

# KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN BẮC THĂNG LONG NĂM 2024

Tạ Quang Thành<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm hình ảnh siêu âm tim ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Toàn bộ 51 bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại Đơn nguyên Thận nhân tạo và lọc máu, bệnh viện Bắc Thăng Long thỏa mãn tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $56,0 \pm 15,8$ . Bệnh nhân có thời gian chạy thận trung bình là  $44,0 \pm 36,3$  tháng. Trên siêu âm, 35,5% số bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm thu thất trái, 49,0% có rối loạn chức năng tâm trương thất trái và 31,4% có rối loạn chức năng tâm thu thất phải. So với người bình thường, nhóm bệnh nhân chạy thận nhân tạo có đường kính gốc động mạch chủ, đường kính nhĩ trái, độ dày vách liên thất (tâm thu và tâm trương), thành sau thất trái (tâm thu và tâm trương), đường kính thất trái (tâm thu), thể tích thất trái (tâm thu và tâm trương), khối lượng cơ thất trái, kích thước thất phải vùng đáy, vùng giữa, trực dọc thất phải, kích thước thất phải vùng đường ra đoạn gần và đoạn xa lớn hơn ( $p < 0,05$ ), còn phân suất tổng máu, phân suất co giãn sợi cơ, vận tốc sóng E và tỷ lệ sóng E/A, sự dịch chuyển mặt phẳng vòng van ba lá thì tâm thu, phân suất diện tích thất phải thấp hơn ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Biến đổi hình thái và chức năng tim là phổ biến ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ. Siêu âm tim là công cụ hữu hiệu để phát hiện những biến đổi này. **Từ khóa:** Siêu âm tim, suy thận mạn, lọc máu chu kỳ.

## SUMMARY

### RESEARCH ON ECHOCARDIOGRAPHIC CHARACTERISTICS IN HEMODIALYSIS PATIENTS AT BAC THANG LONG HOSPITAL IN 2024

**Objective:** To investigate the echocardiographic characteristics in patients undergoing maintenance hemodialysis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study. The convenience sampling method was used, involving 51 patients who underwent periodic hemodialysis at the Artificial Kidney and Hemodialysis Unit of Bac Thang Long Hospital, and met the inclusion and exclusion criteria. **Results:** The average age of the patients was  $56.0 \pm 15.8$  years. The patients had an average dialysis duration of  $44.0 \pm 36.3$  months. Among the patients, 35.5% had left ventricular systolic dysfunction, 49.0%

had left ventricular diastolic dysfunction, and 31.4% had right ventricular systolic dysfunction. Compared with healthy individuals, the patients had significantly larger ( $p < 0.05$ ) aortic root diameter, left atrial diameter, interventricular septal thickness (in both systole and diastole), left ventricular posterior wall thickness (in both systole and diastole), left ventricular diameter (in systole), left ventricular volume (in both systole and diastole), left ventricular mass, right and mid right ventricle, right ventricular longitudinal axis, proximal and distal right ventricular outflow tract, while ejection fraction, fractional shortening, E wave velocity, E/A ratio, tricuspid annular plane systolic excursion, and right ventricular fractional area significantly lower ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Echocardiography is an effective tool for detecting cardiac morphological and functional changes, which are common in patients undergoing maintenance hemodialysis. **Keywords:** Echocardiography, chronic kidney failure, maintenance hemodialysis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn tính là một tình trạng bệnh lý phổ biến và ngày càng gia tăng trên toàn thế giới [1]. Chạy thận nhân tạo chu kỳ là biện pháp điều trị thay thế hữu hiệu đang được sử dụng phổ biến, giúp kéo dài tuổi thọ cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Tuy vậy, biến chứng tim mạch lại rất phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở những bệnh nhân này [2].

Siêu âm tim là kỹ thuật không xâm lấn, hiệu quả trong việc đánh giá cấu trúc và chức năng của tim. Kỹ thuật này có thể sử dụng để theo dõi những biến đổi của tim trong quá trình điều trị của bệnh nhân chạy thận nhân tạo, giúp phát hiện sớm các bất thường về tim mạch.

Cho đến nay, các nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh siêu âm tim ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Việt Nam vẫn còn chưa nhiều. Để góp phần bổ sung dữ liệu về vấn đề này, nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát đặc điểm hình ảnh siêu âm tim ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Bắc Thăng Long.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Đơn nguyên Thận nhân tạo và lọc máu, bệnh viện Bắc Thăng Long từ 4/2024 đến 9/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có chạy thận nhân tạo.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bắc Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Quang Thành

Email: taquangthanhdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 14.2.2025

- + Hồ sơ có đầy đủ thông tin.
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- **Tiêu chuẩn loại trừ:**
- + Bệnh nhân có bệnh tim nguyên phát, hẹp hoặc hở van tim từ mức độ vừa trở lên, bệnh màng ngoài tim (viêm, tràn dịch màng ngoài tim >15mm), thiếu máu cơ tim cấp tính, nhiễm trùng đang hoạt động.
- + Tắc mạch phổi cấp, mạn tính, tăng áp động mạch phổi nguyên phát, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- + Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- + Hồ sơ không đầy đủ thông tin.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Toàn bộ các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2024 đến tháng 10/2024.
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bắc Thăng Long.

**2.3. Quản lý và phân tích số liệu.** Số liệu được nhập vào phần mềm Excel 2016 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Có 51 đối tượng (28 nam, 23 nữ) thỏa mãn tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 56,0 ± 15,8. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi, cao tuổi nhất là 88 tuổi. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

**Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

| Chỉ số                        | Mean±SD    | Min-Max  |
|-------------------------------|------------|----------|
| Tuổi (năm)                    | 56,0±15,8  | 16-88    |
| Thời gian chạy thận (tháng)   | 44,0±36,3  | 2-160    |
| Huyết áp tâm thu (mmHg)       | 139,2±18,9 | 100-180  |
| Huyết áp tâm trương (mmHg)    | 83,6±13,6  | 60-110   |
| Tần số tim (chu kì/phút)      | 88,9±9,7   | 68-104   |
| <b>Tiền sử</b>                | <b>n</b>   | <b>%</b> |
| Khỏe mạnh                     | 7          | 13,7     |
| Cao huyết áp                  | 28         | 54,9     |
| Cao huyết áp + đái tháo đường | 9          | 17,6     |
| Viêm cầu thận                 | 3          | 5,9      |

|                                 |   |     |
|---------------------------------|---|-----|
| Hội chứng thận hư               | 3 | 5,9 |
| Khác (Phình động mạch chủ ngực) | 1 | 2,0 |

Bệnh nhân có thời gian chạy thận trung bình là 44,0 ± 36,3 tháng, ngắn nhất là 2 tháng và dài nhất là 160 tháng. Có 37/51 (72,5%) bệnh nhân có tiền sử cao huyết áp, trong đó có 9 bệnh nhân vừa mắc cao huyết áp, vừa mắc đái tháo đường. Huyết áp tâm thu trung bình là 139,2 ± 18,9 mmHg, huyết tâm trương trung bình là 83,6 ± 13,6mmHg, tần số tim trung bình là 88,9 ± 9,7 chu kì/phút.

Trên siêu âm, 35,5% số bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm thu thất trái, 49,0% có rối loạn chức năng tâm trương thất trái và 31,4% có rối loạn chức năng tâm thu thất phải. Các chỉ số siêu âm được trình bày trong các bảng sau.

**Bảng 2. So sánh các chỉ số siêu âm tim đánh giá hình thái và chức năng thất trái của đối tượng nghiên cứu và người bình thường**

| Chỉ số                               | Bệnh nhân thận nhân tạo (n=51)<br>Mean±SD | Người bình thường (n=200)*<br>Mean±SD | p     |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|-------|
| Đường kính động mạch chủ (mm)        | 29,94 ± 4,14                              | 27,97 ± 2,84                          | 0,001 |
| Đường kính nhĩ trái (mm)             | 35,76 ± 6,59                              | 31,30 ± 4,07                          | 0,000 |
| Vách liên thất tâm thu (mm)          | 12,86 ± 2,85                              | 10,42 ± 1,80                          | 0,000 |
| Vách liên thất tâm trương (mm)       | 10,34 ± 2,66                              | 7,67 ± 1,33                           | 0,000 |
| Thành sau thất trái tâm thu (mm)     | 14,0 ± 2,79                               | 11,74 ± 1,56                          | 0,000 |
| Thành sau thất trái tâm trương (mm)  | 10,25 ± 2,24                              | 7,14 ± 1,14                           | 0,000 |
| Đường kính thất trái tâm thu (mm)    | 33,09 ± 7,76                              | 30,34 ± 3,18                          | 0,015 |
| Đường kính thất trái tâm trương (mm) | 47,9 ± 7,78                               | 46,54 ± 3,68                          | 0,218 |
| Thể tích thất trái tâm thu (mm)      | 48,49 ± 3,06                              | 37,07 ± 8,85                          | 0,01  |
| Thể tích thất trái tâm trương (mm)   | 114,25 ± 44,23                            | 101,14 ± 17,2                         | 0,039 |
| Khối lượng cơ thất trái (g)          | 194,69 ± 61,55                            | 137,04 ± 32,71                        | 0,000 |
| Phân suất tổng máu (%)               | 58,12 ± 13,57                             | 63,15 ± 7,29                          | 0,011 |
| Phân suất cơ ngăn sợi cơ (%)         | 32,1 ± 8,14                               | 34,66 ± 6,28                          | 0,029 |

\* Số liệu ở người bình thường theo nghiên cứu của Nguyễn Lân Việt [3]

So với người bình thường, bệnh nhân chạy thận nhân tạo có đường kính gốc động mạch chủ, đường kính nhĩ trái, độ dày vách liên thất (tâm thu và tâm trương), thành sau thất trái (tâm thu và tâm trương), đường kính thất trái (tâm thu) và thể tích thất trái (tâm thu và tâm trương), khối lượng cơ thất trái lớn hơn ( $p < 0,05$ ), còn phân suất tổng máu, phân suất co giãn sợi cơ thấp hơn ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3. So sánh các chỉ số siêu âm tim đánh giá chức năng tâm trương thất trái của đối tượng nghiên cứu và người bình thường**

| Chỉ số                         | Bệnh nhân thận nhân tạo (n=51)<br>Mean±SD | Người bình thường (n=200)*<br>Mean±SD | P     |
|--------------------------------|---|---------------------------------------|-------|
| Vận tốc sóng E (m/s)           | 65,43 ± 11,97                             | 77,74 ± 16,95                         | 0,000 |
| Tỷ lệ sóng E/A                 | 1,08 ± 0,49                               | 1,33 ± 0,45                           | 0,001 |
| Thời gian giảm tốc sóng E (ms) | 185,51 ± 38,36                            | 187,33 ± 42,8                         | 0,736 |
| Thời gian giãn đẳng tích (ms)  | 81,56 ± 15,82                             | 79,41 ± 15,8                          | 0,336 |

\* Số liệu ở người bình thường theo nghiên cứu của Nguyễn Lân Việt [3]

So với người bình thường, nhóm bệnh nhân chạy thận nhân tạo có vận tốc sóng E và tỷ lệ sóng E/A thấp hơn ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 4. Các chỉ số siêu âm tim Doppler mô đánh giá chức năng tâm trương thất trái**

| Chỉ số                 | Mean ± SD   | Giới hạn    |
|------------------------|-------------|-------------|
| Vận tốc sóng Em (cm/s) | 7,92 ± 2,64 | 3,6 - 14,5  |
| Vận tốc sóng Am (cm/s) | 9,09 ± 2,45 | 4,0 - 15,8  |
| Tỷ lệ sóng Em/Am       | 0,87 ± 0,15 | 0,56 - 1,23 |

Vận tốc sóng Em là 7,92 ± 2,64 (cm/s), sóng Am là 9,09 ± 2,45 (cm/s). Tỷ lệ sóng Em/Am là 0,87 ± 0,15.

**Bảng 5. So sánh các chỉ số siêu âm tim đánh giá hình thái và chức năng tâm thu thất phải của đối tượng nghiên cứu và người bình thường**

| Chỉ số                              | Bệnh nhân thận nhân tạo (n=51)<br>Mean±SD | Người bình thường (n=200)*<br>Mean±SD | P     |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|-------|
| Kích thước thất phải vùng đáy (mm)  | 36,34 ± 7,29                              | 33 ± 4,0                              | 0,002 |
| Kích thước thất phải vùng giữa (mm) | 29,98 ± 6,96                              | 27 ± 4,0                              | 0,004 |
| Chiều dọc thất phải (mm)            | 73,46 ± 9,57                              | 71 ± 6                                | 0,000 |

|  |              |          |       |
|--|--------------|----------|-------|
| Kích thước thất phải vùng đường ra đoạn gần (mm)         | 31,42 ± 6,14 | 28 ± 3,5 | 0,000 |
| Kích thước thất phải vùng đường ra đoạn xa (mm)          | 25,96 ± 3,95 | 22 ± 2,5 | 0,000 |
| Phân suất diện tích (%)                                  | 39,60 ± 11,6 | 49 ± 7   | 0,000 |
| Sự dịch chuyển mặt phẳng vòng van ba lá thì tâm thu (mm) | 20,31 ± 5,19 | 24 ± 3,5 | 0,000 |

\* Số liệu ở người bình thường theo nghiên cứu của Nguyễn Lân Việt [3]

Kích thước thất phải vùng đáy, vùng giữa, trục dọc thất phải, kích thước thất phải vùng đường ra đoạn gần và đoạn xa đều tăng, còn sự dịch chuyển mặt phẳng vòng van ba lá thì tâm thu, phân suất diện tích thất phải giảm ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 6. Các chỉ số siêu âm tim Doppler mô đánh giá chức năng tâm trương thất phải của đối tượng nghiên cứu**

| Chỉ số       | Mean ± SD     | Giới hạn    |
|--------------|---------------|-------------|
| E (ms)       | 75,54 ± 19,23 | 44,2 - 126  |
| A (ms)       | 69,11 ± 12,09 | 35,3 - 97,1 |
| E/A          | 1,1 ± 0,24    | 0,76 - 2,0  |
| E' vách (ms) | 13,11 ± 4,29  | 5,8 - 19,8  |
| A' (ms)      | 15,52 ± 6,61  | 8,2 - 50,6  |
| E/E'         | 6,01 ± 1,16   | 4,7 - 9,8   |

Các chỉ số đều ở trong giới hạn.

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 56,0 ± 15,8 tuổi. Cần lưu ý rằng, mức lọc cầu thận giảm dần theo tuổi và tỷ lệ người mắc bệnh thận mạn giai đoạn 1-5 tăng tuyến tính với tuổi tác từ 13,7% ở nhóm tuổi 30-40 lên 27,9% ở bệnh nhân 70-80 tuổi [1]. Ngoài ra, sự khác biệt về tuổi của bệnh nhân trong các nghiên cứu có thể do căn nguyên dẫn đến suy thận: Viêm cầu thận, viêm thận bể thận thường là nguyên nhân suy thận ở bệnh nhân trẻ tuổi, trong khi tăng huyết áp và đái tháo đường thường là nguyên nhân suy thận ở bệnh nhân cao tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiền sử viêm cầu thận, hội chứng thận hư chiếm 11,8%. Có 37/51 (72,5%) đối tượng có tiền sử tăng huyết áp, trong đó có 9 bệnh nhân tăng huyết áp kèm theo đái tháo đường. Dù đang duy trì thuốc kiểm soát huyết áp nhưng huyết áp còn cao (huyết áp tâm thu, tâm trương cao nhất lần lượt là 180 và 110 mmHg). Nhịp tim của bệnh nhân không ổn định (88,9 ± 9,7 chu kì/phút), với dải phân bố 68 - 104 chu kì/phút. Kết quả cho thấy bệnh nhân gặp đồng thời vấn đề về tim

mạch và suy thận mạn chiếm tỷ lệ cao.

Kết quả so sánh các chỉ số siêu âm với các chỉ số ở người Việt Nam bình thường cho thấy nhóm bệnh nhân chạy thận nhân tạo có đường kính gốc động mạch chủ, đường kính nhĩ trái, độ dày vách liên thất (tâm thu và tâm trương), thành sau thất trái (tâm thu và tâm trương), đường kính thất trái (tâm thu), thể tích thất trái (tâm thu và tâm trương) và khối lượng cơ thất trái lớn hơn ( $p < 0,05$ ). Phi đại thất trái xảy ra sớm ở bệnh nhân suy thận mạn, đạt tỷ lệ 70–80% ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối và là nguyên nhân chính gây suy tim [2]. Nguyên nhân của điều này có thể do tăng giữ nước, tăng khối lượng tuần hoàn kèm theo việc tạo shunt động tĩnh mạch để lọc máu làm tăng lượng máu về tuần hoàn phổi, tăng áp lực lên tim dẫn tới phi đại cơ tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thất trái vẫn còn khả năng đáp ứng tốt nên đường kính thất trái chưa giãn nhiều, cơ bóp cơ tim còn tốt mặc dù phân suất tống máu ( $58,12 \pm 13,57\%$ ) và phân suất co ngắn sợi cơ ( $32,1 \pm 8,14\%$ ) có giảm. Những biến đổi tương tự cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của Trần Công Đoàn [4].

So với người khỏe mạnh, vận tốc sóng E và tỷ lệ sóng E/A ở bệnh nhân chạy thận giảm ( $p < 0,001$ ) cho thấy chức năng tâm trương thất trái giảm. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành (2023) còn chỉ ra rằng sau ca lọc máu, vận tốc sóng E, tỷ lệ E/A giảm so với trước lọc máu [5]. Suy giảm chức năng tâm trương thất trái ở đối tượng nghiên cứu còn thể hiện qua các chỉ số siêu âm tim Doppler mô Em =  $7,92 \pm 2,64$  (cm/s); Am =  $9,09 \pm 2,45$  (cm/s) và Em/Am =  $0,87 \pm 0,15$ .

Thời gian giảm tốc sóng E giảm, thời gian giãn đẳng tích tăng không có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ) trong nghiên cứu của Trần Công Đoàn [4].

Rối loạn chức năng tâm trương thất trái diễn ra trước khi có biểu hiện suy chức năng tâm thu thất trái. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 49,0% bệnh nhân có rối loạn chứng năng tâm trương thất trái (cao hơn kết quả của Lê Thị Mai Huệ với 25,33% [6]) và 35,3% số bệnh nhân có suy chức năng tâm thu thất trái.

Kết quả đánh giá chức năng tâm thu thất phải cho thấy kích thước thất phải vùng đáy, vùng giữa, trục dọc thất phải, kích thước thất phải vùng đường ra đoạn gần và đoạn xa đều tăng, còn sự dịch chuyển mặt phẳng vòng van ba lá thì tâm thu, phân suất diện tích thất phải giảm. Điều này cho thấy có sự suy giảm chức năng tâm thu thất phải ở nhóm đối tượng nghiên

cứu. Quá tải thể tích có thể là nguyên nhân của vấn đề này. Sự thay đổi về thể tích, dẫn đến thay đổi các buồng tim. Tác giả Phạm Thế Thọ còn chỉ ra rằng tất cả các chỉ số trên sau khi lọc máu đều giảm so với trước khi lọc ( $p < 0,01$ ) [7].

Rối loạn chức năng tâm thu thất phải khá phổ biến (31,4%) ở nhóm bệnh nhân chạy thận nhân tạo. Nghiên cứu LaTonya J. Hickson (2016) cho kết quả tương tự (27%). Ngoài ra, tác giả còn chỉ ra rằng nguy cơ tử vong tăng khi phân suất tống máu thất trái dưới 45% (Hazard Ratio là 1,48; CI95%: 1,20-1,83) và rối loạn chức năng tâm thu thất phải (Hazard Ratio là 1,68; CI95%: 1,35-2,07) [8].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hình ảnh siêu âm tim trên 51 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có chạy thận nhân tạo cho thấy các đặc điểm sau:

- Biến đổi hình thái cấu trúc tim: giãn gốc động mạch chủ, nhĩ trái, dày thành thất trái, giãn thất trái, tăng khối lượng cơ thất trái.
- Giảm phân suất tống máu thất trái và phân suất co ngắn sợi cơ.
- Chức năng tâm trương thất trái giảm: vận tốc sóng E và tỷ lệ sóng E/A giảm.
- Phân suất diện tích thất phải, chức năng co bóp thất phải giảm hơn so người bình thường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kovesdy C.P.** (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney international supplements*. 12(1): p. 7-11.
2. **Zoccali C., Mallamaci F., Adamczak M., et al.** (2023). Cardiovascular complications in chronic kidney disease: a review from the European Renal and Cardiovascular Medicine Working Group of the European Renal Association. *Cardiovascular research*. 119(11): p. 2017-2032.
3. **Nguyễn Lâm Việt và cs** (2000). Siêu âm tim người Việt Nam bình thường, Báo cáo toàn văn điều tra cơ bản một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam bình thường, Hà Nội-2000.
4. **Trần Công Đoàn, Nguyễn Hải Khoa và Nguyễn Xuân Khải** (2016). Nghiên cứu đặc điểm siêu âm tim ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại bệnh viện 175. *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*(23): tr. 67-72.
5. **Nguyễn Văn Thành và Đỗ Kim Bảng** (2023). Sự thay đổi chức năng tâm trương thất trái sau ca lọc máu ở người bệnh thận nhân tạo chu kỳ. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*(104).
6. **Lê Thị Mai Huệ, Hoàng Đình Anh, Nguyễn Xuân Khải và cs** (2022). Đánh giá chức năng tâm trương thất trái bằng siêu âm doppler tim ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 517(2).
7. **Phạm Thế Thọ, Phạm Thái Giang, Trần Thái Hà và cs** (2021). Nghiên cứu sự biến đổi hình thái, chức năng thất phải bằng siêu âm tim trước và sau lọc máu ở bệnh nhân suy thận mạn tính

giai đoạn cuối. Journal of 108-Clinical Medicine Pharmacy: tr. 109-114.

8. **Hickson L.J., Negrotto S.M., Onuigbo M., et al.** (2016). Echocardiography criteria for

structural heart disease in patients with end-stage renal disease initiating hemodialysis. Journal of the American College of Cardiology. 67(10): p. 1173-1182.

## NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG CỦA SIÊU ÂM TRỊ LIỆU KẾT HỢP THUỐC THẤP KHỚP HOÀN P/H VÀ CHÂM CỨU

Trần Thị Hồng Ngãi<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thùy An<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng và tính an toàn trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng của siêu âm trị liệu kết hợp thuốc thấp khớp hoàn P/H và châm cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu thiết kế theo phương pháp tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị. 40 bệnh nhân được chẩn đoán xác định đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống theo Y học hiện đại và Yêu cước thống thể can thận hư kết hợp phong hàn thấp tại bệnh viện Y học cổ truyền Nghệ An. Bệnh nhân được điều trị bằng Thuốc Thấp khớp hoàn P/H kết hợp điện châm và siêu âm trị liệu. **Kết quả:** Sau 20 ngày điều trị, Thấp khớp hoàn P/H kết hợp siêu âm trị liệu và châm cứu có tác dụng làm cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS, chỉ số Schober và độ Lasegue, tầm vận động cột sống và hiệu quả điều trị chung. **Kết luận:** Thấp khớp hoàn P/H kết hợp siêu âm trị liệu và châm cứu là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị đau thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng.

**Từ khóa:** đau thần kinh tọa, thoái hóa, thấp khớp hoàn P/H.

### SUMMARY

#### RESEARCHING THE EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND THERAPY COMBINED WITH "THAP KHOP HOAN P/H" AND ELECTROACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF SCIATICA DUE TO SPONDYLOSIS

**Objective:** Evaluate the effect and safety in the treatment of sciatica due to lumbar spine spondylosis of ultrasound therapy combined with "Thap khop hoan P/H" and acupuncture. **Methods:** A prospective study, clinical intervention, comparison before and after treatment was conducted on 40 patients diagnosed with sciatica due to spinal degeneration according to modern medicine and liver-kidney deficiency combined with wind-cold-dampness at Nghe An Traditional Medicine Hospital. Patients were treated with Thap khop hoan P/H combined with

electroacupuncture and ultrasound therapy. **Results:** After 20 days of treatment, Thap khop hoan P/H combined with ultrasound therapy and acupuncture has the effect of improving pain level according to VAS scale, Schober index and Lasegue grade, spinal range of motion and overall treatment effectiveness. **Conclusion:** Thap khop hoan P/H combined with ultrasound therapy and acupuncture is a safe and effective method in treating sciatica caused by lumbar spine spondylosis. **Keywords:** sciatica, spondylosis, thap khop hoan P/H.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thần kinh tọa (ĐTKT) hay đau thần kinh hông to là một hội chứng bệnh lý phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 30 - 60, nam giới nhiều hơn nữ giới (tỷ lệ 3:1). Bệnh thường có xu hướng tiến triển kéo dài, dễ tái phát, có thể để lại nhiều di chứng, ảnh hưởng đến sức khỏe và khả năng lao động cũng như sinh hoạt hằng ngày của người bệnh [1]. ĐTKT do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên nhưng chủ yếu là nhóm nguyên nhân tại cột sống thắt lưng, trong đó có thoái hóa cột sống.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), ĐTKT được mô tả trong phạm vi "Chứng tý" với các bệnh danh Tọa cốt phong, Yêu cước thống do các nguyên nhân ngoại nhân, bất nội ngoại nhân gây nên. Châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, cấy chỉ, thuốc YHCT là những phương pháp điều trị có hiệu quả được chứng minh [2]. Điện châm là phương pháp chữa bệnh phổ biến, được áp dụng từ lâu, ở nhiều quốc gia trên thế giới và đạt được hiệu quả cao trong điều trị đau thắt lưng và ĐTKT [3]. Thuốc Thấp khớp hoàn P/H có nguồn gốc từ bài thuốc Tam tý thang (phụ phương của bài thuốc Độc hoạt tang kí sinh), được bào chế dưới dạng viên nang cứng, thuận tiện, dễ sử dụng, có tác dụng dưỡng can thận, bổ khí huyết, thông kinh lạc, trừ phong thấp, có hiệu quả trong điều trị các bệnh lý cơ xương khớp

Thực tế lâm sàng cho thấy việc kết hợp giữa các phương pháp vật lý trị liệu với các phương pháp của YHCT đem lại hiệu quả điều trị và dễ thực hiện ở tuyến cơ sở. Tuy nhiên chưa có công

<sup>1</sup>Học viện Y-Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng Ngãi

Email: ngaidytw72@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 14.2.2025