

TÁC DỤNG CỦA CÂY CHỈ TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG QUA MỘT SỐ CHỈ TIÊU LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Bùi Tiên Hưng^{1,2}, Lương Đức Dũng² và Nguyễn Thị Linh^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả điều trị viêm khớp của phương pháp cấy chỉ trên bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng mở, so sánh trước - sau điều trị và so sánh với nhóm chứng. Sáu mươi bệnh nhân được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống có viêm khớp được chia thành hai nhóm đảm bảo tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, mức độ đau theo thang điểm NRS, điểm SLEDAI, điểm DAS28 và thể bệnh YHCT. Cả hai nhóm cùng được điều trị phác đồ cơ bản (uống Methylprednisolone 4 mg/2 viên/ngày, Chloroquine 200 mg/1 viên/ngày và Ciclosporin 25 mg/2 viên/ ngày, Omeprazol 20 mg/1 viên/ngày, thời gian điều trị 30 ngày); nhóm nghiên cứu được cấy chỉ một lần vào ngày đầu tiên điều trị. Sau 30 ngày điều trị có sự cải thiện rõ rệt về tác dụng giảm đau, tác dụng chống viêm và tác dụng trên hoạt động bệnh ở cả 2 nhóm ($p < 0,05$) và mức độ cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp, cấy chỉ catgut.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus - SLE) là một bệnh tự miễn hệ thống, gây tổn thương nhiều cơ quan, trong đó tổn thương cơ xương khớp là một trong những biểu hiện phổ biến nhất. Tỷ lệ mắc ở nhiều bệnh nhân SLE khác nhau dao động từ 69% đến 95%.¹⁻³ Trong tiêu chí phân loại của ACR/ EULAR (American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism) gần đây nhất, viêm khớp được định nghĩa là tình trạng viêm màng hoạt dịch ảnh hưởng đến hai hoặc nhiều khớp, đặc trưng bởi sưng hoặc tràn dịch, hoặc đau kèm theo cứng khớp buổi sáng ít nhất 30 phút.⁴ Hầu hết các khớp đều có thể bị ảnh hưởng, nhưng thường gặp nhất là khớp bàn ngón tay, khớp ngón tay, cổ tay

và gối, nhưng cũng có thể có viêm bao gân hoặc viêm gân.⁵ Mặc dù là biểu hiện phổ biến, các lựa chọn điều trị dựa trên bằng chứng cho viêm khớp còn hạn chế.^{6,7} Chiến lược điều trị bao gồm thuốc chống viêm không steroid, corticosteroid, thuốc chống sốt rét và nhiều loại thuốc ức chế miễn dịch. Tổn thương khớp tuy không đe dọa tính mạng, nhưng gây suy giảm chức năng và tăng gánh nặng bệnh tật. Trong Y học cổ truyền (YHCT), không có bệnh danh cụ thể của bệnh SLE mà chứng viêm khớp của bệnh SLE thuộc phạm vi chứng Tý và được chia thành nhiều thể lâm sàng.^{8,9} Điều trị có thể áp dụng các phương pháp như: châm cứu, cấy chỉ, xoa bóp bấm huyệt, thuốc YHCT...¹⁰ Trong đó, phương pháp cấy chỉ là một phương pháp châm cứu đặc biệt, dùng chỉ tự tiêu đưa vào huyết để tạo kích thích kéo dài, nhờ đó nâng cao hiệu quả điều trị.¹¹ Nhiều năm trở lại đây, người ta đã ứng dụng phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết điều trị các bệnh mạn tính như: hen phế quản, viêm

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Linh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: marialinh98@gmail.com

Ngày nhận: 18/08/2025

Ngày được chấp nhận: 30/08/2025

loét dạ dày tá tràng, một số bệnh liên quan đến dị ứng, miễn dịch như viêm mũi dị ứng, bệnh sẩn ngứa mề đay, các bệnh khớp phản ứng... Với mong muốn nghiên cứu thêm một phương pháp hỗ trợ điều trị tình trạng viêm khớp ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống để giảm thiểu gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ trong hỗ trợ điều trị viêm khớp ở bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu

60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định SLE đang điều trị ngoại trú tại Phòng khám Dị ứng - Miễn dịch, Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 4/2024 đến tháng 10/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, không phân biệt giới, nghề nghiệp, tự nguyện tham gia nghiên cứu: được chẩn đoán SLE theo tiêu chuẩn phân loại SLICC 2012 và có viêm khớp, có biểu hiện đau khớp kiểu viêm, điểm $3 \leq \text{NRS} < 7$, Mức độ bệnh $6 \leq \text{SLEDAI} < 10$, thể hoạt động nhẹ và vừa theo công thức DAS 28¹²⁻¹⁴: bệnh hoạt động mức độ nhẹ ($2,6 \leq \text{DAS } 28 < 3,2$); bệnh hoạt động mức độ trung bình ($3,2 \leq \text{DAS } 28 \leq 5,1$), không áp dụng các phương pháp điều trị khác trong thời gian nghiên cứu trừ phác đồ cơ bản. Bệnh nhân thuộc thể phong thấp kết hợp Can thận hư hoặc phong thấp nhiệt kết hợp Can thận hư theo YHCT.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Dị ứng với chỉ catgut hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc nghiên cứu; Phụ nữ có thai, cho con bú; SLE phối hợp với các bệnh tự miễn khác (Viêm khớp dạng thấp (VKDT), Viêm đa cơ, Hội chứng Sharp, Xơ cứng bì, Hội chứng

kháng Phospholipid, Lupus do thuốc...); Mặc kèm các bệnh lý khác: suy tim, bệnh rối loạn đông máu, đái tháo đường...; Đau tăng cần chỉnh phác đồ cơ bản trong quá trình nghiên cứu; Mặc các bệnh ngoài da hoặc da vùng huyết bị viêm nhiễm; Không tuân thủ liệu trình và phác đồ điều trị.

Chất liệu nghiên cứu

Công thức huyết: Công thức huyết được lựa chọn dựa theo Quy trình cấy chỉ hỗ trợ điều trị chứng Tý số 250 trong Quy trình kỹ thuật khám chữa bệnh, quyết định số 792/QĐ- BYT ngày 12/03/2013 của Bộ Y tế) và Quyết định 5013/QĐ-BYT 2020 chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, dựa theo lý luận của YHCT và dựa theo vị trí khớp bị tổn thương, chọn huyết tại chỗ và huyết toàn thân. Huyết toàn thân được lấy ở cả hai bên cơ thể.^{15,16}

+ Thể phong thấp kết hợp Can thận hư: Huyết toàn thân gồm Phong môn, Phong trì, Ngoại quan, Huyết hải, Cách du, Phong long, Túc tam lý, Thận du, Cao hoàng du. Huyết tại chỗ đối với chi trên: Dương trì, Đại lăng, Hợp cốc. Huyết tại chỗ đối với chi dưới: Lương khâu, Tam âm giao, Dương lăng tuyền.

+ Thể phong thấp nhiệt kết hợp Can thận hư: Huyết toàn thân gồm Phong môn, Phong trì, Ngoại quan, Hợp cốc, Khúc trì, Đại chùy, Huyết hải, Cách du, Phong long, Túc tam lý, Thận du, Cao hoàng du. Huyết tại chỗ đối với chi trên: Dương trì, Đại lăng. Huyết tại chỗ đối với chi dưới: Lương khâu, Tam âm giao, Dương lăng tuyền.

Chỉ Catgut: Chỉ phẫu thuật tự tiêu Chromic Catgut 4.0: SURECHROM, sản xuất tại Germany.

Thuốc kháng sốt rét tổng hợp: Hoạt chất, hàm lượng: Hydroxychloroquine sulfat 200mg; dạng viên nén màu trắng hình oval, đóng gói 10 viên/vỉ; số đăng ký VN-16598-13; nhà sản xuất: Zydus, Ấn Độ.

Thuốc nhóm Corticoid: Hoạt chất, hàm lượng: Methylprednisolone 4mg; dạng viên nén, đóng gói 10 viên/vỉ; số đăng ký VN-13805-11; nhà sản xuất: Pfizer, Ý.

Thuốc ức chế miễn dịch: Hoạt chất, hàm lượng: Ciclosporin 25mg; dạng viên nang mềm, đóng gói 10 viên/ vỉ; số đăng ký 859114399723; nhà sản xuất: Teva Czech Industries s.r.o, Cộng hòa Séc.

Thuốc ức chế bơm proton: Hoạt chất, hàm lượng: Omeprazol 20mg; dạng viên nang cứng; số đăng ký 893110818824; nhà sản xuất TVP, Việt Nam.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp can thiệp lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị, so sánh với nhóm chứng.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, 60 bệnh nhân SLE đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chia làm 2 nhóm, ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, mức độ đau theo thang điểm NRS, điểm SLEDAI, điểm DAS28 và thể bệnh YHCT.

+ Nhóm nghiên cứu (NC): Điều trị phác đồ cơ bản kết hợp cấy chỉ một lần tại thời điểm ngày đầu tiên can thiệp (D0) sau khi được làm các cận lâm sàng (quy trình cấy chỉ theo Bộ Y tế).¹⁷

+ Nhóm đối chứng (ĐC): Được điều trị bằng phác đồ điều trị cơ bản.

Phác đồ điều trị cơ bản

Phác đồ điều trị Lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn: Methylprednisolone (Medrol) 4mg x 2 viên/lần, uống vào 8 giờ sáng sau ăn no. Hydroxychloroquine (HCQ) 200mg x 1 viên, uống tối. Ciclosporin (Equoral) 25mg x 1 viên/lần x 2 lần/ngày, chia sáng - chiều.

Esomeprazol (Esomeprazol TVP) 20mg x 1 viên/ngày, uống trước ăn sáng 30 phút.

Chỉ tiêu theo dõi

- Chỉ tiêu lâm sàng: mức độ đau theo thang điểm NRS; mức độ hoạt động của bệnh theo DAS 28; điểm SLEDAI; chức năng vận động được đánh giá bằng bộ câu hỏi đánh giá sức khỏe, gồm 8 bộ (Health Assessment Questionnaire - HAQ);¹⁸ tác dụng không mong muốn. Các chỉ tiêu: thang điểm NRS, số khớp sưng, số khớp đau được đánh giá tại các thời điểm trước điều trị (D0), sau điều trị 15 ngày (D15), sau điều trị 30 ngày (D30). Các chỉ tiêu: mức độ hoạt động của bệnh theo DAS 28, điểm SLEDAI, HAQ, tác dụng không mong muốn được đánh giá ở D0 và D30.

- Chỉ tiêu cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa máu, tốc độ máu lắng, CRP, siêu âm khớp bị đau. Các chỉ tiêu này được đánh giá tại các thời điểm D0 và D30.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng khoa học phê duyệt đề tài cấp cơ sở của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn số 516/ QĐ-BVĐKXP ngày 04/4/2024, được chấp thuận ngày 28/6/2024. Đối tượng nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, các số liệu được thu thập trung thực, thông tin nghiên cứu được bảo mật.

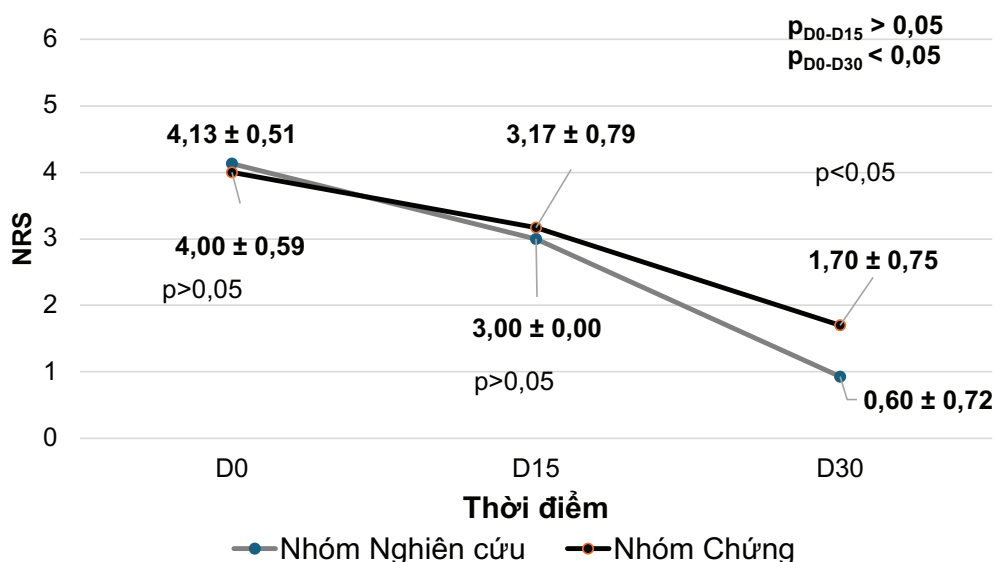
III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu tiến hành trên 60 bệnh nhân với tuổi trung bình của nhóm NC là $49,70 \pm 12,49$ (tuổi), nhóm ĐC là $49,03 \pm 13,53$ (tuổi), nhóm tuổi 40 - 59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt ở nhóm NC và nhóm ĐC là 56,7% và 60,0%; tỷ lệ mắc bệnh gặp ở nữ giới chiếm đa số ở

cả 2 nhóm (nhóm NC là 93,3% và nhóm ĐC là 96,7%); khoảng 70% bệnh nhân hai nhóm có thời gian mắc bệnh ≥ 60 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân thuộc thể phong thấp kết hợp can thận hư cao hơn thể phong thấp nhiệt kết hợp can thận hư, trong đó ở nhóm NC chiếm tỷ lệ 83,3%, nhóm ĐC chiếm tỷ lệ 76,7%. Sự khác biệt về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và thể bệnh YHCT

giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Mức độ bệnh của 2 nhóm trước điều trị như số khớp sưng, khớp đau, điểm DAS28, SLEDAI, NRS, ESR, CRP, HAQ của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 30 ngày điều trị không ghi nhận các tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ ở nhóm NC.

Sự thay đổi mức độ đau theo thang điểm NRS



Biểu đồ 1. Điểm NRS trung bình ở các thời điểm

Sự khác biệt về mức độ đau theo thang điểm NRS ở cả hai nhóm bệnh nhân trước khi điều trị là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 15 ngày, điểm NRS trung bình giảm ở cả hai nhóm, nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC,

sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 30 ngày, mức độ đau tiếp tục giảm so với thời điểm trước điều trị và thời điểm D15, nhóm NC có cải thiện tốt hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 1. Tác dụng cải thiện hoạt động bệnh

Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		$p_{(1-2)}$ D0	$p_{(1-2)}$ D30
D0 ($\bar{x} \pm SD$)	D30 ($\bar{x} \pm SD$)	D0 ($\bar{x} \pm SD$)	D30 ($\bar{x} \pm SD$)		
Cải thiện chỉ số DAS 28 trung bình					
2,86 ± 0,33	1,94 ± 0,43	2,83 ± 0,37	2,33 ± 0,27	> 0,05	< 0,05
$p_{(D0 - D30)} < 0,05$		$p_{(D0 - D30)} > 0,05$			

Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		p ⁽¹⁻²⁾ D0	p ⁽¹⁻²⁾ D30
D0 ($\bar{x} \pm SD$)	D30 ($\bar{x} \pm SD$)	D0 ($\bar{x} \pm SD$)	D30 ($\bar{x} \pm SD$)		
Cải thiện chức năng vận động trung bình đánh giá theo bộ câu hỏi HAQ					
0,47 ± 0,63	0,20 ± 0,41	0,43 ± 0,50	0,23 ± 0,43	> 0,05	> 0,05
p _(D0 – D30) < 0,05		p _(D0 – D30) < 0,05			
Cải thiện điểm SLEDAI trung bình					
6,47 ± 0,68	5,53 ± 0,68	6,50 ± 0,68	5,87 ± 0,77	> 0,05	> 0,05
p _(D0 – D30) > 0,05		p _(D0 – D30) > 0,05			

Sau điều trị, chỉ số DAS28 trung bình và điểm HAQ của nhóm NC giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khi nhóm ĐC không thay đổi rõ rệt ($p > 0,05$). Có sự khác biệt về mức độ

cải thiện giữa 2 nhóm ($p < 0,05$). Điểm SLEDAI trung bình giảm ở cả hai nhóm nhưng không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) và sự khác biệt giữa hai nhóm cũng không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Bảng 2. Kết quả cải thiện các thể bệnh YHCT của nhóm nghiên cứu theo mức độ cải thiện DAS 28

Cải thiện DAS 28	Phong thấp + Can thận hư (n = 48) (1)		Phong thấp nhiệt + Can thận hư (n = 12) (2)		p
	n	%	N	%	
Không cải thiện	3	6,2	2	16,7	> 0,05
Cải thiện	45	93,8	10	83,3	
Tổng	48	100	12	100	

Tỷ lệ cải thiện theo DAS 28 cao hơn ở thể Phong thấp kết hợp Can thận hư. Không có sự khác biệt giữa 2 thể Phong thấp kết hợp Can

thận hư và Phong thấp nhiệt kết hợp Can thận hư theo mức độ cải thiện DAS 28 ($p > 0,05$).

Bảng 3. Cải thiện tốc độ máu lắng và CRP trung bình

Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		$p_{(1-2)}$ D0	$p_{(1-2)}$ D30
D0 ($\bar{x} \pm SD$)	D30 ($\bar{x} \pm SD$)	D0 ($\bar{x} \pm SD$)	D30 ($\bar{x} \pm SD$)		
Máu lắng 1 giờ trung bình (mm/giờ)					
17,03 ± 12,98	12,50 ± 9,55	17,13 ± 7,78	15,33 ± 8,88	> 0,05	> 0,05
$p_{(D0 - D30)} < 0,05$		$p_{(D0 - D30)} > 0,05$			

Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		p ₍₁₋₂₎ D0	p ₍₁₋₂₎ D30
D0 ($\bar{x} \pm SD$)	D30 ($\bar{x} \pm SD$)	D0 ($\bar{x} \pm SD$)	D30 ($\bar{x} \pm SD$)		
Máu lắng 2 giờ trung bình (mm/giờ)					
27,10 ± 16,98	16,30 ± 7,11	26,27 ± 9,97	24,73 ± 10,47	> 0,05	> 0,05
p _(D0 – D30) < 0,05		p _(D0 – D30) > 0,05			
CRP trung bình (mg/l)					
3,84 ± 5,53	2,86 ± 3,02	3,22 ± 4,98	2,57 ± 3,34	> 0,05	> 0,05
p _(D0 – D30) < 0,05		p _(D0 – D30) > 0,05			

Sau điều trị, tốc độ máu lắng trung bình và chỉ số CRP của nhóm NC giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tốc độ máu lắng của nhóm ĐC

có xu hướng giảm tuy nhiên mức giảm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Sự thay đổi trên siêu âm khớp bị đau

	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)			
	D0 n (%)	D30 n (%)	D0 n (%)	D30 n (%)	p ₍₁₋₂₎ D0	p ₍₁₋₂₎ D30
Sự thay đổi lượng dịch						
Có dịch	16 (53,3)	22 (73,3)	20 (66,7)	26 (86,7)	> 0,05	> 0,05
Không có dịch	14 (46,7)	8 (26,7)	10 (33,3)	4 (13,3)		
p _(D0 – D30) > 0,05			p _(D0 – D30) > 0,05			
Sự thay đổi tình trạng màng hoạt dịch						
Dày màng	2 (6,7)	1 (3,3)	5 (16,7)	5 (16,7)	> 0,05	> 0,05
Không dày màng	28 (93,3)	29 (96,7)	25 (83,3)	25 (83,3)		
p _(D0 – D30) > 0,05			p _(D0 – D30) > 0,05			

Sau điều trị, lượng dịch và tình trạng màng hoạt dịch trên siêu âm khớp của 2 nhóm cải thiện không có ý nghĩa thống kê so với trước

điều trị với $p > 0,05$. Không có sự khác biệt về mức độ cải thiện giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 5. Sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng sau can thiệp

Chỉ số	Nhóm NC (n = 30)		Nhóm C (n = 30)		p
	D0	D30	D0	D30	
Hồng cầu (T/l)	4,42 ± 0,53	4,38 ± 0,54	4,30 ± 0,46	4,23 ± 0,48	< 0,05
Hb (g/l)	130,50 ± 10,96	130,67 ± 9,70	132,43 ± 12,36	129,03 ± 14,15	< 0,05
Bạch cầu (G/l)	8,57 ± 2,80	7,83 ± 2,40	7,44 ± 2,90	7,80 ± 3,30	< 0,05
Tiểu cầu (G/l)	222,97 ± 75,60	228,27 ± 66,04	225,53 ± 63,48	248,13 ± 84,77	> 0,05
Glucose (mmol/l)	5,13 ± 1,14	5,00 ± 0,81	5,04 ± 0,98	5,00 ± 0,57	> 0,05
Creatinin (μmol/l)	70,49 ± 17,41	73,72 ± 23,80	75,63 ± 34,44	73,57 ± 29,37	< 0,05
ALT (UI/L)	33,00 ± 32,83	31,91 ± 21,79	23,52 ± 11,33	23,76 ± 15,70	< 0,05
AST (UI/L)	30,10 ± 23,37	28,77 ± 19,89	23,25 ± 5,05	22,95 ± 7,78	< 0,05
Cholesterol (mmol/l)	4,20 ± 0,99	4,15 ± 1,10	4,98 ± 1,33	4,97 ± 1,27	< 0,05
Triglycerid (mmol/l)	1,46 ± 0,77	1,58 ± 0,76	1,64 ± 0,88	1,58 ± 0,99	< 0,05

Sau điều trị, các chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu của nhóm NC và nhóm ĐC thay đổi có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p < 0,05$. Các chỉ số sinh hóa như glucose máu, creatinin, ALT, AST, cholesterol, triglycerid thay đổi có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$) và khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết vị điều trị viêm khớp ở bệnh nhân SLE tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp cấy chỉ có tác dụng giảm đau, chống viêm đáng kể trên nhóm bệnh nhân NC so với bệnh nhân nhóm ĐC được điều trị bằng phác đồ cơ bản về cả lâm sàng và cận lâm sàng.

Về tác dụng giảm đau, với thang điểm NRS ở biểu đồ 1, sau 15 ngày điều trị, điểm NRS trung bình ở cả hai nhóm đều giảm so với thời điểm trước điều trị, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tại thời điểm D15 điểm NRS của nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 30 ngày điều trị, điểm NRS trung bình ở cả hai nhóm tiếp tục giảm so với thời điểm trước điều trị và thời điểm D15, và nhóm NC có cải thiện tốt hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của của Jeong-Du Roh (2020) khảo sát hiệu quả điều trị của phương pháp cấy chỉ trên 20 bệnh nhân bị viêm khớp gối.¹⁹ Một thử nghiệm ngẫu nhiên trên 40 bệnh nhân thoái hóa khớp gối của Sang Ha Woo và cộng sự (2022) cũng cho thấy sự cải thiện đáng kể về điểm VAS, SF-MPQ và WOMAC theo thời gian.²⁰ Cấy chỉ là phương pháp châm cứu hiện đại, đưa chỉ tự tiêu vào huyết để duy trì một sự kích thích lâu dài qua đó tạo nên tác dụng điều

trị như châm cứu. Sau khi cấy chỉ Catgut vào huyết vị sẽ gây ra kích thích cơ học và sinh học liên tục, tạo phản ứng viêm và miễn dịch không đặc hiệu, từ đó tăng tuần hoàn tại chỗ, giãn cơ, giảm đau, chống viêm và tăng sức đề kháng cho cơ thể.¹¹ Còn theo YHCT, đau là do kinh lạc bị tắc trở khiến khí huyết không thông gây đau. Châm cứu thông qua tác động vào huyết và kinh lạc có thể điều hòa dinh vệ, thông được kinh lạc do đó giảm đau “thông thì bất thống”.²¹

Tác dụng chống viêm được đánh giá dựa trên tốc độ máu lắng, chỉ số CRP và siêu âm khớp. Theo bảng 3 cho thấy tốc độ máu lắng và CRP trung bình ở nhóm NC giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), còn nhóm ĐC không thay đổi rõ rệt với $p > 0,05$. Tuy nhiên, khi so sánh giữa 2 nhóm với nhau sau điều trị, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Một nghiên cứu trên mô hình chuột VKDT của Jun, Purumea (2021) cho thấy cấy chỉ cải thiện hành vi chuột, cấu trúc mô khớp, giảm cytokine viêm (TNF- α , IL-1 β , IL-6) so với nhóm ĐC.²² Nghiên cứu của Li Xiaolan và cộng sự (2017) trên 100 bệnh nhân VKDT chia làm hai nhóm: cả hai nhóm đều được điều trị bằng methotrexate 15 mg/tuần và prednisone 5 mg/ngày trong 8 tuần, riêng nhóm NC được bổ sung cấy chỉ catgut. Kết quả sau điều trị cho thấy nhóm cấy chỉ cải thiện rõ rệt triệu chứng lâm sàng, số khớp sưng đau, điểm số YHCT và giảm anti-CCP nhiều hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Tốc độ lắng máu, CRP, RF cải thiện ở cả hai nhóm nhưng không khác biệt rõ. Và đặc biệt, 40 bệnh nhân trong nhóm NC và 34 bệnh nhân trong nhóm ĐC đã tuyên giảm hoạt động của bệnh VKDT và tỷ lệ tuyên giảm hoạt động bệnh lâm sàng ở nhóm NC tốt hơn so với nhóm ĐC ($p < 0,05$). Như vậy so với việc điều trị YHHĐ đơn thuần, việc cấy chỉ catgut kết hợp với YHHĐ có thể kiểm soát nhanh hơn hoạt động bệnh của bệnh nhân, giảm đau và giảm sưng các

khớp, giảm nồng độ kháng thể anti-CCP trong huyết thanh và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.²³ Trong nghiên cứu, chúng tôi còn tiến hành siêu âm khớp được cấy chỉ cho bệnh nhân trước và sau điều trị để theo dõi lượng dịch và tình trạng màng hoạt dịch, qua bảng 4 cho thấy sau điều trị lượng dịch và tình trạng màng hoạt dịch trên siêu âm khớp của 2 nhóm cải thiện không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p > 0,05$ và cũng không có sự khác biệt về mức độ cải thiện giữa 2 nhóm với $p > 0,05$.

Về tác dụng cải thiện hoạt động bệnh ở bảng 2, điểm DAS28 ở nhóm cấy chỉ giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị ($p < 0,05$), trong khi nhóm ĐC không thay đổi đáng kể. Sự khác biệt giữa hai nhóm sau điều trị cũng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), cho thấy cấy chỉ hiệu quả hơn trong việc cải thiện hoạt động bệnh. Điểm HAQ cải thiện ở cả hai nhóm, nhưng không có sự khác biệt đáng kể. Điểm SLEDAI, một chỉ số quan trọng đánh giá hoạt động toàn diện của bệnh SLE, giảm ở cả hai nhóm nhưng không có ý nghĩa thống kê. YHHĐ cho rằng cấy chỉ có tác dụng tăng cường miễn dịch, nhờ đó tăng sức đề kháng của cơ thể với bệnh tật. Một số huyết đặc hiệu nhất định còn được dùng để nâng cao hiệu quả miễn dịch không đặc hiệu.¹¹ Điều này có thể góp phần vào việc cải thiện hoạt động bệnh ở nhóm NC.

Các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của cấy chỉ có thể gặp là đau tăng, nhiễm trùng, dị ứng chỉ catgut, vụng châm... Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận biến chứng nào trong và sau điều trị. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu gần đây về cấy chỉ điều trị thoái hóa khớp gối, như nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích & Hoàng Văn Thắng (2023) và Cao Hồng Duyên & Nguyễn Thanh Hà Tuấn (2025).^{24,25} Điều này gợi ý rằng cấy chỉ là phương pháp an toàn.

Tóm lại, nghiên cứu này cho thấy phương pháp cấy chỉ catgut có tiềm năng là một phương pháp điều trị hỗ trợ hiệu quả và an toàn trong việc giảm đau, chống viêm và cải thiện hoạt động bệnh ở bệnh nhân SLE có viêm khớp. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định hiệu quả và cơ chế tác động của phương pháp này.

V. KẾT LUẬN

Qua điều trị 60 bệnh nhân SLE có viêm khớp, chia làm hai nhóm, cả hai nhóm cùng được điều trị bằng phác đồ cơ bản bằng thuốc y học hiện đại uống Methylprednisolone 4 mg/2 viên/ngày, Chloroquine 200 mg/1 viên/ngày và Ciclosporin 25 mg/2 viên/ngày, Omeprazol 20 mg/1 viên/ngày, thời gian điều trị 30 ngày); nhóm NC được cấy chỉ 1 lần vào ngày đầu tiên đợt điều trị. Sau 30 ngày, có sự cải thiện rõ rệt về tác dụng giảm đau, chống viêm, trong đó nhóm NC cải thiện tốt hơn nhóm ĐC với $p < 0,05$. Về mức độ hoạt động bệnh, không có sự khác biệt giữa hai nhóm trước và sau điều trị với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fessel WJ. Systemic lupus erythematosus in the community. Incidence, prevalence, outcome, and first symptoms; the high prevalence in black women. *Arch Intern Med*. 1974; 134(6): 1027-1035.
2. Dubois EL, Tuffanelli DL. Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus. *JAMA*. 1964; 190: 104-111. doi:10.1001/jama.1964.03070150014003.
3. Vitali C, Bencivelli W, Isenberg DA, et al. Disease activity in systemic lupus erythematosus: report of the Consensus Study Group of the European Workshop for Rheumatology Research. *Clin Exp Rheumatol*. 1992; 10(5): 541-547.

4. Ceccarelli F, Govoni M, Piga M, et al. Arthritis in Systemic Lupus Erythematosus: From 2022 International GISEA/OEG Symposium. *J Clin Med*. 2022; 11(20): 6016. doi:10.3390/jcm11206016.
5. Grossman JM. Lupus arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009; 23(4): 495-506. doi:10.1016/j.berh.2009.04.003.
6. Fanouriakis A. 2019 Update of the Joint European League Against Rheumatism and European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA-EDTA) recommendations for the management of lupus nephritis. *Ann Rheum Dis*. 2020; 79(6): 713-723. doi:10.1136/annrheumdis-2020-216924.
7. Tanaka Y. State-of-the-art treatment of systemic lupus erythematosus. *Int J Rheum Dis*. 2020; 23(4): 465-471. doi:10.1111/1756-185X.13817.
8. Trường Đại Học y Hà Nội, Khoa Y Học Cổ Truyền. *Chứng Tỷ, Chuyên Đề Nội Khoa Y Học Cổ Truyền*, Nhà Xuất Bản Y Học, 2006: 486 - 495.
9. Viện Nghiên Cứu Đông y. *Chứng Tỷ*, Trung y Học Khái Luận, Bệnh Viện Đông y Thanh Hóa, 1977; Tập Hạ: 20.
10. Khoa Y Học Cổ Truyền, Trường Đại Học Y Hà Nội. *Bài Giảng y Học Cổ Truyền*. Tập 2. Nhà Xuất Bản Y Học, Hà Nội; 2005: 157-158, 160-163.
11. Lê Thúy Oanh. *Cấy Chỉ*. Nhà Xuất Bản Y Học, 2010: 43-45, 190-191.
12. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS et al (2012). Derivation and Validation of The Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis Rheum*, 64(8), 2677-2686.
13. Lam GK and Petri M. Assessment of systemic lupus erythematosus. *Clin Exp Rheumatol*. 2005; 23(5 Suppl 39), S120-132.
14. Ceccarelli F, Perricone C, Massaro L, et al. The role of disease activity score 28 in the evaluation of articular involvement in systemic lupus erythematosus. *ScientificWorldJournal*. 2014; 2014: 236842. doi:10.1155/2014/236842.
15. Bộ Y tế. *Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*. Ban hành theo quyết định 792/ QĐ-BYT ngày 12/03/2013. Bộ Y tế; 2013: 250, 460-462.
16. Bộ Y tế. Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 về việc ban hành “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại*”. <https://ydct.moh.gov.vn/static/files/uploads/115614b1ad-f972c55b73c5fbf7fbdb0f3d63b-1418b099a9b5f45340f42489bfe5.pdf>.
17. Bộ Y tế. *Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Y học cổ truyền*. Ban hành theo quyết định 5480/ QĐ-BYT ngày 30/12/2020, số 18. <https://ydct.moh.gov.vn/static/files/uploads/9f59869b-681f63a3e16342772c3747183e060168c-da514859749adef85f60201.pdf>.
18. B. Bruce J.F.Fries. “The Health Assessment Questionnaire (HAQ)”, *Clin Exp Rheumatol*. 2005; 23(39), pp. S14-S18.
19. Roh* JD. Thread-Embedding Therapy for Knee Osteoarthritis. *Journal of Acupuncture Research*. 2020; 37(1): 64-67. doi:10.13045/jar.2019.00011.
20. Woo SH, et al. Efficacy and safety of thread embedding acupuncture for knee osteoarthritis: A randomized controlled pilot trial. *Medicine (Baltimore)*. 2022; 101(31): e29306. doi:10.1097/MD.00000000000029306.
21. Trường Đại Học Y Hà Nội, “*Cơ Chế Tác Dụng Của Châm Cứu*”, Châm Cứu, *Nhà Xuất Bản Y Học*, 2005: 180-190.
22. Jun P, Zhao H, Kang SY, Han CH. Thread Embedding Therapy in Rheumatoid Arthritis: A

Systematic Review of Animal Studies. *Korean Journal of Acupuncture*. 2021; 38(3): 122-132. doi:10.14406/acu.2021.020.

23. 李小兰、杜燕、赵会娟、郭锦龙. 穴位埋线联合西药对活动期类风湿关节炎患者的临床观察. *新疆医科大学学报*. 2017; 40(7): 880-884.

24. Nguyễn Thị Bích, Hoàng Văn Thắng. Đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp cấy chỉ catgut kết

hợp với bài thuốc Tam Tý Thang. *Tạp Chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*. 2023; 42(1): 62-66. doi:10.60117/vjmap.v42i1.104.

25. Cao Hồng Duyên, Nguyễn Thanh Hà Tuấn. Đánh giá kết quả của cấy chỉ kết hợp xoa bóp bấm huyệt, điện châm và thủy châm điều trị bệnh nhân thoái hóa khớp gối. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 2025; 66(11): 168-173. doi:10.52163/yhc.v66iCD11.2825.

Summary

EFFECTS OF CATGUT EMBEDDING THERAPY IN SUPPORTING THE TREATMENT OF ARTHRITIS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS THROUGH CLINICAL AND PARACLINICAL INDICATORS

The study was conducted to evaluate the therapeutic efficacy of catgut embedding therapy for arthritis in patients with systemic lupus erythematosus (SLE). This was an open clinical interventional study with a before–after design and a control group comparison. Sixty patients diagnosed with SLE and arthritis were recruited and divided into two groups, matched for age, gender, disease duration, and pain intensity according to the Numeric Rating Scale (NRS), SLEDAI score, DAS28 score and Traditional Medicine classification. Both groups received the standard treatment regimen (Methylprednisolone 4 mg/2 tablets/day, Chloroquine 200 mg/1 tablet/day, Ciclosporin 25 mg/2 tablets/day, and Omeprazole 20 mg/1 tablet/day for 30 days); in addition, the intervention group received one session of catgut embedding on the first day of treatment. After 30 days of treatment, both groups showed significant improvements in pain relief, anti-inflammatory effect, and disease activity ($p < 0.05$), with the intervention group achieving greater improvement compared to the control group ($p < 0.05$).

Keywords: Systemic lupus erythematosus, arthritis, catgut embedding therapy.