

Nhóm nội dung chăm sóc phòng ngừa táo bón: Trong 8 nhóm nội dung, đây là một trong những nhóm có tỷ lệ NB có nhu cầu cao (100%). Nguyên nhân dẫn đến táo bón có nhiều nhưng chủ yếu là do NB đột quỵ ít vận động vì ngoài bị liệt tay chân hoặc liệt nửa thân cùng bên còn kèm theo khả năng co bóp của nhu động ruột bị giảm.

Nhóm nội dung chăm sóc luyện tập vận động PHCN: Đây có thể xem là nhu cầu cơ bản của NB và NVYT cần sử dụng nhiều kiến thức cũng như kỹ thuật chuyên môn về PHCN ở các vị trí, tư thế khác nhau (nằm, ngồi, đi, đứng) và tùy thuộc vào từng giai đoạn liệt của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết NB đột quỵ trong nghiên cứu đều có nhu cầu về hướng dẫn và hỗ trợ chăm sóc với tỷ lệ khá cao và sự đáp ứng các nhu cầu này là một thách thức đối với cán bộ y tế tại bệnh viện.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Chúng tôi nhận thấy đối với NB đột quỵ giai đoạn cấp, Lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định và các Khoa chăm sóc, điều trị trực tiếp cho NB cần tiếp tục phát huy và quan tâm hơn nữa để nâng cao tỷ lệ hài lòng của NB và người nhà NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021), Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 về việc Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện., chủ biên.

- Bộ Y tế - Tổ chức đột quỵ thế giới** (2008), Chương trình đào tạo cơ bản điều trị đột quỵ, NXB Y học, Hà Nội.
- Bùi Thị Bích Nga** (2011), Thực trạng công tác chăm sóc của điều dưỡng qua nhận xét của người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2011, Luận văn Thạc sỹ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
- Diễm Thị Chung** (2017), Thực trạng chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp của điều dưỡng viên Bệnh viện Thanh Nhàn, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng.
- Đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng sớm của người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp và mức đáp ứng của kỹ thuật viên vật lý trị liệu tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017**, Đỗ Đào Vũ, 2017
- Hoàng Ngọc Thắm** (2012), Thực trạng nhu cầu và chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp của điều dưỡng viên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk năm 2012, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.
- Alan S. Go, Dariush Mozaffarian**, on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee và các cộng sự. (2013), " Heart Disease and Stroke Statistics 2013 Update: A Report From the American Heart Association", Circulation 2013, 127, tr. e6-e245.
- Allen M.R.** (2017), Nursing care of acute stroke patient. - Montana Stroke Initiative, truy cập ngày, tại trang web <http://www.montanastroke.org/stroke-library>.
- American Nurses Association** (2015), Optimal Nurse Staffing to Improve Quality of Care and Patient Outcomes: Executive Summary.

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA LASER CHÂM KẾT HỢP TẬP VẬN ĐỘNG VÀ SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP VỚI TẬP VẬN ĐỘNG TRÊN NGƯỜI BỆNH THOÁI HÓA KHỚP GỐI QUA THANG ĐIỂM WOMAC

Lý Chung Huy¹, Nguyễn Thái Dương¹, Đỗ Thanh Sang¹, Phạm Gia Thế², Lê Huỳnh Kim Thuyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả sự cải thiện thang điểm WOMAC của laser châm kết hợp tập vận động với siêu âm điều trị kết hợp tập vận động trên người bệnh thoái hóa khớp gối (THKG) sau mỗi tuần trong 4 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ban đầu có đối chứng, thực hiện trên 60 người bệnh tham gia nghiên cứu được chẩn đoán THKG tại khoa Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng (VLTL PHCN), Bệnh viện Lê Văn Thịnh

TP.HCM, từ 07/2022 đến 03/2023. Các đối tượng nghiên cứu được chia thành hai nhóm, nhóm nghiên cứu sử dụng laser châm kết hợp tập vận động khớp gối (nhóm LA&VD) và nhóm chứng sử dụng siêu âm điều trị kết hợp tập vận động ở khớp gối (nhóm SA&VD). Nghiên cứu được tiến hành trong 4 tuần và đánh giá hiệu quả điều trị thông qua thang điểm WOMAC. **Kết quả:** Sau 4 tuần nghiên cứu, điểm WOMAC đau khớp gối ở nhóm LA&VD thấp hơn so với nhóm SA&VD ($p = 0,031$). Điểm WOMAC cứng khớp gối và điểm WOMAC vận động, sau 4 tuần, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Điểm WOMAC chung giảm xuống còn trung vị 27 ở nhóm LA&VD và còn 34 ở nhóm SA&VD, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nghiên cứu chưa ghi nhận các tác dụng ngoại ý hay các triệu chứng lâm sàng bất lợi ở cả 2 nhóm. **Kết luận:** Sau 4 tuần, nhóm LA&VD cải thiện tốt thang điểm WOMAC so với trước nghiên cứu và cao hơn nhóm SA&VD và chưa ghi nhận các

¹Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Chung Huy

Email: lychunghuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 10.6.2024

tác dụng phụ có thể xảy ra của laser châm kết hợp với tập vận động trên lâm sàng.

Từ khoá: WOMAC, laser châm, THKG

SUMMARY

THE COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF LASER ACUPUNCTURE COMBINED WITH EXERCISE AND ULTRASOUND THERAPY COMBINED WITH EXERCISE IN PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS ASSESSED THROUGH THE WOMAC SCALE

Objective: Compare the effectiveness of improving WOMAC score between the laser acupuncture combined with exercise and the ultrasound treatment combined with exercise in patients with knee osteoarthritis each week for 4 weeks. **Subjects and research methods:** The clinical trial includes a control group and involves 60 volunteers diagnosed with knee osteoarthritis. The study is conducted at the Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Le Van Thinh Hospital, Ho Chi Minh City, from July 2022 to March 2023. The research participants were divided into two groups: the laser acupuncture combined with knee joint exercise group (the LA&VD group) and the ultrasound therapy combined with knee joint exercise group (the SA&VD group). The intervention is carried out over a period of 4 weeks, and treatment effectiveness is assessed using the WOMAC scoring system. **Result:** After 4 weeks of research, the WOMAC knee pain score in the LA&VD group was lower than that in the SA&VD group ($p = 0.031$). There were no statistically significant differences in WOMAC knee stiffness and WOMAC physical function scores between the two groups after 4 weeks. The overall WOMAC score decreased to a median of 27 in the LA&VD group and 34 in the SA&VD group, with a statistically significant difference ($p < 0.001$). The study did not observe any unintended effects or adverse clinical symptoms in both groups. **Conclusion:** After 4 weeks, the LA&VD group significantly improves WOMAC scores compared to pre-study levels and outperforms the SA&VD group. No observed adverse effects related to laser acupuncture have been documented in the clinical setting. **Keywords:** WOMAC, laser acupuncture, osteoarthritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

THKG là bệnh khá phổ biến ở người trưởng thành. Triệu chứng của THKG bao gồm: đau, sưng, cứng khớp và giảm vận động khớp gối. Bệnh gây ra ảnh hưởng tới cuộc sống, sinh hoạt của người bệnh và là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Theo Y học cổ truyền (YHCT), các biểu hiện của THKG được mô tả trong phạm vi chứng Tý. Nguyên nhân thường do ngoại tà như Phong, Hàn, Thấp, Nhiệt gây ra hoặc do bệnh lâu ngày, làm việc quá sức. Nguyên tắc điều trị theo Y học hiện đại (YHHĐ) và YHCT, bước đầu tiên đều bắt đầu từ không dùng thuốc. Điều này phù hợp khi sử dụng laser châm trong điều trị THKG. Phương pháp này là dùng tia laser có năng lượng thấp

kích thích vào huyết vị phù hợp như Độc tỵ, Tất nhãn... Vừa có tác dụng khai thông kinh lạc tại chỗ, vừa loại trừ được ngoại tà như Phong, Thấp. Mặt khác, tia laser với công suất và cường độ phù hợp giúp tăng cường chuyển hóa tại chỗ, tăng ATP của tế bào có tác dụng giảm đau theo YHHĐ. Hơn nữa, phương pháp này không xâm lấn, không gây đau, không chảy máu. Tập vận động gồm tập mở rộng tầm vận động và tập mạnh cơ có hiệu quả chống cứng khớp, giúp giảm đau, phục hồi chức năng vận động tốt cho người bệnh THKG¹. Khi kết hợp hai phương pháp này có thể góp phần làm tăng cường dinh dưỡng tại chỗ giúp kháng viêm vừa có thể giải quyết biến chứng của cứng khớp do đau¹. Hiện nay đã có một số nghiên cứu thể hiện hiệu quả của laser châm cũng như siêu âm trong vai trò giảm đau và phục hồi vận động trong điều trị THKG². Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu so sánh giữa hiệu quả của laser kết hợp tập vận động và siêu âm điều trị kết hợp tập vận động trong điều trị THKG. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với câu hỏi là sự kết hợp của LA & VD trên người bệnh THKG có hiệu quả hay không thông qua so với SA & VD qua thang điểm WOMAC?

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh hiệu quả điều trị của laser châm kết hợp tập vận động so với siêu âm điều trị kết hợp tập vận động trên người bệnh THKG sau 4 tuần qua thang điểm WOMAC và tác dụng phụ không mong muốn của laser châm kết hợp với tập vận động trên lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán THKG theo tiêu chuẩn Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) 1991 đang điều trị tại khoa VLTL - PHCN, Bệnh viện Lê Văn Thinh.

Tiêu chuẩn chọn: - Người bệnh được chẩn đoán THKG theo tiêu chuẩn ACR 1991 gồm:

- Đau khớp gối hầu hết ở các ngày trong tháng vừa qua
 - Lạo xạo khi cử động khớp
 - Cứng khớp ≤ 30 phút
 - Tuổi ≥ 38
 - Khám thấy phì đại xương
- Chẩn đoán khi có 1, 2, 3, 4 hoặc 1, 2, 5 hoặc 1, 4, 5

- Người bệnh đồng ý tham gia và không nằm trong tiêu chuẩn loại bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Người bệnh có: chỉ định phẫu thuật thay khớp gối theo hiệp hội nghiên cứu thoái hóa khớp Quốc tế năm 2007, mắc các chứng rối loạn tâm thần, các bệnh liên quan khớp gối nhưng không phải THKG (chấn thương gối, lao khớp

gối, ung thư...). Hoặc có bất thường về da vùng khớp gối chưa rõ nguyên nhân, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch hay corticoid kéo dài.

Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng có nhóm đối chứng

Cỡ mẫu. Đây là nghiên cứu thăm dò, bước đầu đánh giá hiệu quả của LA & VD so sánh với SA & VD, nên chúng tôi lấy mỗi nhóm 30 người bệnh.

Phân nhóm ngẫu nhiên. Nhóm tác giả sẽ tạo một dãy số ngẫu nhiên từ 1- 60 bằng phần mềm Microsoft Excel 365, tương ứng với dãy giá trị này bằng hàm INDEX, các số này sẽ được phân bố ngẫu nhiên 50% thuộc nhóm SA&VD, 50% thuộc nhóm LA&VD. Người bệnh sẽ được phân bố ngẫu nhiên vào nhóm LA&VD hay SA&VD theo số thăm bốc được.

Phương pháp thống kê. Xử lý thống kê bằng phần mềm Stata 16.0. Biến số định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn hoặc dưới dạng trung vị (TV) và khoảng tứ phân vị (TPV) nếu không có phân phối chuẩn. Các sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Can thiệp

Tiến trình laser châm. Người bệnh sẽ được điều trị bằng laser châm (20 phút/lần/ngày, 1 tuần 5 ngày) ở tại các vị trí: A thị huyết vùng gối, Độc ty, Tất nhãn, tần số 60 Hz, thời gian 20 phút, mỗi ngày 1 lần trong 4 tuần.

Bảng 1. Vị trí các huyết trong nghiên cứu

Tên huyết	Vị trí	Tác dụng
A thị huyết vùng gối	Vị trí đau vùng gối	Giảm đau
Độc ty ³	Hõm dưới ngoài xương bánh chè	Giảm đau, trừ Phong thấp
Tất nhãn ³	Hõm dưới trong xương bánh chè	

Siêu âm điều trị. Người bệnh nằm ngửa trên giường hoặc ngồi trên ghế. Bác sĩ xác định chính xác và đánh dấu vị trí đau ở khớp gối. Dùng máy siêu âm điều trị (Model 2776 – Chattanooga, Mỹ), liều 0,5 – 1,5W/cm², 7 phút/ngày x 5 ngày/tuần trong 4 tuần. Bôi gel lên bề mặt da vùng đau ở khớp gối đặt đầu phát sóng lên và tiến hành điều trị. Sau 7 phút máy tắt tự động, kiểm tra vùng điều trị.

Tập vận động: Người bệnh được một kỹ thuật viên duy nhất có chứng chỉ hành nghề tập 4 nhóm bài tập cho khớp gối (tập duy trì tầm vận động, tập kéo giãn, tập mạnh cơ, đạp xe). Ngoài ra, còn được hướng dẫn tự tập tại nhà (hình 1). Các bài tập được tập mỗi đợt 5 lần, mỗi ngày 3 đợt.



Hình 1. Bài tập khớp gối hướng dẫn tự tập tại nhà (Nguồn: Bệnh viện Lê Văn Thịnh)

Các biến số theo dõi

Biến số độc lập. Nhóm tuổi: nhóm 38 – 60 tuổi và nhóm > 60 tuổi; giới tính: nam và nữ; nghề nghiệp: nhóm lao động chân tay và nhóm lao động trí óc.

Biến số phụ thuộc

Thang điểm WOMAC: gồm 24 chỉ số và được đánh giá cụ thể như sau:

	Tối thiểu	Tối đa
Điểm đau WOMAC	0	20
Điểm cứng khớp WOMAC	0	8
Điểm vận động WOMAC	0	68
Điểm tổng WOMAC	0	96

Sử dụng bảng tính điểm Likert: 0 điểm: Bình thường; 1 điểm: Nhẹ; 2 điểm: Trung bình; 3 điểm: Nặng; 4 điểm: Rất nặng.

Điểm WOMAC được ghi nhận vào các thời điểm: trước can thiệp (T0), sau 1 tuần (T1), 2 tuần (T2), 3 tuần (T3), 4 tuần (T4).

Biến cố bất lợi. Là những triệu chứng mới xuất hiện sau điều trị, gây khó chịu cho người bệnh được xác định do điều trị mang lại như tăng đau (đánh giá bằng thang điểm VAS), đỏ da: sang thương dạng dát màu đỏ trên da do tiếp xúc với tia laser, bỏng: sang thương da do tiếp xúc với nhiệt, giảm thị lực: giảm độ tinh của mắt được đánh giá bằng bảng thị lực Tumbling E.

Phương pháp thống kê. Nhập số liệu bằng Epidata, xử lý thống kê bằng Stata 16.0. Biến số định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (TB ± ĐLC) nếu có phân phối chuẩn hoặc dưới dạng trung vị (TV) và khoảng tứ phân vị (TPV) nếu không có phân phối chuẩn. Các sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức. Đề tài được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM số theo quyết định số 616/HĐĐĐ – ĐHYD cấp ngày 07/7/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm về giới, tuổi, nghề nghiệp

Bảng 2. Đặc điểm về giới, tuổi và nghề nghiệp

	Chung (n=60) n (%)	Nhóm LA&VĐ (n=30) n (%)	Nhóm SA&VĐ (n=30) n (%)	p
Giới				
Nam, n (%)	10 (16,7)	8 (26,7)	2 (6,7)	0,080
Nữ, n (%)	50 (83,3)	22 (73,3)	28 (93,3)	
Tuổi				
TB ± ĐLC	63,1 ± 11,2	59,8 ± 13,4	66,3 ± 7,3	
TV (TPV)	64,5 (59 – 70)	60,5 (58 – 68)	68 (60 – 71)	0,059*
Nhóm tuổi, n (%)				
38 - 60 tuổi	24 (40,0)	15 (50,0)	9 (30,0)	0,187#
> 60 tuổi	36 (60,0)	15 (50,0)	21 (70,0)	
Nghề nghiệp, n (%)				
Lao động chân tay	24 (40,0)	13 (43,3)	11 (36,7)	0,792#
Lao động trí óc	36 (60,0)	17 (56,7)	19 (63,3)	0,792#

*Kiểm định Mann-Whitney, # Kiểm định Fisher's

Tỉ lệ giới tính, độ tuổi và nghề nghiệp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p < 0,05)

Đặc điểm lâm sàng trước can thiệp

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng trước can thiệp

*: Kiểm định Mann-Whitney

	Nhóm LA&VĐ (n=30)	Nhóm SA&VĐ (n=30)	p*
WOMAC đau	5,5 (4-10)	6,5(6-8)	0,997
WOMAC cứng khớp	4 (2-5)	4 (2-5)	0,949
WOMAC hạn chế vận động	30 (20-35)	28,5 (17-35)	0,956
WOMAC chung	41,5 (30-51)	38,5 (27-46)	0,535

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm trung bình WOMAC đau, cứng khớp, hạn chế vận động và WOMAC chung của nhóm LA&VĐ với nhóm SA&VĐ (p >0,05).

Đáp ứng WOMAC đau khớp gối

Bảng 4. Đáp ứng WOMAC đau khớp gối

	Nhóm LA&VĐ			Nhóm SA&VĐ			p ₂	p ₃
	TV (TPV)	Δ	p ₁	TV (TPV)	Δ	p ₁		
T0	5,5 (4 – 10)			6,5 (6 – 8)			0,997	
T1	5 (4 – 10)	0 (0 – 0)	0,016	6 (6 – 8)	0 (0 – 0)	1,000	0,562	0,028
T2	4 (3 – 8)	1 (0 – 2)	<0,001	6 (5 – 8)	0 (0 – 1)	0,001	0,075	0,043
T3	4 (3 – 7)	1 (1 – 2)	<0,001	5 (5 – 7)	1 (0 – 1)	<0,001	0,041	0,136
T4	3 (3 – 6)	2 (1 – 3)	<0,001	5 (4 – 6)	1,5 (1 – 2)	<0,001	0,031	0,411

Δ: Mức độ thay đổi trong mỗi nhóm theo thời điểm so với T0

p₁: Kiểm định Wilcoxon bắt cặp p₂: Kiểm định Mann-Whitney; p₃: Kiểm định Mann-Whitney

WOMAC đau khớp gối: tại thời điểm T0, hai nhóm điều trị không khác biệt. Trong suốt quá trình điều trị, hai nhóm đều cho thấy sự cải

thiện. Nhóm LA&VĐ ghi nhận sớm hơn tại T1 (p=0,016) và ở nhóm SA&VĐ trễ hơn tại T2 (p<0,001). Đến T4, nhóm LA&VĐ giảm còn 3 và ở nhóm SA&VĐ còn 5. Mức độ giảm điểm WOMAC đau khác biệt đáng kể giữa hai nhóm tại T1 và T2.

Đáp ứng WOMAC cứng khớp gối

Bảng 5. Đáp ứng WOMAC cứng khớp gối

	Nhóm LA&VĐ			Nhóm SA&VĐ			p ₂	p ₃
	TV (TPV)	Δ	p ₁	TV (TPV)	Δ	p ₁		
T0	4 (2 – 5)			4 (2 – 5)			0,949	
T1	4 (2 – 5)	0 (0 – 0)	0,242	4 (2 – 5)	0 (0 – 0)	0,125	0,441	0,037
T2	3 (2 – 4)	1 (0 – 1)	<0,001	4 (2 – 4)	0 (0 – 0)	0,031	0,232	0,005
T3	3 (2 – 4)	1 (0 – 1)	<0,001	3 (2 – 4)	1 (0 – 1)	<0,001	0,664	0,657

WOMAC cứng khớp gối: Tại T0, không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm và trong suốt quá trình điều trị, hai nhóm đều cho thấy sự cải thiện, đáng kể tại T2 ở cả hai nhóm. Đến T4, điểm giảm xuống còn trung vị là 3 ở cả hai nhóm. Mức độ giảm ở nhóm LA&VĐ nhiều hơn nhóm SA&VĐ tại T2.

Đáp ứng WOMAC chung

Bảng 6. Đáp ứng WOMAC chung

	Nhóm LA&VĐ			Nhóm SA&VĐ			p ₂	p ₃
	TV (TPV)	Δ	p ₁	TV (TPV)	Δ	p ₁		
T0	41,5 (30 – 51)			38,5 (27 – 46)			0,535	
T1	38 (28 – 47)	0 (0 – 4)	<0,001	38 (27 – 46)	0 (0 – 2)	<0,001	0,997	0,487
T2	31,5 (19 – 42)	3 (0 – 7)	<0,001	36,5 (23 – 43)	3 (1 – 4)	<0,001	0,408	0,134
T3	29 (15 – 41)	6 (3 – 13)	<0,001	35,5 (21 – 42)	4 (2 – 6)	<0,001	0,209	0,034
T4	27 (13 – 37)	9,5 (5 – 19)	<0,001	34 (20 – 39)	7 (4 – 9)	<0,001	0,206	0,060

Điểm WOMAC chung: Tại T0, hai nhóm không khác biệt và trong suốt quá trình điều trị, có sự cải thiện và đáng kể tại T1 ở cả hai nhóm. Đến T4, điểm WOMAC chung giảm xuống còn TV 27 ở nhóm LA&VĐ và còn 34 ở nhóm SA&VĐ. Mức độ giảm nhóm LA&VĐ ghi nhận nhiều hơn nhóm SA&VĐ tại T3.

Tác dụng ngoại ý của laser châm kết hợp với tập vận động. Nghiên cứu chưa ghi nhận các tác dụng ngoại ý như: phỏng đỏ da, giảm thị lực hay các triệu chứng lâm sàng bất lợi khác ở cả 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của nhóm nghiên cứu. Ở cả 2 nhóm tỷ lệ nữ bị THKG chiếm tỷ lệ cao hơn so với nam, chủ yếu ở tập trung ở nhóm > 60 tuổi với p >0,05, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn thấp. Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu của Rashoud và cộng sự (2014) trên 49 người bệnh THKG có 31 nữ (63%) và 18 nam (37%)¹. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi là 63,1+11,2. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Rashoud và cộng sự (2014), có độ tuổi trung bình là 54 ± 10. Điều này có thể giải thích do nguyên nhân chính gây THKG nguyên phát là sự lão hóa.

Hiệu quả của laser châm kết hợp với tập vận động. Khi so sánh sự thay đổi thang điểm WOMAC giữa 2 nhóm. Trong suốt quá trình điều trị, hai nhóm nghiên cứu đều cho thấy sự cải thiện điểm WOMAC chung. Trong đó, sự cải thiện đáng kể ghi nhận tại T1 ở cả hai nhóm. Đến thời điểm cuối T4, điểm WOMAC chung giảm xuống còn TV 27 ở nhóm LA&VĐ (p<0,001) và còn 34 ở nhóm SA&VĐ (p<0,001). Mức độ giảm điểm WOMAC cứng khớp gối ở nhóm LA&VĐ ghi nhận nhiều hơn nhóm SA&VĐ tại T3. Phù hợp với nghiên cứu của Aysegül Yetişir (2024) cho thấy nếu sử dụng laser châm ở mức năng lượng thấp kết hợp với tập vận động cho hiệu quả điều trị hơn so chỉ kết hợp tập vận động với các liệu pháp vật lý trị liệu như siêu âm, điện xung⁵. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Jan (2015) khi so sánh tác dụng giảm đau và phục hồi vận động của thể châm, điện châm, laser châm, siêu âm điều trị, từ trường điều trị trên mức độ đau do THKG thông qua việc phân tích 36 nghiên cứu ngẫu nhiên với

2434 người bệnh, kết quả cho thấy điện châm và laser châm giảm đau và phục hồi vận động sau 4 tuần tốt hơn siêu âm điều trị, thể châm, từ trường⁴. Như vậy, khi kết hợp LA&VĐ hay SA&VĐ đều cho kết quả tốt hơn so với trước điều trị và ở nhóm LA&VĐ, kết quả về đánh giá WOMAC cứng khớp có sự cải thiện tốt hơn so với nhóm SA&VĐ. Điều này có thể giải thích là laser châm có tác dụng giảm đau, giảm viêm, cải thiện tầm vận động^{1,3} và tập vận động cũng là một phương pháp điều trị giúp giảm tình trạng đau khớp gối, tăng tính linh hoạt và cải thiện chức năng khớp gối⁷. Tuy nhiên nghiên cứu với cỡ mẫu còn thấp và ban đầu đánh giá hiệu quả của laser châm kết hợp với tập vận động trên những người bệnh THKG nên cần tiến hành ở những nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi hiệu quả điều trị trong thời gian dài hơn.

Tác dụng ngoại ý của laser châm. Các triệu chứng tác dụng ngoại ý có thể xảy ra khi dùng laser châm như: tăng đau, chảy máu, nhiễm trùng, cứng cơ, đỏ da, giảm thị lực,...^{3,6}. Nhưng sau 4 tuần ở cả 2 nhóm đều chưa ghi nhận các triệu chứng trên. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu Al Rashoud (2014) khi nghiên cứu laser châm trên 26 người bệnh THKG cũng chưa ghi nhận tác dụng ngoại ý nào của laser châm¹. Điều này có thể giải thích là tia laser thường gây tác dụng phụ lên da và mắt là tia laser cường độ lớn thời gian tiếp xúc dài, còn tia laser sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi là tia laser cường độ thấp, thời gian tiếp xúc ngắn (20 phút), vùng tiếp xúc nhỏ và người bệnh được bảo vệ mắt khi tham gia nghiên cứu nên nhóm nghiên cứu chưa ghi nhận các triệu chứng bất thường có thể xuất hiện.

V. KẾT LUẬN

Sau 4 tuần, khi phối hợp LA&VĐ có khả năng giúp cải thiện tốt thang điểm WOMAC hơn so với trước nghiên cứu và cao hơn nhóm SA&VĐ. Và chưa ghi nhận các tác dụng phụ có thể xảy ra trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al Rashoud AS, Abboud RJ, Wang W, Wigderowitz C. Efficacy of low-level laser therapy applied at acupuncture points in knee osteoarthritis: a randomised double-blind

- comparative trial. *Physiotherapy*. Sep 2014;100(3):242-8. doi:10.1016/j.physio.2013.09.007.
- Dantas LO, Osani MC, Bannuru RR.** Therapeutic ultrasound for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis with grade quality assessment. *Braz J Phys Ther*. 2021; 25(6):688-697. doi:10.1016/j.bjpt.2021.07.003
 - Trịnh Thị Diệu Thường, Ngô Thị Kim Oanh.** Sổ tay lâm sàng châm cứu. Nhà xuất bản Y học; 2022.
 - Jan M Bjordal, Mark I Johnson, Rodrigo A B Lopes-Martins, Bård Bogen, Roberta Chow, Anne E Ljunggren.** Short-term efficacy of physical interventions in osteoarthritic knee pain. A systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord* 2007 Jun 22;8: 51. doi: 10.1186/1471-2474-8-51.
 - Yetişir A, Öztürk GY.** Effects of low-level laser therapy on acupuncture points on knee pain and function in knee osteoarthritis. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2023 Dec 22;70(1):e20230264. doi: 10.1590/1806-9282.20230264.
 - Hammes S, Kimmig W.** Side effects and complications of therapy with laser and intense light sources. *Hautarzt*. Mar 2013;64(3):145-54. Nebenwirkungen und Komplikationen in der Therapie mit Laser- und Lichtgeräten. doi:10.1007/s00105-012-2483-z.
 - Roberta de Matos Brunelli Braghin, Libardi EC, Junqueira C, Rodrigues NC, Nogueira Barbosa MH, Renno ACM, Carvalho de Abreu DC.** The effect of low level laser therapy and physical exercise on pain, stiffness, function, and spatiotemporal gait variables in subjects with bilateral knee osteoarthritis: a blind randomized clinical trial. *Disabil Rehabil*. 2019 Dec;41(26): 3165-3172. doi: 10.1080/09638288.2018.1493160.
 - Huang CH, Yeh ML, Chen FP, Kuo M.** A randomised controlled trial of laser acupuncture improves early outcomes of osteoarthritis patients' physical functional ability after total knee replacement. *Complement Ther*.

ĐIỂM TRỮNG HUYẾT ÁP TRÊN NGƯỜI BỆNH THẬN MẠN ĐẠT MỤC TIÊU HUYẾT ÁP PHÒNG KHÁM

Đỗ Minh Thức³, Trần Long Hồ², Nguyễn Văn Sĩ¹

TÓM TẮT

Đại cương: Bệnh thận mạn là tình trạng sức khỏe phổ biến. Tăng huyết áp trên đối tượng này cần được kiểm soát tối ưu để cải thiện dự hậu. Trững huyết áp là thông số quan trọng thể hiện qua holter huyết áp 24 giờ, được chứng minh có liên quan đến tử vong và biến cố tim mạch. **Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng dữ liệu từ 178 người bệnh thận mạn giai đoạn 3 đến giai đoạn 5 đạt mục tiêu huyết áp tại phòng khám. Holter huyết áp 24 giờ được thực hiện để đánh giá trững huyết áp. **Kết quả:** 15,2% người tham gia có trững bình thường và 2,2% có trững sâu. Đối với nhóm có bất thường trững huyết áp, 53,9% mất trững và 28,7% có trững ngược. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về có trững huyết áp bình thường ở nhóm kiểm soát huyết áp và nhóm tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu (26,4% so với 3,4%, $p < 0,001$). **Kết luận:** Đa số người bệnh thận mạn có bất thường về trững huyết áp với ưu thế xảy ra ở nhóm tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu. **Từ khoá:** Trững huyết áp, bệnh thận mạn, holter huyết áp

SUMMARY

AMBULATORY BLOOD PRESSURE DIPPING PATTERN IN PATIENTS WITH CHRONIC

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
²Bệnh viện Nhân dân Gia Định, thành phố Hồ Chí Minh
³Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng, Kiên Giang
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ
 Email: si.nguyen@ump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 3.4.2024
 Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024
 Ngày duyệt bài: 11.6.2024

KIDNEY DISEASE AND CONTROLLED BLOOD PRESSURE

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is a prevalent health condition. Optimal control of hypertension in this population is crucial for improving outcomes. Blood pressure dipping is an important parameter assessed through 24-hour ambulatory blood pressure monitoring, shown to be associated with mortality and cardiovascular events. **Methods:** A data-revisited descriptive study was conducted on 178 CKD patients ranging from stage 3 to stage 5 who achieved office blood pressure targets. 24-hour ambulatory blood pressure monitoring was performed to evaluate blood pressure dipping. **Results:** 15.2% of participants had a normal dipping pattern and 2.2% had deep dipping. Among those with abnormal blood pressure dipping, 53.9% had blunted dipping and 28.7% had reverse dipping. There was a statistically significant difference in the prevalence of normal blood pressure dipping between the controlled blood pressure group and the masked uncontrolled blood pressure group (26.4% vs. 3.4%, $p < 0.001$). **Conclusion:** The majority of CKD patients exhibit abnormalities in blood pressure dipping, with a predominance occurring in the group with masked uncontrolled hypertension.

Keywords: Blood pressure dipping, chronic kidney disease, ambulatory blood pressure monitoring

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là tình trạng quan trọng dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do các bệnh mạn tính không lây. Tại Hoa Kỳ, năm 2019, 15% người trưởng thành tương đương 37 triệu người có bệnh thận mạn [1]. Một điều tra cắt ngang ở