

NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI KÍCH THƯỚC, CHỈ SỐ XEP TÍNH MẠCH CHỦ DƯỚI TRƯỚC VÀ SAU CUỘC LỌC BẰNG SIÊU ÂM Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI CÓ LỌC MÁU CHU KỲ

Nguyễn Thanh Xuân¹, Nguyễn Huy Thông¹, Phạm Quốc Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá biến đổi kích thước, chỉ số xẹp tĩnh mạch chủ dưới bằng siêu âm 2D trước và sau cuộc lọc ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối có lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 70 bệnh nhân bệnh thận mạn tính có lọc máu chu kỳ từ tháng 01 năm 2022 đến 6 năm 2023. Đo kích thước tĩnh mạch chủ dưới bằng siêu âm ở thời điểm trước và sau cuộc lọc máu. **Kết quả:** Bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối có lọc máu có kích thước tĩnh mạch chủ dưới trên siêu âm giảm rõ rệt sau lọc máu: Dmax IVc giảm từ $1,8 \pm 0,409$ (cm) xuống $1,6 \pm 0,365$ (cm) ($p < 0,01$), Dmax IVci giảm từ $1 \pm 0,409$ (cm) xuống $0,75 \pm 0,32$ (cm) ($p < 0,01$); Chỉ số xẹp tĩnh mạch chủ dưới IVC-CI tăng lên có ý nghĩa sau lọc máu: từ $0,42 \pm 0,116$ lên $0,497 \pm 0,134$ ($p < 0,01$). **Kết luận:** kích thước tĩnh mạch chủ dưới biến đổi giảm và chỉ số xẹp tăng có ý nghĩa sau cuộc lọc ở bệnh nhân bệnh thận mạn có lọc máu chu kỳ. **Từ khóa:** Tĩnh mạch chủ dưới, bệnh thận mạn tính, lọc máu chu kỳ

SUMMARY

RESEARCH ON SIZE AND COLLAPSE INDEX VARIATION OF THE INFERIOR VENA CAVA BEFORE AND AFTER DIALYSIS BY ULTRASOUND IN PATIENTS WITH END-STAGE CHRONIC KIDNEY DISEASE ON HEMODIALYSIS

Objective: Evaluate size and collapse index variation of the inferior vena cava before and after dialysis by 2D ultrasound before and after dialysis in patients with end-stage chronic kidney disease on hemodialysis. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study in 70 chronic kidney disease patients on dialysis from January 2022 to June 2023. Measure the size of the inferior vena cava by ultrasound at the time before and after dialysis. **Results:** Results: Patients with end-stage chronic kidney disease on dialysis had the size of the inferior vena cava on ultrasound clearly reduced after dialysis: Dmax IVc decreased from 1.8 ± 0.409 (cm) to 1.6 ± 0.365 (cm) ($p < 0.01$), Dmax IVci decreased from 1 ± 0.409 (cm) to 0.75 ± 0.32 (cm) ($p < 0.01$); The IVC-CI inferior vena cava collapse index increased significantly after dialysis: from 0.42 ± 0.116 to 0.497 ± 0.134 ($p < 0.01$). **Conclusion:** the size of the inferior vena cava decreased and the collapse index increased

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 12.3.2024

significantly after dialysis in chronic kidney disease patients with hemodialysis. **Keywords:** Inferior vena cava, chronic kidney disease, hemodialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính (BTMT) giai đoạn cuối là hậu quả cuối cùng của nhiều bệnh lý thận-tiết niệu khác nhau, đòi hỏi bệnh nhân phải điều trị bằng các biện pháp điều trị thay thế thận như lọc máu hay ghép thận. Ngày nay, mặc dù y học đã có nhiều thành tựu trong chẩn đoán, kiểm soát, theo dõi, quản lý và điều trị sớm bệnh thận song tỷ lệ bệnh nhân BTMT giai đoạn cuối ngày càng tăng lên. Bệnh thận mạn tính là một tình trạng tiến triển mà ảnh hưởng đến >10% dân số chung trên toàn thế giới, lên tới >800 triệu bệnh nhân [1]. Thận nhân tạo (TNT) là một trong những biện pháp điều trị thay thế thận hiệu quả đang được áp dụng phổ biến nhất hiện nay, giúp lọc sạch chất độc trong máu bệnh nhân, duy trì trọng lượng khô (TLK) của cơ thể và điều chỉnh rối loạn cân bằng nước và điện giải.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu để tìm ra các phương pháp khách quan nhằm đánh giá tình trạng ứ dịch ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Một số nghiên cứu đã ứng dụng đo đường kính tĩnh mạch chủ dưới (IVC) bằng siêu âm để đánh giá tình trạng ứ dịch ngoại bào ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Đo IVC bằng siêu âm là một kỹ thuật không xâm nhập, tiện lợi có thể thực hiện nhiều lần và ngay tại giường bệnh để đánh giá tình trạng ứ dịch của cơ thể. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu công bố sử dụng IVC để đánh giá ứ dịch ngoại bào ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá biến đổi kích thước Đáy, chỉ số xẹp tĩnh mạch chủ dưới bằng siêu âm 2D trước và sau cuộc lọc ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối có lọc máu chu kỳ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 70 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối đang điều trị lọc máu thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Thận và lọc máu, Bệnh viện Quân y 103, thời gian từ 01 năm 2023 đến 6 năm 2023.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân STMT đã LMCK thời gian > 3 tháng, bệnh nhân > 18 tuổi, các bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân suy tim NYHA IV, suy tim cấp tính, bệnh nhân có hở van 3 lá mức độ vừa trở lên; Bệnh nhân bệnh lý về phổi: viêm phổi cấp, xơ phổi do các nguyên nhân; Bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng: Viêm tụy cấp; Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, so sánh trước và sau cuộc lọc.

- **Nội dung nghiên cứu:** Khai thác tiền sử bệnh: Thời gian phát hiện bệnh thận, suy thận, lọc máu lần đầu; Có mắc các bệnh lý kèm theo: đái tháo đường, THA hay không, bệnh lý phổi, bệnh lý van tim, suy tim. Khám lâm sàng: chiều cao, cân nặng (BMI), cân nặng, huyết áp và huyết áp giữa hai lần lọc; triệu chứng lâm sàng bệnh thận mạn tính; dấu hiệu suy tim: phù, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ; phổi có rales, tiếng tim bệnh lý, Huyết áp, XQ tim phổi, siêu âm tim; Siêu âm đo IVC: các bệnh nhân được siêu âm đo IVC ngay trước khi lọc máu và trong vòng 30 phút sau khi cuộc lọc kết thúc, sử dụng máy siêu âm xách tay ALOKA SSD - 900, đầu dò convex 3,5 MHz, siêu âm được tiến hành bởi bác sĩ có chứng chỉ siêu âm và kinh nghiệm trên 1 năm. Đo đường kính IVC và thay đổi đường kính theo hô hấp: đo đường kính IVC thì thở vào, thì thở ra. Tốt nhất đo trên chế độ M-Mode.



Hình 2.1. Minh họa cách đo đường kính TMCD

* Nguồn: Theo Rudski, L. G và cộng sự (2010) [2]

- **Một số tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:**

Bảng 2.1. Ước lượng lượng dịch trong cơ thể dựa vào IVC-CI

Giá trị	Thừa dịch %	Bình thường %	Thiếu dịch %
IVC-CI	< 0,4	≤ 0,75 ≥ 0,4	> 0,75

Nguồn: Theo tác giả Hafiz, M.A.E.H., Mohamed, E.A., Mohamed, M.A.E.N (2021)[3] Shrestha, SK, Ghimire, A., Ansari, SR, & Adhikari, A.(2018)[4]

2.4. Xử lý số liệu: kết quả được thu thập và xử lý theo phần mềm Excel và SPSS 20.0. Trong các phân tích đánh giá, giá trị p<0,05 là có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu được bệnh nhân đồng ý tham gia và được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân y 103 thông qua. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ cho mục đích chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Chung (n=70)	Nam (n=32)	Nữ (n=38)
X ± SD	55,6±15,02	58,18±14,35	53,34±15,4
Max - Min	79 - 22	78 - 27	79 - 22

Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu 55,61 ± 15,02 tuổi; tuổi già nhất 79 tuổi và tuổi trẻ nhất là 22 tuổi. Tuổi trung bình nhóm nữ cao hơn nhóm nam.

Bảng 3.2. Biến đổi đường kính tĩnh mạch chủ dưới thì thở ra Dmax IVCe trước và sau lọc máu

Đường kính	Trước lọc máu (n=70)	Sau lọc máu (n=70)	p
Mean (cm)	1,797	1,613	<0,01
Median (cm)	1,8	1,6	
Minimum (cm)	0,9	0,7	
Maximum (cm)	2,8	2,3	

Kích thước tĩnh mạch chủ dưới thì thở ra trên siêu âm sau lọc máu Dmax IVCe là 1,6 ± 0,365 (cm) giảm rõ rệt so với trước lọc máu là 1,8 ± 0,409(cm) với p < 0,01

Bảng 3.3. Biến đổi đường kính tĩnh mạch chủ dưới thì thở vào Dmax IVCi trước và sau lọc máu

Đường kính	Trước lọc máu (n=70)	Sau lọc máu (n=70)	p
Mean (cm)	1,04	0,824	<0,01
Median (cm)	1,0	0,75	
Minimum (cm)	0,5	0,3	
Maximum (cm)	1,8	1,5	

Kích thước tĩnh mạch chủ dưới thì thở vào trên siêu âm sau lọc máu Dmax IVCi là 0,75 ± 0,32 (cm) giảm rõ rệt so với trước lọc máu là 1,0 ± 0,409 (cm) với p <0,01.

Bảng 3.4. Biến đổi chỉ số xẹp tĩnh mạch chủ dưới IVC-CI trước và sau lọc máu

Chỉ số	Trước lọc máu (n=70)	Sau lọc máu (n=70)	p
Mean	0,42	0,497	<0,01
Mode	0,5	0,4	
Minimum	0,13	0,17	
Maximum	0,68	0,79	

Chỉ số xẹp tĩnh mạch chủ dưới trên siêu âm sau lọc máu IVC-CI là $0,497 \pm 0,134$ (%) tăng rõ rệt so với trước lọc máu là $0,420 \pm 0,116$ (%) với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Sau khi lọc máu, bệnh nhân có thay đổi về lượng dịch trong cơ thể, biến đổi huyết áp, nếu tình trạng nặng ảnh hưởng đến người bệnh từ lâm sàng có biểu hiện chóng mặt, nhức đầu, chuột rút... đến thay đổi nhịp tim, tăng hay giảm huyết áp so với trước khi lọc máu phụ thuộc vào tình trạng giảm thể tích máu lưu hành [5]. Do đó việc đánh giá tình trạng dịch cần kết hợp đánh giá tình trạng lâm sàng và chẩn đoán xét nghiệm hoặc hình ảnh. Nhiều kỹ thuật đánh giá tình trạng thay đổi dịch sau cuộc lọc, tuy nhiên việc sử dụng phương pháp dễ và phổ biến được ưu tiên đó là siêu âm tại giường đánh giá thay đổi tĩnh mạch chủ dưới trước và sau cuộc lọc.

Khi so sánh với giới hạn bình thường trong khuyến cáo của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh tim mạch Châu Âu (2015) chúng tôi nhận thấy các giá trị này đều nằm ở giới hạn dưới của giới hạn bình thường. Kết quả siêu âm trong giới hạn dưới theo khuyến cáo và các nghiên cứu nước ngoài có thể do yếu tố thể

trạng người Việt Nam hay người Châu Á thường thấp và nhỏ hơn người Châu Âu. Theo Tatsunori Taniguchi và cộng sự (2015) [6]. Khuyến nghị tiêu chuẩn hóa đường kính IVC so với diện tích bề mặt cơ thể (BSA) (nghĩa là đường kính IVC 2,1 cm nếu $BSA > 1,61m^2$, đường kính IVC 1,7 cm khi $BSA < 1,61m^2$). Trong nghiên cứu của chúng tôi BSA trung bình là $1,56 \pm 0,15$, kích thước của Dmax IVc của chúng tôi trong nghiên cứu là 1,8 vì vậy nếu xét riêng về giá trị của Dmax IVc thì ngưỡng trung bình của bệnh nhân trước lọc máu là lớn hơn 1,7 tương đương với CVP trong ngưỡng từ 10-20 cmHg.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh với một số tác giả Mohamed Abd El Hamid Hafiz [3] và cộng sự khi đo Dmax IVc trước lọc thì giá trị trung bình là $2,01 \pm 0,29$, và theo tác giả Sanjaya Kumar Shrestha [4]. Thì giá trị trung bình là $1,4 \pm 0,38$ giá trị trung bình khác nhau này có thể giải thích các nghiên cứu thực hiện các vùng có đặc điểm dân cư khác nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, kích thước tĩnh mạch chủ dưới thì thờ ra xẹp xuống rõ rệt sau lọc máu ($p < 0,01$); So sánh với một số nghiên cứu đo kích thước tĩnh mạch chủ dưới trên siêu âm tương tự nghiên cứu của chúng tôi:

Bảng 4.1. Biến đổi một số chỉ số kích thước Dmax IVc trước và sau lọc máu

Kích thước IVC	Mohamed Abd El Hamid Hafiz (2021)[3]			Sanjaya Kumar Shrestha (2018)[4]		
	Trước lọc	Sau lọc	p	Trước lọc	Sau lọc	p
Dmax IVc (cm)	$2,01 \pm 0,29$	$1,79 \pm 0,22$	$<0,01$	$1,4 \pm 0,38$	$0,91 \pm 0,3$	$<0,01$

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả Mohamed Abd El Hamid Hafiz (2021) [3] và Sanjaya Kumar Shrestha (2018) [4] đều ghi nhận kích thước tĩnh mạch chủ dưới thì thờ ra giảm có ý nghĩa sau lọc máu ($p < 0,01$).

Bệnh nhân chạy thận nhân tạo có tình trạng quá tải dịch kéo dài do thận mất chức năng. Do đó, mục tiêu quan trọng của quá trình chạy thận nhân tạo là điều chỉnh quá tải dịch trong cơ thể để đạt được trọng lượng khô của bệnh nhân. Trong quá trình lọc máu, lượng dịch dư thừa trên cơ thể bệnh nhân sẽ được loại bớt khỏi cơ thể, nên kết quả siêu âm sẽ có biến đổi. Sự thay đổi về thể tích, dẫn đến thay đổi kích thước tĩnh mạch chủ dưới, các chỉ số đánh giá kích thước sau lọc giảm hơn so với trước lọc là một trong những yếu tố đánh giá hiệu quả cuộc lọc.

Trong khuyến cáo của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh tim mạch Châu Âu (2015) thì đường kính tĩnh mạch chủ dưới thì thờ vào ít được sử dụng để ước tính CVP chủ yếu là sử dụng các chỉ số Dmax IVC e và IVC- CI.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Mohamed Abd El Hamid Hafiz [4]. và cộng sự khi đo Dmax IVc trước lọc thì giá trị trung bình là $0,99 \pm 0,48$, và cao hơn tác giả Sanjaya Kumar Shrestha [3]. đường kính tĩnh mạch chủ dưới thì thờ vào trung bình là $0,67 \pm 0,34$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, kích thước tĩnh mạch chủ dưới thì thờ vào thay đổi rõ rệt sau lọc máu ($p < 0,01$); So sánh với một số nghiên cứu đo kích thước tĩnh mạch chủ dưới trên siêu âm tương tự nghiên cứu của chúng tôi:

Bảng 4.2. Biến đổi một số chỉ số kích thước Dmax IVci trước và sau lọc máu

Kích thước IVC	Mohamed Abd El Hamid Hafiz (2021)[49]			Sanjaya Kumar Shrestha (2018)[50]		
	Trước lọc	Sau lọc	p	Trước lọc	Sau lọc	p
Dmax IVci (cm)	$0,99 \pm 0,48$	$0,64 \pm 0,39$	$<0,01$	$0,67 \pm 0,34$	$0,35 \pm 0,19$	$<0,01$

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả Mohamed Abd El Hamid Hafiz (2021) [3] và Sanjaya Kumar Shrestha (2018) [4] đều ghi nhận kích thước tĩnh mạch chủ dưới thì thở vào giảm có ý nghĩa sau lọc máu ($p < 0,01$).

Theo Tatsunori Taniguchi và cộng sự (2015) [6]. khuyến nghị tiêu chuẩn hóa đường kính IVC so với diện tích bề mặt cơ thể (BSA) thì giá trị của IVC-CI không phụ thuộc vào diện tích bề mặt cơ thể, vì thế khi xem xét nhiều nghiên cứu về đánh giá đánh giá tình trạng dịch của cơ thể dựa vào các chỉ số kích thước tĩnh mạch chủ dưới

chúng tôi nhận ra rằng chỉ số IVC-CI thường được sử dụng nhiều hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn với tác giả Mohamed Abd El Hamid Hafiz (2021) và cộng sự khi đo Dmax IVC-CI trước lọc thì giá trị trung bình là $0,527 \pm 0,189$ [4], tác giả Sanjaya Kumar Shrestha (2018) trung bình là $0,53 \pm 0,18$ [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ chỉ số xẹp IVC-CI thì thở vào thay đổi rất rõ sau lọc máu ($p < 0,01$); So sánh với một số nghiên cứu đo kích thước tĩnh mạch chủ dưới trên siêu âm tương tự nghiên cứu của chúng tôi:

Bảng 4.3. Biến đổi một số chỉ số kích thước IVC-CI trước và sau lọc máu

Kích thước IVC	Mohamed Abd El Hamid Hafiz (2021)[3]			Sanjaya Kumar Shrestha (2018)[4]		
	Trước lọc	Sau lọc	p	Trước lọc	Sau lọc	p
Dmax IVC-CI(cm)	$0,53 \pm 0,19$	$0,65 \pm 0,19$	$<0,01$	$0,53 \pm 0,18$	$0,68 \pm 0,18$	$<0,01$

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả Mohamed Abd El Hamid Hafiz (2021) [3] và Sanjaya Kumar Shrestha (2018) [4] đều ghi nhận chỉ số xẹp IVC-CI giảm có ý nghĩa sau lọc máu ($p < 0,01$).

Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi có những điểm tương đồng và điểm khác biệt với các nghiên cứu nước ngoài. Khi so sánh đối chiếu với các khoảng giá trị của kích thước tĩnh mạch chủ dưới của các hướng dẫn quốc tế, chúng tôi nhận thấy, các chỉ số siêu âm đánh giá trong nghiên cứu của chúng tôi đều trong giá trị bình thường. So sánh kết quả của chúng tôi với tác giả Serkan Mohamed Abd El Hamid Hafiz (2021) [3] và Sanjaya Kumar Shrestha (2018) [4] chúng tôi nhận thấy kết quả khá tương đồng, một số chỉ số thấp hơn, một số lại cao hơn. Sự khác biệt này, theo chúng tôi chủ yếu là do các yếu tố khách quan, đặc biệt là yếu tố cơ địa, thể trạng; và yếu tố chủ quan do chính sự khác biệt trong lựa chọn đối tượng nghiên cứu như nguyên nhân suy thận, các bệnh kết hợp, thời gian lọc máu,... So sánh với nghiên cứu của tác giả Serkan Mohamed Abd El Hamid Hafiz (2021) [3] về các chỉ số phản ánh kích thước tĩnh mạch chủ dưới, theo chúng tôi, nghiên cứu của tác giả Serkan Mohamed Abd El Hamid Hafiz [3] trên người dân Ấn độ thể trạng của người dân đều cao, nên kết quả về kích thước tĩnh mạch chủ dưới thì thở vào và thở ra đều có giá trị trung bình cao hơn của chúng tôi. Đối với kết quả nghiên cứu của Sanjaya Kumar Shrestha (2018) [4] thì kết quả kích thước trung bình về kích thước tĩnh mạch chủ dưới thì thở vào và thở ra đều thấp hơn của chúng tôi vì nghiên cứu này được thực hiện tại Nepal một trong 10 nước có

chiều cao trung bình thấp nhất thế giới. Về kết quả về chỉ số IVC – CI trước lọc cho thấy kết quả của nghiên cứu chúng tôi đều thấp hơn so với 2 nghiên cứu trên, tuy nhiên chỉ số này đặc trưng cho thừa hay thiếu dịch của bệnh nhân, ở đây bệnh nhân là bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ và trước khi lọc máu thông thường là thừa dịch vì vậy chỉ số của chúng tôi là hoàn toàn phù hợp với nhóm bệnh nhân này. Về phần kết quả của nghiên cứu của chúng tôi so sánh kích thước tĩnh mạch chủ dưới trước và sau lọc đều có cùng kết quả tương đồng với của cả 2 tác giả trên chỉ số kích thước tĩnh mạch chủ dưới chúng tôi khảo sát 3 chỉ số bao gồm: Dmax IVCe, Dmax IVCi, và IVC-CI thì cả 3 chỉ số này so sánh trước lọc và sau lọc đều thay đổi rất rõ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

V. KẾT LUẬN

- Các chỉ số đánh giá kích thước tĩnh mạch chủ dưới trên siêu âm giảm rõ rệt sau lọc máu: Dmax IVCe giảm từ $1,8 \pm 0,409$ cm xuống $1,6 \pm 0,365$ cm ($p < 0,01$), Dmax IVCi giảm từ $1 \pm 0,409$ cm xuống $0,75 \pm 0,32$ cm ($p < 0,01$)

- Chỉ số xẹp tĩnh mạch chủ dưới IVC-CI tăng lên rõ rệt sau lọc máu: từ $0,42 \pm 0,116$ lên $0,497 \pm 0,134$ ($p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kovesdy CP (2011). Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* (2011). 2022 Apr;12(1):7-11. doi: 10.1016/j.kisu.2021.11.003. Epub 2022 Mar 18. PMID: 35529086; PMCID: PMC9073222.
2. Rudski L. G., Lai W. W., Afilalo J., et al. (2010). Guidelines for the echocardiographic assessment of the right heart in adults: a report from the American Society of Echocardiography endorsed by the European Association of

- Echocardiography, a registered branch of the European Society of Cardiology, and the Canadian Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr*, 23 (7), 685-713; quiz 786-688
3. **Hafiz, M.A.E.H., Mohamed, E.A., Mohamed, M.A.E.N. et al.** (2021). Inferior vena cava diameter and collapsibility index as a marker of fluid status in regular hemodialysis patients. *Egypt J Intern Med* 33, 43 <https://doi.org/10.1186/s43162-021-00072-x>.
 4. **Shrestha, SK, Ghimire, A., Ansari, SR, & Adhikari, A.** (2018). Use of handheld ultrasound to estimate fluid status of hemodialysis patients. *Nep Med J* 1(2):65-69.
 5. **Reeves PB, Mc Causland FR** (2018) Mechanisms, clinical implications, and treatment of intradialytic hypotension. *Clin J Am Soc Nephrol* 13(8): 1297-1303. <https://doi.org/10.2215/CJN.12141017>
 6. **Taniguchi T, Ohtani T, Nakatani S, Hayashi K, Yamaguchi O, Komuro I** (2015), et al. Impact of Body Size on Inferior Vena Cava Parameters for Estimating Right Atrial Pressure: A Need for Standardization?

MỨC ĐỘ CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN ĐAU CỘT SỐNG THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP

Phan Minh Hoàng¹, Nguyễn Hồng Hà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đau thắt lưng do thoái hóa cột sống là bệnh lý thường gặp. Tại Việt Nam cho thấy, bệnh chiếm tỷ lệ 2% trong cộng đồng và chiếm 17% ở những người tuổi trên 60 (Nguyễn Thị Ngọc Lan, 2010). **Mục tiêu:** Đánh giá mức độ cải thiện chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoái hóa cột sống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng số 403 bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoái hóa cột sống. **Kết quả:** Nam giới chiếm tỷ lệ cao (63,5%), tuổi trung bình là $61,16 \pm 13,68$ với 69,5% thời gian mắc bệnh trên 3 tuần, 55,8% là lao động trí óc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chất lượng cuộc sống trước và sau 14 ngày điều trị ($p < 0,001$). **Kết luận:** Điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống giúp cải thiện chất lượng cuộc sống, lao động và sinh hoạt của người bệnh.

Từ khóa: đau thắt lưng, thoái hóa cột sống, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

LEVEL OF IMPROVEMENT IN QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH SPINAL PAIN DUE TO DEGENERATIVE SPINA AT HO CHI MINH CITY HOSPITAL FOR REHABILITATION - PROFESSIONAL DISEASES IN 2022 – 2023

Background: Low back pain due to spinal degeneration is a common disease. In Vietnam, the disease accounts for 2% in the community and 17% in people over 60 years old. **Objectives:** Evaluate the

level of improvement in quality of life and some related factors in patients with lumbar spine pain due to spinal degeneration. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on a total of 403 patients with lumbar spine pain due to spinal degeneration. **Results:** Men accounted for a high proportion (63.5%), the average age was 61.16 ± 13.68 years old with 69.5% of the illness lasting more than 3 weeks, 55.8% were mental workers. There was a statistically significant difference in quality of life before and after 14 days of treatment ($p < 0.001$). **Conclusions:** Treatment of low back pain due to spinal degeneration helps improve the quality of life, work and activities of patients. **Keywords:** low back pain, spinal degeneration, quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau vùng thắt lưng do bệnh thoái hóa cột sống lưng là tình trạng thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Cường độ đau từ nhẹ đến nặng gây ảnh hưởng tương ứng lên chất lượng cuộc sống, chức năng vận động hằng ngày của bệnh nhân. Tại Việt Nam cho thấy, bệnh chiếm tỷ lệ 2% trong cộng đồng và chiếm 17% ở những người tuổi trên 60 [4]. Bệnh mang tính chất dai dẳng, dễ tái phát với biểu hiện lâm sàng cơ bản là đau, hạn chế vận động cột sống thắt lưng, gây ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe, giảm khả năng học tập, lao động, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị bệnh đau cột sống thắt lưng do thoái hóa cột sống, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: Đánh giá mức độ cải thiện chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đau cột sống thắt lưng do thoái hóa cột sống tại Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp năm 2022 – 2023.

¹Bệnh viện phục hồi chức năng - điều trị bệnh nghề nghiệp TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Hoàng

Email: drhoangphan@bvpheuchucnanghcm.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 12.3.2024