

Khảo sát các hội chứng tạng phủ theo y học cổ truyền trên bệnh nhân thoái hóa khớp tại Khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế

Đoàn Văn Minh¹, Lê Thị Hoài Suong², Trần Nhật Minh¹

(1) Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Sinh viên Khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thoái hóa khớp là bệnh lý cơ xương khớp thường gặp nhất trên lâm sàng, gây ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, khả năng lao động, sinh hoạt cũng như kinh tế của bệnh nhân. Các nghiên cứu về khảo sát hội chứng tạng phủ ở các bệnh lý thoái hóa khớp vẫn còn khá ít, mặc dù hội chứng tạng phủ rất quan trọng trong biện chứng luận trị theo Y học cổ truyền. Mục tiêu của đề tài này là khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo Y học hiện đại và các hội chứng tạng phủ theo Y học cổ truyền trên bệnh nhân thoái hóa khớp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 150 bệnh được chẩn đoán xác định thoái hóa khớp theo Y học hiện đại đang điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế. **Kết quả:** Hội chứng can thận âm hư (32,1%), can huyết hư (22,4%), tỳ khí hư (13,5%), vị hỏa thịnh (10,9%), thận khí hư (9,6%), tâm tỳ lưỡng hư (9,6%), thận dương hư (1,9%). Các hội chứng tạng phủ thường gặp phân bố chủ yếu ở bệnh nhân trên 65 tuổi, nữ giới. Hội chứng can thận âm hư gặp nhiều trong thoái hóa cột sống thắt lưng, khớp gối. Hội chứng can huyết hư gặp ở cả 3 vị trí thoái hóa với tỷ lệ tương đương nhau. Hội chứng tỳ khí hư gặp chủ yếu ở bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng. **Kết luận:** Thoái hóa khớp thường gặp các hội chứng can thận âm hư, can huyết hư, tỳ khí hư. Các hội chứng tạng phủ thường gặp phân bố chủ yếu ở bệnh nhân trên 65 tuổi, nữ giới. Hội chứng can thận âm hư gặp nhiều trong thoái hóa cột sống thắt lưng, thoái hóa khớp gối.

Từ khóa: thoái hóa khớp, hội chứng tạng phủ, Y học cổ truyền.

Abstract

Survey the VISCERAL syndromes according to traditional medicine in patients with osteoarthritis at Internal Department of Hue Central Hospital and Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy

Doan Van Minh¹, Le Thi Hoai Suong², Tran Nhat Minh¹

(1) Faculty of Traditional Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Student of Faculty of Traditional Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Osteoarthritis is the most common clinical musculoskeletal disease and it affects health, work capacity, life, economy and society. There are not many studies on Visceral syndromes in osteoarthritis, although Visceral syndromes play an important role in the pattern identification and treatment in traditional medicine. The aim of this study was to survey clinical and subclinical features of osteoarthritis based on modern medicine and Visceral syndromes according to traditional medicine in osteoarthritis patients. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 150 patients diagnosed and receiving treatment at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital. **Results:** Liver and kidney yin deficiency (32.1%), liver blood deficiency (22.4%), spleen Qi deficiency (13.5%), Intense stomach fire (10.9%), kidney Qi deficiency (9.6%), heart and spleen deficiency (9.6%), kidney yang deficiency (1.9%). The common Visceral syndromes were mainly distributed in female patients over 65 years. Liver and kidney yin deficiency syndrome was more common in osteoarthritis of lumbar spine and osteoarthritis of knee. The syndrome of liver blood deficiency was found in all 3 osteoarthritis locations at similar rates. The syndrome of spleen Qi deficiency was more common in osteoarthritis of lumbar spine. **Conclusion:** osteoarthritis had common syndromes of liver and kidney yin deficiency, liver blood deficiency and spleen Qi deficiency.

The common Visceral syndromes were mainly distributed in elderly female patients. Liver and kidney yin deficiency syndrome was more common in osteoarthritis of lumbar spine and osteoarthritis of knee.

Keywords: *osteoarthritis, Visceral syndromes, Traditional medicine.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) là bệnh lý cơ xương khớp thường gặp nhất trên lâm sàng, theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới cho thấy có 0,3 - 0,5% dân số bị bệnh lý về khớp trong đó có 20% bị thoái hóa khớp [4]. Thoái hóa khớp là tổn thương của toàn bộ khớp, trong đó tổn thương sụn là chủ yếu, là bệnh lý của quá trình tích tuổi và sự chịu lực tác động thường xuyên lên khớp. Đây là một trong nhóm nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật trên toàn thế giới. Thoái hóa khớp có thể gặp ở nhiều khớp động, đặc biệt là các khớp thường chịu tải như khớp gối, cột sống,... [4], [5]. Khi khớp bị thoái hóa đến giai đoạn biểu hiện lâm sàng sẽ gây đau và hạn chế chức năng đi lại và sinh hoạt của người bệnh khiến người bệnh phải thường xuyên đi khám và điều trị, do vậy ảnh hưởng hưởng đến chất lượng cuộc sống và gây tổn hại đến kinh tế [17].

Tỷ lệ thoái hóa khớp tăng dần theo tuổi tác, trong bối cảnh tuổi thọ trung bình của người Việt Nam có sự gia tăng, vì vậy tỷ lệ lưu hành và gánh nặng bệnh tật cũng tăng lên nhanh chóng [1]. Theo thống kê tổng số bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm có tỷ lệ thoái hóa khớp là 10,4% [2], [12]. Thoái hóa khớp nếu được chẩn đoán sớm và điều trị sớm có thể làm chậm phát triển của bệnh, giảm triệu chứng đau đớn và duy trì cuộc sống hoạt động cho bệnh nhân [4], [5].

Thoái hóa khớp trong Y học cổ truyền (YHCT) được mô tả trong phạm vi “chứng Tý”. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh là do tuổi cao sức yếu, chức năng các tạng phủ trong cơ thể hư suy, ốm đau lâu ngày, lao động nặng nhọc,... làm cho chính khí cơ thể hư yếu mà ngoại tà thừa cơ xâm nhập vào lâu ngày gây trở trệ khí huyết ở kinh lạc [9]. Y học cổ truyền từ lâu đã được sử dụng để duy trì sức khỏe, dự phòng và điều trị bệnh, nhất là bệnh mạn tính, trong đó có thoái hóa khớp. Trong phương pháp chẩn đoán và điều trị các bệnh lý của Y học cổ truyền, biện chứng tạng phủ có vai trò rất quan trọng [10], tuy nhiên vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về hội chứng (HC) tạng phủ ở bệnh thoái hóa khớp. Thực hiện theo hướng dẫn kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại của Bộ Y tế trong việc khám, chữa bệnh, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Khảo sát các hội chứng tạng phủ theo Y học cổ truyền trên bệnh nhân thoái hóa khớp tại Khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học**

Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế” bước đầu góp phần chẩn đoán và nâng cao hiệu quả điều trị bệnh lý thoái hóa khớp bằng YHCT với các mục tiêu sau:

1. *Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang trên bệnh nhân thoái hóa khớp tại khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế.*

2. *Khảo sát các hội chứng tạng phủ theo Y học cổ truyền trên bệnh nhân thoái hóa khớp tại khoa Nội, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 150 bệnh nhân

được chẩn đoán thoái hóa khớp theo Y học hiện đại, đang điều trị tại khoa Nội thận - Cơ xương khớp, Bệnh viện Trung ương Huế và Khoa Nội Tổng hợp – Nội tiết, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 7/2019 đến tháng 4/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân ≥ 40 tuổi được chẩn đoán là thoái hóa khớp theo ACR 1991 [15], [16], tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh

- Bệnh nhân bị các bệnh lý về cơ xương khớp không do thoái hóa.

- Bệnh nhân bị suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy gan, suy thận, tâm thần, nhồi máu cơ tim, bệnh nhân quá suy kiệt không thể tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện và cỡ mẫu được tính theo công thức $N = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p(1-p) / d^2$

Trong đó: z là độ tin cậy, α là mức ý nghĩa, $\alpha = 0,05 \Rightarrow Z = 1,96$, p là tỷ lệ bệnh, chọn $p = 0,1041$ (theo nghiên cứu của PGS. TS. Nguyễn Thị Bay tỷ lệ THK ở Việt Nam năm 2007 [4], d là sai số cho phép, $d = 0,05$. Theo công thức tính được $N = 144$, thực tế chúng tôi lấy mẫu $N = 150$.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

Phiếu nghiên cứu, bộ dụng cụ đo huyết áp, đồng hồ, thước dây, que khám lưỡi, bảng màu sắc chất lưỡi.

2.2.4. Các bước tiến hành

+ Bước 1: chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng của Y học hiện đại.

+ Bước 2: khảo sát các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng theo Y học hiện đại trên đối tượng nghiên cứu.

+ Bước 3: thăm khám dựa vào tứ chẩn theo Y học cổ truyền và điền vào phiếu nghiên cứu.

+ Bước 4: quy nạp các triệu chứng về hội chứng tạng phủ theo Y học cổ truyền và khảo sát.

2.2.5. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh

- Các đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:

+ Vị trí các khớp bị thoái hóa (cột sống thắt lưng, cột sống cổ, khớp gối).

+ Tính chất đau (đau kiểu cơ học, đau kiểu viêm).

+ Hình dạng và vận động của khớp bị thoái hóa.

- Đặc điểm hình ảnh X-quang của các vị trí bị thoái hóa (gai xương, hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn) và giai đoạn thoái hóa trên X-quang theo Kellgren và Lawrance (I, II, III, IV).

- Các hội chứng tạng phủ trên đối tượng nghiên cứu:

+ Khám bằng tứ chẩn của Y học cổ truyền và quy nạp về hội chứng tạng phủ để khảo sát các hội chứng tạng phủ có thể gặp trên bệnh thoái hóa khớp.

+ Phân bố các hội chứng tạng phủ thường gặp theo một số yếu tố.

+ Các đặc điểm của hội chứng tạng phủ thường gặp nhất trong bệnh THK.

2.2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý, làm sạch bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả bao gồm trung bình, độ lệch chuẩn, tỉ lệ phần trăm.

3. KẾT QUẢ**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu****3.1.1. Đặc điểm theo tuổi và giới****Bảng 1.** Sự phân bố về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Giới	Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
< 45		3	2,0	4	2,7	7	4,7
45 – 64		20	13,3	47	31,3	67	44,6
≥ 65		22	14,7	54	36	76	50,7
Tổng		45	30,0	105	70,0	150	100
± SD				65,73 ± 12,74			
(Min; Max)				(42; 89)			

Nhận xét: tuổi trung bình là 65,73 ± 12,74, tỷ lệ nhóm tuổi trên 65 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (50,7%), nữ gặp nhiều hơn nam với tỉ lệ nữ/nam = 2,3.

3.1.2. Thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu

- Về thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu phần lớn là trên 1 năm (78%), trong đó nhiều nhất ở nhóm mắc bệnh từ 1 đến 5 năm (43,7%). thời gian mắc bệnh dưới 1 năm là thấp (22,0%).

3.1.3. Đặc điểm về nghề nghiệp: lao động chân tay là chủ yếu, chiếm tỷ lệ 94,0%; lao động trí óc chiếm tỷ lệ là 6,0%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của đối tượng nghiên cứu**3.2.1. Đặc điểm lâm sàng****Bảng 2.** Đặc điểm lâm sàng

Vị trí - Đặc điểm lâm sàng		n	%
Vị trí	Cột sống thắt lưng	88	52,0
	Cột sống cổ	26	15,4
	Khớp gối	55	32,6
Đau kiểu cơ học		141	94,0
Đau kiểu viêm		9	6,0
Hạn chế vận động		150	100

Tiếng lạo xạo khi vận động	119	79,3
Biến dạng khớp	26	17,3
Teo cơ	8	5,3

Nhận xét: Về vị trí khớp thoái hóa có cột sống thắt lưng gặp nhiều nhất (52,0%), ít gặp ở cột sống cổ (15,4%). Các triệu chứng gặp nhiều trong nghiên cứu: hạn chế vận động (100%), đau kiểu cơ học (94,0%), tiếng lạo xạo (79,3%), ít gặp đau kiểu viêm, biến dạng khớp và teo cơ.

3.2.2. Đặc điểm hình ảnh X quang

- Hình ảnh tổn thương trên X-quang có: gai xương (91,3%), hẹp khe khớp (77,3%), đặc xương dưới sụn (64,7%).

- Giai đoạn thoái hóa trên X- quang theo Kellgren và Lawrance chủ yếu ở giai đoạn III (32,0%) và IV (42,7%), ít gặp ở giai đoạn I là 6%, giai đoạn II là 19,3%.

3.3. Đặc điểm về hội chứng tạng phủ trên đối tượng nghiên cứu

3.3.1. Các hội chứng tạng phủ

Kết quả khảo sát 150 bệnh nhân cho thấy, có 82% bệnh nhân quy nạp đủ triệu chứng vào hội chứng tạng phủ, 22% bệnh nhân có 2 hội chứng tạng phủ trở lên, 78% bệnh nhân ghi nhận chỉ có 1 hội chứng tạng phủ và 18% bệnh nhân chưa quy nạp được vào hội chứng tạng phủ nào.

Bảng 3. Các hội chứng tạng phủ của đối tượng nghiên cứu

Các hội chứng tạng phủ	n	%
Can thận âm hư	50	32,1
Can huyết hư	35	22,4
Tỳ khí hư	21	13,5
Thận khí hư	15	9,6
Vị hỏa thịnh	17	10,9
Tâm tỳ lưỡng hư	15	9,6
Thận dương hư	3	1,9

Nhận xét: các hội chứng khảo sát được gồm: can thận âm hư (32,1%), can huyết hư (22,4%), tỳ khí hư (13,5%), vị hỏa thịnh (10,9%), thận khí hư (9,6%), tâm tỳ lưỡng hư (9,6%), thận dương hư (1,9%).

3.3.2. Phân bố các hội chứng tạng phủ thường gặp theo một số yếu tố

Bảng 4. Phân bố các hội chứng tạng phủ thường gặp theo tuổi

HC hay gặp	Nhóm tuổi		40 - 45		45 - 64		≥ 65		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Can thận âm hư	0	0	23	14,8	27	17,3	50	32,1		
Can huyết hư	2	1,3	11	7,0	22	14,1	35	22,4		
Tỳ khí hư	0	0	6	3,9	15	9,6	21	13,5		

Nhận xét: các hội chứng tạng phủ thường gặp phân bố chủ yếu ở nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi.

Bảng 5. Phân bố các hội chứng tạng phủ thường gặp theo giới

HC hay gặp	Giới		Nữ		Nam		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Can thận âm hư	46	29,5	4	2,6	50	32,1		
Can huyết hư	31	19,8	4	2,6	35	22,4		
Tỳ khí hư	18	11,6	3	1,9	21	13,5		

Nhận xét: các hội chứng tạng phủ thường gặp phân bố chủ yếu ở nữ giới, ít gặp ở nam giới.

Bảng 6. Phân bố các hội chứng tạng phủ thường gặp theo vị trí thoái hóa

HC hay gặp	Vị trí	Cột sống thắt lưng		Khớp gối		Cột sống cổ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Can thận âm hư		27	17,3	21	13,5	2	1,3	50	32,1
Can huyết hư		11	7,0	12	7,7	12	7,7	35	22,4
Tỳ khí hư		12	7,7	6	3,9	3	1,9	21	13,5

Nhận xét: hội chứng can thận âm hư gặp nhiều ở Thoái hóa cột sống (THCS) thắt lưng và khớp gối, ít gặp ở THCS cổ. Hội chứng can huyết hư gặp ở cả 3 vị trí thoái hóa tương đương nhau. Hội chứng tỳ khí hư gặp chủ yếu ở THCS thắt lưng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Về tuổi

Độ tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu này là $65,73 \pm 12,74$, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Hà Hoàng Kiệm (2017) là $61,3 \pm 8,7$ [8], sự khác biệt về độ tuổi trung bình có thể là do sự khác biệt về cỡ mẫu, tuy nhiên các nghiên cứu đều cho thấy thoái hóa khớp thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, phù hợp với cơ chế gây thoái hóa khớp, ở bệnh nhân lớn tuổi, sự lão hóa diễn ra nhanh, các tế bào sụn suy giảm cả về số lượng và chất lượng mà dẫn đến thoái hóa khớp [5], [9].

- Về giới

Đối tượng trong nghiên cứu này chủ yếu là nữ (70%), tỷ lệ nữ/nam là 2,3 kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Thị Huệ (2013) với tỷ lệ nữ/nam là 2,1 [6] và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngân (2014) là 1,4 [13]. Theo Felson [18] trước 50 tuổi tỷ lệ thoái hóa khớp ở nam cao hơn nữ, nhưng sau 50 tuổi tỷ lệ ở nữ lại cao hơn. Ngoài ra, nhiều tác giả cho rằng tỷ lệ thoái hóa khớp ở nữ cao hơn nam là do sự thay đổi về nội tiết, đặc biệt sự thiếu hụt estrogen sau mãn kinh [14], [22].

- Về thời gian mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian mắc bệnh chủ yếu là trên 1 năm (78%), trong đó nhóm từ 1 đến 5 năm chiếm cao nhất (43,7%), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngân (2014) [13] thời gian mắc bệnh trên 1 năm chiếm 75,7%. Điều này cũng phù hợp với đặc điểm của thoái hóa khớp là một bệnh mạn tính, tiến triển kéo dài và hay tái phát [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang của đối tượng nghiên cứu

- Về vị trí khớp thoái hóa: kết quả nghiên cứu cho thấy thoái hóa cột sống (THCS) thắt lưng gặp nhiều nhất (52,0%), tiếp đến là thoái hóa khớp gối (32,6%), thấp nhất là THCS cổ (15,4%). Kết quả này

tương đương với nghiên cứu của Lê Thị Huệ [6] có THCS thắt lưng cao nhất (41,5%), thoái hóa khớp gối (33,5%), THCS cổ (25%). Theo nghiên cứu của một số tác giả kết luận thoái hóa khớp liên quan với nghề nghiệp (đặc biệt là lao động chân tay nặng, mang vác nặng) [7], [23] và người có thể trạng thừa cân béo phì [19], [20], đây là 2 nguyên nhân gây tải trọng lên khớp. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng chủ yếu là lao động chân tay, mang vác nặng, nên thoái hóa khớp gặp nhiều ở thắt lưng và khớp gối, ít gặp ở cột sống cổ.

- Về triệu chứng lâm sàng: đau khớp là triệu chứng đầu tiên và quan trọng của bệnh lý thoái hóa khớp. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng đau, trong đó kiểu cơ học chiếm 94%, đây là kiểu đau đặc trưng của thoái hóa khớp, bệnh nhân đau tăng khi vận động, giảm khi nghỉ ngơi. Ngoài ra, về cơ chế sinh bệnh của bệnh cho thấy bệnh sinh thoái hóa khớp còn có sự tham gia của các yếu tố viêm như các cytokin, TNF α , IL 1... [4], [5] vì vậy bệnh nhân không chỉ có đau cơ học mà còn đau kiểu viêm (đau cả khi nghỉ ngơi, đau tăng về đêm), nhóm đau kiểu viêm chỉ chiếm tỷ lệ 6% trong nghiên cứu này.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều có triệu chứng hạn chế vận động, bệnh nhân không thể thực hiện dễ dàng các động tác như: cúi, ngửa, nghiêng, xoay, gập, duỗi,... có triệu chứng lạo xạo khi vận động chiếm tỷ 79,3%, Điều này là do sụn khớp bị tổn thương, các bề mặt sụn không nhẵn mà sần sùi, gồ ghề, cùng với giảm độ nhớt dịch. Trong đó có 17,3% trường hợp biến dạng khớp, mọc các gai xương, lệch trục khớp, tư thế chống đau lâu ngày dẫn đến gù vẹo cột sống... đã dẫn đến các triệu chứng về vận động.

- Về hình ảnh tổn thương trên X-quang: kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 91,3% trường hợp có gai xương, đặc xương dưới sụn có 64,7% trường hợp. Hẹp khe khớp là sự mất sụn khớp, hay

tình trạng thoái hóa đĩa đệm làm xẹp các đốt sống, trong nghiên cứu kết quả là 77,3%. Đây là những hình ảnh điển hình của bệnh lý thoái hoá khớp ở mức độ và các giai đoạn tổn thương khác nhau.

- Về giai đoạn thoái hóa khớp theo Kellgren và Lawrance, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có bệnh nhân thoái hóa ở giai đoạn III, IV chiếm phần lớn, đây là hai giai đoạn đã có tổn thương nhiều trên hình ảnh X quang.

4.3. Hội chứng tạng phủ trên đối tượng nghiên cứu

- Về tần suất xuất hiện các hội chứng tạng phủ theo YHCT

Kết quả khảo sát 150 bệnh nhân trong nghiên cứu cho thấy có 82% bệnh nhân quy nạp đủ triệu chứng vào hội chứng tạng phủ. Trong đó có 22% bệnh nhân có 2 hội chứng tạng phủ trở lên, 78% bệnh nhân chỉ có 1 hội chứng tạng phủ, như vậy trên đa số bệnh nhân thoái hoá khớp, đều có thể quy nạp được các hội chứng tạng phủ của Y học cổ truyền, đây là cơ sở để chẩn đoán và có hướng điều trị kết hợp bằng Y học cổ truyền các bệnh lý thoái hoá khớp.

Kết quả ở bảng 3 cho thấy, các hội chứng tạng phủ khảo sát được trong nghiên cứu này bao gồm: can thận âm hư (32,1%), can huyết hư (22,4%), Tỳ khí hư (13,5%), Vị hỏa thịnh (10,9%), thận khí hư (9,6%), tâm tỳ lưỡng hư (9,6%), thận dương hư (1,9%). Như vậy, các hội chứng tạng phủ chủ yếu là can thận âm hư, can huyết hư, tỳ khí hư. Theo Liu và cộng sự (2005) nghiên cứu trên 624 trường hợp thoái hoá khớp gối, đã ghi nhận các nhóm hội chứng: thận dương hư, ứ huyết, hàn thấp (44,2%); can âm hư, thận dương hư, huyết ứ (25%); can tỳ thận hư, huyết ứ (16,7%); Can thận âm hư, huyết ứ (14,1%) [21]. Wei và cộng sự (2015), nghiên cứu trên 90 trường hợp thoái hoá khớp gối, chia thành các hội chứng sau: can thận bất túc, cân mạch ứ trở (41,1%); tỳ thận lưỡng hư, thấp chú quan tiết (31,1%); can thận hư suy, đàm ứ trở (27,8%) [25]. Các nghiên cứu này có kết quả này khác so với nghiên cứu của chúng tôi, vì các nghiên cứu trên chỉ lấy trên đối tượng thoái hoá khớp gối, cùng với cách phân chia hội chứng, cỡ mẫu, chủng tộc... khác nhau. Tuy nhiên, qua các nghiên cứu đều cho thấy các hội chứng tạng phủ thường chủ yếu gặp ở các tạng: thận, can, tỳ. Điều này có thể giải thích theo lý luận của YHCT là can chủ cân, thận chủ cốt, tỳ chủ cơ nhục, theo tác giả Li Zhimin, Lin Jianqiang, bệnh cơ gây thoái hoá khớp là do can, tỳ, thận hư, phong hàn thấp tà thừa cơ xâm nhập gây huyết ứ trở trệ, lâu ngày ảnh hưởng đến cân cốt. Tỳ vị chủ hậu thiên, thận tinh chủ tiên thiên phải dựa vào sự bổ sung thủy cốc tinh vi của hậu thiên, tỳ hư mất vận hóa

thì tinh chất tiên thiên không có nguồn để bổ sung, làm gia tăng thêm sự hư tổn của thận tinh. Tỳ sinh huyết, can tàng huyết, do đó tỳ hư càng làm gia tăng can huyết hư [24].

Theo quan điểm của Y học hiện đại về thoái hoá khớp, chủ yếu do tổn thương sụn, mà trong thành phần cơ bản của mô sụn thì có đến 70 - 80% là nước [7], tương ứng với YHCT là âm dịch trong cơ thể. Âm dịch là cơ sở vật chất quan trọng của cơ thể, có nguồn từ thức ăn, thông qua công năng tiêu hóa của tỳ vị, tiểu trường, đại trường, nhờ các tạng phủ mà phân bố khắp cơ thể đi nuôi dưỡng toàn thân [3]. Đặc biệt khi chức năng của can, thận, tỳ hư làm ảnh hưởng đến nguồn sinh âm dịch cũng như phân bố thủy dịch trong cơ thể, cùng với âm, huyết hư lâu ngày sinh nội nhiệt sẽ làm cho âm dịch trong cơ thể giảm sút không đủ để nuôi dưỡng các khớp gây ra thoái hóa.

- Phân bố các hội chứng tạng phủ thường gặp theo một số yếu tố:

Kết quả ở bảng 4 cho thấy các hội chứng tạng phủ thường gặp (can thận âm hư, can huyết hư, tỳ khí hư) phân bố chủ yếu ở bệnh nhân trên 45 tuổi, đặc biệt là trên 65 tuổi. Theo các y văn xưa, người ta đã thấy mối quan hệ giữa tạng phủ với tuổi tác, người càng lớn tuổi, chức năng tạng phủ càng suy giảm, đặc biệt là 2 tạng can, thận [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân lớn tuổi chiếm tỷ lệ cao (50,7%), nên các hội chứng tạng phủ trên gặp chủ yếu ở nhóm đối tượng này.

Kết quả bảng 5 cho thấy, các hội chứng tạng phủ thường gặp có sự phân bố ở 2 giới khác nhau, cụ thể gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới. Điều này có thể giải thích là do sự phát dục ở nam nữ khác nhau, nữ 14 tuổi đã phát dục thành thực, nam 16 tuổi mới phát dục thành thực, nên sự già yếu của nữ giới cũng sớm hơn nam giới [11]. Trong tác phẩm Hoàng Đế nội kinh đã viết: “Đàn ông sau 64 tuổi, và phụ nữ sau 49 tuổi thường thấy cửu khiếu bất lợi, tóc bạc, răng rụng, người nặng nề, đi đứng không thẳng và kém hoạt [9]. Ngoài ra phụ nữ còn phải trải qua quá trình kinh đới thai sản liên quan mật thiết đến 2 tạng can thận, quá trình này làm hư tổn đến phần âm huyết, tân dịch mà ảnh hưởng đến sự nuôi dưỡng cơ thể, trong đó có các khớp mà dẫn đến thoái hóa. Ngoài ra, bệnh kéo dài sẽ ảnh hưởng đến tạng tỳ, là nguồn sinh hoá khí huyết, do đó tỳ hư sẽ ảnh hưởng đến can huyết, can âm. Âm huyết là thành phần quan trọng của nữ giới; Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ nữ giới nhiều hơn nam giới là phù hợp với lý luận như trên.

Kết quả của bảng 6 trong nghiên cứu của chúng

tôi cho thấy, hội chứng can thận âm hư gặp chủ yếu ở bệnh nhân thoái hoá cột sống thắt lưng và thoái hoá khớp gối, điều này hoàn toàn phù hợp với lý luận của YHCT, đó là can là phủ của gối, là nơi hội tụ của cân, eo lưng là phủ của thận, thận chủ cốt tủy [3]. Khi công năng của can thận bị hư yếu thì thắt lưng và gối cũng không được nuôi dưỡng đầy đủ mà sinh ra thoái hóa, can thận âm hư vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của quá trình thoái hóa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi hội chứng can huyết hư gặp ở cả 3 vị trí tương đương nhau, can chức năng tàng trữ huyết [10], [11] lúc cơ thể ở trạng thái động thì can đóng vai trò vận chuyển huyết dịch đi nuôi cơ thể để các hoạt động được diễn ra bình thường, khi ngủ, huyết được đưa về lại và tàng trữ ở can. Khi lao động nặng nhọc làm cho huyết bị hao tổn cùng với nguồn sinh huyết bị giảm (liên quan đến ăn uống và tạng tỳ) làm cho can huyết hư. Can huyết hư thì huyết không đủ để nuôi dưỡng những vị trí trong cơ thể trong đó có thắt lưng, gối, cột sống cổ.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang của đối tượng nghiên cứu

- Về vị trí thoái hóa: cột sống thắt lưng (52,0%), khớp gối (32,6%), cột sống cổ (15,4%)
- Về triệu chứng lâm sàng: có các triệu chứng gặp nhiều có: đau kiểu cơ học, hạn chế vận động, tiếng lạo xạo, ít gặp: đau kiểu viêm, biến dạng khớp, teo cơ..
- Hình ảnh X quang: gai xương là 91,3%, hẹp khe khớp là 77,3% , đặc xương dưới sụn là 64,7%.

5.2. Hội chứng tạng phủ của đối tượng nghiên cứu

- Các hội chứng khảo sát được gồm có: can thận âm hư (32,1%), can huyết hư (22,4%), tỳ khí hư (13,5%), vị hỏa thịnh (10,9%), thận khí hư (9,6%), tâm tỳ lưỡng hư (9,6%), thận dương hư (1,9%).
- Các hội chứng thường gặp phân bố chủ yếu ở bệnh nhân trên 65 tuổi, nữ giới. Hội chứng can thận âm hư gặp chủ yếu ở THCS thắt lưng và THK gối, ít gặp ở THCS cổ. Hội chứng can huyết hư gặp ở 3 vị trí thoái hóa tương đương nhau, hội chứng tỳ khí hư gặp nhiều trong THCS thắt lưng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Ân (1994), “Bệnh khớp do thoái hóa”, *Bách khoa toàn thư bệnh học*, Tập 2, Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam. tr. 67 – 74.
2. Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Ngọc Lan (2004). “Thoái hóa khớp [hư khớp] và thoái hóa cột sống”, *Bệnh học nội khoa tập I* (dùng cho đối tượng sau đại học). Nhà xuất bản Y học, tr. 422-435.
3. Trần Quốc Bảo (2013), “Biện chứng tạng phủ”, *Lí luận cơ bản của YHCT*, học viện quân y, nhà xuất bản y học Hà Nội, tr. 50 – 69.
4. Nguyễn Thị Bay (2007), “Thoái hóa khớp”, *Bệnh học và điều trị nội khoa (kết hợp Đông-Tây y)*, Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr. 520-530.
5. Bộ môn nội Trường Đại học Y Dược Huế (2018), “thoái hóa khớp”, *Bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 631- 635.
6. Nguyễn Đức Công, Ngô Thế Hoàng, Lê Thị Huệ (2013) “ Khảo sát mô hình bệnh tật tại khoa nội cơ xương khớp bệnh viện Thống Nhất năm 2012-2013”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh* (17) số 3/2013, tr. 263- 269.
7. Hà Hoàng Kiệm (2018), “Thoái hóa khớp”, *Bệnh thoái hóa khớp chẩn đoán điều trị và dự phòng*, Nhà xuất bản thể thao và du lịch, tr20- 25.
8. Hà Hoàng Kiệm, Chu Thị Lê Hằng (2017), “Nghiên cứu hiệu quả phục hồi chức năng khớp gối ở bệnh nhân sau phẫu thuật tái tạo dây chằng chéo trước”. *Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II*, Học viện quân y .
9. Khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y dược Huế (2019), “Thoái hóa khớp”, *Giáo trình bệnh học lão khoa Y học cổ truyền*, tr.44-52.
10. Khoa Y học cổ truyền trường Đại học Y dược Huế (2016), “Các hội chứng bệnh về tạng phủ”, *Giáo trình lý luận cơ bản Y học cổ truyền 2*, tr. 20 -35.
11. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2016), “Hội chứng bệnh”, *Bài giảng Y học cổ truyền tập 1*, tr. 94 – 106.
12. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011), “Thoái hóa khớp”, *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr. 138- 150.
13. Nguyễn Thị Ngần, Đinh Thị Việt (2014), “ Khảo sát sự hiểu biết của bệnh nhân về thoái hóa khớp”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh* (18) số 3/2014, tr. 252- 255.
14. Adams J.G, T. McAlindon, M. Dimasi et al (1999). “Contribution of meniscal extrusion and cartilage loss to joint space narrowing in osteoarthritis”, *Clin Radiol*, 54 (8), 502-506.
15. Altman R.D (1991). “Classification of disease: Osteoarthritis”, *Semin Arthritis Rheum*, 20 (6, Supplement 2), 40-47.
16. Altman R, E. Asch, D. Bloch et al (1986), “Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association”. *Arthritis Rheum*, 29 (8), 1039-1049.
17. David J. Hunter (2015), “Viscosupplementation for Osteoarthritis of the Knee”, *The New England Journal of Medicine*, pp. 1040 – 1047.

18. Felson D.T, R. C. Lawrence, P. A. Dieppe et al (2000), "Osteoarthritis: new insights. Part 1: the disease and its risk factors", *Ann Intern Med*, 133 (8), 635-646
19. Goldring S.R (2009), "Role of bone in osteoarthritis pathogenesis", *Med Clin North Am*, 93 (1), 25-35, xv. 19.
20. Kalunian K.C and S. Ritter (2014). "Pathogenesis of osteoarthritis", Uptodate, Literature review current through: Oct, 2014. This topic last updated: May 02, 2014. (www.uptodate.com).
21. Liu Xiangqian, Yao Gonghe, Yang Jinghua (2005), "An analysis on the symptomatic characteristics of 624 cases of knee osteoarthritis", *The Journal of Traditional Chinese Orthopedics and Traumatology*, pp. 11- 12.
22. Lyn March, AM, MD, PhD Marita Cross, PhD (2019), "Epidemiology and risk factors for osteoarthritis", <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-risk-factors-for-osteoarthritis>.
23. Manal Hasan R.S (2010), "Clinical features and pathogenetic mechanisms of osteoarthritis of the hip and knee", *Bc medical journal*, 52 (No. 8), 393-398.
24. 李志敏; 李建强(2018), "益肾祛痹汤治疗肝肾亏虚型膝关节炎的临床疗效评价及对关节液中炎性因子的影响", *中国中医基础医学杂志*, 2018年05期 期刊
25. 魏合伟 罗玉明 郑维蓬 (2015), "膝关节炎中医证型与炎性因子IL-6、TNF- α 表达相关性的研究", *辽宁中医杂志*, 2015(07), 1167-1169.