

## Nghiên cứu gốc

# TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI, KHỚP HÁNG, KHỚP CỔ - BÀN NGÓN TAY CỦA NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN 2016 - 2024

Trần Thị Hồng Nguyễn<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Thiên Bảo<sup>1</sup>, Quang Anh Nguyệt<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Nga<sup>1</sup>, Trần Thị Phương Mai<sup>2</sup>, Phạm Thị Thu Hiền<sup>2</sup>, Đặng Thị Kiều Nga<sup>1,\*</sup>

1. Đại học Y Dược TPHCM, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
2. Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
3. Viện Nghiên cứu Ứng dụng Khoa học Sức khỏe và Lão hóa

\* Tác giả liên hệ: TS. Đặng Thị Kiều Nga ✉ [kieung@ump.edu.vn](mailto:kieung@ump.edu.vn)

**TÓM TẮT:** Thoái hóa khớp là bệnh lý cơ xương khớp mạn tính phổ biến, gây đau, hạn chế vận động và làm giảm chất lượng cuộc sống, trong đó thoái hóa khớp gối, háng và các khớp bàn tay là những thể bệnh thường gặp. Nghiên cứu mô tả đặc điểm người bệnh và tình hình sử dụng thuốc điều trị thoái hóa khớp ở người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất trong giai đoạn 2016–2024. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu được thực hiện trên 40.916 người bệnh ≥18 tuổi được chẩn đoán thoái hóa khớp theo ICD-10 (M16, M17, M18), dựa trên dữ liệu hồ sơ bệnh án điện tử. Tuổi trung bình của người bệnh khoảng 59 tuổi, phần lớn thuộc nhóm tuổi 30–65 và trên 65. Kết quả cho thấy Trong đó, thoái hóa khớp gối chiếm tỷ lệ cao nhất (97,3%). Người bệnh thoái hóa khớp, tuổi trung bình của người bệnh khoảng 59 tuổi, phần lớn thuộc nhóm tuổi 30–65 và trên 65, với có tỷ lệ bệnh kèm cao, đặc biệt là các bệnh tim mạch và rối loạn chuyển hóa. NSAID đường uống là nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhất (66,2%), tiếp theo là thuốc giảm đau và NSAID dùng ngoài da. Phân tích mạng lưới đồng kê đơn cho thấy NSAID đường uống đóng vai trò trung tâm trong hầu hết các mô hình phối hợp thuốc, đặc biệt ở người bệnh thoái hóa khớp gối, với mức độ phối hợp thuốc cao hơn so với các vị trí khớp khác. Nghiên cứu cung cấp bằng chứng thực tiễn về đặc điểm người bệnh và mô hình sử dụng thuốc điều trị thoái hóa khớp ngoại trú, góp phần định hướng cá thể hóa điều trị và hoàn thiện hướng dẫn điều trị phù hợp với bối cảnh lâm sàng tại Việt Nam.

**Từ khóa:** thoái hóa khớp; sử dụng thuốc; mạng lưới đồng kê đơn

## DRUG UTILIZATION PATTERNS IN OUTPATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS AT THONG NHAT HOSPITAL VIETNAM FROM 2016 TO 2024

Tran Thi Hong Nguyen, Nguyen Huu Thien Bao, Quang Anh Nguyệt, Nguyen Thi Quỳnh Nga, Trần Thị Phương Mai, Phạm Thị Thu Hiền, Đặng Thị Kiều Nga

**ABSTRACT:** Osteoarthritis is a chronic musculoskeletal disorder characterized by pain, functional impairment, and diminished quality of life, with knee, hip, and hand osteoarthritis representing the most prevalent clinical manifestations. This study aimed to analyze patient characteristics and patterns of medication utilization in the outpatient management of osteoarthritis at Thong Nhat Hospital during the period from 2016 to 2024. A retrospective cross-sectional study was conducted involving 40,916 patients diagnosed with osteoarthritis based on ICD-10 codes M16, M17, and M18. The mean age of patients was 59 years, with most patients belonging to the 30–65 and ≥65 age groups. A high prevalence of comorbid conditions was observed, particularly cardiovascular diseases and metabolic disorders. Oral NSAIDs were the most frequently prescribed medications (66.2%), followed by analgesics and topical NSAIDs. Co-prescription network analysis demonstrated that oral NSAIDs occupied a central position in most medication combination patterns, especially among patients with knee osteoarthritis, who exhibited a higher degree of polypharmacy compared with patients with osteoarthritis affecting other joint sites. These findings provide evidence to support individualized treatment strategies and to improve the effectiveness of osteoarthritis management in the Vietnamese clinical context.

**Keywords:** Osteoarthritis; drug utilization; co-prescription network

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (Osteoarthritis – OA) là bệnh lý cơ xương khớp mạn tính thường gặp, đặc trưng bởi sự thoái hóa sụn khớp, tổn thương xương dưới sụn và các mô quanh khớp, dẫn đến đau, cứng khớp và hạn chế vận động [1],[2]. Bệnh tiến triển chậm nhưng kéo dài, ảnh hưởng đáng kể đến khả năng sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của người bệnh [3]. Những khớp thường bị ảnh hưởng nhất là khớp gối, khớp háng và các khớp nhỏ của bàn tay, trong đó thoái hóa khớp gối là thể bệnh phổ biến nhất.

Thoái hóa khớp hiện là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế trên toàn cầu. Theo nghiên cứu Gánh nặng bệnh tật toàn cầu (Global Burden of Disease – GBD) năm 2021, thoái hóa khớp ảnh hưởng đến khoảng 7,6% dân số thế giới vào năm 2020 và được dự báo sẽ gia tăng mạnh trong những thập kỷ tới do xu hướng già hóa dân số. Bệnh được xếp là nguyên nhân gây khuyết tật đứng hàng thứ bảy trên thế giới, trong đó khu vực châu Á ghi nhận tỷ lệ mắc cao, đặc biệt là thoái hóa khớp gối [4]. Dự báo đến năm 2040, tỷ lệ người từ 65 tuổi trở lên tại châu Á sẽ tăng gấp đôi so với năm 2008, làm gia tăng đáng kể gánh nặng bệnh thoái hóa khớp [5]. Tại Việt Nam, thoái hóa khớp là một trong những bệnh lý khớp thường gặp nhất, đứng hàng thứ ba trong các bệnh có tổn thương khớp, với tỷ lệ thoái hóa khớp gối chiếm ưu thế trong nhóm bệnh thoái hóa cần điều trị [6].

Điều trị thoái hóa khớp hiện nay chủ yếu nhằm giảm đau, cải thiện chức năng vận động và làm chậm tiến triển bệnh. Các biện pháp điều trị bao gồm dùng thuốc và không dùng thuốc, trong đó điều trị bằng thuốc đóng vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng, đặc biệt ở người bệnh ngoại trú [2],[7]. Bệnh viện Thống Nhất là bệnh viện đa khoa hạng I trực thuộc Bộ Y tế, có đặc thù tiếp nhận và điều trị số lượng lớn người bệnh cao tuổi. Các nghiên cứu trước đây tại bệnh viện cho thấy thoái hóa khớp, đặc biệt là thoái hóa khớp gối, chiếm tỷ lệ cao trong mô hình bệnh tật và có xu hướng gia tăng theo thời gian [8],[9]. Tuy nhiên, hiện còn thiếu các nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống tình hình sử dụng thuốc điều trị thoái hóa khớp ở người bệnh ngoại trú, đặc biệt phân tích theo từng vị trí khớp và trong giai đoạn dài. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện

nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn về đặc điểm và xu hướng sử dụng thuốc trong điều trị thoái hóa khớp, làm cơ sở cho việc đánh giá và tối ưu hóa sử dụng thuốc trong thực hành lâm sàng.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán thoái hóa khớp và điều trị ngoại trú tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Thống Nhất, trong giai đoạn 2016 - 2024.

Tiêu chí lựa chọn:

- Độ tuổi  $\geq 18$  tại thời điểm được chẩn đoán thoái hóa khớp lần đầu.
- Được chẩn đoán thoái hóa khớp háng (Mã ICD: M16) hoặc thoái hóa khớp gối (Mã ICD: M17) hoặc thoái hóa khớp cổ - bàn ngón tay (Mã ICD: 18).
- Có ít nhất một lần điều trị ngoại trú tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Thống Nhất trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ:

- Người bệnh được chẩn đoán đồng thời từ hai vị trí thoái hóa khớp trở lên trong cùng một thời điểm hoặc trong suốt giai đoạn nghiên cứu.
- Người bệnh được chẩn đoán thoái hóa khớp tại các vị trí riêng lẻ ở các thời điểm khác nhau trong giai đoạn nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu dữ liệu trích xuất từ hồ sơ bệnh án điện tử của người bệnh ngoại trú tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Thống Nhất, trong giai đoạn 2016 - 2024. Nghiên cứu tiến hành thu thập dữ liệu của ba nhóm người bệnh thoái hóa khớp háng (Mã ICD: M16) hoặc thoái hóa khớp gối (Mã ICD: M17) hoặc thoái hóa khớp cổ - bàn ngón tay (Mã ICD: 18). Sau đó khảo sát đặc điểm và tình hình sử dụng thuốc của ba nhóm người bệnh. Các bước tiến hành cụ thể như sau:

Bước 1: Khảo sát đặc điểm người bệnh thoái hóa khớp

**Bảng 1.** Biến số khảo sát đặc điểm người bệnh và tình hình khám chữa bệnh

Biến số	Cách xác định và phân loại	Phép kiểm thống kê
Tuổi (năm)	Tuổi tại thời điểm điều trị = năm nhập viện – năm sinh + 1 Trình bày trung bình ± SD và trung vị (Q1–Q3)	Kruskal–Wallis
Nhóm tuổi	Phân loại thành 3 nhóm: <30; 30–65; >65	Chi bình phương
Thời gian điều trị (năm)	Khoảng thời gian từ lượt khám đầu tiên đến lượt khám cuối cùng Trình bày trung bình ± SD và trung vị (Q1–Q3)	Kruskal–Wallis
Số lượt khám TB/năm	Tổng số lượt khám chia cho số năm điều trị của người bệnh	Kruskal–Wallis
Bệnh kèm	Toàn bộ chẩn đoán dựa trên mã ICD về các bệnh kèm ghi nhận trong hồ sơ bệnh án điện tử đối với 1 đợt khám của người bệnh Phân loại bệnh kèm: Bệnh cơ xương khớp khác và bệnh kèm không thuộc hệ cơ xương khớp	Chi bình phương
Chỉ số Charlson (CCI)	Tính điểm CCI theo thang Charlson chuẩn dựa trên các bệnh lý kèm đối với 1 đợt khám của người bệnh Phân loại CCI: 0; 1; ≥2	Chi bình phương

Nghiên cứu mô tả và so sánh các đặc điểm cơ bản của 3 nhóm người bệnh thoái hóa khớp. Các biến số được phân tích bao gồm đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, nhóm tuổi) và đặc điểm bệnh lý (bệnh kèm và chỉ số bệnh kèm Charlson – CCI). Ngoài ra, tình hình khám chữa bệnh của người bệnh được đánh giá thông qua các chỉ số thời gian điều trị, và số lượt khám trung bình mỗi năm.

Bước 2: Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị thoái hóa khớp

Nghiên cứu phân tích tình hình sử dụng thuốc dựa trên dữ liệu đơn thuốc của người bệnh trong quá trình điều trị. Toàn bộ thuốc được kê trong suốt quá trình

điều trị được trích xuất từ hồ sơ bệnh án điện tử và chia thành thuốc điều trị thoái hóa khớp và thuốc điều trị các bệnh kèm theo dựa trên khuyến nghị về biện pháp điều trị được lý theo ACR và AF[10] [Phụ lục 1]. khuyến nghị về biện pháp điều trị được lý theo ACR và AF[10]. Thuốc điều trị thoái hóa khớp gồm 7 nhóm: (1) NSAID đường uống (oral NSAIDs: o- NSAIDs); (2) NSAID dùng ngoài (topical NSAIDs: t- NSAIDs); (3) Glucosamine; (4) Diacerein; (5) thuốc giảm đau không NSAID; (6) ASU (avocado–soybean unsaponifiables) và (7) thuốc hướng thần tác động trung ương. Các biến số về tình hình sử dụng thuốc được trình bày cụ thể trong Bảng 2.

**Bảng 2.** Biến số phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị thoái hóa khớp

Biến số	Định nghĩa / Cách xác định	Cách phân tích và trình bày
Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị thoái hóa khớp	Xác định tỷ lệ sử dụng 7 nhóm thuốc điều trị thoái hóa khớp trong toàn bộ quá trình điều trị của người bệnh	Trình bày số lượng và tỷ lệ (%) người bệnh sử dụng từng nhóm thuốc theo từng nhóm bệnh
Hoạt chất điều trị thoái hóa khớp được kê	Thống kê các hoạt chất điều trị thoái hóa khớp được sử dụng trong suốt quá trình điều trị	Trình bày số lượng và tỷ lệ (%) người bệnh sử dụng từng hoạt chất theo từng nhóm bệnh
Mạng lưới đồng kê đơn giữa các nhóm thuốc	Xác định các nhóm thuốc được kê đồng thời trong cùng đơn thuốc	Xây dựng mạng lưới đồng kê đơn, trong đó các nút biểu thị nhóm thuốc và các cạnh biểu thị mối quan hệ đồng kê đơn

### 2.3. Phương pháp xử lý phân tích số liệu

Nghiên cứu sử dụng ngôn ngữ lập trình R phiên bản 4.2.2 với môi trường phát triển tích hợp (Integrated Development Environment – IDE) là RStudio để phân tích dữ liệu. Các biến số trong bài nghiên cứu được trình bày dưới các dạng: Giá trị trung bình (Độ lệch chuẩn); Giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị Q1 – Q3); Giá trị tổng (tỷ lệ phần trăm). Phép kiểm định được sử dụng trong nghiên cứu là phép kiểm định Kruskal Wallis, phép kiểm định Anova, phép kiểm định t-test và phép kiểm định Chi bình phương. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị p của phép kiểm định Kruskal Wallis hoặc Anova hoặc t-test nhỏ hơn 0,05 (p-value < 0,05) hoặc giá trị p của phép kiểm định Chi bình phương nhỏ hơn 0,001 (p-value < 0,001).

### 2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được chấp thuận thực hiện bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Thống Nhất (số 35/2025/CN-BVTN-HĐĐĐ). Toàn bộ dữ liệu trong nghiên cứu được mã hóa để bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm người bệnh thoái hóa khớp

Trong giai đoạn 2016–2024, từ cơ sở dữ liệu 256.070 người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất, nghiên cứu tuyển chọn được 40.916 người bệnh đủ tiêu chí chẩn đoán thoái hóa khớp theo ICD-10 và độ tuổi ≥ 18. Trong đó, thoái hóa khớp gối (M17) chiếm tỷ lệ cao nhất với 39.807 người bệnh (97,28%), tiếp theo là thoái hóa khớp háng (M16) với 1.001 người bệnh (2,45%) và thoái hóa khớp cổ – bàn ngón tay (M18) với 108 người bệnh (0,26%).

Tuổi trung bình của toàn bộ mẫu nghiên cứu là 59,4 (14,6) tuổi, trung vị 60 tuổi (IQR: 50–69). Người bệnh thuộc nhóm M17 và M18 có độ tuổi trung vị cao hơn so với nhóm M16, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Phần lớn người bệnh ở cả ba nhóm nằm trong độ tuổi từ 30–65 tuổi và trên 65 tuổi, trong khi nhóm < 30 tuổi chiếm tỷ lệ rất thấp.

Về đặc điểm điều trị, người bệnh thoái

hóa khớp gối có thời gian điều trị và số lượt khám trung bình trong năm cao hơn rõ rệt so với hai nhóm còn lại (p < 0,05). Tỷ lệ người bệnh mắc bệnh kèm cao ở cả ba nhóm chủ yếu là các bệnh tim mạch và rối loạn chuyển hóa, đặc biệt ở nhóm M17 và M18. Phân bố điểm CCI cho thấy đa số người bệnh có điểm CCI = 0, tuy nhiên nhóm M17 và M18 ghi nhận tỷ lệ người bệnh có gánh nặng bệnh kèm cao hơn so với nhóm M16 (p < 0,001).

### 3.2. Tình hình sử dụng thuốc của người bệnh thoái hóa khớp

Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc

Trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, số thuốc trung bình/đơn thuốc trung bình là 3,66 (SD=1,89) thuốc, trong đó có 1,67 (SD=0,73) thuốc thuộc nhóm thuốc điều trị thoái hóa khớp. Về tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị thoái hóa khớp, NSAID đường uống là nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhất (66,2% người bệnh), tiếp theo là thuốc giảm đau (44,2%), NSAID dùng ngoài da (39,4%) và glucosamin (38,7%). Các nhóm thuốc điều chỉnh cấu trúc khớp như ASU và diacerein được kê với tỷ lệ thấp hơn, trong khi thuốc hướng thần chỉ được sử dụng ở một tỷ lệ nhỏ (8,8%).

Xét theo hoạt chất, trong nhóm NSAID đường uống, meloxicam, diclofenac, etoricoxib và celecoxib là các hoạt chất được kê đơn thường xuyên nhất. NSAID dùng ngoài da chủ yếu là ketoprofen. Đối với nhóm thuốc điều chỉnh cấu trúc khớp, glucosamin và diacerein là hai hoạt chất chính được sử dụng, trong khi ASU chỉ chiếm một tỷ lệ rất nhỏ. Ngoài các thuốc điều trị đặc hiệu cho thoái hóa khớp, người bệnh còn được kê nhiều nhóm thuốc điều trị bệnh kèm, phổ biến nhất là thuốc bảo vệ dạ dày, thuốc điều trị loãng xương, thuốc giảm đau và các thuốc điều trị tim mạch – chuyển hóa.

Có sự khác biệt rõ rệt về mô hình sử dụng thuốc giữa ba nhóm thoái hóa khớp. Nhóm người bệnh thoái hóa khớp gối (M17) có xu hướng sử dụng đa dạng và phối hợp nhiều nhóm thuốc nhất, phần ảnh hưởng nặng triệu chứng và nhu cầu điều trị cao hơn. Nhóm thoái hóa khớp háng (M16) chủ yếu sử dụng 1–2 nhóm thuốc, với tỷ lệ sử dụng NSAID đường uống và thuốc hỗ trợ điều trị ở mức trung bình. Trong khi đó, nhóm thoái hóa khớp cổ–bàn–ngón tay (M18) có tỷ lệ không sử

dụng thuốc điều trị thoái hóa khớp cao hơn hoặc triệu chứng nhẹ hơn so với hai (43,5%), cho thấy xu hướng điều trị bảo tồn nhóm còn lại.

**Bảng 3.** Đặc điểm người bệnh thoái hóa khớp

Đặc điểm	Thoái hóa khớp gối (M17) N = 39.807	Thoái hóa khớp háng (M16) N = 1.001	Thoái hóa khớp cổ-bàn-ngón tay (M18) N = 108	Tổng N = 40.916	p
<b>Tuổi (năm)</b>					
Trung bình (SD)	59,5 (14,6)	57,6 (15,6)	59,4 (14,3)	59,4 (14,6)	<0,05 <sup>a</sup>
Trung vị (Q1–Q3)	60 (50 – 69)	57 (48 – 69)	59,5 (50 – 69)	60 (50 – 69)	
<b>Nhóm tuổi, n (%)</b>					
< 30	1.025 (2,6)	40 (4,0)	1 (0,9)	1.066 (2,7)	< 0,001 <sup>b</sup>
30 – 65	25.203 (63,3)	658 (65,7)	66 (61,1)	25.927 (63,3)	
> 65	13.579 (34,1)	303 (30,3)	41 (38,0)	13.923 (34,0)	
<b>Thời gian điều trị (ngày)</b>					
Trung bình (SD)	2,26 (2,33)	0,69 (1,14)	0,59 (0,57)	2,25 (2,33)	<0,05 <sup>a</sup>
Trung vị (Q1–Q3)	1,40 (0,35–3,57)	0,22 (0,08–0,72)	0,40 (0,15–0,91)	1,38 (0,34–3,56)	
<b>Số lượt khám trung bình/năm</b>					
Trung bình (SD)	1,76 (1,36)	1,15 (0,54)	1,13 (0,5)	1,74 (1,35)	<0,05 <sup>a</sup>
<b>Số bệnh kèm, n (%)</b>					
0	3.204 (8,04)	208 (20,80)	5 (4,63)	3.417 (8,35)	<0,001 <sup>b</sup>
1 – 2	14.875 (37,38)	480 (48,00)	36 (33,33)	15.391 (37,62)	
≥ 3	21.728 (54,58)	313 (31,20)	67 (62,04)	22.108 (54,03)	
<b>Điểm Charlson Comorbidity Index (CCI), n (%)</b>					
0	30.011 (75,39)	919 (91,80)	72 (66,67)	31.002 (75,77)	<0,001 <sup>b</sup>
1	5.059 (12,71)	70 (7,00)	28 (25,93)	5.157 (12,60)	
≥ 2	4.737 (11,90)	12 (1,20)	8 (7,40)	4.757 (11,63)	

Chú thích: <sup>a</sup>kiểm định Kruskal Wallis; <sup>b</sup>kiểm định chi bình phương

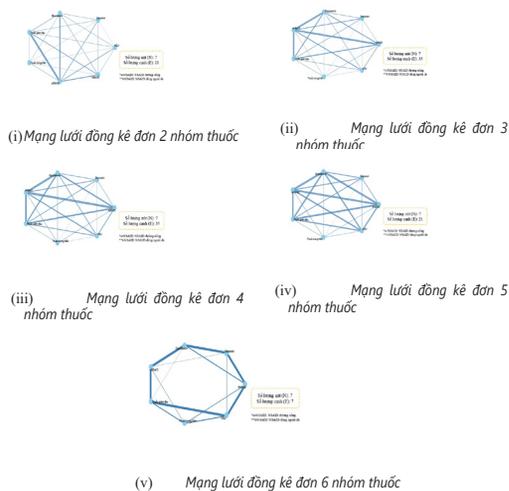
**Bảng 4.** Số lượng và tỉ lệ hoạt chất điều trị thoái hóa khớp và hoạt chất được kê kèm phổ biến cho người bệnh trong mẫu nghiên cứu

Hoạt chất	Người bệnh thoái hóa khớp gối (M17)	Người bệnh thoái hóa khớp háng (M16)	Người bệnh thoái hóa khớp bàn tay (M18)	Tổng	
	N = 39.807 n (%)	N = 1001 n (%)	N = 108 n (%)	N = 40.916 n (%)	
<b>HOẠT CHẤT ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP</b>					
NSAID đường uống	Meloxicam	7992 (20,1)	101 (10,1)	12 (11,1)	8.105 (19,8)
	Diclofenac	7.682 (19,3)	36 (3,6)	2 (1,9)	7.720 (18,9)
	Etoricoxib	7.179 (18,0)	185 (18,5)	8 (7,4)	7.372 (18,0)
	Celecoxib	6.931 (17,4)	125 (12,5)	6 (5,6)	7.062 (17,3)
NSAID dùng ngoài da	Ketoprofen	15.834 (39,8)	139 (13,9)	12 (11,1)	15.985 (39,1)
Glucosamin	15.818 (39,7)	12 (1,2)	0	15.830 (38,7)	
Diacerein	7.207 (18,1)	64 (6,4)	1 (0,9)	7.272 (17,8)	
ASU	Cao toàn phần không xạ phòng hóa	9.623 (24,2)	33 (3,3)	0	9.656 (23,6)
Thuốc giảm đau	Paracetamol	7.628 (19,2)	187 (18,7)	9 (8,3)	7.824 (19,1)
	Paracetamol + Tramadol	7.076 (17,8)	252 (25,2)	11 (10,2)	7.339 (17,9)
<b>HOẠT CHẤT KHÁC</b>					
Thuốc điều trị loãng xương	Calci carbonat + Vitamin D3	12.332 (31,0)	198 (19,8)	6 (5,6)	12.536 (30,6)
Thuốc giãn cơ	Eperison	9.780 (24,6)	331 (33,1)	14 (13,0)	10.125 (24,7)
Thuốc điều trị trào ngược dạ dày	Esomeprazol	7.420 (18,6)	81 (8,1)	7 (6,5)	7.508 (18,3)
	Omeprazol	4.107 (10,3)	89 (8,9)	4 (3,7)	4.200 (10,3)
Thuốc điều trị giãn tĩnh mạch	Diosmin	6.545 (16,4)	35 (3,5)	3 (2,8)	6.583 (16,1)
Thuốc điều trị rối loạn lipid máu	Atorvastatin	5.918 (14,9)	37 (3,7)	25 (23,1)	5.980 (14,6)
Thuốc điều trị tăng huyết áp	Bisprolol	4.679 (11,8)	27 (2,7)	25 (23,1)	4.731 (11,6)
Thuốc điều trị bệnh lý thần kinh ngoại biên	Mecobalamin	5.762 (14,5)	110 (11,0)	4 (3,7)	5.876 (14,4)

### Mạng lưới đồng kê đơn

Mạng lưới đồng kê đơn thuốc điều trị thoái hóa khớp cho thấy mức độ phối hợp thuốc tương đối cao trong thực hành lâm sàng. Phần lớn người bệnh có sử dụng từ hai nhóm thuốc điều trị thoái hóa khớp trở lên, trong đó nhóm phối hợp  $\geq 3$  nhóm thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (39,6%), tiếp theo là phối hợp 2 nhóm thuốc (28,2%). Ngược lại, tỷ lệ người bệnh chỉ sử dụng đơn trị liệu chiếm 23,9%, trong khi chỉ 8,3% người bệnh không sử dụng thuốc điều trị thoái hóa khớp trong suốt quá trình điều trị.

Các mạng lưới đồng kê đơn cho thấy mức độ phối hợp thuốc tăng dần theo mức độ điều trị, với cấu trúc mạng ngày càng phức tạp khi số nhóm thuốc sử dụng tăng. Ở nhóm phối hợp 2 nhóm thuốc, tổ hợp o-NSAID + thuốc giảm đau là phổ biến nhất, phản ánh chiến lược kiểm soát đau nền tảng. Với phối hợp 3 nhóm thuốc, o-NSAID + thuốc giảm đau + t-NSAID chiếm ưu thế, cho thấy xu hướng tăng cường giảm đau tại chỗ bên cạnh điều trị toàn thân. Các phối hợp từ 4–6 nhóm thuốc hầu như chỉ ghi nhận ở người bệnh thoái hóa khớp gối, gợi ý mức độ điều trị tích cực hơn ở nhóm này. Trong tất cả các mạng lưới, o-NSAID đóng vai trò là nút trung tâm, xuất hiện trong hầu hết các tổ hợp thuốc. Điều này khẳng định vai trò chủ đạo của o-NSAID trong điều trị thoái hóa khớp ngoại trú.



**Hình 1.** Mạng lưới đồng kê đơn thuốc điều trị thoái hóa khớp

### 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp tổng quan về đặc điểm người bệnh và tình hình sử dụng thuốc điều trị thoái hóa khớp gối, háng và cổ-bàn-ngón tay tại Bệnh viện Thống Nhất trong giai đoạn 2016–2024. Các kết quả ghi nhận người bệnh có độ tuổi trung bình khoảng 58–60 tuổi, và phần lớn người bệnh thuộc nhóm tuổi lao động (30–65 tuổi) và có thời gian điều trị kéo dài với tần suất tái khám không cao. Đồng thời, tỷ lệ bệnh kèm, đặc biệt là các bệnh tim mạch và rối loạn chuyển hóa, tương đối phổ biến và NSAID đường uống đóng vai trò trung tâm trong các mô hình sử dụng và phối hợp thuốc điều trị thoái hóa khớp.

So với các nghiên cứu quốc tế, tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu này thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Stan Dysart và cộng sự, trong đó người bệnh thoái hóa khớp gối và háng chủ yếu trên 65 tuổi [11]. Sự khác biệt này có thể phản ánh xu hướng trẻ hóa của bệnh thoái hóa khớp tại Việt Nam, đồng thời liên quan đến đặc thù nghề nghiệp, mức độ lao động thể lực và thói quen sinh hoạt của người dân. Bên cạnh đó, việc tiếp cận dịch vụ y tế sớm hơn cũng có thể góp phần làm giảm độ tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán [12].

Về đặc điểm bệnh kèm, kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh thoái hóa khớp, đặc biệt là thoái hóa khớp gối và cổ-bàn-ngón tay, thường mắc đồng thời nhiều bệnh mạn tính như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và đái tháo đường. Các nghiên cứu dịch tễ học về người bệnh thoái hóa khớp cũng cho thấy mối liên quan giữa thoái hóa khớp và hội chứng chuyển hóa [13]. Mặc dù phần lớn người bệnh có điểm Charlson Comorbidity Index (CCI) bằng 0, số lượng bệnh kèm cao vẫn có thể ảnh hưởng đến lựa chọn thuốc, nguy cơ tương tác thuốc và khả năng tuân thủ điều trị lâu dài.

Về tình hình sử dụng thuốc, NSAID đường uống là nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhất, tiếp theo là thuốc giảm đau và NSAID dùng ngoài. Mô hình này tương đồng với các khuyến cáo của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (ACR) và OARSI, trong đó NSAID dùng ngoài da và NSAID đường uống được khuyến cáo cho điều trị triệu chứng thoái hóa khớp gối, háng và bàn tay [10],[14]. Việc NSAID dùng ngoài da được sử dụng với tỷ lệ đáng kể cho thấy xu hướng tiếp cận an toàn hơn, đặc biệt ở

người bệnh lớn tuổi hoặc có nhiều bệnh kèm, nhằm hạn chế tác dụng không mong muốn toàn thân của NSAID đường uống.

Phân tích mạng lưới đồng kê đơn cho thấy NSAID đường uống đóng vai trò là “nút trung tâm” trong hầu hết các mô hình phối hợp thuốc, đặc biệt ở người bệnh thoái hóa khớp gối. Các phối hợp từ 4–6 nhóm thuốc gần như chỉ gặp ở nhóm người bệnh thoái hóa khớp gối, phản ánh mức độ triệu chứng nặng hơn và nhu cầu điều trị tích cực hơn so với thoái hóa khớp háng hoặc cổ–bàn–ngón tay. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng, khi thoái hóa khớp gối thường gây hạn chế vận động và ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống [1,2,15].

Từ góc độ thực tiễn, kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cá thể hóa điều trị thoái hóa khớp, đặc biệt trong bối cảnh người bệnh có nhiều bệnh kèm và thời gian điều trị kéo dài. Tuy nhiên, do nghiên cứu dựa trên dữ liệu ngoại trú và hồ sơ bệnh án, một số biện pháp điều trị nội trú, điều trị không dùng thuốc hoặc can thiệp chuyên sâu có thể chưa được phản ánh đầy đủ. Do đó, các nghiên cứu trong tương lai có thể mở rộng đối tượng với người bệnh nội trú, kết hợp dữ liệu lâm sàng chi tiết hơn (mức độ đau, chức năng vận động, mức độ nặng của bệnh), đánh giá toàn diện các biện pháp điều trị không dùng thuốc và can thiệp xâm lấn, nhằm cung cấp bức tranh đầy đủ hơn về thực hành điều trị thoái hóa khớp tại Việt Nam.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả toàn diện đặc điểm người bệnh và thực hành sử dụng thuốc trong điều trị thoái hóa khớp ngoại trú, cho thấy NSAID đường uống giữ vai trò trung tâm và mô hình phối hợp thuốc đa dạng, đặc biệt ở người bệnh thoái hóa khớp gối. Các kết quả này góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn cho việc cá thể hóa điều trị và là cơ sở cho việc hoàn thiện hướng dẫn điều trị thoái hóa khớp phù hợp với bối cảnh lâm sàng tại Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Jang S, Lee K, Ju JH. Recent updates of diagnosis, pathophysiology, and treatment on osteoarthritis of the knee. Vol. 22, International Journal of Molecular Sciences. MDPI AG; 2021. p. 1–15.  
 [2] Bộ Y tế (2014), Quyết định số 361/QĐ-

BYT ngày 25/1/2014 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp”.

[3] Allen KD, Thoma LM, Golightly YM. Epidemiology of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2022 Feb 1;30(2):184–95.

[4] Courties A, Kouki I, Soliman N, Mathieu S, Sellam J. Osteoarthritis year in review 2024: Epidemiology and therapy. *Osteoarthritis Cartilage*. 2024 Nov 1;

[5] Fransen M, Bridgett L, March L, Hoy D, Pensegera E, Brooks P. The epidemiology of osteoarthritis in Asia.

[6] Nguyễn Vĩnh Ngọc, Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thu Hiền. Đánh giá tình hình bệnh khớp tại Khoa cơ xương khớp – Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991 – 2000). Báo cáo khoa học Đại hội toàn quốc lần thứ 3, Hội thấp khớp học Việt Nam. 2002;

[7] Kloppenburg M, Kroon FPB, Blanco FJ, Doherty M, Dziedzic KS, Greibrokk E, Haugen IK, Herrero-Beaumont G, Jonsson H, Smeetsen I, Maheu E, Ramonda R, Ritt MJPF, Kjekshus W, Smolen JS, Stamm TA, Szekanecz Z, Wittoek R, Carmona L. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2019 Jan 1;78(1):16–24.

[8] Lê Đình Thanh, Trần Thị Hồng Nguyên, Lê Đặng Minh Anh, et al. Phân tích mô hình bệnh tật nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất giai đoạn 2013 - 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;531(1). doi:10.51298/vmj.v531i1.6927.

[9] Lê Thị Huệ, Ngô Thế Hoàng, Nguyễn Đức Công. Khảo sát mô hình bệnh tật tại khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Thống Nhất năm 2012–2013. *Tài liệu*. Tai-lieu.com. <https://tai-lieu.com/tai-lieu/khao-sat-mo-hinh-benh-tat-tai-khoa-noi-co-xuong-khop-benh-vien-thong-nhat-nam-20122013-59581/>. 39(8).

[10] Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, Callahan L, Copenhaver C, Dodge C, Felson D, Gellar K, Harvey WF, Hawker G, Herzig E, Kwoh CK, Nelson AE, Samuels J, Scanzello C, White D, Wise B, Altman RD, DiRenzo D, Fontanarosa J, Giradi G, Ishimori M, Misra D, Shah AA, Shmigel AK, Thoma LM, Turgunbaev M, Turner AS, Reston J. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis and Rheumatology*. 2020 Feb 1;72(2):220–33.

[11] Dysart S, Utkina K, Stong L, Nelson W, Sacks N, Healey B, Niazi F. Insights from real-world analysis of treatment patterns in patients with newly diagnosed knee osteoarthritis. *Am Health Drug Benefits*. 2021;14(2):56.

[12] World Health Organization. Osteoarthritis fact sheet. <https://www.who.int/news-room/>

fact-sheets/detail/osteoarthritis. 2023.

[13] Tan Q, Jiang A, Li W, Song C, Leng H. Metabolic syndrome and osteoarthritis: Possible mechanisms and management strategies. *Med Nov Technol Devices*. 2021;9:100052.

[14] Ebata-Kogure N, Murakami A, Nozawa K, Fujii K, Lin Y, Ushida T, Kikuchi S. Treatment and Healthcare Cost Among Patients with Hip or Knee Osteoarthritis: A Cross-sectional Study Using a Real-world Claims Database in Japan Between 2013 and 2019. *Clin Drug Investig*. 2020 Nov 1;40(11):1071–84.

[15] Kohn MD, Sassoon AA, Fernando ND. Classifications in Brief: Kellgren-Lawrence Classification of Osteoarthritis. *Clin Orthop Relat Res*. 2016 Aug 1;474(8):1886–93.

## PHỤ LỤC

Khuyến nghị về các biện pháp điều trị dược lý cho người bệnh thoái hóa khớp gối, khớp háng, khớp bàn tay

Phương pháp	Loại khớp		
	Khớp gối	Khớp háng	Khớp bàn tay
NSAID dùng ngoài	Green	White	Light Green
Capsaicin dùng ngoài	Light Green	White	Red
NSAID đường uống	Green	Green	Green
Tiêm glucocorticoid nội khớp	Green	Green	Light Green
Tiêm glucocorticoid nội khớp có hướng dẫn siêu âm	White	Green	White
Acetaminophen	Light Green	Light Green	Light Green
Duloxetine	Light Green	Light Green	Light Green
Tramadol	Light Green	Light Green	Light Green
Thuốc giảm đau (không phải tramadol)	Red	Red	Red
Colchicine	Red	Red	Red
Dầu cá	Red	Red	Red
Vitamin D	Red	Red	Red
Bisphosphonat	Red	Red	Red
Glucosamin	Red	Red	Red
Chondroitin sulfat	Red	Red	Light Green
Hydroxychloroquin	Red	Red	Red
Methotrexat	Red	Red	Red
Tiêm acid hyaluronic nội khớp	Red	Red	Light Red
Tiêm botulinum toxin nội khớp	Red	Red	White
Huyết tương giàu tiểu cầu	Red	Red	White
Tiêm tế bào gốc	Red	Red	White
Thuốc sinh học (chất ức chế TNF, chất đối kháng IL – 1)	Red	Red	Red

### Chú thích:

[Nguồn: Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis and Rheumatology*. 2020;72(2):220-233. doi:10.1002/art.41142]