

- South-East Ethiopia", PLoS One, pp. 1 - 14.
5. **G. Deray, et al** (2004), "Anemia and Diabetes", Am J Nephrol, 24, pp. 522 - 526.
6. **Jéssica Barbieri, et al** (2015), "Research Article Anemia in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus", Hindawi Publishing Corporation Anemia, Volume 2015, pp. 1 - 7.
7. **Kabamba Tshikongo Arsene, et al** (2015), "Evaluation of the anemic state of type 2 diabetics, case of the city of Lubumbashi", Medical Tunisia, 93, p. 11.
8. **Mfoumou E AF, et al** (2023), "Anemia in Diabetic Patients Hospitalized at CHUL", International Journal of Clinical Science and Medical Research, 3(2), pp. 43 - 47.
9. **Nigus Alemu Hailu, Tesfaye Tolessa, et al** (2020), "The magnitude of anemia and associated factors among adult diabetic patients in Tertiary Teaching Hospital, Northern Ethiopia, 2019, cross-sectional study", PLoS One, pp. 1 - 11.
10. **Ritz E** (2005), "Managing anaemia and diabetes: a future challenge for nephrologists", Nephrol Dialysis Transplant, pp. vi21 - vi25.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM, GIẢM ĐAU CỦA BÀI THUỐC QUẾ CHI THƯỢC DƯỢC TRỊ MÃU THANG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nguyễn Mai Phương¹, Trần Thị Hải Vân², Đào Thị Minh Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của bài thuốc "Quế chi thược dược tri máu thang" trong điều trị viêm khớp dạng thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dọc, so sánh trước sau điều trị, gồm 30 bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp thể hàn nhiệt thác tạp. **Kết quả:** Bài thuốc có hiệu quả điều trị: có hiệu quả giảm đau: sau điều trị, VAS1 giảm 41,43%; Ritchie giảm 48,83%; số khớp đau 35,88%, có hiệu quả chống viêm với $p < 0,01$. Bài thuốc Quế chi thược dược tri máu thang có hiệu quả tốt trong điều trị VKDT và không gây ra các tác dụng không mong muốn đáng kể trên lâm sàng.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp; Quế chi thược dược tri máu thang; Y học cổ truyền

SUMMARY

ANTI-INFLAMMATORY EFFECTS AND ANALGESIC EFFECTS OF "QUE CHI THUOC DUOC TRI MAU" REMEDY IN THE TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS

Objectives: To assess the anti-inflammatory effects and analgesic effects of "Que chi thuat duoc tri mau" remedy in the treatment of rheumatoid arthritis.

Materials and methods: prospective study, comparing before and after treatment, including 30 patients who were diagnosed with rheumatoid arthritis. **Results:** after treatment, the results showed pain reduced and reducing inflammation through: VAS1 reduce up to 41,43%; Ritchie reduce to 48,83%, decrease the number of swollen joints. **Conclusions:**

"Que chi thuat duoc tri mau" remedy has a good effect in the treatment of rheumatoid arthritis and it didn't cause significantly side effects in clinic.

Keywords: rheumatoid arthritis; "Que chi thuat duoc tri mau" remedy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh khớp mạn tính chưa rõ căn nguyên. Đây là bệnh nội khoa phổ biến, chiếm 1% dân số thế giới, năm 2000 tại miền Bắc Việt Nam là 0,28%, phân bố bệnh thường gặp ở nữ giới, độ tuổi trung niên. Điều trị VKDT hiện nay là sự phối hợp giữa điều trị nội khoa (thuốc chống viêm giảm đau toàn thân, thuốc chống thấp khớp tác dụng kéo dài) với vật lý trị liệu-phục hồi chức năng. Những thuốc này khi sử dụng có nhiều tác dụng không mong muốn như: viêm dạ dày, xuất huyết tiêu hóa. Trong các tài liệu y văn của y học cổ truyền (YHCT), Quế chi thuat dược tri máu thang là bài thuốc cổ phương có tác dụng trừ phong thấp, giải biểu hàn, thanh nhiệt, được ứng dụng trong điều trị VKDT cho hiệu quả điều trị tốt và ít tác dụng phụ. Do đó, chúng tôi tiến hành: "Đánh giá tác dụng chống viêm giảm đau của bài thuốc Quế chi thuat dược tri máu thang trong điều trị viêm khớp dạng thấp" với 2 mục tiêu sau:

1. *Khảo sát đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp thể hàn nhiệt thác tạp.*

2. *Đánh giá tác dụng giảm đau chống viêm của bài thuốc Quế chi thuat dược tri máu thang trong điều trị viêm khớp dạng thấp thể hàn nhiệt thác tạp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 30 bệnh nhân chẩn đoán VKDT giai đoạn I-II theo YHHD, thể

¹Bệnh viện Y học Cổ truyền Bộ Công An

²Đại học Y Hà Nội

Chủ trách nhiệm chính: Trần Thị Hải Vân
Email: tranhaivan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 10.4.2023

hàn nhiệt thác tạt theo YHCT vào điều trị tại Bệnh viện Y học Y học cổ truyền Bộ Công An 5/2020 đến 6/2021, và tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp giai đoạn I hoặc II, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp; từ 16 tuổi trở lên. Bệnh nhân được chọn thống nhất theo tiêu chuẩn chẩn đoán sau:

- Theo tiêu chuẩn y học hiện đại

Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội thấp khớp Hoa Kỳ (ACR) 1987

- Theo y học cổ truyền

Các tiêu chuẩn của y học cổ truyền tương đương với thể hàn nhiệt thác tạt.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Suy tim, suy thận, suy gan
- Bệnh nhân không hợp tác điều trị
- Những bệnh nhân giai đoạn III - IV theo Steinbrocker
- BN trong vòng 1 tháng có dùng corticoid, thuốc ức chế miễn dịch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu dọc, đánh giá trước sau điều trị.

2.2.1. Phương pháp điều trị

- Bài thuốc cổ phương "Quế chi thược dược tri mẫu thang" sắc uống ngày 1 thang chia 2, lúc 8h và 16h.

2.2.2. Các chỉ tiêu theo dõi

*Trên lâm sàng: Đánh giá 3 thời điểm, thời điểm đầu (D0), ngày thứ 15 (D15), và ngày thứ 30 (D30)

- Số khớp sưng, số khớp đau
- Thời gian cứng khớp buổi sáng CKBS (phút).
- Mức độ đau của bệnh nhân theo VAS₁
- Mức độ đau theo Ritchie
- Chức năng vận động của BN bằng chỉ số HAQ (Health Assessment Questionnaire)

Các chỉ tiêu theo dõi trên cận lâm sàng

- Công thức máu.
- Tốc độ máu lắng.
- Sinh hóa máu: AST, ALT, ure, creatinin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân thể hàn nhiệt thác tạt

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi: Bệnh nhân có độ tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3%

3.1.2. Giới tính: Nữ chiếm đa số với tỉ lệ nữ/nam: 9/1.

3.1.3. Theo thời gian mắc bệnh: Thời gian mắc bệnh >5 năm nhiều nhất (40%)

3.1.4. Theo giai đoạn bệnh: Bệnh nhân mắc bệnh phân bố đều ở cả hai giai đoạn, đều chiếm 50%.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Hiệu quả cải thiện số khớp đau

Bảng 3.1. Cải thiện số khớp đau

Số khớp đau	NNC ($\bar{x} \pm SD$)	p
D0	11,90 ± 8,39	$p_{D15-D0} < 0,01$
D15	10,03 ± 8,36	
D30	7,63 ± 7,95	$p_{D30-D0} < 0,01$
Giảm trung bình (D30-D0)	4,27 ± 4,17	
Giảm % (D30-D0)	35,88	

Số lượng khớp sưng giảm rõ rệt sau 15 và 30 ngày điều trị, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.2.2. Hiệu quả giảm đau qua chỉ số Ritchie và VAS₁

Bảng 3.2. Cải thiện chỉ số Ritchie và VAS₁

Chỉ số Ritchie	NNC ($\bar{x} \pm SD$) Ritchie	NNC ($\bar{x} \pm SD$) VAS ₁	p
D0	25,60 ± 21,64	7,00 ± 1,23	$p_{D15-D0} < 0,01$
D15	17,67 ± 16,24	5,13 ± 1,81	
D30	13,10 ± 12,56	4,10 ± 2,25	$p_{D30-D0} < 0,01$
Giảm trung bình (D30-D0)	12,50 ± 11,74	2,90 ± 1,81	
Giảm % (D30-D0)	48,83	41,43	

Chỉ số Ritchie giảm 48,83% và chỉ số VAS giảm 41,43% sau 30 ngày điều trị. Sự thay đổi 2 chỉ số trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

3.2.3. Hiệu quả cải thiện số khớp sưng

Bảng 3.3. Cải thiện số khớp sưng

Số khớp sưng	NNC ($\bar{x} \pm SD$)	p
D0	4,31 ± 3,49	$p_{D15-D0} < 0,05$
D15	2,08 ± 3,25	
D30	1,85 ± 3,26	$p_{D30-D0} < 0,05$
Giảm trung bình (D30-D0)	2,46 ± 2,22	
Giảm % (D30-D0)	57,07	

Trong 13 bệnh nhân có khớp sưng, sự cải thiện số khớp sưng trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.4. Hiệu quả cải thiện thời gian cứng khớp buổi sáng

Bảng 3.4. Cải thiện thời gian cứng khớp buổi sáng

CKBS (ph)	NNC ($\bar{x} \pm SD$)	p
D0	57,00 ± 16,33	$p_{D15-D0} < 0,01$
D15	33,00 ± 11,93	
D30	22,67 ± 14,61	

Giảm trung bình (D30-D0)	$34,33 \pm 18,74$	$p_{D30-D0} < 0,01$
Giảm % (D30-D0)	60,23	

Thời gian CKBS của bệnh nhân giảm $34,33 \pm 18,74$; khác biệt giữa D0-D15, D15-D30 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.5. Hiệu quả cải thiện chức năng vận động theo bộ câu hỏi HAQ

Bảng 3.5. Cải thiện chức năng vận động theo bộ câu hỏi HAQ

HAQ	NNC ($\bar{x} \pm SD$)	p
D0	$9,77 \pm 4,55$	p_{D15-D0}
D15	$5,30 \pm 3,87$	$< 0,01$
D30	$4,73 \pm 3,69$	
Giảm trung bình (D30-D0)	$5,03 \pm 3,95$	p_{D30-D0}
Giảm % (D30-D0)	51,48	$< 0,01$

Sau điều trị, bệnh nhân có sự cải thiện chức năng hoạt động theo bộ câu hỏi HAQ D15, D30 so với D0 có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

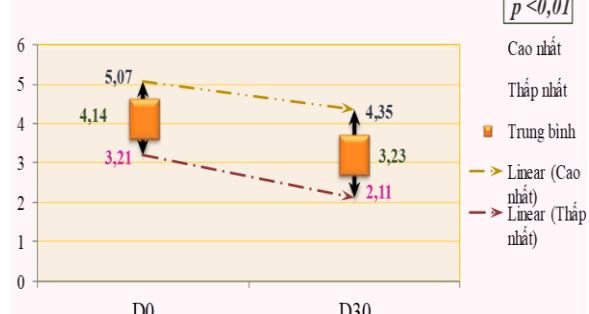
3.2.6. Hiệu quả cải thiện tốc độ máu lồng trung bình

Bảng 3.6. Cải thiện tốc độ máu lồng trung bình

TĐML (mm)	NNC ($\bar{x} \pm SD$)	p
D0	$19,58 \pm 13,02$	
D30	$14,38 \pm 10,24$	
Giảm trung bình (D30-D0)	$5,21 \pm 8,34$	$> 0,05$
Giảm % (D30-D0)	26,61	

Nhận xét: TĐML trung bình của nhóm nghiên cứu trước và sau điều trị có xu hướng giảm nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.7. Hiệu quả cải thiện chỉ số DAS28



Biểu đồ 3.1. Cải thiện chỉ số DAS28

Trước điều trị, chỉ số DAS28 phân bố từ mức độ hoạt động nhẹ đến trung bình. Sau điều trị, chỉ số DAS có cải thiện, từ mức độ hoạt động trung bình xuống ở mức độ hoạt động bệnh nhẹ, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân

nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm tuổi và giới. Nhóm bệnh nhân trung niên từ 40-59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 53,3%, trong đó nữ giới chiếm đến 90% kết quả tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hiền.

4.1.2. Thời gian mắc bệnh và tiền sử điều trị VKDT.

- Thời gian mắc bệnh: Trong nghiên cứu, 2 nhóm BN có thời gian mắc bệnh từ 1 đến 3 năm và trên 5 năm chiếm tỉ lệ cao, nhất là nhóm thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm 40%.

- Về tiền sử điều trị: Có đến 46,7% số BN điều trị phối hợp điều trị giữa YHHD và YHCT. Điều này phù hợp với tính tiện dụng của các thuốc điều trị Nội khoa hiện nay.

4.1.3. Giai đoạn bệnh theo YHHD và thể bệnh theo YHCT

- Thể bệnh theo YHHD: Trong nhóm nghiên cứu số lượng bệnh nhân ở giai đoạn I bằng với giai đoạn II.

- Thể bệnh YHCT: thể thiên nhiệt chiếm 40%, 60% còn lại là BN ở thể thiên hàn.

4.1.4. Mức độ bệnh ở thời điểm trước điều trị

- Thời gian CKBS kéo dài trung bình 57 phút, với số lượng khớp đau trung bình lớn hơn số lượng khớp sưng. Điều này phù hợp khi đánh giá thể bệnh YHCT, thể phong hàn thấp tỷ chiếm tỉ lệ cao hơn với 60% tổng số bệnh nhân.

- Chỉ số DAS28 tập trung chủ yếu ở mức độ hoạt động trung bình. Thang điểm đau VAS1 ở mức đau vừa đến đau nhiều. Tốc độ máu lồng trước nghiên cứu là $19,58 \pm 13,02$ mm.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Hiệu quả giảm đau và cải thiện mức độ hoạt động theo chỉ số VAS

- Đau là triệu chứng gây khó chịu nhất cho BN vì vậy cải thiện triệu chứng đau là 1 yếu tố rất quan trọng trong điều trị. Trước điều trị, chỉ số VAS1 là $7,00 \pm 1,23$; tại D15 chỉ số VAS1 là $5,13 \pm 1,81$; tại D30, chỉ số VAS1 là $4,10 \pm 2,2$; với $p(D0-D15) < 0,01$ và $p(D15-D30) < 0,01$. Kết quả nghiên cứu tương đương với nghiên cứu của Hoàng Thị Quế (2011) sử dụng bài thuốc "Tam tú thang" trong điều trị VKDT chỉ số VAS1 giảm từ $5,72 \pm 1,7$ xuống $3,25 \pm 1,82$ và nghiên cứu của Lưu Thị Hạnh (2012) trên 30 bệnh nhân, tỉ lệ này là $5,67 \pm 0,92$ xuống $2,03 \pm 1,45$.

4.2.2. Hiệu quả giảm đau theo chỉ số Ritchie

- Chỉ số Ritchie tại D0 là $25,60 \pm 21,64$; giảm còn $17,67 \pm 16,24$ ở D15; và còn $13,10 \pm 12,56$ ở D30 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Từ

chỉ số VAS1 và Ritchie thấy rằng, bài thuốc Quế chi thược dược tri mẫu thang có tác dụng giảm đau trên lâm sàng.

- Theo YHCT, thông bất thống, thống bất thông. Phong hàn thấp xâm nhập vào cản cơ, bì phu làm khí huyết trở trệ không thông do đó muốn giảm đau thì cần phải thông kinh hoạt lạc, mà gốc là phải trừ phong hàn thấp. Bài thuốc chứa các vị thuốc có tác dụng khu phong tán hàn trừ thấp thông lạc, tri mẫu thanh nhiệt tư âm, bạch thược liễm âm chi thống. Bài thuốc không chỉ điều trị được thể phong hàn thấp mà còn điều trị thể phong thấp nhiệt gây ra do ngoại tà uất lại lâu hóa thành. Qua các nghiên cứu về dược lý, bạch thược có tác dụng kháng cholinergic. Bạch truật có khả năng chống viêm ở giai đoạn viêm cấp, ức chế miễn dịch nhờ tác dụng gây teo tuyến ức trên chuột. Phòng phong có tác dụng kháng histamine và anticholinergic nên có tác dụng ức chế miễn dịch. Phụ tử có tác dụng giảm đau trung ương, chống viêm thông qua kích thích tuyến thượng thận tiết ra corticoid nội sinh... Chính vì vậy đã tạo nên hiệu quả giảm đau, chống viêm của bài thuốc.

4.2.3. Hiệu quả cải thiện thời gian cứng khớp buổi sáng. Thời gian CKBS trung bình kéo dài $57,00 \pm 16,33$ phút (dưới 1 giờ). Lê Thị Liễu năm 2006 nghiên cứu trên 76 bệnh nhân VKDT thấy thời gian CKBS trung bình là $89,2 \pm 165,9$ phút[30]. Tại thời điểm D30 là $22,67 \pm 14,61$, giảm trung bình $34,33 \pm 18,74$ so D0, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Theo YHCT, cứng khớp buổi sáng thuộc một phần chứng trạng ngón tay co cứng và tứ chi đau nhức. Chứng trạng này được chia ra hai thể: hàn, nhiệt. Hàn gây co cứng, hàn thịnh thì huyết ngưng, gây giảm nuôi dưỡng gân xương và cản trở tuần hoàn khí huyết, do đó đau kèm tình trạng khó cử động ngón chi. Nhiệt thì làm hỏa thịnh huyết ráo, huyết ráo thì gân khô gây ngón chi co cứng. Hàn nhiệt phối hợp với thấp và phong lâu ngày tổn thương tạng phủ mà chủ yếu là can, thận, tỳ làm tình trạng co cứng, khó vận động tại khớp tăng lên. Bài thuốc nghiên cứu vừa có tác dụng ngoài trừ phong thấp, giải biểu hàn, thanh nhiệt làm giảm tác động của cả hàn và nhiệt lên hoạt động của gân xương, kinh mạch, khiến tình trạng CKBS trên bệnh nhân được cải thiện.

4.2.4. Hiệu quả chống viêm qua cải thiện số lượng khớp sưng và tốc độ máu lắng. Có 13 BN có tình trạng sưng khớp chiếm 43%. Tỉ lệ sưng khớp của bệnh nhân có sự tương ứng với tỉ lệ thể nhiệt theo YHCT (chiếm

40% tổng số bệnh nhân nghiên cứu). Trong đó, số khớp sưng trung bình trong 13 bệnh nhân trước điều trị là $4,31 \pm 3,49$; sau điều trị là $1,85 \pm 3,26$, giảm 57,07%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong các đợt triển triển của bệnh, tốc độ máu lắng tăng, mức độ thay đổi của tốc độ máu lắng phụ thuộc vào tình trạng viêm khớp. Tốc độ máu lắng tại D0 là $19,58 \pm 13,02$ mm, tại D30 giảm còn $14,38 \pm 10,24$ mm, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Từ đấy, chúng tôi nhận thấy rằng bài thuốc có khả năng chống viêm nhưng mới chỉ ghi nhận rõ ràng trên sự thay đổi ở phương diện lâm sàng.

4.2.5. Hiệu quả cải thiện chức năng vận động theo HAQ. Trước điều trị, HAQ là $9,77 \pm 4,55$, tại N15 là $5,30 \pm 3,87$; khả năng cầm nắm, đi lại của bệnh nhân tăng đáng kể. Tại N30, mức độ vận động giảm chậm hơn, chỉ xuống còn $4,73 \pm 3,69$. Chức năng vận động của bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi yếu tố đau và viêm tại khớp và phần mềm quanh khớp. Cùng với kết quả tại bảng 3.5, 3.6 và 3.7 càng khẳng định tác dụng giảm đau và chống viêm của bài thuốc Quế chi thược dược tri mẫu thang.

4.3. Tác dụng không mong muốn: Qua nghiên cứu, bài thuốc Quế chi thược dược tri mẫu thang không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân VKDT thể hàn nhiệt thác tạp

➤ Tuổi: nhóm tuổi trung niên từ 40-59 chiếm tỉ lệ cao nhất 53,3%

➤ Giới: Nữ nhiều hơn nam, chiếm 90%

➤ Thời gian mắc bệnh: nhóm mắc bệnh >5 năm chiếm tỉ lệ cao 40%

➤ Phân bố giai đoạn bệnh theo Steinblocker, giai đoạn I, II có tỉ lệ bằng nhau (50%)

5.2. Về hiệu quả điều trị viêm khớp dạng thấp giai đoạn I, II của bài thuốc Quế chi thược dược tri mẫu thang

➤ Bài thuốc có hiệu quả giảm đau, cải thiện chức năng vận động: mức giảm điểm đau VAS1 sau điều trị là $2,90 \pm 1,81$ điểm, mức giảm điểm theo chỉ số Ritchie $12,50 \pm 11,74$, chỉ số HAQ giảm $5,03 \pm 3,95$. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

➤ Mức độ cải thiện tình trạng viêm ghi nhận rõ ràng trên lâm sàng: cải thiện số khớp sưng trước và sau điều trị ở 13 bệnh nhân có tình trạng sưng khớp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên trên cận lâm sàng, tốc độ máu lắng có

xu hướng giảm, tốc độ máu lắng hiệu số là 5,21 ± 8,34; nhưng trước và sau điều trị chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

5.3. Về tác dụng không mong muốn

➢ Chưa ghi nhận các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng của bài thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ankoor Shah và E. William St. Clair** (2015), Rheumatoid Arthritis, Harrison's Principle of Internal Medicine 19th, 2136-2149.
- Nguyễn Thu Hiền** (2001), Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm (1991-2000), Mô hình bệnh tật 10 năm bệnh viện Bạch Mai.
- Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2011), Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, NXB Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 9-35.
- Hoàng Bảo Châu** (2006), Nội khoa Y học cổ truyền, NXB Y học, 528-538.
- Trần Ngọc Ân** (2009), Bệnh thấp khớp, NXB Y học, Hà Nội, 85-100.
- I. Biliavska, I. Stamm, T. A. Martinez-Avila, et al.** (2013), Application of the 2010 ACR/EULAR classification criteria in patients with very early inflammatory arthritis: analysis of sensitivity, specificity and predictive values in the SAVE study cohort, Ann Rheum Dis, 1335-41.
- Hoàng Thị Quế** (2011), Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc "Tam ty thang già giảm" điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp, Đại học Y Hà Nội, Luận án tiến sĩ y học.
- Lưu Thị Hạnh** (2012), Đánh giá tác dụng bài thuốc Khương hoạt nhũ hương thang trong điều trị hỗ trợ viêm khớp dạng thấp giai đoạn II, Luận án tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội..
- Nguyễn Thiên Quyên** (2010), Chẩn đoán phân biệt chứng hâu trong đồng y, NXB văn hóa dân tộc, Hà Nội, 520 - 528.
- Lê Thị Liễu** (2006), Nghiên cứu các giai đoạn tiến triển của bệnh viêm khớp dạng thấp qua lâm sàng và siêu âm khớp cổ tay, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ mắc, giai đoạn và kết cục tổn thương thận cấp trên bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức tích cực chống độc Bệnh viện Nhân dân 115. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 BN nhập khoa hồi sức tích cực trong thời gian từ tháng 01/2020 tới tháng 06/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ tổn thương thận cấp tại khoa hồi sức là 53,33%. Trong đó, tổn thương thận cấp giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất: 40%. Nhóm bệnh nhân tổn thương thận cấp có tuổi trung vị là 66, điểm APACHE II và SOFA trung vị trong 24 giờ đầu nhập khoa lần lượt là 25 và 7, có tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết là 68,75% và tỷ lệ sử dụng thuốc vận mạch là 85%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận cấp là 65% cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) so với nhóm không tổn thương thận cấp: 28,57%. Tỷ lệ điều trị thay thế thận ở bệnh nhân tổn thương thận cấp là 40%, trong đó hầu hết bệnh nhân được điều trị theo phương thức lọc máu liên tục, chiếm tỷ lệ 90,6%. **Kết luận:** Tổn thương thận cấp thường gặp ở khoa hồi sức, bệnh nhân tổn thương thận cấp có tình trạng bệnh nặng, và tử vong cao.

Nguyễn Lê Hồng Phát¹, Vũ Đình Thắng²

Từ khóa: tổn thương thận cấp, khoa hồi sức tích cực

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ACUTE KIDNEY INJURY IN PATIENTS ADMITTED TO INTENSIVE CARE UNIT AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

Objects: Determine clinical characteristics, incidence, stage and outcomes of acute kidney injury in patients admitted to intensive care unit. **Methods:** Cross sectional descriptive study on 150 patients admitted to the ICU, 115 people's Hospital, from January 2020 to June 2020. **Results:** AKI occurred in 53,33% ICU patients, with KDIGO stage 3 AKI accounted for the highest proportion: 40%. Patients with AKI had median age of 66, median APACHE II score and SOFA score in the first 24 hours admitted of 25 and 7, respectively. Sepsis occurred in 68,75% patients with AKI, and 85% of AKI patients was treated with vasopressors. Mortality rate of patients with AKI was 65%, significantly higher ($p < 0,001$) than those without AKI: 28,57%. The rate of renal replacement therapy in patients with AKI is 40%, the majority of which were treated by continuous modality, accounting for 90,6%. **Conclusion:** AKI is common in the ICU, patients with AKI were critically ill with increased mortality.

Keywords: Acute kidney injury (AKI), intensive care unit (ICU)

I. ĐẶT VĂN ĐỀ

Tổn thương thận cấp (TTTC) là một hội chứng định nghĩa bởi sự suy giảm chức năng

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân dân 115

Chủ trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Hồng Phát

Email: phatnlh@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023