

- fractures: a nested case-control study of more than 350,000 Korean patients with GERD and peptic ulcer disease. *BMC Geriatr.* 2020;20:407.
4. **J. J. Kim, E. J. Jang, J. Park, H. S. Sohn.** Association between proton pump inhibitor use and risk of fracture: A population-based case-control study. *PLoS One.* 2020;15:e0235163.
  5. **J. R. Lewis, D. Barre, K. Zhu, et al.** Long-term proton pump inhibitor therapy and falls and fractures in elderly women: a prospective cohort study. *J Bone Miner Res.* 2014;29:2489-97.
  6. **J. W. Kim, S. Park, J. Y. Jung, et al.** Prevalence and Factors of Osteoporosis and High Risk of Osteoporotic Fracture in Patients with Ankylosing Spondylitis: A Multicenter Comparative Study of Bone Mineral Density and the Fracture Risk Assessment Tool. *J Clin Med.* 2022;11.
  7. **K. M. Aasarod, M. P. Mosti, M. T. Finstad, et al.** Do patients with gastroesophageal reflux disease exhibit compromised bone quality prior to proton pump inhibitor therapy? *Bone Rep.* 2021;14:101095.
  8. **M. Zwart, R. Azagra-Ledesma, M. Saez, et al.** Predictive capacity of FRAX in a spanish region with a hip fracture rate close to the national mean. *BMC Musculoskelet Disord.* 2023;24:577.
  9. **R. Gingold-Belfer, Y. Beloosesky, A. Amara, et al.** Different effects of chronic omeprazole use on osteoporotic fractures rate in the elderly. *Br J Clin Pharmacol.* 2023.
  10. **S. W. Lai, C. H. Lin, C. L. Lin, et al.** Proton pump inhibitors therapy and the risk of hip fracture in older people in Taiwan. *Eur Geriatr Med.* 2018;9:169-174.

## KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI NHIỆT ĐỘ BỀ MẶT DA KHI NHĨ CHÂM HUYỆT GỐI TRÊN NGƯỜI TÌNH NGUYỆN KHỎE MẠNH

Nguyễn Thị Hương Dương<sup>1</sup>, Phạm Trương Thiên Phúc<sup>1</sup>,  
Tăng Khánh Huy<sup>1</sup>, Lâm Cẩm Tiên<sup>1</sup>, Lê Bảo Lưu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da khi nhĩ châm huyết Gối trên người tình nguyện khỏe mạnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực nghiệm bắt chéo có đối chứng trên 80 tình nguyện viên khỏe mạnh được phân bổ ngẫu nhiên vào 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu nhĩ châm huyết Gối (nhóm A) và nhóm chứng giả nhĩ châm huyết Gối (nhóm B). Sau khi thực hiện rồi kích thích huyết mỗi 5 phút trong vòng 30 phút, so sánh nhiệt độ tại gối và tại sau khi nhĩ châm 30 phút với thời điểm trước khi nhĩ châm. **Kết quả:** Sau khi nhĩ châm huyết Gối ở tại, nhiệt độ vùng gối cùng bên huyết nhĩ châm đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước khi nhĩ châm. **Kết luận:** Khi nhĩ châm huyết Gối ở tại, nhiệt độ vùng gối cùng bên huyết nhĩ châm có sự tăng nhiệt độ rõ rệt có ý nghĩa thống kê, chứng minh rằng có một mối quan hệ giữa huyết Gối trên loa tai với vùng gối. **Từ khóa:** nhĩ châm, huyết Gối, vùng gối, sự thay đổi nhiệt độ.

### SUMMARY

#### THE CHANGE OF SKIN SURFACE TEMPERATURE WHEN USING AURICULAR ACUPUNCTURE AT THE KNEE ACUPOINT

**Objectives:** Investigating the change of skin surface temperature while using auricular acupuncture (AA) at Knee point on healthy volunteers. **Methods:** An experimental crossover study with a control group

was conducted on 80 healthy volunteers randomly assigned into two groups: Group A used AA on Knee acupoint, and Group B used sham AA on Knee acupoint. After performing and stimulating the acupuncture every 5 minutes for 30 minutes, temperatures at the knee and ear are recorded and after the 30-minute acupuncture process. **Results:** After using AA at the Knee acupoint on the ear, the increase in knee area temperature on the same side of the acupoint was increased statistically significant comparing to before using AA. **Conclusion:** When using AA at the Knee acupoint on the ear, the temperature of the knee area on the same side of the acupoint has a statistically significant increase in temperature, which shows a close correlation between the Knee acupoint and the knee area.

**Keywords:** auricular acupuncture, Knee acupoint, knee area, temperature change.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, nhĩ châm ngày càng được sử dụng và mở rộng ở nhiều quốc gia, được xem là phương pháp trị liệu có hiệu quả trong việc điều trị các bệnh lý cấp mạn tính, phục hồi các rối loạn chức năng bộ phận cơ thể và ít gây ra tác dụng phụ. Trong số 39 vị trí huyết nhĩ châm được WHO thông qua, huyết Gối là huyết nhĩ châm đang được ứng dụng nhiều bởi vai trò và hiệu quả trên lâm sàng với nhiều công trình nghiên cứu được công bố ở các lĩnh vực chuyên khoa khác nhau [7]. Nghiên cứu của Jang Min Ji cùng các cộng sự năm 2019 ở Hàn Quốc khi nhĩ châm trong công thức huyết sử dụng huyết Gối, Thần môn, Gan, Tim và Xương chằm ở người già bị Thoái hoá khớp gối cho thấy cải thiện giảm

<sup>1</sup>Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Lưu

Email: lebaoluu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024

đau, tăng phạm vi hoạt động khớp gối và cải thiện giấc ngủ 6. Nghiên cứu của Bang Jian He và cộng sự (2013) cho thấy nhĩ châm bốn huyết Gối, Thần môn, Giao cảm và Dưới vỏ giúp giảm đau sau phẫu thuật, giảm tiêu thụ chất gây nghiện và các tác dụng phụ của chất gây nghiện đối với người bệnh thoái hóa khớp trong giai đoạn chu phẫu thay khớp gối 4.

Hiện nay, việc khảo sát đánh giá sự thay đổi cảm giác nhiệt độ lên vùng tác động khi dùng kỹ thuật nhĩ châm trị liệu ở người bệnh đã được ghi nhận trong một số công trình nghiên cứu, nhưng chưa được cụ thể rõ ràng. Vì vậy, câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là khi nhĩ châm huyết Gối thì sẽ thay đổi nhiệt độ da tại vùng gối như thế nào? Để trả lời câu hỏi này chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu khảo sát sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da khi nhĩ châm huyết Gối trên người tình nguyện khỏe mạnh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu thực nghiệm bắt chéo có đối chứng

**Cỡ mẫu:** Áp dụng dụng công thức:  $n \geq (1,96/m)^2 \times p(1 - p)$

**Trong đó:** m là sai số so với tỉ lệ thật trong dân số, ở đây cho sai số 10% nên  $m = 0,1$

p là tỉ lệ cảm thấy đặc khí trong nghiên cứu của Hui và cộng sự (2007) trên các huyết Hợp cốc, Túc tam lí và Thái xung, từ nghiên cứu lấy  $p = 0,715$

Ta được cỡ mẫu 40 người mỗi nhóm.

- Nhóm A: Nhĩ châm huyết Gối (cái kim)
- Nhóm B: Giả nhĩ châm huyết Gối (dán miếng dán)

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Nam, nữ khỏe mạnh, đủ 18 – 30 tuổi, BMI 18,5 – 23 kg/m<sup>2</sup>, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu, được đọc và giải thích tường tận và ký tên phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tình thần tỉnh táo, tiếp xúc tốt, không rối loạn về thân nhiệt như bệnh Cường giáp hay Nhược giáp.

Tình nguyện viên không được điều trị nhiệt trị liệu vùng gối như châm cứu, giác hơi, dán hoặc massage trước đó 01 ngày.

Thang điểm đánh giá trầm cảm, lo âu, stress DASS 21 trong giới hạn bình thường (đánh giá theo thang điểm DASS 21 với điểm stress < 15 điểm).

Dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường (tần số tim lúc nghỉ: 60 – 100 lần/phút, huyết áp lúc nghỉ: 90/60 mmHg < huyết áp ĐTNC <

140/90 mmHg, nhịp thở lúc nghỉ:  $16 \pm 3$  lần/phút, nhiệt độ: 36,6 – 37,5 °C, SpO<sub>2</sub> ≥ 95%).

**Tiêu chuẩn loại mẫu.** Sử dụng chất kích thích: rượu, bia, cà phê, thuốc lá trong vòng 24 giờ trước khi thực hiện nghiên cứu.

Chơi thể thao trước khi tiến hành nghiên cứu 2 giờ.

Da vùng nhĩ châm, vùng gối có tổn thương, đang bị viêm, vết thương chưa phục hồi hoàn toàn, bị lang ben, chàm.

Phụ nữ trong giai đoạn hành kinh hoặc có thai hoặc cho con bú

Dùng kem chống nắng vùng gối.

Đang dùng các thuốc gây dẫn mạch

Đã có kiến thức về Nhĩ châm.

**Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu.** Xuất hiện các triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân, khởi phát ở bất kì giai đoạn nào trong quá trình nghiên cứu: kích ứng da, đau vùng kích thích, đau đầu, buồn nôn, chóng mặt, khó thở, vã mồ hôi.

Tình nguyện viên không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu ở bất kì giai đoạn nào của quá trình nghiên cứu.

### Liệt kê và định nghĩa biến số

Biến số độc lập

Tuổi: Là biến định lượng, cách xác định: năm nghiên cứu trừ đi năm sinh.

Giới: là biến nhị giá, gồm 2 giá trị: nam, nữ. Dựa vào chứng minh nhân dân/căn cước công dân.

BMI (kg/m<sup>2</sup>): Là biến định lượng, cách xác định: (Cân nặng)/(chiều cao)<sup>2</sup>.

Biến số kết cuộc

Nhiệt độ bề mặt da: biến định lượng, nhiệt độ được đo bằng máy camera hồng ngoại FLIR C5 do Estonia sản xuất, đơn vị tính nhiệt độ Celcius (°C). Vùng khảo sát nhiệt độ ở vai được giới hạn bởi mặt trên là xương đòn, mặt trong là bờ trong xương bả vai, mặt dưới là đường ngang góc dưới xương bả vai, mặt ngoài là xương cánh tay. Vùng khảo sát nhiệt độ ở ngón tay tại mặt mu và mặt lòng tại tất cả ngón tay cùng bên nhĩ châm.

### 2.3. Phương pháp can thiệp

Huyết Gối (AH4): trung điểm ở chân trên đối vành tai. Vùng khảo sát nhiệt độ: vùng tai ở vùng cài kim/dán miếng dán, vùng gối ở hai bên

Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) sẽ được giải thích về quy trình nghiên cứu và sẽ kí vào giấy đồng thuận nếu chấp thuận tham gia, sẽ được lấy thông tin thỏa tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại thông qua phiếu sàng lọc, hỏi tiền sử và hỏi bệnh, được làm quen với môi trường 10 phút để các chỉ số nhịp thở, huyết áp, tần số tim ổn định và để mồ hôi ngừng ra, được đo SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, huyết áp, tần số tim, nhiệt độ lần 1 trước khi cài kim 5 phút.

Nghiên cứu ở hai nhóm đều chia thành hai giai đoạn: giai đoạn 1 ở bên tai trái và giai đoạn 2 ở bên tai phải. Trong cả hai giai đoạn, đều thực hiện theo các bước sau:

**Bước 1:** ĐTNC được đo nhiệt độ vùng chàm trước chàm.

**Bước 2:** Tiến hành nhĩ chàm: Xác định vị trí và vệ sinh da huyết Gối, băng bông tẩm cồn 70°, rồi tiến hành cài kim huyết Gối (nhóm A) hoặc dán miếng dán trên loa tai (nhóm B) theo WHO.

**Bước 3:** Day ấn vào kim đang cài trong vòng 5 phút.

**Bước 4:** Thu thập nhiệt độ ở vùng da chỗ chàm và vùng gối trái.

**Bước 5:** Rút kim và vệ sinh da. Kiểm tra SpO<sub>2</sub>, mạch, nhịp thở, huyết áp, nhiệt độ lần 2.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

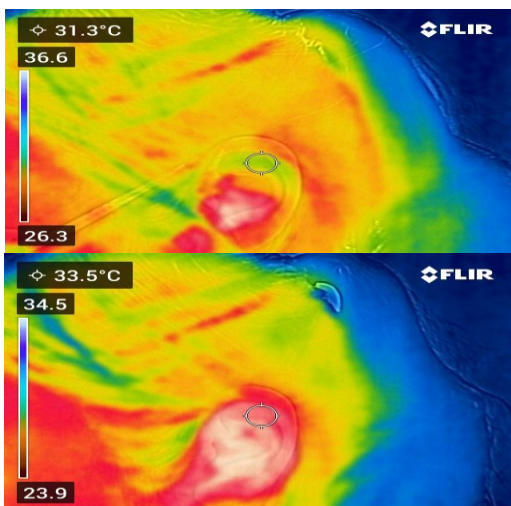
**Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da khi nhĩ chàm huyết Gối**

**Bảng 1. So sánh sự thay đổi nhiệt độ vùng da trước và sau khi nhĩ chàm huyết Gối bên (T) tại vùng khảo sát**

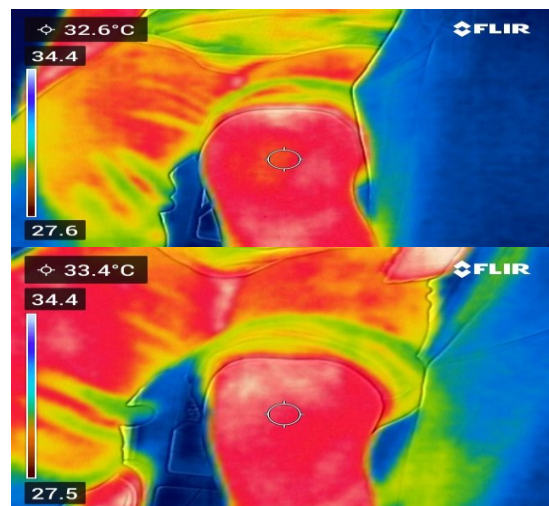
Vị trí khảo sát	Thời điểm khảo sát	Nhĩ chàm huyết Gối bên tai (T)						p
		Min	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max	
Tại chỗ	Trước	28,6	32,15	33,2	32,9	33,87	35,5	0,000*
	Sau	32,6	34,3	35,9	35,75	37,5	38,4	
Gối (T)	Trước	29,4	32,4	33,3	33,1	34,27	35,3	0,001*
	Sau	35,3	33,03	33,85	33,67	34,4	35,8	

**Bảng 2. So sánh sự thay đổi nhiệt độ vùng da trước và sau khi giả nhĩ chàm huyết Gối bên (T) tại vùng khảo sát**

Vị trí khảo sát	Thời điểm khảo sát	Giả nhĩ chàm huyết Gối bên tai (T)						p
		Min	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max	
Tại chỗ	Trước	30	31,6	32,8	32,5	33,3	34,8	0,000*
	Sau	31,1	33,3	35	34,8	36,3	38	
Gối (T)	Trước	29,6	32,5	33,6	33,2	34,4	35,6	0,185*
	Sau	29,8	32,8	33,3	33,3	34,2	35,9	



**Hình 1.** Nhiệt độ tại vùng loa tai bên trái trước và sau khi nhĩ chàm huyết Gối bên trái



**Hình 2.** Nhiệt độ tại vùng gối bên trái trước và sau khi nhĩ chàm huyết Gối bên trái

**Nhận xét:** Nhiệt độ sau khi nhĩ châm huyết Gối bên trái ở tại chỗ châm và vùng gối đều tăng có ý nghĩa thống kê so với nhiệt độ trước khi nhĩ châm ( $p < 0,001$ ).

Nhiệt độ sau khi giả nhĩ châm huyết Gối bên

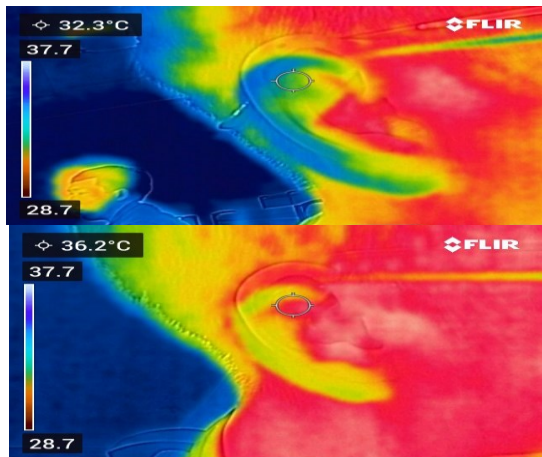
trái ở tại chỗ châm có ý nghĩa thống kê so với nhiệt độ trước khi nhĩ châm ( $p < 0,001$ ), còn nhiệt độ sau khi giả nhĩ châm huyết Gối bên trái ở vùng gối trái không có ý nghĩa thống kê so với nhiệt độ trước khi nhĩ châm ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. So sánh sự thay đổi nhiệt độ vùng da trước và sau khi nhĩ châm huyết Gối bên (P) tại vùng khảo sát**

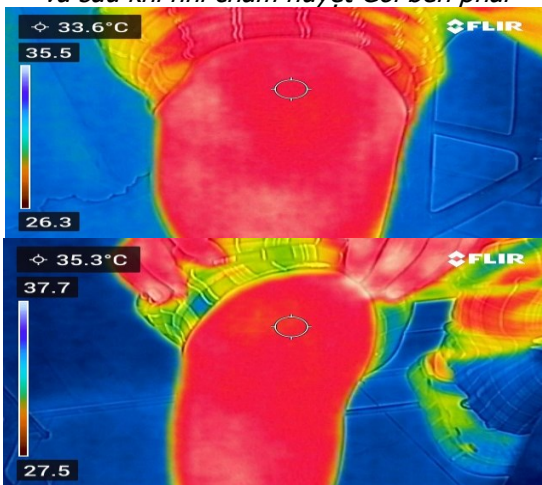
Vị trí khảo sát	Thời điểm khảo sát	Nhĩ châm huyết Gối bên tại (P)						p
		Min	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max	
Tại chỗ	Trước	28,6	31,1	32,3	32,1	33	34,8	0,000*
	Sau	30,9	33,7	34,6	34,6	35,7	37,1	
Gối (P)	Trước	29,4	32	32,6	32,5	33,2	35,2	0,002*
	Sau	31,6	32,4	33	33,1	33,7	34,9	

**Bảng 4. So sánh sự thay đổi nhiệt độ vùng da trước và sau khi nhĩ châm huyết Gối bên (P) tại vùng khảo sát**

Vị trí khảo sát	Thời điểm khảo sát	Giả nhĩ châm huyết Gối bên tại (P)						p
		Min	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max	
Tại chỗ	Trước	29,1	31,2	32,4	32,3	33,6	35,1	0,000*
	Sau	30,5	33	34,4	34,4	36,1	37,5	
Gối (P)	Trước	30,2	31,8	32,8	32,7	33,8	35,3	0,939*
	Sau	29,2	32,1	32,9	32,7	33,4	35,1	



**Hình 3. Nhiệt độ tại vùng loa tai bên phải trước và sau khi nhĩ châm huyết Gối bên phải**



**Hình 4. Nhiệt độ tại vùng gối bên phải trước và sau khi nhĩ châm huyết Gối bên phải**

**Nhận xét:** Nhiệt độ sau khi nhĩ châm huyết Gối bên phải ở tại chỗ châm và gối phải đều có ý nghĩa thống kê so với nhiệt độ trước khi nhĩ châm ( $p < 0,05$ ).

Nhiệt độ sau khi giả nhĩ châm huyết Gối bên phải ở tại chỗ châm có ý nghĩa thống kê so với nhiệt độ trước khi nhĩ châm ( $p < 0,001$ ), còn nhiệt độ sau khi giả nhĩ châm huyết Gối bên phải ở vùng gối phải không có ý nghĩa thống kê so với nhiệt độ trước khi nhĩ châm ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

**Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da khi nhĩ châm huyết Gối.** Sau khi khảo sát các hình thái đặc khí ghi nhận cảm giác đặc khí ấm – một cảm giác chủ quan của đối tượng nghiêm cứu chiếm nhiều nhất trong quá trình nhĩ châm, vì vậy chúng tôi tiếp tục tiến hành thực hiện đo nhiệt độ trước và sau khi nhĩ châm huyết Gối ở tại vùng châm và vùng gối cùng bên huyết nhĩ châm bằng máy đo hồng ngoại có độ tin cậy cao nhằm tăng độ tin cậy cho kết quả nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận nhiệt độ bề mặt da tăng rõ rệt sau khi nhĩ châm huyết Gối tại vị trí châm trung bình khoảng 1 – 4°C, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). So với nghiên cứu nhĩ châm bắt chéo có đối chứng của Bùi Phạm Minh Mẫn (2024) sử dụng máy đo hồng ngoại đo nhiệt độ tại trước và sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn cho thấy nhiệt độ da ở vùng tai sau khi nhĩ châm tăng đáng kể so với

trước khi châm ( $p < 0,05$ ) 2. Châm cứu tạo vi tổn thương, kích thích thụ thể thần kinh trong mô tại chỗ tác động theo phản xạ trực, giúp giải phóng các neuropeptide gây giãn mạch và tăng tuần hoàn tại chỗ. Nghiên cứu tổng hợp phân tích của Wang và cộng sự năm 2014 đã khảo sát hình thái tại chỗ bề mặt da khi hoạt hóa huyết và quan sát các đáp ứng vi tuần hoàn, đồng thời tìm hiểu về vai trò của dưỡng bào trong mối quan hệ nhân quả giữa châm cứu và sự gia tăng lưu thông tuần hoàn, góp phần lý giải hiện tượng thay đổi nhiệt độ và đỏ da khi châm 8. Như vậy, sự giãn mạch và tăng tuần hoàn tại chỗ sẽ làm tăng nhiệt độ trước và sau khi nhĩ châm huyết Gối và tạo ra cảm giác đặc khí ấm mà đối tượng tham gia nghiên cứu mô tả.

**Sự thay đổi nhiệt độ vùng gối khi nhĩ châm huyết Gối.** Kết quả nghiên cứu ghi nhận nhiệt độ bề mặt da tăng rõ rệt sau khi nhĩ châm huyết Gối vùng gối (từ  $0,3 - 4,4^{\circ}\text{C}$ ), sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.001$ ). So sánh nghiên cứu của Bùi Phạm Minh Mẫn cùng cộng sự (2024) với thiết kế thực nghiệm bắt chéo trên 80 người khỏe mạnh, được chia làm 2 nhóm: nhóm can thiệp được nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn và nhóm chứng được giả nhĩ châm. Kết quả cho thấy nhiệt độ da sau nhĩ châm tại huyết Nhĩ thần môn, vùng tai và vùng chi phối bởi nhánh V3 hai bên tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ( $p < 0,05$ ). Nhiệt độ da sau giả nhĩ châm tại huyết Nhĩ thần môn và vùng chi phối bởi nhánh V1, V2 và V3 khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp ( $p > 0,05$ ). Kết luận: Nhiệt độ sau khi nhĩ châm huyết Nhĩ thần môn tại chỗ châm và vùng V3 chi phối đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp 2. Nghiên cứu của Trương Công Vỹ (2022) thực hiện nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay sau đó khảo sát nhiệt độ tại vùng tác động. Kết quả cho thấy nhiệt độ bề mặt da tại mặt mu và mặt lòng ngón tay tăng rõ rệt sau khi nhĩ châm huyết Ngón tay ( $p < 0,05$ ), nhiệt độ ở vùng vai sau nhĩ châm huyết Vai không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ) 3.

Điều này phù hợp với các cơ chế dẫn truyền và thuyết phản xạ thần kinh. Thuyết phản xạ thần kinh cho rằng khi châm cứu sẽ kích thích lên các huyết tạo ra các phản xạ tại chỗ, đồng thời các xung động kích thích sẽ được dẫn truyền qua các sợi thần kinh hướng tâm thụ cảm giác quan thân thể ở da, các tổ chức dưới da, cân, cơ và các tổ chức liên kết ở sâu hơn để đến

các sợi rễ thần kinh sau rồi đi vào sừng sau tủy sống. Tại sừng sau tủy sống, các xung động kích thích này một mặt đã tác động qua lại với các sợi thần kinh hướng tâm và ly tâm của một số dây thần kinh cảm giác – vận động, vận mạch và nội tạng cùng nằm trong một tiết đoạn thần kinh của tủy sống để gây ra phản ứng phản xạ thần kinh theo tiết đoạn, mặt khác dẫn truyền hướng tâm đến đồi não và các tổ chức cao hơn theo 2 đường: đường trực tiếp tủy sống – đồi não và các đường gián tiếp tủy sống – hệ lưới (của thân não) – đồi não 1.

## V. KẾT LUẬN

Khi nhĩ châm huyết Gối trên tai, nhiệt độ vùng gối cùng bên huyết nhĩ châm có sự tăng nhiệt độ rõ rệt có ý nghĩa thống kê, từ đó thấy được có một mối quan hệ giữa huyết Gối trên loa tai với vùng gối.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Cự, Phạm Quang Minh.** Liệu pháp loa tai, Nhà xuất bản Y Học Thành phố Hồ Chí Minh. 1994, 281 tr.
2. **Bùi Phạm Minh Mẫn, Phạm Hoàng Mẫn, Trịnh Thị Diệu Thường.** Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da khi nhĩ châm huyết nhĩ thần môn trên người tình nguyện khỏe mạnh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;537(2):359-364. doi.org/10.51298/vmj.v537i2.9280.
3. **Trương Công Vỹ, Nguyễn Thị Hương Dương,** Khảo sát tác dụng thay đổi nhiệt độ bề mặt da khi kết hợp huyết nhĩ châm Vai và Ngón tay trên người tình nguyện khỏe mạnh. Khóa luận tốt nghiệp. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2022.
4. **He BJ, Tong PJ, Li J, Jing HT, Yao XM.** Auricular acupressure for analgesia in perioperative period of total knee arthroplasty. Pain Med. 2013;14(10):1608-1613. doi:10.1111/pme.12197.
5. **Hui KK, Nixon EE, Vangel MG, et al.** Characterization of the "deqi" response in acupuncture. BMC Complement Altern Med. 2007;7:33. doi:10.1186/1472-6882-7-33.
6. **Jang M, Lim YM, Park H.** Effects of Auricular Acupressure on Joint Pain, Range of Motion, and Sleep in the Elderly with Knee Osteoarthritis. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. Korean Academy of Community Health Nurs. 2019;30(1):79-89. doi.org/10.12799/jkachn.2019.30.1.79.
7. **Landgren K.** Ear Acupuncture – a practical guide. Elsevier. 2008, 232 p. doi.org/10.1016/B978-0-443-06899-7.X5001-9.
8. **Wang G, Litscher D, Tian Y, et al.** Acupoint Activation: Response in Microcirculation and the Role of Mast Cells. Medicines (Basel). 2014;1(1):56-63. doi:10.3390/medicines1010056.



# ĐẶC ĐIỂM DI CẢN HẠCH CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI, NỐI DẠ DÀY - HỒNG TRÀNG TRÊN QUAI Y TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Nguyễn Tú Anh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm di căn hạch của các bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô dạ dày (UTBMDD) được điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nối dạ dày - hồng tràng trên quai Y tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ T1/2021 đến T6/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 69 BN UTBMDD được PTNS hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2, nối dạ dày - hồng tràng trên quai Y tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả và bàn luận:** Tỷ lệ di căn hạch trong tổng số 69 bệnh nhân là 66.67%. Số hạch chặng 1 (nhóm hạch số 1-8) di căn trung bình là  $2.45 \pm 3.66$  hạch, số hạch di căn trung bình của chặng 2 (nhóm hạch số 9-12) là  $1.07 \pm 1.84$  hạch. Tuổi (trên và dưới 60 tuổi), kích thước khối u, tổn thương đại thể (theo phân loại của Borrmann), mức độ xâm lấn khối u, độ biệt hóa của khối u là các yếu tố nguy cơ độc lập với di căn hạch trong ung thư dạ dày ( $p < 0.05$ ). Giới tính, vị trí khối u không có sự khác biệt có ý nghĩa khi liên hệ với di căn hạch trong ung thư dạ dày,  $p < 0.05$ . **Kết luận:** Tuổi (trên và dưới 60 tuổi), kích thước khối u, mức độ xâm lấn, tổn thương đại thể, mức độ biệt hóa là các yếu tố liên quan độc lập tới di căn hạch trong UDD. Các yếu tố khác như giới tính, vị trí khối u không có mối liên quan có ý nghĩa với di căn hạch trong UTDD. **Từ khóa:** ung thư dạ dày, di căn hạch, kích thước khối u.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF LYMPH NODE METASTASIS IN GASTRIC 92CARCINOMA AFTER TOTAL LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOLLOWED BY INTRACORPOREAL ROUX EN Y RECONTRACTION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Research objective:** Describe the characteristics of lymph node metastasis in patient's gastric carcinoma who underwent total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed by intracorporeal Roux en Y recontraction at the Department of General Surgery, Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to June 2023.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng  
Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024

**Subjects and research methods:** Retrospective descriptive study on patient's gastric carcinoma who underwent total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed by intracorporeal Roux en Y recontraction at the Department of General Surgery, Hanoi Medical University Hospital. **Results and discussion:** The rate of lymph node metastasis in 69 patients was 66.67%. The average number of lymphnode metastasis (group 1-8) was  $2.45 \pm 3.66$  and the average number of lymphnode metastasis (group 9-12) was  $1.07 \pm 1.84$ . Our analysis shows that age (over and under 60 years old), macroscopic lesions (according to Borrmann's classification), level of invasion, and level of differentiation of the tumor are risk factors, independent of lymph node metastasis in gastric cancer ( $p < 0.05$ ). Gender and tumor location have no significant difference when related with lymph node metastasis in gastric carcinoma ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** Age (over, under 60), tumor size, level of invasion, macroscopic lesions, and level of differentiation are independent risk factors for lymph node metastasis in UDD. Other factors such as gender and tumor location do not have a significant relationship with lymph node metastasis in gastric cancer. **Keywords:** gastric cancer, lymph node metastasis, tumor size.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính phổ biến trên thế giới cũng như Việt Nam. Tại Việt Nam theo thống kê của GLOBOCAN 2020 cho thấy UTDD xếp hàng thứ ba sau UT gan, phổi ở nam và xếp thứ tư sau UT vú, phổi, đại trực tràng ở nữ.<sup>1</sup> Hiện nay, phẫu thuật được coi là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất trong UTDD, các biện pháp khác chỉ đóng vai trò hỗ trợ để làm tăng khả năng PT triệt căn hoặc kéo dài thời gian sống sau mổ.<sup>2</sup>

Hạch bạch huyết là con đường di căn chủ yếu của UTDD. Nạo vét hạch trong mổ ung thư nói chung và ung thư dạ dày nói riêng đóng vai trò rất quan trọng nhằm đảm bảo tính triệt căn của phẫu thuật và kéo dài thời gian sống thêm sau mổ. Cùng với mức độ xâm lấn, đặc điểm di căn hạch là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong ung thư dạ dày.<sup>3</sup> Nhận thấy, việc tìm hiểu đặc điểm di căn hạch và các yếu tố liên quan tới nó là thực sự cần thiết, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này với mục đích đưa ra được khái quát về đặc điểm di căn hạch trên các bệnh nhân UTDD giúp các phẫu thuật viên có cái nhìn khái quát về