

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
BỘ Y TẾ
HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN HỒNG NHUNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG
HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA
KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT BẰNG
PHƯƠNG PHÁP TẬP DƯỠNG SINH
NGUYỄN VĂN HƯỞNG**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

Người hướng dẫn khoa học: TS Lê Thị Kim Dung

HÀ NỘI, NĂM 2020

LỜI CẢM ƠN

Luận văn thạc sĩ Y khoa chuyên ngành Y học cổ truyền với đề tài “**Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng**” là kết quả quá trình cố gắng không ngừng của bản thân và được sự giúp đỡ, động viên khích lệ của các thầy cô, bạn bè đồng nghiệp và người thân. Qua trang viết này tôi xin gửi lời cảm ơn tới những người đã giúp đỡ mình trong thời gian học tập - nghiên cứu khoa học vừa qua.

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, các khoa phòng và các đồng nghiệp trong Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam đã hướng dẫn, chỉ bảo tận tình, tạo điều kiện thuận lợi giúp đỡ cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Tôi xin đặc biệt tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đối với TS Lê Thị Kim Dung, cô đã trực tiếp hướng dẫn, chỉ bảo tận tình cũng như cung cấp tài liệu thông tin khoa học cần thiết cho luận văn này. Không có cô, tôi không thể có sự trưởng thành ngày hôm nay.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới tập thể các giáo sư, phó giáo sư, tiến sĩ trong Hội đồng: là những người thầy, những nhà khoa học đã luôn hướng dẫn chỉ bảo cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu, 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 rất biết ơn 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 tháng năm 20

Trần Hồng Nhung

LỜI CAM ĐOAN

Tôi tên là: Trần Hồng Nhung

Là học viên lớp Cao học khóa 10 – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu khoa học độc lập của riêng tôi dưới sự hướng dẫn của Tiến sỹ Lê Thị Kim Dung

Các số liệu sử dụng phân tích trong luận văn có nguồn gốc rõ ràng, đã công bố theo đúng quy định. Các kết quả nghiên cứu trong luận văn do tôi tự tìm hiểu, phân tích một cách trung thực, khách quan và phù hợp với thực tiễn của Việt Nam.

Kết quả của nghiên cứu này chưa từng được công bố trong bất kỳ nghiên cứu nào khác.

Hà Nội, ngày tháng năm 20

Người cam đoan

Trần Hồng Nhung

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ACR (American College of Rheumatology)	: Hội khớp học Mỹ
BN	: Bệnh nhân
CLCS	: Chất lượng cuộc sống
DS	: Dưỡng sinh
ĐC	: Đối chứng
KC	: Khí công
NC	: Nghiên cứu
NSAID (Nonsteroidal anti-inflammatory drug)	: Thuốc chống viêm không Steroid
NXB	: Nhà xuất bản
PP	: Phương pháp
THK	: Thoái hóa khớp
TVĐ	: Tâm vận động
VAS (Visual Analog Scale)	: Thang điểm VAS
WHO (World Health Organization)	: Tổ chức Y tế thế giới
XQ	: X quang
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHĐ	: Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU	2
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. THOÁI HÓA KHỚP GỐI THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI	3
1.1.1. Thoái hóa khớp gối	3
1.1.2. Nguyên nhân thoái hóa khớp gối	3
1.1.3. Cơ chế bệnh sinh và các yếu tố liên quan	4
1.1.4. Triệu chứng của thoái hóa khớp gối	7
1.1.5. Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp gối	9
1.1.6. Các phương pháp điều trị thoái hóa khớp gối.....	9
1.1.7. Theo dõi và quản lý	10
1.2. THOÁI HÓA KHỚP GỐI THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN.....	10
1.2.1. Thể phong hàn thấp tý	11
1.2.2. Thể phong thấp nhiệt tý	12
1.3. PHƯƠNG PHÁP DƯỠNG SINH.....	13
1.3.1. Vài nét về nguồn gốc, lịch sử của phương pháp Dưỡng sinh.....	13
1.3.2. Cơ sở lý luận của phương pháp dưỡng sinh.....	15
1.3.3. Tác dụng của dưỡng sinh.....	17
1.3.4. Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương.....	18
1.4. GLUCOSAMIN	19
1.5. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI.....	21
1.6. CÔNG CỤ XÁC ĐỊNH CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG.....	22
1.6.1. Khái niệm Chất lượng cuộc sống	22
1.6.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thoái hóa khớp gối	22
1.6.3. Giới thiệu bộ câu hỏi SF 36	23
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	24
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	24
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu.....	24
2.1.2. Tiêu chuẩn loại bệnh nhân khỏi nghiên cứu.....	25
2.2. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU	25
2.3. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU	25

2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	25
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	25
2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	25
2.4.3. Tổ chức nghiên cứu	25
2.4.4. Chất liệu nghiên cứu	26
2.4.5. Tiến hành nghiên cứu	27
2.4.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu	27
2.5. CÁC CHỈ TIÊU ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ VÀ THEO DÕI.....	32
2.5.1. Đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu ở các thời điểm.....	32
2.5.2. Đánh giá kết quả điều trị chung.....	33
2.5.3. Khảo sát tác dụng không mong muốn	33
2.6. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU.....	34
2.7. VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU.....	34
Sơ đồ nghiên cứu	35
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	36
3.1. ĐẶC ĐIỂM CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	36
3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	36
3.1.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước nghiên cứu.....	40
3.1.3.Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước nghiên cứu	43
3.2. ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ THK GỐI NGUYÊN PHÁT BẰNG PHƯƠNG PHÁP TẬP DƯỠNG SINH NGUYÊN VĂN HƯỞNG.	44
3.2.1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng trước và SĐT.....	44
3.2.2. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống trước và SĐT.....	53
3.2.3. Sự thay đổi triệu chứng cận lâm sàng trước và SĐT	55
3.3. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CHUNG.....	56
3.4 TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN	57
Chương 4: BÀN LUẬN	58
4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	58
4.1.1. Đặc điểm về giới tính	58
4.1.2. Đặc điểm theo tuổi.....	58
4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp	59
4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh	60

4.1.5. Đặc điểm vị trí tổn thương	60
4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	61
4.2.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước nghiên cứu.....	61
4.2.2 Đặc điểm mức độ đau khớp gối theo thang điểm VAS trước NC.....	62
4.2.3. Mức độ hạn chế chức năng khớp gối theo Lequesne trước NC.....	63
4.2.4. Đặc điểm tầm vận động khớp gối trước nghiên cứu	64
4.2.5.Đặc điểm chức năng vận động khớp gối theo chỉ số gót mông TNC	64
4.2.6 Đặc điểm tình trạng béo phì theo chỉ số BMI trước nghiên cứu	65
4.2.7 Đặc điểm mức độ tổn thương khớp gối trên hình ảnh XQ TNC.....	65
4.3. ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ THK GỐI NGUYÊN PHÁT SAU TẬP NGUYỄN VĂN HƯỜNG	66
4.3.1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng trước và SĐT.....	66
4.3.2. Sự thay đổi phân loại điểm đau VAS trước và SĐT.....	67
4.3.3. Sự thay đổi phân loại điểm Lequesne trước và SĐT.....	67
4.3.4 . Sự thay đổi tầm vận động khớp gối trước và SĐT.....	68
4.3.5. Sự thay đổi phân loại chỉ số gót mông trước và SĐT.....	68
4.3.6. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống trước và SĐT.....	69
4.3.7 Sự thay đổi tổn thương trên siêu âm khớp gối trước và SĐT.....	73
4.3.8 Sự thay đổi nồng độ Testosteron và Eustrogen trước và SĐT.....	74
4.4. BÀN LUẬN VỀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA BN THK GỐI NGUYÊN PHÁT SAU TẬP DƯỠNG SINH NGUYỄN VĂN HƯỜNG.....	75
KẾT LUẬN	76
KIẾN NGHỊ	77
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS.....	29
Bảng 2.2. Đánh giá mức độ tổn thương theo thang điểm Lequesne.....	29
Bảng 2.3. Đánh giá mức độ hạn chế vận động gấp khớp gối.....	30
Bảng 2.4. Cách đánh giá mức độ cải thiện vận động khớp gối.....	30
Bảng 2.5. Đánh giá mức độ hạn chế vận động theo chỉ số gót mông.....	31
Bảng 2.6. Đánh giá mức độ bệnh và kết quả điều trị.....	33
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới.....	36
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi.....	37
Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp.....	37
Bảng 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh.....	38
Bảng 3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo vị trí khớp bị tổn thương.....	38
Bảng 3.6. Phương pháp điều trị đã sử dụng.....	39
Bảng 3.7. Các dấu hiệu lâm sàng tại khớp thoái hóa... ..	40
Bảng 3.8. Đặc điểm mức độ đau theo thang điểm VAS.....	40
Bảng 3.9. Mức độ hạn chế chức năng của khớp gối theo Lequesne.....	41
Bảng 3.10. Mức độ hạn chế tầm vận động khớp gối theo độ gấp duỗi Warent.....	41
Bảng 3.11. Mức độ hạn chế vận động khớp gối theo chỉ số gót- mông.....	42
Bảng 3.12. Tình trạng béo phì theo chỉ số BMI... ..	42
Bảng 3.13. Mức độ tổn thương khớp gối trên phim chụp X quang theo Kellgren và Lawrence	43
Bảng 3.14. Mức độ THK gối trên siêu âm khớp gối.....	43
Bảng 3.15. Giá trị trung bình của sụn khớp gối trên siêu âm.. ..	44
Bảng 3.16. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng trước và sau tập.....	44
Bảng 3.17. Sự thay đổi phân loại điểm đau VAS trước và sau tập	45
Bảng 3.18. Sự thay đổi giá trị trung bình điểm đau VAS trước và sau tập.....	46
Bảng 3.19. Sự thay đổi phân loại điểm Lequensne trước và sau tập.....	47
Bảng 3.20. Sự thay đổi giá trị trung bình điểm Lequensne trước và sau tập.....	48
Bảng 3.21. Sự thay đổi phân loại biên độ gấp khớp gối trước và sau tập.....	49

Bảng 3.22. Sự thay đổi giá trị trung bình biên độ gấp khớp gối trước và sau tập.....	50
Bảng 3.23. Sự thay đổi phân loại chỉ số gót mông trước và sau tập.....	51
Bảng 3.24. Sự thay đổi giá trị trung bình chỉ số gót mông trước và sau tập.....	52
Bảng 3.25. Sự thay đổi điểm chất lượng cuộc sống trước và sau tập.....	53
Bảng 3.26. Sự thay đổi hiệu số điểm chất lượng cuộc sống trước và sau tập.....	54
Bảng 3.27. Sự thay đổi phân loại điểm chất lượng cuộc sống trước và sau.....	54
Bảng 3.28. Sự thay đổi trung bình điểm CLCS trước và sau tập	55
Bảng 3.29. Sự thay đổi tổn thương trên siêu âm khớp gối trước và sau tập.....	55
Bảng 3.30. Sự thay đổi chỉ số hormone ở một số bệnh nhân nghiên cứu	56

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu	35
Biểu đồ 3.2. Sự thay đổi giá trị TB điểm đau VAS trước và sau điều trị.....	46
Biểu đồ 3.3. Sự thay đổi giá trị TB điểm Lequensne trước và sau điều trị.....	48
Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi giá trị TB của biên độ gấp khớp gối trước và sau điều trị.....	50
Biểu đồ 3.5. Sự thay đổi giá trị TB của biên độ gấp khớp gối trước và sau điều trị.....	52
Biểu đồ 3.6. Phân loại hiệu quả điều trị chung	57

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Hình ảnh khớp gối bình thường và bị thoái hóa	3
Hình 2.1. Thuốc Glucosamin.....	26
Hình 2.2. Thang điểm VAS	28
Hình 2.3. Đo độ gấp duỗi khớp gối Warren A.Katr (1997)	30

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) là một bệnh khớp thường gặp ở mọi quốc gia trên thế giới. Có khoảng 18% nữ và 9,5% nam giới trên toàn cầu mắc bệnh THK nói chung, trong đó THK gối chiếm tới 15% dân số [1]. Đây là một trong những căn bệnh phổ biến nhất về bệnh lý về khớp và là căn nguyên hàng đầu gây tàn tật trên toàn thế giới, chủ yếu do triệu chứng đau và hạn chế vận động – lý do chính khiến người bệnh đến bệnh viện và phòng khám chuyên khoa để điều trị [2].

Theo ước tính năm 2010, THK gối chiếm tỷ lệ 3,8% toàn cầu, ảnh hưởng đến 250 triệu người trên thế giới [3]. Ở Mỹ hàng năm có khoảng 21 triệu người mắc bệnh THK gối, với 4 triệu người phải nằm viện, khoảng 100.000 bệnh nhân (BN) không thể đi lại được do THK gối nặng. Trong đó có 10% nam giới và 13% nữ giới 60 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc THK gối [4]. THK gối là nguyên nhân gây tàn tật cho người có tuổi đứng thứ hai sau bệnh tim mạch [5].

Ở Việt Nam, theo thống kê của khoa Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ 1991 – 2000 cho thấy THK đứng hàng thứ ba (4.66%) 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 [6]. Khớp gối bị thoái hóa không những làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà còn gây tổn hại kinh tế của người bệnh do phải chi phí cho điều trị. Tại các nước Châu Âu chi phí trực tiếp cho điều trị THK khoảng 4.000 USD/ bệnh nhân/ năm [7]. Ở Việt Nam chi phí cho một đợt điều trị nội khoa THK khoảng 2 đến 4 triệu đồng, chưa kể đến chi phí cho các dịch vụ khác liên quan đến điều trị [8].

Theo Y học cổ truyền (YHCT) THK gối thuộc phạm vi chứng tý. 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 (PP) dùng thuốc và không dùng thuốc YHCT như châm cứu, bấm huyệt, khí công dưỡng sinh (DS) [9]. Các PP chữa bệnh không dùng thuốc với ưu thế ít tác dụng không mong muốn, phù hợp với tính chất bệnh lý mạn tính hay tái phát của THK đang ngày càng được đánh giá cao. PP DS của Nguyễn Văn Hương là một PP tự luyện tập nhằm mục đích tăng cường sức

khỏe, phòng bệnh, trị một số bệnh mạn tính và tiến tới sống lâu sống có ích đã có nhiều nghiên cứu về PP này [10]. Ở Việt Nam PP DS của Nguyễn Văn Hưởng đã và đang được áp dụng rộng rãi trong điều trị nhiều bệnh đạt hiệu quả cao.

Tuy vậy ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về PP DS này trên BN THK gối. Với mục đích cung cấp thêm PP hỗ trợ điều trị cho người bệnh THK gối, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng” với hai mục tiêu sau:

- 1. Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.***
- 2. Khảo sát một số tác dụng không mong muốn của phương pháp.***

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. THOÁI HÓA KHỚP GỐI THEO Y HỌC HIỆN ĐẠI

1.1.1. Định nghĩa Thoái hóa khớp gối

Thoái hóa khớp gối là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa sự tổng hợp và hủy hoại của sụn khớp và xương dưới sụn. Sự mất cân bằng này có thể được bắt đầu bằng nhiều yếu tố: di truyền, phát triển, chuyển hóa và chấn thương, biểu hiện cuối cùng của THK là các thay đổi hình thái, sinh hóa, phân tử và cơ sinh học của tế bào và các chất cơ bản của sụn dẫn đến nhuyễn hóa, nứt loét và mất sụn khớp, xơ hóa xương dưới sụn. Bệnh thường gặp ở nữ giới, chiếm 80% trường hợp THK gối [1] [11].



Hình 1.1. Hình ảnh khớp gối bình thường và bị thoái hóa [12]

1.1.2. Nguyên nhân của thoái hóa khớp gối

Năm 1991, Altman và cộng sự đề nghị xếp loại THK thành hai loại: THK nguyên phát và THK thứ phát. Cách phân loại này đến nay vẫn được nhiều tác giả ứng dụng [13].

THK gối nguyên phát: Sự lão hóa là nguyên nhân chính, bệnh thường xuất hiện muộn ở người trên 60 tuổi, nhiều vị trí, tiến triển chậm, tăng dần theo tuổi. Nguyên nhân lão hóa theo tuổi được giải thích do các tế bào sụn sau thời gian lâu sẽ

già, khả năng tổng hợp các chất tạo nên sợi collagen và mucopolysacharid sẽ giảm sút và rối loạn, chất lượng sụn kém dần đặc biệt là tính đàn hồi và chịu lực, hơn nữa các tế bào sụn của người trưởng thành không có khả năng sinh sản và tái tạo [11] [14].

THK gói thứ phát: Phần lớn do các nguyên nhân cơ giới, gặp ở mọi lứa tuổi (thường là dưới 40 tuổi), khu trú ở một vài vị trí. Có thể gặp:

- Sau chấn thương: Gãy xương gây lệch trục, can lệch, tổn thương sụn chêm sau chấn thương hoặc sau cắt sụn chêm, các vi chấn thương liên tiếp do nghề nghiệp. Các tổn thương này dẫn đến rối loạn phân bố lực làm tổn thương sụn khớp sớm.

- Sau các bệnh lý xương sụn: Hoại tử xương, hoại tử sụn do viêm, viêm khớp dạng thấp, bệnh Goute...

- Các bệnh nội tiết (Đái tháo đường, to viễn cực...), rối loạn đông máu (bệnh Hemophilie) cũng là nguyên nhân gây THK gói thứ phát [11] [14].

1.1.3. Cơ chế bệnh sinh và các yếu tố liên quan đến quá trình phát triển THK gói

1.1.3.1. Cơ chế bệnh sinh

Tổn thương cơ bản trong THK xảy ra ở sụn khớp. Hiện nay, có nhiều nghiên cứu cho rằng có hai cơ chế chính làm khởi phát quá trình phát triển THK ở hầu hết các BN.

- Cơ chế đầu tiên là do tác động về cơ giới, có thể là một chấn thương lớn hoặc là vi chấn thương lặp đi lặp lại dẫn đến các tế bào sụn giải phóng ra các enzyme phá hủy và các đáp ứng sửa chữa tương ứng rất phức tạp, cuối cùng dẫn đến phá hủy sụn [11] [14].

- Cơ chế thứ hai là các tế bào sụn cứng lại do tăng áp lực, giải phóng các enzyme tiêu protein, hủy hoại dần các chất cơ bản là nguyên nhân dẫn đến THK.

Những thay đổi của sụn khớp và phần xương dưới sụn trong THK: Trong bệnh lý THK, sụn khớp là tổ chức chính bị tổn thương. Sụn khớp khi bị thoái hóa sẽ chuyển sang màu vàng nhạt, mất tính đàn hồi, mỏng, khô và nứt nẻ. Những thay đổi này tiến triển dần đến giai đoạn cuối là những vết loét, mất dần tổ chức sụn, làm tro

ra các đầu xương dưới sụn. Phần rìa xương và sụn có tân tạo xương (gai xương) [11] [14].

Cơ chế giải thích quá trình viêm trong THK: Mặc dù là quá trình thoái hóa, song trong THK vẫn có hiện tượng viêm diễn biến thành từng đợt, biểu hiện bằng đau và giảm chức năng vận động của khớp tổn thương, tăng số lượng tế bào trong dịch khớp kèm theo viêm màng hoạt dịch kín đáo về tổ chức học. Nguyên nhân có thể do phản ứng của màng hoạt dịch với các sản phẩm thoái hóa sụn, các mảnh sụn, hoặc xương bị long ra [11] [14].

Cơ chế gây đau khớp trong THK gối: Trong bệnh THK gối, đau là nguyên nhân đầu tiên khiến bệnh nhân đi khám. Do sụn khớp không có hệ thần kinh nên đau có thể do các cơ chế sau [11] [14].

- Viêm màng hoạt dịch, các cơ bị co kéo.
- Xương dưới sụn có tổn thương rạn nứt nhỏ gây kích thích phản ứng đau.
- Gai xương gây căng các đầu mút thần kinh ở màng xương [11] [14].

1.1.3.2. Các yếu tố liên quan đến quá trình phát triển thoái hóa khớp

Không có nguyên nhân đơn độc nào gây THK. THK là một quá trình của sự phá hủy sụn khớp, sự thay đổi collagen, proteoglycan, đầu xương, màng hoạt dịch [11] [14]. Có nhiều yếu tố liên quan dẫn đến THK:

Tuổi: Tuổi là yếu tố quan trọng nhất trong THK, tần số THK tăng dần theo tuổi. Theo Brandt KD trên 80% những người trên 55 tuổi có dấu hiệu THK trên XQ, trong đó có 10 – 20% có sự hạn chế vận động do THK [15].

Cân nặng: Sự tăng khối lượng cơ thể có liên quan rõ ràng với THK, béo phì làm tăng tỷ lệ THK lên 1.9 lần ở nam và 3,2 lần ở nữ. Điều này gợi ý rằng béo phì đóng vai trò quan trọng trong việc làm nặng thêm THK gối. Theo Felson khi cân nặng cơ thể giảm thì tỷ lệ THK gối giảm từ 25- 30% và khớp háng 25% hoặc hơn nữa [16].

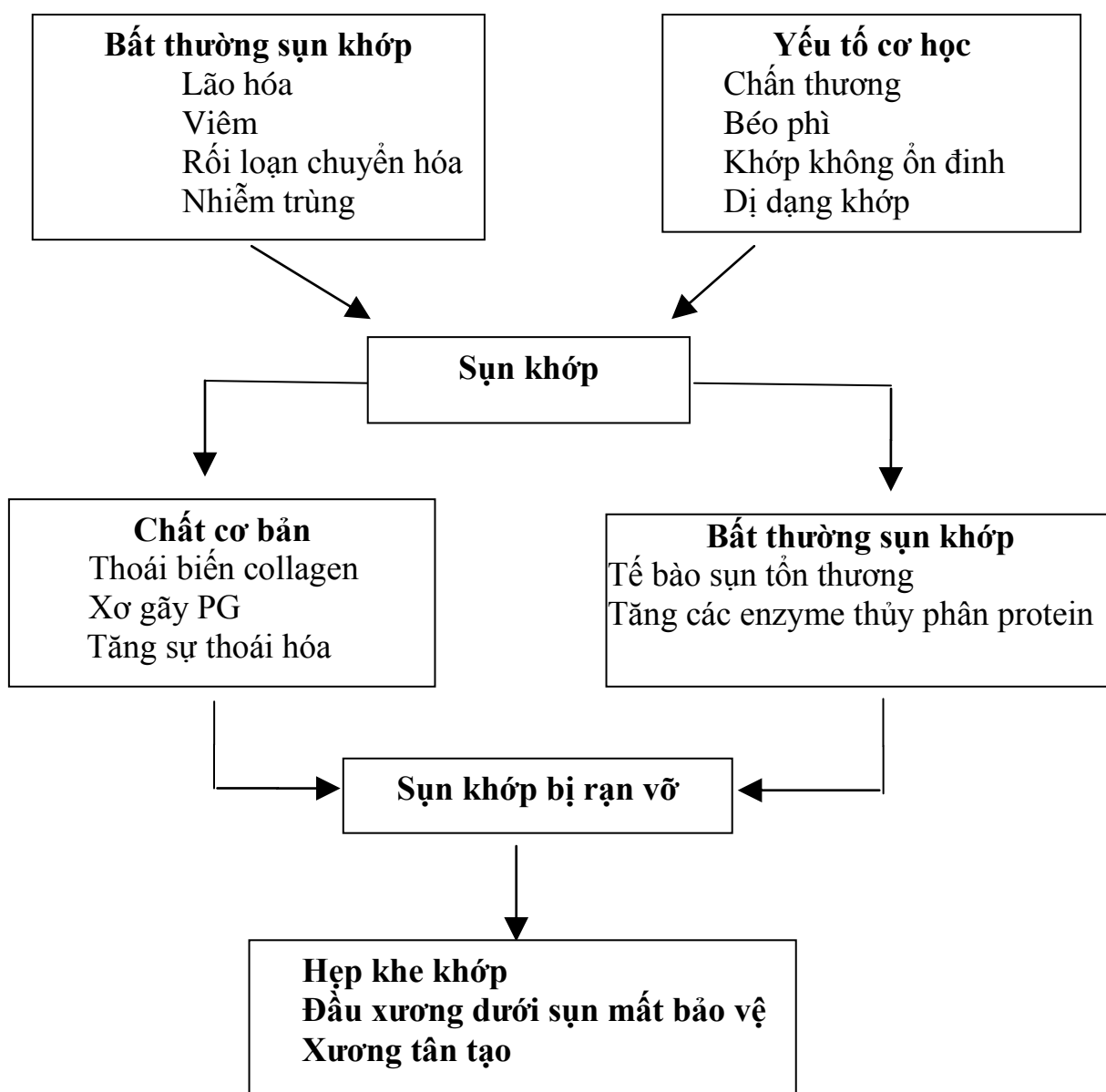
Giới: Dưới 55 tuổi tỷ lệ THK ở nam bằng nữ, sau 55 tuổi tỷ lệ THK ở nữ nhiều hơn nam. Điều này thể hiện sự liên quan giữa estrogen với THK. Sự giảm

hormone sinh dục nữ làm giảm tế bào sụn. Sau mãn kinh lượng estrogen suy giảm là nguy cơ cao gây THK [11].

Yếu tố chấn thương và cơ học: Những chấn thương mạnh làm rạn nứt bề mặt sụn có thể là nguồn gốc gây THK. Theo Felson khi ngăn chặn chấn thương khớp gối có thể giảm tỷ lệ THK ở nam là 25%, ở nữ là 15% [16].

Ngoài ra còn có các yếu tố khác như vấn đề di truyền, các Cytokin, yếu tố nghề nghiệp...[17].

SƠ ĐỒ 1.1. TÓM TẮT CƠ CHẾ BỆNH SINH THK GỐI (Howell 1988) [18]



1.1.4. Triệu chứng của THK gối

1.1.4.1. Triệu chứng lâm sàng của THK gối

BN THK gối có một số triệu chứng chính sau:

- Đau: Đây là triệu chứng chủ đạo khiến BN phải đi khám, đau tại vị trí khớp, ít lan xa. Đau kiểu cơ học tăng khi vận động (đi lại, lên xuống dốc, ngồi xổm...), đau giảm khi nghỉ ngơi, đau với tính chất âm ỉ, có thể đau nhiều về chiều (sau một ngày lao động). Đau diễn tiến thành từng đợt ngắn tùy trường hợp, hết đợt có thể hết đau, sau đó tái phát đợt khác [11] [14].

- Dấu hiệu “phá vỡ khớp”: Khi BN ngủ dậy hoặc sau khi ngồi lâu khớp gối bị cứng lại, nên phải dùng tay để kéo căng chân ra hoặc tự vận động nhẹ nhàng cho đến khi BN cảm thấy khớp mềm ra hoặc vận động dễ dàng. Thời gian cứng khớp được tính bằng phút (dưới 30 phút) [14].

- Hạn chế vận động (khó khăn với một vài động tác): Đi lại khó khăn, có thể hạn chế vận động nhiều phải chống gậy nặng hoặc không đi lại được.

- Tiếng động bất thường tại khớp xuất hiện khi vận động: Nghe thấy tiếng “lắc rắc”, “lục cục” tại khớp khi đi lại.

- Dấu hiệu bào gỗ: Di động bánh chè trên ròng rọc như kiểu bào gỗ thấy tiếng lạo xạo, gây đau tại khớp gối.

- Một số bệnh nhân xuất hiện khớp sưng to do các gai xương và phì đại mỡ quanh khớp, hoặc do có 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) [11] [19].

1.1.4.2. Các PP thăm dò trong chẩn đoán THK gối

- *Chụp XQ khớp gối thường quy*: Được sử dụng để đánh giá mức độ tổn thương và THK gối trong nhiều năm nay. Có 3 dấu hiệu cơ bản [20].

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

+ Đặc xương ở phần đầu xương dưới sụn, 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 [11].

Phân loại giai đoạn THK trên XQ theo Kellgren và Lawrence (1987) [21]

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*: Trong THK gối, siêu âm có thể phát hiện những thay đổi cấu trúc ở sụn khớp, sụn chêm, gai xương, tình trạng viêm nhiễm màng hoạt dịch, các tổn thương phần mềm quanh khớp ở ngay từ giai đoạn rất sớm cho đến giai đoạn muộn. Các nghiên cứu thực nghiệm đã chỉ ra rằng siêu âm có thể đo chiều dày sụn khớp và đánh giá chính xác mức độ tổn thương sụn khớp theo phân loại của Hiệp hội sụn quốc tế. Siêu âm phát hiện gai xương ở vùng rìa của khớp và một số gai xương ở sụn khớp. Khả năng chẩn đoán gai xương của siêu âm tương tự Xquang. Khả năng phát hiện tràn dịch, viêm màng hoạt dịch là ưu thế vượt trội của siêu âm. Siêu âm có thể phát hiện dày màng hoạt dịch, tràn dịch khớp tốt hơn khám lâm sàng. Siêu âm có thể đánh giá độ lồi của sụn chêm (trật sụn chêm), can xi hóa sụn chêm, kén sụn chêm. Ngoài ra siêu âm còn có khả năng phát hiện những thay đổi ở phần mềm cạnh khớp như kén khoeo, tổn thương gân, dây chằng thường gặp ở BN THK gối [22].

- *Nội soi khớp gối*: Là PP chẩn đoán tốt nhất vì thấy được trực tiếp vị trí và những tổn thương thoái hóa của sụn khớp ở các mức độ khác nhau. Nội soi còn có thể kết hợp với sinh thiết màng hoạt dịch làm xét nghiệm tế bào, nhằm chẩn đoán phân biệt với bệnh khác. Ngoài ra nội soi là một PP điều trị THK gối [22].

- *Các xét nghiệm cơ bản khác*:

+ Chụp cộng hưởng từ có thể quan sát được hình ảnh khớp một cách đầy đủ trong không gian 3 chiều, phát hiện được các tổn thương sụn khớp, dây chằng, màng hoạt dịch ở giai đoạn sớm. Tuy nhiên ở Việt Nam, chi phí để chụp cộng hưởng từ còn khá đắt so với thu nhập của nhiều người dân nên việc áp dụng vào chẩn đoán THK còn hạn chế.

+ Xét nghiệm máu và sinh hóa, tốc độ máu lắng bình thường, số lượng bạch cầu bình thường, CRP bình thường có thể tăng nhẹ khi có viêm thứ phát màng hoạt

dịch. Xét nghiệm dịch khớp bình thường hoặc có tính chất viêm mức độ ít trong các đợt tiến triển. Dịch thường có màu vàng, độ nhớt bình thường hoặc giảm nhẹ, có <math><1000</math> tế bào/mm³ nói chung bình thường, có giá trị chẩn đoán loại trừ [1].

1.1.5. Tiêu chuẩn chẩn đoán THK gối

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ACR 1991 (American College of Rheumatology) [13].

1. Đau khớp gối
2. Gai xương ở rìa khớp trên Xquang.
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

1.1.6. Các phương pháp điều trị thoái hóa khớp gối

Mục đích của điều trị THK gối là:

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

Hiện nay có nhiều PP điều trị THK gối [11] [14].

1.1.6.1. Điều trị không dùng thuốc

- Điều trị vật lý trị liệu: Chiếu đèn hồng ngoại, siêu âm...
- Cung cấp các thiết bị trợ giúp như nẹp chỉnh hình, đai cố định khớp... [11]

[14].

1.1.6.2. Điều trị thuốc

Thuốc điều trị triệu chứng có tác dụng nhanh:

- Thuốc giảm đau: paracetamol 1-2g/ngày
- Thuốc chống viêm không steroid: Etoricoxid 30-60g/ ngày

- Thuốc bôi ngoài da: voltarel bôi ngày 2-3 lần
- Costicoid: không chỉ định cho đường toàn thân
- Các thuốc điều trị tại chỗ tiêm nội khớp: Hydrocortison acetat, Depo-medrol (methylpred-nisolon)
- Các nhóm thuốc điều trị khác: Glucosamin, Acid hyaluronic, thuốc ức chế Inteleukin1: Diacerin
- Cấy ghép tế bào gốc (stem cell transplantation):
- + Từ huyết tương giàu tiểu cầu (PRP)
- + Tế bào gốc chiết xuất từ mô mỡ tự thân (Adipose Derived Stemcell - ADSCs)
- + Tế bào gốc từ nguồn gốc tủy xương tự thân [11] [14].

1.1.6.3. Điều trị ngoại khoa

- Điều trị dưới nội soi khớp:
- + Cắt lọc, bào, rửa khớp
- + Khoan kích thích tạo xương
- + Cấy ghép tế bào sụn
- Phẫu thuật thay khớp nhân tạo: được chỉ định ở các thể nặng tiến triển, có giảm nhiều chức năng vận động thường được áp dụng ở BN trên 60 tuổi [11] [14].

1.1.7. Theo dõi và quản lý

- Kiểm soát cân nặng, chống béo phì.
- Có chế độ vận động thể thao hợp lý, bảo vệ khớp, tránh quá tải.
- Giáo dục, hướng dẫn bệnh nhân tránh những tư thế không tốt trong lao động và sinh hoạt hàng ngày.
- Phát hiện và điều trị chỉnh hình sớm các dị tật khớp (lệch trục khớp, khớp gối vẹo trong, vẹo ngoài...) [11] [14].

1.2. BỆNH THOÁI HÓA KHỚP GỐI THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

Trong 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 [19]. Tý có nghĩa là bế tắc, khí huyết ứ trệ, bế trở không thông. Khi vệ khí cơ thể suy giảm, các tà khí phong, hàn, thấp, nhiệt xâm nhập cân cơ, xương khớp, kinh lạc làm cho sự vận hành khí huyết

trong kinh lạc bế tắc, không thông lợi mà gây đau các khớp, có thể kèm theo sưng nóng đỏ [12]. Sách Chư bệnh nguyên hậu luận có nói: “Tý là ba thứ tà khí phong, hàn, thấp cùng xâm nhập vào hợp lại mà thành tý, biện chứng là cơ nhục cứng dày hoặc đau, vì thân thể hư, tấu lý mở ra cho nên bị tà xâm nhập”.

Theo Nội kinh, chứng tý được chia làm 5 loại:

- + Cân tý: Các chứng co quắp chân tay.
- + Cốt tý: Các chứng đau nhức xương khớp.
- + Nhục tý: Đau cơ như chuột rút.
- + Mạch tý: Bệnh viêm tắc động mạch, tĩnh mạch.
- + Bì tý: Các chứng tê bì.

Hiện nay thường phân loại theo nguyên nhân gây bệnh gồm có 2 thể: Thể phong hàn thấp tý và thể phong thấp nhiệt tý [12].

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 biến dạng, teo cơ, dính khớp. 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. Đầu tiên tổn thương tỳ, can, thận, dần dần làm cho cơ nhục teo, cân co quắp, gân cốt co cứng, tái diễn nhiều lần dẫn đến xương khớp biến dạng” [12].

Triệu chứng và PP điều trị chứng tý:

1.2.1. Thể phong hàn thấp tý

Triệu chứng chung: Đau mỗi các khớp, lạnh, mưa, ẩm thấp đau tăng hoặc tái phát, bệnh mạn tính. Do thể chất mỗi người khác nhau nên sự cảm thụ tà khí gây bệnh cũng khác nhau, nên trên lâm sàng phân thành 3 thể [12].

➤ *Nếu do phong là chính gọi là phong tý (hành tý)* [12]:

Triệu chứng: Các khớp đau di chuyển, co duỗi khó, sợ gió, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù.

Pháp điều trị: Khu phong là chính, tán hàn, hành khí hoạt huyết, trừ thấp

Bài thuốc: Phòng phong thang gia giảm:

Phòng phong 12g

Khương hoạt 12g

Tần giao 8g	Quế chi 8g
Phục linh 8g	Bạch thược 12g,
Đương quy 12g	Cam thảo 6g,
Ma hoàng 8g.	

Sắc uống ngày 01 thang lấy 300ml chia 02 lần, sau ăn

➤ ***Nếu do hàn là chính gọi là hàn tý (thống tý) [12]:***

Triệu chứng: Đau dữ dội một khớp, trời lạnh đau tăng, chườm nóng đỡ đau, tay chân lạnh, sợ lạnh, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền khẩn hoặc nhu hoãn.

Pháp điều trị: Tán hàn là chính, khu phong, trừ thấp, hành khí hoạt huyết.

Bài thuốc: Ô đầu thang gia giảm:

Phụ tử chế 8g	Ma hoàng 8g
Bạch thược 8g	Hoàng kỳ 8g
Phục linh 8g	Cam thảo 6g.

Sắc uống ngày 01 thang lấy 300ml chia 02 lần, sau ăn

➤ ***Nếu do thấp là chính gọi là thấp tý (trước tý) [12]:***

Triệu chứng: Các khớp nhức mỏi, đau một chỗ, tê bì, đau các cơ, bệnh lâu ngày, vận động khó, miệng nhạt, rêu lưỡi trắng dính, mạch nhu hoãn, người nặng nề, mệt mỏi.

Pháp điều trị: Trừ thấp là chính, tán hàn khu phong, hành khí hoạt huyết.

Bài thuốc: Ý dĩ nhân thang gia giảm:

Ý dĩ 16g	Thương truật 8g
Ma hoàng 8g	Khương hoạt 8g
Độc hoạt 8g	Phòng phong 8g
Ô dược 8g	Hoàng kỳ 12g
Cam thảo 6g	Đẳng sâm 12g
Xuyên khung 8g	Ngưu tất 8g

Sắc uống ngày 01 thang lấy 300ml chia 02 lần, sau ăn

1.2.2. Thể phong thấp nhiệt tý [12].

Triệu chứng: Các khớp đau, chỗ đau có cảm giác nóng rát, sưng, đỏ. Co duỗi các khớp khó khăn, khớp đau chườm lạnh có cảm giác dễ chịu. Các khớp sưng

đau làm cho vận động khó khăn. Toàn thân thường phát sốt, miệng khô, tâm phiền, chất lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch hoạt sác [12].

Pháp điều trị: Thanh nhiệt trừ thấp, sơ phong thông lạc.

Bài thuốc:

- Nếu các khớp đang sưng, đau, nóng đỏ, sốt cao dùng bài

“Bạch hồ quế chi thang”:

Thạch cao 40g	Tri mẫu 12g
Nghạnh mễ 40g	Quế chi 8g
Cam thảo 6g.	

Sắc uống ngày 01 thang lấy 300ml chia 02 lần, sau ăn

1.3. Phương pháp Dưỡng sinh

1.3.1. Vài nét về nguồn gốc của phương pháp Khí công Dưỡng sinh

Tuệ Tĩnh thế kỷ 14 tóm tắt PP DS trong cuốn “*Hồng nghĩa giác tư y thư*” như sau:

“Bế tinh dưỡng khí tồn thân

Thanh tâm quả dục thủ chân luyện hình” [23].

Hoàng Đôn Hòa thế kỷ 16 đã để lại “*Tĩnh công yếu quyết*” (yếu lĩnh tập yên tĩnh), “*Thanh tâm thuyết*” (thuyết thanh tâm), “*Thập nhị đoạn cầm*” (12 động tác tốt) trong tác phẩm “*Hoạt nhân toát yếu*”

Năm 1676 Đào Công Chính biên soạn: “*Bảo sinh diên thọ toàn yếu*” nêu lên việc giữ gìn ăn, ở, sinh hoạt (Dưỡng tinh thần, ngừa tửu sắc, tức giận, tiết dục, giữ gìn ăn uống...), để bảo tồn Tinh, Khí, Thần ba thứ quý của con người; tập thở, vận động (10 phép đạo dẫn, 6 phép vận động, 24 động tác) để tăng sức khỏe [10] [28].

Thế kỷ 18 Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác soạn cuốn “*Vệ sinh quyết yếu*” đề cập đến vấn đề vệ sinh cá nhân, vệ sinh hoàn cảnh và tu dưỡng tinh thần, rèn luyện thân thể để tăng cường sức khỏe, sống lâu [24].

Những năm 60 của thế kỷ 20, Bệnh viện Y học cổ truyền đã mở nhiều khóa hướng dẫn luyện tập KC, Thái cực quyền, Xoa bóp vận động để phòng, chữa bệnh.

Cuốn “*Khí công*” của Hoàng Bảo Châu (NXB Y học 1972) đã nêu lên một cách hệ thống và hoàn chỉnh tác dụng và phương pháp tập luyện KC.

Dựa vào kinh nghiệm cổ truyền trong nước, kinh nghiệm nước ngoài và kinh nghiệm bản thân, bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng đã soạn cuốn “Phương pháp dưỡng sinh”. PP này đã được Bệnh viện Y học cổ truyền nghiên cứu áp dụng từ năm 1975 đến nay [10] [28].

Năm 1979 bác sỹ Nguyễn Khắc Viện với cuốn “Từ sinh lý đến dưỡng sinh” đã nêu lên PP luyện thở, vận động, tập võ, tập tĩnh, tập thư giãn.

Năm 1998 Dương Trọng Hiếu viết cuốn “Dưỡng sinh trường thọ” đã nêu lên được liệu pháp KC và xoa bóp.

Phạm Thúc Hạnh, Lê Thị Kim Dung, Trần Thị Lan năm 2001 nghiên cứu tác dụng tập DS trên BN bụi phổi, hen phế quản, tăng huyết áp và trên người cao tuổi cho kết quả tốt, huyết áp ổn định, cải thiện được chức năng hô hấp cho BN.

Ở Trung Quốc, từ thời nguyên thủy cuộc sống khách quan đã khiến con người nhận ra tầm quan trọng của việc bảo vệ thân thể và chống lại bệnh tật, từ đó tích cực tìm ra các phương cách phòng bệnh bảo vệ cơ thể. Giữa lúc cảm thấy eo lưng ê ẩm, người ta phản xạ tự nhiên bằng cách đấm bóp vào chỗ đau thì thấy cảm giác khoan khoái dễ chịu, dần dần những thể nghiệm đó được tích lũy và đúc kết ra thành những PP rèn luyện hữu hiệu, truyền từ đời này sang đời khác, rồi hình thành KC nguyên thủy. Đó là thời kỳ sơ khai của KC [10] [28].

Danh y Biển Thước cuối thời Xuân Thu chiến quốc đề xuất “Sổ tức pháp” đã tạo ra bước mở đầu quan trọng của phép luyện khí công “Điều tức nhập tĩnh”.

Cuối thời Đông Hán, Trương Trọng Cảnh viết cuốn “Kim quỹ yếu lược”, trong đó có trình bày rõ ràng rèn luyện nội, ngoại công, đó vừa là PP phòng chống bệnh tật vừa là cách chữa trị. Cũng thời đó chuyên gia ngoại khoa Hoa Đà cũng chỉnh lý biên soạn phép luyện công “Ngũ cầm hí” dựa trên cơ sở kinh nghiệm từ thời cổ.

Đến thời Đông Hán, Phật giáo truyền vào Trung Quốc. Các phép tập tĩnh công như “Chỉ quán pháp”, “Tọa thiền”, “Tham thiền” cũng được truyền bá rộng rãi [10] [28].

“Thái bình kinh” là bộ kinh điển lớn nhất của Đạo giáo luận bàn về quan hệ giữa Tinh, Khí, Thần và về lựa chọn nội dung “thủ ý” có ảnh hưởng sâu rộng đến quá trình phát triển của KC Trung Quốc.

Thời kỳ Minh, nhà y học Lý Thời Trân có thể nghiệm rất phong phú về KC trong tác phẩm “Kỳ kinh bát mạch thảo”. Ông chỉ rõ tầm quan trọng của mạch Nhâm, Đốc, trình bày một cách có lý luận về mối quan hệ giữa luyện công và kinh lạc [10], [28].

Ở Ấn Độ có PP Yoga. Yoga là khoa học cổ truyền, giúp cho con người thống nhất tốt hơn về thể xác và tâm hồn, để trong khi thứ giữ được sự thanh thản của tâm hồn, sự yên tĩnh nhất của đầu óc. Có nhiều PP Yoga nhưng PP của Pantajali là quan trọng nhất. Nó gồm có cải thiện của tập tính xã hội, cải thiện hành vi cá nhân, tập động tác, tập tư thế tĩnh, tập thở, tập không chế hoạt động các giác quan, luyện tập trung tư tưởng.

Ở Rumani, bác sỹ Ion Bordeianu, một nhà lão khoa có nhiều kinh nghiệm đã viết tài liệu “Làm thế nào để sống lâu” (NXB Y học. 1985) đúc kết những ý kiến rất mới về sống lâu, và tóm tắt những bí quyết sống lâu của các bậc lão niên [10], [28].

1.3.2. Cơ sở lý luận của phương pháp dưỡng sinh

Cơ sở lý luận của PP DS dựa trên các học thuyết quan trọng như học thuyết âm dương, học thuyết ngũ hành, học thuyết thiên nhân hợp nhất, thuyết Chu thiên Ngũ vận lục khí, học thuyết tạng phủ kinh lạc và thuyết Tinh khí thần [10] [27].

Cuốn “Hoàng đế Nội kinh” đã đề xuất quan điểm phòng bệnh, đưa DS lên vị trí hàng đầu: “Người thượng cổ biết phép dưỡng sinh, thuận theo quy luật âm dương, thích ứng với thời tiết bốn mùa, biết phép tu thân dưỡng tính, ăn uống tiết độ, sinh hoạt chừng mực, không làm lụng bừa bãi mệt nhọc, nên thể xác và tinh thần đều được khỏe mạnh, hưởng hết tuổi trời cho 100 năm mới chết” [25].

Căn bản của DS là ở chỗ nhấn mạnh tính thống nhất của môi trường trong và ngoài. Thiên Sinh khí thông thiên sách Nội kinh Tố vấn viết: “Dương khí trong cơ thể con người, trong cả ngày đều thuộc về bên ngoài. Lúc rạng sáng, dương khí con người bắt đầu. Lúc giữa trưa dương khí cực thịnh. Lúc mặt trời lặn dương khí suy,

khí môn cũng theo đó mà đóng lại, lúc này nên nghỉ ngơi, dương khí thu tàng sẽ chống được tà khí, không nên quấy động gân cốt, không được phạm phải sương mù. Nếu ngược lại quy luật động tĩnh của ban sáng, giữa trưa và xế chiều thì sẽ sinh bệnh mà làm cho hình thể tiêu tụy hư tổn” [26].

Cơ sở lý luận của PP DS dựa trên học thuyết tinh, khí, thần: người xưa gọi là “Tam bảo”. Sự sống của con người lấy khí làm gốc, lấy thở làm đầu, nếu biết PP luyện tập điều hòa hơi thở có thể bồi dưỡng sự sống [10] [28]. Tuệ Tĩnh, một danh y Việt Nam ở thế kỷ thứ XIV có hai câu thơ nổi tiếng:

*“Bế tinh, dưỡng khí, tồn thần
Thanh tâm, quả dục, thủ chân, luyện hình.”* [23].

Xin tạm dịch là: giữ tinh, dưỡng khí, bảo tồn thần, giữ cho lòng trong sạch, thanh tâm, hạn chế dục vọng, giữ chân khí, tập luyện thân thể. Ta có thể sửa một vài chữ theo từ của Hải Thượng Lãn Ông cho dễ hiểu:

*“Giữ tinh, dưỡng khí, tồn thần
Thanh tâm, tiết dục, thủ chân, luyện hình”*[24].

Người xưa cho rằng: “Tinh, khí, thần” là ba báu vật của con người. Tinh là chất dinh dưỡng, tinh hoa của thức ăn tạo ra sau khi được tiêu hóa. Nó được hấp thụ vào trong tất cả các tạng phủ với nhiều hình thức và sẵn sàng biến thành năng lượng để cho cơ thể hoạt động. Nó cũng nằm trong bộ sinh dục (tinh của đàn ông và trứng của đàn bà) với hình thức đặc biệt, với chất lượng rất cao vì đủ sức tạo ra đứa con để duy trì nòi giống. Khí có hai nghĩa: khí hơi và khí lực. Khí hơi là không khí để thở, trong đó có nhiều oxy. Chính khí hơi, kết hợp với chất tinh ở trên để tạo ra khí lực nên khí có nghĩa là năng lượng tạo ra trong cơ thể để cho cơ thể sống và hoạt động. Thần là hình thức năng lượng cao cấp mà các động vật cũng có, nhưng mức cao nhất chỉ có ở con người, do bộ thần kinh tạo ra. Nhờ nó mà con người biết tư duy, có ý chí, có tình cảm, có khoa học và nghệ thuật... [10] [28].

Tinh, khí, thần là biểu hiện quá trình chuyển hoá vật chất (tinh) thành năng lượng (khí) mà hình thức cao nhất là thần. Sự chuyển hoá này xảy ra trong cơ thể một cách liên tục, ngừng lại là chết. Phải có tinh dồi dào, khí đầy đủ thì thân thể mới vững mạnh. Chất tinh sinh dục mà hao phí quá cũng ảnh hưởng rất nhiều đến

sức lực và tinh thần, do đó người xưa coi việc bế tĩnh, giữ gìn chất tinh, không hao phí chất tinh trong sắc dục là điều cốt yếu để giữ gìn sức khoẻ.

Dưỡng khí là luyện thở nhiều không khí, nhiều oxy để bồi dưỡng khí lực cho dồi dào thì toàn cơ thể mới có sức hoạt động.

Tồn thân: muốn bồi dưỡng cái gốc của thân thì phải bế tĩnh, dưỡng khí. Muốn giữ gìn thân thì phải “ thanh tâm, quả dục, thủ chân”:

Thanh tâm là giữ lòng mình cho trong sạch, ăn ngay ở thẳng, thật thà, chất phác, không lo lắng, sợ sệt, giữ lòng bình tĩnh không bị tình cảm xúc động thái quá, không buồn phiền. Trong quan hệ giữa người và người, phải nắm bản chất hành động của người để biết cách giúp đỡ và thông cảm lẫn nhau, không thắc mắc, tức giận. Thanh tâm để tạo cho mình một trạng thái thanh thản, ung dung. Không bận tâm đến việc không cần thiết, chỉ nghĩ đến việc làm gì có ích cho mọi người.

Quả dục là giảm bớt dục vọng, hạn chế lòng ham muốn, không tham tiền (tham ô), không tham sắc (hủ hoà), không tham danh vị (địa vị)¹⁰ [28].

1.3.3. Tác dụng của dưỡng sinh

1.3.3.1. Tạo cân bằng âm dương

- PP DS trong KC là thông qua luyện tập “động tĩnh hồ căn” để đạt đến sự cân bằng âm dương.

- Thân thể được bảo tồn sức khỏe đều do trong thân thể được vận động và biến hóa không ngừng bảo tồn được trạng thái cân bằng của âm dương [10] [28].

1.3.3.2. Điều hòa khí huyết, lưu thông kinh lạc

- KC DS chủ yếu rèn luyện “khí” trong cơ thể con người, đồng thời có ảnh hưởng quan trọng đối với huyết.

KC DS giúp điều hòa khí huyết, khí huyết điều hòa thì hoạt động sinh mệnh cơ thể vận hành bình thường, khí huyết thất thường thì phát sinh bệnh tật.

- Sự thông suốt của kinh lạc, sự vận hành của huyết dịch phải dựa vào hoạt động của khí mới thực hiện được. Khi luyện công đạt đến một trình độ nhất định sẽ xuất hiện “nội khí” vận hành trong cơ thể hoặc cảm giác khí lan đến nơi có bệnh làm thuyên giảm bệnh tật [10] [28].

1.3.3.3. Bồi bổ và nâng cao chân khí

- Chân khí hay còn gọi là nguyên khí, chính là năng lượng sinh mệnh của cơ thể con người.

- Mục đích của KC DS là điều động năng lực tiềm ẩn trong cơ thể bồi dục chân khí của nhân thể, đạt đến tác dụng dự phòng và điều trị bệnh tật, bảo vệ và kiện toàn thân thể [10], [28].

1.3.3.4. Dự phòng, bảo vệ và điều trị bệnh tật

- Thực tiễn đã chứng minh KC đã chữa lành một số các bệnh như: cao áp huyết, xơ cứng động mạch, viêm loét dạ dày tá tràng...

- Đối với một số bệnh mãn tính dễ tái phát, KC có thể củng cố hiệu quả điều trị [10], [28].

1.3.4 Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

1.3.4.1. Mục đích

- Tăng cường sức khỏe
- Phòng bệnh
- Trị một số bệnh mạn tính
- Tiến tới sống lâu sống có ích

Bốn mục đích này gắn chặt vào nhau và thúc đẩy nhau một cách logic. Mỗi ngày tập luyện, ăn ngon, thở tốt, ngủ say, thích thú lao động, thì sức khỏe càng ngày càng tăng lên biểu hiện bằng cảm giác nhẹ nhàng, cảm giác khoẻ khoắn, có khi cảm giác sáng khoái yêu đời [10][27].

1.3.4.2. Nội dung: Gồm ba phần

Phần 1. Luyện thư giãn

Thư: nghĩa là thư thái, trong lòng lúc nào cũng thư thái.

Giãn: nghĩa là nói ra, giãn ra như dây xích giãn ra.

Thư giãn nghĩa là ở gốc trung tâm võ não thì phải thư thái, ở ngọn các cơ vân và cơ trơn thì phải giãn ra. Gốc thư thái thì ngọn sẽ giãn tốt, mà ngọn giãn tốt lại giúp cho gốc thư thái [10] [27].

Kỹ thuật luyện thư giãn (phụ lục II)

Tác dụng của thư giãn:

Thư giãn có nhiều tác dụng cả về thể chất lẫn tinh thần.

- Về tinh thần:
 - + Giúp vỏ não chủ động nghỉ ngơi.
 - + Làm cho tinh thần thoải mái không căng thẳng.
- Về mặt thể chất:
 - + Làm giảm chuyển hoá cơ bản vì toàn bộ cơ bắp được buông thả và từ đó làm giảm sự tiêu thụ oxygen của cơ thể tiết kiệm được năng lượng.
 - + Giúp máu về tim dễ hơn và nhiều hơn.
 - + Giúp làm chủ được giác quan và cảm giác.
 - + Không để những xung kích bên ngoài tác động vào cơ thể.
- Về sinh học:
 - + Thư giãn xoá bỏ dần những phản xạ có hại cho cơ thể.

Phần 2 là tập các động tác chống xơ cứng, có tác dụng mềm cơ, hành khí hoạt huyết thông kinh hoạt lạc, có ảnh hưởng tốt về tâm lý và sinh lý phù hợp với người bệnh THK gối. Gồm tập trong tư thế nằm, tập trong tư thế ngồi hoa sen, tập trong tư thế ngồi không hoa sen và tập ở tư thế đứng [10] [27].

Phần 3 Xoa bóp của Đông Y rất đặc biệt, là nó xoa bóp cơ, tạng phủ bên trong, cả ngũ quan (tai, mắt, mũi, lưỡi, da) và cả tay chân bên ngoài. Nói chung, nó vận động không sót 1 bộ phận nào, cả sau lưng mà tay không với tới và cả đáy chậu mà người ta ngại đụng tới, tất cả các bộ phận của cơ thể để chuyển vận khí huyết khắp nơi [10] [27].

Nếu ta tự xoa cho ta, (tay của ta là sức động): Bộ phận ta xoa bóp có 1 sức (sức phản động), như thế có lợi hơn gấp bội, tích cực hơn và hoạt động hơn [10] [27].

1.4. Glucosamin

1.4.1. Dược lực học:

Glucosamin là một aminomonosaccharide, nguyên liệu để tổng hợp proteoglycan. Trong cơ thể, glucosamin kích thích tế bào ở sụn, khớp, tăng tổng hợp và trùng hợp nên cấu trúc proteoglycan bình thường. Kết quả của quá trình trùng hợp là mucopolysaccharide, là thành phần cơ bản cấu tạo nên đầu sụn khớp.

Glucosamin đồng thời ức chế các enzym phá huỷ sụn khớp như collagenase, phospholipase A2 và giảm các gốc tự do superoxid phá huỷ các tế bào sinh sụn.

Glucosamin còn kích thích sinh sản mô liên kết của xương , giảm quá trình mất calci của xương, nó còn làm tăng sản xuất chất nhầy dịch khớp , nên tăng độ nhớt, tăng khả năng bôi trơn của dịch thuốc.

Do vậy, Glucosamin không những làm giảm triệu chứng của thoái hoá khớp (đau, khó vận động) mà còn ngăn chặn quá trình thoái hoá khớp, điều trị các bệnh thoái hoá khớp xương cả cấp và mạn tính, cải thiện chức năng khớp và ngăn chặn bệnh tiến triển, phục hồi cấu trúc sụn khớp [52].

1.4.2. Chỉ định:

Giảm triệu chứng của thoái hóa khớp gối nhẹ và trung bình.

1.4.4. Chống chỉ định:

Bệnh nhân mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào 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 an toàn và hiệu quả điều trị.

1.4.5. Cách dùng và liều dùng:

Dùng cho người trên 18 tuổi: uống từ 1250mg đến 1500mg glucosamin/ngày. Có thể dùng đơn độc glucosamin sulfat hoặc phối hợp với thuốc khác như chondroitin 1200mg/ngày. Thời gian dùng thuốc tùy theo cá thể, ít nhất dùng liên tục trong 2 đến 3 tháng để đảm bảo hiệu quả điều trị. Uống sau bữa ăn.

Hoặc theo sự hướng dẫn của thầy thuốc [52].

1.4.6. Thận trọng khi dùng thuốc:

Bệnh nhân bị tiểu đường phải hỏi ý kiến của bác sĩ trước khi sử dụng, theo dõi chỉ số đường huyết khi quyết định dùng glucosamine.

Không dùng cho phụ nữ có thai. Không dùng cho phụ nữ cho con bú

Tác động của thuốc khi lái xe và vận hành máy móc: Có thể dùng được cho người lái xe và vận hành máy móc.

1.4.7. Tương tác thuốc:

Thận trọng khi dùng đồng thời glucosamin với thuốc trị tiểu đường do có thể làm giảm tác dụng của thuốc trị tiểu đường.

1.4.8. Tác dụng không mong muốn:

Hiếm gặp, nhìn chung rất nhẹ, thoáng qua như buồn nôn, tiêu chảy [52].

1.5. Một số nghiên cứu điều trị THK gối trên thế giới và Việt Nam

1.5.1. Trên thế giới

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về THK gối từ nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh đến đặc điểm lâm sàng và điều trị THK gối. Dưới đây là các nghiên cứu về các PP điều trị THK gối của một số tác giả:

Năm 1997, Gabriel H.B và các cộng sự tại Bệnh viện Barcelona, Madrid đã nghiên cứu tác dụng của Glucosamin sulfat trong điều trị THK gối. Kết quả sau 6 tháng điều trị, nhóm BN dùng Glucosamin có hiệu suất giảm đau cao hơn nhóm chứng ($p < 0,05$) [29].

Mc Carthy và cộng sự (2004) tiến hành nghiên cứu 214 BN THK gối trong 1 năm đã có nhận xét về hiệu quả của PP tập luyện tại khớp giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng. Theo tác giả tuy đây là nghiên cứu đầu tiên nhưng kết quả cho thấy nên giới thiệu PP này cho các BN THK gối và các nhà lâm sàng [30].

Năm 2012, Mascarin NC, Vancini RL cùng cộng sự đã NC trên 40 BN nữ THK hai bên khớp gối chia thành 3 nhóm lần lượt được điều trị bằng điện xung, vận động trị liệu và siêu âm trị liệu. Kết quả cho thấy cả ba nhóm NC đều có sự cải thiện rõ rệt về chỉ số VAS, TVĐ khớp gối và chỉ số WOMAC với $p < 0,01$ [31].

1.5.2. Tại Việt Nam

Ở Việt Nam còn ít các nghiên cứu về THK gối và chủ yếu tập trung vào hai nhóm nghiên cứu là nhóm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhóm nghiên cứu về điều trị THK gối.

Đặng Hồng Hoa (2001) đã nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 42 BN được chẩn đoán THK gối theo ACR 1986 cho kết quả: Về đặc điểm THK gối ở nước ta là 85,7% là nữ, 78,6% tuổi từ 50 trở lên, 64,3% lao động chân tay. Về các triệu chứng lâm sàng thì 54,8% đau khớp xuất hiện cả 2 bên, đau khi vận động 95,2%, đau tăng khi đứng lâu 78,6%, kẹt khớp 73,8%, phá gi khớp 61,9%, bào gổ 78,6%. Về đặc điểm hình ảnh XQ khớp gối: Gai xương 85,7%, hẹp khe khớp 83,3%, xơ xương dưới sụn 78,6%, gai xương chày nhọn 64,3% và nang xương 35,7% [20]

Nguyễn Mai Hồng (2004) đã nghiên cứu giá trị của nội soi trong chẩn đoán và điều trị THK gối. Tác giả kết luận nội soi khớp có tầm quan trọng để chẩn đoán, chữa trị hoặc nghiên cứu bệnh THK [32].

Nguyễn Thị Bích (2014), nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị THK gối bằng bài thuốc Tam tý thang kết hợp bài tập vận động khớp gối. Nghiên cứu cho thấy bài tập vận động khớp gối có tác dụng tốt trong điều trị THK do có tác dụng giảm đau mạnh, nhanh và cải thiện chức năng khớp gối [33].

Ngô Chiến Thuật (2017), nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị THK gối của điện châm kết hợp DS. Kết quả nghiên cứu cho thấy PP điện châm kết hợp tập DS có tác dụng giảm đau và cải thiện TVĐ khớp gối trên BN THK gối [34].

Tô Mạnh Cảnh (2018), nghiên cứu đánh giá tác dụng giảm đau của bài thuốc TK1 kết hợp điện châm điều trị BN THK gối nguyên phát. Kết quả nghiên cứu cho thấy bài thuốc TK1 kết hợp điện châm có tác dụng giảm đau và cải thiện TVĐ khớp gối trên BN THK gối [35].

1.6. Công cụ xác định chất lượng cuộc sống

1.6.1. Khái niệm chất lượng cuộc sống

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) định nghĩa chất lượng cuộc sống (CLCS) là những cảm nhận của các cá nhân về cuộc sống của họ trong bối cảnh văn hóa và các hệ thống giá trị mà họ đang sống, liên quan đến các mục đích, nguyện vọng, tiêu chuẩn và các mối quan tâm của họ. Cho nên, muốn đánh giá CLCS cần phải có các thang đo CLCS đó là những bảng câu hỏi đánh giá cảm nhận của từng BN [36].

1.6.2. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Thoái hóa khớp gối

Đối với BN THK gối thì quan niệm CLCS là rất đa dạng và khác nhau nhưng tựu trung lại là ba yếu tố là sức khỏe, đời sống vật chất và đời sống tinh thần. Do đó muốn đánh giá được CLCS thì phải xem xét toàn diện trên mọi mặt của cuộc sống như tình trạng sức khỏe, tâm lý, khả năng tài chính, văn hóa tính nết, môi trường sống và mối quan hệ với người thân trong gia đình và xã hội [36].

1.6.3 Giới thiệu bộ câu hỏi SF -36

SF-36 là một trong những công cụ nổi tiếng và sử dụng rộng rãi nhất cho phép so sánh giữa các nghiên cứu, đánh giá CLCS liên quan đến sức khỏe, được công bố

năm 1990 bởi Dự án đánh giá CLCS quốc tế (IQOLA). Bộ công cụ SF-36 được xác nhận và dịch ra nhiều thứ tiếng trên thế giới, độ nhạy và độ tin cậy cao (95%), được áp dụng trên 400 công trình nghiên cứu khác nhau. SF-36 có 36 tiêu mục kết hợp trong 8 khía cạnh là vai trò thể chất (role – physical), chức năng thể chất (physical functioning), đau mỗi cơ thể (bodily pain), sức khỏe nói chung (general health), sức bền (vitality), vai trò của cảm xúc (role- emotional), chức năng xã hội (social functioning) và sức khỏe tâm thần (mental health), cũng có thể được nhóm lại thành hai thành phần là thể chất và tinh thần. Tuy nhiên, SF-36 chỉ dùng để đánh giá CLCS liên quan đến sức khỏe, khả năng phân biệt của nó thấp và thiếu đặc trưng để nắm bắt được những thay đổi quan trọng của một vấn đề lâm sàng cụ thể [37] [38].

Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi SF-36 (phụ lục IV) để đánh giá CLCS BN THK gỏi sau tập KC DS với những lý do sau:

- Độ nhạy và độ tin cậy cao (95 %).
- Áp dụng trên 4000 công trình nghiên cứu khác nhau.
- Đã được chứng minh là có hiệu lực và được sử dụng như 1 công cụ để đo lường CLCS của BN [37] [38].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Gồm 60 BN tuổi từ 40 đến 85, không phân biệt nam nữ được chẩn đoán THK gối nguyên phát giai đoạn 1 và 2 theo phân loại Kellgren và Lawrence.

2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

2.1.1.1 Tiêu chuẩn chọn BN theo YHHD

BN được chẩn đoán xác định THK gối theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ (American College of Rheumatology – ACR 1991) [13]. Với các tiêu chuẩn:

1. Đau khớp gối.
2. Mọc gai xương ở rìa khớp trên phim chụp Xquang khớp gối.
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.

Trong số các BN được chẩn đoán xác định là THK gối thì chúng tôi chỉ lựa chọn BN THK gối nguyên phát ở giai đoạn 1 và 2 theo phân loại Kellgren và Lawrence [40] với các tiêu chuẩn trên phim chụp X quang như sau:

- Giai đoạn 1: gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương
- Giai đoạn 2: mọc gai xương rõ

BN được chẩn đoán xác định là THK gối có mức độ đau tương ứng thang điểm Vas < 6

BN tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.1.2 Tiêu chuẩn lựa chọn BN theo YHCT

BN được chẩn đoán là chứng tý thể phong hàn thấp tý với các triệu chứng:

- Đau âm ỉ 1 hoặc cả 2 khớp gối, đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi.

Gặp lạnh, mưa, ẩm thấp đau tăng hoặc tái phát, chườm ấm đỡ đau. Co duỗi khớp gối khó, phát ra tiếng lục khục khi vận động.

- Sợ lạnh, thích ấm, chân tay lạnh, người nặng nề, mệt mỏi.
- Chất lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng mỏng có thể có dính.
- Mạch phù hoãn hoặc nhu hoãn.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại BN khỏi nghiên cứu

- BN được chẩn đoán THK gối theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ nhưng không thuộc giai đoạn 1, 2 theo phân loại Kellgren và Lawrence. BN THK gối có mức độ đau tương ứng thang điểm Vas ≥ 6

- BN đã điều trị NSAID trong vòng 10 ngày hoặc đã tiêm corticoid tại chỗ trong vòng 3 tháng gần đây.

- BN tự dùng thuốc chống viêm, giảm đau khác trong thời gian nghiên cứu.
- Bỏ điều trị giữa chừng từ trên 3 ngày
- THK gối thứ phát, THK gối có tràn dịch khớp gối
- Có kèm theo các bệnh mạn tính khác: Suy tim, suy thận, viêm gan cấp, rối loạn tâm thần...

- Phụ nữ có thai.

- BN không tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Câu lạc bộ Dưỡng sinh Kinh lạc – Hội Người Cao tuổi phường Văn Quán, quận Hà Đông, thành phố Hà Nội

2.3. THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5 năm 2019 đến tháng 11 năm 2019

2.4. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị, so sánh với nhóm chứng.

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn chủ đích 60 BN, tuổi từ 40 đến 85, không phân biệt nam nữ và được chẩn đoán xác định là THK gối đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn (theo mục 2.1.1).

2.4.3. Tổ chức nghiên cứu

Các BN được chọn vào nghiên cứu sẽ được thăm khám lâm sàng, làm xét

nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất được chia thành hai nhóm theo PP bốc thăm ngẫu nhiên, số lẻ là nhóm nghiên cứu, số chẵn là nhóm đối chứng sao cho tương đồng về độ tuổi, giới và mức độ mắc bệnh.

- Nhóm nghiên cứu (Nhóm NC): Gồm 30 BN, được điều trị bằng uống Glucosamin 1500mg/ngày x 60 ngày kết hợp tập dưỡng sinh PP Nguyễn Văn Hưởng (phụ lục 2).

- Nhóm đối chứng (Nhóm ĐC): Gồm 30 BN được điều trị bằng uống Glucosamin 1500mg/ngày x 60 ngày, không tập dưỡng sinh.

2.4.4. CHẤT LIỆU NGHIÊN CỨU

- Thước đo Thang điểm VAS, thước đo tâm vận động khớp, cân điện tử.
- Mẫu bệnh án nghiên cứu (Phụ lục 1)
- Bảng theo dõi cho điểm các triệu chứng lâm sàng (Phụ lục 2)
- Bài tập dưỡng sinh PP Nguyễn Văn Hưởng (phụ lục 3)
- Phiếu đánh giá chất lượng cuộc sống: Bộ câu hỏi SF 36 (phụ lục 4)
- Vorifend Forte 500mg:
 - + Nhà sản xuất: Chi nhánh Công ty TNHH LD STADA – Việt Nam.
 - + Tên chung quốc tế: Glucosamin sulfate.
 - + SDK: VD-27535-17
 - + Chỉ định: Giảm triệu chứng của thoái hóa khớp gối nhẹ và trung bình.
 - + Cách dùng: Dùng bằng đường uống. Người lớn trên 18 tuổi: uống từ 1250 mg đến 1500 mg glucosamin/ngày (tương ứng khoảng 1592-1910 mg glucosamin sulfat), chia 3 lần.



Hình 2.1. Thuốc Glucosamin

2.4.5. Tiến hành nghiên cứu

- Thu thập thông tin BN: tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp. Tiến hành khám tổng quát theo mẫu bệnh án NC. Sau đó chọn lựa BN đủ tiêu chuẩn theo tiêu chuẩn chọn BN NC tiến hành chia nhóm NC.

- Đánh giá các chỉ tiêu NC cả 2 nhóm trước điều trị (D_0).

- Tổ chức tập DS PP Nguyễn Văn Hương cho 30 BN THK gởi thuộc nhóm NC thường trú tại Câu lạc bộ Dưỡng sinh Kinh lạc – Hội Người Cao tuổi phường Văn Quán, Hà Đông, Hà Nội với liệu trình trong thời gian 60 ngày, mỗi ngày tập 1 lần theo phác đồ tập (Phụ lục 3).

+ Điều kiện tập: Phòng tập DS rộng rãi, thoáng, sạch sẽ, yên tĩnh, có thảm tập. Trang phục tập yêu cầu rộng rãi, thoải mái, dễ chịu khi tập.

+ Cách tiến hành tập: Phác đồ cho 1 lần tập gồm 4 bước, thời gian tập 45 phút/ngày x 60 ngày theo phụ lục 3.

Bước 1: Động tác 1 Thư giãn. Thời gian 5 phút.

Bước 2: Động tác 2 Thở 4 thì. Thời gian 5 phút.

Bước 3: Tập các động tác chống xơ cứng: Ngồi sư tử, Chào mặt trời, Ngồi xếp bằng tròn theo kiểu hoa sen, Ngồi ếch, Rút lưng, Hôn đầu gối, Xuống tấn lác thân, Xuống tấn quay mình. Thời gian 30 phút.

Bước 4: Tự xoa bóp Động tác 10 Tự xoa bóp chi dưới. Thời gian 5 phút.

- Thuốc Vorifend Forte 500mg (Glucosamin): Chỉ định cho 60 BN nghiên cứu uống 3 viên/ngày (chia 3 lần) x 60 ngày.

- Đánh giá các chỉ tiêu NC cả 2 nhóm sau điều trị 30 ngày (D_{30}) và sau điều trị 60 ngày (D_{60}).

- Kết luận.

2.4.6. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.4.6.1 Chỉ tiêu đặc điểm chung:

- *Đánh giá về tuổi, giới tính.*

- *Đánh giá về nghề nghiệp.*

- *Đánh giá thời gian mắc bệnh.*

- *Đánh giá về phân bố theo vị trí và số lượng khớp bị tổn thương.*

2.4.6.2. Chỉ tiêu lâm sàng

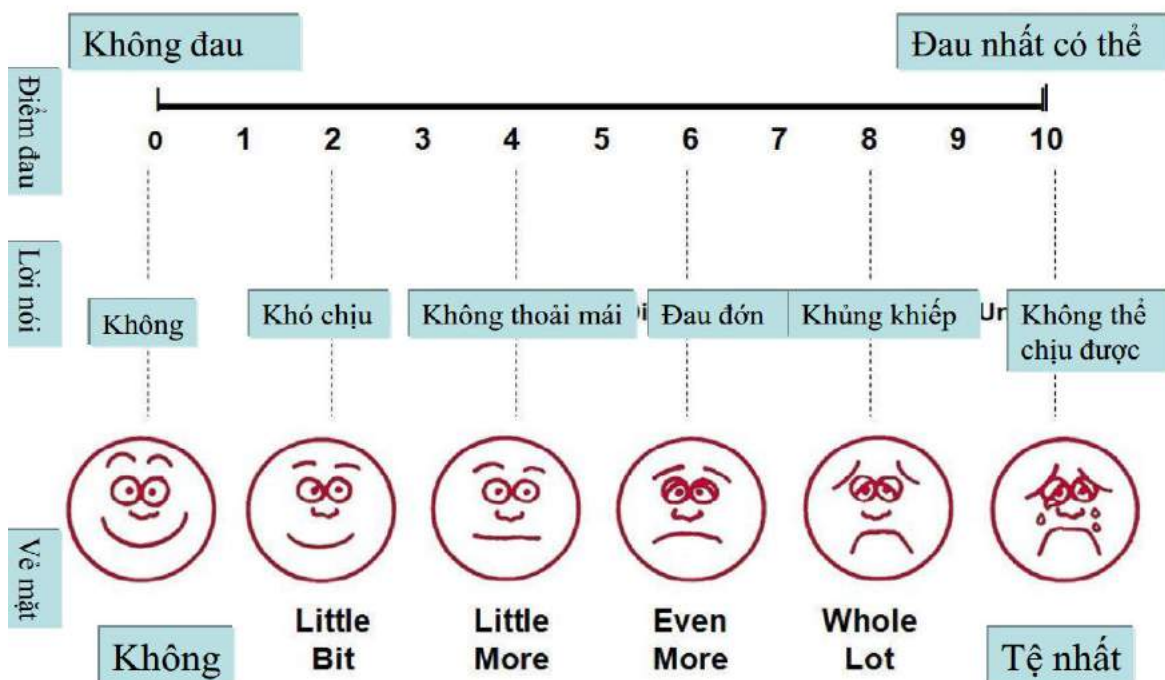
- *Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS:*

Thước đo: Mức độ đau của BN được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo của hãng Astra - Zeneca. Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt:

Một mặt: Chia thành 10 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm, trong đó mức độ đau tăng dần từ 0 cho đến 10 điểm, 10 điểm là đau nhất.

Một mặt: Có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức độ đau tăng dần. [41]

+ Cách tiến hành: Trước khi đánh giá, BN được nghỉ, không bị các kích thích khác từ bên ngoài và được giải thích PP đánh giá cảm giác đau qua 5 hình tượng biểu thị các mức độ đau, từ đó tự chỉ ra mức độ đau của mình.



Hình 2.2. Thang điểm VAS [41]

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS [41]

Chỉ số VAS	Đánh giá mức độ đau	Cho điểm
0 điểm	Không đau	4
Từ 1 - 3 điểm	Đau nhẹ	3
Từ 4 - 6 điểm	Đau vừa	2
Từ 7 - 10 điểm	Đau nặng	1

- **Đánh giá mức độ đau và chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne Index – 1985** [42]. Thang điểm này được đánh giá qua 3 chỉ số I, II, III với tổng số điểm cao nhất là 24 điểm (Phụ lục 2)

Cách chấm điểm Lequesne: Có làm được: 0 điểm

Làm được nhưng khó khăn: 1 điểm (hoặc 0,5 hoặc 1,5)

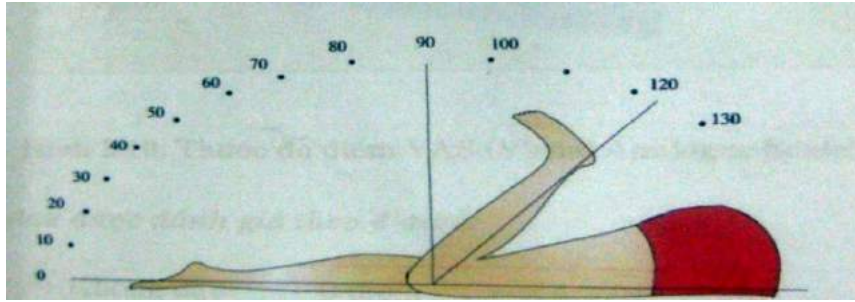
Không làm được: 2 điểm

Bảng 2.2. Đánh giá mức độ tổn thương theo thang điểm Lequesne [42]

Điểm Lequesne	Đánh giá mức độ tổn thương	Cho điểm	Đánh giá kết quả điều trị
Từ 0 - 4 điểm	Nhẹ	4	Tốt
Từ 5 - 7 điểm	Trung bình	3	Khá
Từ 8 - 10 điểm	Nặng	2	Trung bình
Từ 11 - 13 điểm	Rất nặng	1	Kém
Từ trên 13 điểm	Trầm trọng	0	

- Đánh giá tầm vận động khớp gối

Cách đo: Độ gấp, duỗi của khớp gối được đo dựa trên PP đo và ghi TVĐ của khớp do Viện hàn lâm các nhà phẫu thuật chỉnh hình Mỹ được Hội nghị Vancouver ở Canada thông qua năm 1964 và hiện được quốc tế thừa nhận là PP tiêu chuẩn - “phương pháp Zero” - nghĩa là ở vị trí giải phẫu, mọi khớp được quy định là 0⁰. Tư thế BN nằm sấp duỗi chân.



Hình 2.3. Đo độ gấp duỗi khớp gối Warren A.Katr (1997) [43]

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° .

Bảng 2.3. Đánh giá mức độ hạn chế vận động gấp khớp gối [43]

Đánh giá	Độ gấp gối
Hạn chế nặng	$< 90^{\circ}$
Hạn chế trung bình	$90^{\circ} - 120^{\circ}$
Hạn chế nhẹ	$120^{\circ} - 135^{\circ}$
Không hạn chế	$\geq 135^{\circ}$

Bảng 2.4. Cách đánh giá mức độ cải thiện vận động khớp gối [43]

Đánh giá mức độ cải thiện vận động khớp gối	Cho điểm	Đánh giá kết quả điều trị
Độ gấp gối tăng trên 20° so với ban đầu	4	Tốt
Độ gấp gối tăng từ $10^{\circ} - 20^{\circ}$ so với ban đầu	3	Khá
Độ gấp gối tăng dưới 10° so với ban đầu	2	Trung bình
Độ gấp gối không tăng, hoặc giảm đi	1	Kém

- Đánh giá về chỉ số gót - mông:

Cách đo: Kéo căng chân sát vào mông, đo vị trí từ gót đến mông.

Tiêu chuẩn đánh giá mức độ hạn chế vận động theo chỉ số gót – mông:

Bảng 2.5. Đánh giá mức độ hạn chế vận động theo chỉ số gót móng

Chỉ số gót móng	Đánh giá mức độ hạn chế	Cho điểm	Đánh giá kết quả điều trị
Chỉ số gót móng < 5 cm	Không hạn chế	4	Tốt
Chỉ số gót móng 5 - 10	Hạn chế trung bình	3	Khá
Chỉ số gót móng 11- 15 cm	Hạn chế nặng	2	Trung bình
Chỉ số gót - móng > 15 cm	Hạn chế rất nặng	1	Kém

- Đánh giá chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index) theo tổ chức Y tế thế giới áp dụng cho người châu Á [44]

$$\text{BMI} = \text{cân nặng (kg)} / [\text{chiều cao (m)}]^2.$$

BMI < 18,5; gầy

BMI = 18,5 – 22,9; bình thường

BMI = 23 – 24,9; tiền béo phì

BMI = 25 -29,9; béo phì độ I

BMI = 30 – 39,9 béo phì độ II

BMI > 40; béo phì độ III

- Đánh giá các chỉ số cải thiện CLCS của BN THK gối

Tiến hành xác định CLCS qua bộ câu hỏi SF – 36: Mỗi BN được phát phiếu phỏng vấn CLCS qua bộ câu hỏi SF – 36 trước và sau khi kết thúc NC 1 ngày. Những phiếu còn thiếu hay nghi ngờ về thông tin cung cấp, NC viên yêu cầu BN bổ sung hay điều chỉnh ngay trong ngày phỏng vấn. Sau đó NC viên sẽ phân tích và ghi nhận cho điểm vào câu trả lời. Chuyển đổi các điểm số ghi nhận được thành điểm số đã qui ước của NC theo bảng chuyển đổi điểm số.

Cách tính điểm bảng SF-36 [45]: Căn cứ vào bảng cách tính điểm CLCS của bộ câu hỏi SF36 (Phụ lục 5) chúng tôi cho điểm các câu hỏi, chuyển đổi điểm số của các câu trả lời. Chú ý rằng tất cả các câu trả lời được cho điểm sao cho diễn tả được điểm số cao thì xác định là tình trạng sức khỏe tốt. Mỗi câu trả lời đều có điểm số thay đổi từ 0 đến 100. Những câu hỏi được cho điểm theo mức độ giống nhau sau khi chuyển đổi. Sau đó tính điểm trung bình các khoản của 8 lĩnh vực. Tất cả

các câu hỏi được cho điểm từ 0 đến 100, với 100 coi như biểu thị mức cao nhất có thể của hoạt động. Tập hợp các điểm số là tỉ lệ % tất cả các điểm số có được (sử dụng bảng bước 1) từ các câu hỏi thuộc từng lĩnh vực đặc biệt của tình trạng sức khỏe chức năng (bảng bước 2) được gộp lại tính trung bình, để có được điểm số trung bình của mỗi lĩnh vực trong số 8 lĩnh vực.

- Tiếp theo là phần chuyển đổi điểm số. Vì sự thay đổi điểm trong câu trả lời không đồng bộ nên phải chuyển đổi điểm theo bảng phần trên để so sánh và đánh giá CLCS.

- Tổng kết điểm số: Chuyển điểm xong sẽ tổng kết điểm lại. Số điểm tổng cộng sẽ thay đổi từ 0 đến 100.

- Đánh giá kết quả.

- Kết luận chung.

2.4.6.3. Chỉ tiêu cận lâm sàng

- Đánh giá mức độ THK gối trên XQ theo Kellgren và Lawrence (1987): Chụp XQ khớp gối thực hiện 1 lần trước điều trị tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Tuệ Tĩnh. Tất cả BN nghiên cứu đều được chụp XQ khớp gối ở 2 tư thế thẳng, nghiêng.

- Đánh giá tình trạng THK gối trên Siêu âm khớp gối: Tất cả BN nghiên cứu đều được chỉ định siêu âm khớp gối bị thoái hóa tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Tuệ Tĩnh, thực hiện 2 lần trước và sau điều trị.

- Đánh giá sự thay đổi nồng độ Testosterol ở BN THK gối nam và nồng độ Estrogen ở BN THK gối nữ trước và sau điều trị: Lấy mẫu máu với $n = 3$ cho mỗi nhóm NC xét nghiệm tại phòng khám đa khoa Medlatec Thanh Xuân.

2.5. CÁC CHỈ TIÊU ĐƯỢC ĐÁNH GIÁ VÀ THEO DÕI TRONG NC

2.5.1. Đánh giá các chỉ tiêu NC ở các thời điểm:

D_0 : Thời điểm đánh giá trước khi điều trị.

D_{30} : Thời điểm đánh giá sau 30 ngày điều trị.

D_{60} : Thời điểm đánh giá sau 60 ngày điều trị.

2.5.1.1. Đánh giá các chỉ tiêu lâm sàng:

- Các chỉ tiêu về đặc điểm chung đánh giá tại thời điểm D_0

- Các chỉ tiêu được đánh giá tại các thời điểm từ D₀, D₃₀, D₆₀ gồm:
 - + Các dấu hiệu lâm sàng tại khớp
 - + Mức độ đau theo thang điểm VAS.
 - + Chức năng khớp gối theo thang điểm Lequesne.
 - + Tầm vận động khớp gối: qua độ gấp khớp gối và qua chỉ số gót - mông.
- Đánh giá sự cải thiện CLCS của nhóm NC và so sánh với nhóm ĐC tại các thời điểm D₀, D₆₀.

2.5.1.2. Đánh giá các chỉ tiêu cận lâm sàng:

- Đánh giá XQ khớp gối tại thời điểm D₀
- Đánh giá mức độ THK gối trên siêu âm khớp gối tại các thời điểm D₀, D₆₀
- Đánh giá nồng độ Testosteron ở BN THK gối nam với n = 3 ở mỗi nhóm tại các thời điểm D₀, D₆₀.
- Đánh giá nồng độ Estrogen ở BN THK gối nữ với n = 3 ở mỗi nhóm tại các thời điểm D₀, D₆₀.

2.5.2. Đánh giá kết quả điều trị chung

Dựa vào tổng số điểm của 4 chỉ số: Chỉ số VAS, Chỉ số Lequesne, Chỉ số gót – mông và Chỉ số CLCS. Từ tổng điểm trên, quy đổi kết quả điều trị chung theo thang điểm Amor như sau:

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

Bảng 2.6. Phân loại kết quả điều trị chung

Phân loại	Tổng điểm các triệu chứng trên lâm sàng
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 $\leq 40\%$ so với trước điều trị

2.5.3. Khảo sát giá tác dụng không mong muốn

Trong NC này chúng tôi theo dõi các tác dụng không mong muốn sau:

- Đau tăng khi tập.
- Sau khi uống Glucosamin: buồn nôn, tiêu chảy,

- Theo dõi cận lâm sàng: tràn dịch khớp gối trên siêu âm khớp gối sau tập 60 ngày.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu qua thuật toán thống kê y sinh học chương trình SPSS 20.0:
Tính n, tỷ lệ %, trung bình thực nghiệm (\bar{X}), độ lệch chuẩn thực nghiệm (SD).

+ So sánh các tỷ lệ dùng kiểm định χ^2 .

+ So sánh các tỷ lệ trung bình Test T – Student.

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

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng Y đức Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam.

- Được sự tự nguyện hợp tác của đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia chương trình nghiên cứu.

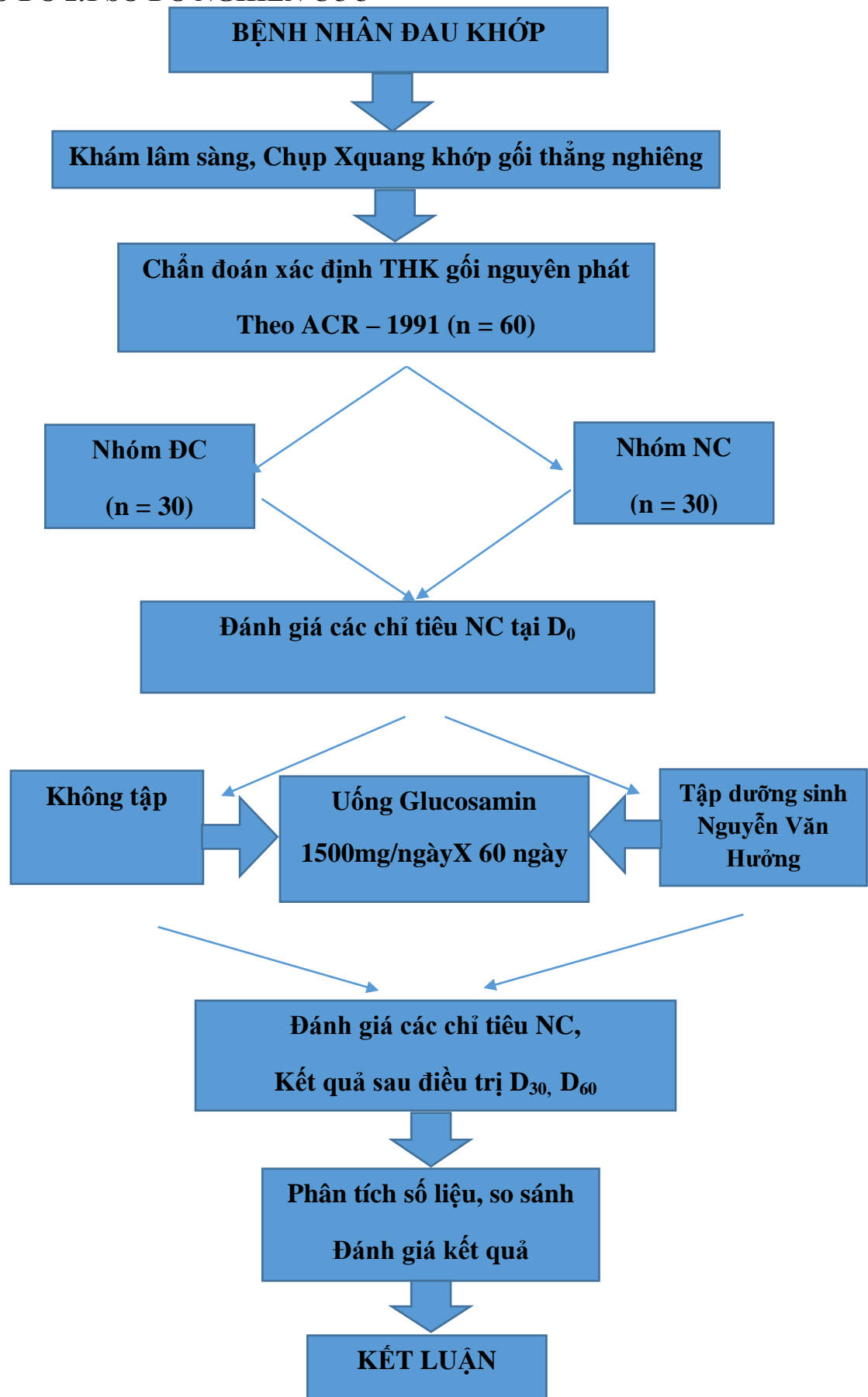
- Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng mà không nhằm mục đích nào khác.

- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

- Khách quan trong đánh giá và phân loại, trung thực trong xử lý số liệu.

- Trong quá trình điều trị, bệnh không đỡ hoặc tăng lên thì bệnh nhân sẽ được ngừng nghiên cứu, đổi phương pháp điều trị và loại ra khỏi nhóm nghiên cứu.

SƠ ĐỒ 2.1 SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

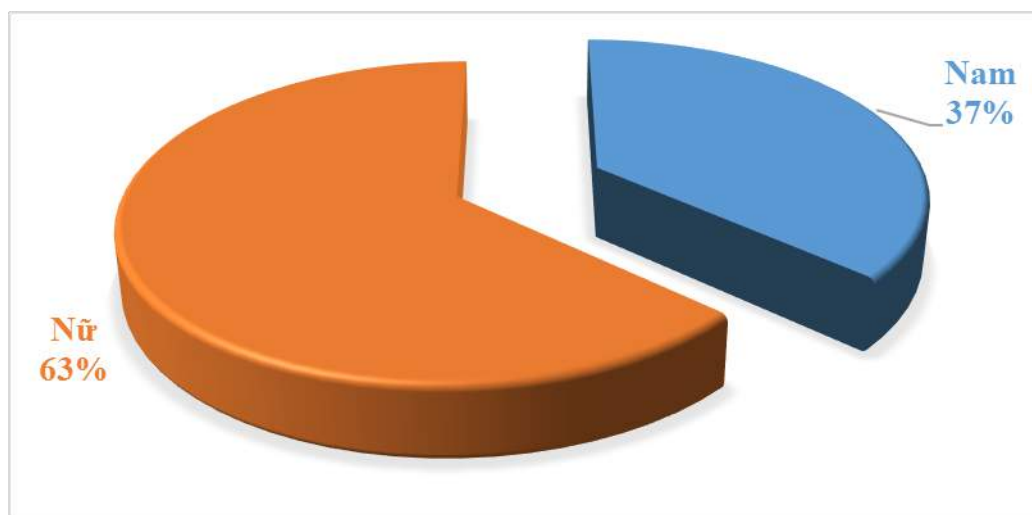
3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Nam	11	36,7	11	36,7	22	36,7	>0,05
Nữ	19	63,3	19	63,3	38	63,3	

Nhận xét: Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ BN nữ bị THK gồi ở cả nhóm NC và nhóm ĐC đều cao hơn tỷ lệ BN nam giới, trong đó tỷ lệ BN nữ ở nhóm NC và nhóm ĐC đều chiếm 63,3%, tỷ lệ BN nam ở nhóm NC và nhóm ĐC đều là chiếm 36,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới ở 2 nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Phân bố giới tính của BN nghiên cứu

Nhận xét: Kết quả phân bố giới tính trên 60 BN nghiên cứu ở biểu đồ 3.1 cho thấy, BN nữ mắc bệnh cao hơn nam giới; Tỷ lệ nữ chiếm 63%, nam chiếm 37%

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Tuổi	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
≤ 49	2	6,7	0	0	2	3,3	>0,05
50 – 59	8	26,7	7	23,3	15	25,0	
60 – 69	10	33,3	18	60,0	28	46,7	
≥ 70	10	33,3	5	16,7	15	25,0	

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy không có sự khác biệt về phân bố đối tượng nghiên cứu ở các nhóm tuổi khác nhau $p > 0,05$. Trong đó:

- Ở nhóm NC: Phân bố cao nhất ở nhóm đối tượng với độ tuổi ≥ 70 tuổi và 60 – 69 tuổi, thấp nhất ở nhóm ≤ 49 tuổi với tỷ lệ 6,7%.
- Ở nhóm ĐC: Phân bố cao nhất ở nhóm đối tượng 60 – 69 tuổi chiếm 60%. Không có bệnh nhân nào dưới 49 tuổi, chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Công nhân	8	26,7	9	30,0	17	28,3	>0,05
Làm ruộng	11	36,7	15	50,0	26	43,3	
Hưu trí	6	33,3	4	13,3	10	16,7	
Công chức/ viên chức	5	3,3	2	6,7	7	11,7	

Nhận xét: Bảng 3.3 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố nghề nghiệp giữa nhóm NC và nhóm ĐC với $p > 0,05$. Trong đó:

- Ở nhóm NC: Tỷ lệ đối tượng tham gia nghiên cứu làm ruộng chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,7%, thấp nhất ở nhóm công chức/viên chức 3,3%.

- Ở nhóm ĐC: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu làm ruộng chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%; thấp nhất ở nhóm công chức/viên chức chiếm 6,7%.

Bảng 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
< 1 năm	13	43,3	10	33,3	23	28,3	>0,05
1 – 5 năm	3	10,0	5	16,7	8	13,3	
> 5 năm	14	46,7	15	50,0	29	48,3	
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)	4,88 ± 1,21		4,67 ± 1,00		4,77 ± 1,11		>0,05

Nhận xét: Bảng 3.4 cho thấy về thời gian mắc bệnh trung bình của các đối tượng NC ở cả 2 nhóm là 4,77 ± 1,11. sự khác biệt về thời gian mắc bệnh của 2 nhóm NC không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Trong đó:

- Ở nhóm NC: Đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh > 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,7%; < 1 năm là 43,3%; thấp nhất ở nhóm mắc bệnh 1-5 năm là 10,0%.

- Ở nhóm ĐC: Đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh > 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 50%; < 1 năm là 33,3% và thấp nhất ở nhóm mắc bệnh từ 1-5 năm.

Bảng 3.5. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo vị trí khớp bị tổn thương

Khớp tổn thương		Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		P ₁₋₂
		n	%	n	%	n	%	
1 khớp	Phải	3	10,0	2	6,7	5	8,3	>0,05
	Trái	2	6,7	2	6,7	4	6,7	
Tổng số tổn thương 1 khớp		5	16,7	4	13,3	9	15,0	
Cả hai khớp		25	83,3	26	86,7	51	85,0	

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tổn thương khớp gối cả hai bên cao hơn so với nhóm tổn thương 1 khớp chiếm 85,0%, nhóm tổn thương cả 1 khớp chỉ chiếm 15,0%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí khớp thoái hóa giữa nhóm NC và nhóm ĐC với $p > 0,05$.

- Ở nhóm NC: Tỷ lệ BN tổn thương cả 2 khớp gối chiếm 83,3%. Tỷ lệ BN tổn thương 1 khớp gối chiếm 16,7% trong đó tổn thương khớp gối phải chiếm 10% và khớp gối trái chiếm 6,7%.

- Ở nhóm ĐC: Tỷ lệ BN tổn thương cả 2 khớp gối chiếm 86,7%. Tỷ lệ BN tổn thương 1 khớp gối chiếm 13,3% trong đó tổn thương khớp gối bằng khớp gối trái chiếm 6,7%.

Bảng 0.6. Phương pháp điều trị đã sử dụng

Phương pháp điều trị đã sử dụng	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	
Y học hiện đại	13	43,3	11	36,7	>0,05
Y học cổ truyền	15	50,0	16	53,3	
Thực phẩm chức năng	2	6,7	2	6,7	
Khác	0	0	1	3,3	

Nhận xét: Tỷ lệ BN NC sử dụng YHCT điều trị THK gối cao nhất ở cả 2 nhóm chiếm 50% ở nhóm NC và 53,3% ở nhóm ĐC.

Tỷ lệ BN NC đã sử dụng YHHĐ điều trị THK gối chiếm 43,3% ở nhóm NC và 36,7% ở nhóm ĐC.

Tỷ lệ BN NC đã sử dụng thực phẩm chức năng trong điều trị THK gối thấp nhất chiếm 6,7% ở cả 2 nhóm NC.

Sự khác biệt giữa các PP điều trị đã sử dụng của các BN ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước NC

Bảng 3.7. Các dấu hiệu lâm sàng tại khớp thoái hóa trước NC

Triệu chứng	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		p ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Đau khớp	30	100	30	100	60	100,0	>0,05
Phá di khớp	30	100	30	100	60	100,0	>0,05
Lạo xạo tại khớp	25	83,3	28	93,3	53	88,3	>0,05
Dấu hiệu bào gồ	3	10,0	4	13,3	7	11,7	>0,05
Hạn chế gấp duỗi	29	96,7	27	90,0	56	93,3	>0,05

Nhận xét: Bảng 3.7 cho thấy dấu hiệu lâm sàng của THK gổì là đau khớp, phá di khớp chiếm tỷ lệ 100% BN ở cả 2 nhóm NC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm NC với $p > 0,05$.

- Hạn chế gấp duỗi khớp gổì chiếm tỷ lệ 96,7% BN ở nhóm NC và 90% BN ở nhóm ĐC. Lạo xạo tại khớp chiếm tỷ lệ 83,3% BN ở nhóm NC và 93,3% BN ở nhóm ĐC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm NC với $p > 0,05$.

- Dấu hiệu bào gồ chiếm tỷ lệ thấp ở cả 2 nhóm. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.8. Đặc điểm mức độ đau theo thang điểm VAS trước NC

Mức độ đau VAS	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%
Đau nhẹ (1 - 3 điểm)	2	6,7	3	10,0	5	8,3
Đau vừa (4 - 5 điểm)	28	93,3	27	90,0	55	91,7
p₁₋₂	>0,05					

Nhận xét: Theo kết quả bảng 3.8 cho thấy

- Mức độ đau vừa (4 – 5 điểm) theo thang điểm VAS của đối tượng NC chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm, trong đó nhóm NC chiếm 93,3% và nhóm ĐC chiếm 90,0%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm NC và nhóm ĐC với $p > 0,05$.

- Mức độ đau nhẹ (1 – 3 điểm) theo thang điểm VAS của đối tượng NC chiếm tỷ lệ 6,7% ở nhóm NC và 10% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm NC và nhóm ĐC với $p > 0,05$.

Bảng 3.9. Mức độ hạn chế chức năng khớp gối theo Lequesne trước NC

Mức độ tổn thương	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%
Nhẹ (0 – 4 điểm)	4	13,3	7	23,3	11	18,3
Trung bình (5 – 7 điểm)	18	60,0	19	63,3	37	61,7
Nặng (8 – 10 điểm)	8	26,7	4	13,3	12	20,0
P1-2	$>0,05$					

Nhận xét: Bảng 3.9 cho thấy hạn chế chức năng mức độ trung bình (5 – 7 điểm) của BN NC chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm, trong đó nhóm NC chiếm 60,0%, nhóm ĐC chiếm 63,3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hạn chế chức năng khớp gối theo Lequesne ở 2 nhóm trước NC với $p > 0,05$.

Bảng 3.10. Mức độ hạn chế tầm vận động gấp khớp gối trước NC

Mức độ hạn chế TVĐ	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%
Nhẹ ($120 - 135^0$)	4	13,3	7	23,3	11	18,3
Trung bình ($90 - 120^0$)	18	60,0	19	63,3	37	61,7
Nặng ($< 90^0$)	8	26,7	4	13,3	12	20,0
P1-2	$>0,05$					

Nhận xét: Bảng 3.10 cho thấy hạn chế TVĐ khớp gối mức độ trung bình ($90 - 120^0$) của cả 2 nhóm NC chiếm tỷ lệ cao hơn, trong đó nhóm NC chiếm 60,0%, nhóm ĐC chiếm 63,3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hạn chế TVĐ khớp gối ở 2 nhóm trước NC với $p > 0,05$.

Bảng 3.11. Mức độ hạn chế vận động khớp gối theo chỉ số gót- mông trước NC

Mức độ hạn chế vận động khớp gối	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%
Không hạn chế (<5 cm)	0	0	4	13,4	4	6,7
Hạn chế trung bình (5 – 10 cm)	22	73,3	19	63,3	41	63,3
Nặng (10 – 15 cm)	8	26,7	7	23,3	15	25,0
Rất nặng (>15 cm)	0	0	0	0	0	0
P₁₋₂	>0,05					

Nhận xét: Bảng 3.11 cho thấy chỉ số gót – mông hạn chế mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm (73,3% BN hạn chế mức độ trung bình ở nhóm NC và 63,3% ở nhóm ĐC). Hạn chế mức độ nặng theo chỉ số gót mông chiếm 26,7% ở nhóm NC và 23,3% ở nhóm ĐC. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm với $p > 0,05$.

Bảng 3.12. Tình trạng béo phì theo chỉ số BMI trước NC

Phân loại BMI	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	
Gầy (< 18,5)	1	3,3	2	6,7	>0,05
Bình thường (18,5 – 23)	24	80,0	21	70,0	
Thừa cân, béo phì (>23)	5	16,7	7	23,3	
Giá trị trung bình $\bar{X} \pm SD$ (kg/m ²)	22,05 \pm 1,67		22,11 \pm 1,00		>0,05

Nhận xét: Bảng 3.12 cho thấy BN NC có chỉ số BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao (nhóm NC chiếm 80,0%, ở nhóm ĐC chiếm 70,0%). Tỷ lệ BN NC có chỉ số BMI thừa cân béo phì ở nhóm NC chiếm 16,7%, nhóm ĐC chiếm 23,3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân loại BMI và chỉ số BMI trung bình giữa hai nhóm ($p>0,05$).

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.13. Giai đoạn tổn thương khớp gối trên phim XQ theo Kellgren và Lawrence trước NC

Giai đoạn trên XQ	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%
Giai đoạn I	26	86,7	28	93,3	54	90,0
Giai đoạn II	4	13,3	2	6,7	6	10,0
P₁₋₂	$>0,05$					

Nhận xét: Tỷ lệ BN NC tổn thương khớp gối giai đoạn I trên phim chụp XQ theo Kellgren và Lawrence cao hơn với 86,7% ở nhóm NC và 93,3% ở nhóm ĐC. Tỷ lệ tổn thương khớp gối giai đoạn II chỉ chiếm 13,3% ở nhóm NC và 6,7% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về mức độ tổn thương khớp gối trên phim chụp XQ không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3.14. Tổn thương THK gối trên siêu âm khớp gối trước NC

Hình ảnh	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Tổng (n = 60)		P ₁₋₂
	n	%	n	%	n	%	
Mỏng sụn khớp	30	100	30	100	60	100	$>0,05$
Gai xương	22	73,3	18	60	40	66,7	$>0,05$
Có tràn dịch khớp gối	0	0	0	0	0	0	
Viêm màng hoạt dịch	0	0	0	0	0	0	
Kén Baker	0	0	0	0	0	0	

Nhận xét: Bảng 3.14 cho thấy mỏng sụn khớp là hình ảnh đặc trưng chiếm tỷ lệ 100% ở cả 2 nhóm. Không có BN nào có tràn dịch khớp gối, viêm màng hoạt dịch và kén Baker.

Bảng 3.15. Lớp sụn khớp gối trên siêu âm trước NC

Chỉ số $\bar{X} \pm SD$	Nhóm NC (1) (n = 30)	Nhóm ĐC (2) (n = 30)
Độ mỏng trung bình của sụn khớp (mm)	1,7 \pm 0,68	1,8 \pm 0,62

Nhận xét: Độ mỏng trung bình của sụn khớp gối ở cả 2 nhóm đều thấp hơn giá trị bình thường.

3.2. Kết quả về tác dụng hỗ trợ điều trị THK gối nguyên phát bằng PP tập DS Nguyễn Văn Hưởng trên một số chỉ tiêu lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng trước và sau tập ở 2 nhóm NC

Bảng 3.16. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng trước và SĐT ở 2 nhóm NC

Triệu chứng (Tỷ lệ %)	Nhóm NC (1) (n = 30)			Nhóm ĐC (2) (n = 30)		
	D ₀	D ₃₀	D ₆₀	D ₀	D ₃₀	D ₆₀
Đau khớp	100	50,0	13,3	100	66,7	30,0
Phá gí khớp	100	36,7	6,7	100	36,7	6,7
Lạo xạo tại khớp	83,3	66,7	36,7	93,3	56,7	43,3
Dấu hiệu bào gồ	10,0	3,3	0	13,3	6,7	0
Hạn chế gấp duỗi	96,7	46,7	10,0	90,0	50,0	30,0
P_(D0-D30)	>0,05			>0,05		
P_(D0-D60)	<0,05			<0,05		
P_{D30(1-2)}	>0,05					
P_{D60(1-2)}	<0,05					

Nhận xét: Bảng 3.16 cho thấy

- Sau 30 ngày ĐT còn 50% BN đau khớp gối ở nhóm NC và 66,7% BN đau ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về sự thay đổi tỷ lệ BN đau khớp gối tại 2 thời điểm ở 2 nhóm NC không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 60 ngày ĐT, ở nhóm NC còn 13,3% BN đau và nhóm ĐC còn 30% BN đau. Sự khác biệt về sự thay đổi tỷ lệ BN đau khớp gối tại 2 thời điểm ở 2 nhóm NC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Sau 30 ngày ĐT còn 46,7% BN hạn chế gấp duỗi ở nhóm NC và 50% BN đau ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về sự thay đổi tỷ lệ BN hạn chế vận động khớp gối tại 2 thời điểm ở 2 nhóm NC không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 60 ngày ĐT, ở nhóm NC còn 10% BN đau và nhóm ĐC còn 30% BN đau. Sự khác biệt về sự thay đổi tỷ lệ BN hạn chế gấp duỗi khớp gối tại 2 thời điểm ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 3.17. Sự thay đổi theo thang điểm VAS trước và SĐT

Mức độ đau theo VAS (%)	Nhóm NC (1) (n = 30)			Nhóm ĐC (2) (n = 30)		
	D ₀	D ₃₀	D ₆₀	D ₀	D ₃₀	D ₆₀
Đau nhẹ	6,7	36,7	73,3	10,0	23,4	46,7
Đau vừa	93,3	63,3	26,7	90,0	76,6	53,3
P_(D0-D30)	>0,05			>0,05		
P_(D0-D60)	<0,05			<0,05		
P_{D30(1-2)}	>0,05					
P_{D60(1-2)}	<0,05					

Nhận xét: Bảng 3.17 cho thấy

- Sau 30 ngày ĐT tỷ lệ BN đau vừa chiếm 63,3% ở nhóm NC và 76,6% ở nhóm ĐC, đau nhẹ chiếm 36,7% ở nhóm NC và 23,4% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm D₀ - D₃₀ và giữa nhóm NC và nhóm ĐC.

- Sau 60 ngày ĐT tỷ lệ BN đau nhẹ ở nhóm NC là 73,3%; đau vừa là 26,7%; nhóm ĐC đau nhẹ là 46,7% và đau vừa là 53,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm D₀ và D₆₀ của mỗi nhóm.

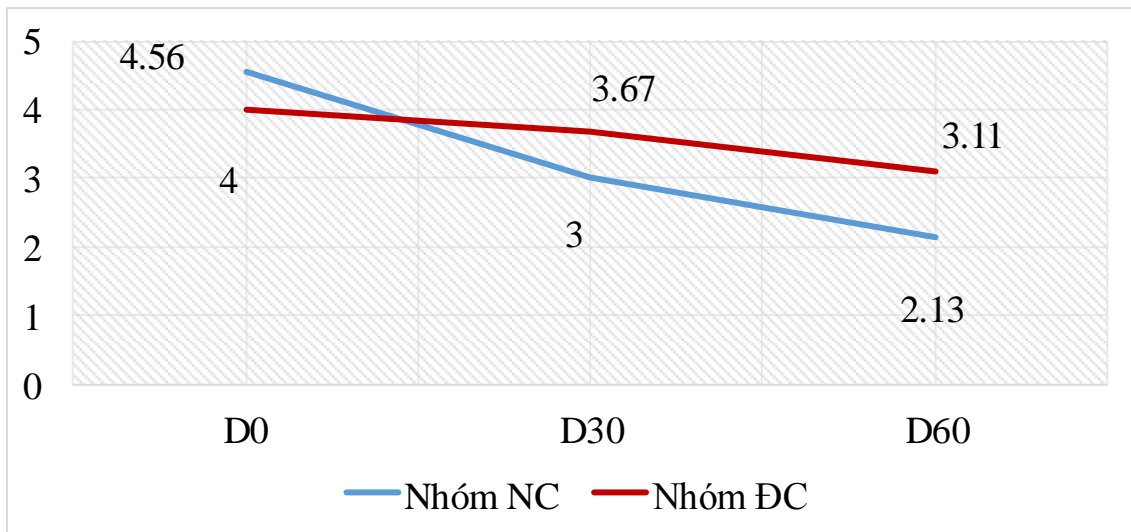
Bảng 3.18. Sự thay đổi giá trị trung bình theo thang điểm VAS trước và SĐT

Thời điểm	Nhóm NC (1) (n = 30)	Nhóm ĐC (2) (n = 30)	p ₁₋₂
D ₀	4,56 ± 1,28	4,00 ± 1,37	>0,05
D ₃₀	3,00 ± 1,21	3,67 ± 1,02	>0,05
D ₆₀	2,13 ± 1,00	3,11 ± 0,31	<0,01

Nhận xét: Sự thay đổi giá trị trung bình điểm đau theo thang điểm VAS của nhóm NC và nhóm ĐC đều giảm tại thời điểm sau 30 ngày và sau 60 ngày ĐT.

- Sau 30 ngày ĐT, điểm VAS trung bình của nhóm NC còn 3,00 ± 1,21 (điểm) và ở nhóm ĐC còn 3,67 ± 1,02 (điểm). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm NC và nhóm ĐC với p>0,05.

- Sau 60 ngày ĐT, điểm đau VAS trung bình của nhóm NC là 2,13 ± 1,00 (điểm) nhóm ĐC là 3,11 ± 0,31 (điểm). Sự khác biệt về thay đổi giá trị trung bình điểm đau theo thang điểm VAS có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với p<0,01.



Hiệu suất theo		Nhóm NC	Nhóm ĐC	P
thang điểm	D ₃₀ - D ₀	-1,36 ± 0,45	-0,83 ± 0,21	<0,05
VAS	D ₆₀ - D ₀	-2,45 ± 1,11	-1,80 ± 0,89	<0,01

Biểu đồ 0.2. Sự thay đổi giá trị TB theo thang điểm VAS trước và SĐT

Nhận xét:

- Hiệu suất giảm điểm VAS trung bình trước và sau 30 ngày ĐT ở nhóm NC là $-1,36 \pm 0,45$ còn nhóm ĐC là $-0,83 \pm 0,21$. ($p < 0,05$).

- Sau 60 ngày ĐT nhóm NC có hiệu suất giảm so với TĐT là $-2,45 \pm 1,11$ (điểm) còn ở nhóm ĐC chỉ là $-1,80 \pm 0,89$ (điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau 60 ngày ĐT ở cả hai nhóm BN về chỉ số VAS trung bình ($p < 0,01$).

Bảng 3.19. Sự thay đổi phân loại điểm Lequensne trước và SĐT

Mức độ hạn chế (Tỷ lệ %)	Nhóm NC (1) (n = 30)			Nhóm ĐC (2) (n = 30)		
	D ₀	D ₃₀	D ₆₀	D ₀	D ₃₀	D ₆₀
Nhẹ (0 - 4 điểm)	13,3	36,7	80,0	23,3	43,3	60,0
TB (5 - 7 điểm)	60,0	56,6	20,0	63,3	50,0	33,3
Nặng (8 - 10 điểm)	26,7	6,7	0	13,3	6,7	6,7
Rất nặng (11 - 13 điểm)	0	0	0	0	0	0
Trầm trọng (> 13 điểm)	0	0	0	0	0	0
P_(D0-D30)	>0,05			>0,05		
P_(D0-D60)	<0,05			<0,05		
P_{D30(1-2)}	>0,05					
P_{D60(1-2)}	<0,05					

Nhận xét: Bảng 3.19 cho thấy

- Sau 30 ngày ĐT, tỷ lệ BN hạn chế mức độ trung bình chiếm 56,6% ở nhóm NC và 50% ở nhóm ĐC, hạn chế mức độ nặng chiếm 6,7% ở mỗi nhóm NC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm D₀ - D₃₀ và giữa 2 nhóm NC.

- Sau 60 ngày ĐT, tỷ lệ BN hạn chế mức độ nhẹ chiếm 80% ở nhóm NC và 60% ở nhóm ĐC, không còn BN hạn chế mức độ nặng ở nhóm NC, nhóm ĐC vẫn còn 6,7% hạn chế nặng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm D₀ - D₆₀ và giữa 2 nhóm NC.

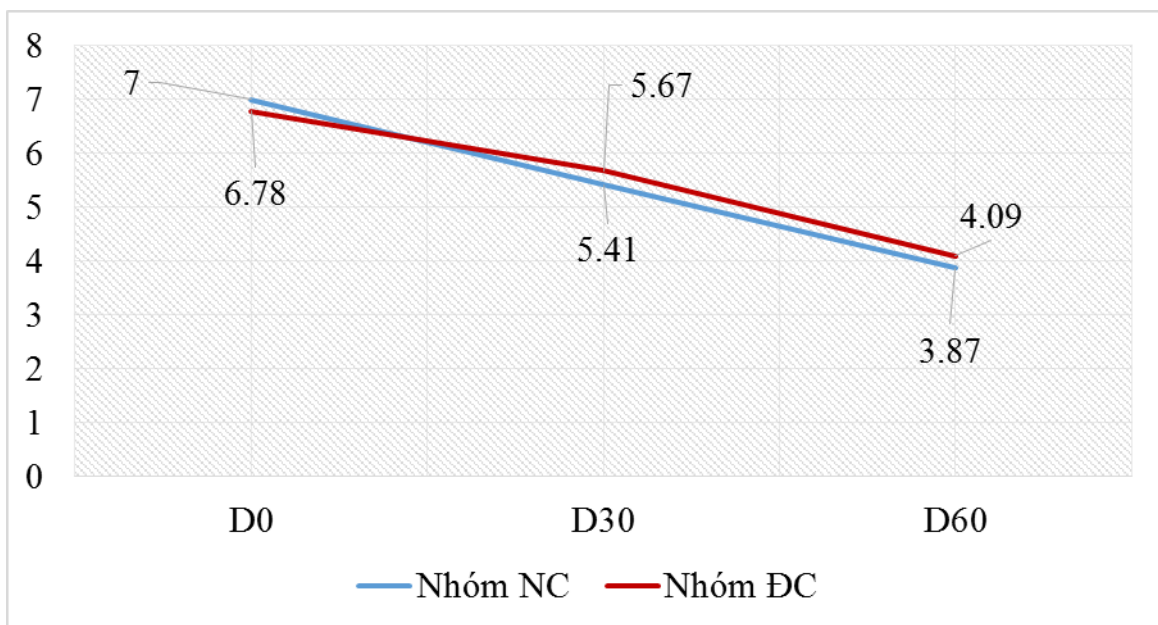
Bảng 3.20. Sự thay đổi giá trị trung bình điểm Lequensne trước và SĐT

Thời điểm	Nhóm NC (1) (n = 30)	Nhóm ĐC (2) (n = 30)	p ₁₋₂
D ₀	7,00 ± 2,45	6,78 ± 2,09	>0,05
D ₃₀	5,41 ± 1,34	5,67 ± 1,99	>0,05
D ₆₀	3,87 ± 1,22	4,09 ± 1,00	<0,05

Nhận xét: Sự thay đổi giá trị trung bình điểm Lequensne của 2 nhóm NC tại thời điểm sau 30 ngày và sau 60 ngày ĐT

- Sau 30 ngày ĐT, giá trị trung bình điểm Lequensne ở nhóm NC giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm NC và nhóm ĐC với $p > 0,05$.

- Sau 60 ngày ĐT, sự khác biệt về thay đổi giá trị trung bình điểm Lequensne có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm D₀ D₆₀ ở mỗi nhóm và giữa 2 nhóm NC với $p < 0,05$.



Hiệu suất		Nhóm NC	Nhóm ĐC	P
TB điểm	D ₃₀ - D ₀	-2,46 ± 1,25	-1,77 ± 0,35	<0,05
Lequensne	D ₆₀ - D ₀	-4,00 ± 1,45	-3,11 ± 0,87	<0,01

Biểu đồ 0.3. Sự thay đổi giá trị TB điểm Lequensne trước và SĐT

Nhận xét: Hiệu suất giảm điểm Lequensne trung bình trước và sau 30 ngày ĐT ở nhóm NC là $-2,46 \pm 1,25$ còn nhóm ĐC là $-1,77 \pm 0,35$. Như vậy sau 30 ngày ĐT sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau 30 ngày ĐT ở cả hai nhóm về hiệu suất điểm Lequensne trung bình ($p < 0,05$).

Sau 60 ngày ĐT, nhóm NC có hiệu suất giảm so với TĐT là $-4,00 \pm 1,45$ còn ở nhóm ĐC chỉ là $-3,11 \pm 0,87$ (điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau 60 ngày ĐT ở cả hai nhóm về hiệu suất điểm Lequensne trung bình ($p < 0,01$).

Bảng 3.21. Sự thay đổi phân loại biên độ gấp khớp gối trước và SĐT

Mức độ hạn chế gấp khớp gối (Tỷ lệ %)	Nhóm NC (1) (n = 30)			Nhóm ĐC (2) (n = 30)		
	D ₀	D ₃₀	D ₆₀	D ₀	D ₃₀	D ₆₀
Hạn chế nặng	26,7	6,7	0	13,3	6,7	6,7
Hạn chế TB	60,0	56,6	20,0	63,3	50,0	33,3
Hạn chế nhẹ	13,3	36,7	70,0	23,3	43,3	60,0
Không hạn chế	0	0	10	0	0	0
P_(D0-D30)	>0,05			>0,05		
P_(D0-D60)	<0,05			<0,05		
P_{D30(1-2)}	>0,05					
P_{D60(1-2)}	<0,05					

Nhận xét: Bảng 3.21 cho thấy mức độ hạn chế vận động gấp khớp gối có sự cải thiện SĐT, trong đó

- Sau 30 ngày ĐT, tỷ lệ BN hạn chế mức độ trung bình chiếm 56,6% ở nhóm NC và 50% ở nhóm ĐC, hạn chế mức độ nặng chiếm 6,7% ở mỗi nhóm NC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm D₀ - D₃₀ và giữa 2 nhóm NC.
- Sau 60 ngày ĐT, tỷ lệ BN hạn chế mức độ nhẹ chiếm 70% ở nhóm NC và 60% ở nhóm ĐC, không còn BN hạn chế mức độ nặng ở nhóm NC, nhóm ĐC vẫn còn

6,7% hạn chế nặng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm $D_0 - D_{60}$ và giữa 2 nhóm NC.

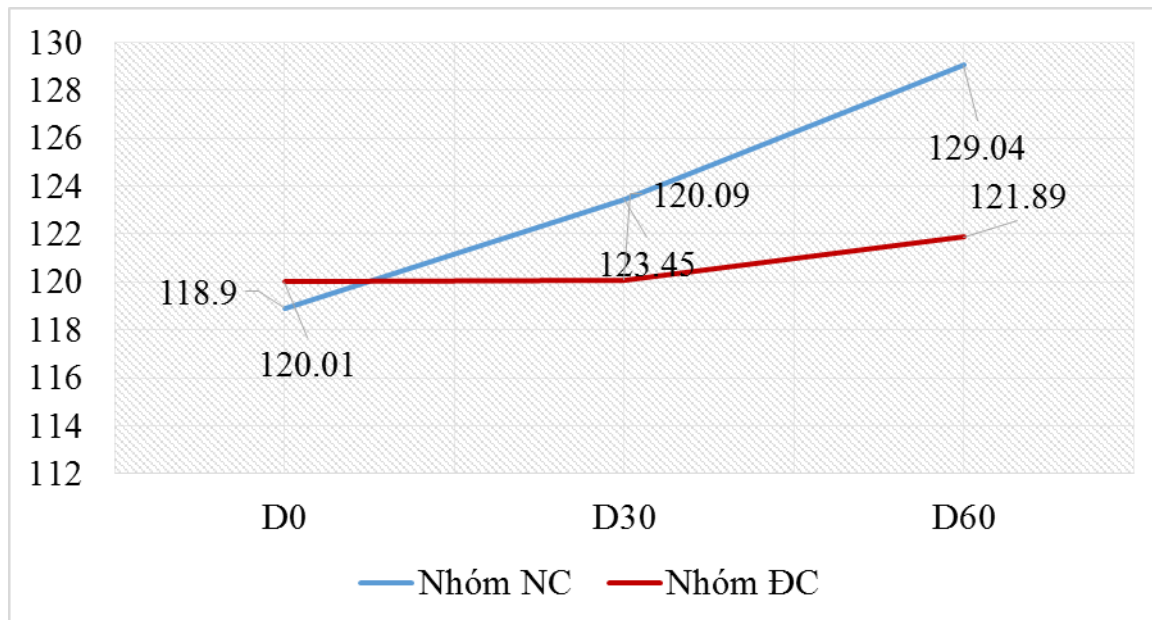
Bảng 3.22. Sự thay đổi giá trị trung bình biên độ gấp khớp gối trước và SĐT

Thời điểm	Nhóm NC (1) (n = 30)	Nhóm ĐC (2) (n = 30)	P_{1-2}
D_0	118,90 ± 10,36	120,01 ± 9,67	>0,05
D_{30}	123,45 ± 5,77	120,09 ± 7,84	>0,05
D_{60}	129,04 ± 6,90	121,89 ± 3,01	<0,05

Nhận xét: Sự thay đổi giá trị trung bình biên độ gấp khớp gối của 2 nhóm

- Sau 30 ngày ĐT, giá trị trung bình biên độ gấp khớp gối ở nhóm NC giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm NC và nhóm ĐC với $p > 0,05$.

- Sau 60 ngày ĐT, sự khác biệt về thay đổi giá trị trung bình biên độ gấp khớp gối có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm $D_0 - D_{60}$ ở mỗi nhóm và giữa 2 nhóm NC với $p < 0,05$.



Hiệu suất		Nhóm NC	Nhóm ĐC	P
biên độ gấp khớp gối	$D_{30} - D_0$	5,00 ± 1,56	1,00 ± 7,01	<0,05
	$D_{60} - D_0$	10,90 ± 3,36	2,01 ± 2,00	<0,01

Biểu đồ 0.4. Sự thay đổi giá trị TB của biên độ gấp khớp gối trước và SĐT

Nhận xét: Tầm vận động gấp khớp gối tăng dần theo thời gian ĐT, nhóm NC tăng cao hơn nhóm ĐC.

- Sau 30 ngày ĐT, hiệu suất tăng TVĐ khớp gối ở nhóm NC là $5,0 \pm 1,56$ ($^{\circ}$) và nhóm ĐC là $1,0 \pm 7,01$ ($^{\circ}$). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

- Sau 60 ngày ĐT, nhóm NC có hiệu suất tăng TVĐ là $10,09 \pm 3,36$ ($^{\circ}$) còn nhóm ĐC là $2,01 \pm 2,00$ ($^{\circ}$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.23. Sự thay đổi phân loại chỉ số gót mông trước và SĐT

Phân loại (Tỷ lệ %)	Nhóm NC (1) (n = 30)			Nhóm ĐC (2) (n = 30)		
	D ₀	D ₃₀	D ₆₀	D ₀	D ₃₀	D ₆₀
Không hạn chế	0	6,7	10,0	0	0	3,3
Hạn chế TB	73,3	96,3	90,0	63,3	90,0	90,0
Hạn chế nặng	26,7	0	0	23,3	10,0	6,7
Hạn chế rất nặng	0	0	0	0	0	0
P_(D0-D30)	>0,05			>0,05		
P_(D0-D60)	<0,05			<0,05		
P_{D30(1-2)}	>0,05					
P_{D60(1-2)}	<0,05					

Nhận xét: Bảng 3.23 cho thấy sự thay đổi chỉ số gót mông tốt hơn SĐT, trong đó

- Sau 30 ngày ĐT, tỷ lệ BN hạn chế mức độ trung bình chiếm 96,3% ở nhóm NC và 90% ở nhóm ĐC, hạn chế mức độ nặng ở nhóm ĐC chiếm 10%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm D₀ - D₃₀ và giữa 2 nhóm NC.

- Sau 60 ngày ĐT, tỷ lệ BN hạn chế mức độ trung bình chiếm 90% ở nhóm NC và 90% ở nhóm ĐC. Không hạn chế chiếm 10% ở nhóm NC và 3,3% ở nhóm ĐC, nhóm ĐC vẫn còn 6,7% hạn chế nặng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 thời điểm D₀ - D₆₀ và giữa 2 nhóm NC.

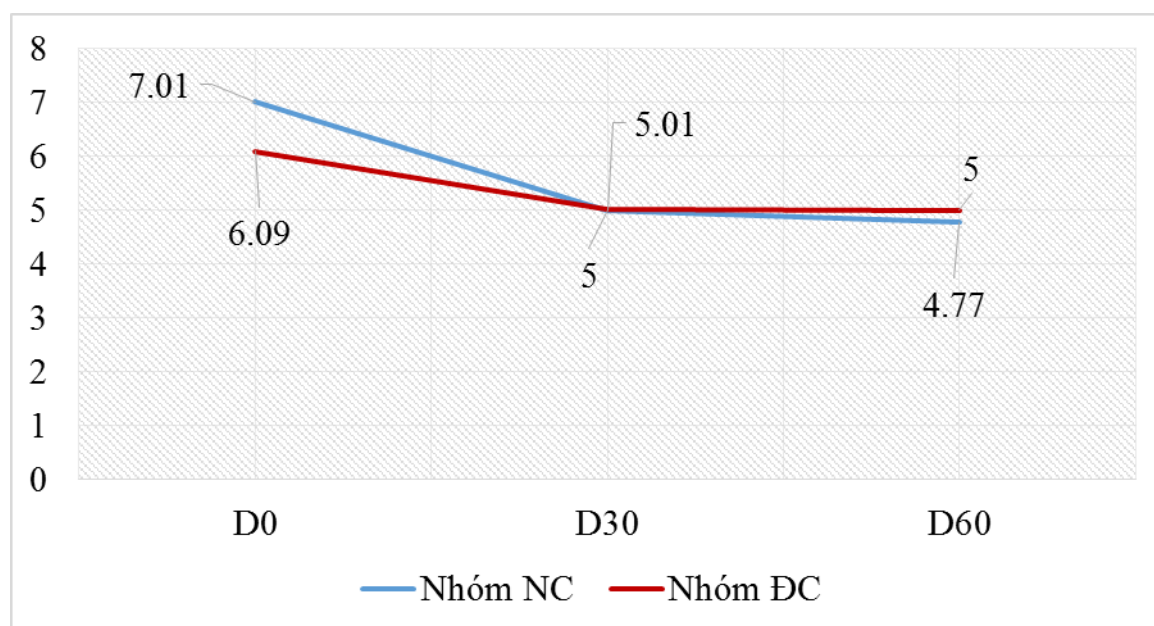
Bảng 3.24. Sự thay đổi giá trị trung bình chỉ số gót móng trước và SĐT

Thời điểm	Nhóm NC (1) (n = 30)	Nhóm ĐC (2) (n = 30)	p_{1-2}
D ₀	7,01 ± 3,44	6,09 ± 2,31	>0,05
D ₃₀	5,00 ± 1,26	5,01 ± 1,09	>0,05
D ₆₀	4,77 ± 0,78	5,00 ± 1,13	<0,05

Nhận xét: Sự thay đổi giá trị trung bình chỉ số gót móng của nhóm NC tốt hơn nhóm ĐC.

- Sau 30 ngày ĐT, hiệu số giá trị trung bình chỉ số gót móng ở cả 2 nhóm thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 60 ngày ĐT, hiệu số giá trị trung bình chỉ số gót móng ở cả 2 nhóm thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Hiệu suất chỉ số		Nhóm NC	Nhóm ĐC	P
số	D ₃₀ - D ₀	-2,78 ± 1,31	- 1,67 ± 1,00	<0,05
gót móng	D ₆₀ - D ₀	-3,09 ± 1,67	-1,46 ± 0,89	<0,01

Biểu đồ 0.2. Sự thay đổi giá trị TB của chỉ số gót móng trước và SĐT

Nhận xét: Hiệu suất về chỉ số gót móng giữa 2 thời điểm D₃₀ D₀ ở nhóm NC là -2,78 ± 1,31 và nhóm ĐC là -1,67 ± 1,00, sự khác biệt về hiệu số chỉ số gót móng giữa 2 thời điểm ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 60 ngày ĐT, hiệu suất về chỉ số gót móng giữa 2 thời điểm D_{60} D_0 ở nhóm NC là $-3,09 \pm 1,67$ và nhóm ĐC là $-1,46 \pm 0,89$, sự khác biệt về hiệu số chỉ số gót móng giữa 2 thời điểm ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.2. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống trước và SĐT

Bảng 3.25. Sự thay đổi điểm CLCS trước và SĐT ở 2 nhóm NC

Chỉ tiêu $\bar{X} \pm SD$	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		P _{D0-D60}
	D ₀	D ₆₀	D ₀	D ₆₀	
Thể lực	45,69 ± 14,55	88,94 ± 13,96	40,00 ± 13,25	76,14 ± 11,23	<0,001
Chức năng thể lực	50,01 ± 17,98	66,51 ± 28,50	45,67 ± 12,21	50,00 ± 18,28	<0,001
Cảm giác đau	40,33 ± 10,65	66,26 ± 15,26	36,78 ± 9,89	59,08 ± 12,23	<0,001
Hoạt động sức khỏe chung	31,23 ± 11,09	49,04 ± 12,61	28,90 ± 4,67	40,09 ± 11,22	<0,001
Sức sống	40,82 ± 11,21	56,88 ± 14,31	37,09 ± 9,89	50,90 ± 5,98	<0,001
Hoạt động xã hội	43,06 ± 12,94	63,99 ± 15,66	39,08 ± 9,08	56,77 ± 10,34	<0,001
Chức năng cảm xúc	34,90 ± 19,27	52,98 ± 22,75	29,07 ± 20,00	40,03 ± 19,80	<0,001
Sức khỏe tâm lý	39,99 ± 12,90	57,69 ± 13,51	37,87 ± 11,39	49,19 ± 12,11	<0,001

Nhận xét: Sự thay đổi về chỉ tiêu chức năng thể lực trước và SĐT có sự chênh lệch lớn hơn (ở nhóm NC tại thời điểm D_0 là $45,69 \pm 14,55$ và tại thời điểm D_{60} là $88,94 \pm 13,96$, ở nhóm ĐC tại thời điểm D_0 là $40,00 \pm 13,25$ và D_{60} là $76,14 \pm 11,23$). Kết quả cho thấy sự thay đổi điểm CLCS trước và sau tập ở cả 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.26. Sự thay đổi hiệu số điểm CLCS trước và SĐT ở 2 nhóm NC

Chỉ tiêu $\bar{X} \pm SD$	Hiệu số $D_{60} - D_0$		P_{1-2}
	Nhóm NC (1) (n=30)	Nhóm ĐC (2) (n=30)	
Thể lực	45,09 ± 12,33	26,77 ± 13,57	<0,001
Chức năng thể lực	20,01 ± 10,98	6,89 ± 3,44	<0,001
Cảm giác đau	20,13 ± 10,56	16,78 ± 5,43	<0,001
Hoạt động sức khỏe chung	14,56 ± 9,08	12,56 ± 10,32	<0,001
Sức sống	19,56 ± 13,65	10,87 ± 6,09	<0,001
Hoạt động xã hội	24,89 ± 10,71	14,78 ± 8,09	<0,001
Chức năng cảm xúc	27,77 ± 14,56	10,00 ± 3,56	<0,001
Sức khỏe tâm lý	17,67 ± 10,00	11,55 ± 6,13	<0,001

Nhận xét: Bảng 3.26 cho thấy cao nhất là hiệu số điểm CLCS về thể lực với $45,09 \pm 12,33$ ở nhóm NC và $26,77 \pm 13,57$ ở nhóm ĐC. Sự khác biệt về hiệu số điểm CLCS trước và SĐT có ý nghĩa thống kê giữa nhóm NC và nhóm ĐC với $p < 0,001$.

Bảng 3.27. Sự thay đổi phân loại điểm CLCS trước và SĐT

Phân loại (n,%)	Nhóm NC (1) (n = 30)				Nhóm ĐC (2) (n = 30)			
	D_0		D_{60}		D_0		D_{60}	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt (76-100 điểm)	3	10,0	19	63,3	2	6,7	10	33,3
Khá (51-75 điểm)	5	16,7	9	30,0	7	23,3	15	50,0
TB (26-50 điểm)	18	60,0	2	6,7	19	63,3	5	16,7
Kém (0-25 điểm)	4	13,3	0	0	2	6,7	0	0
p_{D0}	>0,05							
p_{D60}	<0,05							

Nhận xét: Bảng 3.29 cho thấy sau 60 ngày ĐT tỷ lệ điểm CLCS loại tốt chiếm 63,3% ở nhóm NC và 33,3% ở nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3.28. Sự thay đổi giá trị trung bình điểm CLCS trước và SĐT

Thời điểm	Nhóm NC (1) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm ĐC (2) $\bar{X} \pm SD$	p_{1-2}
D_0	48,90 \pm 12,11	50,01 \pm 12,09	>0,05
D_{60}	89,99 \pm 12,00	76,90 \pm 11,03	<0,01
$ D_{60} - D_0 $	40,00 \pm 9,08	30,01 \pm 6,77	<0,01

Nhận xét: Bảng 3.28 cho thấy sau 60 ngày ĐT, sự thay đổi điểm TB CLCS của nhóm NC là 40,00 \pm 9,08 và nhóm ĐC là 01 \pm 6,77. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau 60 ngày ĐT với $p < 0,01$.

3.2.3. Sự thay đổi triệu chứng cận lâm sàng trước và SĐT

Bảng 3.29. Sự thay đổi tổn thương trên siêu âm khớp gối trước và SĐT

Hình ảnh	Nhóm NC (1) (n = 30)				Nhóm ĐC (2) (n = 30)				p_{1-2}
	D_0		D_{60}		D_0		D_{60}		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mỏng sụn khớp	30	100	30	100	30	100	30	100	>0,05
Gai xương	22	73,3	22	73,3	18	60	18	60	>0,05
Có tràn dịch khớp gối	0	0	0	0	0	0	0	0	
Viêm màng hoạt dịch	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kén Baker	0	0	0	0	0	0	0	0	

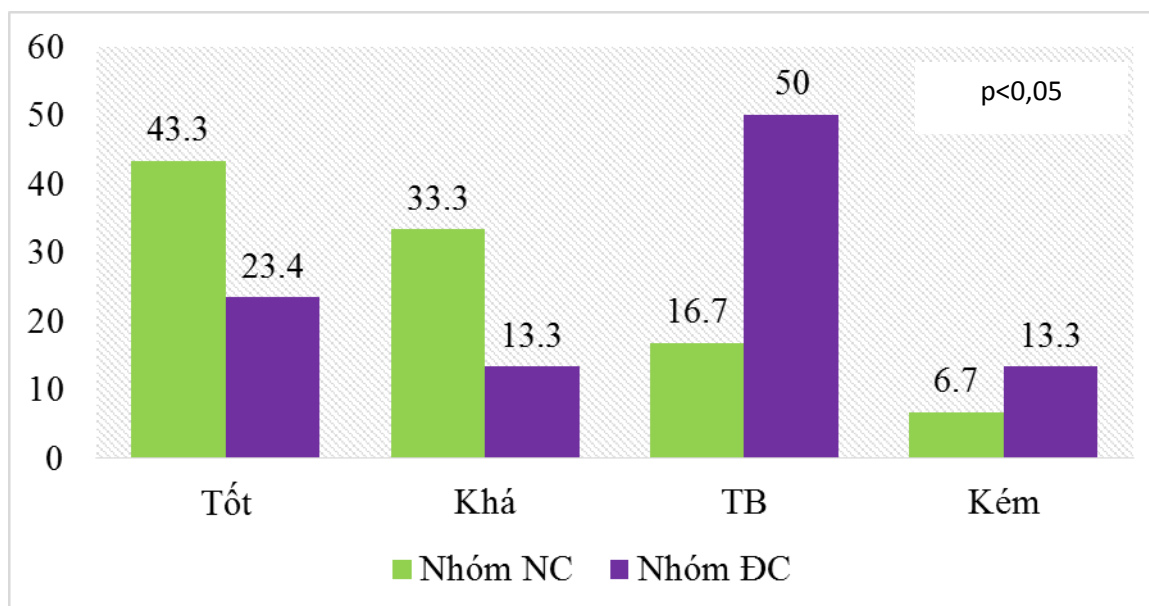
Nhận xét: Bảng 3.29 cho thấy sau 60 ngày tập, không có thay đổi về tổn thương THK gối trên siêu âm khớp gối. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau 60 ngày điều trị với $p > 0,05$.

Bảng 3.30. Sự thay đổi chỉ số hormone ở một số BN NC trước và SĐT

Nhóm n=3	Nhóm NC (1) $\bar{X} \pm SD$		Nhóm ĐC (2) $\bar{X} \pm SD$	
	D ₀	D ₆₀	D ₀	D ₆₀
Nam(Testosterol) (mmol/l)	21,51 ± 2,31	20,48 ± 2,40	21,20 ± 2,12	20,53 ± 2,10
Nữ(Estrogen-E2) (pmol/l)	9,15 ± 1,77	8,79 ± 1,56	8,85 ± 1,67	8,67 ± 1,48
p	>0,05		>0,05	

Nhận xét: Nồng độ testosterol trung bình ở nam và nồng độ estrogen trung bình nữ thay đổi không có ý nghĩa thống kê trước và sau 60 ngày tập DS ở cả 2 nhóm NC với $p > 0,05$.

3.3. Hiệu quả điều trị chung

**Biểu đồ 3.6. Phân loại hiệu quả điều trị chung**

Nhận xét: Hiệu quả điều trị chung của nhóm NC và nhóm ĐC:

- Nhóm NC: Hiệu quả tốt và khá đạt 76,6%; TB là 16,7% và 6,7% kém
- Nhóm ĐC: Hiệu quả tốt và khá đạt 36,7%; TB là 50% và 13,3% kém.

Sự khác biệt về hiệu quả điều trị ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3.4. Tác dụng không mong muốn của bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng hỗ trợ điều trị THK gối nguyên phát

Sau 60 ngày tập bài tập DS Nguyễn Văn Hưởng ở nhóm NC chưa tìm thấy tác dụng không mong muốn về đau tăng khớp gối khi tập, buồn nôn, nôn, tiêu chảy khi dùng thuốc và chưa phát hiện tràn dịch khớp gối trên siêu âm khớp gối.

4.1. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

4.1.1. Đặc điểm về giới tính

Theo kết quả NC bảng 3.1 trên 60 BN THK gôi nguyên phát thì BN nữ chiếm tới 63,3%, nam giới chỉ chiếm 36,7%. Không có sự khác biệt về phân bố tỷ lệ mắc bệnh theo giới giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Kết quả NC của chúng tôi tương tự kết quả NC của các tác giả khác về THK gôi đều đưa ra kết luận rằng tỷ lệ mắc bệnh nữ giới cao hơn so với nam giới, như NC của tác giả Đặng Hồng Hoa (2001) tại khoa Cơ Xương Khớp Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ BN THK gôi là nữ chiếm 69% [20]. NC của Lê Na (2012) trên 305 BN cũng có tỷ lệ nữ chiếm 71,8% [46]. NC của Nguyễn Thị Bích (2014) tỷ lệ BN nữ chiếm 71,7% [33]. NC của N.Glass (2015) trên 2712 BN thì có 60% là nữ giới và 40 % là nam giới [47]. NC của tác giả Tô Mạnh Cảnh (2018) trên 60 BN THK gôi ở nhóm NC tỷ lệ BN nữ chiếm 80% và ở nhóm ĐC chiếm 83,3% [35].

Lý do tỷ lệ nữ mắc bệnh THK cao hơn nam cho đến nay vẫn chưa được giải thích thỏa đáng nhưng có nhiều tác giả cho rằng nữ dễ bị THK hơn nam là do sự thay đổi hormone thường gặp ở giai đoạn tiền mãn kinh, sự suy giảm hormone sinh dục nữ làm giảm tế bào sụn. Những NC của các tác giả cho thấy người sử dụng hormone thay thế thì giảm tỷ lệ THK gôi và khớp háng so với những người không dùng [16].

4.1.2. Đặc điểm theo tuổi

Theo kết quả NC được trình bày bảng 3.2 cho thấy tuổi thấp nhất là 49, tuổi cao nhất là 85. BN THK gôi trong NC từ 50 tuổi trở lên chiếm tới 96,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Độ tuổi trung bình trong NC của chúng tôi tương tự với kết quả trong các NC của các tác giả khác. Tác giả Đặng Hồng Hoa (2001) trong NC về tình hình THK ở bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ BN trên 50 tuổi chiếm 78,6% [20]. NC của Nguyễn Thị Bích (2014) tỷ lệ BN trên 50 tuổi ở nhóm NC chiếm 93,3% và ở nhóm ĐC chiếm 96,7% [33]. Như vậy vấn đề tuổi tác cũng là một trong các yếu tố thuận lợi của THK gôi nguyên phát, chính vì lý do đó mà một trong các yếu tố thuộc tiêu chuẩn chẩn đoán THK gôi của Hội thấp khớp học Mỹ (ACR 1991) là tuổi của BN trên 40 tuổi [42]. NC của Bellamy N (2006) cũng khẳng định rằng tuổi cao là yếu tố

nguy cơ cao nhất của THK gối [48].

THK gối chiếm tỷ lệ cao ở lứa tuổi trên 50, có thể là do theo quy luật tự nhiên, khi tuổi càng cao thì các tế bào sụn càng già đi do khả năng tổng hợp collagen và mucopolysaccharid bị giảm sút và rối loạn, chất lượng sụn sẽ kém làm giảm khả năng đàn hồi và chịu lực. Thêm vào đó, dưới tác dụng của các yếu tố cơ học như lao động chân tay, tăng tải trọng do tăng cân càng làm cho bệnh THK gối phát triển. Vì thế, có thể thấy yếu tố nguy cơ cao nhất của THK là tuổi tác [1], [14].

Theo lý luận YHCT: Thận tàng tinh, chủ về cốt tủy, chủ về sinh dục và phát dục của cơ thể, sách Nội kinh có viết: “người nữ có 7 thiên quý ($7 \times 7 = 49$), nên 49 tuổi mạch Nhâm yếu, mạch Xung kém, thiên quý cạn hết nên cơ thể yếu đuối; nam giới có 8 thiên quý ($8 \times 8 = 64$), nên 64 tuổi thận khí kém, lục phủ ngũ tạng đều suy yếu, thiên quý cạn, nếu thận hư không sinh được tủy, xương mất sự nuôi dưỡng có thể sinh ra chứng tỳ” [25].

4.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp

Yếu tố nghề nghiệp đã được chứng minh là một trong các yếu tố nguy cơ gây bệnh THK gối [14]. Nhiều tác giả cho rằng những công việc nặng nhọc kéo dài hoặc lặp đi lặp lại nhiều lần làm tăng sức nặng tỳ đè lên bề mặt khớp, làm quá sức chịu đựng của sụn gây ra các vi chấn thương liên tiếp cho sụn khớp. Sự tích tụ các vi chấn thương liên tiếp này làm rạn nứt bề mặt sụn và các nứt gãy ở đầu xương dưới sụn, dần dần làm mất sụn, xơ hóa đầu xương dẫn tới thoái hóa sụn, THK [11].

Kết quả NC được trình bày ở bảng 3.3 cho thấy BN thuộc nhóm công nhân và nhóm nông dân trong NC của chúng tôi chiếm tổng tỷ lệ 71,6% cao hơn nhóm công chức viên chức và nhóm hưu trí chỉ chiếm 28,4% ($p < 0,05$). Nhận xét của chúng tôi tương tự với kết luận của tác giả Nguyễn Thị Bích (2014) BN thuộc nhóm nghề lao động chân tay như công nhân và nông dân chiếm tỷ lệ 60% [33] và ở NC của Ngô Chiến Thuật (2017) BN thuộc nhóm lao động chân tay chiếm tỷ lệ 61,7% trong đó nhóm NC chiếm 63,3% và nhóm ĐC chiếm 60% [34]. Tô Mạnh Cảnh (2018) cũng có tỷ lệ BN thuộc nhóm lao động chân tay ở nhóm NC chiếm 66,7% và ở nhóm ĐC chiếm 56,7% [35].

Một trong những yếu tố nguy cơ thường gặp nhất về nghề nghiệp ảnh hưởng

đến THK gói chính là tính chất nặng nhọc của nhóm lao động chân tay. Một NC ở Anh cho thấy nguy cơ THK gói tăng gấp 5 lần ở những công nhân ≥ 55 tuổi kèm theo mang vác nặng (> 25 kg) và quỳ, ngồi xổm hoặc leo cầu thang. Còn ở những công nhân chỉ gói gói thường xuyên mà không vác nặng chỉ có nguy cơ cao hơn gấp 2,5 lần [49]. NC ở Đan Mạch cũng cho thấy, công nhân làm sàn hay xây dựng có nguy cơ THK gói cao hơn so với nhân viên văn phòng và nguy cơ này tăng tỷ lệ thuận với số năm trong nghề. Nam giới làm việc trong ngành xây dựng cũng có nguy cơ mắc THK gói tăng gấp 3,7 lần [49]. Tóm lại, nhóm BN lao động chân tay thường có nguy cơ THK gói cao hơn so với BN lao động trí óc, văn phòng [49].

4.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Theo kết quả tại bảng 3.4, thời gian mắc bệnh trung bình trong NC của chúng tôi ở nhóm NC là $4,88 \pm 1,21$ (năm) còn ở nhóm ĐC là $4,67 \pm 1,0$, không có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh trung bình giữa hai nhóm NC ($p > 0,05$). Kết quả NC này cũng tương tự với kết quả NC của Li Yongkang (1995) ở Trung Quốc thời gian mắc bệnh trung bình của BN THK gói là $4,6 \pm 3,3$ (năm) [50], còn theo Fang Rucai (1995) thì thời gian mắc bệnh của BN THK gói là $4,8 \pm 3,5$ (năm) [51]. Tác giả Ngô Chiên Thuật (2017) có thời gian mắc bệnh trung bình của BN là $4,3 \pm 2,5$ (năm) [34].

THK là bệnh diễn biến mạn tính, nguyên nhân là do quá trình lão hóa và tình trạng quá tải kéo dài của sụn khớp. Bệnh diễn biến lâu ngày mới ảnh hưởng đến chức năng vận động của khớp. Giai đoạn đầu BN chỉ cần nghỉ ngơi hay dùng thuốc giảm đau thông thường, BN thường chỉ đến viện khi chức năng vận động của khớp bị ảnh hưởng. Đây cũng là lý do giải thích vì sao thời gian bị bệnh cho đến thời điểm NC của nhiều tác giả đều khá dài [11], [14].

4.1.5. Đặc điểm vị trí tổn thương

Trên 60 BN THK gói được lựa chọn trong NC thì số BN thoái hóa cả hai khớp gói chiếm tỷ lệ cao nhất 85%, thoái hóa một khớp là 15% (bảng 3.5). Không có sự khác biệt về phân bố vị trí tổn thương khớp gói giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Kết quả NC của chúng tôi cũng tương tự với kết luận trong NC của một số tác giả như NC của Nguyễn Thị Bích (2014) tỷ lệ thoái hóa cả hai khớp chiếm

68,3% cao hơn so với tỷ lệ BN THK gối phải (16,7%) và khớp gối trái (15,0%) [33]. NC của Ngô Chiến Thuật (2017) BN thoái hóa cả 2 khớp gối chiếm 61,7% còn THK gối phải là 18,3% và khớp gối trái là 20,0% [34].

Khớp gối là khớp chịu lực, có góc vận động lớn, nhiều chức năng nên trở thành một trong những vị trí khớp dễ bị thoái hóa. Ở giai đoạn sớm, BN thường đau một bên khớp, sau đó bệnh tiến triển sẽ dẫn đến thoái hóa cả hai bên. THK gối là bệnh tiến triển mạn tính nên thời điểm BN đến khám thường bị tổn thương cả hai khớp [11], [14].

4.2. BÀN LUẬN VỀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

4.2.1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu trước NC

Trong NC của chúng tôi (bảng 3.7), Đau khớp gối (100%), dấu hiệu phá rĩ khớp (100%), hạn chế gập duỗi (93,3%), lạo xạo tại khớp khi cử động (88,3%).

Kết quả NC của chúng tôi phù hợp với các tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thập khớp học Mỹ (ACR) năm 1991 [42] và tương đồng với kết quả của tác giả Đinh Thị Lam (2011) khi NC trên 60 BN THK gối cho thấy các TC thì đau khớp, dấu hiệu phá rĩ khớp, tiếng lạo xạo trong khớp, hạn chế gập duỗi đều gặp ở 100% số đối tượng NC, dấu hiệu bào gổ gặp ở 76,67% số BN NC) [52]. NC của Nguyễn Thu Thủy (2014) với đau khớp gối (100%), hạn chế vận động (100%), dấu hiệu phá rĩ khớp (100%), lạo xạo tại khớp khi vận động (95%), dấu hiệu bào gổ (90%) [53]. Kết quả NC của tác giả Trần Thị Phương Huế (2016) có các TC LS như đau khớp gối (100%), hạn chế vận động (90%), dấu phá rĩ khớp (100%), lạo xạo tại khớp (90%), dấu hiệu bào gổ (93,3%) [54].

TC cơ năng đầu tiên và quan trọng nhất ở BN THK gối là đau khớp gối. 100% BN THK gối trong NC của chúng tôi có biểu hiện đau khớp gối ở các mức độ khác nhau. Điểm khác biệt cơ bản về tính chất đau khớp giữa BN THK và BN mắc các bệnh khớp khác là đau trong THK thường xuất hiện và tăng lên khi vận động nhưng khi nghỉ ngơi thì đỡ đau.

Trong THK gối, cùng với đau khớp gối là tình trạng cứng khớp. Cứng khớp có thể nhận thấy vào buổi sáng ngủ dậy nhưng cũng có thể xảy ra vào bất cứ thời

điểm nào trong ngày đặc biệt lúc bắt đầu hoạt động sau khi nghỉ còn gọi là dấu hiệu phá gỉ khớp. Cứng khớp buổi sáng kéo dài trên 20 phút thường gặp ở BN THK gối giai đoạn tiến triển [55]. Vì vậy, xác định thời gian cứng khớp là TC có giá trị theo dõi sự tiến triển của bệnh.

THK gối có ảnh hưởng nhiều nhất đến chức năng vận động. Hạn chế cử động khớp có thể gây ra do đau, do tràn dịch làm kéo căng bao khớp, gai xương ở vùng rìa, cơ cơ, yếu cơ hoặc kén khoeo. Đây cũng chính là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tàn phế. Vì vậy phát hiện bệnh và ĐT sớm, quản lí tốt các BN THK gối hạn chế được các biến chứng này sẽ giảm bớt gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Các TC thường gặp khi thăm khám khớp gối là lạo xạo tại khớp khi khám. Nguyên nhân gây lạo xạo tại khớp là do bề mặt sụn khớp không còn trơn nhẵn mà sần sùi gồ ghề kèm theo dịch khớp giảm độ nhớt nên khi cử động khớp gối, các sụn bọc đầu xương, thậm chí một số BN mất sụn từng ổ chỉ còn lại đầu xương cọ sát vào nhau gây ra tiếng lạo xạo. Đây là dấu hiệu phản ánh trung thành tình trạng THK gối mà trong các tiêu chuẩn chẩn đoán của ACR và EULAR đều có mặt. Schiphof cho rằng lạo xạo xương có liên quan với các tổn thương THK gối trên cộng hưởng từ, nó phản ánh tình trạng tổn thương sụn khớp đùi chè nhiều hơn sụn khớp đùi chày [56]. Ike và cộng sự cũng chỉ ra rằng lạo xạo xương có liên quan đến mức độ tổn thương sụn khớp quan sát trên nội soi với độ nhạy 54%, độ đặc hiệu 100% khi có lộ xương chày và độ nhạy 88%, độ đặc hiệu 100% khi có tổn thương xương tiếp xúc với xương [57].

4.2.2 Đặc điểm mức độ đau khớp gối theo thang điểm VAS trước NC

Đau khớp gối thường là TC đầu tiên của THK biểu hiện trên LS. Mức độ đau khớp ở mỗi BN khác nhau phụ thuộc vào mức độ tổn thương cấu trúc cũng như phụ thuộc vào ngưỡng đau của mỗi người. Vì vậy, việc tìm hiểu các yếu tố liên quan đến đau đóng vai trò quan trọng trong vấn đề tiên lượng để có thái độ xử trí phù hợp nhằm hạn chế tối đa tình trạng đau và tàn phế ở BN THK. Trong NC này, chúng tôi sử dụng thang điểm nhìn VAS (Visual Analog Scale) để đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh. [41].

Kết quả NC bảng 3.8 cho thấy đau khớp gối TĐC ở cả hai nhóm theo thang

điểm VAS chỉ đau từ mức độ nhẹ đến vừa theo tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng NC ($VAS < 6$). Do đó, trường hợp đau ở mức độ nặng và rất nặng không được lựa chọn vào NC. Trong đó, đau ở mức độ vừa chiếm đa số 91,7%, nhóm NC đau ở mức độ vừa chiếm 93,3%, ở nhóm ĐC là 90,0%. Sự khác biệt về mức độ đau theo thang điểm VAS giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sở dĩ BN trong NC của chúng tôi chủ yếu đau ở mức độ vừa là vì nhóm BN có tuổi trung bình cao và thời gian mắc bệnh kéo dài hơn 4 năm mà THK gối là bệnh diễn biến từ từ, tiến triển qua nhiều năm nên mức độ đau theo đó cũng tăng dần.

4.2.3. Mức độ hạn chế chức năng khớp gối theo Lequesne trước NC

THK gối là nguyên nhân dẫn tới hạn chế và giảm khả năng vận động ở người có tuổi. Đau khớp gối là TC chính khiến BN THK gối phải đến khám và cũng là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tàn phế, ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh. Giai đoạn đầu BN thường chỉ đau khi leo cầu thang, ngồi xổm, sau đó đau ở mức độ nặng hơn. BN có thể đau khớp gối mỗi khi cử động, khi đi lại trên đường bằng thậm chí đau cả khi nghỉ ngơi. Đau có thể xuất hiện ngay sau khi bắt đầu vận động và ngày càng tăng, khiến người bệnh có thể phải sử dụng một hoặc hai nạng chống khi đi lại. Trường hợp nhẹ BN có thể chỉ hạn chế cử động gấp duỗi do đau. Trường hợp nặng, đặc biệt ở những BN THK gối giai đoạn muộn, dính khớp và hạn chế chức năng gây ra những khó khăn cho sinh hoạt của người bệnh.

Kết quả NC được trình bày trên bảng 3.9 cho thấy tại thời điểm TĐT có 61,7% BN tổn thương chức năng khớp gối ở mức trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất, còn chỉ có 18,3% BN tổn thương ở mức độ nhẹ và 20,0% BN tổn thương ở mức độ nặng. Sự khác biệt về mức độ tổn thương chức năng khớp gối giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy có sự tương đồng giữa mức độ tổn thương chức năng khớp gối theo Lequesne và mức độ đau theo thang điểm VAS. Do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng NC chỉ lựa chọn mức độ đau nhẹ và vừa trong đó tỷ lệ đau vừa chiếm đa số cho nên mức độ tổn thương chức năng khớp gối trung bình cũng tương ứng chiếm đa số.

4.2.4. Đặc điểm tầm vận động khớp gối trước nghiên cứu

Đánh giá TVĐ khớp gối theo độ gấp duỗi của Warent trên các BN trong NC của chúng tôi tại thời điểm TĐT (bảng 3.10) cho thấy hạn chế TVĐ khớp gối từ mức độ nhẹ đến nặng. Trong đó, mức độ trung bình chiếm đa số 61,7% tổng số đối tượng NC, ở nhóm NC chiếm 60,0%, nhóm ĐC chiếm 63,3%. Số BN bị hạn chế mức độ nhẹ và nặng gần tương đương nhau, chỉ chiếm tỷ lệ 18,3% với mức độ nhẹ và 20% với mức độ nặng. Sự khác biệt về mức độ hạn chế TVĐ giữa hai nhóm TĐT không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Lý giải cho vấn đề này: THK gối là một bệnh mạn tính, nặng lên theo tuổi tác, tuổi tác càng cao THK càng nhiều. Triệu chứng hay gặp nhất của THK gối là đau khớp gối và hạn chế vận động khớp gối, khi vận động nhiều hoặc thay đổi thời tiết có thể đau tăng và hạn chế vận động nhiều hơn nhưng BN vẫn chịu được. BN chỉ vào viện khám chữa bệnh khi TVĐ hạn chế nặng ảnh hưởng đến đi lại sinh hoạt của họ. Mặt khác tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng NC chỉ lựa chọn mức độ đau theo thang điểm Vas < 6 do đó không ảnh hưởng quá nặng nề đến khả năng vận động.

4.2.5. Đặc điểm chức năng vận động khớp gối theo chỉ số gót – mông trước NC

Đánh giá TVĐ khớp gối theo chỉ số gót mông (bảng 3.11) cho thấy 93,3% số BN NC có chỉ số gót mông tập trung ở mức độ trung bình và nặng, trong đó sự hạn chế vận động khớp gối theo chỉ số gót mông ở mức độ trung bình chiếm 63,3% còn mức độ nặng chiếm 25%, không hạn chế chỉ chiếm 6,7%. Sự khác biệt giữa hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả NC cũng tương tự NC của Đinh Thị Lam (2011) khi NC trên 60 BN THK gối TĐC có chỉ số gót mông ở mức độ nặng chiếm 53,3% và trung bình là 46,7% [52].

Như vậy hạn chế tầm vận động là một TC hay gặp trong bệnh THK gối. Khớp gối bị hạn chế vận động là do các biến chứng của THK như đau, sưng khớp, tràn dịch khớp, kén Baker, teo cơ, yếu cơ... là nguyên nhân dẫn đến tàn phế. Vì vậy, phát hiện và quản lý tốt các BN THK gối tránh biến chứng sẽ giúp giảm bớt gánh nặng cho BN, gia đình của họ và cho xã hội.

4.2.6 Đặc điểm tình trạng béo phì theo chỉ số BMI trước nghiên cứu

Tại thời điểm đánh giá trước NC (bảng 3.12), chỉ có 6,7% số BN trong NC

được đánh giá gầy. Giá trị trung bình BMI của BN ở nhóm NC là $22,05 \pm 1,67$ và ở nhóm ĐC là $22,11 \pm 1,0$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với NC của tác giả Hoàng Đoan Trang (2015) có BMI trung bình là $22,83 \pm 1,96$ [58].

Nhiều NC đã chỉ ra ảnh hưởng của chỉ số khối lượng cơ thể đến tình trạng THK, đặc biệt là các khớp chịu lực như khớp gối. Theo cơ chế bệnh sinh gây ra quá trình thoái hóa cơ học (trong đó có béo phì) góp phần khởi phát cũng như gia tăng tốc độ thoái hóa của sụn khớp. Cơ thể béo phì gây THK sớm hơn và tình trạng thoái hóa cũng nặng hơn, việc tăng cân quá mức tỷ lệ thuận với sự tăng các TC của bệnh. Ngược lại việc giảm cân làm giảm nguy cơ THK [11], [14].

4.2.7 Đặc điểm mức độ tổn thương khớp gối trên hình ảnh X quang

Tổn thương THK gối trên phim XQ là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán THK gối theo tiêu chuẩn của Hội khớp học Hoa Kỳ (1991) [34], [35]. Mức độ tổn thương THK gối trên XQ theo phân loại của Kellgren và Lawrence được chia làm 4 giai đoạn [21].

Kết quả NC được trình bày trên bảng 3.13 cho thấy tỷ lệ BN THK gối trên hình ảnh XQ theo phân loại của Kellgren và Lawrence ở giai đoạn I chiếm đa số với 90%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ tổn thương khớp gối trên phim XQ giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Trong NC của chúng tôi chỉ có mức độ tổn thương ở giai đoạn I và II theo phân loại của Kellgren và Lawrence vì ở giai đoạn này chưa hẹp khe khớp, chưa hủy hoại sụn và xương dưới sụn, mà PP NC của đề tài là PP điều trị không dùng thuốc của YHCT nên phù hợp với tổn thương khớp gối giai đoạn I và II.

Kết quả các NC LS và dịch tễ học đều cho rằng gai xương là dấu hiệu đặc trưng thường gặp nhất ở BN THK gối. Gai xương hình thành là kết quả sự đáp ứng của sụn khớp và xương dưới sụn với lực cơ học bất thường. Chính vì vậy, tiêu chuẩn chẩn đoán THK gối của Hiệp hội Thấp khớp học Mỹ chủ yếu dựa vào sự có mặt của gai xương. Sự khác biệt về tỷ lệ các tổn thương XQ giữa NC của chúng tôi với NC của các tác giả trong nước là do tiêu chuẩn lựa chọn BN vào NC. NC của tác giả Đặng Hồng Hoa và Nguyễn Thị Ái lựa chọn theo tiêu chuẩn ACR dựa vào

lâm sàng kết hợp với XQ trên đối tượng là những BN THK gối ĐT nội trú tại bệnh viện Bạch Mai là tuyến điều trị cao nhất. Chính vì vậy đối tượng trong NC của Nguyễn Thị Ái có tổn thương XQ nặng hơn chủ yếu ở giai đoạn 3 và 4 chiếm 73,3%.

Như vậy, các đặc điểm LS, CLS của hai nhóm NC TĐT đều có sự tương đồng nên sẽ đảm bảo đánh giá khách quan, chính xác khi so sánh giữa nhóm NC các BN dùng PP tập DS với nhóm ĐC.

4.3. BÀN LUẬN VỀ KẾT QUẢ TÁC DỤNG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ THK GỐI NGUYÊN PHÁT SAU TẬP DƯỠNG SINH NGUYỄN VĂN HƯỞNG

4.3.1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng trước và SĐT

Trong NC của chúng tôi (bảng 3.16) các TC LS của THK gối như đau khớp gối, dấu hiệu phá vỡ khớp, lực khúc tại khớp gối, hạn chế vận động khớp đều giảm tại các thời điểm đánh giá D30 và D60. Trong đó, tại thời điểm TĐT D0 TC đau khớp gối ở cả 2 nhóm NC đều chiếm 100% BN. Sau 60 ngày ĐT, ở nhóm NC còn 13,3% BN đau và nhóm ĐC còn 30% BN đau. Sự khác biệt về sự thay đổi tỷ lệ BN đau khớp gối tại 2 thời điểm ở 2 nhóm NC có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) cho thấy sau 60 ngày tập ở nhóm NC ĐT bằng pháp đồ uống Glucosamin kết hợp tập DS cho hiệu quả giảm đau nhiều hơn so với nhóm ĐC không tập DS.

Tại thời điểm TĐT D0 triệu chứng hạn chế gấp duỗi khớp gối ở nhóm NC chiếm 96,7% BN và nhóm ĐC chiếm 90%. Sau 60 ngày ĐT, ở nhóm NC còn 10% BN đau và nhóm ĐC còn 30% BN đau. Sự khác biệt về sự thay đổi tỷ lệ BN hạn chế gấp duỗi khớp gối tại 2 thời điểm ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) cho thấy sau 60 ngày tập ở nhóm NC ĐT bằng pháp đồ uống Glucosamin kết hợp tập DS cho hiệu quả cải thiện vận động khớp gối nhiều hơn so với nhóm ĐC không tập DS.

THK gối có ảnh hưởng nhiều nhất đến chức năng vận động. Trường hợp nhẹ BN có thể chỉ hạn chế cử động gấp duỗi do đau. Trường hợp nặng, đặc biệt ở những BN THK gối giai đoạn muộn, dính khớp và hạn chế chức năng gây ra những khó khăn cho sinh hoạt của người bệnh.

4.3.2. Sự thay đổi phân loại điểm đau VAS trước và SĐT

Kết quả NC ở bảng 3.18 cho thấy điểm đau trung bình TĐT của 2 nhóm NC được cải thiện dần theo thời gian ĐT. Sau 60 ngày điều trị nhóm NC có hiệu suất giảm so với TĐT là $-2,45 \pm 1,11$ (điểm) còn ở nhóm ĐC chỉ là $-1,80 \pm 0,89$ (điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau 60 ngày ĐT ở cả hai nhóm BN về chỉ số VAS trung bình ($p < 0,01$). Như vậy, xét về hiệu quả ĐT theo chỉ số VAS trung bình thì nhóm NC ĐT bằng PP tập DS có hiệu quả giảm đau tốt hơn so với nhóm ĐC không tập DS.

Lý giải cho kết luận trên: PP tập DS làm cho khí huyết được lưu thông toàn cơ thể, các mạch máu của động mạch sẽ hoạt động điều độ, thúc đẩy quá trình tuần hoàn máu. Mặt khác KC DS có ảnh hưởng tương đối toàn diện đến cơ thể. Thông qua việc luyện tập hoạt động của hệ thần kinh, tập thở, tự xoa bóp và vận động, cơ thể khỏe mạnh lên, bệnh tật giảm dần. Nếu kiên trì tập, có khả năng phòng được bệnh mạn tính tái phát. [28].

4.3.2. Sự thay đổi phân loại điểm Lequensne trước và SĐT

Đau trong THK gôi là do nhiều cơ chế khác nhau như do phản ứng viêm màng hoạt dịch, gai xương làm kéo căng các đầu mút thần kinh ở màng xương, hoặc do rạn nứt nhỏ xương dưới sụn gây kích thích. Đau và sự biến đổi cấu trúc kể trên trong THK gôi dẫn đến giảm chức năng vận động của khớp, nhiều trường hợp khiến BN tàn phế.

Kết quả NC ở bảng 3.20 cho thấy: sau 60 ngày ĐT nhóm NC có hiệu suất giảm so với TĐT là $-4,00 \pm 1,45$ còn ở nhóm ĐC chỉ là $-3,11 \pm 0,87$ (điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau 60 ngày ĐT ở cả hai nhóm BN về điểm Lequensne trung bình ($p < 0,01$). Như vậy, xét về hiệu quả ĐT theo điểm Lequensne trung bình thì nhóm NC ĐT bằng PP tập DS có hiệu quả cải thiện chức năng khớp gôi tốt hơn so với nhóm ĐC không tập DS.

PP tập DS giúp vỏ não chủ động nghỉ ngơi, làm cho tinh thần thoải mái không căng thẳng và về mặt thể chất KCDS làm giảm chuyển hoá cơ bản vì toàn bộ cơ bắp được buông thả và từ đó làm giảm sự tiêu thụ oxygen của cơ thể tiết kiệm được năng lượng, giúp máu về tim dễ hơn và nhiều hơn, giúp làm chủ được giác quan và cảm giác, không để những xung kích bên ngoài tác động vào cơ thể

do vậy nâng cao hiệu suất. Qua luyện tập người tập có khả năng thích ứng tốt và bảo đảm cho hoạt động của cơ thể. [28].

4.3.4 . Sự thay đổi về TVĐ khớp gối trước và SĐT

Hạn chế vận động trong THK gối thường do nhiều nguyên nhân kết hợp như đau, phản ứng viêm của màng hoạt dịch, tổn thương sụn, hẹp khe khớp, xuất hiện gai xương. Đánh giá TVĐ của khớp gối ngoài thang điểm Lequesne, chúng tôi đánh giá thêm chức năng vận động khớp gối ở trạng thái tự do, biểu hiện bằng đo độ gấp duỗi khớp gối. Biên độ vận động bình thường của khớp gối gấp tối đa là 150° .

Kết quả NC bảng 3.22 cho thấy không có sự khác biệt về độ gấp gối trung bình giữa 2 nhóm tại thời điểm đánh giá TĐT, với $p > 0,05$. Sau 60 ngày ĐT (D_{60}) hiệu quả có sự cải thiện rõ rệt, nhóm NC có hiệu suất tăng TVĐ là $10,09 \pm 3,36 (^{\circ})$ còn nhóm ĐC là $2,01 \pm 2,00 (^{\circ})$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Như vậy, cả hai nhóm mặc dù ĐT bằng 2 phác đồ khác nhau nhưng SĐT đều có cải thiện tăng TVĐ khớp gối đáng kể. Tuy nhiên nhóm NC điều trị bằng PP tập DS cải thiện TVĐ khớp gối tốt hơn nhóm ĐC không tập thể hiện ở kết quả tỷ lệ BN hạn chế mức độ nặng và trung bình giảm nhiều hơn so với nhóm ĐC và tỷ lệ BN hạn chế mức độ nhẹ và không hạn chế tăng nhiều hơn so với nhóm ĐC.

PP tập DS là PP tập luyện chống xơ cứng là rất cần thiết để đẩy lùi tuổi già. Xơ cứng làm co rút, làm cứng khớp, làm mạch máu kém lưu thông, ta phải tập luyện cho các khớp hoạt động đến phạm vi tối đa, các bộ phận không bị co rút lại, cho khí huyết lưu thông. Nếu thiếu luyện tập thì quá trình xơ cứng sẽ chiếm dần dần cơ thể và tuổi già sẽ đến mau hơn [27].

4.3.5. Sự thay đổi chỉ số gót mông trước và SĐT

Kết quả NC của chúng tôi (bảng 3.24) cho thấy không có sự khác biệt về chỉ số gót mông trung bình của 2 nhóm tại thời điểm đánh giá TĐT (D_0), với $p > 0,05$. Sau 60 ngày ĐT (D_{60}), Hiệu suất về chỉ số gót mông giữa 2 thời điểm D_{60} D_0 ở nhóm NC là $-3,09 \pm 1,67$ và nhóm ĐC là $-1,46 \pm 0,89$, sự khác biệt về hiệu số chỉ số gót mông giữa 2 thời điểm ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ cho thấy sự cải thiện chỉ số gót mông ở nhóm NC tốt hơn rõ rệt so với nhóm ĐC.

PP DS Nguyễn Văn Hương có nhiều ưu điểm chống xơ cứng, làm cho cơ thể dẻo bằng các tư thế bắt buộc huyết phải lưu thông đến các tế bào ở tận nơi hiểm hóc, tận đến trên óc, tận đến các tuyến nội tiết, các tạng phủ, các khớp xương. Ở đây ta tập một số động tác phù hợp với người lớn tuổi, không nguy hiểm, với mục đích chống xơ cứng để bồi dưỡng sức khỏe, kéo dài tuổi thọ, để lao động tốt kết hợp động tác xoa bóp theo Cốc Đại Phong để chống xơ cứng, cải thiện TVĐ khớp [27].

4.3.6. Sự thay đổi chất lượng cuộc sống trước và SĐT

4.3.6.1 Điểm SF – 36.

Hiệu số điểm CLCS ở 2 thời điểm trước và SĐT của nhóm NC là $40,00 \pm 9,08$ và nhóm ĐC là $30,01 \pm 6,77$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CLCS theo SF36 giữa 2 nhóm tại thời điểm sau NC với $p < 0,01$. Kết quả cho thấy CLCS ở cả 2 nhóm sau NC đều cải thiện đáng kể nhưng ở nhóm NC tập DS cải thiện tốt hơn nhóm ĐC không tập.

Đánh giá sự thay đổi CLCS ở BN THK gói thực sự rất quan trọng vì bệnh mạn tính, kéo dài và thường không gây tử vong, nhưng có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe gồm: thể lực, thể chất, tình cảm cá nhân và nhu cầu xã hội. Vì vậy CLCS có khả năng là một chỉ số phản ánh toàn diện những ảnh hưởng của bệnh THK gói đến cuộc sống của BN, cũng như những tác động của việc ĐT.

4.3.6.2 Điểm sức khỏe thể chất: *Physical component summary (PCS)*

Điểm sức khỏe thể chất bao gồm 4 yếu tố: hoạt động thể lực, chức năng thể lực, cảm giác đau của cơ thể và hoạt động sức khỏe chung.

- Hoạt động thể lực (*Physical Functioning – PF*)

Bộ câu hỏi SF-36 đánh giá hoạt động thể lực của BN THK gói thông qua mức độ hạn chế trong các hoạt động thể lực theo mức độ gắng sức như chạy bộ, chơi thể thao gắng sức, nhấc vật nặng, di chuyển bàn ghế, lau dọn, leo cầu thang, đi bộ, tự chăm sóc... [61].

Điểm hoạt động thể lực trung bình trên BN THK gói trong NC (Bảng 3.25) tại thời điểm trước tập ở nhóm NC là $45,69 \pm 14,44$ và ở nhóm ĐC là $40,00 \pm 13,25$ đều ở mức độ thấp. Kết quả này cao hơn so với NC của Figueiredo Neto EM và cộng sự NC trên 100 BN THK (2011) là $37,0 \pm 30,9$ [62]. Điều này có thể giải

thích có thể do đặc thù nghề nghiệp với tỷ lệ nông dân cao ở NC của chúng tôi đã quen với lao động cường độ cao và cũng quen với những tổn thương của cơ thể.

Kết quả NC ở bảng 3.28 cho thấy hiệu số điểm CLCS trung bình về thể lực trước và sau tập ở nhóm NC là $45,09 \pm 12,33$ và ở nhóm ĐC là $26,77 \pm 13,57$. Sự khác biệt về số điểm CLCS về thể lực trung bình của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này khẳng định nhóm NC điều trị bằng tập DS cải thiện về CLCS tốt hơn so với nhóm ĐC không tập.

- Chức năng thể lực (Role physical - RP)

Chức năng thể lực ảnh hưởng đến khả năng thực hiện các động tác, duy trì công việc và hoạt động, ảnh hưởng đến hiệu quả công việc.

Theo kết quả NC của chúng tôi (bảng 3.25), tại thời điểm trước tập, điểm chức năng thể lực trung bình của nhóm NC là $50,01 \pm 17,98$ và nhóm ĐC là $45,67 \pm 12,21$. So với điểm chức năng thể lực trong NC của Figueiredo Neto EM và cộng sự (2011) đạt $29,3 \pm 42,8$ điểm [62], điểm của NC của chúng tôi cao hơn.

Kết quả NC ở bảng 3.28 cho thấy hiệu số điểm CLCS trung bình về chức năng thể lực trước và sau tập ở nhóm NC là $20,01 \pm 12,33$ và ở nhóm ĐC là $6,89 \pm 3,44$. Sự khác biệt về số điểm CLCS về chức năng thể lực trung bình của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này khẳng định nhóm NC điều trị bằng tập DS cải thiện CLCS về chức năng thể lực tốt hơn so với nhóm ĐC không tập.

- Cảm giác đau của cơ thể (Bodily pain - BP)

Điểm trung bình CLCS về cảm giác đau tại thời điểm trước tập ở nhóm NC là $40,33 \pm 10,65$ và ở nhóm ĐC là $36,78 \pm 9,89$ đều ở mức trung bình. Chỉ số này tương đồng với kết quả NC của Figueiredo Neto EM và cộng sự (2011) với điểm cảm giác đau $39,6 \pm 23,6$ [62].

Kết quả NC ở bảng 3.28 cho thấy hiệu số điểm CLCS trung bình về cảm giác đau trước và sau tập ở nhóm NC là $20,13 \pm 10,56$ và ở nhóm ĐC là $16,78 \pm 5,43$. Sự khác biệt số điểm CLCS về cảm giác đau trung bình của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này khẳng định nhóm NC điều trị bằng tập DS cải thiện CLCS về cảm giác đau tốt hơn so với nhóm ĐC không tập.

- Hoạt động sức khỏe chung (General healthy - GH)

Đây là yếu tố cuối cùng trong nhóm hoạt động thể lực (PCS). NC của chúng tôi tính được số điểm trung bình của chỉ số này trước tập ở nhóm NC là $31,23 \pm 11,09$ và ở nhóm ĐC là $28,09 \pm 4,67$. Chỉ số này tương đồng với NC của Đoàn Xuân Dũng (2016) [61] là $30,36 \pm 13,77$.

Kết quả NC ở bảng 3.28 cho thấy hiệu số điểm CLCS trung bình về hoạt động sức khỏe chung trước và sau tập ở nhóm NC là $14,56 \pm 9,08$ và ở nhóm ĐC là $12,56 \pm 10,32$. Sự khác biệt số điểm CLCS về hoạt động sức khỏe chung trung bình của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này khẳng định để cải thiện được CLCS liên quan đến sức khỏe thể chất của BN THK gối cần phải cải thiện các triệu chứng đau, cứng khớp và cải thiện chức năng vận động của BN.

4.3.6.3 Điểm sức khỏe tinh thần Mental component summary (MCS)

Điểm sức khỏe tinh thần (MCS) bao gồm 4 khía cạnh: sức sống, hoạt động xã hội, chức năng cảm xúc và sức khỏe tâm lý.

- Sức sống (Vitality - VT)

Sức sống ảnh hưởng tới thái độ của BN với tình trạng bệnh của bản thân, đánh giá khả năng đối mặt với khó khăn.

Điểm trung bình CLCS về sức sống tại thời điểm trước tập ở nhóm NC là $40,82 \pm 11,21$ và ở nhóm ĐC là $37,09 \pm 9,89$ đều ở mức trung bình. So với kết quả NC của Figueiredo Neto EM và cộng sự trên 100 BN THK (2011) [62] là tương đương ($52,3 \pm 28,1$).

Kết quả NC ở bảng 3.28 cho thấy hiệu số điểm CLCS trung bình về sức sống trước và sau tập ở nhóm NC là $19,56 \pm 13,65$ và ở nhóm ĐC là $10,87 \pm 6,09$. Sự khác biệt số điểm CLCS về cảm giác đau trung bình của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này khẳng định nhóm NC điều trị bằng tập DS cải thiện CLCS về sức sống tốt hơn so với nhóm ĐC không tập.

- Hoạt động xã hội (Social function - SF)

Hoạt động xã hội thể hiện khả năng duy trì mối quan hệ của BN với mọi người xung quanh. Điểm trung bình CLCS về sức sống tại thời điểm trước tập ở nhóm NC là $43,06 \pm 12,94$ và ở nhóm ĐC là $39,08 \pm 9,08$ giá trị này thấp hơn so với NC của Figueiredo Neto EM và cộng sự (2011) là $71,5 \pm 31,9$ [62].

Kết quả NC ở bảng 3.28 cho thấy hiệu số điểm CLCS trung bình về hoạt động xã hội trước và sau tập ở nhóm NC là $24,89 \pm 10,71$ và ở nhóm ĐC là $14,78 \pm 8,09$. Sự khác biệt số điểm CLCS về hoạt động xã hội trung bình của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này khẳng định nhóm NC điều trị bằng tập DS cải thiện CLCS về hoạt động xã hội tốt hơn so với nhóm ĐC không tập.

- Chức năng cảm xúc (*Role emotional - RE*)

Chức năng cảm xúc tốt giúp duy trì khả năng làm việc, lao động kéo dài và đạt hiệu quả tốt. Điểm trung bình CLCS về chức năng cảm xúc tại thời điểm trước tập ở nhóm NC là $34,90 \pm 19,27$ và ở nhóm ĐC là $29,07 \pm 20,00$. Chỉ số này tương đồng với NC của Đoàn Xuân Dũng (2016) [15] là $33,94 \pm 3,67$ điểm [61].

Kết quả NC ở bảng 3.28 cho thấy hiệu số điểm CLCS trung bình về chức năng cảm xúc trước và sau tập ở nhóm NC là $27,77 \pm 14,56$ và ở nhóm ĐC là $10,00 \pm 3,56$. Sự khác biệt số điểm CLCS về hoạt động xã hội trung bình của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này khẳng định nhóm NC điều trị bằng tập DS cải thiện CLCS về chức năng cảm xúc tốt hơn so với nhóm ĐC không tập do tập DS kiểm soát triệu chứng đau và cứng khớp của BN THK gối có tác dụng tốt đối với chức năng cảm xúc nói riêng và CLCS nói chung của BN.

- Sức khỏe tâm lý (*Mental healthy - MH*)

Sức khỏe tâm lý thể hiện tinh thần lạc quan với bệnh tật của BN. Điểm trung bình CLCS về sức khỏe tâm lý tại thời điểm trước tập ở nhóm NC là $39,99 \pm 12,90$ và ở nhóm ĐC là $37,87 \pm 11,39$. Giá trị sức khỏe tâm lý trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn như giá trị NC của Đoàn Xuân Dũng (2016) [61] là $58,69 \pm 13,11$ điểm.

Kết quả NC ở bảng 3.28 cho thấy hiệu số điểm CLCS trung bình về sức khỏe tâm lý trước và sau tập ở nhóm NC là $17,67 \pm 10,00$ và ở nhóm ĐC là $11,55 \pm 6,13$. Sự khác biệt điểm CLCS về sức khỏe tâm lý trung bình của 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này khẳng định nhóm NC tập DS cải thiện CLCS về sức khỏe tâm lý tốt hơn so với nhóm ĐC không tập do tập DS giúp vỏ não chủ động nghỉ ngơi, làm cho tinh thần thoải mái không căng thẳng.

Cuối cùng, khi khảo sát điểm CLCS chung bằng bộ câu hỏi SF-36, chúng tôi thấy có mối tương quan giữa điểm CLCS của BN THK gối trong NC tính theo bộ

câu hỏi SF-36 với thời gian phá rĩ khớp, điểm đau VAS và điểm Lequensne. Nhóm NC điều trị bằng PP tập DS cho hiệu quả giảm đau và cải thiện chức năng vận động khớp gối tốt hơn so với nhóm ĐC không tập. Như vậy, việc giảm các triệu chứng bao gồm triệu chứng đau, cứng khớp và hạn chế vận động là biện pháp góp phần nâng cao CLCS của BN THK gối.

4.3.7 Sự thay đổi hình ảnh tổn thương trên siêu âm khớp gối trước và SDT

Siêu âm khớp gối trên BN THK gối có khả năng phát hiện hầu hết các tổn thương trong THK gối mà lâm sàng không phát hiện được như gai xương, tràn dịch, viêm màng hoạt dịch, tổn thương sụn khớp, sụn chêm, kén khoeo [63],[64],[65],[66]. NC của EULAR trên 600 BN THK gối cho thấy tỷ lệ tràn dịch và viêm màng hoạt dịch trên siêu âm là 43,5% trong đó viêm màng hoạt dịch đơn độc là 2,7%, đặc biệt viêm màng hoạt dịch thường xuất hiện ở BN THK gối giai đoạn muộn (K/L giai đoạn 3 và 4) [67]. Đa số BN trong NC của chúng tôi tổn thương khớp gối ở giai đoạn 2 theo phân loại của Kellgren & Lawence, chính vì vậy không có BN có tổn thương trên siêu âm là viêm màng hoạt dịch, tràn dịch khớp gối. Ở BN THK gối, kén khoeo chiếm với tỷ lệ 6-45% tùy thuộc vào từng NC[68],[69],[70]. Nguyên nhân của kén khoeo được cho là do tràn dịch khớp, tràn dịch nhiều làm tăng áp lực trong khớp đẩy dịch qua điểm yếu của bao khớp ở phía sau vào khoảng trống túi cùng cơ sinh đôi và cơ bán mạc [71]. Như vậy kén khoeo có liên quan với mức độ tràn dịch. Điều này cũng giải thích kết quả NC tại bảng 3.15 cho thấy không phát hiện kén khoeo trên siêu âm khớp gối ở BN.

Gai xương là dấu hiệu đặc trưng, là tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại mức độ tổn thương THK gối. Siêu âm có khả năng phát hiện các gai xương chủ yếu ở vùng rìa của khớp và một số gai xương ở bề mặt sụn khớp [72]. Tỷ lệ gai xương phát hiện được trên siêu âm trong NC của chúng tôi theo bảng 3.15 là 66,7% tổng số BN tham gia NC (73,3% ở nhóm NC và 60% ở nhóm ĐC) tương đồng với kết quả NC của Slimani trên 192 khớp gối được chẩn đoán THK theo tiêu chuẩn ACR, siêu âm phát hiện 86,5% khớp có gai xương [73].

Theo Grassi và cộng sự, mất ranh giới độ sắc nét giữa bề mặt sụn khớp và màng hoạt dịch, mất tính đồng nhất của sụn và giảm chiều dày sụn không đồng đều

là những đặc điểm nổi bật trên siêu âm sụn khớp ở BN THK gối [74]. BN THK gối giai đoạn sớm trên siêu âm thường chỉ có mất ranh giới và độ sắc nét của sụn khớp mà chưa có giảm bề dày sụn [75]. Ở giai đoạn muộn thường có giảm chiều dày sụn không đồng đều, xuất hiện ở những vùng chịu tải. Theo tiêu chuẩn chọn đối tượng NC và theo kết quả bảng 3.14 cho thấy 90% tổng số BN THK gối giai đoạn I do đó tỷ lệ BN mỏng sụn khớp trước tập chiếm 100% (bảng 3.15) với độ mỏng trung bình của sụn khớp (bảng 3.16) ở nhóm NC là $2,7 \pm 0,68$ và ở nhóm ĐC là $2,8 \pm 0,62$.

SĐT 60 ngày cho kết quả (bảng 3.29) tổn thương khớp gối trên siêu âm của BN THK gối không thay đổi so với TĐT.

4.3.8 Sự thay đổi nồng độ Testosteron và Eustrogen trước và SĐT

Theo kết quả NC trên 10% số BN (n=3) ở bảng 3.31 cho thấy tại thời điểm TĐT D0 nồng độ Testosteron trung bình của nhóm NC là 21,51 2,31 và của nhóm ĐC là 21,20 2,12. Tại thời điểm SĐT D60, nồng độ Testosterone trung bình của nhóm NC là 20,48 2,40 và nhóm ĐC là 20,53 2,10. Sự thay đổi nồng độ Testosteron trung bình trước và SĐT của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả NC trên 10% số BN (n=3) ở bảng 3.31 cho thấy tại thời điểm TĐT D0 nồng độ Estrogen (E2) trung bình của nhóm NC là $9,15 \pm 1,77$ và của nhóm ĐC là $8,85 \pm 1,67$. Tại thời điểm SĐT D60, nồng độ E2 trung bình của nhóm NC là $8,79 \pm 1,56$ và nhóm ĐC là $8,67 \pm 1,48$. Sự thay đổi nồng độ Testosteron và Estrogen trung bình trước và SĐT của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Những NC của các tác giả cho thấy người sử dụng hormone thay thế thì giảm tỷ lệ THK gối và khớp háng so với những người không dùng [16]. NC trên invitro bằng nuôi cấy sụn khớp thấy thụ thể estrogen trên bề mặt tạo cốt bào gợi ý là hormone nữ làm thay đổi tế bào sụn trong điều kiện nuôi cấy [76]. Nhưng theo NC của Heart and Estrogen/ Progestin Replacement Study (HERS), không có sự khác biệt về đau khớp gối giữa những BN ngẫu nhiên được ĐT bổ sung estrogen ngoại sinh với dùng giả dược [77]. Theo kết quả NC cho thấy nồng độ hormon Testosteron và estrogen trước và sau tập ở cả 2 nhóm NC thay đổi không có ý nghĩa thống kê nhưng do số lượng BN làm xét nghiệm còn ít chưa đủ để kết luận sự ảnh hưởng của tập DS Nguyễn Văn Hương lên nồng độ hormon Testosteron và Estrogen của BN THK gối.

4.4. BÀN LUẬN VỀ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA BN THK GỐI NGUYÊN PHÁT SAU TẬP DS NGUYỄN VĂN HƯỜNG

Theo kết quả NC cho thấy chưa phát hiện tác dụng không mong muốn của PP tập DS Nguyễn Văn Hường như đau tăng khớp gối khi tập, tràn dịch khớp gối, buồn nôn, nôn, tiêu chảy sau 30 ngày và sau 60 ngày tập. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Ngô Chiến Thuật (2018). Qua đó khẳng định thêm rằng ưu điểm của PP ĐT không dùng thuốc của YHCT, an toàn, dễ áp dụng, hiệu quả.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 60 BN THK gối, được chia làm hai nhóm. Nhóm NC được điều trị bằng uống 1500mg Glucosamine/ngày kết hợp tập DS Nguyễn Văn Hường,

nhóm ĐC điều trị bằng uống 1500mg Glucosamine/ngày và không tập. Sau 60 ngày điều trị, chúng tôi rút ra các kết luận:

1. Kết luận về hiệu quả hỗ trợ điều trị của bài tập DS Nguyễn Văn Hưởng trên BN THK gôi nguyên phát trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.

- Tác dụng giảm đau theo thang điểm VAS: Hiệu suất cải thiện chỉ số VAS trung bình sau 60 ngày điều trị so với trước điều trị ở nhóm NC là $-2,45 \pm 1,11$ (điểm) và nhóm ĐC là $-1,80 \pm 0,89$ (điểm). Sự khác biệt về hiệu suất cải thiện chỉ số VAS trung bình sau 60 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm với $p < 0,01$.

- Tác dụng giảm đau và phục hồi chức năng khớp gôi theo thang điểm Lequesne: Hiệu suất giảm điểm Lequesne trung bình sau điều trị so với trước điều trị ở nhóm NC là $-4,00 \pm 1,45$ (điểm) còn ở nhóm ĐC là $-3,11 \pm 0,87$ (điểm). Sự khác biệt về hiệu suất giảm điểm Lequesne trung bình sau 60 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm NC với $p < 0,01$.

- Tác dụng cải thiện chỉ số gót mông: Hiệu suất giảm chỉ số gót mông trung bình sau điều trị so với trước điều trị ở nhóm NC là $-3,09 \pm 1,67$ (cm) còn ở nhóm ĐC là $-1,46 \pm 0,89$ (cm). Sự khác biệt về hiệu suất cải thiện chỉ số gót mông trung bình sau 60 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm NC với $p < 0,01$.

- Tác dụng cải thiện CLCS: Hiệu số điểm CLCS ở 2 thời điểm trước và sau điều trị của nhóm NC là $40,00 \pm 9,08$ và nhóm ĐC là $30,01 \pm 6,77$. Sự khác biệt về hiệu số điểm CLCS trung bình trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm NC với $p < 0,01$.

2. Kết luận về tác dụng không mong muốn của tập DS PP Nguyễn Văn Hưởng trên BN THK gôi: Sau 60 ngày tập DS ở nhóm NC chưa thấy trường hợp nào đau tăng trong quá trình, trên siêu âm chưa có trường hợp nào tràn dịch khớp gôi. Không có BN nào buồn nôn, nôn hay tiêu chảy khi dùng thuốc.

KIẾN NGHỊ

Phương pháp dưỡng sinh đã có nhiều nghiên cứu về tính hiệu quả của phương pháp ở trong nước cũng như trên thế giới và qua nghiên cứu về hiệu quả của

phương pháp dưỡng sinh trong điều trị bệnh nhân THK gối, chúng tôi nhận thấy tập dưỡng sinh có hiệu quả trong việc giảm đau và phục hồi chức năng khớp gối, và đây là một phương pháp điều trị có thể áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên có một số kiến nghị được đề xuất:

1. Tập dưỡng sinh nên được áp dụng điều trị cho bệnh nhân thoái hóa khớp gối ở các tuyến Y tế, để phương pháp được áp dụng rộng rãi.

2. Cần được tiếp tục nghiên cứu đánh giá theo dõi thời gian dài hơn trong nhiều năm liên tục để xác định mức độ tái phát các triệu chứng của thoái hóa khớp gối. Đó chính là các bằng chứng khoa học để chứng minh tính hiệu quả và an toàn lâu dài của phương pháp điều trị, từ đó có các khuyến cáo phù hợp cho người bệnh để dự phòng và hạn chế tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân (2004), *Hư khớp*, Bệnh học nội khoa tập II, ed, NXB Y học, tr.327-342.
2. Tuhina Neogi (2013), The Epidemiology and Impact of Pain in Osteoarthritis, *Osteoarthritis Cartilage*, pp. 1145- 1153, 21(9).
3. Seth S. Leopold (2009), Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty for Osteoarthritis, *The New England Journal of Medicine*.
4. David J. Hunter (2015), Viscosupplementation for Osteoarthritis of the Knee, *The New England Journal of Medicine*.
5. Dương Trọng Hiếu (1998), *Dưỡng sinh trường thọ*, NXB Y học.
6. Nguyễn Văn Pho (2007), *Đánh giá hiệu quả của tiêm chất nhầy Sodium-Hyaluronate (G0-On) vào ổ khớp trong điều trị thoái hóa khớp gối*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Hong ZM, Wang ZL và Chen XJ (2011), "Therapeutic effect of acupoint catgut embedding on irritable bowel syndrome of diarrhea type", *Zhongguo Zhen Jiu*. 31(4), tr. 311-3.
8. Nguyễn Tài Thu và Trần Thúy (1997), *Châm cứu sau đại học*, Hà Nội, NXB Y học.
9. Hoàng Bảo Châu (2010), *Châm cứu học trong Nội kinh*, Nạn kinh và sự tương đồng với Y học hiện đại, ed, NXB Y học.
10. Phạm Thúc Hạnh (2010), *Giáo trình khí công dưỡng sinh*, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
11. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011), *Thoái hóa khớp*, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, NXB Y học, 140-154.
12. Trần Thúy, Phạm Duy Nhạc và Hoàng Bảo Châu (1994), *Y học cổ truyền (Đông y)*, Bộ môn YHCT dân tộc, ed, Vol. 2, NXB Y học Trường Đại học Y Hà Nội.

13. Altman R.D (1991), "Criteria for classification of clinical osteoarthritis", *J Rheumatol Suppl.* 27, tr. 10-2.
14. Bộ Y Tế (2015), *Thoái hóa khớp*, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr.140-153.
15. Brandt KD (1994), *Osteoarthritis*, In Stein J ed Internal Medicin 4th ed St Louis, Mo.Mo by year book, Ine, pp. 2489-2493..
16. Felson David T MD MPH (2004), Risk Factors for Osteoarthritis: Understanding Joint Vulnerability. *Clinical Orthopaedics and Related Research (1976 – 2007)*.
17. Nguyễn Mai Hồng và cộng sự (2006), "Xu hướng mới trong điều trị thoái hóa khớp", *Tạp chí Y học lâm sàng.* 8, tr. 15-19.
18. Howell D.S (1998), Etiopathogenesis of osteoarthritis, *Arthritis and Allied conditions*, Ed by Mc Carty D. J, Lea and Febiger (Philadenphia); pp. 1594-1604.
19. Trường Đại Học Y Hà Nội (2006), *Đau nhức các khớp không có nóng đỏ*, Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền, ed, NXB Y học.
20. Đặng Hồng Hoa (2001), *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh hư khớp gối*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
21. Kellgren J.H. Lawrence J.S (1987), "Radiological assessment of osteoarthritis", *Am. Rheum.* 16, pp. 494-501.
22. Nguyễn Mai Hồng (2012), *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Hội Thấp khớp học Việt Nam.
23. Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV), *Hồng nghĩa giác tư y thư*, NXB Y học.
24. Lê Hữu Trác (1997), *Hải Thượng y tông tâm lĩnh*, NXB Y học
25. Khoa Y học cổ truyền Đại học Y Hà Nội (2006), *Nội Kinh*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 70 -72.

26. PGS.TS Vũ Nam (2010), *Kinh dịch ứng dụng trong Y học cổ truyền*, NXB Y học, tr. 408-412.
27. Nguyễn Văn Hưởng (2012), *Phương pháp dưỡng sinh*, Nhà xuất bản Y học
28. Hoàng Bảo Châu (1978), *Khí công*, NXB y học
29. Patrella R.J et al (2002), "Effects of hyaluronate sodium on pain and physical functioning in osteoarthritis of the knee", *Arch intern Med.* 162, tr. 292-8.
30. Mc Carthy C.J, Mills P.M và Pullen R (2004), "Supplementing a home exercise programe with a class – based exercise is more effective than home exerwise alone in the treatment of knee osteoarthritis", *Rheumatology (Oxford)*. 43(7), tr. 880-6.
31. Mascarini NC, Vancini RL (2012), Effects of kinesiotherapy, ultra sound and electrotherapy in management of bilateral knee osteoarthritis: prospective clinical trial, *BMC musculoskeletal disorders*.13, 182-182
32. 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 II, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 1-18.
33. Nguyễn Thị Bích (2014), *Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng bài thuốc Tam tỳ thang kết hợp với tập vận động khớp gối*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
34. Ngô Chiến Thuật (2017), *Đánh giá tác dụng điều trị thoái hóa khớp gối của điện châm kết hợp dưỡng sinh*, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam.
35. Tô Mạnh Cảnh (2018), *Đánh giá tác dụng giảm đau của bài thuốc TK1 kết hợp điện châm điều trị bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát*, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam.
36. Kojima M, Kojima T, Ishiguro N et al (2009), "*Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis*", *J Psychosom Res*, 67, 31-425.

37. Carr AJ, Higginson IJ, Robinson PG (2005), "*Quality of life*", Eur J Public Health, 15(6), pp. 668.
38. West E, Jonsson SW. (2005), "*Health-related quality of life in rheumatoid arthritis in Northern Sweden: a comparison between patients with early RA, patients with medium-term disease and controls, using SF-36*", Clin Rheumatol, 24, 22 - 117.
39. Quintana, Jose et al (2006), "*Health-Related Quality of Life and Appropriateness of Knee or Hip Joint Replacement*", Archives of Internal Medicine 166, 220-226.
40. Kellgren J.H, Lawrence J.S (1957), "*Radiological assessment of osteoarthritis*", Am. Rheum Dis 16, pp. 494 - 501.
41. Michelle Briggs Jose S Closs (1999), "*A Descriptive Study of the Use of Visual Analogue Scales and Verbal Rating Scales for the Assessment of Postoperative Pain in Orthopedic Patients*", JPSM, 18, pp. 438-446.
42. Lequesne M (1985), "*Athrose de la hanche et du Genou, Criteres de diagnostic, indices de mesure de la douleur de la fonction et du re'sultats therapeutique osteoarthritis*", 39-43.
43. A.K Warren (1997), "*The knee in the diagnosis of Rheumatic disease*", *Rheumatic diseases diagnosis and management*. 25(2), tr. 151-284.
44. 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.
45. Quintana, Jose et al (2006), "*Health-Related Quality of Life and Appropriateness of Knee or Hip Joint Replacement*", Archives of Internal Medicine 166, 220-226.
46. Lê Na (2012), "*Nhận xét tình trạng thoái hóa khớp gối ở người có hội chứng chuyển hóa từ 40 đến 70 tuổi*", Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, pp. 28- 69.

47. N. Glass, N. A. Segal, K. A. Sluka, J. C. Torner, and M. C. Nevitt (2015), Examining Sex Differences in Knee Pain: The Multicenter Osteoarthritis Study, *Osteoarthritis Cartilage*.6.
48. Bellamy N (2006), Intraarticular corticosteroid for treatment of osteoarthritis of the knee, *Cochrane Database Syst Rev*(2), Cd005328.
49. Mustafa Aziz Yildirim, Demer Ucar, and Kadriye Ones (2015), *Comparison of therapeutic duration of therapeutic ultrasound in patients with knee osteoarthritis*, Original Article.
50. Yongkang L (1995), Brief Clinical Trial Summary of Boneal Organization of Trial: The Hospital Affiliated to Traditional Chinese, Medicine College of Yunnan Province.
51. Fang Ruicai (1995), "Brief Clinical Trial Summary of Boneal", *The Red Cross Hospital of Yunnan Province*. 25(5), tr. 24-35.
52. Đinh Thị Lam (2011), *Bước đầu đánh giá hiệu quả của chế phẩm Glucosamin trong hỗ trợ điều trị thoái hóa khớp gối*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
53. 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 bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội
54. Trần Thị Phương Huế (2016), *Đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa gối bằng phương pháp điện châm kết hợp với thủy châm Milgamma N*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
55. Marty M, Hilliquin P, Rozenberg S, et al (2009). Validation of the KOFUS (Knee Osteoarthritis Flare-Ups Score). *Joint bone spine*, 76, 268-272.
56. Schiphof D, Van Middelkoop M, De Klerk B.M, et al (2014). Crepitus is a first indication of patellofemoral osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 22, 631-638.

57. Ike R, O'Rourke K.S (1995). Compartment directed physical examination of the knee can predict articular cartilage abnormalities disclosed by needle arthroscopy. *Arthritis rheu*, 38, 917-925.
58. Hoàng Đoan Trang (2015), *Đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm nội khớp bằng acid hyaluronic (hyalgan) trong điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
59. Lan T.H.P, Thai Q.L, Linh D.M (2014). Prevalence of radiographic osteoarthritis of the knee and its relationship to self-reported pain. *Plot One*, 9, e94563.
60. 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*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
61. Đoàn Xuân Dũng (2016), *Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng bộ câu hỏi SF36*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
62. Figueiredo Neto EM et al (2011), "*Physical activity and its association with quality of life in patients with osteoarthritis*", *Rev Bras Reumatol*, 51(6), pp. 539-549.22.
63. Lê Thị Liễu, Nguyễn Mai Hồng (2011). Nghiên cứu đánh giá vai trò của siêu âm trong chẩn đoán thoái hóa khớp. *Hội thảo chuyên đề ứng dụng kỹ thuật tiên tiến trong chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*.
64. Abraham A.M., Goff L., Pearce M.S (2011). Reliability and validity of ultrasound imaging of features of knee osteoarthritis in the community. *BMC musculoskeletal disorder*, 12, 70.
65. Malas F.U, Kara M, Kaymak B, et al (2014). Ultrasonographic evaluation in symptomatic knee osteoarthritis: clinical and radiological correlation. *Rheumatic Diseases*, 17, 536-540.

66. Wu P.T, Shao C-J, Wu K-C, et al (2012). Pain in patients with equal radiographic grades of osteoarthritis in both knees: the value of gray scale ultrasound. *Osteoarthritis and cartilage*, 20, 1507-1513.
67. D'Agostino M.A, Conaghan P, Le-Bars M, et al (2005). EULAR report on the use of ultrasonography in painful knee osteoarthritis. Part 1: prevalence of inflammation in osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*, 64, 1703-1709.
68. Naredo E, Acebes C, Moller I, et al (2009). Ultrasound validity in the measurement of knee cartilage thickness. *Ann Rheumatol Dis*, 68, 1322-1327.
69. Ragab G, El-Ghobary M.A, ElGohary R.M (2012). The importance of using ultrasonography in knee osteoarthritis. *Egyptian Journal of internal medicine*, 24, 93-96.
70. Mermerci B.B, Garip Y, et al (2011). Clinical and ultrasound findings related to pain in patients with knee osteoarthritis. *Clinical Rheumatology*, 30(8), 1055-1062.
71. Rausching W (1979). Popliteal cysts and their relation to the gastrocnemiosemimembranous bursae: Studies on the surgical and functional anatomy. *Acta Orthop Scand*, 179, 9-13.7.
72. Kazam J.K, Nazarian L.N, Miller T, et al (2011). Sonographic evaluation of femoral trochlear cartilage in patients with knee pain. *J ultrasound Med*, 30, 797-802.
73. Slimani S, Haddouche A, Beacharif I, et al (2013). Superiority of knee ultrasound over radiographs in osteophyte detection in knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage*, 21, s63-s312.
74. Aisen A.M, McCune W.J, Mac Guire A, et al (1984). Sonographic evaluation of the cartilage of the knee. *Radiology*, 153, 781-784.
75. Grassi W, Lamanna G, Farina A, et al (1999). Sonographic imaging of normal and osteoarthritis cartilage. *Semin arthritis rheum*, 28, 398-403.

76. Nguyễn Thanh Mai (2015), *Nghiên cứu trên invitro bằng nuôi cấy sụn khớp*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Thăng Long.
77. Tuhina Neogi (2014), *Epidemiology of OA*, US National Library of Medicine National Institutes of Health.

PHỤ LỤC 1

BỘ Y TẾ

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số vào viện:

Đề tài: Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.

(Nhóm: Nghiên cứu , Đối chứng)

I. HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân: Tuổi : Giới: Nam/Nữ

Địa chỉ:ĐT:

Nghề nghiệp: Công nhân Nông dân hưu trí Công chức/ viên chức

Ngày vào viện/...../..... Ngày ra viện/...../.....

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

.....

1. Đau khớp gối: Trái Phải Hai gối

2. Hạn chế vận động khớp gối: Có Không

III. BỆNH SỬ

1. Thời gian bị bệnh: Dưới 1 năm Từ 1- 5 năm Trên 5 năm

2. Các phương pháp đã được chữa trị: YHHĐ YHCT TPCN.

3. Diễn biến bệnh như thế nào: Đờ Không đờ Nặng thêm

4. Triệu chứng hiện tại:

- Đau: Đau kiểu cơ học Đau kiểu viêm

Đau khi ngủ: Không Đau khi cử động Đau khi không cử động

Đau khi đứng: Đau khi leo cầu thang Đau khi chuyển tư thế

- Tiếng lục khục khi vận động: Có Không

IV. Tiền sử

1. Bản thân:

1.1 . Dùng thuốc chống viêm không steroid: Có Không

Lần gần đây nhất:

+ Tiêm Corticoid vào khớp: Có Không

+ Hút dịch khớp: Có Không

Các phương pháp khác: Có Không

1.2. Tiền sử khác:

+ Tăng huyết áp: Có Không

+ Viêm khớp dạng thấp: Có Không

+ Đái tháo đường: Có Không

+ RL mỡ máu: Có Không

+ Khác (ghi rõ):

- *Kinh nguyệt*:

Chưa mãn kinh

Đã mãn kinh

2. Tiền sử gia đình:

- Có người mắc bệnh khớp:

- Bệnh khác:

V. KHÁM LÂM SÀNG

A. KHÁM LÂM SÀNG THEO YHHĐ:

1. Toàn thân:

- Thể trạng:

- Da, niêm mạc:

- Tuyến giáp:

- Hạch ngoại biên:

- Mạch:..... Nhịp thở: Nhiệt độ:....., Chiều cao,

Cân nặng.....kg.

2. Khám cơ xương khớp

2.1. Khớp gối:

- Phá rỉ khớp: Có Không Dưới 15 phút Trên 15 phút

- Dấu hiệu bào gổ: Có Không

- Hạn chế vận động khớp gối: Có Không

.....
- Triệu chứng khác:

+ Sung: Có Không

+Tràn dịch: Có Không

+ Nhiệt độ da: Bình thường Nóng

+ Kén Baker: Có Không

2.2. Các khớp khác:

Khám các bộ phận khác:

3.1. Tuần hoàn:

3.2. Hô hấp:

3.3. Tiêu hóa:

.....
.....
3.4. Tiết niệu:

.....
.....
3.5. Thần kinh:

.....
.....
3.6. Các bộ phận khác:

.....
.....
B.THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN

TỨ CHẨN

1. Thần:

Tỉnh táo Mệt mỏi

2. Sắc:

Tươi nhuận Xanh

Đen Vàng

Đỏ Trắng

3. Chất lưỡi:

Bình thường Nhợt

Bệu Đỏ

4. Rêu lưỡi:

Bình thường Trắng

Mỏng Vàng

Dày Dính

5. Miệng, họng:

Bình thường Khô, háo khát

6. Ăn uống:

Thích mát Thích nóng

7. Đại tiện:

Bình thường Táo

Lỏng nát Khác

8. Tiểu tiện:

Bình thường Vàng, ngắn

Trong, dài Buốt dắt

9. Cảm giác:

Đau lưng Mỏi gối

10. Đầu mặt:

Đau đầu Ù tai

Hoa mắt Chóng mặt

11. Mạch:

Phù Trầm

Sác Hoạt

12. Khám khớp gối:

Đau cựa ấn Đau thiện ấn

Sung Hạn chế vận động

CHẨN ĐOÁN

Bát cương:

Biểu Lý

Hàn Nhiệt

Hư Thực

Tạng phủ:

Can Thận

Tâm Phế

Tỳ Vị

Đờm Bàng Quang

Đại trường Tiểu trường

Nguyên nhân:

Nội nhân Ngoại nhân

Bất nội ngoại nhân

Chẩn đoán thể bệnh:

Phong hàn thấp

Phong thấp nhiệt tý

VI. CẬN LÂM SÀNG

1. Chụp XQuang khớp gối:

Giai đoạn I Giai đoạn II

2. Siêu âm khớp gối:

.....
.....

3. Xét nghiệm máu:

Xét nghiệm	Trước ĐT (D ₀)	Sau ĐT (D ₆₀)
Testosterol		
Estrogen		

VII. CÁC CHỈ SỐ LÂM SÀNG CẦN THEO DÕI, ĐÁNH GIÁ

1. Mức độ đau khớp gối theo thang điểm VAS tại các thời điểm

Mức độ đau	Điểm VAS	D ₀	D ₃₀	D ₆₀	Kết quả
Đau nhẹ	$1 < a < 4$				
Đau vừa	$4 \leq a < 6$				
Đau nặng	≥ 6				

2. Vận động khớp gối

Vận động khớp gối	D ₀		D ₃₀		D ₆₀	
	P	T	P	T	P	T
Góc vận động gấp gối						
Góc vận động duỗi gối						
Khoảng cách gót – mông (cm)						

3. Theo dõi thang điểm Lequesne

Chỉ tiêu	Điểm	Thang đánh giá	Kết quả
Có làm được	1-5 điểm		Nhẹ
Làm được nhưng khó khăn	6-8 điểm		Trung Bình
Không làm được	> 8 điểm		Nặng

4. Theo dõi chỉ số BMI

Phân loại	BMI	D ₀	D ₆₀
Cân nặng thấp	<18,5		
Bình thường	18,5 – 24,9		
Thừa cân	25		
Tiền béo phì	25 – 29,9		
Béo phì	>30		

VIII. Kết quả điều trị

Tốt Khá Trung bình Kém

IX. Tác dụng không mong muốn

Hà Nội, ngày tháng năm 2019

BS ĐIỀU TRỊ

PHỤ LỤC 2

THANG ĐIỂM LEQUESNE INDEX – 1985

Tình trạng bệnh nhân	Điểm	D ₀		D ₃₀		D ₆₀	
		P	T	P	T	P	T
I. Đau hoặc vướng khó chịu	0 - 2						
Ban đêm							
- Không đau	0						
- Đau khi cử động	1						
- Đau khi không cử động	2						
B. Dấu hiệu cứng khớp buổi sáng	0 - 2						
- Không đau	0						
- Trong khoảng 1 – 15 phút	1						
- Trên 15 phút	2						
C. Đau khi đứng hoặc dẫm chân tại chỗ 30 phút							
- Không đau	0						
- Có đau	1						
D. Đau khi đi bộ	0 - 2						
- Không đau	0						
- Sau một khoảng cách nào đó	1						
- Ngay khi bắt đầu đi và tăng dần	2						
D. Đau hoặc vướng khi đứng lên khỏi ghế mà không vịn tay	0 - 1						
- Không đau	0						
- Đau	1						
II. Phạm vi đi bộ tối đa (kể cả khi có đau)	0 - 8						
- Không giới hạn	0						
- Giới hạn nhưng trên 1000m	1						
- Giới hạn 1000m trong khoảng 15 phút	2						
- Giới hạn 500 – 900m	3						
- Giới hạn 300 – 500m	4						
- Giới hạn 100 – 300m	5						
- Giới hạn dưới 100m	6						
- Cần một gậy hoặc nạng	7						
- Cần hai gậy hoặc nạng	8						
III. Những khó khăn sinh hoạt hàng ngày	0 - 8						
- Đi lên một cầu thang	0 - 2						
- Đi xuống một cầu thang	0 - 2						
- Có thể ngồi xổm	0 - 2						
- Có thể đi trên mặt đất lồi lõm	0 - 2						
Tổng							

PHỤ LỤC 3

Dựa theo lý luận của YHCT phương pháp dưỡng sinh của bác sĩ Nguyễn Văn Hường.

Thời gian tập 45 phút. Ngày tập từ 1 lần.

PHẦN 1. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị hoàn cảnh: Địa điểm và không gian tập sạch sẽ, yên tĩnh, tránh gió lùa.
2. Chuẩn bị bản thân: Sắp xếp thời gian, trang phục rộng rãi thoải mái, vệ sinh cá nhân, tinh thần thoải mái và hưng phấn.

PHẦN 2. LUYỆN BÀI TẬP

Bước 1. Động tác Thư giãn (Động tác 1)

Thời gian tập 5 phút

Bước 2. Động tác Thở 4 thì (Động tác 2)

Thời gian tập 5 phút

Bước 3. Tập các động tác chống xơ cứng

Thời gian tập 20 phút

- Ngồi sư tử tập 3 – 5 lần (*Động tác 3*)

- Chào mặt trời tập 3 – 5 lần (*Động tác 4*)

- Ngồi xếp bằng tròn theo kiểu hoa sen 3 – 5 lần (*Động tác 5*)

- Ngồi éch tập 3 – 5 lần (*Động tác 6*)

- Rút lưng tập 3 – 5 lần (*Động tác 7*)

- Hôn đầu gối tập 3 – 5 lần (*Động tác 8*)

- Xuống tấn lắc thân 3 – 5 lần (*Động tác 9*)

- Xuống tấn quay mình 3 – 5 lần (*Động tác 10*)

Bước 3. Tự xoa bóp – Thư giãn

Thời gian 5 phút

Tự xoa bóp chi dưới (*Động tác 11*)

Động tác 1: Thư giãn.

Trước khi tập 2 – 3 phút làm thư giãn cho cơ thể làm chủ lấy mình, điều khiển thư giãn để cho cơ thể luôn luôn trở về thư giãn sau mỗi động tác. Vì có thư giãn cơ thể mới lấy lại được sức lực, lấy lại được quân bình trong cơ thể. Phải tự kiểm tra mỗi ngày về thư giãn bằng cách đưa tay thẳng lên (hưng phần) rồi buông xuôi cho nó rớt xuống theo quy luật sức nặng (ức chế).

Chuẩn bị: Nằm ngửa hoặc ngồi xếp bằng tròn theo kiểu hoa sen.

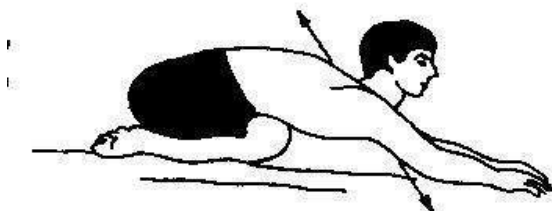
Thực hiện: Thả lỏng toàn thân đồng thời tập trung ý nghĩ bằng tự kỷ ám thị “tay chân tôi nặng và ảm, toàn thân tôi nặng và ảm” và theo dõi vào hơi thở (hít sâu thở đều hoặc thở 4 thì).

Động tác 2: Ngồi sư tử.

Chuẩn bị: Nằm sấp, co hai chân để dưới bụng, cầm đụng giường, hai tay đưa thẳng lên trước.

Động tác: Đầu cất lên uốn ra phía sau tối đa, hít vô tối đa; thời hai giữ hơi, dao động thân trên và đầu qua lại từ 2 - 6 cái; thở ra ép bụng. Làm như vậy từ 1 - 3 hơi thở .

Tác dụng: Vận động cổ, khớp vai làm, khớp gối cho khí huyết lưu thông đến các vùng này. Trị các bệnh vùng khớp vai, thoái hóa khớp gối.



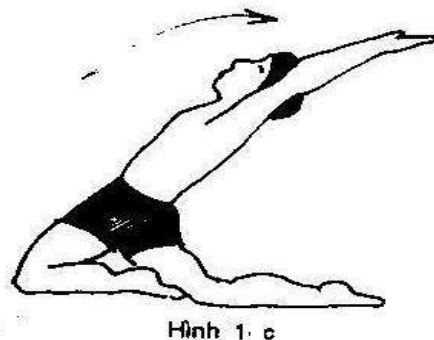
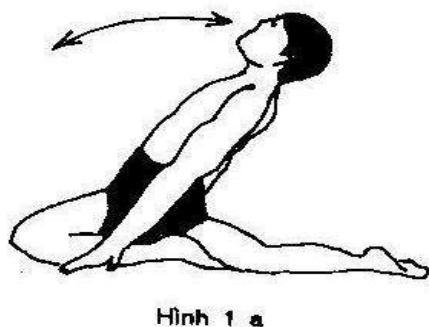
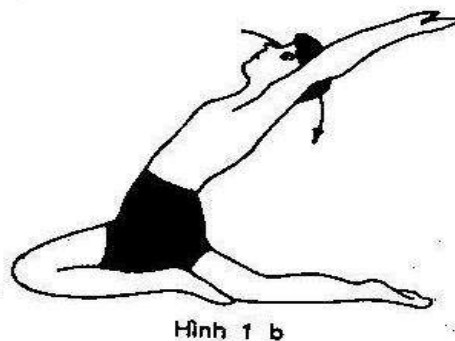
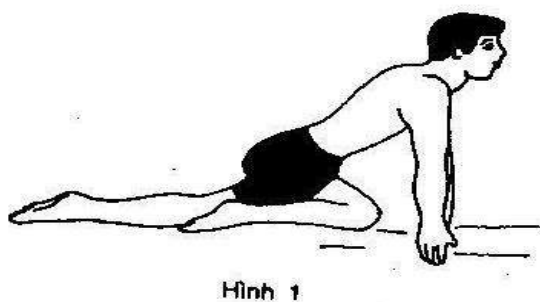
Hình 3

Động tác 3: Chào mặt trời.

Chuẩn bị: Ngồi một chân co dưới bụng, chân kia duỗi ra phía sau, hai tay chống xuống giường.

Động tác: Đưa hai tay lên trời, thân uốn ra sau tối đa, hít vô thuận chiều; trong lúc giữ hơi, dao động thân trên và đầu theo chiều trước sau từ 2- 6 cái; hạ tay xuống chống giường, thở ra tối đa thuận chiều có ép bụng. Làm như vậy từ 1 - 4 hơi thở. Đổi chân và tập như bên kia.

Tác dụng: Vận động các khớp xương cột sống, khớp vai, khớp gối và cơ phía thân sau làm cho khí huyết vận hành. Phòng và trị bệnh đau lưng, viêm quanh khớp vai, thoái hóa khớp gối.



Động tác 4: Ngồi xếp bằng tròn theo kiểu hoa sen.

Có 4 cách ngồi xếp bằng từ dễ đến khó:

Cách 1: Xếp bằng thường chân trước chân sau, ai ngồi cũng được.

Cách 2: Xếp bằng đơn chân trên chân dưới.

Cách 3: Xếp bằng kép hai chân giấu ở phía dưới.

Cách 4: Xếp bằng kép hai chân bắt chéo ở phía trên kiểu hoa sen của Phật Thích ca.

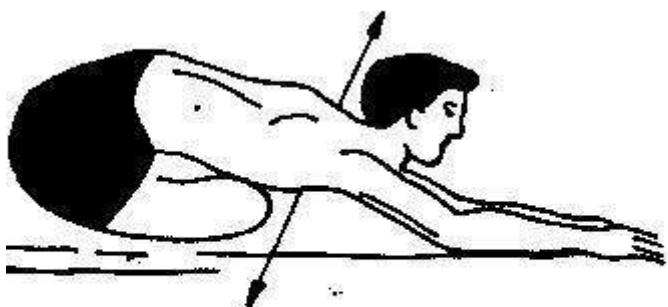
Kiểu này khó nhất, tác dụng nhất những lúc đầu đau nhất, máu chảy khó nhất, tê rần nhất. Song tập quen thì máu và thần kinh dần dần hoạt động tốt trong bất cứ tư thế nào.

Hai bàn tay để lên hai đầu gối, lưng thật ngay rồi bắt đầu thở: hít vô, thắt lưng uốn càng tốt; giữ hơi, làm dao động qua lại, càng hít vô thêm từ 2 - 6 cái; thở ra bằng cách vặn chéo thân mình ngó ra phía sau bên này, đuổi hết khí trọc trong phổi ra. Rồi ngay lại như trước, bắt đầu một hơi thở thứ nhì: hít vô, giữ hơi và dao động 2 -6 cái; thở ra bằng cách vặn chéo người ngó ra phía sau bên kia. Làm như thế từ 2 -4 hơi thở.

Động tác 5: Ngồi ếch.

Chuẩn bị: Tư thế ngồi xếp bằng tròn theo kiểu hoa sen, ngồi bật ra sau, thân sát giường, cằm đụng chiếu, hai tay chồm ra trước.

Động tác: Ngóc đầu dậy đồng thời hít vô tó đa. Thì 2: Giữ hơi và dao động qua lại thân trên và đầu từ 2 - 6 cái. Thì 3: thở ra triệt để. Thì 4: Thư giãn.



Hình

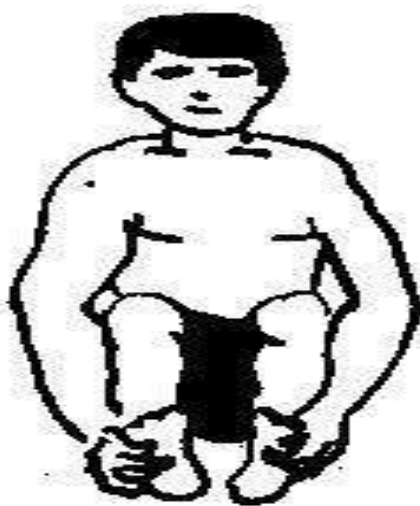
Động tác 6: Rút lưng.

Chuẩn bị: Chân để thẳng trước mặt, hơi co lại cho 2 tay nắm được 2 chân, ngón tay giữa bấm vào huyết Dũng tuyến dưới lòng bàn chân (điểm nối liền 1/3

trước với 2/3 sau lòng bàn chân, không kể ngón chân), ngón tay cái bấm vào huyết Thái xung trên lưng bàn chân

Động tác: Bắt đầu hít vô tối đa trong tư thế trên đồng thời kéo chân hơi co. Rồi duỗi chân ra ngay và thật mạnh, đồng thời thở ra triệt để. Làm thế từ 3 - 5 hơi thở

Tác dụng: Làm cho lưng, gối giãn ra giúp khí huyết lưu thông, trị bệnh đau lưng, đau gối. Tay bấm vào huyết Dũng tuyến điều hoà huyết áp; bấm huyết Thái xung điều hoà chức năng gan.



Hình

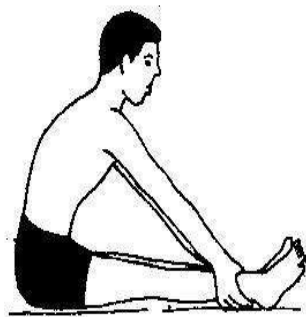


Hình

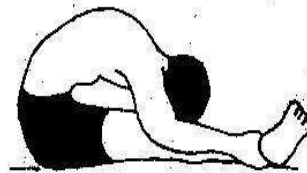
Động tác 7: Hôn đầu gối

Chuẩn bị: Hai chân khít lại ngay ra phía trước, hai tay nắm hai cổ chân.

Động tác: Hít vô tối đa; cố gắng 2 tay kéo mạnh cho đầu đụng hai chân (hôn đầu gối) đồng thời thở ra triệt để; rồi ngẩng đầu dậy hít vô; hôn đầu gối thở ra. Làm như thế từ 3 - 5 hơi thở.



Hình 7



Hình 8

Động tác 8: Xuống tấn lắc thân.

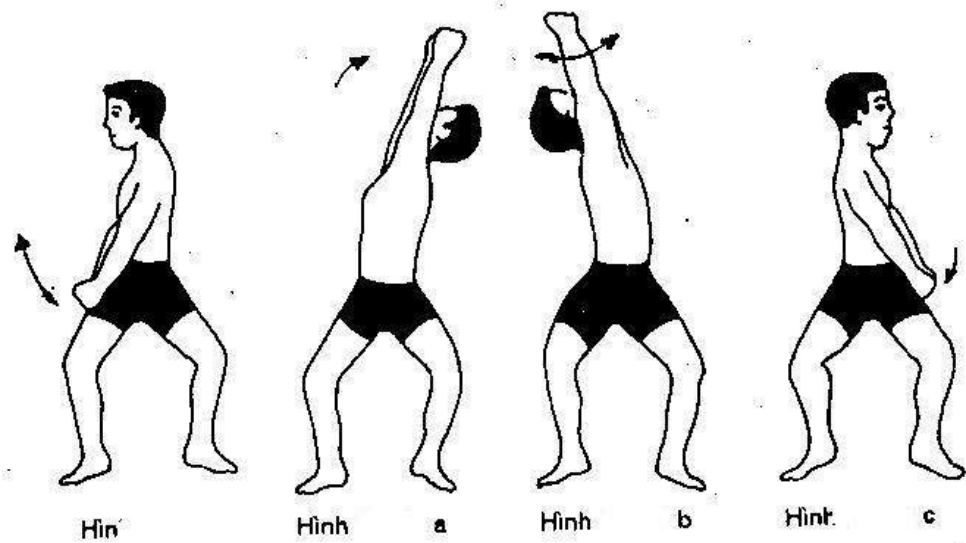
Chuẩn bị: Xuống tấn là hai chân để song song với nhau, hoặc xiên một tí như hình chữ nhân và cách xa nhau bằng khoảng cách hai vai hay lớn hơn một tí, gối trùng xuống nhiều hay ít tùy sức của mình (yếu thì trùng ít, mạnh thì trùng nhiều), hai tay chéo nhau và lật bàn tay ra ngoài, đưa tay lên trời, đầu bật ra sau và ngó theo tay.

Động tác: Hít vô tối đa; giữ hơi và dao động, thân lắc qua bên này thì tay lắc qua bên kia để giữ quân bình, lắc như thế 2 - 6 cái; để tay xuống thờ ra triệt để. Làm động tác trên từ 3 - 5 hơi thờ.

Tác dụng: Động tác này là động tác dao động điển hình của toàn thân từ chân đến đầu, và tận đến ngón tay, chân. Giúp cho toàn thân dẻo dai, linh hoạt, khí huyết lưu thông.

Động tác 9: Xuống tấn quay mình.

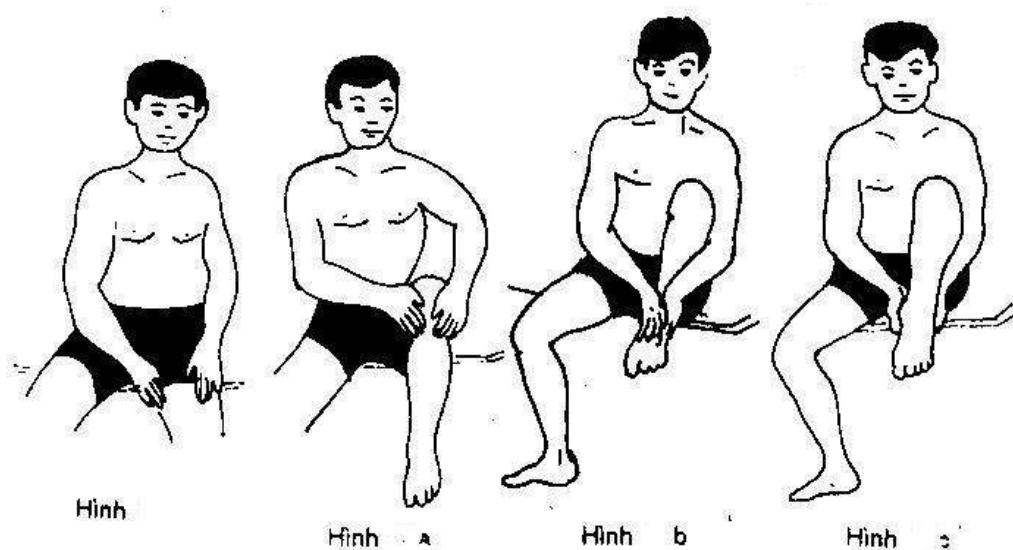
Cũng xuống tấn và chéo tay như trên, quay qua một bên, hít vô tối đa và đưa tay lên, bật ngửa đầu mà ngó theo tay; giữ hơi, quay mình sang bên kia; thờ ra triệt để và hạ tay xuống. Làm như vậy 2 -6 lần.



Động tác 10: Tự xoa bóp chi dưới

Hai tay để lên 4 bên đùi, xoa từ trên xuống dưới của phía trước đùi và cẳng chân tới mắt cá, trong lúc chân dần dần giơ cao.

Rồi hai tay vòng ra phía sau cổ chân, tiếp tục xoa phía sau từ dưới lên tới đùi, trong lúc chân từ từ hạ xuống. Tay trong vòng lên phía trên đùi, tay ngoài vòng ra phía sau, xoa vùng mông để rồi vòng lên phía trên cùng với bàn tay trong tiếp tục xoa như trên từ 10 - 20 lần. Bên kia cũng xoa như thế. Thở tự nhiên



9.4 Ông/bà có lúc nào thấy tinh thần thanh thản không?

- | | |
|------------------------------|---|
| Lúc nào cũng thấy thế | <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian thấy thế |
| Thỉnh thoảng thấy thế | Có lúc thấy thế |
| Chỉ có ít thời gian thấy thế | Chẳng có lúc nào thấy thế |

9.5 Ông /bà có lúc nào mình cảm thấy tràn đầy năng lượng không?

- | | |
|------------------------------|---|
| Lúc nào cũng thấy thế | <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian thấy thế |
| Thỉnh thoảng thấy thế | Có lúc thấy thế |
| Chỉ có ít thời gian thấy thế | Chẳng có lúc nào thấy thế |

9.6 Ông bà có lúc nào cảm thấy thất vọng không?

- | | |
|------------------------------|---|
| Lúc nào cũng thấy thế | <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian thấy thế |
| Thỉnh thoảng thấy thế | Có lúc thấy thế |
| Chỉ có ít thời gian thấy thế | Chẳng có lúc nào thấy thế |

9.7 Ông/bà có thấy rất mệt mỏi không?

- | | |
|------------------------------|---|
| Lúc nào cũng thấy thế | <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian thấy thế |
| Thỉnh thoảng thấy thế | Có lúc thấy thế |
| Chỉ có ít thời gian thấy thế | Chẳng có lúc nào thấy thế |

9.8 Ông/bà có thấy mình hạnh phúc không?

- | | |
|------------------------------|---|
| Lúc nào cũng thấy thế | <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian thấy thế |
| Thỉnh thoảng thấy thế | Có lúc thấy thế |
| Chỉ có ít thời gian thấy thế | Chẳng có lúc nào thấy thế |

9.9 Ông /bà có thấy mệt không?

- | | |
|------------------------------|---|
| Lúc nào cũng thấy thế | <input type="checkbox"/> Hầu hết thời gian thấy thế |
| Thỉnh thoảng thấy thế | Có lúc thấy thế |
| Chỉ có ít thời gian thấy thế | Chẳng có lúc nào thấy thế |

10. Trong bốn tuần qua, tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần ảnh hưởng đến thời gian làm việc của ông/bà như thế nào?

- | | |
|--|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ảnh hưởng hầu hết | Thỉnh thoảng ảnh hưởng |
| Chỉ ảnh hưởng chút ít | Không ảnh hưởng gì |

11. Những điều dưới đây đúng/sai với ông/bà?

11.1 Ông /bà dễ ốm hơn so với người khác

Hoàn toàn đúng Hầu hết là đúng
Không đúng Hầu hết sai
Hoàn toàn sai

11.2 Ông/bà khỏe hơn bất kỳ ai?

Hoàn toàn đúng Hầu hết là đúng
Không đúng Hầu hết sai
Hoàn toàn sai

11.3 Ông/bà cho rằng sức khỏe của mình trở nên kém hơn

Hoàn toàn đúng Hầu hết là đúng
Không đúng Hầu hết sai
Hoàn toàn sai

11.4 Ông /bà cho rằng sức khỏe của mình tuyệt vời

Hoàn toàn đúng Hầu hết là đúng
Không đúng Hầu hết sai
Hoàn toàn sai

Ông/bà đã điền phiếu này trong.....phút

Xin chân thành cảm ơn ông/bà.

Hà Nội, ngày.....tháng.....năm.....

Họ và tên người trả lời phiếu
(Ký và ghi rõ họ tên)

Nghiên cứu viên
(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 5**BẢNG CHO ĐIỂM CÁC CÂU HỎI SF36 [39].**

Câu hỏi số	Điểm số ban đầu	Giá trị trung bình
1, 2, 20, 22, 34, 36	1----->	100
	2----->	75
	3----->	50
	4----->	25
	5----->	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1----->	0
	2----->	50
	3----->	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1----->	0
	2----->	100
21, 23, 26, 27, 30	1----->	100
	2----->	80
	3----->	60
	4----->	40
	5----->	20
	6----->	0
24, 25, 28, 29, 31	1----->	0
	2----->	20
	3----->	40
	4----->	60
	5----->	80
	6----->	100

32, 33, 35	1----->	0
	2----->	25
	3----->	50
	4----->	75
	5----->	100

BẢNG TÍNH ĐIỂM TRUNG BÌNH CÁC KHOẢN CỦA 8 LĨNH VỰC [39].

Lĩnh vực	Số lượng các khoản	Tính trung bình các khoản sau
Hoạt động thể lực	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Các hạn chế do sức khỏe thể lực	4	13, 14, 15, 16
Các hạn chế do dễ xúc động	3	17, 18, 19
Sinh lực	4	23, 27, 29, 31
Sức khỏe tinh thần	5	24, 25, 26, 28, 30
Hoạt động xã hội	2	20, 32
Cảm giác đau	2	21, 22
Sức khỏe chung	5	1, 33, 34, 35, 36

PHỤ LỤC 6
DANH SÁCH NGƯỜI TẬP DUỖNG SINH VÀ THAM GIA NGHIÊN CỨU

PHỤ LỤC 7





