

ca khác được dẫn lưu dưới SA. 3 BN khác rò mật và TALOB được mổ DL dịch mật (1 ca), DL dưới SA (1 ca), DL dưới SA và chụp đường mật ngược dòng, cắt cơ ODDi, stent đường mật. 1 ca khác rò mật, ổ tụ dịch mật và hoại tử tế bào gan được DL dưới SA. 100% các BN đều hết rò mật và không còn ổ biloma.

V. KẾT LUẬN

Ổ tụ dịch mật tự phát dưới bao gan vô cùng hiếm gặp. Các ổ tụ dịch mật có thể dưới bao gan hoặc dưới gan, ngoài đường mật trong gan và ngoài gan. Triệu chứng lâm sàng thường là đau bụng dưới sườn phải, thượng vị, có thể có sốt. Siêu âm và CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán ổ tụ dịch mật (chụp CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu 90%). Chụp cộng hưởng từ đường mật có độ nhạy và độ đặc hiệu >95% trong chẩn đoán ổ tụ dịch mật. Có thể xác định vị trí tổn thương đường mật, giãn hay hẹp đường mật, quan hệ giải phẫu giữa ổ tụ dịch mật và đường mật trong ngoài gan. Điều trị chủ yếu là dẫn lưu qua da dưới siêu âm hay CLVT phối hợp với điều trị kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Christoforidis E et al.** A single center experience in minimally invasive treatment of postcholecystectomy bile leak, complicated with biloma formation. *J Surg Res* 2007; 141:171-5.
2. **Akhtar MA, Bandyopadhyay D, Montgomery HD, Mahomed A.** Spontaneous Idiopathic subcapsular. *J Hepatobiliary Pancrea Surg* 2007; 14: 579-81.
3. **Majid MUSHTAQUE et al:** Spontaneous hepatic subcapsular biloma: Report of three cases with review of the literature. *Turk J Gastroenterol* 2012; 23 (3): 284-289).
4. **FuJiwaru et al.** Spontaneous rupture of an intrahepatic bile duct with biloma treated by percutaneous drainage and endoscopic sphincterotomy. *Am J Gastroenterol* 1998;93: 2282-4.
5. **Vazques JL et al.** Evaluation and treatment of intraabdominal bilomas. *AJR Am J Roentgenol* 1985; 144: 933-8 .
6. **Thái Nguyên Hưng.** Đánh giá kết quả ban đầu chẩn đoán và điều trị tăng áp lực ổ bụng sau chấn thương gan nhân 10 trường hợp. *Tạp chí Phẫu Thuật Nội Soi và Nội Soi Việt Nam.* 3(9) 2019 : 30-37.
7. **Thái Nguyên Hưng.** Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị các biến chứng muộn chấn thương gan. *Tạp chí Y học Việt nam;* tháng 2 (1) 2022: 76-81.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH HÔNG TO CÓ THOẠI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG CỦA PHÁC ĐỒ TAM TÝ THANG GIA GIẢM, KẾT HỢP VỚI ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP, BẤM HUYỆT

Hồ Duy Thương¹, Lâm Văn Nút²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh hông to có thoái hóa cột sống thắt lưng bằng bài thuốc "Tam tý thang" gia giảm kết hợp châm điện, xoa bóp, bấm huyệt; Khảo sát tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp này. **Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng mở so sánh trước và sau điều trị trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hội chứng thắt lưng hông to có thoái hóa cột sống thắt lưng tại Khoa Y học cổ truyền Bệnh viện đa khoa huyện Nghi Xuân - Hà Tĩnh từ tháng 5/2016 đến hết tháng 9/2016. **Kết quả:** Điều trị đau thần kinh hông to thể phong hàn thấp cùng với can thận hư bằng uống thuốc bằng bài "Tam tý thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau rõ rệt: Mức độ đau tại D0, đau vừa 30 bệnh

nhân, đau nặng có 3 bệnh nhân. Đến D16 không đau 14 bệnh nhân, đau nhẹ 18 bệnh nhân, đau vừa 1 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào đau nặng. Dấu hiệu Valleix tại D0, 1 điểm có 1 bệnh nhân, 2 điểm có 2 bệnh nhân, 3 điểm có 5 bệnh nhân, 4 điểm có 7 bệnh nhân, 5 điểm có 18 bệnh nhân. Đến D16, 0 điểm có 11 bệnh nhân, 1 điểm có 11 bệnh nhân, 2 điểm có 8 bệnh nhân, 3 điểm có 2 bệnh nhân, 4 điểm có 1 bệnh nhân, 5 điểm không có bệnh nhân nào. Dấu hiệu Lasegue tại D0, có 31 bệnh nhân Lasegue 45° - 75°, có 2 bệnh nhân Lasegue 30° - 45°. Đến D16, Lasegue lớn hơn 75° là 30 bệnh nhân, Lasegue 45° - 75° là 3 bệnh nhân. Kết quả điều trị chung: Loại A: 42,42%, Loại B: 48,49%, Loại C: 9,09%. **Kết luận:** Điều trị đau thần kinh hông to thể phong hàn thấp cùng với can thận hư bằng uống thuốc bằng bài "Tam tý thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau rõ rệt. Khi điều trị đau dây thần kinh hông to thể phong hàn thấp bằng uống bài "Tam tý thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyệt không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và trên cận lâm sàng.

Từ khóa: Đánh giá kết quả điều trị, đau thần kinh hông to, thoái hóa cột sống thắt lưng, phác đồ tam tý thang gia giảm, điện châm, xoa bóp, bấm huyệt.

¹Bệnh viện Đa khoa huyện Nghi Xuân

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Duy Thương

Email: hothuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 21.11.2024

SUMMARY**EVALUATION OF THE TREATMENT RESULTS OF THE REDUCED TAM TY THANG REGIMEN FOR DEGENERATIVE SCIATICA OF THE LUMBAR SPINE, COMBINED WITH ELECTROACUPUNCTURE, MASSAGE, AND ACUPRESSURE**

Research objective: Evaluate the results of treating sciatica with lumbar spine degeneration using the modified "Tam ty thang" prescription combined with electroacupuncture, massage, and acupressure; Survey the unwanted clinical effects of this method.

Method: Open clinical trial comparing before and after treatment on 33 patients diagnosed and treated for lumbar spine syndrome with lumbar spine degeneration at the Department of Traditional Medicine, Nghi Xuan District General Hospital - Ha Tinh from May 2016 to the end of September 2016.

Results: Treatment of sciatica with wind-cold-dampness syndrome and kidney deficiency by taking the modified "Tam Ty thang" prescription and electroacupuncture, massage, and acupressure has a clear pain-relieving effect: Pain level at D0, moderate pain in 30 patients, severe pain in 3 patients. At D16, there was no pain in 14 patients, mild pain in 18 patients, moderate pain in 1 patient, and no severe pain in any patient. Valleix sign at D0, 1 point has 1 patient, 2 points have 2 patients, 3 points have 5 patients, 4 points have 7 patients, 5 points have 18 patients. Up to D16, 0 point has 11 patients, 1 point has 11 patients, 2 points have 8 patients, 3 points have 2 patients, 4 points have 1 patient, 5 points have no patients. Lasegue sign at D0, 31 patients have Lasegue 45° - 75°, 2 patients have Lasegue 30° - 45°. Up to D16, Lasegue greater than 75° is 30 patients, Lasegue 45° - 75° is 3 patients. General treatment results: Type A: 42.42%, Type B: 48.49%, Type C: 9.09%.

Conclusion: Treatment of sciatica due to wind-cold-dampness and kidney deficiency by taking the modified "Tam ty thang" and electroacupuncture, acupressure massage has a significant pain-relieving effect. When treating sciatica due to wind-cold-dampness by taking the modified "Tam ty thang" and electroacupuncture, acupressure massage has no undesirable clinical and paraclinical effects.

Keywords: Evaluation of treatment results, sciatica, lumbar spine degeneration, modified Tam Ty thang regimen, electroacupuncture, massage, acupressure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng thắt lưng hông (HCTLH) là một hội chứng phổ biến, trên lâm sàng biểu hiện triệu chứng bệnh lý đồng thời của cột sống thắt lưng và bệnh lý của các rễ thần kinh tạo thành dây thần kinh hông to (TKHT). Hội chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, trong đó nguyên nhân do cột sống là chủ yếu. HCTLH là một hội chứng thường gặp ở nước ta, bệnh chiếm 2% dân số, chiếm 17% số người trên 60 tuổi và chiếm tới 11,42% bệnh nhân vào điều trị

tại khoa Cơ Xương Khớp - Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991- 2000), đứng thứ 2 sau viêm khớp dạng thấp.

Y học cổ truyền mô tả bệnh thuộc phạm vi "chứng tý" với các bệnh danh cụ thể: yêu cước thống, tọa cốt phong, tọa điển phong. Có nhiều phương pháp điều trị bệnh: Phương pháp không dùng thuốc như: xoa bóp, bấm huyệt, châm cứu, tác động cột sống... và phương pháp dùng thuốc. Trong đó bài thuốc cổ phương "Tam ty thang" (tác giả Lý Diên) có tác dụng, ích can thận, bổ khí huyết, trừ phong hàn thấp, chỉ thống tý thường được các thầy thuốc y học cổ truyền sử dụng kết hợp với điện châm, xoa bóp bấm huyệt để điều trị hội chứng thắt lưng hông đạt kết quả cao. Vì vậy, cần có nghiên cứu để đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh hông to có thoái hóa cột sống thắt lưng của phác đồ tam ty thang gia giảm, kết hợp với điện châm, xoa bóp, bấm huyệt tại Bệnh viện đa khoa huyện Nghi Xuân - Hà Tĩnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hội chứng thắt lưng hông (HCTLH) có thoái hóa cột sống thắt lưng tại Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện đa khoa huyện Nghi Xuân - Hà Tĩnh từ tháng 5/2016 đến hết tháng 9/2016.

Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng tiến cứu, có so sánh trước và sau điều trị.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện đa khoa huyện Nghi Xuân - Hà Tĩnh từ tháng 5/2016 đến hết tháng 9/2016.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ định, cỡ mẫu 33 bệnh nhân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT: Chọn bệnh nhân thể can thận hư kết hợp với phong hàn thấp với biểu hiện: Đau ngang thắt lưng, đau khi thay đổi thời tiết, gặp lạnh đau tăng, mình mẩy nặng nề, đau lan theo đường đi của kinh bàng quang hoặc kinh đờm có thể kèm theo tính trạng toàn thân như ăn ít, ngủ kém rêu lưỡi dày trắng hoặc nhớt, chất lưỡi đỏ nhạt, mạch trầm hoạt.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân HCTLH do chấn thương cột sống, ung thư đốt sống tiên phát hoặc di căn, u tuỷ và màng tuỷ, thoát vị đĩa đệm. Bệnh nhân HCTLH kèm theo mắc các bệnh mạn tính như lao, ung thư, suy tim, suy thận, đái tháo đường, HIV/AIDS. Phụ nữ có thai 3 tháng đầu và 3 tháng cuối kèm theo đau thần kinh tọa. Bệnh nhân không tuân thủ quy trình điều trị.

Đạo đức nghiên cứu: Đề cương khoa học này được sự đồng ý, phê duyệt của Hội đồng khoa học kỹ thuật. Có sự đồng ý của bệnh nhân. Giải thích cụ thể, rõ ràng về mục đích nghiên cứu cho đối tượng nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được đều được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi (n=33)

Tuổi	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	≥ 70
Số lượng	2	2	5	5	9	10
Tỷ lệ (%)	6,06	6,06	15,15	15,15	27,27	30,30

Nhận xét: Độ tuổi từ > 70 tuổi là chiếm tỷ lệ cao nhất 30,30%, lứa tuổi 20-29 chiếm tỷ lệ thấp nhất: 6,06 %.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Nam	Nữ	Tổng số
Số lượng	10	23	33
Tỷ lệ (%)	30,30	69,70	100

Nhận xét: Nữ chiếm 69,70 %. nam chiếm 30,30%, Tỷ lệ Nữ/Nam là 2,3/1.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Tháng	< 1	1 - 3	4 - 6	> 6	Tổng số
Số lượng	16	12	3	2	33
Tỷ lệ (%)	48,49	36,36	9,09	6,06	100

Nhận xét: Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,49 %, thời gian mắc bệnh >6 tháng thấp nhất 6,06%.

Bảng 3.4. Tần suất xuất hiện các triệu chứng (n=33)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Dấu hiệu bấm chuông	7	21,21
Co cứng cơ cạnh sống	15	45,45
Nghiệm pháp schober <13/10	33	100
Thống điểm valleix (+)	33	100
Dấu hiệu lasegue (+)	33	100
Nghiệm pháp Nerri (+)	21	63,63
Nghiệm pháp Bonnet (+)	19	57,57
Rối loạn cảm giác	21	63,63
Rối loạn vận động	16	48,48

Nhận xét: Các triệu chứng hay gặp: Valleix (+) 100%, Lasegue (+) 100%, Schober < 13/10 là 100%, ít gặp là triệu chứng rối loạn vận động 45,45%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 3.5. Mức độ đau theo thang điểm VAS (n=33)

Mức độ \ Ngày	D0	D5	D10	D16
Không đau	0	0	3	14
Đau nhẹ	0	7	27	18
Đau vừa	30	25	2	1
Đau nặng	3	1	1	0
Đau rất nặng	0	0	0	0
Tổng	33	33	33	33

p < 0,05

Nhận xét: Mức độ đau tại thời điểm D0 có 30 bệnh nhân đau vừa, 3 bệnh nhân đau nặng..., và tại thời điểm D16 có 14 bệnh nhân không đau, 18 bệnh nhân đau nhẹ, 1 bệnh nhân đau vừa, không có bệnh nhân đau nặng.

Bảng 3.6. Đánh giá hội chứng cột sống (n=33)

Dấu hiệu \ Ngày	D0	D5	D10	D16
Schober	14 cm	0	6	23
	13 cm	19	22	9
	12 cm	14	5	1
	11 cm	0	0	0
Dấu hiệu bấm chuông	7	7	5	2
Co cứng cơ cạnh cột sống (+)	15	10	6	2

p < 0,05

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đau thần kinh hông to thể phong hàn thấp có khoảng cách Schober là 13 cm là 19 người chiếm 57,58%, bệnh nhân có khoảng Schober 12 cm là 14 người chiếm 42,42%. Có 07 bệnh nhân có dấu hiệu bấm chuông chiếm 21,21%, dấu hiệu co cứng cơ cạnh sống là 15 người chiếm 45,45%.

Bảng 3.7. Đánh giá hội chứng rễ (n=33)

Dấu hiệu \ Ngày	D0	D5	D10	D16
Lasegue	≥ 75°	0	3	27
	45° - 75°	31	28	5
	30° - 45°	2	2	1
	< 30°	0	0	0
Valleix	0 điểm	0	0	3
	1 điểm	1	1	7
	2 điểm	2	5	8
	3 điểm	5	18	14
	4 điểm	7	5	1
	5 điểm	18	4	0
Dấu hiệu bonnet (+)	19	15	8	1
Dấu hiệu Neri (+)	21	17	9	1
Rối loạn cảm giác	21	18	11	0
Rối loạn vận động	16	16	11	0

p < 0,05

Nhận xét: Dấu hiệu Lasegue tại thời điểm D0 có 33 bệnh nhân dương tính, 2 bệnh nhân có Lasegue 30° - 45°, không có bệnh nhân nào có

Lasegue <30°; Tại thời điểm D16 Không có bệnh nhân nào có Lasegue 30° - 45° và Lasegue < 30°. Dấu hiệu Valleix (+) ở bảng 3.7 nhận thấy ở thời điểm D0 có 1 bệnh nhân 1 điểm,... Tại thời điểm D16 có 11 bệnh nhân Valleix âm tính. Dấu hiệu Bonnet (+) tại thời điểm D0 có 19 bệnh nhân, D16 có 1 bệnh nhân. Dấu hiệu Neri (+) tại thời điểm D0 có 21 bệnh nhân, D16 có 1 bệnh nhân. Rối loạn cảm giác tại thời điểm D0 có 21 bệnh nhân, D16 không có bệnh nhân. Rối loạn vận động tại thời điểm D0 có 16 bệnh nhân, D16 không có bệnh nhân.

Bảng 3.8. Kết quả điều trị chung

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Loại A	14	42,42
Loại B	16	48,49
Loại C	3	9,09
Loại D	0	0
Tổng số	33	100

Nhận xét: Kết quả điều trị có 42,42% đạt loại A, không có bệnh nhân nào đạt loại D.

Bảng 3.9. Tác dụng không mong muốn của phác đồ

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vã mồ hôi	0	0
Hoa mắt chóng mặt	0	0
Buồn nôn	0	0
Choáng	0	0
Dị ứng	0	0
Tổng số	0	0

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào có triệu chứng vã mồ hôi, hoa mắt chóng mặt, buồn nôn, choáng hay dị ứng.

Bảng 3.10. Các chỉ số xét nghiệm trước và sau điều trị (n = 33)

Chỉ số	Trước điều trị	Sau điều trị
Glucose	5,13 ± 0,42	5,04 ± 0,36
Ure	6,01 ± 0,45	6,05 ± 0,32
Creatinin	77,06 ± 6,82	78,21 ± 6,35
AST	27,69 ± 2,41	28,06 ± 2,48
ALT	28,70 ± 2,26	29,2 ± 2,41
Hồng cầu	4,41 ± 0,31	4,39 ± 0,23
Bạch cầu	6,84 ± 0,53	6,68 ± 0,51

$p > 0,05$

Nhận xét: Sau điều trị hàm lượng Glucose, Urê, Creatinin, AST, ALT, số lượng hồng cầu, bạch cầu của bệnh nhân có biến đổi ít và nằm trong giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Về tuổi: Độ tuổi > 70 tuổi gặp nhiều nhất chiếm 30,30%, 60 - 69 là 27,27%, 50 - 59 và 40 - 49 tuổi là 15,5% và từ 20 - 29 tuổi và từ 30 - 39 tuổi là 6,06%. Phù hợp với kết quả nghiên

cứ của Lê Thị Tranh lần lượt là 48,48%, 12,12% và 7,6%.

Về giới tính: nam chiếm 30,30%, nữ chiếm 69,70%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân đau dây thần kinh hông to thể phong hàn thấp nam/nữ là 1/2,3. Kết quả này có sự khác biệt với một số kết quả nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của Lê Thị Tranh, điều trị đau thần kinh hông to thể phong hàn và phong hàn thấp tỷ lệ nam/nữ là 6/5. Đề tài của Trương Minh Việt đã nghiên cứu điều trị đau thần kinh hông to ở cả 3 thể là phong hàn, phong hàn thấp, và huyết ú tỷ lệ nam/nữ là 2,2/1,0.

Thời gian mắc bệnh: Số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh < 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,49%. Tiếp đến là thời gian mắc bệnh 1 - 3 tháng chiếm 36,36%. Ngược lại, số bệnh nhân mắc bệnh 4 - 6 tháng chiếm 9,09% và trên 6 tháng chiếm tỷ lệ thấp 6,06%. So với Lê Thị Tranh thấy đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 3-12 tháng chiếm 51,52%, thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng và 13 - 60 tháng là 24,24%. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn mới bị đau thường điều trị tại nhà không đỡ hoặc có đỡ ít rồi mới tới bệnh viện.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Theo phân loại: phần lớn bệnh nhân có mức độ đau vừa 30 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào có mức độ đau nhẹ, có 3 bệnh nhân có mức độ đau nặng. Không có bệnh nhân nào có mức độ đau rất nặng. Điều này cũng khác với một số kết quả nghiên cứu. Trong nghiên cứu Lê Thị Tranh có 60% số bệnh nhân đau vừa, 25% số bệnh nhân đau nặng. Trong nghiên cứu của Trương Minh Việt thì phần lớn bệnh nhân đau ở mức độ nặng 60%, bệnh nhân ở mức độ đau vừa 36,9% và bệnh nhân ở mức độ đau ít 3,1%. Nhìn chung, các tác giả đều cho rằng: đau vừa và đau nhiều trong hội chứng đau dây thần kinh hông to là một trong những đặc trưng của bệnh lý này.

Về tần suất xuất hiện các triệu chứng: Theo thống kê của chúng tôi điểm đau valleix xuất hiện 100%, chỉ số Schober nhỏ hơn 13/10 chiếm 100%, Dấu hiệu Lasegue (+) chiếm 100%. Kết quả này phù hợp với kết quả của Lê Thị Tranh. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương cũng cho những nhận xét 100% số bệnh nhân có khoảng cách Schober là 12 cm và 11 cm (57,5% và 22,5%). Không có bệnh nhân nào có khoảng Schober bình thường. Theo nghiên cứu của Lê Thị Tranh, 100 % bệnh nhân có khoảng Schober là nhỏ hơn 13/10.

Dấu hiệu Lasegue: Trong nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu Lasegue có tới 100% bệnh nhân có dấu hiệu dương tính trong đó có 31

bệnh nhân có dấu hiệu Lasegue 45^o - 75^o, 2 bệnh nhân có dấu hiệu Lasegue 30^o - 45^o. Không có bệnh nhân nào có dấu hiệu Lasegue <30^o. Còn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương có tới 93,3-96,7% số bệnh nhân Lasegue ≤ 30^o. Còn trong nghiên cứu của Lê Thị Tranh thì 100% bệnh nhân có Lasegue dương tính. Dấu hiệu Valleix: Theo thống kê của chúng tôi điểm đau Valleix xuất hiện 100% dương tính trong đó số bệnh nhân có có điểm đau Valleix dương tính 4 - 5 điểm là 25 chiếm 75,76%. Kết quả này phù hợp với kết quả của Lê Thị Tranh cũng thấy rằng phần lớn bệnh nhân có 4 - 5 điểm Valleix dương tính chiếm 75%.

Qua khám lâm sàng, chúng tôi còn nhận thấy dấu hiệu khác của hội chứng rễ có tỷ lệ cao như: Dấu hiệu Neri, rối loạn cảm giác là 21 bệnh nhân chiếm 63,64%. Dấu hiệu Bonnet (+) là 19 bệnh nhân chiếm 57,57% kèm theo đó là. Rối loạn vận động là 16 bệnh nhân chiếm 48,48%. Các dấu hiệu này gần giống với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Tranh. Tỷ lệ rối loạn cảm giác, rối loạn vận động, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương dao động từ 60% - 70%.

Như vậy, đau thần kinh hông to thường gặp ở lứa tuổi lao động chiếm 78,78%, nữ giới (69,7%) gặp nhiều hơn ở nam giới (30,3%) và thời gian mắc bệnh thường là < 1 tháng chiếm 48,49%. Một đến ba tháng 36,36%, Với mức độ đau vừa chiếm 90,91%, với mức độ đau nặng chiếm 9,09%

4.3. Kết quả nghiên cứu. Về mức độ đau: Tại thời điểm D0 đau ở mức độ vừa 30 bệnh nhân chiếm 90,91%, đau ở mức độ nặng 3 bệnh nhân chiếm 9,09%. Đến thời điểm D5 đau ở mức độ nhẹ 7 bệnh nhân chiếm 21,21%, đau ở mức độ vừa 25 bệnh nhân chiếm 75,76%, ở mức độ nặng 1 bệnh nhân chiếm 3,03%. Tại thời điểm D10 không đau 3 bệnh nhân chiếm 9,09%, đau ở mức độ nhẹ 27 bệnh nhân chiếm 81,82%, ở mức độ vừa 2 bệnh nhân chiếm 6,06%, ở mức độ nặng 1 bệnh nhân (3,03%). Tại thời điểm D16: Có 14 bệnh nhân không đau chiếm 42,42%, 18 bệnh nhân đau nhẹ chiếm 54,55%, đau vừa là 1 bệnh nhân chiếm 3,03%. Về phân bố mức độ đau: trước khi điều trị 100% bệnh nhân đều đau, trong đó 90,91% bệnh nhân đau vừa, 9,09% bệnh nhân đau nặng. Sau khi điều trị 42,42% hết đau hoàn toàn và còn 54,55%

bệnh nhân đau nhẹ.

Về mức độ đánh giá triệu chứng cột sống: Về dấu hiệu Schober ở thời điểm D0 có 19 bệnh nhân 13 cm, 14 bệnh nhân 12 cm. Đến thời điểm D5 có 6 bệnh nhân 14 cm, 22 bệnh nhân 13 cm, 5 bệnh nhân 12 cm. Tại thời điểm D10 có 23 bệnh nhân 14 cm, 9 bệnh nhân 13 cm, 1 bệnh nhân 12 cm. Đến thời điểm D16 có 30 bệnh nhân 14 cm, 2 bệnh nhân 13 cm, 1 bệnh nhân 12 cm. Dấu hiệu bấm chuông tại thời điểm D0, D5 là 7 bệnh nhân, đến thời điểm D10 là 5 bệnh nhân, ở thời điểm D16 còn 2 bệnh nhân. Co cứng cơ cạnh sống (+) tại D0 là 15 người, D5 10 người. D10 là 6 người, D16 còn 2 người.

Về Lasegue trong điều trị: Tại thời điểm D16 có Lasegue >75^o là 30 bệnh nhân chiếm 90,91%, có 3 bệnh nhân còn Lasegue 45^o - 75^o, không có bệnh nhân nào Lasegue 30^o - 45^o. Điều này chứng tỏ rằng đau thần kinh hông to thể phong hàn thấp điều trị có kết quả tốt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Về thống điểm Valleix: tại thời điểm D0 bệnh nhân có 5 điểm đau 18 người chiếm 54,55%, 4 điểm có 7 bệnh nhân chiếm 21,21%, 3 điểm có 5 bệnh nhân chiếm 15,15%, 2 điểm có 2 bệnh nhân chiếm 6,06%.

Đến thời điểm D5 bệnh nhân có 5 điểm đau 4 bệnh nhân chiếm 15,15%, 4 điểm đau có 4 bệnh nhân, 3 điểm đau có 18 bệnh nhân, 2 điểm đau có 5 bệnh nhân, 1 điểm đau có 1 bệnh nhân. Đến D10 không điểm đau có 3 bệnh nhân, 1 điểm đau có 7 bệnh nhân, 2 điểm đau có 8 bệnh nhân, 3 điểm đau có 14 bệnh nhân, 4 điểm đau có 1 bệnh nhân, 5 điểm đau không còn bệnh nhân nào. Đến thời điểm D16 không điểm đau có 11 bệnh nhân, một điểm đau có 11 bệnh nhân, 2 điểm đau có 8 bệnh nhân, 3 điểm đau có 2 bệnh nhân, 4 điểm đau có 1 bệnh nhân. Như vậy bệnh nhân sau điều trị bệnh nhân đỡ đau nhiều. Vậy uống thuốc bằng bài thuốc "Tam tỳ thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyệt trong điều trị đau dây thần kinh hông to thể phong hàn thấp có tác dụng làm giảm thống điểm đau Valleix có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Về kết quả điều trị chung: bệnh nhân sau điều trị đạt loại A (14 bệnh nhân chiếm 42,42%), loại B (16 bệnh nhân chiếm 48,49%), loại C (chiếm 9,09%).

Bảng 4.1. Kết quả điều trị đau dây thần kinh hông to so với một số nghiên cứu khác

Tác giả	n	Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị			
			Tốt	Khá	Trung bình	Kém
Nguyễn Thị Thu Hương	30	Châm cứu	67,7	33,3	0	0
Lê Thị Tranh	33	Châm cứu	18,18	50,52	24,24	6,06

Trương Minh Việt	65	Xoa bóp bấm huyết	50,8	30,8	16,9	1,5
Nguyễn Thế Truyền	33	Sóng điện từ	42,42	48,49	9,09	0

Như vậy, kết quả điều trị đau dây thần kinh hông to thể phong hàn thấp bằng uống thuốc bằng bài thuốc "Tam tỷ thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyết trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tốt, khá tương đương với kết quả của Trương Minh Việt và thấp hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Thu Hương. Vậy uống thuốc và châm cứu có tác dụng làm giảm triệu chứng đau cơ rờ rệt của bệnh nhân đau dây thần kinh hông to thể phong hàn thấp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Về kết quả theo thời gian và ngày điều trị trung bình: không có bệnh nhân nào khỏi bệnh trước 7 ngày điều trị. Có 5 bệnh nhân khỏi bệnh vào ngày thứ 9. Có 4 bệnh nhân khỏi bệnh vào ngày điều trị thứ 11. Có 11 bệnh nhân khỏi bệnh vào ngày thứ 14. Ngày điều trị trung bình của 14 bệnh nhân khỏi bệnh là 12,15 ngày. Trong số 13 bệnh nhân còn lại các bệnh nhân đều tiến triển, 10 bệnh nhân kết quả điều trị khá, 3 bệnh nhân kết quả điều trị trung bình ra viện sau 16 ngày điều trị.

Về tác dụng không mong muốn: không có bệnh nhân nào có các triệu chứng không mong muốn như: Vã mồ hôi, hoa mắt chóng mặt, buồn nôn, choáng và dị ứng. Các chỉ số Glucose, Ure, Creatinin, AST, ALT, Hồng cầu, Bạch cầu trước điều trị và sau điều trị ở bảng 3.10 đều nằm trong giới hạn bình thường với $p > 0,05$. So với các đề tài khác. Điều này chứng tỏ rằng uống thuốc bằng bài thuốc "Tam tỷ thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyết điều trị bệnh nhân đau dây thần kinh hông to thể phong hàn thấp cùng với can thận hư hoàn toàn an toàn.

V. KẾT LUẬN

1. Điều trị đau thần kinh hông to thể phong hàn thấp cùng với can thận hư bằng uống thuốc bằng bài "Tam tỷ thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyết có tác dụng giảm đau rõ rệt:

Mức độ đau tại D0, đau vừa 30 bệnh nhân, đau nặng có 3 bệnh nhân. Đến D16 không đau 14 bệnh nhân, đau nhẹ 18 bệnh nhân, đau vừa 1 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào đau nặng.

Dấu hiệu Valleix tại D0, 1 điểm có 1 bệnh nhân, 2 điểm có 2 bệnh nhân, 3 điểm có 5 bệnh nhân, 4 điểm có 7 bệnh nhân, 5 điểm có 18 bệnh nhân. Đến D16, 0 điểm có 11 bệnh nhân, 1 điểm có 11 bệnh nhân, 2 điểm có 8 bệnh nhân, 3 điểm có 2 bệnh nhân, 4 điểm có 1 bệnh nhân, 5 điểm không có bệnh nhân nào.

Dấu hiệu Lasegue tại D0, có 31 bệnh nhân

Lasegue 45° - 75°, có 2 bệnh nhân Lasegue 30° - 45°. Đến D16, Lasegue lớn hơn 75° là 30 bệnh nhân, Lasegue 45° - 75° là 3 bệnh nhân

Kết quả điều trị chung: Loại A: 42,42%, Loại B: 48,49%, Loại C: 9,09%.

2. Khi điều trị đau dây thần kinh hông to thể phong hàn thấp bằng uống bài "Tam tỷ thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyết không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và trên cận lâm sàng.

VI. KIẾN NGHỊ

Nên áp dụng điều trị đau thần kinh hông to thể phong hàn bằng uống thuốc bằng bài thuốc "Tam tỷ thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyết.

Nên phát huy tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to thể phong hàn thấp bằng uống thuốc bằng bài thuốc "Tam tỷ thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyết ở các tuyến cơ sở như trạm y tế xã, phường, thị trấn.

Để nâng cao hiệu quả điều trị đau thần kinh hông to có thể phối hợp với các phương pháp trị liệu khác tùy theo trang thiết bị và trình độ của thầy thuốc như: đắp nắn, kéo giãn cột sống, thủy châm, vật lý trị liệu, laser trị liệu, tắm thuốc, xông hơi, cứu ngải, siêu âm trị liệu ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân** (1991), "Đau vùng thắt lưng hông", Bệnh thấp khớp, Tái bản lần thứ 4, tr. 294-311.
2. **Nguyễn Thị Thu Hương** (2003) "Điều trị đau dây thần kinh tọa với hai huyết Thái xung và Túc lâm khắp", Tạp chí Đông y, số 173, tr. 37- 39.
3. **Trường Đại học Y Hà Nội** (1993), Bài giảng Y học cổ truyền, Tập II, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 140-142, 418.
4. **Lê Thị Tranh** (2007), Điều trị đau thần kinh tọa bằng phương pháp điện châm và thủy châm nhóm vitamin." Đề tài luận văn Thạc sỹ Y học cổ truyền 2007, tr.30-40.
5. **Nguyễn Thế Truyền** (2010), "Điều trị đau thần kinh tọa bằng sóng điện từ" luận văn tốt nghiệp đại học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, tr 25-30.
6. **Trương Minh Việt** (2001) "Xoa bóp bấm huyết điều trị đau thần kinh hông to" luận văn Thạc sỹ học viện Quân y, tr: 42-50
7. **Balague F, Nordin M, Sheikhzadeh A** (1999), Recovery of severe sciatica, Spine24, pp. 2516-2524
8. **Lo G.H., Richard M.J., McAlindon T.E., Kriska A.M, Price L.L., et al.** Strength Training Is Associated With Less Knee Osteoarthritis: Data From the Osteoarthritis Initiative. Arthritis Rheumatol. 2023. 76(3), 377-383, doi: 10.1002/art.42732.

ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁY TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU – BỆNH VIỆN K

Nguyễn Tiến Đức¹, Nguyễn Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi sinh vật gây viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) trên bệnh nhân ung thư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 96 bệnh nhân ung thư thở máy trên 48 giờ, từ tháng 3/2022 đến tháng 11/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình 60,4 ± 18,9; tỉ lệ nam/nữ là 1,7/1; tỉ lệ VPLQTM là 15,6%; tần suất mắc là 16,8 bệnh nhân/1000 ngày thở máy; yếu tố nguy cơ chủ yếu là sử dụng an thần (93,3%) và sử dụng thuốc ức chế bơm proton (100%). Triệu chứng chủ yếu là sốt (100%); tăng tiết đờm (86,6%); ran phổi (100%); tăng bạch cầu (93,3%); tổn thương trên X-Quang chủ yếu thâm nhiễm lan toả và đông đặc phổi (53,3%). Căn nguyên vi sinh thường gặp là vi khuẩn Gram âm: *Klebsiella pneumoniae* (33,3%) và *Acinetobacter baumannii* (20%); nấm (13,3%). Vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* nhạy cảm 100% với nhóm carbapenem, fosmicin và amikacin; Vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* kháng với hầu hết các loại kháng sinh. **Kết luận:** VPLQTM có tần suất mắc cao; yếu tố nguy cơ chủ yếu là dùng an thần và thuốc ức chế bơm proton; triệu chứng chủ yếu là sốt, ran phổi và tăng tiết đờm; căn nguyên vi sinh chủ yếu là vi khuẩn Gram âm với tỉ lệ đề kháng kháng sinh cao.

Từ khoá: viêm phổi liên quan thở máy; ung thư.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF VENTILATION-ASSOCIATED PNEUMONIA IN CANCER PATIENTS IN THE EMERGENCY AND INTENSIVE CARE DEPARTMENT – VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: To investigate the incidence, clinical and subclinical characteristics, and microbial causes of ventilator-associated pneumonia (VAP) in cancer patients. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 96 cancer patients who were on mechanical ventilation for more than 48 hours, from March 2022 to November 2022. **Results:** The average age was 60.4 ± 18.9 years; the male-to-female ratio was 1.7/1; the incidence of VAP was 15.6%; the infection rate was 16.8 patients per 1000 ventilator days. The main risk factors were the use of sedatives (93.3%) and proton pump inhibitors (100%). The predominant symptoms were fever (100%), increased sputum production (86.6%), lung crackles (100%), leukocytosis (93.3%), and diffuse

infiltration and lung consolidation on X-ray (53.3%). The most common microbial causes were Gram-negative bacteria: *Klebsiella pneumoniae* (33.3%) and *Acinetobacter baumannii* (20%), and fungi (13.3%). *Klebsiella pneumoniae* was 100% sensitive to carbapenems, fosfomycin, and amikacin, while *Acinetobacter baumannii* was resistant to almost all antibiotics. **Conclusion:** VAP has a high incidence rate, with the main risk factors being the use of sedatives and proton pump inhibitors. The predominant symptoms were fever, lung crackles, and increased sputum production. The primary microbial causes were Gram-negative bacteria with high antibiotic resistance. **Keywords:** ventilator-associated pneumonia; cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thở máy là một trong những kỹ thuật quan trọng không thể thiếu trong hồi sức cấp cứu. Bên cạnh những lợi ích cho việc điều trị người bệnh, thở máy cũng gây ra nhiều biến chứng bất lợi, trong đó VPLQTM là một trong những biến chứng nghiêm trọng. Nghiên cứu của Giang thực Anh (2003-2004) cho thấy tỉ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy chiếm 64,8% các nhiễm khuẩn bệnh viện¹. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi khuẩn gây VPLQTM rất đa dạng, thay đổi tùy thuộc khu vực địa lý, thời gian nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu, cách lấy bệnh phẩm có xâm nhập hay không xâm nhập. Tại khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện K hàng năm điều trị cho nhiều trường hợp bệnh nhân phải thở máy, và nhiều trường hợp trong đấy mắc viêm phổi liên quan đến máy thở. Biến cố này làm gia tăng tỉ lệ tử vong, kéo dài ngày nằm viện và chi phí điều trị, đặc biệt trên đối tượng dễ bị tổn thương như bệnh nhân ung thư. Do đó, để tăng cường hiệu quả và chất lượng điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đặc điểm viêm phổi liên quan thở máy trên bệnh nhân ung thư tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K” với mục tiêu đánh giá tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi sinh vật gây VPLQTM trên nhóm đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 96 bệnh nhân ung thư được thở máy trên 48 giờ, điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện K, thời gian từ tháng 3/2022 đến tháng 11/2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được đặt ống nội khí quản thở

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đức

Email: ducgiangbs@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024