

0,96±0,56 mm tăng lên 4,16±0,49 mm sau mổ, cũng nằm trong giới hạn bình thường.

V. KẾT LUẬN

Với việc ứng dụng công nghệ 3D trong phẫu thuật tạo hình mỏm cùng vai, kết quả của các ca phẫu thuật dựa trên đo đạc khách quan về chỉ số AI, CSA, AHD, hình dạng mỏm cùng vai đều về trong ngưỡng tham chiếu bình thường so với tài liệu của các tác giả khác công bố. Đồng thời thang điểm chức năng khớp vai UCLA đều cho thấy sự cải thiện về chất lượng cuộc sống của người bệnh sau mổ so với trước mổ. Từ đó có thể thấy việc áp dụng công nghệ 3D trong quá trình lên kế hoạch trước phẫu thuật tạo hình mỏm cùng vai giúp phẫu thuật viên nắm được vị trí tối ưu cần tạo hình mỏm cùng vai, lượng xương mỏm cùng vai ước tính để tạo hình, giải quyết được câu hỏi mài bao nhiêu mỏm cùng vai là đủ, góp phần vào một kết quả phẫu thuật tốt cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chalmers PN, Romeo AA. Arthroscopic Subacromial Decompression and Acromioplasty. JBJS Essent Surg Tech. 2016;6(2):e13. Published 2016 Apr 13. doi:10.2106/JBJS.ST.O.00011
2. Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial
3. Beard, David JAhrens, Philip et al. The Lancet, 2018, Volume 391, Issue 10118, 329 – 338. Critical shoulder angle and acromial index do not influence functional outcomes after repair of massive rotator cuff tears.
4. Bedeir, Yehia H. et al. Journal of ISAKOS, 2024, Volume 9, Issue 5, 100300
5. Hanciau, Flavio Amado et al. "Association clinical-radiographic of the acromion index and the lateral acromion angle." Revista brasileira de ortopedia 47.6 (2012): 730–735. Web.
6. B.K. Moor, S. Bouaicha, D.A. Rothenfluh, A. Sukthankar, C. Gerber. Is there an association between the individual anatomy of the scapula and the development of rotator cuff tears or osteoarthritis of the glenohumeral joint? Bone Joint Lett J, 95-B (2013), pp. 935-941, 10.1302/0301-620X.95B7.31028
7. Tavakoli Darestani, R., Afzal, S., Baroutkoub, M., Norouzbeygi, A. and Barati, H. (2023). Evaluation of critical shoulder angle in patients with shoulder impingement syndrome and rotator cuff tear. Trauma Monthly, 28(6), 957-964. doi: 10.30491/tm.2024.421228.1653
8. Azalia, X., Singjie, L., Anastasia, M. et al. Characteristics of acromial morphology in patients with painful shoulders from Indonesia. International Orthopaedics (SICOT) 49, 1923–1929 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00264-025-06585-2>
9. S. Sintzoff, R. Dussault, E. Fumiere, S.J. Sintzoff, B. Stallenberg. Que penser de toutes les incidences radiologiques simples dans l'étude de la coiffe des rotateurs ?
10. J.D. Laredo, H. Bard (Eds.), La coiffe des rotateurs et son environnement, Sauramps Medical, Montpellier (1996), pp. 63-74

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH LIÊN THẤT TRƯỚC Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Đoàn Thanh Tuấn¹, Lê Đức Nhân²,
Nguyễn Hồng Hà², Đoàn Thị Tuyết Ngân^{2*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng động mạch vành cấp là nguyên nhân tử vong do tim mạch hàng đầu. Trong đó, tổn thương động mạch liên thất trước ảnh hưởng nghiêm trọng có thể gây tình trạng choáng tim. Can thiệp động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp có vai trò quan trọng, giúp giảm tỉ lệ tử vong và các biến chứng của bệnh. **Mục tiêu**

ngiên cứu: Khảo sát đặc điểm tổn thương động mạch liên thất trước ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp trước và sau can thiệp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 85 bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp được chụp và can thiệp động mạch liên thất trước tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai yếu tố nguy cơ chính của bệnh mạch vành. Đa số bệnh nhân được thực hiện can thiệp động mạch liên thất trước với phương pháp vô cảm là gây tê tại chỗ động mạch quay. Sau can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân TIMI 3 tăng gấp 1,7 lần và tụt huyết áp là biến chứng tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất trong và sau can thiệp động mạch liên thất trước. **Kết luận:** Can thiệp động mạch vành tại vị trí động mạch liên thất trước giúp cải thiện dòng chảy TIMI, phục hồi tái tưới máu ở bệnh nhân

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Tuyết Ngân

Email: dtngan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025

hội chứng động mạch vành cấp. **Từ khóa:** Động mạch liên thất trước, Hội chứng động mạch vành cấp

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF LEFT ANTERIOR DESCENDING (LAD) ARTERY LESIONS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Background: Acute coronary syndrome is the leading cause of cardiovascular death. Severe damage to the left anterior descending artery can cause cardiogenic shock. Coronary intervention in patients with acute coronary syndrome plays an important role in reducing mortality and complications of the disease. **Objectives:** Survey of anterior interventricular artery lesion characteristics in patients with acute coronary syndrome before and after intervention. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis on 85 patients with acute coronary syndrome who underwent anterior interventricular artery imaging and intervention at Can Tho City General Hospital. **Results:** Hypertension and dyslipidemia are two major risk factors for coronary artery disease. Most patients underwent anterior interventricular artery lesion with local anesthetic of the radial artery. After the intervention, the rate of TIMI 3 patients increased 1.7 times and hypotension was the most common cardiovascular complication during and after anterior interventricular artery lesion. **Conclusion:** Coronary artery intervention at the anterior interventricular artery lesion position improves TIMI flow and restores reperfusion in patients with acute coronary syndrome. **Keywords:** Anterior interventricular artery, Acute coronary syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên Thế giới. Tại Việt Nam, tỉ lệ bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp ngày càng gia tăng, làm giảm số năm sống còn và giảm chất lượng cuộc sống. Trong đó, động mạch liên thất trước có vai trò quan trọng, cung cấp máu nuôi cho 45 – 55% cơ tim thất trái. Ngày nay, can thiệp động mạch vành giúp giảm tỉ lệ tử vong và cải thiện rõ biến chứng của bệnh. Trong nghiên cứu của Artin và cộng sự nhận thấy tỉ lệ tử vong, tái nhồi máu cơ tim, suy tim sau can thiệp ở nhánh động mạch liên thất trước cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhánh còn lại [1]. Vì vậy, can thiệp động mạch vành, đặc biệt tại vị trí động mạch liên thất trước được các bác sĩ lâm sàng đặc biệt quan tâm. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đặc điểm tổn thương động mạch liên thất trước ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp được can thiệp tại Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ” với mục tiêu khảo sát đặc điểm

tổn thương động mạch liên thất trước ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp trước và sau can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 85 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng động mạch vành cấp được chụp và được thực hiện can thiệp động mạch vành tại vị trí động mạch liên thất trước tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- + Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng động mạch vành cấp và được can thiệp tại vị trí động mạch liên thất trước.
- + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Mới bị tai biến mạch máu não hoặc xuất huyết tiêu hóa chưa kiểm soát.
- + Tăng huyết áp không kiểm soát được.
- + Đang nhiễm khuẩn cấp
- + Rối loạn đông máu nặng, suy gan hoặc suy thận nặng.
- + Bệnh nhân đang mang thai.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tim mạch - Lão học Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

Nội dung nghiên cứu:

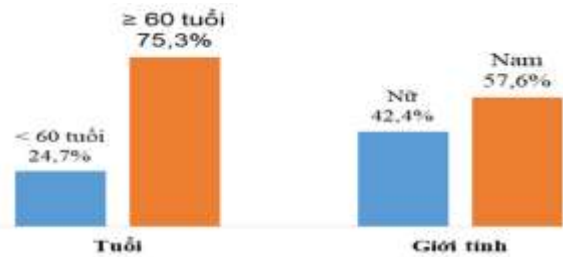
- + Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, các yếu tố nguy cơ tim mạch.
- + Đặc điểm tổn thương động mạch liên thất trước ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp trước và sau được can thiệp: đặc điểm dòng chảy TIMI (trước và sau can thiệp), phân loại tổn thương theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ, phương pháp thực hiện can thiệp, biến chứng tim mạch trong và sau can thiệp động mạch liên thất trước.

Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.

Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả thông tin đều được mã hóa và bảo mật. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và được sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi, giới tính của đối tượng nghiên cứu

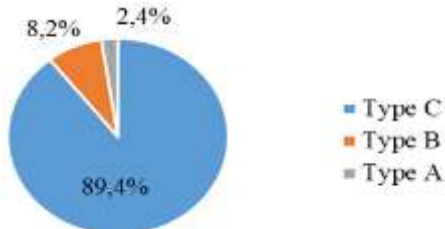
Nhận xét: Đa số bệnh nhân ≥ 60 tuổi (75,3%) và tỉ lệ nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ (57,6%).

Bảng 1. Đặc điểm về yếu tố nguy cơ tim mạch

Yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Hút thuốc lá	36	42,4
Tăng huyết áp	69	81,2
Rối loạn lipid máu	65	76,5
Đái tháo đường	12	14,1
Thừa cân - béo phì	29	34,1

Nhận xét: Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành chiếm tỉ lệ cao nhất.

3.2. Đặc điểm tổn thương động mạch liên thất trước ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp trước và sau được can thiệp



Biểu đồ 2. Phân loại tổn thương động mạch liên thất trước theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ

Nhận xét: Tổn thương động mạch liên thất trước theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ với type C chiếm tỉ lệ cao nhất (89,4%) và thấp nhất là type A (2,4%).

Bảng 2. Phương pháp thực hiện can thiệp

Đặc điểm (n = 85)		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Phương pháp vô cảm	Mê nội khí quản	1	1,2
	Gây tê tại chỗ	84	98,8
Vị trí đặt sheath	Động mạch quay	82	96,5
	Động mạch đùi	2	2,4
	Cả 2	1	1,2

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được thực hiện phương pháp vô cảm là gây tê tại chỗ (98,8%). Khi thực hiện thủ thuật, đường vào bằng động mạch quay chiếm tỉ lệ cao nhất với 96,5% và tỉ

lệ đường vào bằng động mạch đùi là 2,4%.

Bảng 3. Đặc điểm dòng chảy TIMI trước và sau can thiệp

Đặc điểm (n = 85)		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Trước can thiệp	TIMI 0-2	37	43,5
	TIMI 3	48	56,5
Sau can thiệp	TIMI 0-2	3	3,5
	TIMI 3	82	96,5

Nhận xét: Kết quả chụp mạch vành tại động mạch liên thất trước trước can thiệp tỉ lệ dòng chảy TIMI 3 chiếm 56,5% và sau can thiệp tăng lên xấp xỉ 1,7 lần (96,5%).

Bảng 4. Biến chứng tim mạch trong và sau can thiệp động mạch liên thất trước

Biến chứng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tử vong	2	2,4
Nhồi máu cơ tim sau can thiệp	1	1,2
Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành cấp cứu	0	0
Rung thất	1	1,2
Tụt huyết áp	10	11,8
Đột quỵ	0	0

Nhận xét: Tỉ lệ tử vong sau can thiệp động mạch liên thất trước là 2,4%. Tụt huyết áp là biến chứng chiếm tỉ lệ cao nhất (11,8%). Không ghi nhận trường hợp bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu động mạch vành cấp cứu và đột quỵ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi của đối tượng nghiên cứu gồm 2 nhóm là nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỉ lệ 75,3% lớn hơn so với nhóm < 60 tuổi. Nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới (57,6%). Kết quả nghiên cứu tương đồng về độ tuổi và phân bố giới tính theo nghiên cứu của tác giả Trần Hòa, Phạm Thị Thảo Trang và Sibbing D [2], [3], [4]. Độ tuổi ≥ 60 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tuổi mắc các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa theo các nghiên cứu trong nước và trên thế giới và nam giới có tỉ lệ mắc bệnh nhiều hơn giới nữ.

Các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm hút thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường và thừa cân - béo phì. Trong đó, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai yếu tố chiếm tỉ lệ cao nhất trong các yếu tố, lần lượt là 81,2% và 76,5%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Trung Cang với tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm 80,4% và 77,7% [5]. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ độc lập đối với bệnh mạch

vành, theo nghiên cứu của Gary Tackling và cộng sự nhận thấy có sự liên quan chặt chẽ giữa cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương với nguy cơ bị các biến chứng động mạch vành ở tất cả các nhóm tuổi từ 40 đến 89 và kiểm soát huyết áp tích cực giúp giảm nguy cơ tử vong do bệnh lý tim mạch và nguy cơ đột quỵ [6]. Bên cạnh tăng huyết áp, rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ tim mạch chính đối với hội chứng động mạch vành cấp. Theo nghiên cứu của Sahadeb Dhungana và cộng sự, hơn 50% bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp có tình trạng rối loạn lipid máu được ghi nhận [7].

4.2. Đặc điểm tổn thương động mạch liên thất trước ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp trước và sau được can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá tổn thương mạch vành type C chiếm tỉ lệ cao nhất (89,4%), tiếp đến là type B (8,2%) và type A chiếm tỉ lệ thấp nhất (2,4%). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Trung Cang và Mahesh với tổn thương type C chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 53% và 44% [5], [8]. Đánh giá tổn thương động mạch vành có vai trò đặc biệt quan trọng, giúp đưa ra phương án phù hợp, chuẩn bị đầy đủ những dụng cụ cần thiết, dự phòng những biến chứng có thể xảy ra trong quá trình can thiệp và ước lượng kết quả dài hạn sau can thiệp. Tổn thương type C là yếu tố tiên lượng độc lập cho biến cố tim mạch chính ở thời điểm 48 tháng gồm tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân, nhồi máu cơ tim, đột quỵ và cần tái thông mạch vành, vì vậy cần chú ý theo dõi tái khám định kỳ ở những bệnh nhân này. Hầu hết các bệnh nhân khi thực hiện thủ thuật được vô cảm bằng phương pháp gây tê tại chỗ. Chúng tôi nhận thấy đường vào tiếp cận chụp chẩn đoán và can thiệp là đường động mạch quay và động mạch đùi, do đó chúng tôi có thể sử dụng Lidocain để gây tê tại chỗ. Với những tiến bộ về mặt kỹ thuật và những cải tiến về dụng cụ can thiệp mạch vành, đường tiếp cận bằng động mạch quay hiện nay được nhiều Trung tâm tim mạch can thiệp áp dụng. Theo tác giả Mahesh, can thiệp động mạch vành bằng đường động mạch quay an toàn và hiệu quả, giảm biến chứng chảy máu sau can thiệp [8].

Dòng chảy TIMI trước can thiệp (56,5%) và sau can thiệp (96,5%) có sự thay đổi với tỉ lệ TIMI 3 tăng gấp 1,7 lần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Mahesh thực hiện trên 2316 bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp được can thiệp động mạch vành, nhận thấy tỉ lệ dòng chảy TIMI 3 sau can thiệp là 93,4% [8]. Chúng tôi nhận thấy, sau

can thiệp, có sự cải thiện rõ rệt tình trạng tái tưới máu động mạch vành. Điều này cho thấy can thiệp động mạch vành có vai trò quan trọng giúp cải thiện tưới máu nuôi vùng cơ tim, đặc biệt tại vị trí nhánh động mạch liên thất trước. Sau can thiệp tại vị trí động mạch liên thất trước, các biến chứng được ghi nhận trong nghiên cứu bao gồm tụt huyết áp (11,8%), tử vong (2,4%), nhồi máu cơ tim sau can thiệp (1,2%) và rung thất (1,2%). Theo nghiên cứu của tác giả Cyrus Vahdatpour, biến chứng tụt huyết áp xảy ra khoảng 5-10% bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các bệnh nhân [9]. Mặc dù đã có những tiến bộ về mặt kỹ thuật can thiệp, cũng như dụng cụ can thiệp, các dụng cụ hỗ trợ tim phổi, nhưng tỉ lệ tử vong vẫn còn cao, từ 30-40%. Vì vậy đứng trước bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp có kèm biến chứng choáng tim, nhóm thủ thuật của chúng tôi luôn cố gắng tối ưu hóa can thiệp động mạch thủ phạm, kết hợp hồi sức nội khoa tích cực nhằm làm giảm thiểu những biến cố nguy hiểm, giảm tỉ lệ tử vong.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 85 bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp có thực hiện can thiệp động mạch vành tại vị trí động mạch liên thất trước với đa số bệnh nhân ≥ 60 tuổi và nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ. Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai yếu tố nguy cơ chính của bệnh mạch vành. Đa số bệnh nhân được thực hiện can thiệp động mạch liên thất trước với phương pháp vô cảm là gây tê tại chỗ động mạch quay. Sau can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân TIMI 3 tăng gấp 1,7 lần và tụt huyết áp là biến chứng tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất trong và sau can thiệp động mạch liên thất trước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Artin Entezarjou và các cộng sự. (2018)**, "Culprit vessel: impact on short-term and long-term prognosis in patients with ST-elevation myocardial infarction", OpenHeart.
2. **Trần Hòa (2020)**, Nghiên cứu mối liên quan giữa kiểu gen giảm chức năng CYP2C19*2,*3 và tiên lượng ở bệnh nhân được can thiệp đặt stent động mạch vành có điều trị Clopidogrel, Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
3. **Phạm Thị Thảo Trang và Trần Viết An (2020)**, "Nghiên cứu giá trị của nồng độ NT-proBNP huyết thanh trong tiên đoán rối loạn chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp", Tạp chí Y học Cần Thơ, 28, tr.45-51.
4. **Sibbing D, Stegheer J (2009)**, "Cytochrome P450 2C19 loss-of-function polymorphism and stent thrombosis following percutaneous coronary intervention", Eur Heart J, 30 (8), pp.916-922.
5. **Huỳnh Trung Cang (2014)**, "Kết quả 2 năm

- can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang", *Tim Mạch Học Việt Nam*.
6. **Gary Tackling, Mahesh B, Borhade (2021)**, "Hypertensive Heart Disease", StatPearls Publishing.
 7. **Sahadeb Prasad Dhungana (2020)**, "Prevalence of Dyslipidemia in Patients with Acute Coronary Syndrome Admitted at Tertiary Care Hospital in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study", JNMA J Nepal Med Assoc.
 8. **Mahesh KumarBatra (2020)**, "Radial or femoral access in primary percutaneous coronary intervention (PCI): Does the choice matters?", Indian Heart Journal.
 9. **Connor B Weir, Arif Jan (2021)**, "BMI Classification Percentile And Cut Off Points", StatPearls Publishing.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH TỌA BẰNG ĐIỆN CHÂM VÀ BÀI THUỐC ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH TRONG ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP VỚI DƯỠNG SINH

Nguyễn Đình Tú¹, Bạch Chơn Thiện²,
Vũ Hà My³, Lê Minh Hoàng⁴, Lâm Quang Vinh^{4*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả điều trị đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng điện châm và bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh, có và không kèm tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị giữa hai nhóm: nhóm 1 (có tập dưỡng sinh) và nhóm 2 (không có tập dưỡng sinh), gồm 70 bệnh nhân được chẩn đoán đau TKT do thoái hóa CSTL, điều trị nội trú tại Bệnh viện YHCT thành phố Huế. **Kết quả:** Sau 17 ngày, nhóm 1 giảm điểm VAS nhiều hơn nhóm 2 (-3,32 so với -2,23 điểm; $p < 0,01$) và góc Lasègue cải thiện tới mức bình thường ($71,3^\circ$ so với $66,7^\circ$; $p < 0,01$). Cả hai nhóm đều cải thiện có ý nghĩa về độ giãn Schober, tầm vận động thắt lưng và điểm ODI ($p < 0,01$). Các chứng trạng YHCT truyền giảm rõ rệt hơn ở nhóm 1 ($p < 0,05$). Không ghi nhận tác dụng phụ của phác đồ điều trị. **Kết luận:** Điện châm kết hợp Độc hoạt Tang ký sinh và tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng có hiệu quả và an toàn trong điều trị đau dây thần kinh tọa do thoái hóa cột sống thắt lưng.

Từ khóa: Đau thần kinh tọa, Điện châm, Độc hoạt Tang ký sinh, Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.

SUMMARY

EFFICACY OF ELECTROACUPUNCTURE AND THE TRADITIONAL HERBAL FORMULA DUHUO JISHENG TANG IN COMBINATION WITH NGUYEN VAN HUONG QIGONG IN THE TREATMENT OF SCIATICA

Objective: To compare the effectiveness of electroacupuncture combined with the traditional

herbal formula Duhuo Jisheng Tang, with or without Nguyen Van Huong qigong exercises, in treating sciatica due to lumbar spondylosis. **Methods:** A controlled clinical intervention study was conducted on 70 inpatients diagnosed with sciatica caused by lumbar spondylosis at the Traditional Medicine Hospital of Hue City. Patients were divided into two groups: Group 1 (with qigong) and Group 2 (without qigong), and were evaluated before and after 17 days of treatment. **Results:** After 17 days, Group 1 showed greater pain reduction compared with Group 2 (-3.32 vs -2.23 points on the VAS; $p < 0.01$), and normalization of the Lasègue angle (71.3° vs 66.7° ; $p < 0.01$). Both groups demonstrated significant improvements in the Schober index, lumbar range of motion, and ODI scores ($p < 0.01$). Traditional medicine syndromes improved more markedly in Group 1 ($p < 0.05$). No adverse effects were reported from electroacupuncture, the herbal formula, or qigong exercises. **Conclusion:** Electroacupuncture combined with Duhuo Jisheng Tang and Nguyen Van Huong qigong is an effective and safe approach for the treatment of sciatica due to lumbar spondylosis.

Keywords: Sciatica, Electroacupuncture, Duhuo Jisheng Tang, Nguyen Van Huong Qigong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh tọa là bệnh lý phổ biến, mặc dù các phương pháp chẩn đoán và điều trị hiện đại đã có nhiều tiến bộ nhưng chi phí cao và nguy cơ tai biến vẫn là rào cản cho người bệnh [8]. Trong khi đó, điện châm phối hợp bài thuốc cổ phương Độc hoạt Tang ký sinh kết hợp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng có ưu điểm dễ áp dụng, chi phí thấp, ít tác dụng phụ và góp phần cải thiện hiệu quả điều trị cũng như chất lượng sống cho bệnh nhân [3].

Nhằm cung cấp thêm bằng chứng chứng minh tính hiệu quả trong thực tiễn điều trị đau dây thần kinh tọa, góp phần mang lại lợi ích và chất lượng cuộc sống cho người bệnh, chúng tôi đã lựa chọn và tiến hành thực hiện đề tài "Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh tọa bằng

¹Viện Y học cổ truyền Quân đội

²Trung Tâm Y tế Phú Xuân

³Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Quang Vinh

Email: lqvinh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025