



# Đánh giá kết quả của “bột thuốc đắp HV” trên người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát

## EVALUATE THE RESULTS OF “BOT THUOC DAP HV” ON PATIENTS WITH PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS

Lê Thị Kim Dung<sup>1</sup>, Đoàn Thanh Thủy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Châm cứu Trung ương

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả của “Bột thuốc đắp HV” trên người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát.

**Đối tượng và phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng được thực hiện trên 60 người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát. Người bệnh được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, mỗi nhóm 30 người: nhóm nghiên cứu (Glucosamine + “Bột thuốc đắp HV”); nhóm chứng (Glucosamine + chiếu đèn hồng ngoại). Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2021-10/2021

**Kết quả:** Sau 20 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có hiệu suất giảm điểm đau theo thang điểm VAS là  $4,20 \pm 1,10$  (điểm) và nhóm đối chứng là  $3,53 \pm 1,43$  (điểm) ( $p < 0,05$ ). Hiệu suất tăng điểm về tầm vận động gấp khớp gối ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương ứng là  $31,8 \pm 7,62$  (độ) và  $25,8 \pm 12,1$  (độ) ( $p < 0,05$ ). Hiệu suất giảm điểm của chỉ số gót móng ở nhóm nghiên cứu là  $13,30 \pm 4,86$  (cm) và nhóm chứng là  $10,40 \pm 5,93$  (cm) ( $p < 0,05$ ). Hiệu suất tăng điểm theo thang điểm WOMAC ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương ứng là  $41,20 \pm 13,6$  (điểm) và  $34,00 \pm 14,0$  (điểm) ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** “Bột thuốc đắp HV” có hiệu quả cải thiện tình trạng đau và cải thiện tầm vận động của gấp khớp gối, chỉ số gót móng, chỉ số WOMAC của người bệnh.

**Từ khóa:** đánh giá kết quả, thoái hóa khớp gối nguyên phát, “Bột thuốc đắp HV”

### SUMMARY

**Objective:** to evaluate the results of “Bot thuoc dap HV” on patients with primary knee osteoarthritis.

**Subjects and methods:** a controlled clinical trial was performed in 60 patients with primary knee osteoarthritis. Patients were randomly divided into 2 groups, each group of 30 patients: study group (Glucosamine + “Bot thuoc dap HV”); control group (Glucosamine + infrared light). The study period was from Apr 2021 to Oct 2021.

**Results:** After 20 days of treatment, the study group had a pain reduction performance on the VAS scale of  $4.20 \pm 1.10$  (points) and the control group was  $3.53 \pm 1.43$  (points) ( $p < 0.05$ ). The performance of score increase in knee flexion range of motion in the study group and control group was  $31.8 \pm 7.62$  (degrees)

Ngày nhận bài: 10/5/2022

Ngày phản biện: 13/5/2022

Ngày chấp nhận đăng: 1/6/2022



and  $25.8 \pm 12.1$  (degrees), respectively ( $p < 0.05$ ). The performance of score reduction of heel-buttock index in the study group was  $13.30 \pm 4.86$  (cm) and the control group was  $10.40 \pm 5.93$  (cm) ( $p < 0.05$ ). The performance of WOMAC score increase in the study group and control group was  $41.20 \pm 13.6$  (points) and  $34.00 \pm 14.0$  (points), respectively ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** “Bot thuốc đắp HV” is effective in reducing pain and improving the range of motion of the knee flexion, heel-buttock index, and WOMAC index of the patients.

**Keywords:** evaluation of results, primary knee osteoarthritis, “Bot thuốc đắp HV”

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thoái hóa khớp (THK) gối là bệnh mạn tính, liên quan đến quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp, hủy hoại sụn và xương dưới sụn. Sự mất cân bằng này có thể được phát động bởi nhiều yếu tố như: Di truyền, chuyển hóa, chấn thương hay các nguyên nhân khác, và sự già tăng tuổi, cân nặng là một trong những yếu tố nguy cơ gây ra và làm tăng nặng tình trạng bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao gấp 4 lần so với nam giới, tỷ lệ này đặc biệt tăng cao ở nữ giới sau mãn kinh, nguyên nhân có thể liên quan đến sự sụt giảm nhanh chóng của estrogen trong giai đoạn này [1],[2]. Năm 2020, tác giả Aiyong Cui đã thực hiện nghiên cứu phân tích tổng hợp sử dụng dữ liệu của trên 10 triệu bệnh nhân trích xuất từ 88 nghiên cứu đã được thực hiện, kết quả nghiên cứu cho thấy cứ 100 người dân thì có đến 16 người mắc THK gối [3].

Ở Việt Nam, THK nói chung đứng hàng thứ ba trong các bệnh có tổn thương khớp, trong đó THK gối chiếm 56,5% tổng số các bệnh khớp do thoái hóa cần điều trị nội trú [3],[4]. Tỷ lệ người bệnh THK điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ 1991 – 2000 có sự biến động theo năm nhưng luôn được duy trì xung quanh mức 4,66% mỗi năm [5].

Trong những năm gần đây, điều trị THK gối bằng y học cổ truyền (YHCT) ngày càng được quan tâm nhiều hơn do đây là phương pháp sử dụng các liệu pháp tự nhiên và có tính an toàn cao hơn so với sử dụng thuốc giảm đau chống viêm. Đắp thuốc là phương pháp đặc trưng và nổi bật của YHCT đã được ứng dụng từ lâu trong điều trị THK nói chung và THK gối nói riêng, là phương pháp đơn giản, dễ

thực hiện ngay cả khi người bệnh không ở cơ sở y tế. Khi đắp thuốc tại chỗ giúp thuốc thẩm thấu qua da tới tổ chức thúc đẩy tuần hoàn huyết dịch lưu thông khí huyết giúp lưu thông khí huyết, thông kinh lạc, giảm đau tại chỗ [6],[7].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), các biểu hiện của THK gối được mô tả với bệnh danh là Hạc tất phong thuộc phạm vi chứng tý [8]. Nguyên nhân do phong hàn thấp xâm phạm cùng với chính khí suy giảm mà gây nên bệnh, việc điều trị thường kết hợp phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc như châm cứu, bấm huyệt, đắp thuốc, dưỡng sinh, yoga [9],[10].

“Bột thuốc đắp HV” là bài thuốc nghiệm phương có tác dụng khu phong, tán hàn, trừ thấp, thông kinh hoạt lạc, đã được sử dụng trên lâm sàng mang lại hiệu quả điều trị bệnh lý cơ xương khớp nói chung, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị các bệnh lý cơ xương khớp cụ thể. Để cung cấp thêm phương pháp điều trị cho người bệnh THK gối, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả của “Bột thuốc đắp HV” trên người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát.

## **CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **Đối tượng nghiên cứu**

60 người bệnh  $\geq 40$  tuổi được chẩn đoán THK gối nguyên phát giai đoạn 1 và 2 theo phân loại Kellgren và Lawrence.

### **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân (BN)**

\* Tiêu chuẩn chọn BN theo Y học hiện đại:

- BN  $\geq 40$  tuổi.



- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.  
- Có chẩn đoán THK gối nguyên phát theo tiêu chuẩn ACR 1991. THK gối giai đoạn I, II trên X - quang theo Kellgren và Lawrence.

- Mức độ đau: VAS  $\leq$  6 điểm.

\* *Tiêu chuẩn chọn BN theo Y học cổ truyền:*

BN có chẩn đoán là chứng tý thể phong hàn thấp kèm can thận hư.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- 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.

- THK gối thứ phát, THK gối có tràn dịch khớp gối

- BN có các tổn thương ngoài da tại vùng khớp gối (viêm, loét,...)

- Có các bệnh mạn tính khác: Suy tim, suy thận, viêm gan, rối loạn tâm thần,...

- BN không tuân thủ điều trị, bỏ điều trị giữa chừng, tự ý dùng thuốc chống viêm, giảm đau khác trong thời gian nghiên cứu.

#### **Chất liệu nghiên cứu**

##### **Bột thuốc đắp HV:**

- Thành phần bài thuốc:

*Công thức cho 1kg thuốc*

Vị thuốc	Khối lượng
Ngải diệp ( <i>Herba Artemisiae vulgaris</i> )	360g
Rễ cây địa liên ( <i>Kaempferia galanga L.</i> )	260g
Quế chi ( <i>Cinnamomum cassia Presl</i> )	180g
Tá dược	Vừa đủ

- *Tiêu chuẩn thuốc:* dạng nguyên liệu khô, đạt tiêu chuẩn trong Dược điển V, nghiền nhỏ thành bột đóng sẵn vào từng gói. Mỗi gói 50g thuốc, 1 gói thuốc đắp 1 lần.

- *Cách dùng:* Hỗn hợp thuốc được làm nóng đến nhiệt độ 40°C, được dán mỏng dán lên bộ phận bị bệnh, ngày 01 lần, 30 phút/lần

#### **Thuốc uống Glucosamine:**

Tên biệt dược: Vorifend Forte 500mg. Nhà sản xuất: Chi nhánh công ty TNHH Stada – Việt Nam. SĐK: VD-27535-17.

#### **Đèn hồng ngoại trị liệu:**

Model Medilamp 250W; Nhân hiệu TNE, xuất xứ Việt Nam.

#### **Địa điểm, thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm: Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

- Thời gian: từ tháng 4/2021 - 10/2021

#### **Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng có đối chứng.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn chủ đích 60 BN tuổi từ 40 trở lên, không phân biệt giới tính và có chẩn đoán xác định là THK gối theo tiêu chuẩn chọn.

#### **Các bước tiến hành:**

Các BN được thăm khám lâm sàng, làm XN theo mẫu bệnh án thống nhất. BN được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm (số lẻ vào nhóm nghiên cứu, số chẵn vào nhóm chứng):

Phác đồ nền: Glucosamine 1500mg (Vorifend Forte) x 03 viên /ngày chia 3 lần x 20 ngày, uống sáng trưa tối (sau ăn 15 phút). (Theo Dược điển Việt Nam - 2017).

\* *Nhóm nghiên cứu (NNC):* 30 BN được điều trị bằng:

- Phác đồ nền + “Bột thuốc đắp HV” khớp gối bị đau 30 phút/lần/ngày x 20 ngày.

\* *Nhóm chứng (NC):* 30 BN điều trị bằng:

- Phác đồ nền + Chiếu đèn hồng ngoại khớp gối bị đau x 30 phút/lần/ngày x 20 ngày

Cả 2 nhóm được theo dõi và đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu ở các thời điểm khác nhau: trước nghiên cứu (D<sub>0</sub>), sau 10 ngày nghiên cứu (D<sub>10</sub>), sau 20 ngày nghiên cứu (D<sub>20</sub>).

#### **Phương tiện nghiên cứu:**

- Bát inox, que phết thuốc, ni lông bọc thực phẩm.
- Lò vi sóng hoặc bếp từ, khay đựng dụng cụ, thước đo góc, thước đo VAS.

### Phương pháp đánh giá kết quả nghiên cứu:

- Đánh giá mức độ đau theo thang điểm Visual Analog Scale (VAS) (từ 1-10 điểm) bằng thước đo độ của hãng Astra - Zeneca.

- Đánh giá tầm vận động gấp khớp gối: đo độ gấp duỗi của khớp gối theo phương pháp của Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình Mỹ được Hội nghị Vancouver ở Canada thông qua năm 1964.

- Đánh giá khoảng cách gót mông: BN nằm sấp trên giường phẳng, gấp chân tối đa, đo khoảng cách từ gót chân đến phần cao nhất của mông.

- Đánh giá khả năng vận động theo thang điểm WOMAC (Western Ontario and McMaster

Universities) chung: gồm 24 chỉ số đánh giá ở 3 mục: đau, cứng khớp và hạn chế vận động.

### Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 và R Studio 4.1.0. Tính toán: giá trị trung bình ( $\bar{X}$ ); độ lệch chuẩn (SD); tỷ lệ (%); so sánh hai giá trị trung bình bằng t-Student test; so sánh các tỷ lệ bằng  $\chi^2$ ; Ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### Đạo đức trong nghiên cứu

BN được cung cấp và giải thích đầy đủ các thông tin liên quan đến nghiên cứu; Tự nguyện tham gia nghiên cứu; Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Học viện Y-Dược học cổ truyền Việt Nam.

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		P
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Nam		8	26,7	7	23,3	> 0,05
Nữ		22	73,3	23	76,7	

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở cả 2 nhóm phần lớn là nữ giới (tương ứng 73,3% và 76,7%). Sự khác biệt về giới tính giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Tương tự các đặc điểm độ tuổi, nghề nghiệp, BMI, vị trí/mức độ tổn thương khớp gối cũng không có khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ( $p > 0,05$ ).

### Kết quả điều trị của “Bột thuốc đắp HV”

Bảng 2. Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm VAS

Thời điểm	Nhóm	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	P <sub>NNC-NDC</sub>
		( $\bar{X} \pm SD$ )	( $\bar{X} \pm SD$ )	
D <sub>0</sub>		5,30 ± 0,65	5,33 ± 0,55	> 0,05
D <sub>10</sub>		2,83 ± 0,70	3,33 ± 0,99	< 0,05
D <sub>20</sub>		1,10 ± 0,88	1,80 ± 1,52	< 0,05
Hiệu suất giảm điểm	D <sub>0-10</sub>	2,47 ± 0,82	2,00 ± 0,91	< 0,05
	D <sub>10-20</sub>	1,73 ± 0,94	1,53 ± 1,22	> 0,05
	D <sub>0-20</sub>	4,20 ± 1,10	3,53 ± 1,43	< 0,05
P <sub>0-10</sub> ; P <sub>10-20</sub> ; P <sub>0-20</sub>		< 0,05; < 0,05; < 0,05		< 0,05; < 0,05; < 0,05



Sau 10 ngày và 20 ngày, chỉ số VAS ở nhóm nghiên cứu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (thời điểm 20 ngày: tương ứng là  $1,10 \pm 0,88$  điểm và  $1,80 \pm 1,52$  điểm). Hiệu suất giảm điểm VAS tại thời điểm ngày 20 giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3. Sự thay đổi tâm vận động gấp khớp

Thời điểm \ Nhóm		Nhóm nghiên cứu ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm chứng ( $\bar{X} \pm SD$ )	$P_{NNC-NDC}$
D <sub>0</sub>		104,10 ± 5,13	105,47 ± 5,95	> 0,05
D <sub>10</sub>		125,90 ± 8,52	122,77 ± 6,43	> 0,05
D <sub>20</sub>		135,87 ± 6,04	131,23 ± 10,01	< 0,05
Hiệu suất tăng điểm	D <sub>0-10</sub>	21,80 ± 9,33	17,30 ± 8,85	> 0,05
	D <sub>10-20</sub>	9,97 ± 6,19	8,47 ± 6,11	> 0,05
	D <sub>0-20</sub>	31,80 ± 7,62	25,80 ± 12,1	< 0,05
P <sub>0-10</sub> ; P <sub>10-20</sub> ; P <sub>0-20</sub>		< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Sau 20 ngày, tâm vận động gấp khớp gôi ở nhóm nghiên cứu cải thiện hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (tương ứng là  $135,87 \pm 6,04$  độ và  $131,23 \pm 10,01$  độ). Hiệu suất tăng điểm ở nhóm nghiên cứu cũng cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 4. Sự thay đổi chỉ số góc mông

Thời điểm \ Nhóm		Nhóm nghiên cứu ( $X \pm SD$ )	Nhóm chứng ( $X \pm SD$ )	$P_{NNC-NDC}$
D <sub>0</sub>		18,27 ± 1,72	18,10 ± 1,69	> 0,05
D <sub>10</sub>		10,53 ± 3,77	12,23 ± 3,85	< 0,05
D <sub>20</sub>		4,97 ± 4,15	7,70 ± 5,45	< 0,05
Hiệu suất giảm điểm	D <sub>0-10</sub>	7,73 ± 4,12	5,87 ± 4,27	< 0,05
	D <sub>10-20</sub>	5,57 ± 3,78	4,53 ± 3,10	> 0,05
	D <sub>0-20</sub>	13,30 ± 4,86	10,40 ± 5,93	< 0,05
P <sub>0-10</sub> ; P <sub>10-20</sub> ; P <sub>0-20</sub>		< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Sau 10 ngày và 20 ngày, chỉ số góc mông ở nhóm nghiên cứu nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (thời điểm 20 ngày: tương ứng là  $4,97 \pm 4,15$  cm và  $7,70 \pm 5,45$  cm). Hiệu suất giảm điểm tại thời điểm ngày 20 ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Bảng 5. Sự thay đổi mức điểm WOMAC

Thời điểm \ Nhóm	Nhóm	Nhóm nghiên cứu ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm chứng ( $\bar{X} \pm SD$ )	$P_{NNC-NBC}$
$D_0$		60,83 ± 3,53	60,00 ± 2,85	> 0,05
$D_{10}$		37,73 ± 4,69	40,97 ± 5,87	< 0,05
$D_{20}$		9,63 ± 12,54	26,00 ± 13,06	< 0,05
Hiệu suất tăng điểm	$D_{0-10}$	23,10 ± 6,23	19,03 ± 6,76	< 0,05
	$D_{10-20}$	18,10 ± 12,90	14,97 ± 11,90	> 0,05
	$D_{0-20}$	41,20 ± 13,60	34,00 ± 14,00	< 0,05
$P_{0-10}; P_{10-20}; P_{0-20}$		< 0,05; < 0,05; < 0,05	< 0,05; < 0,05; < 0,05	

Sau 10 ngày và 20 ngày, mức điểm WOMAC chung ở nhóm nghiên cứu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (thời điểm 20 ngày: tương ứng là 19,63 ± 12,54 điểm và 26,00 ± 13,06 điểm). Hiệu suất giảm điểm tại thời điểm ngày 20 ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu trên 60 bệnh nhân THK gối nguyên phát, tỷ lệ bệnh nhân nữ cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng (tương ứng, 73,3% và 76,7%) đều cao hơn so với nam giới. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng về giới tính không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Lê Quang Nhựt (2012), tỷ lệ THK gối ở nữ là 70% [11].

Các đặc điểm về nhóm tuổi, nghề nghiệp, BMI, vị trí/mức độ tổn thương khớp gối, ... cũng không có sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các kết quả nghiên cứu khác.

Đau trong THK gối là một dấu hiệu phổ biến, bệnh nhân thường đau dạng cơ học nghĩa là đau tăng khi vận động (đi lại, lên xuống dốc, ngồi xổm), giảm khi nghỉ ngơi, với tính chất âm ỉ, có thể đau tăng về chiều (sau một ngày lao động). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, chỉ số VAS ở nhóm nghiên cứu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Hiệu suất giảm điểm VAS tại thời điểm ngày 20 giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Nga

(2019), sự khác biệt điểm VAS giữa 2 nhóm tại thời điểm 10 ngày và 20 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê; sau 20 ngày điều trị, hiệu suất giảm điểm giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) [8].

Hạn chế vận động trong THK gối do nhiều nguyên nhân gây ra như đau, cơ cơ, phản ứng viêm của màng hoạt dịch, tổn thương sụn, hẹp khe khớp, xuất hiện gai xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 20 ngày điều trị, tầm vận động gấp khớp gối ở nhóm nghiên cứu cải thiện hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (tương ứng là 135,87 ± 6,04 độ và 131,23 ± 10,01 độ). Hiệu suất tăng điểm ở nhóm nghiên cứu cũng cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Nga (2019), tại thời điểm 10 ngày và 20 ngày, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) về chỉ số này giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng [8].

Về chỉ số gót móng, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, chỉ số gót móng ở nhóm nghiên cứu nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Hiệu suất giảm điểm tại thời điểm ngày 20 ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Nga (2019), sự khác biệt



kết quả giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tại thời điểm 10 ngày và 20 ngày điều trị là có ý nghĩa thống kê; sau 20 ngày điều trị hiệu suất giảm điểm ở nhóm nghiên cứu khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) so với nhóm chứng [8].

Đối với mức điểm WOMAC, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, mức điểm WOMAC chung ở nhóm nghiên cứu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Hiệu suất giảm điểm tại thời điểm ngày 20 ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Ngà (2019), sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê. Sau 20 ngày điều trị, hiệu suất giảm điểm của nhóm nghiên cứu khác biệt so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) [8].

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu kết quả của “Bột thuốc đắp HV” trên 60 người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát, sau 20 ngày điều trị, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Nhóm nghiên cứu có hiệu suất giảm điểm mức độ đau theo thang điểm VAS nhiều hơn nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).
- Hiệu suất tăng điểm về tầm vận động gấp khớp gối ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).
- Hiệu suất giảm điểm của chỉ số gót mông ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).
- Hiệu suất tăng điểm theo thang điểm WOMAC ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sharma, Leena (2021), Osteoarthritis of the knee, *New England Journal of Medicine*, 384.1, pp.51-59.
2. Blagojevic M, Jinks C, Jeffery A, Jordan KP (2010), Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis, *Osteoarthritis Cartilage*, 18(1), pp.24-33.
3. Cui A, Li H, Wang D, Zhong J, Chen Y, Lu H. (2020), Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies, *Eclinical Medicine*, pp.29-30.
4. Trần Ngọc Ân (1994), Bệnh khớp do thoái hóa, *Bách khoa thư bệnh học*, Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam, Hà Nội, 2, tr.67-74.
5. Nguyễn Vĩnh Ngọc, Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thu Hiền (2002), Đánh giá tình hình bệnh khớp tại Khoa cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991- 2000), *Báo cáo khoa học Đại hội toàn quốc lần thứ 3*, Hội thấp khớp học Việt Nam, tr.263-267.
6. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Ngọc Ân (2004), Thoái hóa khớp (hư khớp) và thoái hóa cột sống, *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2, tr.422-435.
7. Ferreira RM, Torres RT, Duarte JA (2019), Non-Pharmacological and Non-Surgical Interventions for Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Acta Reumatol Port*, 44(3), pp.173-217.
8. Đặng Thị Ngà (2019), Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp với từ trường trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối, *Luận văn thạc sĩ Y học*, Trường Đại học y Hà Nội.
9. Phạm Vũ Khánh, Tống Thị Tam Giang (2016), Lão khoa y học cổ truyền (dùng đào tạo bác sĩ YHCT), *Thoái hóa khớp*, Nhà xuất bản y học, tr.168.
10. Hoàng Bảo Châu (2010), Châm cứu học trong Nội kinh, *Nạn kinh và sự tương đồng với Y học hiện đại*, Nhà xuất bản y học.
11. Lê Quang Nhựt, Nguyễn Minh Đức, Cao Thanh Ngọc, Lê Anh Thư (2012), Khảo sát thoái hóa khớp gối ở bệnh nhân cao tuổi tại khoa Nội cơ xương khớp Bệnh viện Chợ Rẫy, *Tap chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 16 (1), tr.1-5.