

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI CỦA VIÊN NÉN PHONG THẤP ĐẠN KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM

Phạm Quốc Bình¹, Nguyễn Tiến Chung¹,
Bùi Thanh Hải¹, Nguyễn Việt Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh thoái hóa khớp gối. Đánh giá kết quả giảm đau và cải thiện tầm vận động của viên nén Phong thấp đan kết hợp điện châm trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 60 bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán là thoái hóa khớp gối theo YHHĐ và thể bệnh Can thận hư kiêm phong hàn thấp theo YHCT. Nhóm nghiên cứu (30 bệnh nhân): uống viên nén Phong thấp đan, ngày 12 viên, chia 03 lần, mỗi lần 04 viên sau khi ăn 30 phút; kết hợp điện châm vùng khớp gối bị bệnh ngày 01 lần. Nhóm đối chứng (30 bệnh nhân): uống sản phẩm Didicera, ngày 03 gói, chia 3 lần, mỗi lần dùng 01 gói sau khi ăn 30 phút; kết hợp điện châm vùng khớp gối bị bệnh ngày 01 lần. **Kết quả:** Bệnh nhân trong nghiên cứu đa số đều có những triệu chứng điển hình của thoái hóa khớp gối, điểm đau VAS trung bình là khoảng 5,5, mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne từ mức rất nặng đến trầm trọng, chủ yếu là giai đoạn 2 trên phim Xquang. Sau 28 ngày điều trị, phân loại tầm vận động gấp khớp gối ở cả hai nhóm được cải thiện so với thời điểm trước điều trị, không còn hạn chế tầm vận động gấp khớp gối mức độ trung bình và nặng. Nhóm nghiên cứu có 02 bệnh nhân có biểu hiện táo bón ghi, nhóm đối chứng có 02 bệnh nhân biểu hiện đầy bụng trong quá trình điều trị. **Kết luận:** Phương pháp kết hợp uống viên nén Phong thấp đan và điện châm là phương pháp an toàn, có tác dụng điều trị thoái hóa khớp gối là bằng cách giảm đau và cải thiện chức năng vận động khớp gối.

Từ khóa: Y học cổ truyền, thoái hóa khớp gối, Phong thấp đan

SUMMARY

RESEARCHING ON THE EFFECTS OF TREATMENT OF KNEE OSTEOARTHRITIS OF PHONG THAP DAN TABLETS COMBINED WITH ELECTRO-ACUPUNCTURE

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with knee osteoarthritis. Evaluate the results of pain relief and improving range of motion of Phong thap dan tablets combined with electroacupuncture on patients with knee osteoarthritis. **Subjects and methods:** 60 patients

aged 40 years and older, regardless of gender or occupation, were diagnosed with knee osteoarthritis according to modern medicine and kidney failure cum rheumatism according to traditional medicine. Research group (30 patients): took Phong thap dan tablets, 12 tablets a day, divided into 3 times, 4 tablets each time 30 minutes after eating; Combine electro-acupuncture in the affected knee joint area once a day. Control group (30 patients): take Didicera product, 03 packets per day, divided into 3 times, each time take 01 packet 30 minutes after eating; Combine electro-acupuncture in the affected knee joint area once a day. **Results:** The average VAS pain score is about 5.5, the level of damage to knee joint function according to the Lequesne scale ranges from very severe to severe, mainly stage 2 on X-ray. After 28 days of treatment, the classification of knee flexion range of motion in both groups improved compared to the time before treatment, no longer limiting moderate and severe knee flexion range of motion. The research group had 02 patients with symptoms of constipation, while the control group had 02 patients with abdominal bloating during treatment. **Conclusion:** The method of combining taking Phong thap dan tablets and electro-acupuncture is a safe method, effective in treating knee osteoarthritis by reducing pain and improving knee joint mobility.

Keywords: Traditional medicine, knee osteoarthritis, Phong thap dan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) là một bệnh lý mạn tính, hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và hủy hoại của sụn và xương dưới sụn, gây đau và biến dạng khớp gối. 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].

Trên cơ sở bài thuốc "Quyển tỳ thang" trong sách Y học tâm ngộ của tác giả Trương Quốc Bành, nhóm nghiên cứu của khoa Y học cổ truyền - Đại Học y Hà Nội đã nghiên cứu gia giảm, sản xuất viên nén Phong thấp đan để điều trị chứng tỳ. Qua nghiên cứu của Lê Thị Nhật Ngọc, bước đầu trên thực nghiệm đã kết luận thuốc an toàn ... [3]. Đây chính là phương pháp điều trị chứng tỳ trong YHCT. Tuy vậy, sau khi chuyển dạng bào chế, sản phẩm viên nén Phong thấp đan chưa được đánh giá tác dụng trên các bệnh nhân THKG. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận*

¹Học viện Y-Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Bình

Email: phamquocbinh68@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024

lâm sàng của người bệnh thoái hóa khớp gối. Đánh giá kết quả giảm đau và cải thiện tầm vận động của viên nén Phong thấp đan kết hợp điện châm trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối.

II. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu, đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

STT	Tên dược liệu	Tên khoa học	Hàm lượng nguyên liệu thô bào chế 1 viên nén (mg)	Tiêu chuẩn dược liệu
1	Khương hoạt	Rhizoma et radix Notopterygii.	266,67	ĐDVN V
2	Độc hoạt	Radix Angelicae pubescentis	266,67	ĐDVN V
3	Quế tâm	Cinnamomum loureirii Nees	133,33	ĐDVN V
4	Tần giao	Radix Gentianae Ecrophyllae	266,67	ĐDVN V
5	Đương quy	Radix Angenicac sinensis	533,33	ĐDVN V
6	Xuyên khung	Rhizoma Ligustici wallichii	222,22	ĐDVN V
7	Cam thảo	Radix et Rhizoma Glycyrrhizae	111,11	ĐDVN V
8	Hải phong đẳng	Caulis Piperis Kadsurae	533,33	ĐĐTQ 2015
9	Tang chi	Ramulus Mori albae	800	ĐDVN V

Viên nén Phong thấp đan dạng viên hoàn cứng, hình tròn đồng nhất, mùi thơm dược liệu đặc trưng (một lọ có 60 viên). Tất cả các vị thuốc được bào chế theo tiêu chuẩn dược điển Việt Nam V và tiêu chuẩn cơ sở của khoa YHCT Bệnh viện Đại học y Hà Nội [4]. Mỗi lần uống 04 viên, chia 03 lần, uống sau ăn 30 phút (sáng - trưa - chiều). Bảo quản ở nhiệt độ phòng, tránh ẩm. Hạn sử dụng 36 tháng kể từ ngày sản xuất.

Viên hoàn cứng Didicera sản xuất tại Công ty cổ phần công nghệ cao Traphaco. Viên hoàn cứng (Hình cầu, màu đen). Liều dùng: Một hộp 10 gói, mỗi lần uống 1 gói/lần, ngày uống 3 lần (sáng - trưa - chiều), uống sau bữa ăn.

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán là thoái hóa

khớp gối theo ACR - 1991 và thể bệnh Can thận hư kèm phong hàn thấp theo YHCT.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh kết quả trước và sau điều trị, có nhóm chứng

- Nhóm nghiên cứu (NNC: 30 bệnh nhân): uống viên nén Phong thấp đan, ngày 12 viên, chia 03 lần, mỗi lần 04 viên sau khi ăn 30 phút (sáng - trưa - chiều); kết hợp điện châm vùng khớp gối bị bệnh ngày 01 lần.

- Nhóm đối chứng (NĐC: 30 bệnh nhân): uống sản phẩm Didicera, ngày 03 gói, chia 3 lần, mỗi lần dùng 01 gói sau khi ăn 30 phút (sáng - trưa - chiều); kết hợp điện châm vùng khớp gối bị bệnh ngày 01 lần.

BN được sử dụng phương pháp điều trị tương ứng trong 28 ngày. Tác dụng của viên nén Phong thấp đan kết hợp điện châm được đánh giá thông qua theo dõi các chỉ tiêu tại các thời điểm nghiên cứu: Trước điều trị (D0) và ngày điều trị thứ 7, 14, 21, 28 (D7, D14, D21, D28).

Chỉ tiêu đánh giá

- Đặc điểm Lâm sàng: triệu chứng lâm sàng khớp gối trước điều trị, mức độ đau khớp gối theo VAS trước điều trị, mức độ tổn thương chức năng khớp gối theo Lequesne trước điều trị, phân loại tầm vận động gấp khớp gối trước và sau điều trị.

- Đặc điểm Cận lâm sàng: Giai đoạn thoái hóa khớp gối trên X- quang trước điều trị

- Hiệu quả điều trị: Hiệu suất giảm chỉ số VAS, Lequesne, tầm vận động gấp khớp gối trung bình.

- Tác dụng không mong muốn

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Hội Đông y tỉnh Nghệ An

- Thời gian nghiên cứu: tháng 6/2022 đến tháng 9/2022

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được thể hiện dưới dạng: giá trị trung bình và tỷ lệ phần trăm (%). Sử dụng test - 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 $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe người bệnh và được sự cho phép của Hội đồng đạo đức của Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam và sự đồng thuận của Hội Đông y tỉnh Nghệ An. Các thông tin thu thập từ bệnh nhân được giữ bí mật hoàn

toàn. Khi tham gia nghiên cứu các bệnh nhân được giải thích rõ về mục đích, nắm được quyền lợi và trách nhiệm của mình, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng khớp gối trước điều trị

Triệu chứng	NC		ĐC		Tổng	
	n1=30	Tỷ lệ (%)	n2=30	Tỷ lệ (%)	n=60	Tỷ lệ (%)
Đau khớp gối	30	100	30	100	60	100
Cứng khớp <30 phút	26	86,7	23	76,7	49	81,7
Lạo xạo khi cử động	25	83,3	26	86,7	51	85
Hạn chế vận động	30	100	30	100	60	100
pNC-ĐC	P > 0,05					-

Nhận xét: Trong tổng số 60 bệnh nhân thoái hóa khớp gối 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 là 100%, số khớp có biểu hiện cứng khớp < 30 phút, ở nhóm NC và nhóm ĐC tỷ lệ này lần lượt là 86,7% và 76,7%; 85% số khớp có tiếng lạo xạo khi cử động, tỷ lệ này ở nhóm NC là 83,3%, nhóm ĐC là 86,7 %. Không có sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng giữa hai nhóm.

Bảng 2: Mức độ đau khớp gối theo VAS trước điều trị

Mức độ đau	NC		ĐC		Tổng	
	n=30	Tỷ lệ (%)	n=30	Tỷ lệ (%)	n=60	Tỷ lệ (%)
Không đau	0	0	0	0	0	0
Đau ít	2	6,7	3	10	5	8,3
Đau vừa	28	93,3	27	90	55	91,7
Tổng	30	100	30	100	60	100
X±SD (điểm)	5,53±0,86		5,57±0,94		5,55±0,90	
pNC-ĐC	p>0,05					-

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ đau trung bình theo VAS trước điều trị là 5,55±0,90 (điểm). Ở nhóm NC là 5,53±0,86 (điểm) và nhóm ĐC là 5,57±0,94 (điểm). Mức độ đau vừa chiếm đa số với 91,7%, trong đó nhóm NC là 93,3%, nhóm ĐC là 90%. Mức độ đau ít chỉ chiếm 8,3%, với nhóm NC là 6,7% và nhóm ĐC là 10%. Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Mức độ tổn thương chức năng khớp gối theo Lequesne trước điều trị

Mức độ tổn thương chức	NC		ĐC		Tổng	
	n=	Tỷ lệ (%)	n=	Tỷ lệ (%)	n=	Tỷ lệ (%)

năng khớp gối	30	(%)	30	(%)	60	lệ (%)
Trung bình	2	6,7	2	6,7	4	6,7
Nặng	5	16,7	5	16,7	10	16,7
Rất nặng	13	43,3	14	46,6	27	45
Trầm trọng	10	33,3	9	30	19	31,6
Tổng	30	100	30	100	60	100
X ± SD (điểm)	12,93 ±2,59		12,70 ±2,77		12,82 ±2,68	
pNC-ĐC	p>0,05					-

Nhận xét: Trước điều trị 76,6% 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 76,6% và 76,6%. Điểm Lequesne trung bình trước điều trị là 12,82±2,68 (điểm). Trong đó, nhóm NC là 12,93±2,59 (điểm), nhóm ĐC là 12,70±2,77 (điểm). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

Bảng 4: Giai đoạn thoái hóa khớp gối trên X- quang trước điều trị

THKG trên X-quang	NC		ĐC		Tổng	
	n=30	Tỷ lệ (%)	n=30	Tỷ lệ (%)	n=60	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn 1	13	43,3	11	36,7	24	40
Giai đoạn 2	17	56,7	19	63,3	36	60
Tổng	30	100	30	100	60	100
pNC-ĐC	p > 0,05					-

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, giai đoạn THKG trên X - quang theo Kellgren và Lawrence chủ yếu tổn thương thuộc giai đoạn 2 chiếm 60%, (trong đó nhóm NC là 56,7%, nhóm ĐC là 63,3%), tổn thương gian đoạn 1 chiếm 40% (trong đó nhóm NC là 43,3%, nhóm ĐC là 36,7%). Sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5: Phân loại tầm vận động gấp khớp gối trước và sau điều trị

Tầm vận động gấp khớp gối	NNC		NĐC	
	n=30	Tỷ lệ (%)	n=30	Tỷ lệ (%)
Không hạn chế	20	66,7	21	70
Hạn chế nhẹ	10	33,3	9	30
Hạn chế trung bình	0	0	0	0
Tổng	30	100	30	100
pNC-ĐC	> 0,05			

Nhận xét: Sau 28 ngày điều trị, phân loại tầm vận động gấp khớp gối ở cả hai nhóm được cải thiện so với thời điểm trước điều trị, không còn hạn chế tầm vận động gấp khớp gối mức độ trung bình và nặng; ở nhóm NC có tỷ lệ 66,7% số khớp vận động không hạn chế, và hạn chế

mức độ nhẹ là 33,3%, ở nhóm ĐC có tỷ lệ 70% khớp vận động không hạn chế và 30% số khớp vận động hạn chế nhẹ. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6: Hiệu suất giảm điểm VAS, Lesquesne, Tâm vận động gấp khớp gối trung bình

Thời điểm nghiên cứu	VAS TB ($\bar{X} \pm SD$)		Lequesne TB ($\bar{X} \pm SD$)		Tâm vận động gấp khớp gối TB ($\bar{X} \pm SD$)			
	NC (n=30)	ĐC (n=30)	NC (n=30)	ĐC (n=30)	NC (n=30)	ĐC (n=30)		
Hiệu suất giảm	D ₀₋₇	1,73 (31,28%)	1,24(22,26%)	3,96(30,63%)	2,97(23,39%)	4,7(4,23%)	5,4(4,80%)	
	D ₀₋₁₄	3,13 (56,60%)	2,64(47,40%)	6,03(46,64%)	4,97(39,13%)	11,3(10,71%)	11,4(10,14%)	
	D ₀₋₂₁	3,27 (59,13%)	3,27(58,70%)	7,06(54,60%)	6,8(53,54%)	17,9(16,11%)	17,5(15,57%)	
	D ₀₋₂₈	3,63 (65,64%)	3,64(65,35%)	7,83(60,56%)	7,57(59,61%)	25(25,50%)	23,3(20,73%)	
p ₍₂₈₋₀₎	p < 0,01		p < 0,01		p < 0,01		p < 0,01	

Sau 21 ngày và 28 ngày điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm NC giảm tương ứng 59,13% và 65,64% so với thời điểm D₀, sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,01. Kết quả này tương đương với nhóm ĐC (giảm tương ứng 58,70% và 65,35%), sự khác biệt giữa nhóm NC và nhóm ĐC tại thời điểm D₂₁ và D₂₈ không có ý nghĩa thống kê.

Sau 21 ngày và 28 ngày điều trị, điểm Lequesne của nhóm NC giảm tương ứng là 54,60% và 60,56% so với thời điểm D₀, sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,01. Kết quả này tương đương với nhóm ĐC (điểm Lequesne giảm tương ứng lần lượt là 53,54%) và 59,61%), sự khác biệt giữa nhóm NC và nhóm ĐC tại thời điểm D₂₁ và D₂₈ không có ý nghĩa thống kê.

Sau 14 ngày, 21 ngày và 28 ngày điều trị, vận động gấp khớp gối của nhóm NC giảm tương ứng 10,71%, 16,11% và 25,50% so với thời điểm D₀, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Kết quả này tương đương với nhóm ĐC (giảm tương ứng là 10,14%, 15,57% và 20,73%), sự khác biệt giữa nhóm NC và nhóm ĐC tại thời điểm D₁₄, D₂₁ và D₂₈ không có ý nghĩa thống kê.

Tác dụng không mong muốn: Trong 28 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có 02 bệnh nhân có biểu hiện táo bón ghi nhận tại ngày điều trị thứ 10 và 12, chiếm tỷ lệ 6,67%; nhóm đối chứng có 02 bệnh nhân biểu hiện đầy bụng ghi nhận tại ngày điều trị thứ 2 và 3 chiếm tỷ lệ 6,67%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu về triệu chứng tại khớp gối 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 như: Ngô Thọ Huy (2019) [7], Nguyễn Thu Thủy (2014) [8].

Đau tại khớp gối là nguyên nhân phổ biến nhất khiến bệnh nhân phải đến viện điều trị. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi đa

số bị bệnh kéo dài, hay tái phát, đã điều trị bệnh bằng nhiều hình thức khác nhau. Bệnh nhân sống ở thành phố, nhận thức bệnh tật, kiểm tra sức khỏe và điều trị cao, khi thấy đau và vận động khớp gối khó khăn thì họ thường đến thăm khám 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 ± 1,04 (điểm) [7]. 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 ± 1,3 (điểm), 6,8 ± 1,6 (điểm), mức độ đau nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,7% [6]. 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 ≤ 6 điểm) để đảm bảo đạo đức nghiên cứu đối với nghiên cứu thử nghiệm thuốc trên lâm sàng.

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. 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 thấp khớp học Hoa Kỳ ACR (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 dùng thuốc YHCT kết hợp với phương pháp điều trị không dùng thuốc (điện châm), nên phù hợp với tổn thương khớp gối ở

hai giai đoạn này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giai đoạn THKG trên X - quang theo Kellgren và Lawrence chủ yếu tổn thương thuộc giai đoạn 2 chiếm 60%, (trong đó nhóm NC là 56,7%, nhóm ĐC là 63,3%), tổn thương gian đoạn 1 chiếm 40% (trong đó nhóm NC là 43,3%, nhóm ĐC là 36,7%). Sự khác biệt 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 tác giả Ngô Thọ Huy (2019) với tỷ lệ THKG giai đoạn 2 trên X - quang là 91,7% [7]. Theo tác giả Ngô Chiến Thuật (2017), tỷ lệ này ở nhóm NC chiếm 90%, nhóm ĐC chiếm 86,7% [9].

Trong nghiên cứu này, mức độ tổn thương chức năng vận động khớp gối theo thang điểm Lequesne trước điều trị trung bình là $12,82 \pm 2,68$ (điểm); trong đó nhóm NC và nhóm ĐC lần lượt là $12,93 \pm 2,59$ (điểm) và $12,70 \pm 2,77$ (điểm). Trước điều trị cả 2 nhóm nghiên cứu đều có 93,3% số khớp tổn thương chức năng vận động theo thang điểm Lequesne từ mức độ rất nặng đến trầm trọng. THKG là nguyên nhân dẫn tới hạn chế và giảm khả năng vận động ở người lớn tuổi, THKG là bệnh mạn tính với nhiều yếu tố nguy cơ tác động tới sự phát bệnh và mức độ bệnh. THKG gây ảnh hưởng rất lớn đến sinh hoạt hàng ngày của người bệnh, hạn chế đến những động tác đơn giản, như: đi lại, đứng lên, ngồi xuống, leo cầu thang. 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% [7].

Trước điều trị, đa số khớp gối thoái hóa bị hạn chế tầm vận động gấp khớp gối ở mức độ nhẹ, chiếm 55%, trong đó nhóm NC là 53,3%, nhóm ĐC là 56,7%. Vận động gấp khớp gối trung bình là $111,8 \pm 16,1$ (độ), tỷ lệ này ở nhóm NC là $111,1 \pm 17,2$ (độ), ở nhóm ĐC là $112,4 \pm 14,8$ (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) [7]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Giang

Thanh và cộng sự (2014): tầm vận động gấp khớp gối trung bình là 114,8 (độ) [5].

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.

Lý giải về tác dụng không mong muốn ghi nhận được, thành phần viên nén Phong thấp đan gồm 17 vị thuốc, trong đó: 12 vị thuốc tính ôn, nóng; 03 vị thuốc có tính bình; 02 vị thuốc có tính hàn, nên viên nén Phong thấp đan tính thiên về ôn - nóng, làm tiêu hao tân dịch, mà gây nên hiện tượng táo bón trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp kết hợp uống viên nén Phong thấp đan và điện châm là phương pháp an toàn, có tác dụng điều trị thoái hóa khớp gối là bằng cách giảm đau và cải thiện chức năng vận động khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2020)**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại". Nhà xuất bản Y học
2. **Y tông kim giám quyển 12 ngoại khoa tâm pháp tông quyết**. Nhà xuất bản Khoa học và công nghệ Y học cổ truyền Trung Quốc, **2017**: 840
3. **Fietze I, Laharnar N, Obst A, Ewert R, Felix SB, Garcia C, Gläser S, Gros M, Schmidt CO, Stubbe B, Völzke H, Zimmermann S, Penzel T (2019)**. Prevalence and association analysis of obstructive sleep apnea with gender and age differences - Results of SHIP-Trend. J Sleep Res. Oct;28(5):e12770
4. **Kong LD, Yang C, Ge F, Wang HD, Guo YS (2004)**, "A Chinese herbal medicine Ermiao wan reduces serum uric acid level and inhibits liver xanthine dehydrogenase and xanthine oxidase in mice", Journal of Ethnopharmacology, 93 pp.325-330
5. **Neogi Tuhina, Jansen Tim L. Th A., Dalbeth Nicola et al (2015)**, 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative, Annals of the Rheumatic Diseases, 74(10),p1789
6. **中华人民共和国卫生部 (1995)**. 《中药新药临床研究指导原则》第二辑. 中药新药治疗痛风的临床研究指导, 179-183