độ kém. Ở nhóm ĐC, tỷ lệ kết quả điều trị tốt và khá đạt 48,3%, mức độ trung bình chiếm 44,6%, có 7,1% ở mức độ kém. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Đối với bệnh nhân tham gia nghiên cứu có THKG do can thận hư kèm theo triệu chứng của phong hàn thấp thì pháp điều trị là: Khu phong, tán hàn, trừ thấp, bổ can thận, thông kinh lạc. Viên khớp VINTONG gồm 14 vị thuốc và tá dược đã đảm bảo được công năng chủ trị đối với bệnh nhân nghiên cứu. Tuy nhiên, ở bệnh nhân THKG do can thận hư kèm theo triệu chứng của phong hàn thấp, ngoài các chứng trạng tại khớp gối còn có các chứng trạng toàn thân kèm theo như: khớp tứ chi đau mỏi, cơ duỗi các khớp khó khăn, chân tay tê bì, đau đầu âm ỉ, đạo hãn, cốt chưng, ù tai, hoa mắt chóng mặt, ngủ ít, lưỡi hồng, rêu lưỡi mỏng, mạch huyền tế sắc, sợ lạnh, thích chườm ấm, thay đổi thời tiết đau tăng, đau mỏi nặng nề... Đây là những chứng trạng thường thấy ở bệnh nhân can thận âm hư [7].

Theo Y học cổ truyền, can chủ cân, cân là cân mạch gồm các khớp, gân... phụ trách việc vận động của cơ thể. Nói can chủ cân tức là can nuôi dưỡng các cân bằng huyết của can. Khớp gối là chỗ tụ của cân, can âm hư, can huyết không đầy đủ, không nuôi dưỡng được cân tốt sẽ gây các chứng đau mỏi khớp gối, chân tay run, tê buốt, co duỗi khó khăn ... Can tàng huyết, can âm hư, can huyết thiếu gây hoa mắt chóng mặt. Can tàng hồn, can âm hư không tàng được hồn thì mất ngủ, ngủ ít... Thận tàng tinh, tinh có thể hóa khí. Khí do thận tinh hóa còn gọi là thận khí. Thận khí có chức năng điều tiết sự chuyển hóa và chức năng sinh lý của cơ thể. Chức này có được là do thông qua hai loại chức năng tương phản của tinh khí là thận dương và thận âm để thực hiện. Thận dương hay còn gọi là chân dương hay nguyên dương, là căn bản của dương khí trong cơ thể, có tác dụng ôn ấm và hóa sinh các tạng phủ và tổ chức. Thận âm còn gọi là chân âm hay nguyên âm, là căn bản của âm dịch trong cơ thể, có tác dụng nhu nhuận và dinh dưỡng các tạng phủ và tổ chức. Ở giai đoạn lão hóa, tinh khí của thận suy giảm sẽ dẫn tới tình trạng thận âm hư và thận dương hư. Thận sinh tủy, chủ cốt, thận khai khiếu ra tai và chủ nhị âm nên khi thận âm hư thì chức năng nhu nhuận và dinh dưỡng các tạng phủ và tổ chức bị ảnh hưởng. Biểu hiện lâm sàng là: đau mỏi lưng gối, đau nhức trong xương, đạo hãn, cốt chung, ù tai, nghe kém, rụng răng, táo bón, chất lưỡi hồng, ít râu lưỡi...[7], [57].

Như vậy, Viên khớp VINTONG có các vị thuốc bổ can thận như: Đỗ trọng (quy kinh can, thận; tác dụng: ôn bổ can thận, mạnh gân cốt, an thai, hạ áp), Ngưu tất (quy kinh can, thận; tác dụng: hoạt huyết thông kinh, bổ can thận, mạnh gân cốt), Tang ký sinh (quy kinh can, thận; tác dụng: bổ can thận, mạnh gân xương, an thai, xuống sữa), Thục địa (quy kinh can, thận; tác dụng: tư âm dưỡng huyết, bổ can thận, ích tinh) được sử dụng để điều trị cho bệnh nhân THKG do can thận hư kết hợp với phong hàn thấp thì ngoài tác dụng điều trị tại khớp gối, thuốc còn tác dụng đến những triệu chứng toàn thân khác như: ngủ ít, đạo hãn, ù tai, hoa mắt chóng mặt, táo bón...hay cải thiện chất lượng

cuộc sống của bệnh nhân không? Do đó, tôi kiến nghị theo dõi thêm các biểu hiện toàn thân, đánh giá chất lượng cuộc sống, mở rộng chỉ tiêu theo dõi ở những nghiên cứu tiếp theo về Viên khớp VINTONG để đánh giá tác dụng của thuốc toàn diện hơn.

4.2.5. Tác dụng của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên cật lâm sàng

Tốc độ lắng hồng cầu là chỉ số phản ánh về tình trạng và mức độ viêm của cơ thể. Theo kết quả bảng 3.15: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tốc độ lắng hồng cầu 1 giờ và 2 giờ trung bình ở hai nhóm nghiên cứu tại thời điểm trước và sau điều trị.

Theo kết quả nghiên cứu trên thực nghiệm về tác dụng chống viêm khớp gây ra bởi tá chất Freund trên chuột cống của Viên khớp VINTONG: Tại tất cả các thời điểm sau khi gây viêm (sau 7, 14, 21, 28 ngày), đường kính chân chuột ở các lô dùng thuốc giảm so với lô chứng bệnh lý (gây viêm không dùng thuốc), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tác dụng điều trị viêm khớp của Viên khớp VINTONG ở các mức liều 1,4g hoạt chất/kg/ngày và 2,8g hoạt chất/kg/ngày tương đương với thuốc tham chiếu Diclofenac sodium liều 15mg/kg/ngày. Trên hình ảnh giải phẫu bệnh, ở lô tham chiếu và các lô dùng Viên khớp VINTONG, hình ảnh viêm khớp giảm rõ rệt so với lô chứng bệnh lý, hình ảnh viêm và xơ hóa nhẹ, không rõ rệt.

Viên khớp VINTONG ở cả 2 mức liều 1,4g hoạt chất/kg/ngày và 2,8g hoạt chất/kg/ngày có tác dụng chống viêm cấp tốt trên mô hình gây phù chân chuột cống trắng bằng Carageenan: So với lô chứng sinh lý, tỷ lệ % tăng thể tích bàn chân chuột của các lô dùng Viên khớp VINTONG và lô dùng Diclofenac giảm rõ ($p < 0,01$). Phần trăm ức chế phù viêm ở cả 2 lô dùng Viên khớp VINTONG 2 mức liều 1,4g hoạt chất/kg/ngày và 2,8g hoạt chất/kg/ngày lần lượt là 39,76% và 42,12%, tác dụng này tương đương với lô dùng Diclofenac sodium liều 15 mg/kg/ngày (40,90%). Ngoài ra, Viên khớp

VINTONG ở cả 2 mức liều trên còn có tác dụng chống viêm mạn tốt trên mô hình gậy u hạt ở chuột cống trắng, làm giảm khối lượng u hạt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng gậy viêm ($p < 0,01$).

Như vậy, kết quả trên thực nghiệm xác nhận khả năng chống viêm của Viên khớp VINTONG có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số tốc độ lắng hồng cầu 1 giờ và 2 giờ trước và sau điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê. Nguyên nhân ở sự khác biệt này là do tiêu chuẩn chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân THKG theo tiêu chuẩn ACR 1991, không có tràn dịch khớp gối trên siêu âm và tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nhiễm khuẩn tại khớp và/hoặc nhiễm khuẩn toàn thân. Do đó, đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có chỉ số tốc độ lắng hồng cầu trong giới hạn bình thường ở cả trước và sau điều trị.

4.3. Về tác dụng không mong muốn của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt

4.3.1. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Trong 21 ngày điều trị, tất cả BN ở nhóm NC uống Viên khớp VINTONG kết hợp XBBH cũng như BN tham gia nhóm ĐC uống Glucosamin kết hợp XBBH không xuất hiện bất kỳ tác dụng không mong muốn nào có thể gặp của thuốc nghiên cứu và xoa bóp bấm huyệt như: đau bụng, táo bón, buồn nôn và nôn, đau đầu, chóng mặt, ỉa chảy, mẫn ngứa, choáng, bầm tím, nóng và đỏ da... trên lâm sàng.

4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng

Từ bảng 3.17 và bảng 3.18 cho thấy: sự khác biệt các chỉ số huyết học: WBC, RBC, HGB, PLT và các chỉ số sinh hóa máu: AST, ALT, Glucose, Creatinin trước và sau điều trị ở nhóm NC và nhóm ĐC không có ý nghĩa thống kê.

Theo kết quả nghiên cứu thực nghiệm, trên các lô chuột dùng Viên khớp VINTONG liều 1,4g hoạt chất/kg/ngày, liều 7,0g hoạt chất/kg/ngày trong 90

ngày liên tục và lô chứng sinh lý cho thấy: So sánh các lô với nhau trong cùng 1 thời điểm (trước nghiên cứu, sau 45 ngày, sau 90 ngày) và so sánh từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm, các chỉ số: RBC, HGB, Hematocrit (%), thể tích trung bình hồng cầu (fl), WBC, PLT, AST, ALT, Albumin huyết tương (g/l), Cholesterol toàn phần (mmol/l), Bilirubin toàn phần ($\mu\text{mol/l}$), Creatinin thay đổi không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu đại thể và mô bệnh học các tạng (gan, lách, thận) của chuột thí nghiệm cũng kết luận: Quan sát đại thể bằng mắt thường và dưới kính lúp có độ phóng đại 25 lần: màu sắc, hình thái của gan, thận, lách ở 2 lô dùng Viên khớp VINONG không khác so với lô chứng. Các tiêu bản mô bệnh học gan, lách, thận không thấy hình ảnh thoái hóa, xuất huyết, hoại tử; các vùng chức năng thận bình thường, không có sự khác biệt hình ảnh vi thể với chuột ở lô chứng [9].

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 70 bệnh nhân với 112 khớp gối thoái hóa được chia làm hai nhóm. Nhóm nghiên cứu được điều trị bằng Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt, nhóm đối chứng điều trị bằng Glucosamin kết hợp xoa bóp bấm huyệt, liệu trình 21 ngày điều trị, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

1. Về hiệu quả điều trị:

Sử dụng Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong 21 ngày có tác dụng cải thiện một số triệu chứng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối:

- Tác dụng giảm đau: giảm 79,5% điểm đau theo VAS so với D₀, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.
- Tác dụng cải thiện chức năng vận động khớp gối: giảm 70,24% điểm Lequesne so với D₀, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.
- Tác dụng cải thiện vận động khớp gối: tăng 15,05% tầm vận động gấp khớp gối so với D₀, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.
- Hiệu quả điều trị chung đạt tốt là 71,4%, khá là 19,7%, trung bình là 8,9%.
- Sự thay đổi tốc độ lắng hồng cầu sau 21 ngày điều trị không có ý nghĩa thống kê.

2. Về tác dụng không mong muốn:

Trong 21 ngày sử dụng Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị thoái hóa khớp gối, không quan sát thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê các chỉ số huyết học (WBC, RBC, HGB, PLT) và các chỉ số sinh hóa (AST, ALT, Glucose, C-reatinin) của người bệnh trước và sau điều trị.

KHUYẾN NGHỊ

Số liệu từ kết quả nghiên cứu cho thấy Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị thoái hóa khớp gối là phương pháp điều trị có tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng vận động khớp gối. Do thời gian nghiên cứu hạn chế và số lượng bệnh nhân còn nhỏ nên để có thêm những bằng chứng khoa học, hiểu rõ hơn về cơ chế tác dụng của Viên khớp VINTONG, sử dụng thuốc đạt hiệu quả cao hơn, chúng tôi khuyến nghị:

- Sử dụng thuốc liên tục trong 21 ngày để đạt hiệu quả giảm đau và cải thiện chức năng vận động khớp gối tốt hơn.
- Theo dõi tác dụng của thuốc trên lâm sàng và cận lâm sàng với nhiều chỉ tiêu theo dõi hơn, thời gian theo dõi dài hơn và số lượng bệnh nhân lớn hơn.
- Đánh giá tác dụng của thuốc trên bệnh nhân thoái hóa khớp ở các vị trí khớp khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2015). *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr.180-184.
2. **Bộ y tế** (2007). Thoái hóa khớp. *Bệnh học và điều trị nội kết hợp Đông-tây y*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.520-533.
3. **David J.H** (2015). Viscosupplementation for Osteoarthritis of the Knee. *The New England Journal of Medicine*, 372, pp.1040-1047
4. **Hayashi D, Roemer F.D, Guermazi A** (2016). Imaging for osteoarthritis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56, pp.161-169.
5. **Bộ y tế** (2015). Thoái hóa khớp. *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr.140-153.
6. **Bộ y tế** (2016). Chẩn đoán và điều trị thoái hóa khớp gối. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Y học, tr.124-127.
7. **Bộ y tế** (2016). Thoái hóa khớp. *Lão khoa Y học cổ truyền*, Tái bản lần thứ 2, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr.180-187.
8. **Học viện Quân Y- Bộ môn Y học cổ truyền** (2011). Chứng tý. *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr.354-360.
9. **Học viện Quân Y, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam** (2019), *Báo cáo kết quả nghiên cứu - Nghiên cứu độc tính và tác dụng dược lý của của Viên khớp VINTONG trên thực nghiệm*, tr. 11-36.
10. **Nguyễn Đức Dũng** (2019). *Đánh giá tác dụng của điện mãng châm kết hợp bài thuốc KNC trong điều trị đau dây thần kinh tọa thể phong hàn*

thấp, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Học Viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

11. **Bệnh viện Bạch Mai - Khoa cơ xương khớp** (2012). Thoái hóa khớp. *Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.35-55.
12. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2012). Thoái hóa khớp. *Bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.188-196.
13. **Felson D.T, Lawrence R.C, Dieppe P.A et al** (2000). Osteoarthritis: new insights, Part 1: the disease and its risk factors. *Ann Intern Med*, 133(8), pp.635-646.
14. **Weiss E** (2000). Knee osteoarthritis, body mass index and pain: data from the Osteoarthritis Initiative. *Rheumatology (Oxford)*, 53 (11), pp.2095-2099.
15. **Các bộ môn Nội Trường Đại học Y Hà Nội** (2005). Thoái hóa khớp gối. *Điều trị học nội khoa tập 1*, Nhà xuất bản Y học, tr.216-224.
16. **Man G.S and Mologhianu G** (2014). Osteoarthritis pathogenesis - a complex process that involves the entire joint. *J Med Life*, 7 (1), pp.37-41.
17. **Kellgren J.H and Lawrence J.S** (1957). Radiological assessment of osteo-arthrosis. *Ann Rheum Dis*, 16 (4), pp.494-502.
18. **Nguyễn Mai Hồng** (2004). *Nghiên cứu giá trị của nội soi trong chẩn đoán và điều trị thoái hóa khớp gối*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học y Hà Nội, tr.50-70.
19. **Nguyễn Thị Ái** (2006). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thoái hóa khớp gối*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.19-21.

20. **Bùi Hải Bình** (2016). *Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân*, Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.55, 139.
21. **Tạ Việt Hưng** (2017). *Nghiên cứu phân lập, bảo quản, hoạt hóa và đánh giá hiệu quả điều trị của tế bào gốc mô mỡ tự thân đối với bệnh nhân thoái hóa khớp gối*, Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y, tr.74-90.
22. **Hoàng Bảo Châu** (2006). *Chứng tý. Nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. tr.528-538.
23. **Trường Đại học Y Hà Nội - Khoa Y học cổ truyền** (2005). *Một số bệnh về khớp xương. Bài giảng Y học cổ truyền tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.160-165, 491-508.
24. **周仲英** (2003), *中医内科学*, 中国中医出版社, 481-482.
25. **Học viện Trung y Thượng Hải** (1994). *Tý chứng. Đông y nội khoa và bệnh án*, (Nguyễn Thiên Quyển dịch), Nhà xuất bản Mũi Cà Mau, Cà Mau, tr.420-423.
26. **Trường Đại học Y Hà Nội - Khoa Y học cổ truyền** (2006). *Chứng tý. Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.478-486.
27. **Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam - Bộ môn Y lý Y học cổ truyền** (2015). *Giáo trình nội kinh chọn lọc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.234-240.
28. **Bộ y tế** (2018). *Dược điển Việt Nam V*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.1075-1076, 1093-1095, 1154-1156, 1169-1172, 1173-1175.
29. **Bộ Y tế** (2009). *Dược học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.35-53, 104-121, 211-239...
30. **Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn** (2008). *Phương tế học*, Nhà xuất bản Thuận Hóa, Thừa Thiên Huế, tr.550-552.

31. **Lý Ngọc Điền, Bảo Huy** (2000). *Xoa bóp bấm huyết chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.3-5
32. **Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam - Bộ môn Khí công - Dưỡng sinh - Xoa bóp bấm huyết**, (2018). *Tài liệu giảng dạy xoa bóp bấm huyết khí công dưỡng sinh* (Tài liệu lưu hành nội bộ), Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, tr.86-106.
33. **Hoàng Thúy** (2010). *Tìm hiểu về chữa bệnh bằng xoa bóp bấm huyết*, Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội, tr.5-10.
34. **Học viện Quân Y- Bộ môn Y học cổ truyền** (2007). *Xoa bóp bấm huyết chữa bệnh. Y học cổ truyền biện chứng luận trị thuốc Nam châm cứu chữa bệnh*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr.456-460.
35. **Towheed T.E, Maxwell L, Anastassiades T.P, et al** (2005) Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD002946. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002946.pub2>.
36. **Henrotin Y, Marty M, Mobasher A** (2014). What is the current status of chondroitin sulfate and glucosamine for the treatment of knee osteoarthritis? *Maturitas*, 78 (3), pp.184-187.
37. **Perlman A.I, Ali A, Njike V.Y et al** (2012). Massage therapy for osteoarthritis of the knee: a randomized dose-finding trial. *PLoS One*, 7(2), pp.1-9.
38. **Ogata T, Ideno Y, Akai M et al** (2018). Effects of glucosamine in patients with osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis. *Clinical rheumatology*, 37(9), pp.2479–2487.
39. **Nguyễn Giang Thanh, Lê Thành Xuân, Đỗ Thị Phương** (2013). Hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp với bài thuốc Độc hoạt Tang ký sinh. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 85 (5), tr.78-84.

40. **Nguyễn Thị Bích** (2014). *Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp với bài tập vận động khớp gối*, Luận văn Thạc sỹ Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.81.
41. **Nguyễn Thu Thủy** (2014). *Đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng bài thuốc Tam tỷ thang kết hợp với điện xung*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.45-70.
42. **Ngô Thọ Huy** (2019). *Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa khớp gối của bài thuốc “Khớp gối HV”*, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y học cổ truyền, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, tr.41, 48.
43. **Trần Lê Minh** (2017). *Nghiên cứu hiệu quả của điện châm kết hợp siêu âm điều trị thoái hóa khớp gối*, Luận văn Thạc sỹ Y học cổ truyền, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, tr.44-87.
44. **Ngô Chiến Thuật** (2017). *Đánh giá tác dụng điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp điện châm kết hợp tập dưỡng sinh*, Luận văn Thạc sỹ Y học cổ truyền, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam. Tr.42-80.
45. **Bộ Y tế** (2018). Phụ lục I. *Thông tư 29/2018/ TT-BYT quy định về thủ tục trên lâm sàng*, ban hành ngày 29/10/2018, tr.9-10.
46. **Bộ Y tế** (2013). *Quyết định 792/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*, ban hành ngày 12/03/2013, tr.106-107.
47. **World Health Organization - Regional Office for the Western Pacific** (2000). *The Asia-Pacific perspective: refining obesity and its treatment*, Health Communications Australia, Sydney, pp.18.
48. **Kersten P, Küçükdeveci AA, Tennant A** (2012). The use of the Visual Analogue Scale (VAS) in Rehabilitation Outcomes. *J Rehabil Med*, 44, pp.609-610.

49. **Lequesne M.G, Mary C, Samson M et al** (1987). Indexes of Severity for Osteoarthritis of the Hip and Knee. *Scand J Rheumatology*, 65, pp.85-89.
50. **Học viện Quân Y- Bộ môn vật lý trị liệu và phục hồi chức năng** (2006). Lượng giá chức năng và thăm khám người tàn tật. *Vật lý trị liệu và phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr.25.
51. **BỘ Y TẾ** (2010). *Lượng giá chức năng hệ vận động*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr.178-179.
52. **Amor B, Rvel M, Dougados M (2020)**, Traitment des conflits discograd – iculaire par infection intradiscale daprotonine, *Medicine et armies*, pp. 751-754.
53. **Brandt KD, Smith GN Jr và Simon LS** (2000), "Intra-articular injection of hyaluronan as treatment for knee osteoarthritis, what is the evidence?", *Arthritis Rheum.* 43, tr. 1192-203.
54. **Đỗ Thị Phương, Nguyễn Tuyết Minh, Đinh Thị Lam** (2014), Đánh giá tác dụng của chế phẩm Bảo Cốt khang trong điều trị hỗ trợ bệnh nhân thoái hóa khớp gối, *Tạp chí Y học thực hành*, số 4/2014 (914), tr.79-82.
55. **McAlindon T, Dieppe PA** (1989), "Osteoarthritis: Definitions and criteria", *Ann Rheun Dis*, 48 (7), pp.531-532.
56. **Đỗ Tất Lợi** (2009). *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội, tr.48-49, 55-58, 65-66, 654-656, 666-668, 722, 811-812, 838-839...
57. **Học viện Quân Y** (2010), *Lý luận cơ bản Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.50-69, tr.247-253.
58. **BỘ Y TẾ** (2010). *Quyết định 3759/QĐ- BYT về việc ban hành phương pháp chế biến đảm bảo chất lượng đối với 85 vị thuốc đông y*, ban hành ngày 08/10/2010, tr.13-15, 20-21, 40-45, 78, 86-90, 109-112.

59. **Dương Trọng Hiếu, Dương Trọng Nghĩa, Nguyễn Thị Thu Hà** (2009). *Tra cứu châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. tr.46, 76-93.
60. **Học viện Y học cổ truyền Trung quốc** (2000). *Châm cứu học Trung Quốc*, (Hoàng Quý dịch), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.105-106, 112, 134, 168.
61. **Lê Quý Nguru** (2011). *Học châm cứu bằng hình ảnh*, Nhà xuất bản Thuận Hóa, Thừa Thiên Huế, tr.53-55, 63-65, 109, 170, 171, 233.
62. **Lê Quý Nguru** (2012). *Từ điển huyệt vị châm cứu*, Nhà xuất bản Thuận Hóa, Thừa Thiên Huế, tr.11, 106, 102, 225, 298, 593, 623.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Báo cáo kết quả nghiên cứu - Nghiên cứu độc tính và tác dụng dược lý của Viên khớp VINTONG trên thực nghiệm

Phụ lục 2: Phiếu nghiên cứu.

Phụ lục 3: Phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu

Phụ lục 4: Dược liệu trong Viên khớp VINTONG

Phụ lục 5: Một số hình ảnh trong nghiên cứu

Phụ lục 6: Các huyết dùng trong nghiên cứu theo công thức điều trị thoái hóa khớp gối của bộ y tế

Phụ lục 7: Danh sách bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Phụ lục 2

PHIẾU NGHIÊN CỨU

BỆNH VIỆN.....

ĐỀ TÀI: “ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA VIÊN KHỚP VINTONG KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI”

ĐC NC

Stt.....

Số bệnh án.....

I. THÔNG TIN CHUNG

1. Họ tên bệnh nhân..... Tuổi.....

2. Giới: 1. Nam 2. Nữ

3. BMI :(kg/m²)

3. Địa chỉ:

5. Thời gian mắc bệnh: 1. < 5 năm 2. 5 -10 năm 3. > 10 năm

6. Nghề nghiệp: 1. Lao động chân tay 2. Lao động trí óc

7. Ngày vào viện:Ngày ra viện:

II. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Triệu chứng	Khớp gối trái		Khớp gối phải	
	1. Có	2. Không	1. Có	2. không
Đau khớp gối				
Cứng khớp < 30 phút				
Lao xao khi cử động				
Hạn chế vận động				
Sung khớp				

Điểm theo VAS

Điểm VAS	D ₀	D ₇	D ₁₄	D ₂₁
Khớp gối Trái				
Khớp gối Phải				

0: Không đau. 0 < d ≤ 3: Đau ít. 3 < d ≤ 6: Đau vừa. 6 < d ≤ 10: Đau nhiều

Điểm theo Lequesne

Điểm theo Lequesne	D₀	D₇	D₁₄	D₂₁
Khớp gối Trái				
Khớp gối Phải				

0-4: Nhẹ. 5-7: Trung bình. 8-10: Nặng. 10-14: Rất nặng. >14: Trầm trọng

Tầm vận động gấp khớp gối

Độ gấp gối	D₀	D₇	D₁₄	D₂₁
Khớp gối Trái				
Khớp gối Phải				

≥ 135°: Không hạn chế. 120°-135°: Hạn chế nhẹ. 90°-120°: Hạn chế trung bình.

<90°: Hạn chế nặng

III. ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG

Chỉ số cận lâm sàng	D₀	D₂₁
WBC (G/l)		
RBC (T/l)		
HGB (g/dl)		
PLT (G/l)		
AST (U/l)		
ALT (U/l)		
Glucose (mmol/l)		
Creatinin (μmol/l)		
Tốc độ lắng hồng cầu (mm/h)		

X - quang khớp gối: 1. Độ I 2. Độ II

IV. TIỀN SỬ

1. Liên quan khớp gối:

- Chấn thương khớp gối: 1. Trái 2. Phải 3. Không

- Bệnh THKG trước đó:(năm). Đã điều trị:.....

- Thói quen sinh hoạt, lao động có liên quan đến THKG:

1. Thường xuyên lao động sinh hoạt trong môi trường ẩm ướt

2. Ngồi xổm hoặc ngồi khoanh chân nhiều
3. Mang vác nặng, thường xuyên đứng nhiều
- Điều trị trước đó: 1. Có 2. Không
3. Điều trị bằng YHCT 4. Điều trị bằng YHHĐ
5. Kết hợp YHCT và YHHĐ

2. Tiền sử các bệnh nội, ngoại, sản khoa đã mắc:

.....

.....

V. THĂM KHÁM VÀ CHẨN ĐOÁN THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

- Vọng chẩn

.....

- Văn chẩn:

.....

- Vấn chẩn:

.....

.....

- Thiết chẩn:

- Bát cương:

- Tạng phủ kinh lạc:

- Nguyên nhân:

- Thử bệnh:

VI. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN TRÊN LÂM SÀNG CỦA VIÊN KHỚP VINTONG KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT

.....

.....

.....

VII. ĐIỀU TRỊ

.....

.....

.....

THANG ĐIỂM LEQUESNE 1984
ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG KHỚP GỐI

Tình trạng bệnh nhân	Điểm	D ₀		D ₇		D ₁₄		D ₂₁	
		T	P	T	P	T	P	T	P
I. Đau hoặc cảm giác vướng tại khớp									
<i>A. Ban đêm</i>									
- Chỉ khi cử động hoặc một tư thế nào đó	1								
- Ngay khi cả nằm yên	2								
<i>B. Dấu hiệu phá vỡ khớp</i>									
- Dưới 15 phút	1								
- Trên 15 phút	2								
<i>C. Đứng yên hoặc dẫm chân 30 phút có đau tăng lên</i>	1								
<i>D. Đau khi đi bộ</i>									
- Sau một khoảng cách nào đó	1								
- Đau ngay sau khi bắt đầu và ngày càng tăng	2								
<i>E. Đau hoặc vướng khi đứng lên khỏi ghế mà không vịn tay</i>	1								
II. Phạm vi đi bộ tối đa (kể cả có đau)									
- Giới hạn nhưng trên 1000m	1								
- Khoảng 1000m (Khoảng 15 phút)	2								
- Trên 500m - 900m (khoảng 7 - 15 phút)	3								
- Trên 300m - 500m	4								
- Trên 100 - 300m	5								
- Dưới 100m	6								
- Cần 1 gậy hoặc 1 nạng chống	+1								
- Cần 2 gậy hoặc 2 nạng chống	+2								
III. Những khó khăn khác									
- Có thể đi lên 1 tầng gác không?	0-2								
- Có thể đi lên và xuống 1 tầng gác không?	0-2								
- Có thể ngồi xổm hoặc quỳ không?	0-2								
- Có thể đi trên mặt đất lồi lõm không?	0-2								
Tổng điểm	0-24								

	Tổng điểm TĐT	Tổng điểm SĐT	Kết quả điều trị
Khớp gối trái			
Khớp gối phải			

Phụ lục 3

Mã số:.....

PHIẾU ĐỒNG THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

*(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu không cần
bí mật danh tính)*

Họ và tên đối tượng:.....

Tuổi:

Địa chỉ:

Sau khi được bác sỹ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu: “Đánh giá tác dụng của Viên khớp VINTONG kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị thoái hóa khớp gối”

Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Hà Nội, ngày ... tháng ... năm 2020

Họ tên của người làm chứng

(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ tên của đối tượng

(Ký và ghi rõ họ tên)

Phụ lục 4

DUỢC LIỆU TRONG VIÊN KHỚP VINTONG [28], [29], [56], [58]

1. Bạch thược

- Tên khoa học: *Radix Paeoniae lactiflorae*.
- Bộ phận dùng: Dùng rễ cạo bỏ vỏ ngoài của cây Thược dược họ hoàng liên.
- Thành phần hóa học: tinh bột, tanin, canxi oxalate, một ít tinh dầu, acid benzoic, chất béo, chất nhầy, nhựa.
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, đắng, chua, hơi hàn. Quy kinh can, tỳ, phế.
- Tác dụng: Bổ huyết, nhu can thư gân, liễm âm, lợi niệu.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Bổ huyết: Chủ trị người xanh xao, kinh nguyệt không đều, thống kinh.
 - + Điều trị đau dạ dày, đau mạn sườn, chứng đau bụng ỉa chảy do thần kinh.
 - + Điều trị ra mồ hôi vào ban đêm, đau đầu, mất ngủ, hoa mắt chóng mặt.

2. Cam thảo

- Tên khoa học: *Radix Glycyrrhizae*
- Bộ phận dùng: Rễ của cây Cam thảo thuộc họ đậu.
- Thành phần hóa học: 8% glucoza, 2.4-6.5% saccroza, 25-30% tinh bột, 0.3-0.35% tinh dầu, asparagin, vitamin C...
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, tính bình. Quy 12 kinh.
- Tác dụng: Dưỡng huyết, nhuận phế, chỉ ho, bổ trung khí, thanh nhiệt giải độc, hòa hoãn giảm đau.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Trị tỳ vị hư, tâm khí hư nhược đánh trống ngực, buồn bực.
 - + Nhuận phế, chỉ ho: trị đau hầu họng, viêm họng cấp, mạn tính, viêm amidan, ho có nhiều đàm. Trị mụn nhọt, đinh độc, sưng đau
 - + Trị đau dạ dày, loét đường tiêu hóa, đau bụng.
 - + Điều vị, giảm tác dụng phụ và dẫn thuốc khi dùng phối hợp.

3. Đẳng sâm

- Tên khoa học: *Radix Codonopsis*.
- Bộ phận dùng: Rễ củ của cây Đẳng sâm thuộc họ Hoa chuông.
- Thành phần hóa học: đường, chất béo, saponin...
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, tính bình. Quy kinh tỳ, phế.
- Tác dụng: Kiện tỳ khí, bổ phế khí, dưỡng huyết, sinh tân, bổ trung ích khí.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Trị ho, hen do phế khí hư, mất ngủ. Dùng làm thuốc bổ dưỡng cơ thể.
 - + Kích thích tiêu hóa, điều trị đầy bụng, ỉa chảy, sa trực tràng, sa tử cung.

4. Đỗ trọng

- Tên khoa học: *Cortex Eucommia*.
- Bộ phận dùng: Vỏ thân phơi khô của cây Đỗ trọng.
- Thành phần hóa học: Chất nhựa, chất màu, albumin, chất béo, tinh dầu và muối vô cơ.
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, hơi cay, tính ấm. Quy kinh can, thận
- Tác dụng: Ôn bổ can thận, mạnh gân cốt, an thai, hạ áp.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Chủ trị hoạt tinh, di tinh, liệt dương do can thận hư.
 - + Chữa đau lưng, đau đầu gối do thận hư.
 - + An thai chữa chứng hay sảy thai, đẻ non, có thai chảy máu.
 - + Điều trị tăng huyết áp, nhồi máu não, bệnh lão suy.

5. Độc hoạt

- Tên khoa học: *Radix Angelicae Pubescentis*.
- Bộ phận dùng: Rễ phơi khô của cây độc hoạt, họ hoa tán.
- Thành phần hóa học: Ostol, Bergapten...
- Tính vị, quy kinh: Vị đắng, cay, tính hơi ấm. Quy kinh thận, bàng quang.
- Tác dụng: Trừ phong thấp, trừ thấp, thông tỳ, chỉ thống.
- Ứng dụng lâm sàng:

+ Chữa đau khớp, đau dây thần kinh hay dùng cho những chứng đau từ lưng trở xuống

+ Chữa cảm mạo do lạnh gây đau đầu, sốt, đau lưng.

6. Đương quy

- Tên khoa học: *Radix Angelicae sinensis*

- Bộ phận dùng: Rễ phơi khô của cây Đương quy họ Hoa tán (Apiaceae)

- Thành phần hóa học: tinh dầu

- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, cay, tính ấm. Quy kinh tâm, can, tỳ.

- Tác dụng: dưỡng huyết, hoạt huyết, nhuận táo, chỉ thống, điều kinh.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Dùng trong trường hợp thiếu máu, hoa mắt chóng mặt, da xanh người gầy yếu, táo bón do huyết hư.

+ Điều kinh chữa kinh nguyệt không đều, thống kinh, bế kinh.

+ Trị đau các dây thần kinh, các cơ do lạnh, sưng đau do sang chấn.

7. Khương hoạt

- Tên khoa học: *Rhizoma et radix Notopterygii*.

- Bộ phận dùng: Thân rễ và rễ phơi khô của cây Khương hoạt.

- Thành phần hóa học: angelical, isoimperatorin, cnidilin, phenethylferulate..

- Tính vị, quy kinh: Vị cay đắng, tính ấm. Quy kinh can, thận, bàng quang.

- Tác dụng: Tán phong hàn, trừ phong thấp, chỉ thống.

- Ứng dụng lâm sàng:

+ Trị phong thấp đau nhức các khớp, thiên về nửa người trên.

+ Cảm mạo phong hàn (mình đau không có mồ hôi).

8. Ngưu tất

- Tên khoa học: *Radix Achyranthis bidentatae*.

- Bộ phận dùng: Rễ phơi hoặc sấy khô của cây Ngưu tất.

- Thành phần hóa học: saponin, ecdysterone, inokosterone, muối Kali.

- Tính vị, quy kinh: Vị đắng, chua, tính bình. Quy kinh can thận.

- Tác dụng: Hoạt huyết thông kinh, bổ can thận, mạnh gân cốt.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Điều trị bế kinh, thống kinh, đau lưng, đau nhức khớp.
 - + Giải độc, điều trị thấp nhiệt, lợi niệu thông lâm, hạ áp.

9. Phòng phong

- Tên khoa học: *Radix Saposhnikoviae divaricatae*
- Bộ phận dùng: Rễ phơi khô của cây Phòng phong.
- Thành phần hóa học: manit, chất có tính chất Phenol với độ chảy 92⁰C, glucosid đắng và các chất đường.
- Tính vị, quy kinh: Vị cay ngọt, tính ấm. Quy kinh can, phế, vị, bàng quang.
- Tác dụng: Phát hãn giải biểu, trừ phong thấp, giải cơ.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Chữa ngoại cảm phong hàn, giải kinh: trị bệnh co cấp, uốn ván, giải độc
 - + Chữa đau thần kinh, co cứng các cơ, đau các khớp, giải dị ứng, mẫn ngứa, nổi ban do lạnh.

10. Tang ký sinh

- Tên khoa học: *Herba Loranthe Gracifilolii*.
- Bộ phận dùng: Thân, cành, lá quả của Tầm gửi trên cây dâu.
- Thành phần hóa học: glucosid, lectin, hexobarbital...
- Tính vị, quy kinh: Vị đắng, tính bình. Quy kinh can, thận.
- Tác dụng: Bổ can thận, mạnh gân xương, an thai, xuống sữa.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Xương khớp, lưng dưới, đầu gối đau nhức...
 - + Động thai, sữa không xuống, tăng huyết áp, viêm gan, chóng mặt, hồi hộp, loạn nhịp tim...

11. Tàn giao

- Tên khoa học: *Radix Gentianae*.
- Bộ phận dùng: Rễ cây Tàn giao thuộc họ Long đởm.
- Thành phần hóa học: gentianine, gentianide, alkaloid...
- Tính vị, quy kinh: Vị cay đắng, tính bình. Quy kinh can, vị, đởm.
- Tác dụng: Trừ phong thấp, thư cân, thông kinh hoạt lạc.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Phong tê thấp đau nhức các khớp, co cứng cơ.
 - + Hoàng đản thấp nhiệt, âm hư gây sốt về chiều.

12. Tế tân

- Tên khoa học: *Radix et Rhizoma Asari*.
- Bộ phận dùng: Rễ và thân rễ phơi khô của cây Bắc Tế tân.
- Thành phần hóa học: tinh dầu, hợp chất ceton, chất hữu cơ...
- Tính vị, quy kinh: Vị cay tính ôn. Quy kinh tâm, phế, thận.
- Tác dụng: Phát hãn, tán hàn, trấn thống, chỉ khái, khu đàm.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Trị ho, nhức đầu, đau nhức các khớp, đau răng.
 - + Cảm mạo phong hàn

13. Thục địa

- Tên khoa học: *Radix Rehmanniae glutinosae praeparata*.
- Bộ phận dùng: Củ đã qua chế biến cứu chưng cứu sái của cây địa hoàng .
- Thành phần hóa học: manitol, stigmasterol, campesterol, rehmannin, catalpol, arginine, glucose...
- Tính vị, quy kinh: Vị ngọt, tính hơi ôn. Quy kinh can, thận
- Tác dụng: Tư âm dưỡng huyết, bổ can thận, ích tinh.
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Trị tiêu khát, âm hư, kinh nguyệt không đều, ho suyễn.
 - + Trị tăng huyết áp, táo bón, hoa mắt chóng mặt, đau nhức khớp xương.

14. Xuyên khung:

- Tên khoa học: *Rhizoma Ligusticum wallichii*
- Bộ phận dùng: Thân rễ phơi khô của cây Xuyên khung.
- Thành phần hóa học: ancaloit, $C_{10}H_{10}O_4$, chất có tính chất Phenol, một chất trung tính $C_{26}H_{28}O_4$.
- Tính vị, quy kinh: Vị đắng, tính ấm. Quy kinh can, đờm, tâm bào.
- Tác dụng: Hành khí, hoạt huyết, khu phong chỉ thống
- Ứng dụng lâm sàng:
 - + Bổ huyết, hoạt huyết điều kinh, tiêu viêm chữa mụn nhọt.
 - + Chữa nhức đầu, đau mình, đau các khớp do phong thấp.
 - + Giải uất chữa các chứng can khí uất kết, đau mạn sườn, tình chí uất kết.

Phụ lục 5
MỘT SỐ HÌNH ẢNH TRONG NGHIÊN CỨU



Phụ lục 6

CÁC HUYỆT DÙNG TRONG NGHIÊN CỨU THEO CÔNG THỨC ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI CỦA BỘ Y TẾ

[46], [59], [60], [61], [62]

Stt	Huyệt	Vị trí	Kinh	Chủ trị
1	Âm lăng tuyền	Huyệt ở chỗ lõm trên bờ dưới lồi củ trong xương chày, ngang mức lồi củ chày.	Tỳ	Trị khớp gối viêm, kinh nguyệt không đều, viêm ruột, di tinh, cổ chướng, tiểu không thông, đái dầm.
2	Dương lăng tuyền	Chỗ lõm phía trước và dưới đầu trên xương mác, nơi tiếp giáp giữa thân và đầu xương mác, huyệt ở khe giữa cơ mác bên dài và cơ duỗi chung các ngón chân.	Đôm	Khớp gối viêm, lưng đùi đau, đau thần kinh liên sườn, chóng mặt hoa mắt, nôn chua, ợ chua...
3	Độc ty	Cơ khớp gối, huyệt ở chỗ lõm ở góc dưới ngoài xương bánh chè, ở ngoài gân cơ tứ đầu đùi	Vị	Khớp gối viêm, bệnh của tổ chức phần mềm quanh khớp...
4	Hạc đỉnh	Cơ khớp gối, huyệt ở chỗ lõm bờ trên xương bánh chè.	Kỳ huyết	Khớp gối sưng đau, bệnh thuộc phần mềm quanh khớp gối...
5	Huyết hải	Mặt trước trong đùi, huyệt ở trên xương bánh chè 2 thốn, nằm trong khe lõm giữa cơ may và cơ rộng trong.	Tỳ	Sưng đau khớp gối, kinh nguyệt không đều, chảy máu tử cung cơ năng, mê đay...
6	Lương khâu	Ở chỗ lõm cách xương bánh chè 2 thốn, thẳng huyệt Độc ty lên.	Vị	Đau khớp gối, đau dạ dày, viêm tuyến vú, tắc tia sữa
7	Nội tất nhãn	Cơ khớp gối, huyệt ở chỗ lõm ở góc dưới trong xương bánh chè, ở phía trong gân cơ tứ đầu đùi.	Kỳ huyết	Trị mặt trong khớp gối đau, đứng lên ngồi xuống khó khăn...
8	Túc tam lý	Dưới huyệt Độc ty 3 thốn, cách mào chày 1 khoát ngón tay về phía ngoài.	Vị	Đau dạ dày, nôn mửa, bụng chướng, táo bón, lỵ trực khuẩn, viêm ruột, bồi bổ cường kiện thân thể...
9	Ủy trung	Ngay tại điểm giữa nếp khoeo chân.	Bàng quang	Sưng đau khớp gối và phần mềm xung quanh, đau lưng, đau thần kinh tọa...

