

BIẾN ĐỔI PHÂN SUẤT TỔNG MÁU VÀ SỨC CĂNG DỌC TOÀN BỘ THẤT TRÁI TRÊN SIÊU ÂM ĐÁNH DẤU MÔ CƠ TIM Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TRƯỚC VÀ SAU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Nguyễn Quý Vũ¹, Nguyễn Văn Tuấn², Trần Đức Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi phân suất tống máu thất trái (Left ventricular ejection fraction - LVEF) và sức căng dọc toàn bộ thất trái (Global longitudinal strain - GLS) trên siêu âm tim đánh dấu mô ở người bệnh (NB) nhồi máu cơ tim cấp (NMCT) trước và sau can thiệp động mạch vành qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả trên 60 trường hợp nhồi máu cơ tim cấp được điều trị can thiệp động mạch vành qua da tại Khoa can thiệp Tim mạch, Bệnh viện quân y 103 từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022. **Kết quả:** LVEF sau can thiệp ($52,3 \pm 12,0\%$) tăng lên so với trước can thiệp ($49,5 \pm 12,2\%$), $p < 0,05$. GLS sau can thiệp động mạch vành qua da ($-13,2 \pm 3,6\%$) cải thiện so với trước can thiệp ($-12,5 \pm 3,6\%$), $p < 0,05$. Nhóm nhịp tim < 100 chu kỳ/phút, LVEF và GLS sau can thiệp cải thiện hơn so với trước can thiệp lần lượt là: $54,2 \pm 11,4\%$ so với $51,0 \pm 11,2\%$ và $-13,6 \pm 4,0\%$ so với $-12,9 \pm 3,6\%$, $p < 0,05$. Nhóm nhịp tim ≥ 100 chu kỳ/phút, LVEF và GLS sau can thiệp không có sự khác biệt so với trước can thiệp lần lượt là: $43,6 \pm 11,1\%$ so với $42,3 \pm 14,5\%$ và $-11,1 \pm 2,8\%$ so với $-10,6 \pm 3,3\%$, $p > 0,05$. **Kết luận:** Sau can thiệp động mạch vành qua da, LVEF và GLS chung của nhóm nghiên cứu và nhóm có nhịp tim < 100 chu kỳ/phút cải thiện hơn so với trước can thiệp. Nhóm nhịp tim ≥ 100 chu kỳ/phút, LVEF và GLS trước và sau can thiệp không có sự khác biệt.

Từ khóa: phân suất tống máu thất trái, sức căng dọc toàn bộ thất trái, nhồi máu cơ tim cấp.

SUMMARY

CHANGES OF LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION AND GLOBAL LONGITUDINAL STRAIN BY SPECKLE TRACKING ECHOCARDIOGRAPHY IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS BEFORE AND AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Objective: Evaluation of changes in left ventricular ejection fraction (LVEF) and left ventricular global longitudinal strain (GLS) by speckle tracking echocardiography in patients with acute myocardial infarction (MI) before and after percutaneous coronary intervention (PCI). **Subjects and methods:** This was

a prospective study, single-center, consecutive enrolling 60 patients with acute MI undergoing PCI at the Department of Cardiovascular Intervention, Military Hospital 103, from May 2021 to July 2022.

Results: Following PCI, LVEF was increased compared to before intervention (52.3 ± 12.0 vs $49.5 \pm 12.2\%$, $p < 0.05$). After PCI, GLS was also higher than before intervention (-13.2 ± 3.6 vs $-12.5 \pm 3.6\%$, $p < 0.05$). In the heart rate < 100 Beats per minute (BPM) group, LVEF, and GLS improved compared to prior intervention (LVEF: 54.2 ± 11.4 vs $51.0 \pm 11.2\%$, GLS: -13.6 ± 4.0 vs $-12.9 \pm 3.6\%$, $p < 0.05$). In the group with heart rate ≥ 100 BPM, LVEF and GLS after intervention were not changed from before (43.6 ± 11.1 vs $42.3 \pm 14.5\%$, $p > 0.05$, $11.1 \pm 2.8\%$ vs $-10.6 \pm 3.3\%$, $p > 0.05$, respectively).

Conclusions: After percutaneous coronary intervention, LVEF increased and GLS improved compared to before. In the heart rate < 100 bpm group, LVEF and GLS improved after intervention compared to before. In the heart rate ≥ 100 bpm group, there was no difference between LVEF and GLS before and after intervention. **Keywords:** left ventricular ejection fraction, left ventricular global longitudinal strain, acute myocardial infarction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) là do sự tắc nghẽn hoàn toàn một hoặc nhiều nhánh động mạch vành gây thiếu máu và hoại tử một vùng cơ tim được tưới máu bởi nhánh động mạch vành đó. NMCT cấp là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở Mỹ và các nước châu Âu, ước tính có khoảng một triệu ca nhập viện mỗi năm và khoảng 200.000 đến 300.000 trường hợp tử vong mỗi năm vì NMCT cấp. Ở Việt Nam, số người bị NMCT cấp đang có xu hướng gia tăng. Theo thống kê tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam, tỷ lệ NMCT cấp đã tăng từ 2% (năm 2001) đến 7% (năm 2007) [1]. Bệnh để lại nhiều biến chứng nặng nề bao gồm: các biến chứng cơ học (thủng vách liên thất, thành tự do của tim, hở van hai lá cấp tính), suy tim cấp, sốc tim, rối loạn nhịp nguy hiểm và cuối cùng là tử vong. Điều trị tái thông động mạch bị tắc, hẹp bằng can thiệp động mạch vành qua da đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong, các biến cố tim mạch chính cũng như cải thiện chức năng tim sau nhồi máu.

Đánh giá chức năng tim bằng siêu âm ngay sau khi can thiệp giúp theo dõi và tiên lượng người bệnh. Các kỹ thuật siêu âm tim thông thường có những hạn chế do bị ảnh hưởng chủ

¹Bệnh viện Quân y 354, Tổng cục hậu cần

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hùng

Email: tranduchung2104@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.4.2024

quan của người làm siêu âm và khó lượng giá được mức độ rối loạn vận động vùng của cơ tim. Sự ra đời của siêu âm đánh dấu mô cơ tim (Speckle Tracking Echocardiography-STE) với các ưu điểm như: đánh giá chức năng tim theo nhiều hướng khác nhau mà không phụ thuộc vào góc, lượng giá được vận động của cơ tim, đã cho phép đánh giá được rối loạn vận động vùng từ giai đoạn rất sớm và kín đáo mà khó phát hiện trên các kỹ thuật siêu âm kinh điển [2].

Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về phân suất tống máu thất trái (Left ventricular ejection fraction - LVEF) và sức căng dọc toàn bộ thất trái (Global longitudinal strain - GLS) bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim trên đối tượng NMCT cấp. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá sự biến đổi của LVEF và GLS trên siêu âm tim đánh dấu mô cơ tim ở người bệnh NMCT trước và sau can thiệp động mạch vành qua da.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 60 người bệnh (NB) được chẩn đoán NMCT cấp điều trị tại Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện quân y 103 từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** NB được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo Định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về NMCT cấp (2018), được can thiệp động mạch vành thủ phạm thành công[3].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + NB bị NMCT cấp can thiệp không thành công hoặc có các biến chứng nặng.
- + Có các bệnh lý tim bẩm sinh, bệnh van tim, tiền sử NMCT cấp trước đây, viêm cơ tim cấp.
- + Hội chứng động mạch chủ cấp.
- + Mặc các bệnh toàn thân nặng.
- + Không đồng ý nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

- + Hỏi, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm chẩn đoán NMCT cấp (ECG, Troponin, siêu âm tim lần 1) và các xét nghiệm chẩn đoán phân biệt (nếu có).
- + Chụp động mạch vành qua da.
- + Can thiệp động mạch vành qua da nếu có chỉ định, sau can thiệp động mạch vành qua da người bệnh được điều trị nội khoa cơ bản.
- + Sau 1 tuần siêu âm tim lại (lần 2).
- + Tính toán các chỉ số trên siêu âm tim: chức năng thất trái và sức căng dọc lần 1 và lần

2 (offline) bằng máy siêu âm Philips EPIQ 7C với đầu dò 2,5 - 5 MHz.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu thu được xử lý theo phương pháp thống kê y học theo phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 60)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	44	73,3
	Nữ	16	26,7
Tuổi (năm)	<60	12	20,0
	60-69	23	38,3
	70-79	16	26,7
	≥80	9	15,0
	Trung bình	67,8 ± 10,6	

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới (73,3%) cao hơn nữ (26,7%), nam/nữ = 2,8/1. Tuổi trung bình 67,8 ± 10,6 năm, nhóm tuổi từ 60 đến 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 2. Biến đổi LVEF, GLS trước và sau can thiệp

Chỉ số	Trước can thiệp (X̄ ± SD)	Sau can thiệp (X̄ ± SD)	P
LVEF (%)	49,5 ± 12,2	52,3 ± 12,0	0,021
GLS (%)	-12,5 ± 3,6	-13,1 ± 3,9	0,024

Nhận xét: Chỉ số LVEF, GLS sau can thiệp động mạch vành qua da cải thiện hơn so với trước can thiệp có ý nghĩa (p<0,05).

Bảng 3. Liên quan giữa LVEF trước và sau can thiệp với nhịp tim

Nhịp tim trước can thiệp	LVEF trước can thiệp (n=60)		LVEF sau can thiệp (n=60)		p
	n	X̄±SD	n	X̄±SD	
< 100	49	51,0±11,2	49	54,2±11,4	0,039
≥ 100	11	42,3±14,5	11	43,6±11,1	0,248

Nhận xét: Ở nhóm nhịp tim ≥ 100 chu kỳ/phút, LVEF trước và sau can thiệp không có sự khác biệt. Nhóm nhịp tim < 100 chu kỳ/phút LVEF sau can thiệp tăng lên so với trước có ý nghĩa (p<0,05).

Bảng 4. Liên quan giữa LVEF trước và sau can thiệp với thể và vị trí NMCT

Thể, vị trí NMCT	LVEF trước can thiệp (n=60)		LVEF sau can thiệp (n=60)		P	
	n	X̄±SD	n	X̄±SD		
Không ST chênh	9	58,8±8,4	9	62,4±6,5	0,401	
ST chênh lên	Thành trước	29	44,0±11,8	29	49,0±10,4	0,005
	Thành dưới	20	52,7±	20	51,2±	0,709

			10,8		13,6	
	Thất bại	2	53,8± 15,0	2	64,8± 3,4	0,655

Nhận xét: LVEF của nhóm NMCT cấp có ST chênh lên ở thành trước sau can thiệp tăng lên so với trước ($p < 0,05$). LVEF ở các nhóm khác trước và sau can thiệp không có sự khác biệt.

Bảng 5. Liên quan giữa GLS trước và sau can thiệp với nhịp tim

Nhịp tim trước can thiệp (Chu kỳ/p)	GLS trước can thiệp (n=60)		GLS sau can thiệp (n=60)		p
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
< 100	49	-12,9±3,6	49	-13,6±4,0	0,028
≥ 100	11	-10,6±3,3	11	-11,1±2,8	0,533

Nhận xét: Ở nhóm nhịp tim ≥ 100 chu kỳ/phút, GLS trước và sau can thiệp không có sự khác biệt. Nhóm nhịp tim < 100 chu kỳ/phút GLS sau can thiệp cải thiện hơn so với trước có ý nghĩa ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $67,8 \pm 10,6$ năm (lớn nhất 88 tuổi và nhỏ nhất 38 tuổi), nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,3%).

Về giới, tỷ lệ nam giới (73,3%) cao hơn nữ (26,7%), nam/nữ = 2,8/1. Tác giả Trịnh Việt Hà (2021) nghiên cứu 125 trường hợp hội chứng vành cấp không ST chênh lên được can thiệp ĐMV qua da, tuổi trung bình của NB là $65,5 \pm 10,5$ năm, cao nhất là 87 tuổi, thấp nhất là 33 tuổi, tuổi trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao, nam giới chiếm 71,2% và nữ chiếm 28,8% [4]. Kết quả này cũng tương tự như của chúng tôi.

4.2. Biến đổi của LVEF và GLS trên siêu âm tim đánh dấu mô cơ tim ở người bệnh NMCT trước và sau can thiệp động mạch vành qua da.

4.2.1. Biến đổi LVEF trước và sau can thiệp. Trong nghiên cứu này, LVEF 7 ngày sau can thiệp động mạch vành qua da ($52,3 \pm 12,0\%$) tăng lên so với trước can thiệp ($49,5 \pm 12,3\%$) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hoài và cộng sự (2015) cũng cho thấy hiệu quả của can thiệp động mạch vành qua da ở NB bị NMCT có ST chênh lên: LVEF 7 ngày sau can thiệp ($55,53 \pm 9,98\%$) tăng hơn so với trước ($48,53 \pm 8,98\%$) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [5]. Ở nhóm nhịp tim ≥ 100 chu kỳ/phút, LVEF sau can thiệp ($43,6 \pm 11,1\%$) có xu hướng tăng hơn trước can thiệp

($42,3 \pm 14,5\%$) ($p > 0,05$). Nhóm nhịp tim < 100 chu kỳ/phút LVEF sau can thiệp ($54,2 \pm 11,4\%$) tăng lên so với trước ($51,0 \pm 11,2\%$) có ý nghĩa ($p < 0,05$). Nhịp tim cao là một dấu hiệu của suy tim cấp sau NMCT, nhóm nhịp tim dưới 100 chu kỳ/phút có mức độ suy tim nhẹ hơn nhóm nhịp tim ≥ 100 chu kỳ/phút. Do vậy, nhóm có nhịp tim thấp sau khi được can thiệp mức độ suy tim cải thiện rõ hơn thông qua chỉ số LVEF.

Về thể bệnh và vị trí NMCT trên điện tâm đồ trong nghiên cứu này, chỉ có LVEF của nhóm NMCT cấp ST chênh lên ở thành trước sau can thiệp ($49,0 \pm 10,4\%$) tăng lên so với trước can thiệp ($44,0 \pm 11,8\%$) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), còn lại LVEF ở các nhóm khác trước và sau can thiệp không có sự khác biệt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ottervanger (2001), nhồi máu thành được can thiệp có tỷ lệ xuất viện và cải thiện LVEF rõ nhất [6].

4.2.2. Biến đổi GLS trước và sau can thiệp. Siêu âm tim đánh dấu mô cơ tim là một kỹ thuật có thể giúp lượng hoá sự biến dạng của cơ tim trong thời kỳ tâm thu và tâm trương. Đánh giá sức căng cơ tim giúp phát hiện sớm và khách quan những bất thường về cơ giãn của vùng cơ tim, giúp định hướng vị trí động mạch thủ phạm cũng như tiên lượng ở NB bị NMCT cấp. Kết quả của chúng tôi: GLS sau can thiệp ĐMV qua da ($-13,1 \pm 3,9\%$) cải thiện so với trước can thiệp ($-12,5 \pm 3,6\%$) với $p = 0,024$. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự (2018), GLS trong 24 giờ đầu sau can thiệp ĐMV qua da cải thiện rõ so với trước can thiệp $-12,66 \pm 3,68\%$ so với $-11,94 \pm 3,25\%$; $p < 0,001$ [7]. Trong nghiên cứu của Trịnh Việt Hà (2021) đánh giá GLS trước can thiệp, trong vòng 48 giờ sau can thiệp và sau 30 ngày. GLS tại 3 thời điểm lần lượt là $-16,94 \pm 3,37\%$; $-17,31 \pm 3,22\%$ và $-18,59 \pm 3,34\%$, cải thiện có ý nghĩa thống kê [4]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hoài và cộng sự (2015), GLS ngay sau can thiệp ($-12,97\% \pm 3,50$) cải thiện hơn so với trước can thiệp ($-10,92\% \pm 4,40$), $p < 0,05$. GLS ở ngày thứ 7 ($-15,92\% \pm 4,70$) cải thiện so với trước can thiệp ($-10,92\% \pm 4,40$) với $p < 0,05$ [5]. Kết quả nghiên cứu này và các tác giả khác cho thấy hiệu quả của can thiệp ĐMV qua da thông qua đánh giá GLS ngay sau can thiệp và sau 7 ngày.

Khi đánh giá GLS theo tần số tim, kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác nhau giữa GLS trước và sau can thiệp. Ở nhóm nhịp tim ≥ 100 chu kỳ/phút, GLS sau can thiệp ($-11,1 \pm 2,8\%$) có cải thiện nhưng không có ý nghĩa thống kê so với trước ($-10,6 \pm 3,3\%$), $p > 0,05$. Nhóm nhịp

tim < 100 chu kỳ/phút GLS sau can thiệp (-13,6 ± 4,0%) cải thiện hơn so với trước (-12,9 ± 3,6%) có ý nghĩa (p<0,05). Trong nghiên cứu của Munk và cộng sự (2012) nghiên cứu trên 2 nhóm có và không có biến chứng tim mạch chính cho kết quả: GLS của nhóm 1 có các biến cố là -12,4 ± 4,2%, và nhóm 2 không có các biến cố là 15,0 ± 3,7 % (p<0,001). Nhịp tim của nhóm 1 là 73 ± 13 chu kỳ /phút thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm 2 là 77 ± 13 chu kỳ/phút (p=0,001) [8]. Các nghiên cứu đều chỉ ra nhịp tim cao là một dấu hiệu của suy tim cấp sau NMCT, nhóm nhịp tim dưới 100 chu kỳ/phút có mức độ suy tim nhẹ hơn nhóm nhịp tim ≥ 100 chu kỳ/phút. Do vậy, nhóm có nhịp tim thấp sau khi được can thiệp mức độ suy tim cải thiện rõ hơn thông qua chỉ số GLS.

V. KẾT LUẬN

Sau can thiệp động mạch vành qua da, LVEF và GLS chung của nhóm nghiên cứu và nhóm có nhịp tim <100 chu kỳ/phút cải thiện hơn so với trước can thiệp. Nhóm nhịp tim ≥100 chu kỳ/phút, LVEF và GLS trước và sau can thiệp không có sự khác biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt (2015), Thực hành bệnh tim mạch, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.

- Ben Driss A, Ben Driss Lepage C, Sfaxi A, et al. (2020), Strain predicts left ventricular functional recovery after acute myocardial infarction with systolic dysfunction. Int J Cardiol, 15;307:1-7.
- Thygesen K., Alpert J. S., Jaffe A. S., Chaitman B. R. et al. (2018), Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol, 72(18):2231-2264.
- Trịnh Việt Hà (2021), Nghiên cứu sức căng cơ tim bằng pháp siêu âm tim đánh dấu mô (Speckle tracking) trước và sau can thiệp động mạch vành trong hội chứng vành cấp không ST chênh lên. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Thị Thu Hoài (2015), Nghiên cứu sự thay đổi sức căng cơ tim ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên sau can thiệp động mạch vành, Tạp chí Tim mạch Học Việt Nam. Số 69.
- Ottervanger J. P., Hof A. W., Reiffers S., et al. (2001), Long-term recovery of left ventricular function after primary angioplasty for acute myocardial infarction. Eur Heart J, 22 (9):785-790.
- Nguyễn Anh Tuấn (2018), Nghiên cứu sức căng cơ tim bằng siêu âm Speckle tracking 2D ở các người bệnh nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên trước và ngay sau can thiệp động mạch vành, Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. Số 81.
- Munk K., Andersen N. H., Terkelsen C. J., M. et al. (2012), Global left ventricular longitudinal systolic strain for early risk assessment in patients with acute myocardial infarction treated with primary percutaneous intervention. J Am Soc Echocardiogr, 25(6):644-651.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC “CHỈ THỐNG NHƯ THẦN THANG” TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN GÚT

Phạm Vũ Khánh¹, Trần Thị Thu Vân¹,
Nguyễn Việt Anh¹, Mai Quang Dự¹, Nguyễn Thị Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Chỉ thống như thần thang” trong điều trị bệnh nhân Gút. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 60 bệnh nhân không phân biệt giới tính, nghề nghiệp được chẩn đoán là gút cấp hoặc đợt cấp gút mạn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của YHHT và bệnh danh Thống phong thể phong thấp nhiệt theo YHCT. Nhóm chứng: gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng Colchicine 1mg trong 14 ngày. Nhóm nghiên cứu: gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng Colchicine 1mg kết hợp bài thuốc “Chỉ thống như thần thang” trong 14 ngày. **Kết quả:** Sau 14 ngày điều trị: chỉ số

viêm của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu và nhóm chứng giảm có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm (p> 0,05). Tỷ lệ bệnh nhân nhóm nghiên cứu được điều trị hạ acid uric máu đạt mục tiêu chiếm cao hơn so với nhóm chứng (p > 0,05). Điểm Nimodipin ở cả hai nhóm đều cải thiện so với trước điều trị (p< 0,001); trong đó nhóm nghiên cứu có mức giảm tốt hơn (p< 0,05). Tỷ lệ bệnh nhân nhóm nghiên cứu được điều trị có hiệu quả rõ rệt, cao hơn so với nhóm chứng với p < 0,05. Các chỉ số của chức phận tạo máu và chức năng gan, thận không thay đổi có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị với p > 0,05. **Kết luận:** Bài thuốc “Chỉ thống như thần thang” kết hợp Colchicine 1mg là phương pháp an toàn, có tác dụng tốt trong điều trị bệnh nhân gút thông qua việc cải thiện các chỉ số viêm, hạ acid uric máu và cải thiện các chứng hậu theo Y học cổ truyền

Từ khóa: Y học cổ truyền, Gút, Chỉ thống như thần thang

SUMMARY

STUDYING THE EFFECTS OF THE REMEDY

¹Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vũ Khánh

Email: bsyphamvukhanh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024