

- Implant displacement to the maxillary sinus- a retrospective multicenter cohort study and a management protocol. *Int J Implant Dent.* 2025;11(1):44. doi:10.1186/s40729-025-00629-3.
4. **Dryer RR, Conrad HJ.** Displacement of a Dental Implant into the Pterygoid Fossa: A Clinical Report. *J Prosthodont.* 2019;28(9):1044-1046. doi:10.1111/jopr.13126.
 5. **Vrielinck L, Politis C, Schepers S, Pauwels M, Naert I.** Image-based planning and clinical validation of zygoma and pterygoid implant placement in patients with severe bone atrophy using customized drill guides. Preliminary results from a prospective clinical follow-up study. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32(1):7-14. doi:10.1054/ijom.2002.0337.
 6. **Misch C.** Bone character: second vital implant criterion. *Dent today.* 1988;7:39.
 7. **Sun Y, Xu C, Wang N, Wu Y, Liu Y, Fan S, Wang F.** Virtual pterygoid implant planning in maxillary atrophic patients: prosthetic-driven planning and evaluation. *Int J Implant Dent.* 2023;9(1):9. doi:10.1186/s40729-023-00472-4.
 8. **Jorba-García A, González-Barnadas A, Camps-Font O, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E.** Accuracy assessment of dynamic computer-aided implant placement: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2021;25(5):2479-2494. doi:10.1007/s00784-021-03833-8.

ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI BỆNH ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TỈNH PHÚ THỌ

Hoàng Thị Kim Dung¹, Nguyễn Tiến Chung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh đau thắt lưng do thoái hoá cột sống. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Qua mô tả đặc điểm của 70 bệnh nhân. Đặc điểm chung: tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 71,04±7,33 tuổi với nam chiếm 52,9%; thời gian mắc bệnh trung bình là 6,22±3,37 năm; Lâm sàng: lúc vào viện, điểm VAS trung bình là 5,11±0,88; khoảng Schöber trung bình là 2,37±0,71 (cm); tầm vận động gập, duỗi, nghiêng bên đầu trung bình lần lượt là 57,40±9,70 (độ), 18,01 ± 4,19 (độ), 21,46±4,94 (độ); điểm ODI trung bình là 21,04±4,53 điểm; Cận lâm sàng: trên phim Xquang, tổn thương đặc xương dưới sun chiếm 90,0%; gai xương chiếm 87,1%, và hẹp khe khớp 78,6%. **Kết luận:** Nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn với 52,9%, trung bình là 71,04±7,33 tuổi, tổn thương trên phim Xquang chiếm tỷ lệ cao nhất là đặc xương dưới sun. **Từ khoá:** Đau thắt lưng, thoái hoá cột sống, Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BACK PAIN DUE TO DEGENERATIVE SPINE DISEASE AT PHU THO TRADITIONAL MEDICINE AND FUNCTIONAL REHABILITATION HOSPITAL

¹Bệnh viện Y Dược Cổ truyền và Phục hồi Chức năng tỉnh Phú Thọ

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Kim Dung

Email: Hoangdung.1081@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with low back pain due to degenerative spine disease. **Method:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** 70 patients. General characteristics: Mean age was 71.04 ± 7.33 years, with males accounting for 52.9%; Mean duration of disease was 6.22 ± 3.37 years. Clinical features: mean VAS score was 5.11 ± 0.88; mean Schöber was 2.37 ± 0.71 cm; mean range of motion for forward flexion, extension, and lateral flexion was 57.40 ± 9.70°, 18.01 ± 4.19°, and 21.46 ± 4.94°, mean ODI score was 21.04 ± 4.53 points; Paraclinical features: subchondral bone sclerosis was the most common finding (90.0%), followed by osteophytes (87.1%) and joint space narrowing (78.6%). **Conclusion:** Males accounted for a higher (52.9%) with a mean age of 71.04 ± 7.33 years. The most prevalent radiographic finding was subchondral bone sclerosis. **Keywords:** Low back pain, degenerative spine disease, Phu Tho Traditional Medicine and Functional Rehabilitation Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là thuật ngữ để chỉ các triệu chứng đau khu trú tại vùng giữa khoảng xương sườn 12 và nếp lằn liên mông, một hoặc hai bên. Thoái hoá cột sống là nguyên nhân hàng đầu gây ra đau thắt lưng [1]. Đây là hội chứng thường gặp trong lâm sàng [2]. Theo Nguyễn Văn Chương và cộng sự, đau thắt lưng hông chiếm 26,9% tổng số các bệnh nhân Khoa nội thần kinh Viện Quân Y 103 [3].

Bệnh lâu ngày làm giảm khả năng lao động, gây ảnh hưởng lớn đến sức khoẻ, kinh tế, chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình [2]. Với mong muốn hiểu rõ hơn về đặc điểm của bệnh đau thắt lưng do thoái hoá cột sống, giúp

cho việc hiểu về đặc điểm của bệnh, đưa ra phương pháp điều trị thích hợp nhất, chúng tôi tiến hành tìm hiểu về đặc điểm chung của người bệnh đau thắt lưng do thoái hoá cột sống tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh đau thắt lưng do thoái hoá cột sống".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 70 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hoá cột sống với biểu hiện sau [2]:

- Lâm sàng: Hội chứng cột sống (+)
- Cận lâm sàng: XQ CSTL quy ước; MRI hoặc CT-Scanner có dấu hiệu điển hình: có 1 trong 3 dấu hiệu cơ bản của thoái hóa cột sống (Hẹp khe khớp không đồng đều, biểu hiện giảm chiều cao của đĩa đệm hẹp nhưng không dính khớp và/hoặc gai xương ở ngoài của thân đốt sống, gai xương có thể tạo thành những cầu xương, khớp nhân tạo; đặc biệt những gai xương ở gần lỗ tiếp hợp dễ bị chèn ép vào rễ thần kinh và/hoặc đặc xương dưới sụn: mâm sụn có hình ảnh đặc xương)

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ tháng 4 năm 2025 đến tháng 11 năm 2025 tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Chỉ tiêu theo dõi

- Tuổi: nhóm tuổi < 60, 60-69, 70-79, ≥ 80 tuổi.
- Giới tính: nam, nữ.
- Nghề nghiệp: lao động trí óc, lao động chân tay.
- Thời gian mắc bệnh: nhóm dưới 1 năm, từ 1 – dưới 3 năm, từ 3 – dưới 5 năm, từ 5 - dưới 10 năm và từ 10 năm trở lên.
- Mức độ đau của bệnh nhân: điểm trung bình VAS.
- Độ giãn cột sống thắt lưng: khoảng Schober trung bình.
- Tầm vận động CSTL gập (cúi), duỗi (ngửa), nghiêng bên đau: độ vận động trung bình.
- Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm ODI (Oswestry Low Back Pain Disability): mức độ tốt, khá, trung bình và kém.
- Tổn thương trên X- Quang cột sống thắt lưng thẳng – nghiêng: gai xương, đặc xương dưới sụn và hẹp khe khớp.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phương pháp và thuật toán thống kê y sinh học trên phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được biểu diễn dưới dạng: giá trị

trung bình và tỷ lệ phần trăm (%). Sử dụng test χ^2 để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ phần trăm và T-test Student để so sánh sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số lượng	
	n	Tỷ lệ %
<60	3	4,3
60-69	26	37,1
70-79	34	48,6
≥80	7	10,0
Tổng	70	100
X ± SD	71,04 ± 7,33	

Nhận xét: Độ tuổi 70 - 79 chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,6%, tiếp theo là nhóm tuổi 60 - 69 với 37,1%. Tuổi trung bình là 71,04 ± 7,33 tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới tính	Số lượng	
	n	Tỷ lệ %
Nam	37	52,9
Nữ	33	47,1
Tổng	70	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam xu hướng cao hơn nữ. Nam chiếm 52,9% và nữ chiếm 47,1%.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	
	n	Tỷ lệ %
Lao động trí óc	31	44,3
Lao động chân tay	39	55,7
Tổng	70	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân lao động trí óc chiếm 44,3%, thấp hơn tỷ lệ lao động chân tay chiếm 55,7%.

Bảng 3.4. Phân bố theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Số lượng	
	n	Tỷ lệ %
< 1 năm	5	7,1
1 – < 3 năm	6	8,6
3 – < 5 năm	11	15,7
5 – < 10 năm	35	50,5
≥ 10 năm	13	18,6
Tổng	70	100
X ± SD	6,22 ± 3,37	

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh của đối tượng tham gia nghiên cứu đa số trong khoảng 5 - 10 năm (50,5%). Thời gian mắc bệnh trung bình là 6,22 ± 3,37 năm.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.5. Chỉ số lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Chi số	Giá trị trung bình ($\bar{X} \pm SD$)
	Tổng (n=70)
VAS	5,11 ± 0,88
Schöber (cm)	2,37 ± 0,71
Gập (độ)	57,40 ± 9,70
Duỗi (độ)	18,01 ± 4,19
Nghiêng bên đầu (độ)	21,46 ± 4,94

Nhận xét: Điểm VAS trung bình của bệnh nhân là 5,11 ± 0,88 điểm. Khoảng Schöber trung bình là 2,37 ± 0,71 cm. Tâm vận động gập, duỗi, nghiêng bên đầu trung bình của bệnh nhân lần lượt là 57,40 ± 9,70 (độ), 18,01 ± 4,19 (độ), 21,46 ± 4,94 (độ).

Bảng 3.6. Chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm ODI

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ
	n	%
Tốt	0	0,0
Khá	9	12,9
Trung bình	43	61,4
Kém	18	25,7
Tổng	70	100
$\bar{X} \pm SD$	21,04 ± 4,53	

Nhận xét: Đa số chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân ở mức trung bình theo thang điểm ODI với 61,4%. Điểm ODI trung bình là 21,04 ± 4,53 điểm.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.7. Đặc điểm X-quang CSTL của bệnh nhân trước điều trị

Dấu hiệu	Số lượng	Tỷ lệ
	n	%
Gai xương	61	87,1
Hẹp khe khớp	55	78,6
Đặc xương dưới sụn	63	90,0

Nhận xét: Trên phim X-quang của bệnh nhân, tổn thương thường gặp nhất là đặc xương dưới sụn 90,0%, tiếp theo là gai xương chiếm 87,1% và hẹp khe khớp chiếm 78,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung. Kết quả nghiên cứu 70 bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hoá cột sống cho thấy, độ tuổi 70 - 79 chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,6%, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 71,04 ± 7,33 tuổi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ninh Thị Hương Giang (2021), tuổi trung bình là 69,87 ± 8,14 tuổi [4]. Theo Nguyễn Hữu Thắng và cộng sự (2024), tuổi trung bình là 68,47 ± 10,41 tuổi [5]. Cao hơn trong nghiên cứu của Lương Công Nam và cộng sự (2024), tuổi trung bình là 59,8 ± 12,58 [6]. Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu được tiến hành ở cộng đồng khác nhau,

khác nhau về điều kiện kinh tế và xã hội hoặc có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để phản ánh khách quan tỷ lệ trong quần thể. Tuổi tác là một trong những yếu tố của thoái hoá CSTL. Do tình trạng chịu áp lực quá tải lên sụn khớp và đĩa đệm lặp đi lặp lại và kéo dài trong nhiều năm dẫn đến tổn thương sụn, xương dưới sụn, mất tính đàn hồi của đĩa đệm, xơ cứng dây chằng bao khớp gây nên những biểu hiện của THCS [1].

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, tỷ lệ nam có xu hướng nhiều hơn nữ, nam chiếm 52,9% và nữ chiếm 47,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tùng Sơn và cộng sự (2023), tỷ lệ nam chiếm 71,4% và nữ chiếm 28,6% [7]. Nguyễn Hữu Thắng và cộng sự (2024), tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 60% và 40% [5]. Tình trạng thoái hoá gặp sớm và bị nặng hơn ở nữ giới được giải thích là do liên quan đến sự suy giảm hormone sinh dục của nữ giới trong thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh, sự suy giảm này làm giảm hoạt động của tạo cốt bào, làm cho hoạt động hủy cốt bào tăng lên [2]. Nhưng do sự bình đẳng giới và phát triển của kinh tế xã hội, nam giới ngày nay cũng rất chú ý chăm sóc sức khoẻ bản thân.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân lao động tay chân (55,7%) có xu hướng cao hơn lao động trí óc (44,3%). Kết quả của chúng tôi khác một vài nghiên cứu khác như Nguyễn Đức Minh và cộng sự (2021), tỷ lệ lao động trí óc chiếm nhiều hơn với 56,7% [8]. Ninh Thị Hương Giang (2021), nhóm bệnh nhân lao động trí óc chiếm đa số với 72,8% [4]. Nhiều tác giả thống nhất rằng những việc làm nặng nhọc kéo dài hoặc lặp đi lặp lại nhiều lần như: gánh nặng, bưng bê, khuân vác nặng, đứng lâu, ngồi lâu... làm sụn khớp, đĩa đệm phải chịu áp lực lớn kéo dài gây tổn thương, giảm hay mất tính đàn hồi của đĩa đệm và xơ cứng dây chằng, khiến cho cột sống thắt lưng bị thoái hoá. Việc làm những việc nặng nhọc kéo dài ngày càng làm tình trạng thoái hoá trở nên nhanh mà mạnh hơn [1]. Tuy vậy, nhưng do tính chất công việc ngày nay, lao động trí óc vẫn phải đứng hoặc ngồi lâu làm việc ở một tư thế và lối sống ít vận động, nên tỷ lệ thoái hoá cột sống ở nhóm lao động này ngày càng gia tăng.

Kết quả nghiên cứu bảng 3.4 cho thấy thời gian mắc bệnh trung bình tính theo năm là 6,22 ± 3,37 năm, đa số bệnh nhân bị bệnh trong khoảng 5-10 năm (50,5%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lương Công Nam và cộng sự (2024), tỷ lệ mắc bệnh nhóm 5-10 năm chiếm đa số. Tuy nhiên, tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn (50,5%) so với nghiên cứu

của Lương Công Nam (36,8%), có lẽ do độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $71,04 \pm 7,33$ tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của Lương Công Nam là $59,8 \pm 12,58$ tuổi [6].

4.2. Về đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng cơ năng đầu tiên và quan trọng nhất, là nguyên nhân khiến bệnh nhân đi khám chính là triệu chứng đau [1]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm VAS để đánh giá. Thang điểm VAS là thang điểm đánh giá mức độ đau của bệnh nhân và được sử dụng phổ biến trong các nghiên cứu vì tính đơn giản và tiện lợi. Thang đo VAS bao gồm các mức độ đau tăng dần từ 0 cho đến 10 điểm, trong đó 0 điểm là không đau, 10 điểm là đau nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi bảng 3.5, trung bình điểm VAS tại thời điểm vào viện là $5,11 \pm 0,88$ điểm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lương Công Nam (2024), có điểm VAS trung bình là $5,2 \pm 0,68$ (điểm) [6].

Đau làm giảm độ giãn và tầm vận động cột sống thắt lưng. Theo kết quả bảng 3.5, Schöber trung bình của bệnh nhân là $2,37 \pm 0,71$ (cm). Tầm vận động gấp, duỗi, nghiêng bên đau trung bình của bệnh nhân lần lượt là $57,40 \pm 9,70$ (độ), $18,01 \pm 4,19$ (độ), $21,46 \pm 4,94$ (độ). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lương Công Nam (2024), Schober trung bình là $2,74 \pm 0,65$ cm [6]. Xu hướng tốt hơn của Nguyễn Đức Minh và cộng sự (2021), tầm vận động gấp của 2 nhóm nghiên cứu lần lượt là $53,30 \pm 7,31$ độ và $52,00 \pm 8,69$ độ; duỗi là $17,76 \pm 3,16$ và $18,10 \pm 3,33$ độ; nghiêng là $19,27 \pm 1,95$ và $19,07 \pm 1,91$ độ; có lẽ do điểm VAS lúc vào viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,2 \pm 0,68$ (điểm), thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Minh là 6,17 điểm [8].

Khi bệnh nhân bị đau lưng, giảm độ giãn cột sống thắt lưng, các động tác gấp, duỗi, nghiêng đều bị ảnh hưởng, do đó ảnh hưởng tới chức năng sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm ODI. Kết quả bảng 3.6 cho thấy, tại thời điểm vào viện, đa số chức năng sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân ở mức trung bình, chiếm 61,4%. Điểm ODI trung bình là $21,04 \pm 4,53$ điểm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lương Công Nam (2024), chức năng sinh hoạt hàng ngày đa số ở mức độ trung bình (67,1%), điểm ODI trung bình của 2 nhóm nghiên cứu lần lượt là $21,92 \pm 5,52$ và $21,82 \pm 5,38$ (điểm) [6].

4.3. Về đặc điểm cận lâm sàng. Kết quả bảng 3.7 cho thấy, trên phim Xquang của bệnh nhân đều có các dấu hiệu điển hình của thoái hoá CSTL, trong đó tỷ lệ gai xương chiếm 87,1%, đặc xương dưới sụn 90,0% và hẹp khe

khớp 78,6%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lương Công Nam và cộng sự (2024) [6] và Ninh Thị Hương Giang (2021) [4].

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm chung: tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $71,04 \pm 7,33$ tuổi với nam chiếm 52,9% và nữ chiếm 47,1%; tỷ lệ bệnh nhân lao động tay chân chiếm cao hơn với 55,7%; thời gian mắc bệnh trung bình là $6,22 \pm 3,37$ năm;

- Đặc điểm lâm sàng: lúc vào viện, điểm VAS trung bình là $5,11 \pm 0,88$ (điểm); khoảng Schöber trung bình là $2,37 \pm 0,71$ (cm); tầm vận động gấp, duỗi, nghiêng bên đau trung bình lần lượt là $57,40 \pm 9,70$ (độ), $18,01 \pm 4,19$ (độ), $21,46 \pm 4,94$ (độ); điểm ODI trung bình là $21,04 \pm 4,53$ điểm;

- Đặc điểm cận lâm sàng: trên phim Xquang, tổn thương đặc xương dưới sụn chiếm 90,0%; gai xương chiếm 87,1%, và hẹp khe khớp 78,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Vĩnh Ngọc (2022), "Đau vùng thắt lưng và đau thần kinh hông to (đau thần kinh toạ) do thoát vị đĩa đệm", Bệnh học nội khoa tập 2, tái bản lần thứ năm có sửa chữa và bổ sung, Nhà xuất bản Y học, Tr. 285-299.
2. Bệnh viện Bạch Mai (2022), "Đau cột sống thắt lưng", Cẩm nang chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 965-969.
3. Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Minh Hiện, Nguyễn Văn Tuấn (2015), "Nghiên cứu Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Bộ môn - khoa Nội thần kinh, Bệnh viện 103 - Học viện Quân y: số liệu thu thập trong 10 năm gần đây (2004 - 2013) với 4.178 bệnh nhân", Tạp chí Y dược học Quân sự, tháng 3 - 2015, tr. 5-16.
4. Ninh Thị Hương Giang (2021), "Đánh giá tác dụng của cây chỉ kết hợp với viên hoàn cứng Didicera trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống". Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Nguyễn Hữu Thắng, Cao Hồng Hạnh (2024), "Đặc điểm lâm sàng, X-quang trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống". Tạp chí y dược Thái Bình, 12(3), 14-19.
6. Lương Công Nam, Nguyễn Tiên Chung, Phạm Thị Bích Phượng (2024), "Đánh giá tác dụng của cao dán Ôn kinh phương trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống". Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, số 55(02) - 2024.
7. Nguyễn Tùng Sơn, Nguyễn Tiên Chung (2023), "Tác dụng của Cao dán Hoạt lạc HV trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống", Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam, số 5(52)-2023, tr. 9-15.
8. Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc (2021) "Tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện châm kết hợp siêu âm điều trị". Tạp chí Y học Việt Nam, 504, tháng 7-số 1, 11-15.

YẾU TỐ NGUY CƠ HUYẾT KHỐI TIỂU NHĨ TRÁI Ở BỆNH NHÂN RUNG NHĨ TẠI BỆNH VIỆN TIM TÂM ĐỨC

Huỳnh Thị Thanh Trà¹, Nguyễn Tuấn Vũ¹, Tôn Thất Minh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim thường gặp nhất trong lâm sàng, có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ đột quỵ thiếu máu cục bộ và thuyên tắc mạch hệ thống. Hơn 90% các trường hợp huyết khối trong nhĩ trái ở bệnh nhân RN được hình thành tại tiểu nhĩ trái. Việc nhận diện các yếu tố nguy cơ hình thành huyết khối tiểu nhĩ trái có ý nghĩa quan trọng trong việc giúp bệnh nhân sớm được thực hiện siêu âm tim qua thực quản để phát hiện huyết khối tiểu nhĩ trái, từ đó tối ưu hóa điều trị chống đông và lựa chọn chiến lược can thiệp phù hợp. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm xác định các yếu tố liên quan đến sự hình thành HK TNT ở bệnh nhân RN. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành tại Bệnh viện Tim Tâm Đức từ tháng 12/2024 đến tháng 9/2025 trên 117 bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán RN và thực hiện siêu âm tim qua thực quản (SATQTQ) để khảo sát huyết khối tiểu nhĩ trái. Các dữ liệu thu thập gồm đặc điểm lâm sàng, bệnh lý đồng mắc, điểm CHA₂DS₂-VASc, các chỉ số xét nghiệm máu (CRP, acid uric, NT-proBNP, eGFR) và thông số siêu âm tim (đường kính nhĩ trái, phân suất tổng máu thất trái). Phân tích thống kê được thực hiện bằng SPSS 20.0 với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Kết quả: Trong 117 bệnh nhân, có 14 trường hợp (12,0%) được phát hiện HK TNT. So với nhóm bệnh nhân không có HK TNT, nhóm bệnh nhân có HK TNT có tỷ lệ suy tim sung huyết cao hơn đáng kể (35,7% so với 1,9%; $p < 0,001$) và rung nhĩ không phải cơn (dài dằng/vĩnh viễn) chiếm ưu thế (85,7% so với 30,1%; $p < 0,001$). Các chỉ số điểm CHA₂DS₂-VASc, acid uric, NT-proBNP và đường kính nhĩ trái đều cao hơn có ý nghĩa ở nhóm HK TNT với p lần lượt là 0,011; 0,008; 0,008; 0,001. Tuy nhiên khi phân tích hồi quy logistic đa biến nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận suy tim sung huyết là yếu tố nguy cơ độc lập mạnh nhất làm tăng khả năng hình thành HK TNT (OR = 13,33; KTC 95%: 1,235 – 143,912; $p = 0,033$). Bên cạnh đó, RN không phải cơn cũng được xem là yếu tố tiên lượng mạnh với nguy cơ hình thành huyết khối tiểu nhĩ trái cao gấp gần 10 lần so với rung nhĩ cơn (OR = 9,95; KTC 95%: 1,586 – 62,372; $p = 0,014$). Kết luận: Suy tim sung huyết và loại RN không phải cơn là hai yếu tố nguy cơ độc lập của HK TNT. Vì vậy, cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và phương tiện cận lâm sàng trong dự đoán nguy cơ hình thành cũng như xác định huyết khối TNT nhằm phát hiện sớm, tiên lượng bệnh và đưa ra những chiến lược điều trị tích cực hơn

Từ khóa: Rung nhĩ; Huyết khối tiểu nhĩ trái; Siêu âm tim qua thực quản.

SUMMARY

RISK FACTORS FOR LEFT ATRIAL THROMBUS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AT TAM DUC HEART HOSPITAL

Introduction: Atrial fibrillation is the most common cardiac arrhythmia in clinical practice and is closely associated with an increased risk of ischemic stroke and systemic embolism. More than 90% of intra-atrial thrombi in patients with AF originate from the left atrial appendage. Identifying risk factors for left atrial appendage thrombus formation is crucial for guiding early transesophageal echocardiography evaluation, optimizing anticoagulation therapy, and determining appropriate interventional strategies. This study aimed to identify factors associated with LAAT formation in patients with AF. Methods: A cross-sectional study was conducted at Tam Duc Heart Hospital from December 2024 to September 2025, including 117 adult patients (≥ 18 years) diagnosed with AF who underwent TEE for LAA thrombus assessment. Data collected included clinical characteristics, comorbidities, CHA₂DS₂-VASc score, laboratory parameters (CRP, uric acid, NT-proBNP, eGFR), and echocardiographic indices (left atrial diameter, left ventricular ejection fraction). Statistical analyses were performed using SPSS version 20.0, with $p < 0.05$ considered statistically significant. Results: Among 117 patients, 14 (12.0%) had LAAT detected. Compared with those without LAAT, patients with LAAT had a significantly higher prevalence of congestive heart failure (35.7% vs. 1.9%; $p < 0.001$) and non-paroxysmal AF (persistent/permanent type) (85.7% vs. 30.1%; $p < 0.001$). Higher CHA₂DS₂-VASc score, uric acid, NT-proBNP levels, and left atrial diameter were observed in the LAAT group ($p = 0.011, 0.008, 0.008, \text{ and } 0.001$, respectively). However, multivariable logistic regression identified congestive heart failure as the strongest independent predictor of LAAT (OR = 13.33; 95% CI: 1.235 – 143.912; $p = 0.033$). In addition, non-paroxysmal AF was also found to be a strong prognostic factor, conferring a nearly tenfold higher risk of LAAT compared with paroxysmal AF (OR = 9.95; 95% CI: 1.586 – 62.372; $p = 0.014$). Conclusion: Congestive heart failure and non-paroxysmal AF are independent risk factors for LAAT formation. Integrating clinical assessment with echocardiographic evaluation may facilitate early detection, better risk stratification, and timely intervention in AF patients. **Keywords:** Atrial fibrillation, left atrial appendage thrombus, transesophageal echocardiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp tim thường gặp nhất, hiện ảnh hưởng đến khoảng 52,55

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Tim Tâm Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Vũ

Email: vunt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025