

Elhamzaoui và cộng sự, nghiên cứu trên 461 chủng *S. Aureus*, tỷ lệ kháng với penicilin G là 86,8% và tất cả các chủng đều nhạy cảm với nhóm glycopeptide (gồm vancomycin và teicoplanin)<sup>8</sup>.

Vi khuẩn *S. Epidermidis* hầu hết còn nhạy với tất cả các nhóm kháng sinh.

## V. KẾT LUẬN

Nhiễm trùng liên quan đến catheter lọc máu là một trong những biến chứng nguy hiểm cần phát hiện và điều trị kịp thời. Theo nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức, vi khuẩn Gram dương trong đó *S. Aureus* là vi khuẩn gây bệnh thường gặp nhất và trong đó *S. aureus* đã kháng nhiều nhóm kháng sinh nhưng còn nhạy với vancomycin, linezolid và teicoplanin.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jean-Luc Pagan and Philippe Eggimann.** Management of catheter- related infection. 2008. 6(1):31–37. doi: 10.1586/14787210.6.1.31
2. **Nielsen J, Ladefoged SD, Kolmos HJ.** Dialysis catheter-related septicemia--focus on *Staphylococcus aureus* septicemia. *Nephrol Dial*

*Transplant.* 1998; 13(11):2847-2852. doi:10.1093/ndt/13.11.2847

3. **Nguyễn Thị Thủy (2008).** Khảo sát tình hình nhiễm trùng liên quan đến catheter dùng cho chạy thận nhân tạo chu kỳ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường đại học Y Hà Nội.
4. **KDOQI (2019).** Clinical practice Guideline For Vascular Access, 164.
5. **Abd El-Hamid El-Kady.** Microbial Repercussion on Hemodialysis Catheter-Related Bloodstream Infection **Outcome:** A 2-Year Retrospective Study. 2021; 14:4067-4075. doi:10.2147/IDR.S333438
6. **Crystal A.** Farrington and Michael Allon. Management of the Hemodialysis Patient with Catheter-Related Bloodstream Infection. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2019; 14:611–613, doi: 10.2215/CJN.13171118
7. **Lê Ngọc Hà (2010).** Khảo sát tình trạng nhiễm trùng liên quan đến đường vào mạch máu tạm thời trong lọc máu cấp cứu ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường đại học Y Hà Nội.
8. **S . Elhamzaoui and A. Benouda.** Antibiotic susceptibility of *Staphylococcus aureus* strains isolated in two university hospitals in Rabat, Morocco. 2009; 39(12): 891-895. doi: 10.1016/j.medmal.2009.01.004

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TUYẾN THƯỢNG THẬN LẠNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Trung Thông<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Trọng<sup>2</sup>, Kim Văn Vụ<sup>1,2</sup>, Nguyễn Tiến Trung<sup>1</sup>, Hoàng Anh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận lạnh tính tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân u tuyến thượng thận lạnh tính được phẫu thuật nội soi cắt u tại bệnh viện K từ 01/2017 - 06/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 47,5 ± 13,8 (20 – 72 tuổi), tỷ lệ nữ/nam là 1,1; tiền sử nội khoa gồm tăng huyết áp (25%) và đái tháo đường (11,7%); 15% có phẫu thuật vùng bụng trước đó; khối u hay gặp bên phải (55%); với kích thước u trung bình 4,11 ± 1,42cm; 10% có tăng catecholamin (chiếm 60% u tủy thượng thận). Về mô bệnh học, u vỏ thượng thận hay gặp nhất (58,3%) sau đó là u tủy thượng thận (16,7%) và u hạch thần kinh (8,3%). Đa số trường hợp cắt toàn bộ tuyến (58,3%); thời gian phẫu thuật trung bình: 100 phút, thời gian có trung

tiên: 1,64 ± 0,55 ngày; thời gian nằm viện: 4,52 ± 1,03 ngày. Biến chứng trong mổ gồm rối loạn huyết động (5%) và chảy máu (3,3%); không xảy ra biến chứng sẹo mổ và không có tử vong sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến thượng thận là một phẫu thuật an toàn, đem lại hiệu quả cao và đạt được nhiều lợi ích cho bệnh nhân. Cần cân nhắc tới kích thước của u, bệnh lý toàn thân của bệnh nhân để lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp.

**Từ khóa:** u tuyến thượng thận, phẫu thuật nội soi, kết quả sớm.

## SUMMARY

### EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR ADRENAL TUMOR IN K HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate initial results of laparoscopic adrenalectomy for adrenal tumor in K hospital. **Patients and methods:** A cross sectional study on 60 patients with adrenal tumors underwent laparoscopic adrenalectomy in K hospital from 01/2017 to 06/2022. **Results:** The mean age was 47,5 ± 13,8 (20 – 72 years old), female/male rate was 1.1; medical history including hypertension (25%) and diabetes (11,7%); 15% had previous abdominal surgery; most tumors on the right side (55%); mean tumor size: 4,11±1,42cm; 10% of patients had high catecholamine level (60% of pheochromocytoma

<sup>1</sup>Bệnh viện K,

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trọng

Email: vantrong.hmu@gamil.com

Ngày nhận bài: 24.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2022

Ngày duyệt bài: 19.8.2022

tumors). Histopathologically, adrenal cortical tumor was the most common type (58.3%), followed by pheochromocytoma (16.7%) and ganglioneuroma (8.3%). In most cases, the entire gland was removed (58.3%); mean operative time: 100 minutes; the mean time to first passage of flatus:  $1,64 \pm 0,55$  days; hospital day:  $4,52 \pm 1,03$  days. Operative morbidity including hemodynamic disturbance (5%) and hemorrhage (3,3%); no postoperative morbidity and no postoperative mortality. **Conclusions:** Laparoscopic adrenal for adrenal tumor is a safe, high effective procedure and makes patients have many benefits. We need consider tumor size and system diseases to choose the right method in surgery

**Keywords:** adrenal tumor, laparoscopic adrenalectomy, early result.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận (TTT) là tuyến nội tiết nằm sâu sau phúc mạc, có vai trò quan trọng đối với hoạt động sống của cơ thể thông qua chuyển hoá các hormon. Sự tăng tiết các nội tiết tố từ u TTT gây ra nhiều hội chứng bệnh lý khó có thể điều trị bằng nội khoa mà cần can thiệp ngoại khoa. Phẫu thuật (PT) cắt bỏ TTT có thể được thực hiện bằng PT mở hoặc nội soi, đi qua phúc mạc hay ngoài phúc mạc. Việc lựa chọn phương pháp mổ phụ thuộc từng trường hợp cụ thể và là thực tế lâm sàng đặt ra cho các phẫu thuật viên. Tại Bệnh viện K đã PT nội soi điều trị u TTT từ lâu nhưng chưa có thống kê cụ thể. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của PT nội soi điều trị u TTT lành tính tại Bệnh viện K.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm các bệnh nhân (BN) u TTT lành tính được PT nội soi cắt u tại Bệnh viện K, thời gian từ tháng 1/2017 đến hết tháng 06/2022.

### Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán u TTT dựa các thăm dò hình ảnh (siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ).
- Được PT nội soi cắt u TTT đường trong phúc mạc.
- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u TTT lành tính.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**Các bước tiến hành:** Lập bệnh án nghiên cứu và lấy số liệu bao gồm các chỉ tiêu:

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, lí do vào viện, tiền sử.
- Cận lâm sàng: siêu âm, CLVT, MRI ổ bụng: vị trí, kích thước, đặc điểm u; hoạt động nội tiết

khối u; mô bệnh học sau mổ.

- Phương pháp PT, tai biến trong mổ, thời gian PT, hậu phẫu.

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán:

+ Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn ( $X \pm SD$ ). So sánh kết quả giữa các biến liên tục bằng test t-student.

+ Các biến định tính thứ tự và rời rạc trình bày dưới dạng tỷ lệ %. So sánh kết quả các biến định tính bằng kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$ ).

+ Sự khác biệt giữa các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

**Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân**

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	$\leq 40$ tuổi	20	33,3
	41 - 60 tuổi	26	43,3
	$> 60$ tuổi	14	23,4
Giới tính	Nữ	31	51,7
	Nam	29	48,3
Tiền sử nội khoa	Không	41	68,3
	Tăng huyết áp	12	20,0
	Đái tháo đường	4	6,7
Tiền sử PT vùng bụng	THA + ĐTĐ	3	5,0
	Không	51	85
Vị trí u	Có	9	15
	Bên phải	33	55
Kích thước u (cm)	Bên trái	27	45
	$\leq 4$	37	61,7
	$> 4$	23	38,3
	Trung bình	$4,11 \pm 1,42$	
Hoạt động nội tiết	Nhỏ nhất - Lớn nhất	1,5 - 8,5	
	Không	54	90
	Catecholamin	6	10
	Cortisol	0	0
Phân loại ASA	Aldosteron	0	0
	I	2	3,3
	II	44	73,3
	III	14	23,4

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của nhóm BN được nghiên cứu là  $47,5 \pm 13,8$ . Tuổi cao nhất là 72, thấp nhất là 20, nằm chủ yếu trong khoảng 40 đến 60, tỷ lệ nữ/nam = 1,1. Đa số BN không có tiền sử bệnh lý nội khoa (chiếm 68,3%). Có 9 BN từng PT vùng bụng (chiếm 15%). Các khối u nằm bên phải thường gặp hơn (chiếm 55%), kích thước u trung vị 3,75cm và đa số dưới 4cm (chiếm 61,7%). Các khối u thường không hoạt

động nội tiết (chiếm 90%). Đa số BN có điểm phân loại ASA II (chiếm 73,3%).

### 3.2. Đặc điểm mô bệnh học

**Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học**

Giải phẫu bệnh	Số BN	Tỷ lệ
U vỏ thượng thận	35	58,3
U tủy thượng thận (Pheochromocytoma)	10	16,7
U hạch thần kinh (Ganglioneuroma)	5	8,3
U bao schwann (Schwannoma)	3	5,0
U mỡ tủy bào (Myelolipoma)	2	3,3
U khác	5	8,3
<b>Tổng</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong nhóm BN nghiên cứu, thể giải phẫu bệnh thường gặp nhất là u tuyến vỏ thượng thận (chiếm 58,3%), sau đó là u tủy thượng thận (chiếm 16,7%), một số loại ít gặp như u hạch thần kinh (chiếm 8,3%), u bao Schwann (5%) và u mỡ tủy bào (3,3%). Một số u khác gồm u nang thượng thận và khối máu tụ (chiếm 8,3%).

### 3.3. Kết quả điều trị

**Bảng 3. Phương pháp xử lý u**

Phương pháp	Số BN	Kích thước u	p
Cắt toàn bộ tuyến	35 (58,3%)	47,6 ± 14,76	< 0,001
Cắt chọn lọc u	25 (41,7%)	32,08 ± 6,71	

**Nhận xét:** Đa số BN được cắt toàn bộ TTT (chiếm 58,3%). Kích thước u của nhóm cắt toàn bộ TTT lớn hơn nhóm cắt u chọn lọc ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 4. Kết quả sớm sau phẫu thuật**

Thời gian PT (phút)	100 ± 27(60 – 150)
Thời gian trung tiện (ngày)	1,64 ± 0,55 (1 – 3)
Thời gian lưu dẫn lưu (ngày)	2,27 ± 0,84 (1 – 4)
Thời gian nằm viện (ngày)	4,52 ± 1,03 (3 – 8)
Biến chứng trong mổ	
Rối loạn huyết động	3 (5%)
Chảy máu	2 (3,3%)
Tổn thương cuống thận	0
Tổn thương lách	0
<b>Biến chứng sau PT</b>	
Viêm phổi	0
Nhiễm trùng vết mổ	0
Chảy máu sau mổ	0
Suy thượng thận	0
Tử vong	0

**Nhận xét:** Tất cả BN được PTNS mà không phải chuyển mổ mở với thời gian mổ trung bình là 100 phút (từ 60 đến 150 phút). Có 3 BN rối loạn huyết động (tăng huyết áp) là các trường hợp u tủy thượng thận (chiếm 5% số BN). Có 2 trường hợp chảy máu trong mổ (chiếm 3,3%),

các BN mất máu dưới 200ml và không cần truyền máu trong/sau PT. Không có BN nào có biến chứng sau mổ như viêm phổi, chảy máu, nhiễm khuẩn, suy thượng thận. Không có trường hợp tử vong sau PT.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học.

Trong số 60 BN nghiên cứu, tuổi trung bình là  $47,5 \pm 13,7$ . Tuổi cao nhất là 72, thấp nhất là 20 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 1,1.

31,7% BN có bệnh lý nền là tăng huyết áp (chiếm 25%) và đái tháo đường (chiếm 11,7%), có 3 BN có cả hai bệnh lý nền (chiếm 5%). Trong bệnh u TTT, tăng huyết áp vừa là bệnh phổi hợp, cũng có thể là hậu quả của u tủy TTT. Một số nghiên cứu trước cho thấy tỷ lệ mắc u TTT lành tính tăng theo lứa tuổi và thường xuất hiện kèm với béo phì, đái tháo đường, hoặc tăng huyết áp, phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.<sup>1</sup>

Tiền sử PT vùng bụng cần được quan tâm, đặc biệt với các PT mở tăng trên ổ bụng hoặc ổ thận bởi nó liên quan trực tiếp đến vị trí PT u TTT. Các sẹo mổ cũ thường dính và có thể gây khó khăn trong các bước đặt Trocar và phẫu tích.<sup>2</sup> Có 9 BN có tiền sử PT vùng bụng (chiếm 15%), trong đó chủ yếu là mổ đẻ và mổ cắt ruột thừa, không liên quan tới vị trí u TTT nên chúng tôi không gặp nhiều khó khăn trong PT.

Khối u TTT phải chiếm đa số với 55%, không có trường hợp nào u TTT hai bên. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Minh Châu với u TTT phải chiếm 64,1%.<sup>3</sup> Kích thước khối u trung bình là 4,11cm, kéo dài từ 1,5cm đến 8,5cm. So sánh với Nguyễn Minh Châu, tác giả thấy kích thước u trung bình là 4,28cm (nhỏ nhất 1,1cm và lớn nhất 12,1cm).<sup>3</sup>

Đa phần khối u không hoạt động nội tiết, 6 BN có tăng catecholamine (chiếm 10% tổng số BN và chiếm 60% BN u tủy thượng thận), không có trường hợp nào tăng cortisol hay aldosteron. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Economopoulos khi tác giả thấy khoảng 80% u TTT không hoạt động nội tiết.<sup>4</sup> Các trường hợp u hoạt động nội tiết có chỉ định PT, trong khi những khối u <4cm và không hoạt động chức năng không PT mà theo dõi.<sup>5</sup>

Về mô bệnh học: U vỏ thượng thận chiếm đa số với 58,3% BN, sau đó là u tủy thượng thận (16,7%) và u hạch thần kinh (8,3%). Một số u khác ít gặp hơn gồm u nang TTT và nhồi máu TTT (chiếm 8,3%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Mantero: u vỏ thượng thận chiếm 64%, u tủy thượng thận chiếm 15%.<sup>6</sup>

**4.2. Kết quả sớm của phẫu thuật.** Trong PT nội soi u TTT lành tính, lựa chọn phương pháp xử lý u đóng vai trò quan trọng. Kỹ thuật cắt toàn bộ tuyến thường áp dụng với các u TTT 1 bên có kích thước lớn hoặc xâm lấn xung quanh, đây là PT triệt để nhưng có thể làm tăng tỷ lệ suy TTT sau mổ nếu chức năng TTT còn lại không tốt.<sup>7</sup> Các trường hợp u kích thước nhỏ, đơn độc, khu trú và vùng ngoại vi được chỉ định PT cắt chọn lọc u một bên hoặc hai bên.<sup>7</sup> Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 58,3% BN được PT cắt toàn bộ TTT và 41,7% cắt chọn lọc u, kích thước u của nhóm cắt toàn bộ tuyến lớn hơn nhóm còn lại ( $p < 0,001$ ).

100% BN PT nội soi thành công với đường tiếp cận trong phúc mạc, thời gian PT trung bình là  $100 \pm 27$  phút, từ 60 phút đến 150 phút. Thời gian dài hơn ở những BN: béo phì, lớp mỡ quanh thượng thận dày che lấp khối u; u bên phải do liên quan tới tĩnh mạch chủ dưới; u kích thước > 4 cm do tăng sinh mạch, chèn ép xung quanh; u tuỷ thượng thận do u chế tiết hormone ảnh hưởng huyết động và chảy máu trong quá trình PT.

Thời gian trung tiện trung bình  $1,64 \pm 0,55$  ngày, ngắn nhất 1 ngày, dài nhất 3 ngày. Kết quả này ngắn hơn trong nghiên cứu của Coste:  $2,71 \pm 1,2$  ngày (từ 1 đến 9 ngày). Tác giả nhận thấy ưu điểm của PTNS cắt u TTT là ít xâm lấn, chạm thương các tạng trong ổ bụng ít hơn, BN ít đau sau mổ, qua đó thời gian phục hồi nhu động ruột cũng sớm hơn.<sup>8</sup>

Thời gian hậu phẫu trung bình là  $4,52 \pm 1,03$  ngày (ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 8 ngày). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Coste là  $4,4 \pm 2,8$  ngày (từ 1 đến 32 ngày).<sup>8</sup> Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận thời gian nằm viện sau mổ từ 3,1 đến 6,9 ngày.<sup>1,4</sup> Các tác giả cho thấy thời gian này phụ thuộc vào bệnh lý nền, kích thước u và biến chứng sau mổ.<sup>1,4,8</sup>

Đa số BN không có biến chứng trong mổ. 3 BN tăng huyết áp (dao động từ 180-200mgHg) khi động chạm vào khối u và đều thuộc u tủy TTT. Trong các trường hợp này chúng tôi phối hợp với bác sĩ gây mê kiểm soát huyết động và khống chế tĩnh mạch thượng thận nhanh nhất có thể để tránh cơn cao huyết áp kịch phát. Như vậy, rối loạn huyết động trong mổ có liên quan đến u tăng tiết catecholamine và điều này phù hợp với tác dụng sinh lý do catecholamine gây ra. Nghiên cứu của Đỗ Trường Thành cho thấy không có trường hợp nào rối loạn huyết động trong mổ. Tác giả cũng cho rằng việc chủ động kẹp tĩnh mạch thượng thận sớm làm giảm rối loạn huyết động trong và sau mổ.<sup>9</sup>

Có 2 BN chảy máu trong mổ chiếm 3,3%, chủ yếu do u kích thước lớn khó bộc lộ rõ tĩnh mạch thượng thận chính và chảy máu diên cắt, các BN này mất máu dưới 200ml và được kiểm soát sau khi kẹp tĩnh mạch thượng thận. Nghiên cứu của Đỗ Trường Thành ghi nhận tai biến trong mổ: 2 trường hợp chảy máu, những trường hợp này đều là u có kích thước > 5cm có xâm lấn tổ chức xung quanh, quá trình bóc tách giải phóng u khó khăn dẫn đến chảy máu.<sup>9</sup>

Trong nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào gặp biến chứng sau mổ như viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, chảy máu và suy thượng thận sau mổ. Điều này cho thấy những ưu điểm của PTNS là can thiệp tối thiểu, mặt khác do tỉ lệ cắt u chọn lọc bảo tồn TTT lành của chúng tôi chiếm tỉ lệ khá cao nên không gặp trường hợp nào suy thượng thận.

## V. KẾT LUẬN

PT nội soi điều trị u TTT là an toàn và hiệu quả, có thể áp dụng với các loại u TTT lành tính. Cần cân nhắc tới kích thước của u, bệnh lý toàn thân của BN để lựa chọn phương pháp PT phù hợp. Xét nghiệm catecholamine trước mổ là cần thiết và thường quy với các khối u vị trí hố thượng thận, giá trị chẩn đoán và tiên lượng tốt hơn, chủ động hơn cho cuộc PT.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jung-Min Lee, Mee Kyoung Kim, Seung-Hyun Ko, et al, (2017).** Clinical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentaloma. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 32(2), 200-218.
2. **Chen Y, Chomsky-Higgins K Scholten A, Nwaogu I, Gosnell JE, Seib C, Shen WT, Suh I, Duh QY, (2018).** Risk Factors Associated With Perioperative Complications and Prolonged Length of Stay After Laparoscopic Adrenalectomy. *JAMA Surg*. 153(11), 1036-1041.
3. **Nguyễn Minh Châu, (2014).** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán u tuyến thượng thận. Luận văn Thạc sỹ y học - Đại học Y Hà Nội.
4. **Economopoulos KP, Lubitz CC Phitayakorn R, Sadow PM, Parangi S, Stephen AE, Hodin RA, (2016).** Should specific patient clinical characteristics discourage adrenal surgeons from performing laparoscopic transperitoneal adrenalectomy? *Surgery*. 159(1), 240-8.
5. **AACE/AAES, (2009).** Guidelines for the management of adrenal incidentalomas. *Endocrine practice*. 15(1)
6. **Mantero F, Massimo Terzolo, Giorgio Arnaldi, et al, (2000).** A Survey on Adrenal Incidentaloma in Italy 2000. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 85(2).
7. **Ikeda, Y, H. Takami, Y. Sasaki, J. Takayama, (2003).** Is Laparoscopic Partial or Cortical-Sparing Adrenalectomy Worthwhile. *Eur Surg*. 35(2), 89-92.

8. Coste T, Caiazzo R, Torres F, et al, (2017). Laparoscopic adrenalectomy by transabdominal lateral approach: 20 years of experience. Surg Endosc. 31(7), 2743-2751.

9. Đỗ Trường Thành, Trịnh Hoàng Giang, (2013). Đánh giá kết quả điều trị u vỏ tuyến thượng thận bằng phẫu thuật nội soi qua đường bụng. Tạp chí Y học thực hành. 893, 84-86.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG BẰNG BÀI THUỐC ĐỘC HOẠT KÝ SINH THANG, KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM VÀ TẬP DƯỠNG SINH

Tô Văn Dút<sup>1</sup>, Lê Thị Ngoan<sup>2</sup>, Lê Tuyết Hà<sup>3</sup>, Dương Diễm Ái<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá hiệu quả giảm đau, cải thiện chức năng vận động cột sống trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hoá cột sống bằng bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang, điện châm kết hợp với tập dưỡng sinh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng, chọn ngẫu nhiên 92 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hoá cột sống, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu điều trị bằng bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm và tập dưỡng sinh, nhóm đối chứng điều trị bằng bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm. So sánh kết quả trước và sau điều trị. **Kết quả:** Bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm và tập dưỡng sinh hiệu quả tốt trong điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống, 45,7 % đánh giá đạt kết quả điều trị chung. Chỉ số Schober tăng từ  $11,2 \pm 0,5$  (cm) trước điều trị lên  $12,9 \pm 0,8$  (cm) sau điều trị, cải thiện khoảng cách tay - đất từ  $34 \pm 8$  (cm) trước điều trị xuống  $11,9 \pm 5,4$  (cm) sau điều trị, điểm VAS giảm từ  $7,1 \pm 0,4$  (điểm) trước điều trị xuống  $3,5 \pm 1,4$  (điểm) sau điều trị, kết quả điều trị chung ở mức đạt cao hơn so với nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang kết hợp điện châm và tập dưỡng sinh hiệu quả tốt trong điều trị đau thắt lưng do thoái hoá cột sống.

**Từ khóa:** Độc hoạt ký sinh thang, điện châm, tập dưỡng sinh, thoái hoá cột sống thắt lưng.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE EFFECTS OF TREATMENT OF LOW BACK PAIN CAUSED BY DEGENERATIVE SPINE BY "DOC HOAT KY SINH THANG" REMEDY COMBINED WITH ELECTRICAL ACUPUNCTURE AND DUONG SINH EXERCISES

**Objective:** To evaluate the pain-relieved effect

and improvement in spin motor function of "Doc hoat ky sinh thang" remedy combined with electrical acupuncture and Duong sinh exercises on the low back pain caused by the degenerative spine. **Subjects and methods:** Clinical intervention study with a control group, sampling 92 patients diagnosed with degenerative spondylosis of the lumbar spine, regardless of gender or occupation, participated in the study and divided into 2 groups. Researchers were treated with "Doc hoat ky sinh thang" remedy combined with electrical acupuncture and Duong sinh exercises, while the control group combined using "Doc hoat ky sinh thang" remedy with electrical acupuncture. Comparing the results before and after treatment. **Result:** "Doc hoat ky sinh thang" remedy with electrical acupuncture and Duong sinh exercises has a good effect in treating low back pain due to spinal degenerative, 45,7% rate of good results. The Schober index increased from  $11,2 \pm 0,5$  (cm) (before the treatment) to  $12,9 \pm 0,8$  (cm) after the study, improving the hand-soil index from  $34 \pm 8$  (cm) (before the treatment) to  $11,9 \pm 5,4$  (cm) after the study, the VAS score decreased from  $7,1 \pm 0,4$  to  $3,5 \pm 1,4$  after the treatment, rate of good results improved better than the control group, the difference was statistically significant with  $p < 0,05$ . **Conclusion:** The treating method using "Doc hoat ky sinh thang" remedy combined with electrical acupuncture and Duong sinh exercises treatment is effective in treating low back pain caused by the degenerative spine.

**Keywords:** Doc hoat ky sinh thang, electrical acupuncture, Duong sinh exercises, degenerative lumbar spine

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống thắt lưng (CSTL) là bệnh khá thường gặp ở người cao tuổi, liên quan đến loạt triệu chứng, trong đó có đau thắt lưng với các mức độ nghiêm trọng khác nhau, có thể dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống [2].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), đau thắt lưng thuộc chứng Tý, bệnh danh là "Yêu thống". Nguyên nhân do thận hư, hàn thấp, thấp nhiệt và huyết ứ [1]. YHCT đặc biệt được kỳ vọng trong điều trị do việc sử dụng thuốc tây đối lâu dài đã để lại nhiều tác dụng phụ như viêm loét dạ dày tá tràng, xuất huyết tiêu hóa, hội chứng

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế thành phố Vinh Long

<sup>2</sup>Trường Đại học Y dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Tô Văn Dút

Email: tovandut.bs@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022