

Form Scale reliability and agreement decreases when determining Rome III stool form designations. *Neurogastroenterol Motil.* 2016; 28 (3):443-448.

10. Nguyễn Thị Thanh Hoa. Đánh giá tác dụng điều trị táo bón chức năng mạn tính bằng bài thuốc Hoạt huyết nhuận táo sinh tân ẩm. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội. 2021.

KẾT QUẢ CỦA SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI THEO THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN

Bùi Thị Thanh Thanh*, Nguyễn Thị Thanh Tú**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động khớp gối của siêu âm điều trị kết hợp điện châm trong điều trị thoái hóa khớp gối theo thể bệnh của y học cổ truyền. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước sau điều trị trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối, chia làm 2 nhóm: nhóm I (thể Phong hàn thấp kết hợp Can thận hư) và nhóm II (thể Phong thấp nhiệt kết hợp Can thận hư). **Kết quả:** Sau 15 ngày điều trị, hiệu suất giảm điểm trung bình theo thang điểm VAS của nhóm I là $3,21 \pm 0,78$ (điểm), nhóm II là $3,41 \pm 0,69$ (điểm); hiệu suất giảm điểm trung bình chung theo thang điểm WOMAC của nhóm I là $27,82 \pm 4,55$ (điểm), nhóm II là $29,22 \pm 4,92$ (điểm); hiệu suất tăng tầm vận động trung bình của nhóm I là $11,42 \pm 4,48$ (độ); nhóm II là $12,74 \pm 6,38$ (độ). Sự cải thiện hiệu suất trung bình của từng nhóm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Tuy nhiên, sự cải thiện hiệu suất trung bình của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, Siêu âm điều trị, Điện châm, thể phong hàn thấp, thể phong thấp nhiệt, thể can thận hư.

SUMMARY

RESULTS OF ULTRASOUND THERAPY WITH ELECTROACUPUNCTURE IN SUPPORTING TREATMENT OF KNEE OSTEOARTHRITIS ACCORDING TO TRADITIONAL MEDICINE PATTERNS

Objective: To evaluate the pain-reducing effects and improvement in knee joint mobility of ultrasound therapy combined with electroacupuncture in the treatment of knee osteoarthritis according to traditional medicine patterns. **Subjects, methods:** A clinical intervention study was conducted, comparing pre- and post-treatment outcomes in 60 diagnosed knee osteoarthritis patients divided into 2 groups: Group I (Wind and Cold Damp syndrome combined with Liver and Kidney yin deficiency syndrome) and Group II (Wind and Heat Damp syndrome combined

with Liver and Kidney yin deficiency syndrome). **Results:** After 15 days of treatment, the average reduction in pain intensity measured by the VAS scale for group I was 3.21 ± 0.78 (points), and for group II was 3.41 ± 0.69 (points); the average reduction in WOMAC score for group I was 27.82 ± 4.55 (points), and for group II was 29.22 ± 4.92 (points); the average increase in range of motion for group I was 11.42 ± 4.48 (degrees), and for group II was 12.74 ± 6.38 (degrees). The improvement in average performance of each group was statistically significant compared to pre-treatment. However, there was no statistically significant difference in the improvement in average performance between the two groups ($p > 0,05$). **Keywords:** Knee osteoarthritis, Ultrasound therapy, Electroacupuncture, Wind and Cold Damp, Wind and Heat Damp, Liver and Kidney yin deficiency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hoá khớp (THK) được đặc trưng bởi các rối loạn cấu trúc và chức năng của một hoặc nhiều khớp hoặc cột sống. Năm 2020, tỷ lệ THK gối lưu hành toàn cầu ở người từ 40 tuổi trở lên là 22,9% [6]. THK gối ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống, kinh tế của người bệnh và ảnh hưởng khoảng 85% gánh nặng THK trên toàn thế giới. Hiện nay chưa có một phương pháp nào điều trị khỏi bệnh THK gối. Các phương pháp nội khoa của Y học hiện đại (YHHĐ) trong điều trị THK gối là dùng các thuốc giảm đau, chống viêm và thuốc thoái hóa khớp tác dụng chậm. Bên cạnh đó các biện pháp phục hồi chức năng, đặc biệt là siêu âm điều trị đã được nhiều nghiên cứu, ứng dụng và chứng minh mang lại hiệu quả, tính an toàn trong điều trị THK gối [11]. Theo Y học cổ truyền (YHCT), THK gối thuộc phạm vi chứng Hạc tất phong và được chia làm nhiều thể lâm sàng khác nhau. Nguyên nhân do phong, hàn, thấp xâm phạm trên cơ sở can thận hư mà gây nên bệnh. Bên cạnh việc sử dụng các thuốc cổ truyền trong điều trị chứng bệnh này thì các phương pháp không dùng thuốc như điện châm, xoa bóp bấm huyệt,... cũng cho thấy hiệu quả trong điều trị. Trong số đó, liệu pháp châm cứu là một lựa chọn thích hợp và được khuyến nghị cho điều trị THK gối [8]. Trên lâm sàng, các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp

*Bệnh viện Phục hồi chức năng Thanh Hóa,

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thanh Thanh

Email: thanhbui2109@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 20.9.2024

siêu âm điều trị kết hợp điện châm giữa các thể bệnh YHCT còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả của siêu âm điều trị kết hợp điện châm trong hỗ trợ điều trị thoái hóa khớp gối theo thể bệnh YHCT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Tuổi ≥ 40 , không phân biệt giới, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Chẩn đoán xác định THK gối theo tiêu chuẩn ACR 1981. Bệnh nhân có mức độ đau theo thang điểm VAS ($3 \leq VAS \leq 6$ điểm), có thể có tràn dịch khớp gối và siêu âm lượng dịch $< 10\text{mm}$. Theo YHCT, bệnh nhân được chẩn đoán là chứng Hạc tất phong thuộc hai thể bệnh:

+ Thể Phong hàn thấp kèm Can thận hư: đau khớp gối, đau tăng khi gặp lạnh, mưa, ẩm thấp, giảm khi chườm ấm, kèm theo đau mỏi lưng rêu lưỡi trắng nhớt. Mạch trầm.

+ Phong thấp nhiệt kèm Can thận hư: đau, sưng khớp gối, có thể nóng, không đỏ, kèm theo đau lưng, lưỡi rêu vàng. Mạch hoạt.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

THK gối đã điều trị chống viêm non-steroid trong 10 ngày hoặc tiêm corticoid trong vòng 3 tháng gần đây hoặc tiêm acid hyaluronic trong 6 tháng, hoặc sử dụng phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu. Nhiễm khuẩn tại khớp hoặc toàn thân, tổn thương da vùng khớp gối, viêm tắc mạch chi dưới hoặc mắc các bệnh mạn tính chưa ổn định hoặc mắc các bệnh ứng thư. Phụ nữ có thai, cho con bú, bỏ điều trị ≥ 3 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu

2.2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu hai nhóm song song của Chow và cộng sự [5]:

$$n1 = n2 = \frac{2\sigma^2 \left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2}{(\mu1 - \mu2)^2}$$

Trong đó: n_1, n_2 : cỡ mẫu của mỗi nhóm

Dựa theo kết quả nghiên cứu Lại Thanh Hiền và cộng sự, nghiên cứu điều trị thoái hóa khớp gối bằng Độc hoạt tang ký sinh thang kết hợp điện châm và bài tập vận động [2]:

$\mu_1 = 58,33$ (điểm trung bình WOMAC); $\sigma = 8$ (độ lệch chuẩn trung bình điểm WOMAC)

$\alpha = 5$; $1 - \beta = 90$; $\mu_2 = 51$ (điểm trung bình của nhóm can thiệp kỳ vọng)

Tính ra $n_1 = n_2 = 26$. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu của mỗi nhóm là 26 bệnh nhân.

Nghiên cứu được tiến hành trên 60 bệnh nhân từ tháng 7/2023 đến tháng 1/2024 tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Thanh Hoá.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được cung cấp thông tin nghiên cứu và ký vào đơn tình nguyện tham gia nghiên cứu. Sau đó bệnh nhân được áp dụng phác đồ sau:

- Siêu âm điều trị theo quy trình Phục hồi chức năng của Bộ Y tế: cường độ từ 0,5 – 1,5 W/cm², tần số 1MHz x 20 phút/1lần/ngày x 15 ngày [3].

- Điện châm theo Quy trình kĩ thuật YHCT của Bộ Y tế, thời gian 30 phút/lần/ngày x 15 ngày [4].

+ Nhóm I (Phong hàn thấp tý kèm theo Can thận hư): Châm tả: A thị huyết, Độc ty, Dương lăng tuyền, Lương khâu, Tất nhãn, Âm lăng tuyền, Huyết hải. Châm bổ: Thái Khê, Tam âm giao, Thái xung.

+ Nhóm II (Phong thấp nhiệt tý kèm Can thận hư): Châm tả: A thị huyết, Độc ty, Dương lăng tuyền, Lương khâu, Tất nhãn, Âm lăng tuyền, Huyết hải, Nội đình. Châm bổ: Thái Khê, Tam âm giao, Thái xung.

- Bệnh nhân được uống Glucosamine 1500mg, dạng bột, nhà sản xuất STADA, uống trước ăn 15 phút, ngày 01 gói x 15 ngày.

Các triệu chứng lâm sàng được đánh giá vào ngày đầu tiên điều trị (D0), ngày thứ 7 điều trị (D7) và ngày thứ 15 điều trị (D15).

2.2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Biến số đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, BMI.

- Biến số về triệu chứng lâm sàng:

+ Mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analog Scales): đau nhẹ (1-3 điểm), đau vừa (4-6 điểm), đau nặng (7-10 điểm).

+ Khả năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC (Western Ontario and McMaster Index – 1996) gồm chỉ số đánh giá và chia 3 mục: đau, cứng khớp và hạn chế vận động. Điểm WOMAC tổng từ 0 đến 96 (điểm), được chia thành 4 mức: không đau (≤ 24 điểm), đau ít (25 - 49 điểm), đau vừa (50 - 74 điểm), đau nặng (75 - 96 điểm).

+ Tâm vận động (TVĐ) khớp gối theo phương pháp Zero: Đánh giá mức độ: hạn chế nặng ($< 90^\circ$), hạn chế trung bình ($90^\circ - 120^\circ$), hạn chế nhẹ ($120^\circ - 135^\circ$), không hạn chế ($> 135^\circ$).

2.2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $66,24 \pm 7,00$ (tuổi), tỷ lệ nữ

nhều hơn nam (nữ chiếm 56,67%, nam chiếm 43,33%), 35% bệnh nhân có BMI > 23, lao động chân tay chiếm 75%, thời gian mắc bệnh trên 3 năm chiếm 66,67%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 1. Mức độ đau theo thang điểm VAS của bệnh nhân nghiên cứu

Mức độ đau VAS (điểm)	Nhóm I (n = 33)			Nhóm II (n = 27)			Tổng (n = 60)		
	D0 n (%)	D15 n (%)	p(D0-D15)	D0 n (%)	D15 n (%)	p(D0-D15)	D0 n (%)	D15 n (%)	p(D0-D15)
Đau nhẹ	3(9,09)	33(100)	< 0,05	1(3,70)	27(100)	< 0,05	4(6,67)	60(100)	< 0,05
Đau vừa	30(90,91)	0(0)		26(96,30)	0(0)		56(93,33)	0(0)	
Tổng	33(100)	33(100)		27(100)	27(100)		60(100)	60(100)	
p(1-2)D0	> 0,05								
p(1-2)D15	> 0,05								

Mức độ đau theo thang điểm VAS của hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê sau 15 ngày điều trị với p < 0,05. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 2. Điểm VAS trung bình tại các thời điểm nghiên cứu

Thời gian	VAS trung bình ($\bar{x} \pm SD$)			
	Nhóm I (n = 33)	Nhóm II (n = 27)	Tổng (n = 60)	
D ₀	5,06 ± 0,86	5,48 ± 0,75	5,25 ± 0,84	
D ₇	3,33 ± 0,65	3,78 ± 0,80	3,53 ± 0,75	
D ₁₅	1,85 ± 0,51	2,07 ± 0,47	1,95 ± 0,50	
Hiệu suất	D ₇ - D ₀	-1,73 ± 0,63	-1,70 ± 1,10	-1,72 ± 0,87
	D ₁₅ - D ₀	-3,21 ± 0,78	-3,41 ± 0,69	-3,30 ± 0,74
p(D ₇ -D ₀)	< 0,01			
p(D ₁₅ -D ₀)	< 0,01			
p(1-2)D ₁₅	> 0,05			

Sau 7 ngày và 15 ngày điều trị, điểm VAS trung bình của cả hai nhóm giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với p < 0,01. Nhóm I có xu hướng giảm hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3. Mức độ đau theo điểm WOMAC chung

Mức độ	Nhóm I (n = 33)			Nhóm II (n = 27)			Tổng (n = 60)		
	D0 n (%)	D15 n (%)	p(D0-D15)	D0 n (%)	D15 n (%)	p(D0-D15)	D0 n (%)	D15 b	p(D0-D15)
Không đau	0(0)	28(84,85)	< 0,05	0(0)	14(51,85)	< 0,05	0(0)	42(70,00)	< 0,05
Đau ít	13(39,39)	5(15,15)		4(14,81)	13(48,15)		17(28,33)	18(30,00)	> 0,05
Đau vừa	20(60,61)	0(0)		23(82,19)	0(0)		43(71,67)	0(0)	< 0,05
Tổng	33(100)	33(100)		27(100)	27(100)		60(100)	60(100)	
p(1-2)	> 0,05								

Mức độ chỉ số WOMAC của 2 nhóm nghiên cứu đều giảm sau 15 ngày điều trị (p < 0,05), sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 4. Điểm WOMAC chung trung bình tại các thời điểm nghiên cứu

Thời gian	Điểm Womac chung trung bình ($\bar{x} \pm SD$)			
	Nhóm I (n = 33)	Nhóm II (n = 27)	Tổng (n = 60)	
D ₀	49,85 ± 5,14	53,22 ± 5,12	51,37 ± 5,36	
D ₇	35,58 ± 4,24	38,70 ± 4,96	36,98 ± 4,80	
D ₁₅	22,03 ± 4,52	24,00 ± 4,45	22,92 ± 4,56	
Hiệu suất	D ₇ - D ₀	-14,27 ± 3,35	-14,52 ± 6,67	-14,38 ± 5,07
	D ₁₅ - D ₀	-27,82 ± 4,55	-29,22 ± 4,92	-28,45 ± 4,74
p(D ₇ -D ₀)	< 0,01			
p(D ₁₅ -D ₀)	< 0,01			
p(1-2)D ₁₅	> 0,05			

Sau 7 ngày và 15 ngày điều trị, điểm Womac chung trung bình của cả hai nhóm giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p < 0,01$. Điểm Womac chung trung bình của nhóm I có xu hướng giảm hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Tâm vận động khớp gối tại các thời điểm nghiên cứu

Thời gian		Tâm vận động khớp gối trung bình (độ) ($\bar{X} \pm SD$)		
		Nhóm I (n = 33)	Nhóm II (n = 27)	Tổng (n = 60)
D ₀		124,18 ± 5,34	121,59 ± 8,04	123,02 ± 6,78
D ₇		130,09 ± 4,09	126,96 ± 5,67	128,68 ± 5,07
D ₁₅		135,61 ± 2,89	134,33 ± 3,43	135,03 ± 3,18
Hiệu suất	D ₇ - D ₀	5,91 ± 2,70	5,37 ± 4,49	5,67 ± 3,59
	D ₁₅ - D ₀	11,42 ± 4,48	12,74 ± 6,38	12,02 ± 5,41
p(D ₇ -D ₀)		< 0,01	< 0,01	< 0,01
p(D ₁₅ -D ₀)		< 0,01	< 0,01	< 0,01
p(1-2)D ₁₅		> 0,05		

Sau điều trị 7 ngày và 15 ngày, tâm vận động khớp gối hai nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p < 0,01$. Tâm vận động khớp gối của nhóm I có xu hướng tăng hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đau và hạn chế vận động khớp gối trên người bệnh THK là nguyên nhân chính khiến người bệnh đến khám và điều trị. Cơ chế gây đau trong THK gối là do tình trạng mọc gai xương làm kéo căng các đầu mút thần kinh ở màng xương, sự kích thích các vết nứt nhỏ ở đầu xương dưới sụn, viêm màng hoạt dịch do phản ứng của màng hoạt dịch với các sản phẩm thoái hoá sụn và các mảnh sụn, hoặc xương bị bong ra, viêm bao khớp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hai nhóm đều cải thiện mức độ đau có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có điểm VAS trung bình sau điều trị 15 ngày của nhóm I là $1,85 \pm 0,51$ (điểm), nhóm II là $2,07 \pm 0,47$ (điểm). Mức độ giảm đau theo thang điểm VAS của chúng tôi giảm nhiều hơn so với nghiên cứu của tác giả Đoàn Mỹ Hạnh và cộng sự có thể do thời gian can thiệp của chúng tôi dài hơn (điểm VAS trung bình sau điều trị 10 ngày của tác giả Đoàn Mỹ Hạnh là $3,20 \pm 0,80$ điểm) [1]. Nghiên cứu đã phối hợp phương pháp siêu âm điều trị và điện châm để giảm đau và cải thiện chức năng khớp gối cho người bệnh. Siêu âm điều trị là một phương pháp sử dụng nhiệt sâu, sự lan truyền của sóng siêu âm gây nên những thay đổi về áp lực. Tác dụng nhiệt do siêu âm làm gia tăng hoạt động tế bào, tuần hoàn, chuyển hoá và quá trình đào thải và giải quyết được hiện tượng viêm. Tác dụng giảm đau do một phần tác dụng nhiệt và một phần cơ chế khác như tác dụng trực tiếp lên đầu dây thần kinh, do giảm độ

căng của cơ, tăng cường tuần hoàn, từ đó giảm đau, giảm sưng [7]. Nghiên cứu của Yeşin T (2017) trên 62 bệnh nhân THK gối điều trị bằng liệu pháp siêu âm 16 phút/lần/2 tuần cho thấy hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS và cải thiện thang điểm WOMAC [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm được kết hợp với điện châm trong điều trị bệnh nhân THK gối.

Phương pháp điện châm dựa vào tác dụng của châm cứu và tác dụng của dòng điện tác động lên huyết vị nhằm lập lại cân bằng âm dương, đưa cơ thể trở về trạng thái sinh lý bình thường. Theo cơ chế thần kinh - nội tiết - thể dịch của YHHĐ, châm là kích thích giải phóng hệ thống giảm đau tự nhiên của cơ thể: các chất giảm đau nội sinh như morphin nội sinh (endorphin, enkephalin), serotonin, catecholanin, trong đó β -endorphin (tác dụng mạnh gấp 200 morphin) và Serotonin kích thích các tế bào thần kinh tại tủy sống bài tiết enkephalin gây ức chế dẫn truyền cảm giác đau từ ngoại biên về trung ương. Điện châm có tác dụng ức chế cơn đau, tăng cường dinh dưỡng các tổ chức, làm giảm viêm, giảm sưng huyết, giảm phù nề tại chỗ. Theo nghiên cứu Quảng Hạ Thạch và cộng sự (2020), cho thấy cả điện châm và châm cứu thời gian 8 tuần có sự cải thiện về khả năng giảm đau và chức năng ở những người bị viêm khớp gối nhẹ đến trung bình. Hiệu quả này được chứng minh sự thay đổi của các yếu tố gây viêm như TNF- α , IL-1 β và IL-13 [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy siêu âm kết hợp điện châm có hiệu quả ở cả hai thể lâm sàng theo YHCT. Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân thể Phong thấp kết hợp Can thận hư xu hướng có hiệu quả tốt hơn nhóm bệnh nhân thể Phong thấp nhiệt kết hợp Can thận hư. Bệnh nhân THK gối theo quan điểm của YHCT có bản hư (can thận hư), tiêu thực (phong, hàn, thấp

hiệt xâm phạm kinh lạc gây đau). Với người bệnh thuộc thể Phong hàn thấp kết hợp can thận hư thường có biểu hiện đau, không có sưng khớp gối. Với thể Phong thấp nhiệt, ngoài biểu hiện đau, khớp gối còn bị sưng, đây là những biểu hiện của quá trình thoái hóa gây viêm khớp gối, tràn dịch khớp gối. Vì vậy, mặc dù phương pháp siêu âm điều trị kết hợp điện châm đã minh chứng làm tăng tuần hoàn, giảm viêm nhưng việc cải thiện tình trạng bệnh nhân có viêm và tràn dịch khớp gối sẽ cần thời gian dài hơn những bệnh nhân chỉ đau khớp gối đơn thuần. Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu với thời gian dài hơn và với số lượng bệnh nhân nhiều hơn để có thể đánh giá thêm về sự cải thiện chức năng khớp gối theo các thể bệnh theo YHCT.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy siêu âm điều trị kết hợp điện châm có tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS, cải thiện điểm WOMAC chung trung bình và cải thiện tầm vận động khớp gối có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân thuộc thể Phong hàn thấp kết hợp Can thận hư có xu hướng cải thiện tốt hơn nhóm bệnh nhân thuộc thể Phong thấp nhiệt kết hợp Can thận hư. Tuy nhiên, sự khác biệt của hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Mỹ Hạnh, Nguyễn Thị Thúy.** Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp siêu âm điều trị trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, tại khoa y học cổ truyền - bệnh viện Lê Chân năm 2020. Công trình nghiên cứu khoa học trường đại học Y Dược Hải Phòng. 74-78.

2. **Lại Thị Thanh Hiền, Trần Thị Hải Vân.** Hiệu quả điều trị thoái hoá khớp gối bằng độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm và bài tập vận động. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2022 Oct 12;158(10):103-10.
3. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu. Quyết định 792/QĐ-BYT; 2013.
4. **Bộ Y Tế.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng. Quyết định 54/QĐ-BYT; 2014.
5. **Chow SC, Wang H, Shao J.** Sample Size Calculations in Clinical Research. CRC Press; 2003. 376 p.
6. **Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H.** Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. eClinicalMedicine. 2020;29. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100587
7. **da Silva ANG, de Oliveira JRS, Madureira AN de M, Lima WA, Lima VL de M.** Biochemical and Physiological Events Involved in Responses to the Ultrasound Used in Physiotherapy: A Review. Ultrasound Med Biol. 2022 Dec;48(12):2417-29.
8. **Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al.** 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. Arthritis Rheumatol Hoboken NJ. 2020 Feb;72(2):220-33.
9. **Shi GX, Tu JF, Wang TQ, Yang JW, Wang LQ, Lin LL, et al.** Effect of Electro-Acupuncture (EA) and Manual Acupuncture (MA) on Markers of Inflammation in Knee Osteoarthritis. J Pain Res. 2020;13:2171-9.
10. **Yeğin T, Altan L, Kasapoğlu Aksoy M.** The Effect of Therapeutic Ultrasound on Pain and Physical Function in Patients with Knee Osteoarthritis. Ultrasound in Medicine & Biology. 2017;43(1):187-194. doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2016.08.035

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHI DỰ PHÒNG NÔN, BUỒN NÔN BẰNG ONDANSETRON PHỐI HỢP DEXAMETHASONE SAU PHẪU THUẬT CẮT RUỘT THỪA NỘI SOI

Nguyễn Tiên Đức¹, Phan Quốc Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng lên nhịp tim, nhịp thở, huyết áp, SPO2 và các tác dụng không mong muốn của ondansetron phối hợp dexamethasone để dự phòng buồn nôn, nôn sau phẫu thuật cắt ruột thừa

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Văn Hiến

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiên Đức

Email: ducgiangbs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 20.9.2024

nội soi, tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01/2021 đến tháng 05/2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, so sánh 2 nhóm. Nhóm O: sử dụng ondansetron 4mg và Nhóm OD: sử dụng ondansetron 4mg phối hợp dexamethasone 4mg. **Kết quả:** Tần số tim, nhịp thở, huyết áp, SPO2 của 2 nhóm ổn định và không thay đổi đáng kể sau 24 giờ phẫu thuật, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các tác dụng bất lợi thường gặp ở nhóm O: chóng mặt (20,4%); đau đầu (8,2%); run (6,1%); ngứa (2,1%); ợ hơi nóng (2,1%); ho (2,1%); ở nhóm OD: chóng mặt (16,%); run (18,4%); đau đầu (10,2%); sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Sử dụng ondansetron phối