

# CHỨNG HẬU Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI THỜI ĐIỂM ĐIỀU TRỊ THAY THẾ THẬN

HOÀNG THỊ TUYẾT\*, NGUYỄN VINH HUNG\*\*, NGÔ QUỲNH HOA\*\*\*

\* Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, \*\* Bệnh viện E, \*\*\* Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài báo: 05/02/2025

Ngày nhận phản biện khoa học: 18/03/2025

Ngày duyệt đăng: 25/03/2025

Chịu trách nhiệm chính: **Hoàng Thị Tuyết**

Email: bshoangtuyet.nguyen@gmail.com

## TÓM TẮT

“Bệnh thận mạn tính (Chronic Kidney Disease - CKD)” là thuật ngữ bổ sung cho định nghĩa suy thận mạn (Chronic Renal Failure - CRF), lần đầu tiên được sử dụng trong hướng dẫn chẩn đoán của Hội đồng Thận học Quốc gia Mỹ K/DOQI 2002 (Kidney Disease Outcome Quality Initiatives) [17]. Năm 2003, Hội Thận học Quốc tế KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) bổ sung thêm tiêu chí người ghép thận như một nhóm CKD [14]. Bởi những chứng cứ liên quan đến khác biệt về tử vong, hướng dẫn mới năm 2012 của KDIGO đã khẳng định CKD là những bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận kéo dài trên 3 tháng và ảnh hưởng lên sức khỏe người bệnh; đồng thời chia CKD thành 5 giai đoạn (G1, G2, G3a, G3b, G4, G5) dựa vào mức lọc cầu thận, kèm theo bổ sung Albumin niệu vào bảng phân loại nhằm hỗ trợ cho việc đánh giá tiên lượng và diễn biến bệnh [15]. Do tiên triển bệnh âm thầm, triệu chứng nghèo nàn, bệnh nhân thường ít quan tâm và suy thận chỉ được phát hiện khi đã ở vào giai đoạn cuối, lâm sàng rầm rộ với phù, khó thở và vô niệu [3]. Gần đây, một số thử nghiệm như SKS (2015) [20], VA (2016) [26], IDEAL (2017) [22], đã chứng minh không có sự khác biệt về nguy cơ tử vong [23] giữa nhóm được can thiệp sớm (mức lọc cầu thận ước đoán (eGFR) từ 10 – 15ml/phút/1,73m<sup>2</sup>) và nhóm can thiệp muộn (eGFR từ 5 – 7ml/phút/1,73m<sup>2</sup>) [11], đồng thời với việc các khuyến cáo lâm sàng hướng dẫn xem xét gánh nặng triệu chứng [15] để quyết định thời điểm bệnh nhân buộc phải điều trị thay thế thận (Renal Replacement Therapy - RRT) (thận nhân tạo, thẩm phân phúc mạc, ghép thận [4]) do đó đã hình thành nên những quan điểm khác nhau về việc sử dụng các ước lượng của sự lọc cầu thận như một hướng dẫn chính cho việc bắt đầu chạy thận duy trì [18].

Bởi những đặc thù của lịch sử, nền y học cổ truyền (YHCT) hơn 4000 năm [5] dựa trên cơ sở lý luận của Tứ chẩn (vọng-nhìn; vấn-nghe, ngửi; vấn-hỏi; thiết-sờ, bắt mạch) và Bát

cương (biểu, lý-ngoài, trong; hàn, nhiệt-lạnh, nóng; hư, thực-mạn, cấp; âm, dương-đại diện cho xu thế bệnh tật [13]) đã sử dụng các triệu chứng lâm sàng như một ghi nhận nhằm xác định chẩn đoán [8]. Đối với CKD, “tiểu không thông và nôn không ngừng” là hai chủ chứng chính được y văn ghi nhận, và chứng hậu “Quan cách” được nhắc đến tương ứng với sự hư tổn của Thận và mất kiện vận của Tỳ ở giai đoạn muộn [28] cùng với Thủy thũng, Long bế và Lâm chứng lâu ngày tiến triển mà thành. Bởi vậy, quan điểm được xây dựng trong điều trị là sự tái lập thăng bằng âm dương [25] và tập trung vào tình trạng tổng thể của người bệnh hơn là từng bệnh cụ thể [13]. Nhận thức được vai trò quan trọng đó, chúng tôi tiến hành một nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu theo dõi dọc trên 121 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn 5 đang lọc máu tại khoa Thận-Tiết niệu và lọc máu Bệnh viện E trong thời gian từ tháng 9/2017 đến hết tháng 8/2018 nhằm khảo sát chứng hậu và mối liên quan với thời điểm điều trị thay thế thận. *Kết quả:* Số chứng trạng lâm sàng quan sát được/ghi nhận được theo bốn chứng hậu chính bao gồm Quan cách, Thủy thũng, Long bế, Lâm chứng là 121 trên tổng số 139 chứng trạng thống kê được trong y văn (sau khi đã bỏ đi những biên trùng nhau trên tổng số 260 chứng trạng thống kê được). Phân bố chứng trạng theo chứng hậu chủ chứng: *Nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc:* Tiểu ít/Vô niệu chiếm tỷ lệ 67,4%; Phù thũng 30,3%; Tiểu không thông 10,1%; Buồn nôn/Nôn 8,9%. *Nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối được chẩn đoán mới:* Tiểu ít/Vô niệu chiếm tỷ lệ 100%; Phù thũng 87,5%; Tiểu không thông 9,4%; Buồn nôn/Nôn 12,5%. Chứng trạng lâm sàng chỉ điểm quyết định điều trị thay thế thận là tiểu ít/vô niệu (100%), mệt mỏi (90,1%); phù (85,7%) phối hợp.

**Từ khóa:** Bệnh thận mạn.

## SUMMARY

“Chronic Kidney Disease (CKD)” is an additional term for the definition of chronic kidney failure (Chronic Renal Failure (CRF), first used in the diagnostic guidelines of the K/DOQI 2002 [17]. In 2003, the KDIGO added the criteria for a kidney transplant as a CKD group [14]. Due to evidence related to mortality differences, KDIGO’s new 2012 guidelines confirm CKD to be structural or functional abnormalities that last for more than 3 months and affect patient health; At the same time, CKD is divided into 5 stages (G1, G2, G3a, G3b, G4, G5) based on glomerular filtration rate, together with the addition of albuminuria to the classification to support the prognosis and evolution disease [15]. Therefore, the disease progresses silently, with poor symptoms, patients often show little interest and renal failure is only detected in the late stages, clinically frantic with edema, dyspnea and anuria [3]. Recently, several trials such as SKS (2015) [20], VA (2016) [26], IDEAL (2017) [22], demonstrated no difference in mortality risk [23] between groups. were early intervention (estimated glomerular filtration rate (eGFR) from 10 - 15ml/minute/1.73m<sup>2</sup>) and the late intervention group (eGFR from 5-7ml/minute/1.73m<sup>2</sup>) [11], simultaneously with the fact that clinical recommendations guide the symptom burden review [15] to determine when patients are required to undergo Renal Replacement Therapy (RRT) (artificial kidneys, dialysis) [4]), thus forming different views on the use of estimates of glomerular filtration as a key guide for initiating maintenance dialysis [18].

Because of the particularities of history, traditional medicine for more than 4,000 years [5] is based on the theoretical basis of the four diagnosis (vision; listening, smelling; questioning, touching, and Eight-Tails (external-internal; heat-cold, acute-chronic; yin-yang-representing the disease trend [13]) used Clinical symptoms as a note to confirm the diagnosis [8]. For CKD, “incessant urination and relentless vomiting” were the two main drivers noted by the literature, and the post-“Quan cach” mentality corresponded to the damage of the kidneys and the loss of Spleen’s the late stage [28] together with “Thuy thung”, “Long be” and “Lam chung” have progressed to a long time. The established view of treatment is to reestablish yin and yang balance [25] and focus on the overall condition of the patient rather than each specific disease [13]. Recognizing that important role, we conducted a cross-sectional descriptive cross-sectional study on 121 patients with stage 5 chronic renal disease undergoing dialysis in the Department of Kidney-Urology and Dialysis - E Hospital for the period from September 2017 to the end of August 2018 to examine the aftermath and the relationship with the time of kidney replacement therapy. *Results:* The number of clinical conditions observed/recorded according to the four main conditions including “Quan cach”, “Thuy thung”, “Long be”, “Lam chung” is 121 out of 139 statistical conditions reported in the literature (after discarded the overlapping variables out of 260 statistical conditions). Distribution of conditions by post-control syndrome: Group of patients with end-stage renal disease undergoing filtration: Minor/Anuria accounts for 67.4%; Edema 30.3%; Urine incontinence 10.1%; Nausea/Vomiting 8.9%. The group of patients with end-stage chronic kidney disease was newly diagnosed: Little urine/Anuria accounts for 100%; Edema 87.5%; Urinary incontinence 9.4%; Nausea/Vomiting 12.5%. The clinical condition indicating the decision to replace kidney is minor/anuria (100%), fatigue (90.1%); edema (85.7%) in combination.

**Key words:** chronic kidney disease.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học cổ truyền (YHCT) có một nền lịch sử lâu đời. Trải qua những thăng trầm của lịch sử, cơ sở lý luận về việc sử dụng âm, dương-đại diện cho xu thế bệnh tật và các triệu chứng lâm sàng như một ghi nhận nhằm xác định chẩn đoán dựa trên quy nạp có những điểm khá tương đồng với quan điểm ngày nay của y học hiện đại (YHHĐ)-Y học dựa vào bằng chứng (Y học thực chứng (Evidence-based Medicine)). Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế - JAHR (Joint Annual Health Review) năm 2016 nhận định, mô hình bệnh tật đã có sự thay đổi từ các bệnh lây nhiễm

chuyển sang không lây nhiễm và thể giới hướng đến việc “già hóa khỏe mạnh” hơn là chỉ chú trọng vào việc cứu sống bệnh nhân trước đây [1]. Gánh nặng bệnh tật dựa trên chỉ số DALY (Disability Adjusted Life Years-mất đi năm sống khỏe mạnh) [2] cũng ngày càng cao hơn cho các bệnh lý mạn tính, điều đó đồng nghĩa với việc nâng chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân này dựa trên cơ sở giảm gánh nặng triệu chứng là điều quan trọng thiết yếu. Trên thế giới hiện nay có khá nhiều các công trình nghiên cứu sử dụng các triệu chứng lâm sàng nhằm xây dựng một mô hình phân loại thể bệnh và phân tích nhằm đưa ra

các phương pháp điều trị hữu hiệu cho bệnh nhân, trong đó có thể kể đến một dự án kéo dài 9 năm (2005-2013), đa trung tâm về phân thể YHCT ở bệnh nhân đột quy tại Hàn Quốc [19]. Tại Trung Quốc, một số mô hình đã được áp dụng rộng rãi trong chẩn đoán xơ gan (2008) [27], bệnh mạch vành (2012) [24] và viêm gan B mạn tính (2013) [12].

Suy thận mạn hay còn gọi là bệnh thận mạn tính giai đoạn G5, là giai đoạn nặng nhất của CKD. Lâm sàng thường tiến triển qua G1, G2, G3a, G3b, G4 trước đó với những biểu hiện mờ nhạt của phù nhẹ chi dưới,

mí mắt hay mệt mỏi thành khó thở hay vô niệu ở giai đoạn cuối. Thực tế lâm sàng cho thấy, thời điểm quyết định buộc phải điều trị thay thế thận (thận nhân tạo, thẩm phân phúc mạc, ghép thận) được đánh giá hoàn toàn dựa trên gánh nặng triệu chứng mà bệnh nhân phải chịu đựng và tiến hành trước khi “các nguy cơ vượt quá giới hạn có thể đo lường được” [18]. Khởi đầu từ ý tưởng đó, chúng tôi thực hiện một khảo sát nhằm đánh giá gánh nặng triệu chứng của bệnh nhân CKD, nhưng trên một góc nhìn hoàn toàn mới: Quy nạp chứng trạng theo chứng hậu của YHCT.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 121 bệnh nhân được chẩn đoán CKD G5 đang điều trị thay thế thận tại khoa Thận-Tiết niệu và lọc máu Bệnh viện E trong thời gian từ tháng 9/2017 đến hết tháng 8/2018. Với thiết kế mô tả cắt ngang tiến cứu có phân tích và theo dõi dọc, chúng tôi đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân trên 18 tuổi, không phân biệt giới và nghề nghiệp, tự nguyện tham gia. Để đảm bảo tính khách quan cho các chứng trạng thu thập, hai nhóm đối tượng được lựa chọn. Một là 89 bệnh nhân đang điều trị thay thế thận bằng phương pháp lọc máu tại khoa, hai là nhóm 32 bệnh nhân được chẩn đoán mới bệnh thận mạn giai đoạn cuối (ESRD-*end stage renal disease*) có chỉ định điều trị thay thế thận bằng phương pháp lọc máu. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định khi có 1 trong 2 biểu hiện sau kéo dài trên 3 tháng liên tục

(Hội Thận học Quốc tế (KIDIGO-Kidney Disease Improving Global Outcomes 2012) [15], bao gồm cả những bệnh nhân đã thay thế thận (CKD-T-transplantation)/đang lọc máu thận nhân tạo/thẩm phân phúc mạc (PD-peritoneal dialysis):

1) *Mức lọc cầu thận giảm <15ml/phút/1,73m<sup>2</sup> diện tích da* (sử dụng độ lọc cầu thận ước tính (eGFR-estimated glomerular filtration rate)) từ creatinin huyết thanh theo công thức MDRD4-modification of diet in renal disease study 4) [9],[15];

2) *Có triệu chứng tổn thương thận (một hoặc nhiều biểu hiện trên cận lâm sàng:*

Albumin niệu >30mg/24 giờ (Albumin/Creatinin niệu >30mg/g);

Bất thường điện giải hoặc các bất thường khác do rối loạn chức năng ống thận;

Siêu âm ổ bụng phát hiện có bất thường hệ thận – niệu (teo thận);

Bệnh nhân đã mổ ghép thận [9],[15].

Chủ chứng của ESRD trên lâm sàng chủ yếu là tiểu tiện không thông và nôn không ngừng (quan-cách) [25]. Tuy nhiên, do biểu hiện chứng trạng lâm sàng YHCT phức tạp bởi là giai đoạn có nhiều tổn thương tạng phủ phối hợp, các chứng hậu có nhiều trùng lặp, nên thống nhất trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn bốn nhóm chứng hậu chính bao gồm: Thủy thũng, Lâm chứng, Long bế và Quan cách. Triển khai trong thời gian 12 tháng liên tục, nghiên cứu viên thu thập số liệu theo 2 giai đoạn cụ thể:

**Giai đoạn 1:** Khai thác toàn bộ chứng trạng YHCT của bệnh nhân ESRD theo 4 chứng hậu chủ chứng (n=121). Tham khảo y văn, kết quả cho thấy: 1) *Thủy thũng* có 35 chứng trạng thuộc Dương thủy, 24 thuộc Âm thủy; 2) *Lâm chứng* có 67 chứng trạng; 3) *Long bế* có 45 chứng trạng; 4) *Quan cách* có 89 chứng trạng. Tổng hợp lại có 260 chứng trạng cần khảo sát. Tuy nhiên, do có sự lặp lại của các biểu hiện nên sau khi loại đi những biến giống nhau, chúng tôi thống kê được có 139 chứng trạng trên lâm sàng tương ứng với các chứng hậu Thủy thũng, Lâm chứng, Long bế, Quan cách ở bệnh nhân bệnh thận mạn. Như vậy, nghiên cứu này có tất cả 139 biến tương ứng với 139 chứng trạng thống kê được ở ba nguồn tham khảo là Chuyên đề Nội khoa YHCT (Trần Thúy, Vũ Nam chủ biên (2006)) [7], Trung Y lâm sàng chẩn trị (Yang Nizhi, Liu Xusheng chủ biên (2013)) [25] và Bệnh học Nội khoa YHCT (Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà chủ biên (2016)) [6]. Mục tiêu của giai đoạn này là khảo sát được những chứng trạng chính (trong số 4 chứng hậu chủ chứng) – là dấu hiệu chỉ điểm của bệnh thận mạn.

**Giai đoạn 2:** Đánh giá sự thay đổi các chứng trạng thuộc 4 nhóm chứng hậu chính dựa trên những biến đổi của các chỉ số cận lâm sàng (n=32). Biểu hiện chứng trạng lâm sàng theo bệnh cơ được đánh giá theo phương pháp nhị phân (có/không) và được đánh giá ở 4 thời điểm: trước lọc máu (T<sub>0</sub>), sau 1 tuần lọc máu (T<sub>7</sub>), sau 1 tháng lọc máu (T<sub>30</sub>) và sau 3 tháng lọc

máu ( $T_{90}$ ) nhằm đánh giá tỷ lệ phân bố các chứng trạng này với sự thay đổi của chỉ số chức năng thận (ure, creatinine, eGFR), enzym gan (AST, ALT); công thức máu (hồng cầu, bạch cầu, huyết sắc tố, tiểu cầu). Mục tiêu của giai đoạn hai là đánh giá sự thay đổi các dấu hiệu chỉ điểm ở nhóm bệnh nhân ESRD mới có chỉ định lọc máu thận nhân tạo – Từ đó đánh giá mức độ gánh nặng triệu chứng trong mối liên quan với thời điểm được chỉ định điều trị thay thế thận.

Số liệu sau thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 có bản quyền. Giá trị p được ghi cụ thể, với các ước lượng  $p=0,000$  thống nhất ghi  $p<0,001$  kèm theo khoảng dao động độ tin cậy 95%CI với các biến định lượng. Với các biến phân phối chuẩn, giá trị biểu thị là giá trị trung bình - mean) và độ lệch chuẩn (SD-standard Deviation). Đối với các biến triệu chứng

lâm sàng YHCT, tiến hành phân loại mỗi mục hỏi/trả lời bằng biến nhị phân: có hoặc không. Các triệu chứng thu thập được sẽ được biểu diễn dưới dạng tần suất xuất hiện và tỷ lệ %. Các biến triệu chứng dương tính và âm tính sẽ được ghi nhận tần số, tỷ lệ %, p và độ dao động 95% của dữ liệu thu thập được để tiến hành xác định sự thay đổi các chứng trạng lâm sàng bệnh thận mạn trước và sau lọc máu. Ngoại trừ nhóm nghiên cứu là người trực tiếp tiến hành nghiên cứu này, các thông tin cá nhân về bệnh nhân (tên, tuổi, địa chỉ) đều được bảo mật. Các kết quả xét nghiệm (nếu có) hoặc thăm khám được cung cấp cho bệnh nhân ở bất cứ thời điểm nào khi bệnh nhân yêu cầu nếu xét nghiệm đó được thực hiện nhằm làm rõ chẩn đoán hoặc đánh giá tiến triển bệnh/thay đổi sau can thiệp (lọc máu) tại các thời điểm khác nhau nằm trong phạm vi

nghiên cứu này. Tất cả các bệnh nhân đều được cung cấp một bản thông tin về nghiên cứu, được giải đáp tất cả các thắc mắc về quá trình thăm khám, hỏi bệnh, thông tin về bệnh tật khi nghiên cứu được diễn ra (ngoại trừ các thông tin về thuốc điều trị, thời gian điều trị, hiệu quả điều trị, tiên lượng bệnh-là những tiêu chí không nằm trong phạm vi nghiên cứu này).

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

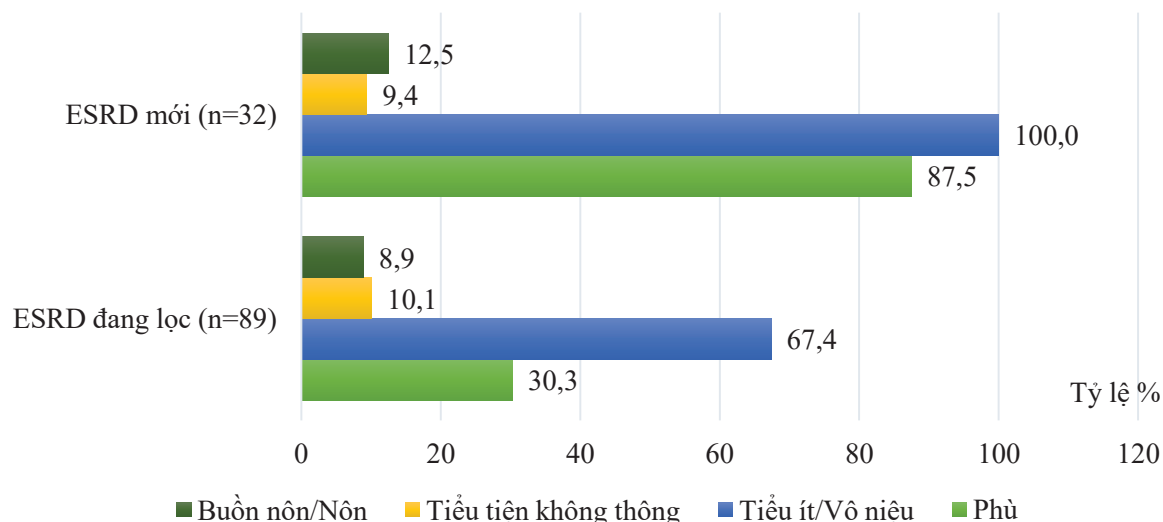
Bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi trung bình là 55 tuổi, nữ nhiều hơn nam ( $p=0,323$ ), lao động trí có nhiều hơn lao động chân tay ( $p=0,547$ ). Khoảng thời gian phát hiện bệnh thận mạn tính đến khi được lọc máu lần đầu khoảng 2 năm (ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 10 năm sau phát hiện CKD G1). Creatinin và eGFR của bệnh nhân được thể hiện ở bảng 1.

**Bảng 1. Creatinin và mức lọc cầu thận ước đoán của bệnh nhân nghiên cứu**

Nhóm	Creatinine ( $\mu\text{mol/l}$ ) *	eGFR (ml/phút) *
ESRD đang lọc (n=89)	870,29 ± 219,27 (Min= 481,00; Max = 1481,00)	7,12 ± 8,36 (Min = 2,52; Max = 68,15)
ESRD mới (n=32)	901,69 ± 217,47 (Min= 448,20; Max=1225,50)	5,86 ± 2,17 (Min= 2,59; Max= 10,36)
p (95%CI)	p = 0,488 ((-120,69)-57,91)	p = 0,403((-1,71)-4,23)

\* = ± SD

Trong số 139 chứng trạng tổng hợp được theo y văn đồng thời dựa trên thực tế quá trình thu thập bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy có những chứng trạng không xuất hiện ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính trong nghiên cứu. Do đó, sau khi loại đi những chứng trạng không thu thập được/không xuất hiện/không có thông tin/không khai thác được, chúng tôi tổng hợp lại được chính xác có 7 biểu hiện của phù thũng, 7 biểu hiện buồn nôn/nôn, 14 biểu hiện tiểu tiện, 11 biểu hiện đại tiện, 15 biểu hiện của lưỡi, 8 biểu hiện của mạch, 20 biểu hiện ở ngũ quan thất khiếu, 23 biểu hiện ở tứ chi, cơ nhục, toàn thân, 6 biểu hiện ở sắc mặt, 4 biểu hiện của ăn uống, 3 biểu hiện của giấc ngủ và 3 chứng trạng kèm chứng. Như vậy, tổng số chứng trạng YHCT của bệnh thận mạn tính được khảo sát trong nghiên cứu này là 121 chứng trạng. Phân bố của các chứng trạng này được quy nạp theo chủ chứng (biểu đồ 1).



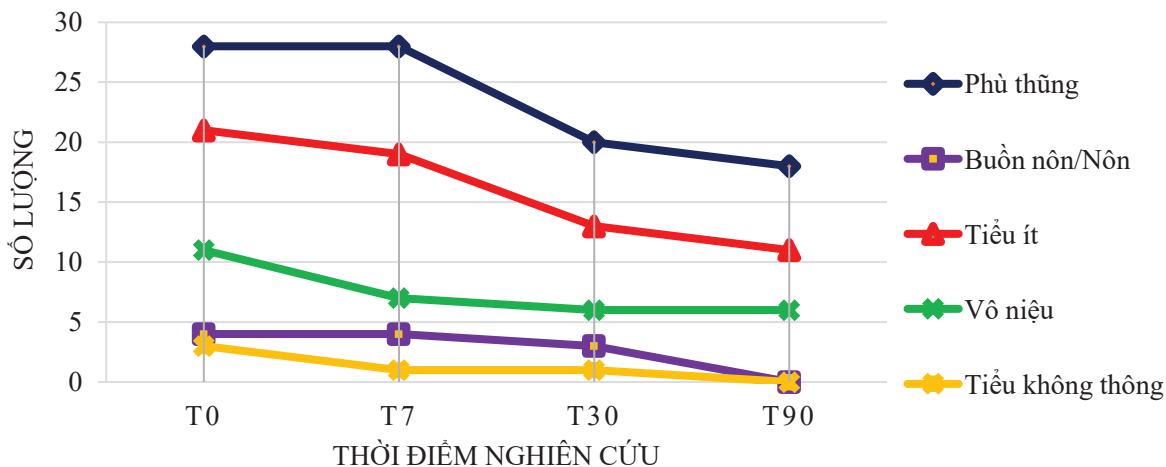
**Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ các chứng trạng làm chủ chứng**

Khảo sát 121 chứng trạng nghiên cứu trên 121 bệnh nhân ESRD, bên cạnh chủ chứng (phù, buồn nôn/ nôn, tiểu ít/ vô niệu, tiểu không thông), nhận thấy có những chứng trạng thường xuyên xuất hiện và có những chứng trạng ít xuất hiện. Do đó, dựa trên tần suất của triệu chứng khai thác được trên lâm sàng và đặc trưng bệnh, chúng tôi chỉ tiến hành ghi nhận sự thay đổi của những chứng trạng điển hình nhất (tần suất xuất hiện nhiều nhất hoặc là dấu hiệu chỉ điểm bệnh thận mạn giai đoạn cuối - gồm 17 chứng trạng được thống kê trong bảng 2) trên nhóm 32 bệnh nhân ESRD mới.

**Bảng 2. Những chứng trạng theo dõi cho giai đoạn 2**

Chứng trạng	n	%	Chứng trạng	n	%
Phù thũng	28	87,5	Tiểu ít/vô niệu	32	100
Buồn nôn/nôn	4	12,5	Tiểu không thông	3	9,4
Sắc mặt sạm tối/vàng ả	26/10	81,3/31,3	Sợ lạnh chi lạnh	17	53,1
Mệt mỏi	29	90,6	Ngũ tâm phiền nhiệt	12	37,5
Người nặng nề	11	34,4	Miệng nhạt không khát	22	68,7
Đau đầu	7	21,9	Tiểu đêm	21	65,6
Đau lưng mỗi gối	29	90,6	Đại tiện không khuôn	17	53,1
Đau lạnh thất lưng	27	84,4	Đại tiện khô kết	15	46,9
Co giật tay chân	10	31,3			

Tại thời điểm diễn ra nghiên cứu này, 17 chứng trạng theo dõi được đánh giá ở 4 thời điểm là trước lọc máu, sau lọc 1 tuần, sau lọc 1 tháng và sau lọc 3 tháng, tuy nhiên, có những biểu hiện chứng trạng không có sự thay đổi trước - sau. Do đó, trong kết quả ở phần đánh giá cho tiêu chí này, chúng tôi chỉ trình bày những chứng trạng có sự thay đổi rõ rệt và số lượng bệnh nhân (n) đủ lớn (tại các thời điểm nghiên cứu).



p	Phù thũng	Buồn nôn/nôn	Tiểu ít	Vô niệu	Tiểu không thông
$p_{T_0-T_7}$	$p=1,000$	$p=1,000$	$p=0,500$	$p=0,125$	$p=0,500$
$p_{T_0-T_{30}}$	$p=0,008$	$p=1,000$	$p=0,008$	$p=0,063$	$p=0,500$
$p_{T_0-T_{90}}$	$p=0,002$	$p=0,125$	$p=0,002$	$p=0,063$	$p=0,250$

**Biểu đồ 2. Thay đổi các chứng trạng chủ chứng tại thời điểm nghiên cứu**

Theo YHHĐ, lọc máu là “phương thức điều trị nhằm lọc bỏ ra khỏi máu một cách liên tục và chậm rãi các chất độc (nội sinh hoặc ngoại sinh), dịch và điện giải”. Với các bệnh nhân lọc máu chu kỳ, mỗi tuần cần lọc 12 giờ, thường chia làm ba lần lọc, mỗi lần 4 giờ. Phương pháp lọc máu bằng thận nhân tạo chu kỳ chỉ thay thế được cho chức năng bài tiết của thận, không thay thế được cho chức năng nội tiết của thận. Với các chứng trạng lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hầu hết các chứng trạng chủ chứng đều có sự cải thiện sau lọc máu. Điều này hoàn toàn phù hợp với nguyên lý cơ bản trong chỉ định điều trị, bởi khi này, hai thận đã mất chức năng (hoàn toàn hoặc không hoàn toàn – phụ thuộc vào chức năng thận tồn lưu), do đó, các chứng trạng phù, buồn nôn/nôn, nước tiểu 24 giờ và tình trạng tiểu không thông đều có xu hướng tốt hơn qua các thời điểm lọc.

Trong nghiên cứu này, mặc dù tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi các chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và huyết sắc tố, ure, creatinine và AST, ALT. Tuy nhiên, trong quá trình thu thập số liệu, chúng tôi nhận thấy chỉ có một số kết quả cận lâm sàng có sự thay đổi có ý nghĩa và liên quan trực tiếp đến chứng trạng, do đó, phần thống kê chỉ báo cáo sự thay đổi của huyết sắc tố, ure và creatinine.

**Bảng 3. Sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng ở các thời điểm nghiên cứu**

Chỉ số	T <sub>0</sub>	T <sub>7</sub>	T <sub>30</sub>	T <sub>90</sub>
Huyết sắc tố (g/l)	92,86 ± 15,21	100,13 ± 13,74	94,31 ± 13,75	102,09 ± 15,76
p (95%CI)	$p_{T_0-T_7} < 0,001 ((-11,07)-(-3,43)); p_{T_0-T_{30}} = 0,502 ((-5,75)-2,87); p_{T_0-T_{90}} < 0,001 ((-13,94)-(-4,48))$			
Hoa mắt (n,%)	4 (12,5)	4 (12,5)	4 (12,5)	4 (12,5)
Mệt mỏi (n,%)	29 (90,1)	29 (90,1)	27 (84,4)	25 (78,1)
Sắc xanh (n,%)	10 (31,3)	10 (31,3)	9 (28,1)	10 (31,3)
Vàng ải (n,%)	13 (40,6)	13 (40,6)	9 (28,1)	9 (28,1)

Chỉ số	T <sub>0</sub>	T <sub>7</sub>	T <sub>30</sub>	T <sub>90</sub>
Lưỡi nhợt (n,%)	27 (84,4)	27 (84,4)	27 (84,4)	27 (84,4)
<b>Ure (mmol/l)</b>	27,16 ± 7,18	22,59 ± 7,18	37,61 ± 54,08	28,78 ± 35,50
p (95%CI)	p <sub>T0-T7</sub> = 0,018 (0,82-8,31); p <sub>T0-T30</sub> = 0,284 ((-29,98)-9,08); p <sub>T0-T90</sub> = 0,813 ((-15,55)-12,30)			
Buồn nôn/nôn (n,%)	4 (12,5)	4 (12,5)	3 (9,4)	0
Đau đầu (n,%)	7 (21,9)	4 (12,5)	3 (9,4)	3 (9,4)
Chóng mặt (n,%)	5 (15,6)	5 (15,6)	5 (15,6)	5 (15,6)
<b>Creatinine (μmol/l)</b>	901,69±217,47	798,72±201,90	852,06±190,61	771,00±183,60
p (95%CI)	p <sub>T0-T7</sub> = 0,013 (23,53-182,39); p <sub>T0-T30</sub> = 0,087 ((-7,60)-106,86); p <sub>T0-T90</sub> < 0,001 (78,24-183,13)			
Phù (n,%)	28 (85,7)	28 (85,7)	20 (62,5)	18 (56,3)
Tiểu ít/Vô niệu (n,%)	32 (100)	26 (81,3)	19 (59,4)	17 (53,1)
Tiểu không thông (n,%)	3 (9,4)	1 (3,1)	1 (3,1)	1 (3,1)

Như vậy có thể thấy rằng, 100% bệnh nhân có chỉ định điều trị thay thế thận bằng phương thức lọc máu trong nghiên cứu này đều có biểu hiện tiểu ít hoặc vô niệu (*Chứng tiểu tiện bất lợi*); mệt mỏi (*Chứng hư lao*) và phù (*Chứng thủy thũng*). Theo YHCT, chứng **tiểu tiện bất lợi** phần nhiều là do có bất thường quá trình chu chuyển nước và dịch trong cơ thể. Bình thường, thức ăn đồ uống vào Vị, được chuyển hóa một phần để chất thanh vào Tỳ, Tỳ lại tiếp tục chuyển hóa để chất tinh hoa đưa lên Phế, chất đục theo Thận xuống Bàng quang. Nếu Thận và Bàng quang khí hóa bình thường, chu chuyển này diễn ra điều hòa và trôi chảy. Tuy nhiên, khi tổn thương xảy ra, một trong các tạng sẽ giảm hoặc mất chức năng, khiến Phế mất thăng giáng, Tỳ mất vận hóa, Thận bất nạp khí, Bàng

quang không khai hợp (đóng mở) mà sinh ra chứng niệu ít hoặc vô niệu. Thực tế lâm sàng cho thấy, có khá nhiều trường hợp bệnh nhân lọc máu vô niệu hoàn toàn, tuy nhiên, có những bệnh nhân sau lọc vẫn đái tốt, lượng nước tiểu duy trì 700ml – 1500ml – 2000ml/24 giờ. Chính vì vậy, trên lâm sàng, thầy thuốc thường dựa vào lượng nước tiểu để dự báo chức năng thận tồn lưu. Nghiên cứu năm 2014 của Bùi Thị Ngọc Yến và cộng sự đã xác định một ngưỡng điểm cắt là 200ml nước tiểu/24 giờ làm giới hạn để theo dõi sự sụt giảm chức năng thận tồn lưu trên bệnh nhân ESRD [9]. Nghiên cứu năm 2000 của Moist M. và cộng sự cũng lựa chọn điểm cắt này để tiến hành đánh giá tiên lượng trên bệnh nhân thận nhân tạo chu kì [16]. **Hư lao** ở bệnh nhân CKD G5 do Tỳ

khí hư suy hoặc Thận nạp khí kém mà thành. Lý luận về bệnh sinh của chứng **Thủy thũng**, YHCT cho rằng nguyên nhân gây bệnh thường do phong tà ngoại phạm, thủy thấp khốn tỳ, thấp nhiệt nội thịnh, ăn uống no đói thất thường, hoặc thận khí hư suy [25]. Trong “Cảnh nhac toàn thư – thũng trưởng” có nói: “Chứng thủy thũng thì bệnh này có liên quan đến ba tạng Phế Tỳ Thận, nếu như âm thủy thì bệnh tại Thận, khí hóa ở phế do Phế, (...) phế hư khí ko thể hóa thành tinh (..) thận hư thì thủy không có người điều hành nên nó đi không kiểm soát được. Ngoài ra ứ huyết ngăn trở, tam tiêu thủy đạo bất lợi thường làm cho bệnh thủy thũng càng khó khỏi và dai dẳng” [24]. Thực tế lâm sàng tại khoa, chúng tôi thấy rằng, biểu hiện phù thường rõ ràng hơn có thể do mối liên quan với tình trạng vô niệu hoặc tiểu ít. Bệnh

nhân thường mô tả đi dép/giày thấy chật, nặng nề chân tay hoặc mắt béo (to) hơn bình thường. Theo YHHĐ, bệnh thận mạn tính thường tiến triển dựa trên nền một viêm cầu thận cấp/mạn cũ [4], đây đồng thời cũng là yếu tố nguy cơ làm nặng thêm tình trạng bệnh. Tương ứng với YHCT, nền bệnh lý này chính là bởi chính khí suy giảm, ngoại tà (phong, nhiệt) xâm phạm vào cơ thể mà gây ra bệnh. Bệnh nhân thường có biểu hiện của vùng hầu họng (ho, hắt hơi, sốt nhẹ), sau đó, thương tổn tại thận mới xuất hiện. Trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân của chúng tôi đều hoặc đã có tiền sử bệnh thận mạn tính các giai đoạn G1, G2, G3, G4 cũ chưa có chỉ định chạy thận, hoặc vào

viện khi xuất hiện một đợt suy sụp chức năng thận mới trên nền bệnh thận mạn tính cũ hoặc viêm cầu thận, viêm đài bể thận hoặc bệnh thận đái tháo đường nên biểu hiện các triệu chứng không rầm rộ như đợt cấp của suy thận mạn.

#### IV KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu trên 121 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn G5 có chỉ định điều trị thay thế thận bằng phương pháp lọc máu tại Khoa Thận-Tiết niệu và lọc máu Bệnh viện E, chúng tôi nhận thấy, số chứng trạng lâm sàng quan sát được/ghi nhận được theo bốn chứng hậu chính bao gồm Quan cách, Thủy thũng, Long bế, Lâm

chứng là 121 trên tổng số 139 chứng trạng thống kê được trong y văn. Chứng trạng lâm sàng theo chủ chứng thống kê được như sau

+ *Nhóm ESRD đang lọc*: Tiểu ít/Vô niệu chiếm tỷ lệ 67,4%; Phù thũng 30,3%; Tiểu không thông 10,1%; Buồn nôn/Nôn 8,9%.

+ *Nhóm ESRD chẩn đoán mới*: Tiểu ít/Vô niệu chiếm tỷ lệ 100%; Phù thũng 87,5%; Tiểu không thông 9,4%; Buồn nôn/Nôn 12,5%.

Thời điểm quyết định điều trị thay thế thận bằng phương pháp lọc máu tên lâm sàng của 32 bệnh nhân trong nghiên cứu này là tiểu ít/vô niệu (100%); mệt mỏi (90,1%); phù (85,7%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. **Bộ Y tế Việt Nam, nhóm đối tác y tế** (2018). Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016 hướng tới mục tiêu già hóa khỏe mạnh ở Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellstrom, Tổ chức y tế thế giới, Bản dịch tại Việt Nam** (2006). Dịch tễ học cơ bản, in tại Ấn Độ.
3. **Trần Văn Chất, Nguyễn Bửu Triều** (2007). Suy thận – Ghép thận. *Bệnh học Tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 455 – 471.
4. **Trần Thị Bích Hương** (2012). Bệnh thận mạn và suy thận mạn. *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, 417 – 429.
5. **Nguyễn Nhược Kim** (2011). *Lý luận Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Thái Nguyên, 40 – 50, 119 – 121.
6. **Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà** (2016). *Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 23 – 39.
7. **Trần Thúy, Vũ Nam** (2006). *Chuyên đề Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 351-379.
8. **Trường Đại học Y Hà Nội – Khoa Y học cổ truyền** (2005). Chẩn đoán học. *Bài giảng Y học cổ truyền*, tái bản lần thứ 4, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1, 78 – 83.
9. **Nguyễn Thị Xuyên** (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Thận – Tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 129 – 138.

10. **Bùi Thị Ngọc Yến, Trần Thị Bích Hương** (2014). Đánh giá chức năng thận tồn lưu ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện Chợ Rẫy, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 18(4), 158 – 164.

#### Tiếng Anh

11. **Bruce A. Cooper, Pauline Branley, Liliana Bulfone et al** (2010). A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis, *The New England Journal of Medicine*, 363(7), 609 – 619.

12. **Xiao Yu Chen, Li Zhuang Ma, Na Chu** (2013). Classification and Progression Based on CFS-GA and C5.0 Boost Decision Tree of TCM Zheng in Chronic Hepatitis B. *Evid Based Complement Alternat Medicine*, 2013(695937), 1 – 10.

13. **Sissi Wachtel Galor, Iris F. F. Benzie** (2011). Herbal medicine-An introduction to its history, usage, regulation, current trends, and research needs, *Herbal medicine-Biomolecular and clinical aspects*, 2nd edition, CRC Press-Taylor and Francis Group, US, 5 – 56.

14. **Aleksandra Kukla, Madhurima Adulla, Julio Pascual** (2008). CKD stage to stage progression in native and transplant kidney disease, *Nephrol Dial Transplant*, 23(2), 693 – 700.

15. **KDIGO** (2013). KDIGO 2012 Clinical practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, *Kidney international supplements*, International Society of Nephrology, 2(5), 343 – 346.

16. **Moist LM** (2000). Predictors of loss of residual renal function among new dialysis patients, *J Am Soc Nephrol*, 11(3), 556-564.

17. **National Kidney Foundation** (2002). *K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. Am J Kidney Dis, New York, 39(1), S1 – S266.

18. **Gihad E. Nesrallah, Reem A. Mustafa, William F. Clark** (2014). Canadian Society of Nephrology 2014 clinical practice guideline for timing the initiation of chronic dialysis, *CMAJ*, 186(2), 112 – 117.

19. **Tae Yong Park, Ju Ah Lee, Byoung Kab Kang et al** (2014). Ranking clinical indicators for stroke pattern identification according to clinical importance in traditional Korean medicine, *Int J Clin Exp Med*, 7(12), 5146 – 5157.

20. **Matthew B. Rivara, Cassianne Robinson-Cohen, Bryan Kestenbaum et al** (2015). Changes in symptom burden and physical performance with initiation of dialysis in patients with chronic kidney disease, *Hemodial Int*, 19(1), 147 – 150.

21. **Matthew B. Rivara, Cassianne Robinson-Cohen, Bryan Kestenbaum et al** (2015). Changes in symptom burden and physical performance with initiation of dialysis in patients with chronic kidney disease, *Hemodial Int*, 19(1), 147 – 150.

22. **Matthew B. Rivara, Rajnish Mehrotra** (2017). Timing of Dialysis Initiation: What Has Changed Since IDEAL?, *Semin Nephrol*, 37(2), 181 – 193.

23. **Matthew B. Rivara, Rajnish Mehrotra** (2014). Is Early Initiation of Dialysis Harmful?, *Semin Dial*, 27(3), 250 – 252.

24. **Qi Shi, Huihui Zhao, Jianxin Chen et al** (2012). Study on TCM Syndrome Identification Modes of Coronary Heart Disease Based on Data Mining. *Evid Based Complement Alternat Medicine*, 2012(697028), 1 – 11.

25. **Michael Tierra, Lesley Tierra** (1998). The Theory of Yin and Yang. *Chinese traditional herbal medicine-Diagnosis and Treatment*, Lotus Press, U.S.A, 1, 13 – 27.

26. **Susan P. Y. Wong, Elizabeth K. Vig, Janelle S. Taylor et al** (2016). Timing of initiation of maintenance dialysis: A qualitative analysis of the electronic medical records of a national cohort of patients from the department of Veterans Affairs, *JAMA Intern Med*, 176(2), 228 – 235.

27. **Wang Yan, MA Lizhuang, LIAO Xiaowei et al** (2008), Decision Tree Method to Extract Syndrome Differentiation Rules of Posthepatic Cirrhosis in Traditional Chinese Medicine, *IEEE International Symposium on IT in Medicine and Education*, 978(1), 744 – 748.

### Tiếng Trung

28. 关格, 肾膀胱病证, 中医内科学.

**Link:** [ranscoder.baiducontent.com/tc?srd=1&dict=32&h5ad=1&bdenc=1&lid=17671175123204562040&title=中医内科学\\_第四节关格\\_中医世家&nsrc=IIPT2AEptyoA\\_yixC-F0xXnANedT62v3IEQGG\\_zRBATD5nk\\_qxP4IZQRAXjzbzRXWJG6DzvSPQps2YaSvuNy-FzzBAXh4I5hiE6kzm9u\\_](https://ranscoder.baiducontent.com/tc?srd=1&dict=32&h5ad=1&bdenc=1&lid=17671175123204562040&title=中医内科学_第四节关格_中医世家&nsrc=IIPT2AEptyoA_yixC-F0xXnANedT62v3IEQGG_zRBATD5nk_qxP4IZQRAXjzbzRXWJG6DzvSPQps2YaSvuNy-FzzBAXh4I5hiE6kzm9u_)

29. 杨霓芝, 刘旭生 (2013). 泌尿科专病 中医临床诊治, 第 3 版, 人民卫生出版, 508-532.

**Yang Nizhi, Liu Xusheng chủ biên** (2013). *Trung Y lâm sàng chẩn trị - Bệnh Thận-Tiết niệu*, ấn bản lần thứ 3, Nhà xuất bản Nhân dân Vệ sinh, 508-532.