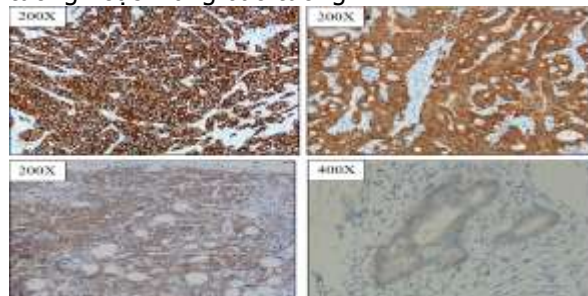


chất trắng. Tế bào có thể bắt màu ở nhân, bào tương hoặc màng bào tương.



Hình 2: Kết quả nhuộm hoá mô miễn dịch với dấu ấn Pan - TRK (EPR17341)

Carcinôm tuyến đại – trực tràng. A: Biểu hiện dương tính màng bào tương – cường độ mạnh (3+) (độ phóng đại 200x); B: Biểu hiện dương tính bào tương – cường độ mạnh (3+) (độ phóng đại 200x); C: Biểu hiện dương tính màng bào tương – cường độ trung bình (2+) (độ phóng đại 200x); D: Biểu hiện dương tính màng bào tương – cường độ yếu (1+) (độ phóng đại 400x).

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã hiệu chỉnh và tối ưu hoá quy trình nhuộm hoá mô miễn dịch với kháng thể VENTANA pan - TRK (EPR17341), khảo sát biểu hiện dấu ấn này trên 163 trường hợp ung thư đại trực tràng có mất biểu hiện vi vệ tinh với tỉ lệ dương tính là 6,7%, biểu hiện chủ yếu ở màng bào tương và bào tương.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tiềm năng ứng dụng rộng rãi quy trình nhuộm hoá mô miễn dịch

với dấu ấn pan – TRK trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân ung thư mang đột biến tái tổ hợp gen NTRK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amatu A, Sartore-Bianchi A, Bencardino K, Pizzutilo EG, Tosi F, Siena S. Tropomyosin receptor kinase (TRK) biology and the role of NTRK gene fusions in cancer. *Ann Oncol.* 2019;30(Suppl_8):viii5-viii15.
2. Cocco E, Scaltriti M, Drilon A. NTRK fusion-positive cancers and TRK inhibitor therapy. *Nat Rev Clin Oncol.* 2018;15(12):731-47.
3. Drilon A, Laetsch TW, Kummar S, DuBois SG, Lassen UN, Demetri GD, et al. Efficacy of Larotrectinib in TRK Fusion-Positive Cancers in Adults and Children. *N Engl J Med.* 2018;378(8):731-9.
4. Kasi PM, Afghan MK, Bellizzi AM, Chan CH. Larotrectinib in Mismatch-Repair-Deficient TRK Fusion-Positive Metastatic Colon Cancer After Progression on Immunotherapy. *Cureus.* 2022;14(7):e26648.
5. Marchio C, Scaltriti M, Ladanyi M, Iafrate AJ, Bibeau F, Dietel M, et al. ESMO recommendations on the standard methods to detect NTRK fusions in daily practice and clinical research. *Ann Oncol.* 2019;30(9):1417-27.
6. Pulciani S, Santos E, Lauver AV, Long LK, Aaronson SA, Barbacid M. Oncogenes in solid human tumours. *Nature.* 1982;300(5892):539-42.
7. Svrcek M, Colle R, Cayre A, Bourgoin P, Cohen R, Andre T, et al. Prevalence of NTRK1/3 fusions in mismatch repair-deficient (dMMR)/microsatellite instable (MSI) tumors of patients with metastatic colorectal cancer (mCRC). *Journal of Clinical Oncology.* 2021;39(15_suppl):e15537-e.

TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TRẺ EM VIÊM AMIDAN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG NĂM 2024-2025

Đoàn Thị Huyền,¹ Lê Anh Tuấn², Lê Thị Hương¹,
Đỗ Nam Khánh¹, Nguyễn Văn Dũng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ em viêm amidan mạn tính tại Bệnh viện Tai Mũi Họng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

³Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

Email: leanhtuan.ent@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

Trung ương năm 2024-2025. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 125 trẻ bị viêm amidan tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương cho thấy độ tuổi trung bình là 5 ± 2 . Nhóm 3-5 tuổi chiếm 57,6%, thấp nhất là nhóm 10-12 tuổi (4,8%). Tỷ lệ trẻ nam là 61,6%. Có 79,2% trẻ từng viêm amidan >5 lần trước nhập viện. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp là 42,4%, nhiễm khuẩn tiêu hóa 9,6%, bệnh tai mũi họng kèm theo là 20,8%. Chỉ 3,2% được điều trị tại tuyến trước. Nhóm 3-5 tuổi có tỷ lệ SDD nhẹ cân cao nhất (29,2%), SDD gây còm và thấp còi đều là 22,2%. Ở nhóm 6-7 tuổi, tỷ lệ SDD gây còm cao nhất (17,9%), tiếp theo là nhẹ cân (15,4%) và thấp còi (12,8%). Nhóm 8-9 tuổi có tỷ lệ

nhẹ cân và gầy còm đều 12,5%. Trẻ nhiễm khuẩn hô hấp có nguy cơ SDD gầy còm cao hơn (OR = 4,0; 95%CI: 2,1–6,9; $p < 0,001$); với nhiễm khuẩn tiêu hóa nguy cơ càng cao hơn (OR = 6,3; 95%CI: 3,0–12,4; $p < 0,001$). Ngoài ra, trẻ ăn ít đi khi bị viêm amidan (OR = 4,9; 95%CI: 1,6–8,1; $p = 0,004$) hoặc sụt cân (OR = 5,3; 95%CI: 2,2–8,6; $p < 0,001$) cũng có nguy cơ SDD gầy còm cao hơn so với trẻ không giảm cân. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ viêm amidan, đặc biệt nhóm tuổi nhỏ và có nhiễm khuẩn hô hấp, tiêu hóa hoặc giảm ăn, giảm cân, có nguy cơ suy dinh dưỡng thể gầy còm cao, cần được theo dõi và can thiệp dinh dưỡng kịp thời.

Từ khóa: dinh dưỡng, amidan mạn tính, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

SUMMARY

MALNUTRITION STATUS AND SOME RELATED FACTORS IN CHILDREN WITH CHRONIC TONSILLITIS AT THE CENTRAL ENT HOSPITAL IN 2024-2025

Objective: The study aims to describe the nutritional status and some related factors of children with chronic tonsillitis at the Central ENT Hospital in 2024-2025. **Study design:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** The study on 125 children with tonsillitis at the Central ENT Hospital showed that the average age was 5 ± 2 . The 3–5 year old group accounted for 57.6%, the lowest was the 10–12 year old group (4.8%). The proportion of boys was 61.6%. 79.2% of children had tonsillitis >5 times before hospitalization. The rate of respiratory infections was 42.4%, digestive infections 9.6%, and associated ENT diseases was 20.8%. Only 3.2% were treated at the frontline. The 3–5 year old group had the highest rate of underweight malnutrition (29.2%), wasting malnutrition and stunting were both 22.2%. In the 6–7 year old group, the rate of wasting malnutrition was the highest (17.9%), followed by underweight malnutrition (15.4%) and stunting malnutrition (12.8%). The 8–9 year old group had both underweight malnutrition and wasting malnutrition rates of 12.5%. Children with respiratory infections had a higher risk of wasting malnutrition (OR = 4.0; 95%CI: 2.1–6.9; $p < 0.001$); with digestive infections, the risk was even higher (OR = 6.3; 95%CI: 3.0–12.4; $p < 0.001$). In addition, children who ate less when they had tonsillitis (OR = 4.9; 95%CI: 1.6–8.1; $p = 0.004$) or lost weight (OR = 5.3; 95%CI: 2.2–8.6; $p < 0.001$) were also at higher risk of wasting malnutrition than children who did not lose weight. **Conclusion:** The study results showed that children with tonsillitis, especially young children and those with respiratory or digestive infections or reduced appetite and weight loss, were at high risk of wasting malnutrition and needed to be monitored and given timely nutritional intervention. **Keywords:** nutrition, chronic tonsillitis, National ENT hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng là yếu tố quan trọng trong quá trình phát triển thể chất và tinh thần ở trẻ nhỏ, trong đó có trẻ em bị viêm amidan mạn tính.¹ Ở

Việt Nam, theo tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc năm 2020, tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi SDD thể thấp còi là 19,6%, SDD thể nhẹ cân là 11,5%, ở mức < 20% được xếp vào mức trung bình theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (WHO).²

Viêm amidan là một bệnh lý tai mũi họng phổ biến ở trẻ em Việt Nam.³ Viêm amidan là tình trạng viêm amidan ở hầu họng, tình trạng viêm có thể ảnh hưởng đến các khu vực khác ở phía sau họng, bao gồm cả vòm họng và amidan lưỡi. Viêm Amidan chia làm 2 loại viêm Amidan cấp tính và viêm Amidan mạn tính. Viêm amidan mạn tính lại phát ra các triệu chứng kéo dài hơn 2 tuần và có thể tái phát nhiều lần trong năm và được chia làm 2 loại: viêm amidan hốc mủ và viêm amidan xơ teo.⁴ Ở Việt Nam, tỷ lệ viêm Amidan ở trẻ là tương đối cao (ước tính tỷ lệ viêm Amidan quá phát khoảng 21% và viêm VA quá phát chiếm 30% bệnh lý viêm đường hô hấp ở trẻ).⁵ Hơn nữa, tỷ lệ gặp thở miệng ở nhóm trẻ có viêm Amidan quá phát là gần 90% cho thấy cần có chiến lược nhận biết và can thiệp điều trị sớm cho trẻ.⁴

Viêm Amidan có thể kèm theo các triệu chứng,⁶ một trong những triệu chứng báo hiệu sắp xảy ra biến chứng nghiêm trọng cần cảnh giác như khó thở tăng dần, khít hàm và sốt cao, khó nuốt, nuốt đau ảnh hưởng đến việc ăn uống.⁷ Việc viêm nhiễm đường hô hấp và đau rát vùng cổ họng kết hợp ho sốt là những cản trở đối việc nuốt và ăn uống ở trẻ nhỏ.⁸ Tình trạng viêm amidan mạn tính kết hợp với các triệu chứng, biến chứng đi kèm có thể làm gia tăng nguy cơ gặp phải các vấn đề dinh dưỡng ở trẻ nhỏ, đặc biệt là tình trạng suy dinh dưỡng.⁸

Khoa Tai Mũi Họng trẻ em Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương hàng năm tiếp nhận hàng trăm trẻ em đến khám, điều trị, phẫu thuật Amidan. Nhưng hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về tình trạng dinh dưỡng ở những trẻ có viêm Amidan và VA quá phát ở Việt Nam nói chung và Bệnh viện Tai Mũi Họng nói riêng. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ em viêm Amidan mạn tính tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhi từ 03 đến 12 tuổi được chẩn đoán viêm amidan đến khám, điều trị, phẫu thuật tại khoa Tai Mũi Họng trẻ em của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

- Bà mẹ của các trẻ tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Bệnh nhi từ 03 đến 12 tuổi được chẩn đoán viêm amidan đến khám, điều trị, phẫu thuật tại khoa Tai Mũi Họng trẻ em của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

- Mẹ của những trẻ này.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:** - Trẻ cần cấp cứu ngay, không thể cân đo, không thể phỏng vấn bà mẹ. Trẻ không có mẹ đi cùng. Bệnh nhân thở máy.

- Viêm amidan trên bệnh nhân có bệnh khác kèm theo như: các bệnh về máu, dị tật bẩm sinh của bộ máy hô hấp, tim mạch, bệnh nội tiết, bệnh chuyển hóa.

- Trẻ mắc các dị tật bẩm sinh, khuyết tật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu của nghiên cứu được ước tính theo công thức⁷:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(\varepsilon, p)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$$

hệ số tin cậy, chọn $z = 1,96$ tương ứng với mức tin cậy 95%

p: lấy bằng 0,2 từ kết quả nghiên cứu thử của chúng tôi trên 50 bệnh nhi viêm amidan tại Khoa Tai Mũi Họng trẻ em tháng 5/2024 cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng là 20%.

ε : khoảng sai lệch tương đối, chọn $\varepsilon = 0,08$

Thay số vào công thức tính được $n = 125$. Thực tế, nghiên cứu thu thập được cỡ mẫu là 125 đối tượng.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Chọn các trẻ và bà mẹ thỏa mãn điều kiện tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian tiến hành nghiên cứu, lấy cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.2.4. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Các thông tin về trẻ: Tuổi, giới tính, cân nặng sơ sinh, cân nặng hiện tại (kg), chiều dài nằm (cm), trẻ được tiêm chủng đầy đủ, trẻ được bổ sung vi chất.

- Đặc điểm về viêm amidan của trẻ Lí do vào viện; tiền sử sản khoa của mẹ, số lần viêm mũi họng, viêm amidan, số lần sử dụng kháng sinh/năm, tiền sử dị ứng; các bệnh lý đi kèm khác: nhiễm khuẩn ho hấp, tiêu chảy... kết quả lâm sàng: tai, mũi, họng, VA, Amidan.

- Chăm sóc dinh dưỡng khi trẻ bị viêm amidan, VA

- Mối liên quan giữa đặc điểm chung của trẻ với tình trạng SDD thể nhẹ cân, thể thấp còi, gầy còm và thừa cân/béo phì ở trẻ viêm Amidan mạn tính.

- Mối liên quan giữa đặc điểm của bà mẹ với tình trạng SDD thể nhẹ cân, thể thấp còi, gầy còm và thừa cân/béo phì ở trẻ viêm Amidan mạn tính:

2.2.5. Tiêu chuẩn đánh giá TTDD của trẻ

- Nghiên cứu này áp dụng tiêu chuẩn của WHO năm 2026 đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 60 tháng tuổi và trên 60 tháng tuổi dựa vào Z-Score của các chỉ số: cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi, cân nặng theo chiều cao.

2.2.6. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: tháng 8 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tai Mũi Họng trẻ em, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được nhập và quản lí bằng phần mềm Epidata. Các phần mềm Excel 2010, SPSS 16.0. Tính Z-Score cân nặng/tuổi, chiều cao/tuổi, cân nặng/chiều cao bằng chương trình WHO Anthro.

2.4. Vấn đề đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được trình Hội đồng đề cương của Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội thông qua đề cương nghiên cứu và được sự cho phép của Ban lãnh đạo Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Người mẹ của trẻ và trẻ được giải thích rõ về nội dung và mục đích của nghiên cứu, các đối tượng tham gia nghiên cứu có quyền từ chối tham gia nghiên cứu bất kì lúc nào. Mọi thông tin thu thập được mã hóa, nhập máy tính và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

❖ **Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm trẻ nghiên cứu (n=125)

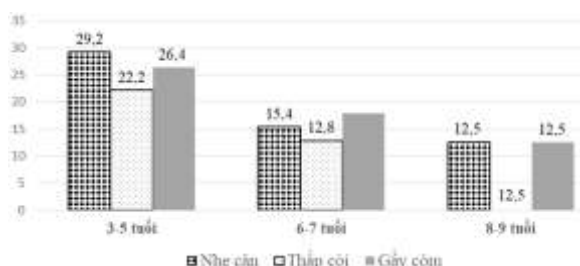
Đặc điểm		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	3-5 tuổi	72	57,6
	6-7 tuổi	39	31,2
	8-9 tuổi	8	6,4
	10-12 tuổi	6	4,8
Tuổi trung bình (Min-Max)		5±2 (3-12) tuổi	
Giới tính	Nam	77	61,6
	Nữ	48	38,4

Độ tuổi trung bình của trẻ em trong nghiên cứu là 5±2 tuổi. Thấp nhất là 3 và cao nhất là 12 tuổi. Nhóm trẻ trong độ tuổi 3-5 tuổi chiếm đa số với 57,6%, thấp nhất là nhóm 10-12 tuổi với 4,8%. Tỷ lệ trẻ nam trong nghiên cứu chiếm 61,6%, nữ là 38,4%

Bảng 3.2. Đặc điểm viêm amidan ở trẻ (n=125)

Đặc điểm		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Số lần viêm amidan trước đây	Dưới 5 lần	26	20,8
	5 lần trở lên	99	79,2
Mắc NK hô hấp	Có	53	42,4
	Không	72	57,6
Mắc NK tiêu hóa	Có	12	9,6
	Không	113	90,4
Bệnh đồng mắc TMH khác	Có	26	20,8
	Không	99	79,2
Điều trị tại tuyến trước	Có	4	3,2
	Không	121	96,8

Có 79,2% trẻ viêm amidan trên 5 lần trước khi nhập viện lần này. Có 42,4 % trẻ có mắc nhiễm khuẩn hô hấp. Chỉ có 9,6% trẻ có mắc nhiễm khuẩn tiêu hóa. Tỷ lệ trẻ có bệnh đồng mắc Tai mũi họng khác là 20,8%. Chỉ có 3,2% trẻ được điều trị tại tuyến trước.



Hình 3.1. Tỷ lệ tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ theo nhóm tuổi (n=125)

Nhóm trẻ 3-5 tuổi có tỷ lệ SDD thể nhẹ cân chiếm tỷ lệ cao nhất là 29,2%, SDD thể gầy còm là 22,2% và thấp nhất là SDD thể thấp còi với 22,2%. Nhóm trẻ 6-7 tuổi có tỷ lệ SDD thể gầy còm chiếm tỷ lệ cao nhất là 17,9%, SDD thể nhẹ cân là 15,4% và thấp nhất là SDD thể thấp còi với 12,8%. Nhóm trẻ 8-9 tuổi có tỷ lệ SDD thể nhẹ cân và gầy còm tương đương nhau với 12,5%.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số đặc điểm bệnh lý của trẻ với tình trạng suy dinh dưỡng thể gầy còm ở trẻ viêm Amidan mạn tính (n=125)

Đặc điểm		SDD gầy còm		OR 95%CI	p
		Có n(%)	Không n(%)		
Số lần viêm amidan	<5 lần	8 (30,8)	18 (69,2)	1,9 (0,7 - 4,9)	0,202
	≥5 lần	19 (19,2)	80 (80,8)		
Được điều trị ở tuyến dưới	Có	1 (25,0)	3 (75,0)	1,2 (0,1 - 12,2)	1
	Không	26 (21,5)	95 (78,5)		
Nhiễm khuẩn hô hấp	Có	23 (43,4)	30 (56,6)	4,0 (2,1 - 6,9)	0,000
	Không	4 (5,6)	68 (94,4)		
Nhiễm khuẩn tiêu hóa	Có	10 (83,3)	2 (16,7)	6,3 (3,0 - 12,4)	0,000
	Không	16 (14,2)	97 (85,8)		
Có bệnh lý khác kèm theo	Có	6 (23,1)	20 (76,9)	1,1 (0,4 - 3,1)	0,837
	Không	21 (21,2)	78 (78,8)		
Ăn ít hơn khi bị viêm amidan	Có	23 (30,3)	53 (69,7)	4,9 (1,6 - 8,1)	0,004
	Không	4 (8,2)	45 (91,8)		
Giảm cân khi bị viêm amidan	Có	14 (77,8)	4 (22,2)	5,3 (2,2 - 8,6)	0,000
	Không	13 (12,1)	94 (87,9)		

Kết quả phân tích cho thấy một số yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng SDD thể gầy còm ở trẻ viêm amidan mạn tính. Cụ thể, trẻ có nhiễm khuẩn hô hấp có nguy cơ SDD gầy còm cao hơn so với trẻ không nhiễm (OR = 4,0; 95%CI: 2,1–6,9; $p < 0,001$). Tương tự, trẻ có nhiễm khuẩn tiêu hóa cũng có nguy cơ cao hơn rõ rệt (OR = 6,3; 95%CI: 3,0–12,4; $p < 0,001$). Ngoài ra, trẻ ăn ít hơn khi bị viêm amidan (OR = 4,9; 95%CI: 1,6–8,1; $p = 0,004$) và trẻ bị giảm cân khi viêm amidan (OR = 5,3; 95%CI: 2,2–8,6; $p < 0,001$) đều có nguy cơ SDD gầy còm cao hơn so với nhóm đối chứng. Trong khi đó, các yếu tố như số lần viêm amidan, được điều trị ở tuyến dưới và có bệnh lý khác kèm theo đều không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng SDD thể gầy còm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ em bị viêm amidan mạn tính là khá cao, đặc biệt ở nhóm tuổi nhỏ từ 3–5 tuổi. Đây là độ tuổi mà nhu cầu dinh dưỡng cao để phục vụ tăng trưởng nhanh, nhưng đồng thời lại dễ bị ảnh hưởng bởi tình trạng viêm nhiễm kéo dài tại vùng họng, gây đau khi nuốt, chán ăn, từ đó dẫn đến nguy cơ thiếu hụt năng lượng và dưỡng chất kéo dài. Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân ở nhóm 3–5 tuổi lên đến 29,2%, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu về dinh dưỡng trẻ em toàn quốc năm 2020 của Bộ Y tế, với tỷ lệ nhẹ cân chỉ khoảng 11,5% ở trẻ dưới 5 tuổi.² Điều này phù hợp với nhận định trong nghiên cứu của Beauchamp và cộng sự, cho thấy tình trạng viêm amidan mạn tính có thể làm ảnh hưởng đến tăng

trường cân nặng, đặc biệt ở trẻ nhỏ có chế độ ăn giảm sút trong giai đoạn viêm.⁷

Mặt khác, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ SDD thể gầy còm cao hơn đáng kể ở trẻ có mắc kèm nhiễm khuẩn hô hấp hoặc tiêu hóa. Trẻ có nhiễm khuẩn tiêu hóa có nguy cơ SDD gầy còm cao gấp 6,3 lần so với trẻ không nhiễm (OR = 6,3; 95%CI: 3,0–12,4; p < 0,001). Điều này phản ánh vai trò của tình trạng viêm nhiễm mạn tính và rối loạn hấp thu trên nền suy giảm ăn uống, đặc biệt khi amidan viêm gây cản trở việc nuốt, gây đau họng, khiến trẻ bỏ bữa. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với báo cáo của Vintilescu và cộng sự (2020), khi phân tích các chỉ số sinh hóa cho thấy trẻ viêm amidan mạn thường có thiếu hụt vitamin D, canxi và sắt – những yếu tố vi chất quan trọng cho hệ miễn dịch và tăng trưởng.⁶

Ngoài nhiễm khuẩn, yếu tố hành vi ăn uống cũng có vai trò quan trọng. Trẻ có giảm ăn hoặc giảm cân khi bị viêm amidan có nguy cơ SDD gầy còm cao hơn lần lượt 4,9 lần và 5,3 lần so với nhóm trẻ không giảm ăn hay giảm cân. Điều này phù hợp với nhận định của Gkouskou và cộng sự (2010), khi cho thấy rằng trẻ có phì đại amidan – VA thường có chế độ ăn nghèo nàn hơn trước khi phẫu thuật do khó nuốt và biếng ăn, dẫn đến tình trạng sụt cân rõ rệt.⁸ Một nghiên cứu hệ thống của Naila và Warasanti (2025) cũng đã tổng hợp các bằng chứng cho thấy thói quen ăn uống nghèo nàn (ít rau xanh, thiếu protein) cùng với vệ sinh răng miệng kém là các yếu tố nguy cơ hàng đầu làm tăng tỷ lệ viêm amidan ở trẻ.¹ Như vậy, có thể thấy mối liên quan hai chiều: trẻ có viêm amidan mạn tính thì dễ bị suy dinh dưỡng do giảm ăn, kém hấp thu, nhưng đồng thời, tình trạng dinh dưỡng kém và miễn dịch yếu lại góp phần làm tăng tần suất tái phát viêm amidan.

Kết quả của nghiên cứu này cũng cho thấy, số lần viêm amidan ≥5 lần và có bệnh TMH kèm theo không liên quan có ý nghĩa thống kê với SDD thể gầy còm, mặc dù tỷ lệ này vẫn cao hơn ở nhóm viêm nhiều lần. Một lý giải có thể là vì đây là bệnh mạn tính kéo dài, tuy nhiên các đợt viêm không nhất thiết đều nặng và có thể không ảnh hưởng quá nhiều đến khẩu phần ăn nếu triệu chứng nhẹ. Điều này tương đồng với nhận xét của Nguyễn Thị Bích và Phạm Thị Bích Đào (2023), cho rằng không phải mọi thể viêm amidan mạn tính đều ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân như nhau, mà phụ thuộc vào mức độ triệu chứng, loại hình viêm và đặc điểm đáp ứng miễn dịch của từng trẻ.⁵ Nghiên cứu tại Việt Nam của Trần Hoàng Minh (2024) trên học sinh tiểu học cũng cho thấy tỷ lệ trẻ bị viêm amidan tái diễn khá cao,

đặc biệt ở vùng nông thôn, với yếu tố nguy cơ bao gồm môi trường ô nhiễm, thở miệng kéo dài và điều kiện vệ sinh kém.³ Những yếu tố này không chỉ làm tăng nguy cơ tái viêm mà còn ảnh hưởng gián tiếp đến tình trạng dinh dưỡng.

Một điểm đáng lưu ý là tỷ lệ trẻ được điều trị tại tuyến trước rất thấp (3,2%), cho thấy vai trò của hệ thống y tế cơ sở trong phát hiện, tư vấn dinh dưỡng và quản lý bệnh mạn tính còn chưa hiệu quả. Nếu được can thiệp sớm, nhiều trẻ có thể tránh được nguy cơ sụt cân hoặc biến chứng về dinh dưỡng. Điều này cũng phù hợp với kết luận của Phí Thị Quỳnh Anh và cộng sự (2023), rằng trẻ mắc các bệnh đường hô hấp như amidan – VA quá phát thường bị bỏ sót điều trị sớm tại tuyến dưới, dẫn đến kéo dài bệnh lý và ảnh hưởng phát triển thể chất.⁴

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trẻ em bị viêm amidan mạn tính, đặc biệt khi có kèm nhiễm khuẩn hô hấp, tiêu hóa, giảm ăn hoặc sụt cân, có nguy cơ cao bị suy dinh dưỡng thể gầy còm. Cần tăng cường sàng lọc, tư vấn và can thiệp dinh dưỡng sớm nhằm cải thiện thể trạng và giảm biến chứng cho nhóm trẻ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Naila F, Warasanti ES.** The Relationship of Diet and Hygiene to the Incidence of Tonsillitis in Children: A Literature Review. *Journal of Diverse Medical Research: Medicosphere.* 02/24 2025;2(2): 34-41. doi:10.33005/jdiversemedres.v2i1.74
2. **Bộ Y tế.** Bộ Y tế công bố kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng năm 2019-2020 <https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/bo-y-te-cong-bo-ket-qua-tong-ieu-tra-dinh-duong-nam-2019-2020>.
3. **Trần Hoàng Minh.** Nghiên cứu tình hình bệnh viêm amidan và một số yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học trên địa bàn Thành phố Vĩnh Long năm 2023-2024. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 09/25 2024;(80): 119-125. doi:10.58490/ctump.2024i80.2904
4. **Phí Thị Quỳnh Anh, Đào Hoa Phượng, Lê Khánh Chi, Trần Thị Hương Thảo, và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ mắc hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn cổ Amidan -VA quá phát *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;2(521)doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v521i2.4111>.
5. **Nguyễn Thị Bích, Phạm Thị Bích Đào.** Tổng quan hệ thống kết quả điều trị viêm amidan mạn tính *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;1(528):310-313. doi:doi:10.51298/vmj.v528i1.6032
6. **Vintilescu B, Ioniță E, Niculescu EC, Stepan MD, Becheanu CA.** Analysis of Biochemical Parameters in Children with Chronic Tonsillitis. *Curr Health Sci J.* Apr-Jun 2020;46(2):129-135. doi:10.12865/chsj.46.02.05

7. **Beauchamp MT, Regier B, Nzuki A, et al.** Weight change before and after adenotonsillectomy in children: An analysis based upon pre-surgery body mass category. Clin Otolaryngol. Sep 2020;45(5):739-745. doi:10.1111/coa.13568
8. **Gkouskou KK, Vlastos IM, Hajjiioannou I, Hatzaki I, Houlakis M, Fragkiadakis GA.** Dietary habits of preschool aged children with tonsillar hypertrophy, pre- and post-operatively. Eur Rev Med Pharmacol Sci. Dec 2010;14(12):1025-30.

KẾT QUẢ BƠM XI MĂNG SINH HỌC CÓ BÓNG ĐIỀU TRỊ XEP ĐỐT SỐNG VÙNG BẮN LỀ NGỰC – THẮT LƯNG DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Ngọc Sơn^{1,3}, Nguyễn Lê Bảo Tiến², Phạm Duy², Võ Văn Thanh²,
Ngô Thanh Tú², Phạm Hồng Phong², Nguyễn Vũ Công Bảo Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bơm xi măng sinh học có bóng (BXM) của bệnh nhân xẹp đốt sống vùng bản lề ngực – thắt lưng (T11-L2) do loãng xương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 81 bệnh nhân được chẩn đoán xẹp đốt sống vùng bản lề ngực thắt lưng đơn tầng do loãng xương, được điều trị bằng phương pháp BXM có bóng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024. Đánh giá kết quả lâm sàng dựa trên thang điểm đau VAS, chỉ số chất lượng cuộc sống MacNab. Kết quả chỉnh hình được đánh giá qua các chỉ số X-quang gồm chiều cao thân đốt sống và các góc gù (góc xẹp thân đốt, góc Cobb) trước phẫu thuật và tại các thời điểm theo dõi sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $68 \pm 10,2$, trong đó nữ giới chiếm đa số (75,3%). Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương nặng với T-score trung bình là $-3,4 \pm 0,7$. Điểm đau VAS trung bình cải thiện đáng kể từ $7,1 \pm 1,6$ trước mổ xuống còn $2,2 \pm 1,2$ ngay sau mổ và $0,4 \pm 0,8$ tại thời điểm 12 tháng ($p < 0,001$). Về kết quả chỉnh hình, chiều cao các tầng trước, giữa và sau của thân đốt sống đều được cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Các góc biến dạng cột sống cũng giảm đáng kể: góc xẹp thân đốt trung bình giảm từ 14° xuống $7,8^\circ$, góc Cobb trung bình giảm từ $13,7^\circ$ xuống $9,5^\circ$. Sau 12 tháng, 96,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt theo thang điểm MacNab. Tỷ lệ biến chứng thấp, với các trường hợp rò xi măng không triệu chứng (11,1% rò bờ trước, 6,2% rò vào đĩa đệm) và 3 trường hợp (3,7%) xẹp đốt sống mới thứ phát. **Kết luận:** Bơm xi măng sinh học có bóng là một phương pháp can thiệp tối thiểu, an toàn và hiệu quả cao

trong điều trị xẹp đốt sống vùng bản lề ngực – thắt lưng do loãng xương. Phương pháp này không chỉ giúp giảm đau nhanh chóng, bền vững mà còn có khả năng phục hồi tốt hình thái giải phẫu của cột sống, qua đó cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống cho người bệnh. **Từ khóa:** Bơm xi măng có bóng, xẹp đốt sống, loãng xương, bản lề ngực – thắt lưng.

SUMMARY

OUTCOMES OF BALLOON KYPHOPLASTY FOR TREATMENT OF OSTEOPOROTIC THORACOLUMBAR JUNCTION VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and radiological characteristics and evaluate the outcomes of treating patients with thoracolumbar junction (T11-L2) osteoporotic vertebral compression fractures (OVCFs) using percutaneous balloon kyphoplasty (BKP). **Methods:** A retrospective, descriptive study was conducted on 81 patients diagnosed with single-level thoracolumbar junction OVCFs who were treated with BKP at Viet Duc University Hospital from January 2023 to January 2024. Clinical outcomes were assessed using the Visual Analog Scale (VAS) for pain and the modified MacNab criteria for quality of life. Radiological outcomes were evaluated by measuring vertebral body height and kyphotic angles (vertebral body collapse angle, Cobb angle) before and at follow-up points after the procedure. **Results:** The mean age of the study group was $68 \pm 10,2$ years, with females accounting for the majority (75,3%). All patients were diagnosed with severe osteoporosis, with a mean T-score of $-3,4 \pm 0,7$. The mean VAS score significantly improved from $7,1 \pm 1,6$ preoperatively to $2,2 \pm 1,2$ immediately postoperatively, and to $0.4 \pm 0,8$ at the 12-month follow-up ($p < 0.001$). Regarding radiological outcomes, the heights of the anterior, middle, and posterior vertebral walls all showed statistically significant improvement ($p < 0.001$). Kyphotic deformities also decreased substantially: the mean vertebral body collapse angle reduced from 14° to $7,8^\circ$, and the mean Cobb angle decreased from $13,7^\circ$ to $9,5^\circ$. At 12

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Sơn

Email: pnsn12051998@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025

months, 96,3% of patients achieved good or excellent outcomes according to the MacNab criteria. The complication rate was low, with asymptomatic cement leakage (11,1% anterior leakage, 6,2% intradiscal leakage) and 3 cases (3,7%) of subsequent new vertebral fractures. **Conclusion:** Percutaneous balloon kyphoplasty is a safe, effective, and minimally invasive procedure for treating thoracolumbar junction OVCs. This method not only provides rapid and sustained pain relief but also effectively restores the anatomical morphology of the spine, thereby significantly improving patients' quality of life. **Keywords:** Balloon kyphoplasty, vertebral compression fracture, osteoporosis, thoracolumbar junction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự gia tăng tuổi thọ trung bình kéo theo gánh nặng của các bệnh lý tuổi già, trong đó loãng xương và biến chứng xẹp đốt sống (XĐS) đang là một vấn đề y tế toàn cầu. Xẹp đốt sống do loãng xương (osteoporotic vertebral compression fracture - OVCF) là biến chứng phổ biến nhất, gây ra tình trạng đau lưng dữ dội, hạn chế vận động và suy giảm nghiêm trọng chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nếu không được can thiệp kịp thời, tình trạng này có thể dẫn đến các di chứng nặng nề như gù vẹo cột sống, rối loạn chức năng hô hấp và tăng nguy cơ tử vong [1].

Các phương pháp điều trị bảo tồn như nghỉ ngơi tại giường, dùng thuốc giảm đau và mang áo nẹp cột sống thường cho hiệu quả hạn chế. Việc bất động kéo dài ở người cao tuổi lại làm tăng nguy cơ mất xương và các biến chứng nguy hiểm khác như loét tỷ đè, viêm phổi, huyết khối tĩnh mạch [2].

Trong những thập kỷ gần đây, các kỹ thuật can thiệp tối thiểu như tạo hình thân đốt sống qua da đã chứng tỏ hiệu quả vượt trội. Trong đó, bơm xi măng sinh học có bóng (Percutaneous Balloon Kyphoplasty - BKP) là một kỹ thuật tiên tiến, không chỉ giúp giảm đau nhanh chóng bằng cách làm vững đốt sống bị gãy mà còn có khả năng phục hồi chiều cao thân đốt sống và chỉnh sửa biến dạng gù, đồng thời giảm đáng kể nguy cơ rò rỉ xi măng so với phương pháp bơm xi măng không bóng kinh điển [3].

Vùng cột sống bản lề ngực – thắt lưng là vùng hay gặp nhất trong xẹp đốt sống do loãng xương gồm các đốt sống ngực thấp T11, T12 và đốt sống thắt lưng L1 L2. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã báo cáo kết quả tốt của BKP, tuy nhiên các nghiên cứu về xẹp đốt sống tiếp diễn và gù tiến triển sau bơm xi măng sinh học có bóng còn hạn chế tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và*

đánh giá kết quả điều trị bơm xi măng sinh học có bóng của bệnh nhân xẹp đốt sống vùng bản lề ngực - thắt lưng do loãng xương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 81 bệnh nhân xẹp đốt sống vùng bản lề ngực - thắt lưng (T11-L2) đơn tầng do loãng xương, được điều trị bằng phương pháp bơm xi măng sinh học có bóng (BXM) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2023 đến 01/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm bệnh nhân có chẩn đoán xác định xẹp đốt sống ngực thấp do loãng xương ($T\text{-score} \leq -2.5$), đau lưng không đáp ứng điều trị nội khoa và có hình ảnh phù tủy xương tương ứng trên phim cộng hưởng từ (MRI). Các trường hợp xẹp đốt sống do nguyên nhân khác (u, lao), xẹp cũ không phù tủy, có chèn ép thần kinh hoặc mất vững cột sống đã được loại trừ.

Các dữ liệu lâm sàng (thang điểm đau VAS, thang điểm MacNab) và cận lâm sàng (chiều cao thân đốt, góc xẹp thân đốt, góc Cobb trên X-quang) được thu thập trước phẫu thuật và tại các thời điểm 1, 12 tháng sau phẫu thuật.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0, sử dụng phép kiểm T-test cặp để so sánh các giá trị trước và sau can thiệp, với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức thông qua và tất cả bệnh nhân đều đồng ý tham gia.

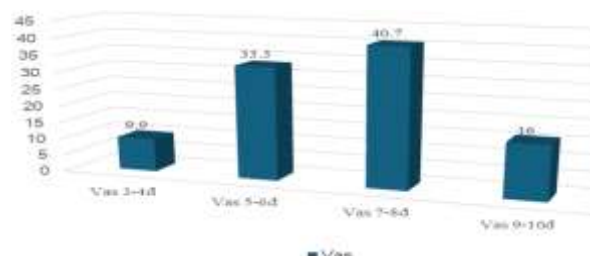
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật. Nghiên cứu được thực hiện trên 81 bệnh nhân (61 nữ, 20 nam) có tuổi trung bình là $68 \pm 10,2$. Tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán loãng xương nặng với T-score trung bình là $-3,4 \pm 0,7$. Đáng chú ý, 75,3% bệnh nhân lần đầu được phát hiện loãng xương khi nhập viện vì xẹp đốt sống. Về lâm sàng, 59,3% trường hợp là xẹp đốt sống tự phát không có chấn thương rõ ràng hoặc sau chấn thương với lực tương đương trọng lực cơ thể (ngã ngồi). Triệu chứng chính là đau lưng dữ dội với điểm VAS trung bình trước mổ là $7,1 \pm 1,6$, gây hạn chế vận động nặng, đặc biệt là không thể ngồi và đi lại được (71,6%).

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	Đặc điểm	Số BN (n=81)	Tỷ lệ (%)
	Nam	20	24,7
	Nữ	61	75,3
Tuổi	Dưới 50 tuổi	2	2,5

Từ 50 đến dưới 60 tuổi	16	19,8
Từ 60 đến dưới 70 tuổi	29	35,8
Từ 70 tuổi trở lên	34	42,0
Mean $\pm$ SD	68,0 $\pm$ 10,2	
Min – Max	45 - 92	



Biểu đồ 3.1. Phân bố điểm VAS trước mổ (n=81)

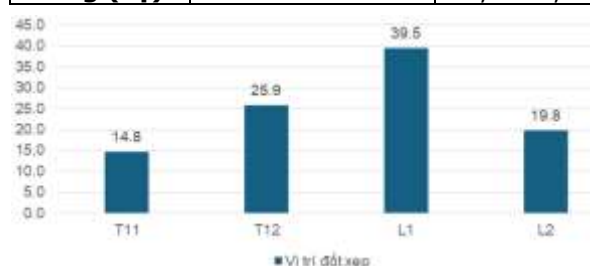
3.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Về hình ảnh học, tổn thương chủ yếu ở vùng bản lề ngực-thắt lưng, với L1 là đốt sống bị xẹp phổ biến nhất (39,5%). Hình thái xẹp hình chêm chiếm ưu thế (46,9%), đa số ở mức độ trung bình theo phân loại Genant (45,7%). Tình trạng xẹp đốt sống gây biến dạng gù đáng kể, với góc xẹp thân đốt trung bình là 14° và góc Cobb trung bình là 13,7°

Bảng 3.2. Phân loại xẹp thân đốt sống trên X quang

Phân loại XTĐS		Số đốt xẹp (n=81)	Tỷ lệ (%)
Phân loại Kanis	Hình chêm	38	46,9
	Lõm 2 mặt	31	38,3
	Lún ép thân ĐS	12	14,8
Phân loại Genant	Nhẹ 20-25%	27	33,3
	Trung bình 25-40%	37	45,7
	Nặng >40%	17	21,0

Bảng 3.3. Đặc điểm đốt xẹp trên X-quang (n = 81)

Chiều cao đốt xẹp (mm)	Tường trước	17,1 $\pm$ 4,0
	Tường giữa	16,9 $\pm$ 3,7
	Tường sau	25,2 $\pm$ 4,1
Độ gù cột sống (độ)	Góc xẹp thân đốt	14,0 $\pm$ 5,8
	Góc Cobb	13,7 $\pm$ 5,8



Biểu đồ 3.2. Vị trí đốt sống bơm xi măng

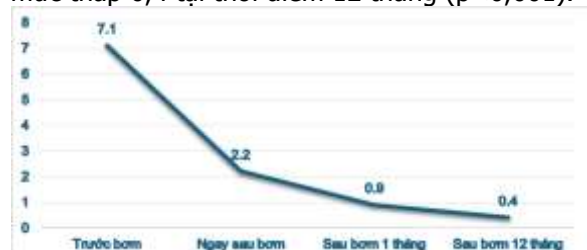
3.3. Kết quả phẫu thuật và điều trị. Tất cả 81 bệnh nhân đều được phẫu thuật thành công bằng kỹ thuật BXM có bóng qua da, trong

đó đường vào trong cuống được áp dụng cho tất cả trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình là 35,9 $\pm$ 7,9 phút, với lượng xi măng trung bình bơm vào mỗi đốt sống là 6,1 $\pm$ 1,7 ml.

Bảng 3.4. Kỹ thuật bơm xi măng trên từng đốt

Kỹ thuật bơm		Số đốt xẹp (n=43)	Tỷ lệ (%)
Đường chọc Troca	Một bên	0	0
	Hai bên	81	100
Kỹ thuật chọc	Trong cuống	81	100
	Ngoài cuống	0	0
Lượng xi măng bơm được	≤ 5 ml	27	33,3
	>5ml	54	66,7
	Mean $\pm$ SD	6,1 $\pm$ 1,7	
	Min-Max	2-10	
Thời gian mổ trung bình	Mean $\pm$ SD	35,9 $\pm$ 7,9	
	Min-Max	21 - 43	

Hiệu quả giảm đau nhanh chóng và bền vững. Điểm VAS trung bình giảm mạnh từ 7,1 xuống còn 2,2 ngay sau mổ và tiếp tục duy trì ở mức thấp 0,4 tại thời điểm 12 tháng ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.3. Diễn biến điểm VAS trung bình của bệnh nhân theo thời gian

Kết quả chỉnh hình cho thấy sự cải thiện rõ rệt và có ý nghĩa thống kê. Chiều cao các tường trước, giữa và sau đều được phục hồi đáng kể ($p < 0,001$). Các chỉ số về biến dạng gù cột sống cũng giảm mạnh: góc xẹp thân đốt trung bình giảm từ 17,3° xuống 8,2°, góc Cobb trung bình giảm từ 13,7° xuống 9,5° ($p < 0,001$).

Bảng 3.5. Kết quả chỉnh gù cột sống (n=81)

Kết quả chỉnh hình cột sống	Trước bơm	Ngay sau bơm	p
Góc xẹp thân đốt	14,0 $\pm$ 5,8	7,8 $\pm$ 3,9	$P < 0,001$
Góc Cobb	13,7 $\pm$ 6,2	9,5 $\pm$ 5,2	$P < 0,001$

Chất lượng cuộc sống của người bệnh được cải thiện rõ rệt. Tại thời điểm 12 tháng, 96,3% bệnh nhân đạt kết quả "tốt" và "rất tốt" theo thang điểm MacNab. Tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp. Các tai biến trong mổ chủ yếu là rò xi măng không triệu chứng, bao gồm 11,1% rò qua bờ trước và 6,2% rò vào đĩa đệm. Không ghi nhận trường hợp rò xi măng vào ống sống. Biến chứng muộn duy nhất là 3 trường hợp (3,7%) xuất hiện

xẹp đốt sống mới thứ phát. Thời gian nằm viện trung bình rất ngắn, chỉ $1,9 \pm 0,7$ ngày.

Bảng 3.6. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị

Điểm MacNab	Số BN (n=81)	Tỷ lệ %
Sau bơm 1 tháng	Rất tốt	31
	Tốt	39
	Trung bình	11
	Xấu	0
Sau bơm 12 tháng	Rất tốt	45
	Tốt	33
	Trung bình	3
	Xấu	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh lý xẹp đốt sống vùng bản lể ngực – thắt lưng do loãng xương chủ yếu gặp ở nữ giới (75,3%) và người cao tuổi, với tuổi trung bình là 68. Kết quả này tương đồng với các báo cáo gần đây tại Việt Nam như của Đoàn Anh Tuấn và Ngô Văn Hải (2022) (72,86 tuổi) và Đỗ Tuấn Anh và Hà Kim Trung (2024) (74,51 tuổi) [4], [5]. Một thực tế đáng báo động là có tới 75,3% bệnh nhân chỉ được phát hiện loãng xương lần đầu tiên khi nhập viện, tái khẳng định đây là một "bệnh dịch thầm lặng" [2]. Biểu hiện lâm sàng nổi bật là đau lưng dữ dội với điểm VAS trung bình trước mổ là 7,1, gây hạn chế vận động nghiêm trọng (46,9% không thể ngồi, 40,7 không đi lại). Mức độ đau này tương đương với nhiều nghiên cứu trong nước, cùng cố mạnh mẽ cho chỉ định can thiệp phẫu thuật để phá vỡ vòng xoắn bệnh lý do bất động.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Về hình ảnh học, hình thái xẹp hình chêm chiếm ưu thế (46,9%), phù hợp với nghiên cứu tương tự trong nước như Đỗ Mạnh Hùng (hình chêm chiếm 61%) [2]. Mức độ biến dạng gù cột sống trước can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi (góc xẹp thân đốt sống 14° , góc Cobb trung bình $13,7^\circ$) là đáng kể và tương đồng với các báo cáo trong nước. Tất cả các trường hợp đều có hình ảnh phù tủy xương trên MRI, khẳng định tính chất cấp tính của tổn thương và là tiêu chuẩn vàng để chỉ định can thiệp. Đặc biệt, tất cả bệnh nhân đều có tình trạng loãng xương nền nặng với T-score trung bình là -3,4, cho thấy quần thể bệnh nhân được chỉ định BXM thường có chất lượng xương rất kém.

4.3. Đặc điểm phẫu thuật. Nghiên cứu tập trung vào vùng cột sống bản lể ngực – thắt lưng, một khu vực có đường kính lớn, vị trí và hướng của cuống sống nằm ngang thân đốt sống, do

đó việc lựa chọn đường vào trong cuống trong tất cả trường hợp là một quyết định kỹ thuật phù hợp nhằm đảm bảo an toàn [2]. Thể tích xi măng bơm vào thân đốt sống được cho là có sự liên quan đến kết quả điều trị như: gia tăng độ cứng của đốt sống, làm ổn định đốt sống, giảm đau. Còn nhiều tranh cãi về thể tích xi măng bơm vào thân đốt sống bao nhiêu là đủ, tuy nhiên các nghiên cứu cho rằng thể tích xi măng từ 4 - 8 ml là đủ để thân đốt sống xẹp đạt được độ cứng và hình thái cần thiết [6] [7]. Lượng xi măng trung bình được bơm vào mỗi đốt sống là 6,1 ml, nằm trong khoảng tối ưu được y văn khuyến nghị để vừa đạt hiệu quả giảm đau, vừa đạt được hiệu quả chỉnh hình cột sống.

4.4. Kết quả điều trị và biến chứng. Kết quả điều trị đã khẳng định BXM có bóng là một phương pháp hiệu quả cao. Hiệu quả giảm đau nhanh chóng và bền vững (VAS từ 7,1 xuống 2,2 ngay sau mổ và duy trì còn 0,4 sau 12 tháng) hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu lớn trong và ngoài nước. Tại thời điểm 12 tháng, 96,3% bệnh nhân đạt kết quả "tốt" và "rất tốt" theo thang điểm MacNab. Về hiệu quả chỉnh hình, phương pháp này cho thấy khả năng vượt trội trong việc phục hồi chiều cao thân đốt sống và cải thiện đáng kể các góc gù (góc xẹp, góc Cobb). Đây là ưu điểm cốt lõi của BXM có bóng so với bơm xi măng không bóng, điều đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu [8].

Tính an toàn của phương pháp cũng được thể hiện rõ. Tỷ lệ rò xi măng chung thấp (17,3%) và đều là các dạng lành tính, không gây triệu chứng. Đặc biệt, việc không ghi nhận trường hợp nào rò xi măng vào ống sống đã khẳng định ưu thế an toàn của BKP so với PVP, vốn có tỷ lệ biến chứng này cao hơn đáng kể. Tỷ lệ xẹp đốt sống mới thứ phát thấp (3,7%) và xuất hiện muộn cho thấy các trường hợp này có thể là diễn tiến tự nhiên của bệnh loãng xương nền nặng, thay vì là hệ quả cơ học trực tiếp của kỹ thuật bơm xi măng.

V. KẾT LUẬN

Bơm xi măng sinh học có bóng là một phương pháp can thiệp tối thiểu, an toàn và hiệu quả cao trong điều trị xẹp đốt sống vùng bản lể ngực – thắt lưng do loãng xương. Phương pháp này không chỉ giúp giảm đau nhanh chóng, bền vững mà còn có khả năng phục hồi tốt hình thái giải phẫu của cột sống, qua đó cải thiện đáng kể chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tuấn Đ.A. và Điệp N.T. (2024). Kết quả bơm xi

- mãng không bóng qua da điều trị xẹp thân đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương tại bệnh viện đa khoa Đồng Anh. VMJ, 535(2).
2. **Đỗ Mạnh Hùng** (2018). Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm cement có bóng cho bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 3. **Garfin S.R., Yuan H.A., và Reiley M.A.** (2001). New technologies in spine: kyphoplasty and vertebroplasty for the treatment of painful osteoporotic compression fractures. Spine (Phila Pa 1976), 26(14), 1511–1515.
 4. **Đoàn A.T. và Ngô V.H.** (2022). Kết quả bơm xi măng có bóng qua da điều trị xẹp thân đốt sống ngực, thắt lưng do loãng xương tại bệnh viện đa khoa Đồng Anh. VMJ, 514(1).
 5. **Anh Đ.T. và Trung H.K.** (2024). Kết quả tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương tại Bệnh viện E. VMJ, 536(1).
 6. **Ioannis P AB, Panagiotis K.** Calcium phosphate cement leakage during balloon kyphoplasty causing incomplete paraplegia: Case report and review of the literature. Journal of Orthopedic and Spine Trauma. 2016;2(3).
 7. **Hoàng, H. Đức., Vũ, V. C., Nguyễn, V. L., & Võ, V. T.** (2023). Kết quả cải thiện góc độ cột sống vùng bản lề trước thắt lưng bằng kỹ thuật bơm xi măng sinh học có bóng trên bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương tại bệnh viện hữu nghị việt đức. VMJ. 524(1B).
 8. **Già Du H & Xuân Phước V.** (2022). Kết quả phẫu thuật tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement có bóng điều trị xẹp đốt sống do loãng xương tại bệnh viện bạch mai. VMJ, 512(2).

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH GÚT MẠN TÍNH CÓ TĂNG ACID URIC MÁU TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN

Trương Thị Huyền¹, Nguyễn Trọng Thông², Phạm Xuân Phong³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh gút mạn tính có tăng acid uric máu tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước - sau điều trị và so sánh với nhóm đối chứng. 120 bệnh nhân gút mạn tính tăng acid uric máu được chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu dùng viên nén bao phim GT1 và nhóm đối chứng dùng Allopurinol trong 30 ngày. **Kết quả:** Sau 30 ngày điều trị, nồng độ acid uric máu của nhóm nghiên cứu giảm trung bình 107,25 $\mu\text{mol/L}$; 70% bệnh nhân đạt mức acid uric chuẩn, thấp hơn so với nhóm đối chứng (93,33%). Phân loại đáp ứng cho thấy: tốt 25%, khá 61,67%, trung bình 13,33%, không có đáp ứng kém. **Kết luận:** GT1 có tác dụng hạ acid uric và cải thiện lâm sàng nhưng hiệu quả hạ acid uric thấp hơn Allopurinol; thuốc an toàn, ít tác dụng phụ, có thể dùng cho bệnh nhân không dung nạp Allopurinol hoặc phối hợp hỗ trợ điều trị.

Từ khóa: gút mạn tính, tăng acid uric máu.

SUMMARY

TO EVALUATE THE THERAPEUTIC EFFECTIVENESS OF TREATING CHRONIC GOUT WITH HYPERURICEMIA AT THE TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL OF

¹Bệnh viện 30-4 Bộ Công An

²Đại học Phenikaa

³Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Huyền

Email: huyenyht1977@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 24.11.2025

THE MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Objective: To evaluate the therapeutic effectiveness of treating chronic gout with hyperuricemia at the Traditional Medicine Hospital of the Ministry of Public Security. **Methods:** A prospective, open-label clinical trial comparing pre- and post-treatment changes and a control group. A total of 120 patients with chronic gout and hyperuricemia were divided into two groups: the study group received GT1 film-coated tablets, and the control group received Allopurinol for 30 days. **Results:** After 30 days of treatment, the mean reduction in serum uric acid in the study group was 107.25 $\mu\text{mol/L}$; 70% of patients achieved target uric acid levels, which was lower than in the control group (93.33%). Treatment responses were classified as: good 25%, fair 61.67%, moderate 13.33%, with no poor responses. **Conclusion:** GT1 showed urate-lowering effects and clinical improvement but had lower uric-acid-lowering efficacy compared with Allopurinol. GT1 was safe, well tolerated, and may be used for patients who cannot tolerate Allopurinol or as an adjunctive therapy.

Keywords: chronic gout, hyperuricemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh xương khớp do rối loạn chuyển hóa thường gặp [1]. Bệnh thường có biểu hiện lâm sàng phức tạp với các triệu chứng thường gặp như: sưng, nóng, đỏ, đau, hạn chế vận động các khớp [2]. Bệnh có tỷ lệ tái phát cao, trong đợt cấp các triệu chứng xuất hiện rõ rệt gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới chất lượng cuộc sống và năng suất lao động của người bệnh [3]. Bệnh gút thường liên quan đến quá trình tăng acid uric máu mạn tính dẫn đến lắng đọng

tình thể urat trong khớp gây ra đau. [4].

Theo y học hiện đại đã có nhiều loại thuốc điều trị với các cơ chế khác nhau như chống viêm, ức chế xanthin oxidase, đào thải acid uric qua đường niệu. Tuy nhiên, có các tác dụng phụ kèm theo như phát ban, dị ứng, tăng men gan hoặc có nguy cơ tử vong.

Theo Y học cổ truyền đã có nhiều bài thuốc, vị thuốc đã được nghiên cứu, ứng dụng điều trị gút, trong đó bài thuốc GT1 đã được nghiên cứu và cho thấy hiệu quả chống viêm, hạ acid uric. Với mong muốn mang lại hiệu quả điều trị cao hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị của viên nén bao phim GT1 trên bệnh nhân gút mạn tính có tăng acid uric máu tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu: Thuốc được bào chế từ: Thương truật (*Atractylodis Rhizoma*), Hoàng bá (*Phellodendri Cortex*), Ngưu tất (*Achyranthis Radix*), Kim ngân hoa (*Lonicerae Flos*), Tri mẫu (*Anemarrhenae Rhizoma*), Hoạt thạch (*Talcu*), Kê huyết đằng (*Clematidis Radix*), Xích thược (*Paeoniae Radix*), Xa tiền tử (*Plantaginis Semen*), Ý dĩ (*Coicis Semen*), Tỳ giải (*Dioscoreae*), Uy linh tiên (*Clematidis Rhizoma*) và tá dược.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là gút mạn tính theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bennett và Wood (1968) và có tăng acid uric máu với nam giới có hàm lượng acid uric trong máu > 7,0 mg/l (420 μ mol/l), nữ giới có hàm lượng acid uric trong máu > 6,0 mg/l (360 μ mol/l) điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an từ tháng 01/2019 đến tháng 6/2020.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

- Bệnh nhân suy gan, suy thận, nhồi máu cơ tim, xuất huyết não, nhồi máu não.
- Bệnh nhân có rối loạn tiêu hóa kéo dài ảnh hưởng tới quá trình hấp thu, chuyển hóa thuốc.
- Bệnh nhân mắc bệnh tâm thần, suy dinh dưỡng.
- Bệnh nhân có chống chỉ định dùng Allopurinol.
- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng với các thành phần của bài thuốc
- Bệnh nhân có thai hoặc đang cho con bú.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước sau điều trị, so sánh với nhóm đối chứng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

- Cỡ mẫu gồm 120 bệnh nhân chia thành 2 nhóm:

+ Nhóm nghiên cứu 60 bệnh nhân được điều trị viên nén bao phim GT1 liệu trình 30 ngày.

+ Nhóm chứng 60 bệnh nhân được dùng phác đồ điều trị bằng Allopurinol liệu trình 30 ngày.

Đánh giá kết quả:

- Theo dõi tại các thời điểm: trước điều trị (D0) và sau điều trị 15 ngày, 30 ngày (D15, D30). Chỉ tiêu nghiên cứu gồm: đặc điểm chung của người bệnh, mức độ đau theo thang điểm VAS.

- Đánh giá chỉ số acid uric máu, phân loại hiệu quả cải thiện chỉ số acid uric máu.

- So sánh và đánh giá kết quả trước và sau điều trị của từng nhóm.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích theo phần mềm R và R studio chạy trên nền tảng Window 11, so sánh sự khác biệt trước sau điều trị của acid uric giữa hai nhóm nghiên cứu bằng phương pháp Bootstrap estimation, so sánh đối chứng bằng thuật toán kiểm định giá trị trung bình của hai mẫu độc lập Independent-sample T-test, phương pháp dependent t-test được sử dụng để so sánh sự khác biệt của các biến định lượng trước sau điều trị.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành sau khi được Hội đồng khoa học - đạo đức Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới: Trên 50% bệnh nhân tham gia nghiên cứu trong nhóm tuổi từ 60 - 69 tuổi, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm dưới 40 tuổi là 3,3% ở nhóm chứng và 1,7% ở nhóm nghiên cứu. Sự khác biệt theo nhóm tuổi giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $62,70 \pm 11,01$ (tuổi), nhóm chứng là $63,00 \pm 10,18$ (tuổi), sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu là nam giới chiếm tỷ lệ 95% ở nhóm nghiên cứu và 93,33% ở nhóm chứng. Sự khác biệt giữa hai nhóm theo giới không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ chung ở cả hai nhóm là 94,16%.

3.2. Kết quả hạ acid uric trên cận lâm sàng

Bảng 3.1. Đánh giá sự thay đổi chỉ số acid uric máu (μ mol/l)

Thời điểm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$, n = 60)	Nhóm chứng ($\bar{X} \pm SD$, n = 60)	P _{NNC-NC}
-----------	---	--	---------------------

D ₀		482,25 ± 58,73	483,75 ± 55,97	>0,05
D ₁₅		431,78 ± 68,52	408,19 ± 53,59	<0,05
D ₃₀		375,01 ± 71,28	333,22 ± 55,01	<0,01
Hiệu suất giảm	D ₀₋₁₅	50,47 ± 24,65	75,57 ± 26,05	<0,01
	D ₁₅₋₃₀	56,78 ± 14,94	74,96 ± 13,95	<0,01
	D ₀₋₃₀	107,25 ± 34,68	150,53 ± 32,70	<0,01

Bảng 3.1 cho thấy trước điều trị chỉ số acid uric của nhóm nghiên cứu là 482,25 ± 58,73 (μmol/l), nhóm chứng là 483,75 ± 55,97 (μmol/l), sự khác biệt giữa hai nhóm trước điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 15 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu là 431,78 ± 68,52 (μmol/l), chỉ số này của nhóm chứng là 408,19 ± 53,59 (μmol/l), sự khác biệt giữa hai nhóm sau 15 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 30 ngày điều trị chỉ số này của nhóm nghiên cứu là 375,01 ± 71,28 (μmol/l), chỉ số này của nhóm chứng là 333,22 ± 55,01 (μmol/l), sự khác biệt giữa hai nhóm sau 30 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Sau 15 ngày điều trị hiệu suất giảm acid uric của nhóm nghiên cứu trung bình là 50,47 ± 24,65 (μmol/l), thấp hơn so với nhóm chứng là 75,57 ± 26,05 (μmol/l), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Sau 30 ngày điều trị hiệu suất giảm acid uric của nhóm nghiên cứu trung bình là 107,25 ± 34,68 (μmol/l), thấp hơn nhóm chứng là 150,53 ± 32,70 (μmol/l), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

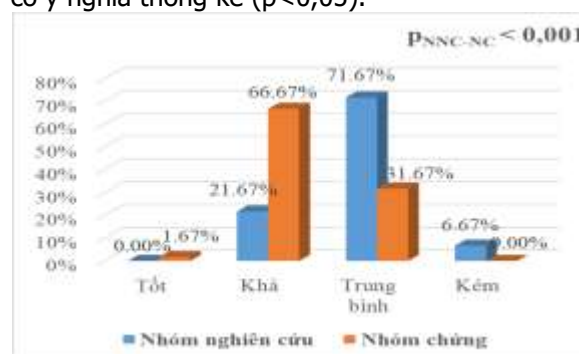
Bảng 3.2. Kết quả điều trị hạ AU sau 30 ngày điều trị ở hai nhóm

Phân loại acid uric		Nhóm nghiên cứu (n = 60)		Nhóm chứng (n = 60)		p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Ngày 15	Đạt chuẩn*	30	50,00	38	63,33	> 0,05
	Không đạt chuẩn	30	50,00	22	36,67	
Ngày 30	Đạt chuẩn*	42	70,00	56	93,33	< 0,05
	Không đạt chuẩn	18	30,00	4	6,67	

*: Đạt chuẩn: Nồng độ acid uric máu nhỏ hơn 420 (μmol/l) với nam và nhỏ hơn 360 (μmol/l) với nữ.

Kết quả điều trị chung cho thấy sau 15 ngày điều trị 50% bệnh nhân nhóm nghiên cứu cho mức giảm acid uric đạt chuẩn (nam < 420 μmol/l; nữ < 360 μmol/l) tỷ lệ này thấp hơn ở nhóm nghiên cứu là 63,33%, sự khác biệt liên quan đến đáp ứng điều trị sau 15 ngày điều trị giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sau 30 ngày điều trị 70% bệnh nhân nhóm nghiên cứu cho mức giảm acid uric đạt chuẩn (nam < 420 μmol/l; nữ < 360 μmol/l) tỷ lệ này thấp hơn ở nhóm nghiên cứu là 93,33%, sự khác biệt liên quan đến đáp ứng điều trị sau 30 ngày điều trị giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Kết quả chung sau 15 ngày điều trị

Biểu đồ 3.1 cho thấy sau 15 ngày điều trị tỷ lệ đáp ứng khá của nhóm chứng là 66,67% cao gấp 3 lần so với nhóm nghiên cứu là 21,67%, tỷ lệ đáp ứng tốt của nhóm nghiên cứu là 0% thấp hơn nhóm chứng là 1,67%. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng sau 15 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.2. Kết quả chung sau 30 ngày điều trị

Biểu đồ 3.2 cho thấy sau 30 ngày điều trị tỷ lệ đáp ứng tốt của nhóm chứng là 66,67% cao gấp 2 lần so với nhóm nghiên cứu là 25,00%, tỷ lệ đáp ứng trung bình của nhóm nghiên cứu là 13,33% cao hơn nhóm chứng là 3,33%, không

có bệnh nhân đáp ứng kém ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng sau 30 ngày điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 120 bệnh nhân với độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $62,70 \pm 11,01$ (tuổi), nhóm chứng là $63,00 \pm 10,18$ (tuổi). Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Puja p Khanna (2012), tuổi trung bình của bệnh nhân gút là 60,9 tuổi; thấp hơn nghiên cứu của Morlock R (2016) về tuổi trung bình của bệnh nhân gút ở một số nước phát triển, trong đó, ở Anh là 64,0 tuổi, ở Đức là 68,9 tuổi, ở Pháp là 68,7 tuổi, thấp nhất ở Hoa Kỳ là 53,6 tuổi [5]. So sánh với các nghiên cứu trong nước, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Đăng Quang (2020) tuổi trung bình của bệnh nhân gút là 59,8 tuổi [6], độ tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Minh (2018) là từ 51 tuổi trở lên (chiếm 82,5%) [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi mắc bệnh cao hơn các tác giả khác có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là cán bộ hưu trí, tại thời điểm nghiên cứu đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện. Trong khi các bệnh nhân trẻ có biểu hiện cấp tính thường nằm điều trị nội trú.

Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tuổi cao, thường mắc kèm các bệnh mạn tính khác. Y học cổ truyền cho rằng người già thể chất hư suy, tấu lý sơ hở, vệ khí bất cố; vì thế mà phong hàn thấp tà dễ xâm nhập vào bì phu kinh lạc mà gây ra bệnh thống phong.

Giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam giới chiếm 94,16%, Tỷ lệ này cũng tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Minh, tỉ lệ bệnh nhân nam là 94.16% [7]. Tạ Đăng Quang là 93,75% [6].

Giải thích về tỷ lệ mắc bệnh gút cao ở nam giới, nhiều tác giả cho rằng gen tham gia điều chỉnh AU máu trong cơ thể đa số là gen trội và nằm trên nhiễm sắc thể X, mặt khác nam giới thường có những thói quen làm tăng nguy cơ bị bệnh gút như: uống nhiều bia rượu, hút thuốc lá, chế độ ăn nhiều đạm.

Giải thích về sự ít gặp của nữ giới mắc bệnh gút, một số tác giả cho rằng đó là do ảnh hưởng của oestrogen, hormon này có tác dụng làm tăng thải AU qua đường niệu qua đó giúp giảm AU máu.

4.2. Tác dụng điều trị. Trong mục tiêu điều trị gút, ngoài chống viêm giảm đau thì hạ acid uric máu là mục tiêu chính của các thuốc điều trị bệnh gút hiện nay. Kiểm soát tốt chỉ số acid uric máu sẽ giúp bệnh nhân tránh được việc bùng phát các cơn gút cấp, về lâu dài sẽ hạn chế được các tổn thương khác do bệnh gút gây ra ở khớp, thận.

Trong những năm gần đây, để lượng giá tác dụng và hiệu quả điều trị của bài thuốc đông dược, các thầy thuốc YHCT đã đưa ra hình thức đánh giá hiệu quả điều trị dựa theo sự cải thiện nồng độ acid uric máu. Việc lượng giá này phù hợp với khuyến cáo năm 2016 của Liên đoàn Chống thấp khớp châu Âu (EULAR), mục tiêu điều trị hạ acid uric máu dưới 6mg/dl ($360\mu\text{mol/l}$) cần được áp dụng đối với các bệnh nhân gút bao gồm mới mắc bệnh hoặc gút mạn tính [8]. Nhiều tác giả như Nguyễn Thị Tuyết Minh, Tạ Đăng Quang cũng đều đi theo hướng nghiên cứu này và chứng minh được tác dụng hạ AU của các bài thuốc đông dược.

Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trước điều trị nồng độ AU máu trung bình ở cả 2 nhóm là tương đương nhau. Sau 15 ngày điều trị hiệu suất giảm acid uric của nhóm nghiên cứu trung bình là $50,47 \pm 24,65$ ($\mu\text{mol/l}$), thấp hơn so với nhóm chứng là $75,57 \pm 26,05$ ($\mu\text{mol/l}$), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Sau 30 ngày điều trị hiệu suất giảm acid uric của nhóm nghiên cứu trung bình là $107,25 \pm 34,68$ ($\mu\text{mol/l}$), thấp hơn nhóm chứng là $150,53 \pm 32,70$ ($\mu\text{mol/l}$), sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Như vậy sau 30 ngày điều trị, chỉ số AU máu ở cả hai nhóm đều giảm so với trước điều trị, nhóm chứng (dùng Allopurinol) có mức giảm nồng độ AU máu tốt hơn so với nhóm nghiên cứu (dùng GT1).

Kết quả điều trị chung cho thấy sau 30 ngày điều trị 70% bệnh nhân nhóm nghiên cứu cho mức giảm acid uric đạt chuẩn (nam $< 420 \mu\text{mol/l}$; nữ $< 360 \mu\text{mol/l}$) tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Đăng Quang (65,63% bệnh nhân ở nhóm dùng Tam diệu gia vị) [6]; nhưng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Minh (98,33%), nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này là do phương pháp nghiên cứu của tác giả trên sử dụng thuốc điều trị nền là Allopurinol, trong khi các nghiên cứu của chúng tôi chỉ sử dụng thuốc tân dược trong nhóm đối chứng [7].

Khi đánh giá phân loại kết quả hạ AU máu cho thấy, sau 30 ngày điều trị tỷ lệ đáp ứng tốt với điều trị của nhóm nghiên cứu là 25%, khá

61,67%, trung bình 13,33%, không có bệnh nhân nào có kết quả kém.

Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Đăng Quang (tốt 15,63%, khá 56,25%, trung bình 25%, kém 3,12%) [6]. Sở dĩ chúng tôi so sánh kết quả với nghiên cứu của tác giả này là do 2 nghiên cứu có sự tương đồng về thành phần bài thuốc. GT1 lấy gốc là bài "Tam diệu thang" gia vị, còn tác giả Tạ Đăng Quang nghiên cứu viên nang Tam diệu gia vị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Minh (tốt 65%, khá 23,33%, trung bình 10%, kém 1,67%) [7]. Điều này cũng có thể lý giải là do tuy tác giả nghiên cứu bài thuốc có thành phần tương đồng (Tứ diệu tán), nhưng có sử dụng thuốc nền là Allopurinol.

Như vậy nhóm nghiên cứu dùng thuốc GT1 có mức giảm AU có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên vẫn thấp hơn so với nhóm chứng dùng Allopurinol. Qua kết quả trên có thể thấy GT1 có tác dụng hạ acid uric máu trên các bệnh nhân gút mạn có tăng acid uric máu. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu được lý học hiện đại về các vị thuốc trong thành phần GT1, và cũng phù hợp với kết quả các nghiên cứu chúng tôi đã tiến hành trên động vật thực nghiệm. GT1 hiệu quả kém hơn Allopurinol về hạ acid uric, nhưng an toàn và ít tác dụng phụ, cải thiện đau và vận động tốt, có thể dùng cho bệnh nhân không dung nạp Allopurinol hoặc dùng kết hợp.

4.3. Tác dụng không mong muốn. Trong quá trình điều trị ở nhóm nghiên cứu chỉ thấy có 01 bệnh nhân có triệu chứng buồn nôn, chiếm 1,67%; tuy nhiên triệu chứng này nhẹ, bệnh nhân không phải bỏ thuốc và triệu chứng tự hết sau 1 tuần sử dụng thuốc, có 01 bệnh nhân táo bón, chiếm tỷ lệ 1,67%.

Trong nhóm chứng có 2 bệnh nhân có dấu hiệu sẵn ngứa nhẹ, chiếm 3,33%, có 1 bệnh nhân đầy chướng bụng, chiếm 1,67%. Đây là tác dụng không mong muốn thường gặp trong khuyến cáo của thuốc Allopurinol. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Minh (2018) trong nhóm bệnh nhân dùng Allopurinol có 5% bệnh nhân bị rối loạn tiêu hóa và 1% bệnh mẩn ngứa.

V. KẾT LUẬN

Sau 30 ngày điều trị với liều 8 viên

GT1/ngày, mức giảm AU máu trung bình của nhóm nghiên cứu so với trước điều trị là 107,25 ($\mu\text{mol/l}$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.

Sau 30 ngày điều trị 70% bệnh nhân nhóm nghiên cứu cho mức giảm acid uric đạt chuẩn (nam < 420 $\mu\text{mol/l}$; nữ < 360 $\mu\text{mol/l}$).

Phân loại kết quả hạ AU máu sau điều trị cho thấy, sau 30 ngày điều trị tỷ lệ đáp ứng tốt với điều trị của nhóm nghiên cứu là 25%, khá 61,67%, trung bình 13,33%, không có bệnh nhân nào có kết quả kém.

Hiệu quả hạ acid uric của GT1 thấp hơn Allopurinol, nhưng GT1 an toàn, ít tác dụng phụ, có thể là lựa chọn thay thế/hỗ trợ trong một số đối tượng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paulino YC, Camacho F, Paulino TV, et al. (2025).** Conducting genetic epidemiology research on hyperuricaemia and gout in an indigenous community in Guam-a feasibility study. *BMC public health*, 25(1), 484.
2. **FitzGerald JD (2025).** Gout. *Annals of internal medicine*, 178(3), Itc33-itc48.
3. **He Q, Mok TN, Sin TH, et al. (2023).** Global, Regional, and National Prevalence of Gout From 1990 to 2019: Age-Period-Cohort Analysis With Future Burden Prediction. *JMIR public health and surveillance*, 9, e45943.
4. **Xu H, Wang P, Fu H, et al. (2025).** Serum urate levels alter the spatial distribution of urate crystals in synovium and correlate with synovitis and pain in non-gout female patients with anteromedial knee osteoarthritis. *Arthritis & rheumatology (Hoboken, NJ)*.
5. **Morlock R, Chevalier P, Horne L, et al. (2016).** Disease control, health resource use, healthcare costs, and predictors in gout patients in the United States, the United Kingdom, Germany, and France: a retrospective analysis. *Rheumatology (Oxford, England)*, 3, 53-75.
6. **Tạ Đăng Quang (2020).** Nghiên cứu độc tính và tác dụng điều trị bệnh gút mạn tính của viên nang cứng Tam diệu gia vị trên thực nghiệm và lâm sàng. Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Thị Tuyết Minh (2018).** Nghiên cứu độc tính và tác dụng hỗ trợ điều trị bệnh gút mạn của cốm tan Tứ diệu tán. Luận án tiến sĩ.
8. **Nuki G, Doherty M, Richette PJ (2017).** Current management of gout: practical messages from 2016 EULAR guidelines. *Pol Arch Intern Med*, 127(4), 267-77.