

cứu về chỉ số này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **European Association for the Study of the Liver.** EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. *J Hepatol*, 2017, 66(5):1047-1081.
2. **Sevenet PO, Depasse F.** Clot waveform analysis: Where do we stand in 2017? *Int J Lab Hematol*, 2017, 39(6):561-568.
3. **Tabbu S.** Study of Clot Waveform Analysis in Various Clinical Conditions. Diss. PSG Institute of Medical Sciences and Research, Coimbatore, 2020.
4. **Ruberto MF, Sorbello O, Civolani A, Barcellona D, Demelia L, Marongiu F.** Clot wave analysis and thromboembolic score in liver cirrhosis: two opposing phenomena. *Int J Lab Hematol*. 2017 Aug; 39(4):369-374. doi: 10.1111/ijlh.12635. Epub 2017 Apr 19. PMID: 28422416.
5. **Thanapirom, Kessarín et al.** Clot Wave analysis parameters are associated with the severity of liver cirrhosis, 2024.
6. **Eny Rahmawati et al.** Comparison between clot waveform analysis (CWA) of normal and abnormal aPTT of sepsis patients in Dr. Hasan Sadikin Hospital Bandung. 2019 *J. Phys.: Conf. Ser.* 1246 01204
7. **Matsumoto T, Wada H, Nishioka Y, Nishio M, Abe Y, Nishioka J, Kamikura Y, Sase T, Kaneko T, Houdijk WP, Nobori T, Shiku H.** Frequency of abnormal biphasic aPTT clot waveforms in patients with underlying disorders associated with disseminated intravascular coagulation. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2006 Apr;12(2):185-92. doi: 10.1177/107602960601200206. PMID: 16708120.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VÚ KHÔNG TẠO KHỐI TRÊN SIÊU ÂM

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Nguyễn Thị Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hình ảnh tổn thương vú không tạo khối lành tính và ác tính trên siêu âm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 43 bệnh nhân được chẩn đoán có tổn thương vú không tạo khối được tiến hành sinh thiết, có kết quả mô bệnh học tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Can thiệp điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 04/2021 đến 11/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện trên 43 bệnh nhân có tổn thương vú không tạo khối trên siêu âm và có kết quả giải phẫu bệnh được chia làm hai nhóm lành tính chiếm 67,4% và nhóm ác tính 32,6%. Vị trí hay gặp tổn thương là góc ¼ trên ngoài (20/29 ở nhóm lành tính và 7/14 ở nhóm ác tính). Tổn thương giảm âm hay gặp nhất chiếm 65,1% (với 16/29 lành tính và 12/14 ác tính), hỗn hợp âm chiếm 35% (13/29 lành tính và 2/14 ác tính), không nghi nhận tổn thương tăng âm nào. Hình thái phần bố dạng khu trú gặp nhiều nhất chiếm 51,2%, dạng đường- thùy và dạng vùng gặp lần lượt là 27,9% và 20,9%. Tỷ lệ ác tính của dạng khu trú và dạng đường- thùy có tỷ lệ tương đương nhau 6/14 (42,9%). Có 60,5% tổn thương có bóng cản (20/29 lành tính và 6/14 ác tính). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa độ hồi âm, phân bố, bóng cản lưng của tổn thương và kết quả mô bệnh học. Vôi hóa gặp trên 16,3% và 100% cho kết quả ác tính. Tổn thương phát triển vuông góc với bề mặt da chỉ gặp trong 7% trường hợp và đều cho kết quả ác tính. **Kết luận:** tổn thương vú không tạo khối trên siêu âm cho tỷ lệ ác tính cao. Sự có mặt của hình ảnh vôi hóa, phát triển theo trục lớn vuông góc với bề

mặt da trên siêu âm làm tăng tỷ lệ dự đoán ác tính của tổn thương không tạo khối. **Từ khóa:** Tổn thương không tạo khối, siêu âm vú, ung thư vú.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ULTRASONOGRAPHIC IMAGES OF NON-MASS LESION BREAST

Objective: evaluate images of benign and malignant non-massive breast lesions on ultrasound. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study on 43 patients diagnosed with non-massive breast lesions who underwent biopsy and had histopathological results from April 2021 to November 2023 at Radiology Center – Hanoi Medical University Hospital. **Results:** The study was conducted on 43 patients with non-massive breast lesions on ultrasound and pathological results divided into two groups: benign, accounting for 67.4% and group malignant 32.6%. The most common location is the upper outer quadrant (20/29 in the benign group and 7/14 in the malignant group). The most common hypoechoic lesions account for 65.1% (with 16/29 benign and 12/14 malignant), Mixed echogenic was 35% (13/29 benign and 2/14 malignant), no suspicion any hyperechoic lesions. The focal distribution is the most common form, accounting for 51.2%, the linear-segmental distribution and regional distribution are found at 27.9% and 20.9%, respectively. The rate of malignancy in focal and regional distribution is similar, 6/14 (42.9%). There were 60.5% of lesions with posterior acoustic shadowing (20/29 benign and 6/14 malignant). There was no statistically significant difference between the echogenicity, distribution, posterior acoustic shadowing of the lesion and histopathological results. Calcification occurs in 16.3% of total cases and 100% results in malignancy. Lesions non-parallel are only seen in 7% of cases and all result in malignancy. **Conclusion:** Breast lesions without mass on ultrasound have a high rate of malignancy. The presence of calcifications, non-parallel increases the

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 19.9.2024

malignant prediction rate of nonmassive lesions.

Key words: Non-mass lesions, breast ultrasound, breast cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là ung thư phổ biến nhất ở nữ giới trên thế giới và ở Việt Nam, nguyên nhân gây tử vong do ung thư ở Việt Nam. Siêu âm là phương tiện đầu tay trong sàng lọc ung thư vú với ưu điểm phổ biến, dễ thực hiện, nhanh, chi phí thấp với độ nhạy và độ đặc hiệu cao (89,2% và 99,1%). Tuy nhiên trên siêu âm có những tổn thương vú không tạo khối (NML – Non mass lessions) gây ra nhiều khó khăn trong chẩn đoán, hiện không có trong phân loại BIRADS, có sự chòng chéo đáng kể giữa đặc điểm của NML lành tính và ác tính trên siêu âm, tỷ lệ tổn thương NML trên siêu âm sàng lọc vú theo các nghiên cứu khoảng 1,0-5,3%.¹

Tổn thương vú không tạo khối (NML) là vùng tổn thương riêng biệt có độ hồi âm thay đổi so với nhu mô vú bình thường xung quanh mà không tạo thành khối do không có hình dạng hoặc không có lờ lờ.¹

Hiện có nhiều phân loại NML trên siêu âm trên thế giới, chủ yếu dựa vào độ hồi âm tổn thương, phân bố tổn thương và các đặc điểm liên quan như bất thường ống tuyến, biến đổi cấu trúc, giảm âm thành sau, vôi hóa... để đưa ra phân tầng nguy cơ ung thư để quản lí lâm sàng.

Ngoài việc sử dụng siêu âm, phối hợp các phương pháp như chụp nhũ ảnh, cộng hưởng từ giúp cho việc định hướng chẩn đoán và nguy cơ ác tính được chính xác hơn. Tuy nhiên với điều kiện ở Việt Nam, hiện có nhiều cơ sở, phòng khám không có chụp nhũ ảnh và cộng hưởng từ tuyến vú, chỉ sàng lọc bằng siêu âm. Vì vậy cần có thêm nhiều nghiên cứu, báo cáo và hướng

dẫn về siêu âm đánh giá NML. Ở Bệnh viện đại học Y Hà Nội, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đánh giá đặc điểm hình ảnh siêu âm của tổn thương vú không tạo khối ở tổn thương lành tính và ác tính có đối chiếu giải phẫu bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn:

- Bệnh nhân được có tổn thương không tạo khối trên siêu âm vú
- Bệnh nhân đã được sinh thiết và có kết quả mô bệnh học của tổn thương
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân từ chối tham gia trong quá trình nghiên cứu.
- Bệnh nhân không có đủ thông tin hồ sơ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, n = 43 bệnh nhân (gồm 2 nhóm: lành tính 29/43 bệnh nhân và ác tính 14/43 bệnh nhân)

2.3. Phân tích và xử lý số liệu.

Xử lý số liệu thu thập các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. So sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm nghiên cứu bằng, kiểm định sự khác biệt bằng test chi-square, test Fisher's. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi p<0.05 với độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi trên 43 bệnh nhân thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

		Tổng (n=59)	Lành tính (n=29)	Ac tính (n=14)	p
Đặc điểm chung					
Tuổi		47,5 ±12,3	46,4 ±11,2	48,7±12,5	
Bên	Phải	19 (44,2%)	13 (30,2%)	6 (14%)	
	Trái	24 (55,8%)	16 (37,2%)	8 (18,6%)	
Vị trí	¼ trên ngoài	27 (62,8%)	20 (46,5%)	7 (16,3%)	0,239
	¼ trên trong	10 (23,2%)	7 (16,3%)	3 (6,9%)	
	¼ dưới trong	3 (4,6%)	1 (2,3%)	2 (2,3%)	
	¼ dưới ngoài	3 (4,6%)	1 (2,3%)	2 (2,3%)	
* Giá trị p < 0,05 có ý nghĩa thống kê					

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi gồm 43 BN có MNL được chia làm 2 nhóm với giải phẫu bệnh lành tính và ác tính. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 47,5 ±12,3 tuổi với nhóm lành tính là 47,5 ±12,3 và nhóm ác tính là 48,7±12,5, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05. NML gặp nhiều nhất ở vị trí ¼ trên ngoài với tỷ lệ 62,8% và ít nhất là tổn thương ¼ dưới ngoài và dưới trong, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê phân giữa phân bố tổn thương lành tính và ác tính với p>0,05.

3.2 Đặc điểm hình ảnh của tổn thương không tạo khối trên siêu âm**Bảng 2. Các đặc điểm hình ảnh của tổn thương không tạo khối**

	Tổng	Không	Có	p
Am vang				0,086
Giảm âm	28 (65,1%)	16 (23,1%)	12 (16,9%)	
Hỗn hợp âm	15 (34,95)	13 (30,2%)	2 (4,6%)	
Tăng âm	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Hình thái				0,363
Khu trú	22 (51,2%)	16 (37,2%)	6 (14,0%)	
Đường, thùy	12 (27,9%)	6 (14,0%)	6 (14,0%)	
Vùng	9 (20,9%)	7 (16,3%)	2 (4,7%)	
Vôi hóa				0,000*
Không	36 (83,7%)	29 (67,4%)	7 (16,3%)	
Có	7 (16,3%)	0 (0%)	7 (16,3%)	
Bóng cản âm				0,182
Không	26 (60,5%)	20 (46,5%)	6 (14,0%)	
Có	17 (39,5%)	9 (20,9%)	8 (18,6%)	
Hướng				0,029*
Song song	40 (93,0%)	29 (67,4%)	11 (35,6%)	
Vuông góc	3 (7,3%)	0 (0%)	3 (7%)	

* Giá trị p < 0,05 có ý nghĩa thống kê

Nhận xét: đặc điểm vôi hóa chỉ gặp trên các tổn thương ác tính với tỷ lệ là 50%. Đặc điểm hướng vuông góc với bề mặt da gặp trên 7,3% và cũng chỉ thấy ở tổn thương ác tính. Hiện không thấy hình ảnh tăng âm của tổn thương NML trong nghiên cứu của chúng tôi, hay gặp nhất là tổn thương giảm âm với 28/43 (65,1%). Tổn thương hỗn hợp âm chủ yếu là tổn thương lành tính với 13/15 trường hợp (86,6%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi hồi cứu trên 43 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 47,5 ± 12,3, NML gặp nhiều hơn ở vú trái (55,8%) và thường gặp ở vị trí ¼ trên ngoài (62,8%). Không có sự khác biệt giữa mô bệnh học và phân bố về vị trí, bên của NML. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng so với nghiên cứu của Park là 46,5 tuổi.² Đây cũng là độ tuổi gặp nhiều vấn đề về tuyến vú, có thể được giải thích do rối loạn nội tiết tố ở phụ nữ tiền mãn kinh. Tổn thương u vú cũng đã được nhận định rằng gặp nhiều nhất ở ¼ trên ngoài với tỷ lệ 51,5% cao hơn đáng kể với góc ¼ dưới trong là 8,1%. Các tổn thương vú hay gặp ở ¼ góc trên ngoài vú có thể được cho rằng vị trí này có thể tích vú lớn hơn so với các vùng khác của nhu mô vú còn lại.

4.2. Đặc điểm hình ảnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 BN (32,6%) có hình ảnh NML cho kết quả ác tính. Tỷ lệ này tương tự với nghiên cứu của Kho và cộng sự (cs) cho thấy tỉ

lệ ác tính là 27%.³ Cao hơn so với nghiên cứu của Wenjuan Guo (2022) với tỷ lệ ác tính là 50,5%.² Các nghiên cứu khác cũng đã cho thấy tỷ lệ ác tính của NML dao động từ 10% đến 54% tùy thuộc và nghiên cứu, và cũng chỉ ra rằng, các tổn thương ác tính gặp nhiều nhất là DICS có thể gặp ILC, DLC hay dạng hỗn hợp của các loại tổn thương này.^{1,3-5}

Trong NML, độ hồi âm của tổn thương có thể là tăng âm, giảm âm hoặc hỗn hợp âm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các tổn thương là giảm âm, chiếm 65,1% (28/43) và còn lại và tổn thương hỗn hợp âm với 34,9% (15/43), chúng tôi không nghi nhận trường hợp tăng âm nào. Trong đó tổn thương ác tính chủ yếu là các tổn thương giảm âm chiếm 85,7% (12/14), còn lại 14,3% (2/14) là hỗn hợp âm. Không thấy có sự khác biệt giữa độ hồi âm của nhóm ác tính và lành tính. Tỷ lệ tổn thương giảm âm của chúng tôi cao hơn so với 31% nghiên cứu của Giess và cs, trong nghiên cứu của tác giả thì âm vang của tổn thương chủ yếu là hỗn hợp âm với 57,1%.⁷ Trong hệ thống BIRADS trên siêu âm, độ hồi âm cũng không có giá trị tiên đoán giải phẫu bệnh của tổn thương đấy.⁸

Hình thái phân bố của NML được phân loại thành: khu trú, dạng đường-thùy hoặc theo vùng, với hình thái dạng đường-thùy có gợi ý tới hình ảnh tổn thương lan theo ống tuyến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 22/43 (51,2%) là dạng tổn thương khu trú, 12/43 (27,9%) theo vùng và 9/43 (20,9%) là dạng đường-thùy. Tỷ lệ hình thái phân bố của tổn thương lành tính và ác tính của chúng tôi có sự khác biệt không có ý

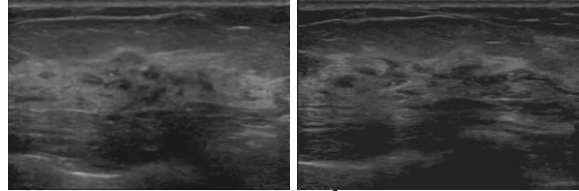
ngĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này cũng tương đương nghiên cứu của Park trên 121 BN, tuy nhiên trong nghiên cứu này lại chỉ ra dạng đường-thùy có tỷ lệ cao hơn đáng kể ở nhóm ác tính là 45,5% so với lành tính là 17%, sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ.²

Giảm âm thành sau của tổn thương là 1 trong 3 dấu hiệu chính, điển hình dự báo ung thư vú theo Thomas Stavros (PPV là 73%, Se là 18,56%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 17/43 (39,5%) tổn thương có hình giảm âm thành sau và trong nhóm ác tính 57,1% có hình ảnh này, lớn hơn 31,0% so với nhóm lành tính, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong UTV thì dấu hiệu giảm âm thành sau thể hiện mật độ tế bào rất cao, kiến khối hấp thụ sóng siêu âm mạnh, cũng như thể hiện các tổn thương có phản ứng "desmoplastic" gặp trong một số ung thư như ung thư vú, ung thư tụy... với UTV thường gặp nhiều nhất là UVT thể ống xâm nhập. Tuy nhiên đây cũng có thể là tổn thương lành tính, thể hiện mô tuyến vú có tổn thương xơ, sẹo.

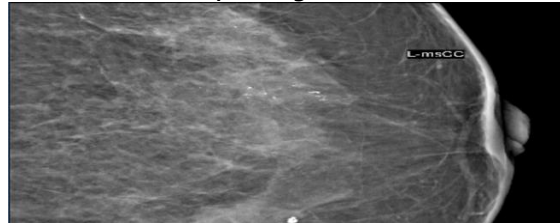
Trên siêu âm, NML nghi ngờ ác tính khi có sự hiện diện của vôi hoá. Đối với các tổn thương lành tính, ít gặp hình ảnh vôi hoá trên siêu âm có thể do chúng bị che mờ bởi nhu mô vú và các trường hợp ác tính, vôi hoá thường cũng quan sát được trên các vùng tổn thương giảm âm.⁸ Khi phân tích đặc điểm vôi hoá của NML trên siêu âm, chúng tôi đã phát hiện vôi hoá ở 7/43 (16,3%), tỷ lệ gặp vôi hoá của nhóm ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 50% lớn hơn 0% của nhóm lành tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ này cũng tương đương nghiên cứu của Choi và cs, với tỷ lệ gặp vôi hoá của tổn thương ác tính là 51%, và nghiên cứu của Kim cũng đã nhận định rằng không có tổn thương lành tính nào có vôi hoá và vôi hoá gặp trong 40% NML.^{9,10} Một nghiên cứu trước đây cũng báo cáo hình ảnh vôi hoá ở NML trên siêu âm được báo cáo nguy cơ ác tính cao gặp 3 lần.² Park và cs cũng cho rằng vôi hoá thường được mô tả trong các tổn thương ác tính (27.3%) cao hơn so với các tổn thương lành tính (10.2%).² Như vậy có thể thấy hình ảnh vôi hoá gợi ý một tỷ lệ ác tính cao trong NML.

Tổn thương với trục không song song trong hệ thống BIRADS là một dấu hiệu rất có giá trị gợi ý tổn thương ác tính. Với nghiên cứu của chúng tôi, chỉ nghi nhận 03/43 trường hợp tổn thương phát triển vuông góc với bề mặt da và các trường hợp này đều cho kết quả ác tính, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

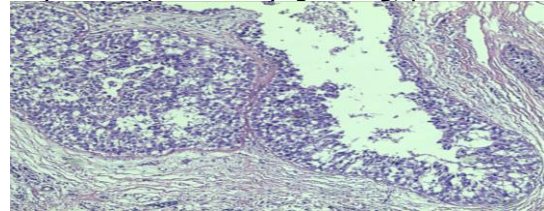
Hiện nay có rất ít nghiên cứu trong và ngoài nước về hướng phát triển của NML. Tuy nhiên nghiên cứu của Fan Zhang cũng đã cho thấy có 3/119 (2,5%) trường hợp có hướng không song song trong NML, và các trường hợp này cũng đều cho kết quả ác tính.



Hình 1. Hình siêu âm: tổn thương giảm âm, phân bố dạng đường, trong có vôi hóa, gợi ý tổn thương lan theo ống tuyến, tổn thương không tạo bóng cản.



Hình 2. Hình Xquang vú với tổn thương vôi hóa vô định hình phân bố dạng đường, phân nhánh.



Hình 3. Tiêu bản nhuộm Hex100: u nằm trong lòng ống, còn thấy rõ các tế bào cơ biểu mô. Phù hợp với carcinoma nội ống độ trung gian.
BN Vũ Thị H., 72T, mã BN 211056483

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổn thương không tạo khối có tỷ lệ ác tính cao. Các tổn thương có hình ảnh vôi hoá, phát triển vuông góc với bề mặt da trên siêu âm đều là các dấu hiệu có giá trị cao gợi ý tổn thương ác tính cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Choe J, Chikarmane SA, Giess CS.** Nonmass Findings at Breast US: Definition, Classifications, and Differential Diagnosis. *RadioGraphics*. 2020;40(2):326-335. doi:10.1148/rg.2020190125
2. **Park JW, Ko KH, Kim EK, Kuzmiak CM, Jung HK.** Non-mass breast lesions on ultrasound: final outcomes and predictors of malignancy. *Acta Radiol Stockh Swed* 1987. 2017;58(9):1054-1060. doi:10.1177/0284185116683574
3. **Ko KH, Hsu HH, Yu JC, et al.** Non-mass-like breast lesions at ultrasonography: feature analysis and BI-RADS assessment. *Eur J Radiol*.

- 2015;84(1):77-85.
doi:10.1016/j.ejrad.2014.10.010
4. **Lee J, Lee JH, Baik S, et al.** Non-mass lesions on screening breast ultrasound. *Med Ultrason.* 2016;18(4):446-451. doi:10.11152/mu-871
 5. **Ko KH, Jung HK, Kim SJ, Kim H, Yoon JH.** Potential role of shear-wave ultrasound elastography for the differential diagnosis of breast non-mass lesions: preliminary report. *Eur Radiol.* 2014; 24(2):305-311. doi:10.1007/s00330-013-3034-4
 6. **Giess CS, Chesebro AL, Chikarmane SA.** Ultrasound Features of Mammographic Developing Asymmetries and Correlation With Histopathologic Findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2018;210(1):W29-W38. doi:10.2214/AJR.17.18223
 7. **D'Orsi C, Mendelson E, Morris E, Sickles E.** ACR BI-RADS Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. *Am Coll Radiol.* Published online. Published online 2013.
 8. **Kim SJ, Park YM, Jung HK.** Nonmasslike Lesions on Breast Sonography: Comparison Between Benign and Malignant Lesions. *J Ultrasound Med.* 2014;33(3):421-430. doi: 10.7863/ultra.33.3.421
 9. **Choi JS, Han BK, Ko EY, Ko ES, Shin JH, Kim GR.** Additional diagnostic value of shear-wave elastography and color Doppler US for evaluation of breast non-mass lesions detected at B-mode US. *Eur Radiol.* 2016;26(10):3542-3549. doi:10.1007/s00330-015-4201-6

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP BÀI THUỐC TIÊU THỪA KHÍ THANG TRÊN BỆNH NHÂN TÁO BÓN CHỨC NĂNG MẠN TÍNH

Phạm Hồng Vân¹, Trần Phương Đông¹, Vũ Thị Diệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá tác dụng của điện châm kết hợp bài thuốc Tiêu thừa khí thang trong điều trị chứng tiện bí thể nhiệt bí. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng có đối chứng, so sánh kết quả trước và sau điều trị trên 70 bệnh nhân táo bón chức năng mạn tính theo y học hiện đại và thuộc chứng Tiễn bí thể nhiệt bí của y học cổ truyền. Trong đó, 35 bệnh nhân được điều trị bằng điện châm kết hợp uống thuốc sắc bài thuốc Tiêu thừa khí thang, 35 bệnh nhân được điều trị bằng điện châm cho đến khi tự đi ngoài được mà không cần các biện pháp hỗ trợ. **Kết quả:** Điện châm kết hợp uống bài thuốc Tiêu thừa khí thang có tác dụng tốt trong cải thiện chức năng đại tiện, cải thiện rõ rệt tính chất phân sau điều trị ($p < 0,05$). Hiệu quả điều trị chung mức tốt ở nhóm nghiên cứu chiếm 77,1%, mức khá chiếm 20%, chỉ có 2,9% mức trung bình, cao hơn nhóm đối chứng lần lượt là 28,6% mức tốt; 60% mức khá và 11,4% mức trung bình ($p < 0,01$). **Kết luận:** Sử dụng điện châm kết hợp uống bài thuốc Tiêu thừa khí thang là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả đối với bệnh lý táo bón chức năng mạn tính.

Từ khóa: Táo bón chức năng mạn tính, điện châm, Tiêu thừa khí thang.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTS OF ELECTROACUPUNCTURE COMBINED WITH TIEU THUA KHÍ THANG IN THE PATIENT CHRONIC FUNCTIONAL CONSTIPATION

Objective: Evaluate the effectiveness of electroacupuncture combined with Tieu thua khi thang

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Đông

Email: Dongmaitem@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 20.9.2024

in the treatment of heat-obsessed lameness. **Research subjects and methods:** Controlled clinical intervention, comparison of results before and after treatment on 70 patients with chronic functional constipation according to modern medicine and medical constipation traditional learning. Of these, 35 patients were treated with electroacupuncture combined with Tieu thua khi thang, 35 patients were treated with electroacupuncture until they were able to defecate on their own without the need for supportive measures. **Results:** Electro-acupuncture combined with Tieu thua khi thang has a good effect in improving bowel function, significantly improving stool properties after treatment ($p < 0.05$). The overall treatment effectiveness in the research group was 77.1% good, good level was 20%, only 2.9% was average, higher than the control group which was 28.6% good level respectively; 60% good level and 11.4% average level ($p < 0.01$). **Conclusion:** Using electro-acupuncture combined with Tieu thua khi thang is a safe and effective treatment method for chronic functional constipation.

Keywords: Chronic functional constipation, electroacupuncture, Tieu thua khi thang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón là tình trạng chậm hoặc khó bài xuất phân kéo dài từ 2 tuần trở lên gây ảnh hưởng đến tâm lý cho người bệnh¹. Trong đó, táo bón chức năng mạn tính là một trong những rối loạn tiêu hoá phổ biến nhất. Táo bón ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và đôi khi làm diễn biến bệnh lý của người mắc bệnh mạn tính ngày càng nặng hơn. Táo bón kéo dài có thể gây ra các chứng bệnh khác như trĩ, sa trực tràng, chảy máu, rách hậu môn^{2,3}. Phương pháp điều trị phổ biến của y học hiện đại là thay đổi chế độ ăn (tăng cường chất xơ, uống đủ nước, dùng thuốc nhuận tràng) hoặc nặng hơn là can thiệp