

Cooperation and Development, Paris, p.98-115.

3. **Villa, R., et al.** (2004). *Target-specific action of organochlorine compounds in reproductive and nonreproductive tissues of estrogen-reporter male mice. Toxicology and applied pharmacology*, 201(2): p. 137-

148.

4. **Cimino, M.C.** (2001). *New OECD genetic toxicology guidelines and interpretation of results. Genetic Toxicology and Cancer Risk Assessment*, Marcel Dekker, New York, NY: p. 223-248.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ

PHAN VIỆT NGA, TRẦN THỊ NGỌC TRƯỜNG, NGUYỄN ĐỨC THUẬN, NGUYỄN VĂN HÀO
Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị nội khoa thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Đối tượng: gồm 90 bệnh nhân TVĐĐ CSC điều trị tại Khoa Nội Thần kinh BV 103 từ tháng 5/2015-12/2016. Bệnh nhân được điều trị thống nhất bằng phác đồ nền và chia làm 3 nhóm: nhóm 1-kết hợp với kéo dẫn cột sống cổ bằng nẹp Disk Dr CS-300; nhóm 2-kết hợp với phóng bế ngoài màng cứng CSC và nhóm 3-kết hợp cả 3 phương pháp. Liệu trình điều trị kéo dài 15 ngày. Đánh giá trước và sau điều trị theo các chỉ tiêu: Thang điểm VAS; sức cơ theo Hội đồng Nghiên cứu Y học Anh; Mức độ cải thiện chức năng cột sống cổ (NDI); Mức độ cải thiện triệu chứng chung. Kết quả: Điểm VAS sau đợt điều trị giảm rõ rệt, từ $6,65 \pm 0,97$ xuống còn $4,35 \pm 1,83$. Mức độ đau cũng giảm nhiều. Sức cơ sau đợt điều trị có cải thiện. Tổng điểm NDI sau đợt điều trị giảm đáng kể từ $26,05 \pm 2,61$ xuống còn $11,51 \pm 3,17$. Mức độ cải thiện triệu chứng chung: rất tốt và tốt (63,33%), trung bình (35,56%), mức độ kém (1,11%).

Kết luận: Cả 3 phương pháp điều trị TVĐĐ CSC đều có hiệu quả rõ rệt như giảm mức độ đau, cải thiện sức cơ, chức năng vận động cột sống cổ và các triệu chứng chung. Phác đồ kết hợp cả 3 phương pháp có hiệu quả tối ưu nhất.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ; nẹp kéo dẫn Disk-Dr CS-300; phóng bế ngoài màng cứng cột sống cổ.

SUMMARY

To evaluate the result of medical treatment cervical disc herniation.

Subjects: Include 90 patients of cervical disc herniation having been treated at departement of Neurology – Hospital 103 since 10/2015-9/2016. Patients were use drugs by base treatment and divide 3 group: Group 1: To combine with stretching cervical spine by Disk Dr CS-300 band; Group 2: To combine cervical epidural corticosteroid injections; Group 3:

Chịu trách nhiệm: Phan Việt Nga

Email: vietnga@gmail.com

Ngày nhận: 28/3/2017

Ngày phân biện: 13/4/2017

Ngày duyệt bài: 20/4/2017

Ngày xuất bản: 20/5/2017

combining 3 methods. Duration of the therapy lasted 15 days. Evaluate the result of before and after treatment based on the following norms: VAS rating scale; muscle tone following; Medical Research Council UK; the level of functioning improvement of cervical spine (NDI): level of common symptom improvement. Results: VAS score after treatment decreased significantly, from 6.65 ± 0.97 to 4.35 ± 1.83 . The degree of pain also decreased. Muscle strength after treatment has improved. Total points NDI following treatment significantly decreased from 26.05 ± 2.61 to 11.51 ± 3.17 . The degree of improvement common symptoms: very good and good (63.33%), moderate (35.56%), less degree (1.11%). Conclusion: All of 3 methods to treatment cervical disc herniation had effected: has decreased the pain level, improved muscle strength and cervical motion function as well as common symptom. Combining 3 methods had optimized effectively.

Keywords: Cervical disc herniation; extension band Disk – Dr CS-300; Cervical epidural corticosteroid injections.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chẩn đoán và điều trị thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống cổ (CSC) là vấn đề cấp thiết do tình trạng đau mạn tính cùng với việc hạn chế chức năng CSC không chỉ gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe bệnh nhân (BN), suy giảm chất lượng cuộc sống mà còn ảnh hưởng đáng kể đến nền kinh tế xã hội. Gánh nặng kinh tế của việc kiểm soát chứng đau cổ chỉ đứng thứ hai sau đau thắt lưng. Cho đến nay có nhiều phương pháp điều trị TVĐĐ CSC bao gồm điều trị nội khoa, phẫu thuật và can thiệp tối thiểu. Trong đó, phương pháp điều trị bảo tồn vẫn là cơ bản, nền tảng, được ưu tiên đặt lên hàng đầu. Điều trị bảo tồn TVĐĐ có nhiều phương pháp, mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và hạn chế nhất định. Vì vậy, việc nghiên cứu đánh giá giá trị của các phương pháp điều trị bảo tồn là cần thiết.

Vi những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của từng phương pháp điều trị nội khoa TVĐĐ CSC.*

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng tham gia nghiên cứu

Gồm 90 BN được chẩn đoán xác định TVĐĐ CSC điều trị nội trú tại khoa Nội thần kinh (A4) thuộc Bệnh

viện Quân y 103 từ tháng 5/2015 đến tháng 12/2016.

2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Lâm sàng:

- + Từ 20 tuổi đến 65 tuổi.
- + Có hội chứng cột sống cổ.
- + Có hội chứng rễ thần kinh cổ hoặc hội chứng rễ tủy cổ hoặc hội chứng chèn ép tủy.

- **Cận lâm sàng:** 100% bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ CSC có hình ảnh TVĐĐ CSC phù hợp với định khu trên lâm sàng.

3. Tiêu chuẩn loại trừ

- TVĐĐ CSC đã được phẫu thuật, có chấn thương cột sống cổ cũ.

- BN có đồng thời với các bệnh lý khác vùng cột sống cổ như lao, loãng xương...

- BN có dị ứng với Lidocain, có tổn thương da, phần mềm tại vùng can thiệp...

Thiết kế nghiên cứu: Đề tài được tiến hành theo phương pháp tiền cứu, theo dõi dọc, có so sánh đối chứng. Nghiên cứu gồm 90 BN được chia ra làm 3 nhóm:

- Nhóm 1: 30 BN, dùng thuốc kết hợp với kéo dẫn cột sống cổ.

- Nhóm 2: 30 BN, dùng thuốc kết hợp với tiêm ngoài màng cứng (TNMC) CSC.

- Nhóm 3: 30 BN, dùng thuốc kết hợp kéo dẫn và TNMC CSC.

BN của 3 nhóm được điều trị với với phác đồ thống nhất: loại thuốc, số lượng và thời gian dùng thuốc như nhau. Bao gồm: thuốc giảm đau chống viêm, giãn cơ, tăng dẫn truyền thần kinh, tái tạo bao myelin, giảm tiết. Kéo dẫn CSC 2 lần/ngày, mỗi lần

30 phút. Phóng bế ngoài màng cứng liệu trình 3 lần cho một đợt điều trị, mỗi lần cách nhau 4-5 ngày.

4. Chỉ tiêu đánh giá trước và sau đợt điều trị

BN nghiên cứu được đánh giá, theo dõi, so sánh trước và sau đợt điều trị 15 ngày với các chỉ tiêu lâm sàng, cận lâm sàng sau:

- **Mức độ đau**, được tính theo thang điểm VAS (Visual analogue scale) từ 0 – 10.

- **Sức cơ** được đánh giá theo thang điểm Hội đồng Nghiên cứu Y học Anh (British Medical research council): chia làm 5 độ sức cơ.

- **Mức độ cải thiện chức năng cột sống cổ:** Dựa vào điểm NDI (Neck Disability Index). Tổng điểm 50 điểm gồm các câu hỏi chia thành 10 phần để bệnh nhân tự đánh giá về ảnh hưởng của đau cổ đến sinh hoạt cá nhân hàng ngày.

- **Đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng nói chung** (dựa vào mức độ giảm đau và mức độ cải thiện chức năng cột sống cổ):

+ Rất tốt: Cải thiện được $\geq 75\%$ triệu chứng.

+ Tốt: cải thiện được 50 – 74% triệu chứng.

+ Trung bình: Cải thiện được 25 – 49% triệu chứng.

+ Kém: Cải thiện được $< 25\%$ triệu chứng.

+ Tồi: Làm các triệu chứng nặng lên.

5. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 18.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng đau qua thang điểm VAS

Bảng 1. So sánh điểm VAS ở các thời điểm của cả 3 nhóm

Thời điểm đánh giá	Nhóm I (1)	Nhóm II (2)	Nhóm III (3)	P
Trước điều trị (*)	6,60 ± 0,96	6,63 ± 1,03	6,73 ± 0,94	>0,05
Sau đợt điều trị (**)	3,53 ± 0,68	2,66 ± 1,24	1,70 ± 0,95	<0,01
Số điểm VAS giảm	3,06 ± 1,11	3,96 ± 1,12	5,03 ± 1,29	<0,01

Trước điều trị, điểm VAS giữa 3 nhóm là tương đương nhau ($p>0,05$), điểm trung bình là 6,65 ± 0,97. Sau điều trị, giá trị trung bình của điểm VAS thấp nhất ở nhóm III, cao nhất ở nhóm I ($p<0,01$). Nếu đánh giá số điểm VAS giảm, trị số trung bình điểm

VAS giảm ở nhóm III cao nhất, thấp nhất là nhóm I ($p<0,01$). Điểm VAS giảm trung bình của cả 3 nhóm là 4,35 ± 1,83.

Bảng 2. So sánh mức độ đau trước sau điều trị của 3 nhóm

Mức độ đau	Trước điều trị			Sau điều trị		
	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III
Đau nhiều	21 (70,0)	23 (76,7)	23 (76,7)	0	0	0
Đau vừa	9 (30,0)	7 (23,3)	7 (23,3)	28 (93,3)	17 (56,7)	6 (20,0)
Đau ít	0	0	0	2 (6,7)	12 (40,0)	20 (66,7)
Không đau	0	0	0	0	1 (3,3)	4 (13,3)
P		>0,05			<0,05	

Trước điều trị, tỷ lệ các BN mức độ đau nhiều ở cả 3 nhóm là chủ yếu, ($p>0,05$). Sau đợt điều trị, cả ba nhóm đều không còn BN đau nhiều, tỷ lệ ở mức đau vừa của nhóm III là thấp nhất, nhóm I là cao nhất. Ngược lại tỷ lệ BN đau ít và không đau ở nhóm III lại cao nhất ($p<0,05$).

Nguyễn Văn Chương và cộng sự (2015) cho thấy

ở nhóm BN dùng thuốc kết hợp với TNMC CSC sau đợt điều trị, điểm VAS trung bình giảm rõ rệt từ 6,77 ± 1,79 xuống 2,67 ± 1,32 ($p<0,001$), chỉ còn 36,6% đau vừa còn lại là đau ít và không đau.

2. Đánh giá mức độ cải thiện sức cơ

Bảng 3. So sánh tình trạng yếu cơ ở các thời điểm của cả 3 nhóm

Sức cơ	Trước điều trị			Sau điều trị		
	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III
Yếu cơ	16 (53,3)	15 (50,0)	13 (43,3)	12 (40,0)	9 (30,0)	2 (6,7)
Bình thường	14 (46,7)	15 (50,0)	17 (56,7)	18 (60,0)	21 (70,0)	28 (93,3)
Tổng	30 (100,0)	30 (100,0)	30 (100,0)	30 (100,0)	30 (100,0)	30 (100,0)
P		>0,05			<0,01	

Trước điều trị cả ba nhóm có tỷ lệ BN yếu cơ là tương đương nhau ($p>0,05$). Sau điều trị, tỷ lệ BN yếu cơ ở nhóm I vẫn còn cao (40,0%) và cao nhất trong ba nhóm, thấp nhất là nhóm 3 chỉ còn 02 BN yếu cơ, chiếm 6,7% ($p<0,01$).

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Chương (2015) có 56,7% BN có cải thiện sức cơ. Theo Bush và Hiller (1996) TNMC CSC ở BN bị bệnh lý rễ thần

kinh cổ, đã cải thiện sức cơ và không còn yếu cơ ở 73% BN sau theo dõi 39 tuần so với 75% có yếu cơ trước điều trị.

3. Mức độ cải thiện chức năng cột sống cổ qua thang điểm NDI

Bảng 4. So sánh tổng điểm NDI ở các thời điểm của cả 3 nhóm

Thời điểm đánh giá	Nhóm I (1)	Nhóm II (2)	Nhóm III (3)	P
Trước điều trị	26,33 ± 2,32	26,03 ± 2,91	25,80 ± 2,60	>0,05
Sau đợt điều trị	16,80 ± 2,00	14,40 ± 1,10	12,83 ± 1,44	<0,001
Điểm NDI giảm	9,53 ± 2,84	11,63 ± 3,35	13,40 ± 3,32	$p_{1-2}<0,05$ $p_{2-3}<0,05$ $p_{1-3}<0,01$

Trước điều trị, tổng điểm NDI giữa 3 nhóm là tương đương nhau, điểm trung bình là 26,05 ± 2,61 ($p>0,05$). Sau điều trị, giá trị trung bình của điểm NDI thấp nhất ở nhóm III, cao nhất ở nhóm I ($p<0,001$). Nếu đánh giá số điểm NDI giảm, trị số trung bình điểm NDI giảm ở nhóm III cao nhất, thấp nhất là nhóm I ($p<0,01$ và $p<0,05$). Điểm NDI giảm trung bình của cả 3 nhóm là 11,51 ± 3,17.

Đánh giá mức độ cải thiện chức năng CSC của

BN dựa vào chỉ số mất chức năng cổ (Neck disability index - NDI). Chỉ số này được phát triển bởi Howard Vernon. Nó được cải tiến từ chỉ số mất chức năng cột sống thắt lưng do đau của Oswestry. Các nghiên cứu đều khẳng định, NDI có độ tin cậy và hiệu lực cao để đánh giá mức độ cải thiện chức năng CSC khi được điều trị.

Bảng 5. Chỉ số giảm chức năng cột sống cổ trước và sau điều trị

Giảm chức năng	Trước điều trị			Sau điều trị		
	Nhóm I (n=30)	Nhóm II (n=30)	Nhóm III (n=30)	Nhóm I (n=30)	Nhóm II (n=30)	Nhóm III (n=30)
Nhẹ	0	0	0	7 (23,3)	26 (86,7)	28 (93,3)
Trung bình	8 (26,7)	14 (46,7)	16 (53,3)	23 (76,7)	4 (13,3)	2 (6,7)
Nặng	22 (73,3)	16 (53,3)	14 (46,7)	0	0	0
P		> 0,05			<0,001	

Trước điều trị, chức năng cột sống cổ (điểm NDI) của cả 3 nhóm đều chỉ có mức độ ảnh hưởng nặng và trung bình ($p>0,05$). Sau điều trị, cả 3 nhóm đều đáp ứng điều trị tốt, mức độ ảnh hưởng đến chức năng cột sống cổ giảm. Nhóm III có mức độ ảnh hưởng nhẹ cao nhất, chiếm 93,3%, nhóm I có mức độ ảnh hưởng nhẹ thấp nhất (23,3%), chủ yếu là mức độ ảnh hưởng trung bình (76,7%) ($p<0,001$).

Qua kết quả nghiên cứu của Manchikanti (2010), Nguyễn Văn Chương (2015) cũng cho thấy sau quá trình điều trị, điểm NDI giảm rõ rệt và cải thiện chức năng CSC tốt. Nhận định này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đặc biệt là nhóm BN được điều trị đồng thời cả 3 phương pháp.

Bảng 6. Mức độ cải thiện triệu chứng chung sau đợt điều trị

Mức độ cải thiện TC	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Tổng	P
Rất tốt (giảm ≥ 75%)	0	0	3 (10,0)	3,33%	
Tốt (giảm 50 – 74%)	15 (50,0)	18 (60,0)	21 (70,0)	60%	<0,05
TB (giảm 25 - 49%)	14 (46,7)	12 (40,0)	6 (20,0)	35,56%	
Kém (giảm < 25%)	1 (3,3)	0	0	1,11%	
Tổng	30 (100,0)	30 (100,0)	30 (100,0)	90 (100%)	

Mức độ cải thiện triệu chứng rất tốt và tốt ở nhóm III là cao nhất, tiếp theo là nhóm II và thấp nhất là nhóm I. Có 01 BN ở nhóm I có kết quả điều trị kém. Có 03 BN có mức độ cải thiện triệu chứng rất tốt, đều ở nhóm III. Sự chênh lệch về tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Kết quả này cho thấy việc kết

hợp giữa phương pháp điều trị nền với kéo giãn cột sống cổ và tiêm ngoài màng cứng cột sống cổ đã mang lại kết quả tốt.

Manchikanti (2010), đưa ra kết quả 82% BN được cải thiện hơn 50% triệu chứng. Bush và Hillier (1996) cũng có 73% BN giảm đau cánh tay hoàn toàn sau

khi theo dõi theo dõi thời gian dài. Nguyễn Văn Chương có đến 73,34% BN cải thiện hơn 50% triệu chứng sau đợt điều trị.

Trong quá trình điều trị với các phương pháp trên, chúng tôi không gặp tai biến, biến chứng nào xảy ra.

KẾT LUẬN

Qua theo dõi điều trị 90 BN TVĐĐ CSC bằng 3 phác đồ, kết quả chung như sau:

- Mức độ cải thiện triệu chứng đau theo thang điểm VAS sau đợt điều trị giảm rõ rệt, từ $6,65 \pm 0,97$ xuống còn $4,35 \pm 1,83$.

- Sức cơ sau đợt điều trị tăng đáng kể, tỷ lệ yếu cơ giảm rõ rệt, sau điều trị chỉ còn 02 bệnh nhân yếu cơ (6,7%).

- Mức độ cải thiện chức năng cột sống cổ theo thang điểm NDI: Tổng điểm NDI sau đợt điều trị giảm đáng kể từ $26,05 \pm 2,61$ xuống còn $11,51 \pm 3,17$.

- Mức độ cải thiện triệu chứng chung: rất tốt và tốt (63,33%), trung bình (35,56%), mức độ kém là 1,11%, trong đó phác đồ dùng đồng thời cả 3 phương pháp là tối ưu nhất, có kết quả điều trị cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Trung Kiên và Trần Thị Ngọc Trường (2015), "Đánh giá hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phương pháp tiêm corticoid ngoài màng cứng", *Tạp chí Y học quân sự*.

2. Bush, K. và Hiller, S. (1996), "Outcome of cervical radiculopathy treated with periradicular/epidural corticosteroid injections: a prospective study with independent clinical review", *Eur Spine J*(5), tr. 319–25.

3. Cohen, S. P. và các cộng sự (2013), "Epidural steroids: a comprehensive, evidence-based review", *Reg Anesth Pain Med*. 38(3), tr. 175-200.

4. Cunniff, Joseph (2012), *Cervical Interlaminar Epidural Steroid Injections*, 26th annual update in physical medicine and rehabilitation march, 2012.

5. Manchikanti, L. và các cộng sự (2010), "Analysis of the growth of epidural injections and costs in the Medicare population: a comparative evaluation of 1997, 2002, and 2006 data", *Pain Physician*. 13(3), tr. 199-212.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN DO RƯỢU

PHẠM THỊ THU THỦY - Trung tâm Xét nghiệm y khoa Medic
ĐẠU XUÂN CẢNH - Học viện Y Dược Cổ truyền Việt Nam
NGUYỄN THỊ BẠCH TUYẾT - Đại học Đại Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong viêm gan do rượu.

Rượu ảnh hưởng tới tất cả các cơ quan của cơ thể, nhưng chủ yếu là ở gan và hệ thống thần kinh. Ngộ độc rượu gây nên bệnh gan cấp và mạn tính. Đặc biệt là bệnh xơ gan do rượu.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 38 bệnh nhân viêm gan do rượu.

Từ khóa: Viêm gan do rượu, viêm gan.

SUMMARY

Alcohol affects to most of human organ, but the most severe are liver and nervous system. Alcoholic abuse can cause acute and chronic diseases of the liver. Especially alcoholic hepatitis.

The aims of study: Evaluation the clinical features and the changing in paraclinic tests in ethylic hepatitis.

Patients and method: 38 patients enrolled.

Keywords: Alcoholic hepatitis, chronic diseases of the liver.

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Thu Thủy

Email: drthuthuy@gmail.com

Ngày nhận: 22/3/2017

Ngày phản biện: 18/4/2017

Ngày duyệt bài: 28/4/2017

Ngày xuất bản: 20/5/2017

ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ lâu rượu đã gắn liền với phong tục tập quán, tín ngưỡng, tôn giáo. Có những lễ hội về rượu coi việc uống rượu như là một loại hình văn hóa nghệ thuật, bổ ích cho đời sống vật chất và tinh thần con người. Nhưng bên cạnh đó không ít người lạm dụng rượu quá mức trở thành một tệ nạn xã hội, ngày một gia tăng, là mối hiểm họa của mọi quốc gia trên thế giới.

1972 một công trình điều tra lạm dụng rượu ở 29 nước trên thế giới cho thấy con người đã tự đầu độc mình quá nhiều và đứng hàng đầu thế giới lúc bấy giờ. Từ số liệu trong những năm khám nghiệm tử thi cho thấy khoảng 10% trên 15% những người nghiện uống quá nhiều rượu đã bị xơ gan và tử vong.

Rượu ảnh hưởng đến nhiều hệ thống cơ quan của cơ thể, nhưng ảnh hưởng đáng kể nhất là hệ thống thần kinh và gan. Hầu hết tất cả lượng rượu uống vào được chuyển hóa trong gan và việc uống rượu quá mức có thể dẫn tới bệnh lý gan cấp và mạn tính như gan nhiễm mỡ, viêm gan và xơ gan Trong đó viêm gan rượu có nguy cơ phát triển đến xơ gan tăng, có khoảng 40% bệnh nhân viêm gan do rượu bị xơ gan sau 5 năm sinh thiết lại. Khả năng phát triển đến xơ gan ở bệnh nhân viêm gan do rượu khoảng 10- 20% năm và có khoảng 40% những bệnh nhân này phát triển cuối cùng là xơ gan.

Những trường hợp bị viêm gan nhẹ do rượu chưa