

VAI TRÒ CỦA YHCT TRONG ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ PHỤ KHOA

Lý Chung Huy¹, Nguyễn Thị Bay¹, Bùi Phạm Minh Mẫn¹, Võ Trọng Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích vai trò và một số cơ chế của sử dụng YHCT trong điều trị các bệnh lý Phụ Khoa. **Tổng quan:** Hội chứng các bệnh phụ khoa là nhóm rối loạn ảnh hưởng đến hệ thống sinh sản nữ, bao gồm đau bụng kinh, lạc nội mạc tử cung, u xơ tử cung, hội chứng buồng trứng đa nang và rối loạn chức năng buồng trứng. Theo thống kê, khoảng 4,5% tổng gánh nặng bệnh tật toàn cầu là do bệnh phụ khoa, vượt qua các ưu tiên sức khỏe toàn cầu khác như sốt rét và bệnh tim. Y học cổ truyền (YHCT), với lịch sử phát triển từ năm 1237 SCN, có tiềm năng lớn trong điều trị các bệnh lý phụ khoa nhờ vào phương pháp chữa bệnh dựa trên lý thuyết Âm dương, Ngũ hành, Khí Huyết và Tạng tượng. Các liệu pháp YHCT như thuốc, châm cứu và dưỡng sinh đã chứng minh hiệu quả trong điều trị lạc nội mạc tử cung, vô sinh, và các rối loạn phụ khoa khác. **Kết luận:** Xu hướng kết hợp YHCT và y học hiện đại (YHHĐ) trong điều trị bệnh lý phụ khoa đang phát triển, tận dụng ưu điểm của cả hai phương pháp để tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Sự kết hợp này không chỉ cải thiện triệu chứng mà còn hỗ trợ cơ thể trong quá trình hồi phục lâu dài. Với sự phát triển của nghiên cứu khoa học và hợp tác liên ngành, YHCT hứa hẹn sẽ tiếp tục

là phương pháp điều trị tiềm năng cho sức khỏe phụ nữ.

Từ khóa: Châm cứu, đau bụng kinh, lạc nội mạc tử cung, buồng trứng đa nang.

SUMMARY

THE ROLE OF TRADITIONAL MEDICINE IN THE TREATMENT OF GYNECOLOGICAL DISORDERS

Objectives: To analyze the role and some mechanisms of using traditional medicine (YHCT) in the treatment of gynecological disorders. **Overview:** Gynecological disorders are a group of conditions that affect the female reproductive system, including dysmenorrhea, endometriosis, uterine fibroids, polycystic ovary syndrome (PCOS), and ovarian dysfunction. According to statistics, approximately 4.5% of the global disease burden is attributed to gynecological disorders, surpassing other global health priorities such as malaria and heart disease. Traditional medicine (YHCT), with a history dating back to 1237 AD, holds significant potential in treating gynecological disorders through its treatment methods based on the theories of Yin-Yang, the Five Elements, Qi and Blood, and the Visceral Manifestation theory. YHCT therapies, such as herbal medicine, acupuncture, and health preservation techniques, have demonstrated effectiveness in treating endometriosis, infertility, and other gynecological disorders. **Conclusion:** The trend of integrating YHCT with modern medicine in the treatment of gynecological disorders is growing, leveraging the strengths of both approaches to optimize treatment outcomes. This

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Trọng Tuấn

Email: dr.votuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 2.8.2024

combination not only alleviates symptoms but also supports the body during long-term recovery. With the advancement of scientific research and interdisciplinary collaboration, YHCT promises to continue being a potential treatment method for women's health.

Key words: Acupuncture, dysmenorrhea, pndometriosis, and polycystic ovary syndrome (PCOS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng các bệnh phụ khoa là những rối loạn ảnh hưởng đến hệ thống sinh sản nữ. Một số bệnh phụ khoa thường gặp bao gồm đau bụng kinh, lạc nội mạc tử cung, u xơ tử cung, hội chứng buồng trứng đa nang và rối loạn chức năng buồng trứng. Những bệnh này đã làm dấy lên mối lo ngại trong xã hội và y tế công cộng [9]. Theo thống kê khoảng 4,5% tổng gánh nặng bệnh tật toàn cầu có thể được quy cho bệnh phụ khoa, cao hơn các ưu tiên lớn khác về sức khỏe toàn cầu như sốt rét (1,04%), lao (1,9%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (2,2%) và các bệnh lý sản khoa (3,5%) [21]. YHCT đã có lịch sử phát triển lâu đời, ngay từ năm 1237 đã có những cuốn sách dành riêng cho Sản phụ khoa cho thấy những vấn đề này được quan tâm nghiên cứu từ rất sớm thể hiện trên các y thư lưu truyền lại, cho thấy ngành Sản Phụ khoa có một sự quan tâm đặc biệt của các y gia. Bằng các nghiên cứu, các khảo luận tiếp nối từ các thế hệ này sang thế hệ khác, tạo nên một bề dày lịch sử của riêng ngành sản phụ khoa YHCT [31]. Từ đó có nhiều lợi thế trong điều trị các bệnh lý về Phụ khoa.

Ở các nước phương Tây, YHCT được coi là một hệ thống y học bổ sung và thay thế, trong khi ở hầu hết các nước Châu Á thì YHCT lại là hình thức chăm sóc ban đầu. Lý luận YHCT vô cùng phức tạp bao gồm các

Học thuyết Âm dương, Ngũ hành, Khí Huyết và Học thuyết Tạng tượng. Trong YHCT, sự hiểu biết về cơ thể con người dựa trên sự hiểu biết tổng thể về vũ trụ và việc điều trị bệnh chủ yếu dựa trên chẩn đoán các hội chứng bệnh thông qua các học thuyết Âm dương, Ngũ hành và Tạng phủ. Các phương pháp điều trị YHCT hiện nay cũng khá đa dạng bao gồm điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc như châm cứu, dưỡng sinh, xoa bóp. Thuốc YHCT tác động lên các cơ quan tạng phủ bên trong và châm cứu, dưỡng sinh, xoa bóp được thực hiện bằng cách kích thích một số vùng nhất định của cơ thể bên ngoài [1]. Các phương pháp này thường dẫn đến hiệu quả điều trị khả quan trong một số rối loạn phụ khoa như lạc nội mạc tử cung, vô sinh, đau bụng kinh, chảy máu tử cung bất thường, hội chứng tiền mãn kinh, hội chứng mãn kinh, u xơ tử cung và viêm vùng chậu mãn tính, hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS), viêm cổ tử cung và viêm âm đạo [1].

Đồng thời một nghiên cứu tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội vào năm 2019, có 577 người bệnh: 217 bệnh sản và 360 bệnh phụ khoa được điều trị kết hợp 100% phương pháp YHCT và YHHĐ [3]. Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy được nhu cầu điều trị bằng YHCT trong lịch vực sản phụ khoa tại Việt nam là rất cao. Từ đó, với mục đích mong muốn tổng hợp lại các phương pháp điều trị của YHCT và bằng chứng hiện đại trên một số bệnh lý phụ khoa thường gặp hiện nay để thấy được vai trò của YHCT trong điều trị bệnh lý phụ khoa.

II. LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN VÀ ĐẠI CƯƠNG

Ngành sản phụ khoa trong YHCT đã được quan tâm và nghiên cứu từ rất sớm, thể

hiện qua nhiều tác phẩm và y thư được lưu truyền qua các thế hệ. Ngay từ thời kỳ cổ đại, sự chú ý đặc biệt của các y gia đối với sản phụ khoa đã tạo nên một nền tảng vững chắc và bề dày lịch sử riêng biệt cho lĩnh vực này. Đã có các tác phẩm tiêu biểu về phụ khoa như Phụ nhân anh nhi phương và Thai lộ được dựng của Trương Trọng Cảnh, Kim Quỹ Yếu Lược, Chư bệnh nguyên hậu luận của Sào Nguyên Phương [1, 31]. Tại Việt Nam: Sản phụ khoa cũng có những đóng góp đáng kể với các tác phẩm như Hải Thượng Y Tôn Tâm Lĩnh của Đại y tôn Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác. Tác phẩm này bao gồm tập Phụ đạo xán nhiên, tổng luận về kinh nguyệt và thai mạch, cùng với Tọa thảo lương mô và các phần phụ khoa trong tập Hành giản trâm nhu, đã góp phần vào sự phát triển của sản phụ khoa trong YHCT tại Việt Nam [1, 31].

Phụ khoa YHCT là môn khoa học nghiên cứu toàn bộ hệ thống lý luận kinh, mạch, tạng, phủ theo YHCT có nhiệm vụ về giới tính và chức năng sinh sản trong suốt quá trình sống của người nữ. Nền YHCT từ ngàn xưa đã nêu những kinh nghiệm chăm sóc và điều trị bệnh phụ khoa từ sử dụng châm cứu đến thuốc đến các thủ thuật ngoại khoa trong điều kinh, khí hư, đới hạ, thai hành hoặc chữa trị hiếm muộn, vô sinh, ... đúc kết ra được nhiều kho sách quý báu. Phụ khoa YHCT bao gồm: Kinh (các rối loạn về kinh nguyệt); Đới (Chất dịch xuất ra ở âm đạo còn gọi là khí hư, đới hạ). Ngoài ra các bệnh lý khác có liên quan đến phụ khoa và giới tính nữ như Trung hà, Âm đĩnh, Sa trệ, Nhũ ung ... Phương pháp chẩn đoán phụ khoa trong YHCT vẫn tuân theo các nguyên tắc cơ bản trong YHCT qua 4 phương pháp: Vọng - Văn - Vấn - Thiết. Các phương pháp nhằm xác định triệu chứng, hội chứng theo YHCT

và biện chứng luận trị. Tuy nhiên ở các bệnh lý phụ khoa chú ý nhiều hơn về kinh nguyệt, đới hạ, sản dịch, vị trí tổn thương cục bộ và mô tả theo tính hư thực, hàn nhiệt của YHCT [1, 31].

III. MỘT SỐ BỆNH LÝ PHỤ KHOA CƠ BẢN THEO YHHĐ

Lạc nội mạc tử cung là tình trạng mô giống như niêm mạc tử cung phát triển bên ngoài tử cung, từ đó gây đau hoặc vô sinh. Trên toàn cầu, lạc nội mạc tử cung ảnh hưởng đến khoảng 190 triệu (10%) phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Các yếu tố liên quan đến lạc nội mạc tử cung bao gồm cân nặng khi sinh thấp, tuổi có kinh lần đầu sớm, chu kỳ kinh ngắn, chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp và số lần sinh ít [32].

Đau bụng kinh là cơn đau ở vùng bụng dưới hoặc co thắt tử cung vài ngày trước và/hoặc trong thời kỳ kinh nguyệt. Nó được phân loại là nguyên phát khi không có bệnh lý vùng chậu và thứ phát khi có bệnh lý vùng chậu hoặc tình trạng y tế có thể xác định được. Tỷ lệ mắc đau bụng kinh toàn cầu dao động từ 45 đến 95%. Đau bụng kinh ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày, thành tích học tập, năng suất làm việc và chất lượng cuộc sống. Nguyên nhân là do đau bụng kinh là một trong những nguyên nhân khiến học sinh hoặc nhân viên không đi học hoặc làm việc. Các yếu tố nguy cơ gây đau bụng kinh bao gồm tiền sử gia đình, chưa sinh con và hút thuốc. Các yếu tố khác bao gồm có kinh sớm, chu kỳ không đều hoặc dài và chảy máu nhiều [5].

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) là một trong những rối loạn nội tiết phổ biến nhất và là một rối loạn có tỷ lệ cao ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Khoảng 5-20% phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ trên toàn thế giới bị ảnh

hưởng bởi PCOS. Các đặc điểm chính của PCOS bao gồm cường androgen, vô kinh, kháng insulin, tăng insulin trong máu, rối loạn kinh nguyệt và rối loạn sinh sản. Phụ nữ mắc PCOS có nguy cơ phát triển tiểu đường thai kỳ, tiểu đường loại 2, ung thư nội mạc tử cung, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, và các bệnh tim mạch, bệnh mạch máu não. Nguyên nhân gây ra PCOS chưa rõ ràng, tuy nhiên, rối loạn chức năng nội tiết, các đặc điểm di truyền, và các yếu tố môi trường đã được liên kết với PCOS [7].

Rối loạn chức năng buồng trứng, suy buồng trứng nguyên phát (POI) là tình trạng buồng trứng ngừng hoạt động trước tuổi 40. Tình trạng này được đánh dấu bằng sự thiếu hụt hormone sinh dục của buồng trứng và giảm số lượng nang trứng, từ đó dẫn đến giảm khả năng sinh sản hoặc vô sinh và mãn kinh. Tỷ lệ mắc POI toàn cầu ước tính là 3,7%, và các quốc gia có chỉ số phát triển con người trung bình và thấp được ghi nhận có tỷ lệ mắc cao hơn. Các biến chứng của POI bao gồm tình trạng xương yếu, rối loạn nhận thức và các sự cố tim mạch. Nguyên nhân gây ra POI chưa rõ ràng, tuy nhiên, các yếu tố di truyền, môi trường, nhiễm trùng, rối loạn chuyển hóa, thủ thuật y tế và rối loạn tự miễn đã được báo cáo là các tác nhân gây bệnh [20].

IV. VAI TRÒ YHCT TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ PHỤ KHOA

4.1. Điều trị dùng thuốc

Trong YHCT có nhiều dạng thuốc: thang sắc, cao, hoàn, cốm, chè.. với nhiều cách áp dụng như uống, xông, chườm ... Nhiều báo cáo và nghiên cứu việc sử dụng bài thuốc, thảo dược trong điều trị bệnh lý phụ khoa cụ thể và chứng minh có hiệu quả.

Thiếu kinh: Một số nghiên cứu cho thấy điều trị thiếu kinh bằng YHCT kết hợp với YHHĐ có hiệu quả tốt hơn so với chỉ sử dụng YHHĐ. Cụ thể, tác dụng của việc tăng lượng máu kinh, kéo dài chu kỳ kinh nguyệt, tăng độ dày nội mạc tử cung, và tăng mức độ estradiol E2 và progesterone (P) khi sử dụng các phương pháp điều trị YHCT kết hợp với YHHĐ [31]. Cơ chế của YHCT trong việc điều trị thiếu kinh vẫn còn chưa hoàn toàn rõ ràng. Dựa trên các bài thuốc thảo dược cụ thể của YHCT, cơ chế có thể bao gồm các hiệu ứng tương tự phytoestrogen, tác dụng chống viêm, và cải thiện cung cấp máu, cùng các cơ chế khác. Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng Đương quy, Hoàng kỳ và Sâm dương hoắc có hoạt tính điều hòa estrogen và có thể phục hồi số lượng nang trứng trong buồng trứng, làm dày thành tử cung và tăng số lượng tuyến nội mạc tử cung trong các giai đoạn tăng sinh hoặc chế tiết ở chuột già. Một thí nghiệm đã minh họa rằng Bạch thược có thể kích hoạt các hoạt động tương tự phytoestrogen thông qua việc tăng cường biểu hiện của các thụ thể estrogen trong tử cung và âm đạo và tăng nồng độ estrogen trong huyết thanh ở chuột mà không có tác dụng phụ. Bạch thược và Bạch trạch có tác dụng ức chế phản ứng viêm bằng cách ức chế các con đường tín hiệu MAPK, NF-κB, và PI3K/Akt [31]. Các thí nghiệm trên động vật đã chứng minh rằng ngoài việc thúc đẩy biểu hiện các cytokine Th1 và Th2 trong tế bào lympho T và tăng cường chức năng miễn dịch của chuột, các thành phần của Thực địa có thể thúc đẩy đáng kể sự tăng sinh của các tế bào tủy xương, tăng số lượng hemoglobin và hồng cầu, và cải thiện quá trình phục hồi chức năng tạo máu [31]. Các thành phần hóa học của Tục đoạn có thể giúp khôi phục chức năng của trục hạ đồi, tuyến yên, buồng trứng,

thúc đẩy sự phát triển của nang trứng, và tăng cường số lượng và chức năng của các thụ thể hormone buồng trứng [31]. Xuyên khung, Xích thược, Đan sâm, Hồng hoa, và Địa long đều là các loại thuốc cổ truyền Trung Quốc kinh điển để thúc đẩy tuần hoàn máu và loại bỏ huyết ứ được coi là hiệu quả trong việc cải thiện huyết lưu, chống kết tập tiểu cầu, chống oxy hóa, chống apoptosis, và chống viêm [31]. Ngoài ra, một số loại thuốc YHCT đã được chứng minh là cải thiện tổn thương gan và thận và có tác dụng bảo vệ gan và thận [31].

Thống kinh: Thống kinh còn gọi là đau bụng kinh các phân tích tổng hợp cho thấy hiệu quả của các vị thuốc Quế, Gừng trong điều trị đau bụng kinh nguyên phát. Nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát (RCT) với 647 người bệnh đã được phân tích, và kết quả cho thấy rằng Quế, Gừng có thể giảm hiệu quả cường độ đau; và Quế rút ngắn thời gian đau ở người bệnh bị đau bụng kinh nguyên phát. Các loại tinh dầu trong Quế chủ yếu bao gồm cinnamaldehyde (55%-57%) và eugenol (5%-18%). Với cinnamaldehyde có tác dụng chống co thắt, và eugenol có thể ức chế sinh tổng hợp PG và giảm viêm. Do đó, Quế được xem là có khả năng ức chế hệ thống prostanoid, có liên quan đến sự hình thành PGE2. Hơn nữa, hiệu quả của Quế trong điều trị đau bụng kinh còn do tác dụng giãn cơ, giảm hoạt động của tử cung bất kể lực tạo ra [25]. Gừng chứa các thành phần như gingerol, axit béo tự do, carbohydrate, và protein có tác dụng giảm đau và chống viêm. Gừng có thể ức chế leukotriene và tổng hợp PG bằng cách ngăn chặn COX. Với hiệu quả tương tự như ibuprofen, mefenamic acid và Novafen, Gừng có thể giảm đau ở phụ nữ bị đau bụng kinh nguyên phát. Phân tích tổng hợp này

cho thấy rằng gừng có thể giảm cường độ đau sau một hoặc hai chu kỳ [25]. Một phân tích tổng hợp về hiệu quả của gừng uống để điều trị đau bụng kinh gợi ý rằng Gừng uống có hiệu quả hơn trong việc giảm cường độ đau so với giả dược [25].

Buồng trứng đa nang: Gia vị Tiêu dao tán là bài thuốc phổ biến nhất để điều trị buồng trứng đa nang, bao gồm 10 vị thuốc Đương quy, Bạch truật, Bạch thược, Sài hồ, Phục linh, Cam thảo, Đơn bì, Chi Tử, Can khương, Bạc hà. Bài thuốc này ban đầu được ghi lại trong sách Nội Khoa Trách Chiêu Yếu, do ngự y Xue Ji viết trong thời đại nhà Minh ở Trung Quốc cổ đại. Trong liệu pháp lâm sàng hiện đại, Gia vị Tiêu dao tán đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị lo âu, dễ cáu kỉnh, căng thẳng, trầm cảm, căng thẳng tiền kinh nguyệt, hội chứng mãn kinh và vô sinh. Trong các mô hình động vật, Gia vị Tiêu dao tán dường như có tác dụng chống trầm cảm; trong một nghiên cứu trước đây, Gia vị Tiêu dao tán ở liều gấp 20 lần liều tiêu chuẩn đã đảo ngược sự suy giảm trong tái sinh thần kinh ở vùng hippocampus của chuột bị căng thẳng. Một nghiên cứu khác phát hiện ra rằng Gia vị Tiêu dao tán làm tăng mức độ của yếu tố hoại tử khối u (TNF)- α trong huyết tương ở những người bệnh mãn kinh bị trầm cảm. Trong một thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên trước đây, Gia vị Tiêu dao tán được phát hiện có hiệu quả nhất định trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm nhẹ hành vi ám ảnh, lo âu ám ảnh và các triệu chứng thể chất ở những người mắc chứng lo âu lan toả [15].

Lạc nội mạc tử cung: Trong các nghiên cứu phân tích tổng hợp cho thấy bài thuốc Tiêu chứng thang gồm Bồ hoàng, Nga truật, Bán chi liên, Bạch hoa xà thiệt thảo, Táo giác thích, Đan sâm, Rong biển, Lệ chi hạch (hạt

vải), Nhũ hương, Một dược có hiệu quả trong điều trị bệnh lý Lạc nội mạc tử cung [17]. Trong đó Bạch hoa xà thiệt thảo và Bán chi liên có trong bài thuốc Tiêu chứng thang có tác dụng thanh nhiệt và giải độc. Táo giác thích và Xích thược có chức năng hoạt huyết và giảm sưng. Nga truật có thể tiêu tích và phá huyết. Lệ chi hạch có chức năng điều khí và tán kết. Nhũ hương có tác dụng giảm đau và hoạt huyết. Hoặc trong nghiên cứu bài thuốc Dục thận hoạt huyết thang trên 64 người bệnh Lạc nội mạc tử cung, được chia làm 2 nhóm ngẫu nhiên. Trong nhóm thử nghiệm sử dụng Dục thận hoạt huyết thang và nhóm đối chứng được sử dụng viên nén drospirenone và ethinylestradiol trong 3 tháng. Kết quả cho thấy mức độ nghiêm trọng, thời gian đau bụng kinh và các triệu chứng YHCT của nhóm thử nghiệm thấp hơn nhóm đối chứng ($p < 0,001$) đồng thời mức CA125 và thể tích tử cung giảm và chỉ số superoxide dismutase (SOD), catalase (CAT) và glutathione peroxidase (GSH-Px) tăng. Ngoài ra, tác dụng thanh nhiệt, trừ thấp, khử ứ và hoạt huyết có thể đạt được thông qua phương pháp dùng ngoài như thụt tháo giữ thuốc. Thụt tháo giữ thuốc YHCT có thể thúc đẩy thuốc thẩm thấu trực tiếp vào thành ruột, niêm mạc ruột và những nơi khác, ngoài ra còn giúp liên thông các mạch bạch huyết và mao mạch với khoang chậu, có tác dụng trực tiếp lên phần chậu, thúc đẩy cải thiện vi tuần hoàn máu của các tổn thương ở vùng chậu, và giảm khối vùng chậu. Trong kỳ kinh nguyệt hoặc trước và sau khi hành kinh ở người bệnh lạc nội mạc tử cung, khí và huyết được đưa vào mạch Xung và Nhâm để thúc đẩy sự ứ trệ khí huyết trong các tĩnh mạch tế bào, từ đó gây ra triệu chứng đau. Phương pháp ứng dụng có thể được thực hiện thông qua việc áp dụng cao dán cho chứng đau

bụng kinh lên tử cung, huyết Quan Nguyên, Tam Âm Giao và các huyết khác, giúp dẫn thuốc theo đường kinh mạch bằng cách kích thích từng huyết, có tác dụng thông huyết ứ, có thể điều hòa khí huyết để cải thiện triệu chứng đau bụng kinh [17].

4.2. Điều trị không dùng thuốc

4.2.1. Châm cứu

Châm cứu là một phương pháp không dùng thuốc quan trọng của Y học cổ truyền, với nhiều ứng dụng rộng rãi trong điều trị một số bệnh lý sản phụ khoa, đặc biệt là các vấn đề liên quan đến sinh sản, rối loạn kinh nguyệt, thống kinh, viêm nhiễm phụ khoa.

Hội chứng buồng trứng đa nang

Châm cứu đã được chứng minh là hiệu quả trong điều trị thiếu kinh và vô kinh liên quan đến hội chứng buồng trứng đa nang. Các nghiên cứu cho thấy châm cứu giúp giảm nồng độ cortisol, đồng thời điều chỉnh sản xuất và tiết beta-endorphin tại trung ương và ngoại vi, ảnh hưởng đến quá trình giải phóng GnRH tại vùng hạ đồi và gonadotropin tại tuyến yên. Nghiên cứu sơ bộ đã chỉ ra rằng châm cứu có khả năng điều hòa trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng, từ đó cân bằng quá trình sản xuất hormone LH và FSH, góp phần điều chỉnh chu kỳ kinh nguyệt và giảm mức androgen trong buồng trứng ở phụ nữ mắc hội chứng buồng trứng đa nang. [19]. Ngoài ra, châm cứu cũng được ghi nhận cải thiện tình trạng đề kháng insulin và chuyển hóa cholesterol trong hội chứng buồng trứng đa nang thông qua việc điều chỉnh quá trình phosphoryl hóa các chất nền và thụ thể insulin, ức chế các con đường dẫn truyền tín hiệu bất thường, tăng cường hoạt động enzyme chuyển hóa lipid, ức chế tổng hợp acid béo, đồng thời thúc đẩy quá trình phân hủy lipid và chuyển hóa năng lượng [11, 27].

Phân tích tổng hợp của Lim và cộng sự (2019) và Wu và cộng sự (2020) đã đánh giá hiệu quả và độ an toàn của châm cứu ở phụ nữ mắc hội chứng buồng trứng đa nang. Kết quả cho thấy sự cải thiện rõ rệt về chu kỳ kinh nguyệt, cùng với giảm nồng độ hormone LH và testosterone ở nhóm phụ nữ được châm cứu so với nhóm đối chứng [16], [23].

Phân tích tổng hợp và đánh giá hệ thống của Zheng và cộng sự (2021) tập trung vào tác động của châm cứu đối với chuyển hóa glucose và lipid ở phụ nữ mắc hội chứng buồng trứng đa nang. Kết quả cho thấy châm cứu giúp giảm đáng kể chỉ số khối cơ thể (BMI), tỉ lệ eo – hông, và cải thiện đường huyết đói, tình trạng đề kháng insulin, cũng như nồng độ triglyceride. [30].

Các huyết châm cứu thường được sử dụng trong điều trị hội chứng buồng trứng đa nang bao gồm Tam âm giao (SP6), Quy lai (ST29), Khí hải (CV6), Hợp cốc (LI4), Trung cực (CV3), Túc tam lý (ST36), Âm lăng tuyền (SP9), và Quan nguyên (CV4). Trong đó, huyết Tam âm giao (SP6) được sử dụng nhiều nhất, có tác dụng dưỡng âm, hành khí hoạt huyết, rất hữu ích trong điều trị các bệnh phụ khoa; tiếp theo là huyết Quy lai (ST29) với tác dụng hoạt huyết hóa ứ, điều hòa kinh nguyệt, và giảm đau [26].

Đau bụng kinh nguyên phát

Sự sụt giảm progesterone dẫn đến tăng sản xuất prostaglandin (PGF2 α và PGE2), leukotriene, cytokine, chemokine, và matrix metalloproteinase. Những yếu tố này thúc đẩy quá trình viêm và thiếu oxy cục bộ ở tử cung, gây ra cơn đau bụng kinh. Châm cứu có tác dụng chống viêm trong điều trị đau bụng kinh nguyên phát chủ yếu nhờ vào khả năng giảm sản xuất prostaglandin, điều hòa các tế bào viêm và cytokine (như TNF- α , IL-

1, NF- κ B), và giảm co thắt tử cung, từ đó giảm đau. Hơn nữa, châm cứu còn có thể giảm đau qua cơ chế ức chế truyền dẫn của sợi C tại các cổng kiểm soát đau và giải phóng beta-endorphin ở trung ương và ngoại vi [28].

Nghiên cứu RCT của Shetty và cộng sự (2018) đã đánh giá hiệu quả của châm cứu trong điều trị đau bụng kinh nguyên phát. Nhóm can thiệp được châm cứu tại 12 huyết bao gồm Thái khê (KI3), Địa cơ (SP8), Thiên xu (ST25), Quy lai (ST29), Khí xung (ST30), Túc tam lý (ST36), Thân mạch (BL62), Thần môn (HT7), Hợp cốc (LI4), Quan nguyên (CV4), và Khí hải (CV6). Kết quả cho thấy có sự giảm đáng kể điểm VAS cho các triệu chứng như đau bụng, chuột rút, chóng mặt, tiêu chảy, buồn nôn, và mệt mỏi ở nhóm châm cứu so với nhóm chứng [18].

Một nghiên cứu phân tích tổng hợp và đánh giá hệ thống của Woo và cộng sự (2018) đã đánh giá hiệu quả và tính an toàn của châm cứu đối với đau bụng kinh nguyên phát. Qua phân tích 49 RCT, các huyết thường được sử dụng trong điều trị đau bụng kinh nguyên phát bao gồm Tam âm giao (SP6), Quan nguyên (CV4), Địa cơ (SP8), Thử liêu (BL32), Túc tam lý (ST36), Huyết hải (SP10), Thái xung (LR3), Trung cực (CV3), Thập thất chuy hạ (EX-B8), và Thận du (BL23) [22].

Ngoài ra, phân tích tổng hợp của Kong và cộng sự (2023) đã đánh giá tác dụng của nhĩ châm đối với đau bụng kinh nguyên phát. Kết quả cho thấy nhĩ châm có tác dụng giảm đáng kể triệu chứng đau, cải thiện điểm VAS so với nhóm chứng. Các huyết nhĩ châm thường được sử dụng bao gồm Cơ quan sinh dục trong (TF2), Nội tiết (CO18), Thần môn (TF4), Gan (CO12), Giao cảm (AH6a), và Thận (CO10) [13].

Tiền mãn kinh – mãn kinh

Hội chứng tiền mãn kinh xuất phát từ sự suy giảm chức năng buồng trứng và sự biến đổi không ổn định của nồng độ estrogen và progesterone. Châm cứu có vai trò quan trọng trong việc tăng cường nồng độ estrogen (estradiol) và progesterone, đồng thời giảm nồng độ LH, giúp cải thiện các triệu chứng của hội chứng tiền mãn kinh như bốc hỏa, mất ngủ, và trầm cảm [12].

Nghiên cứu của Wyon và cộng sự (2004) đã đánh giá hiệu quả của điện châm và phù châm so với liệu pháp estradiol uống trên phụ nữ sau mãn kinh bị bốc hỏa. Các huyết được sử dụng bao gồm Tâm du (BL15), Thận du (BL23), Thử liêu (BL32), Thần môn (HT7), Tam âm giao (SP6), Âm lăng tuyền (SP9), Thái xung (LR3), và Nội quan (PC6). Kết quả cho thấy cả hai nhóm điện châm và phù châm đều làm giảm đáng kể số lần bốc hỏa trong 24 giờ, tuy nhiên mức giảm không bằng so với liệu pháp estradiol [24].

Một nghiên cứu RCT của Zhao và cộng sự (2023) đã đánh giá hiệu quả và tính an toàn của châm cứu trong điều trị mất ngủ và trầm cảm ở phụ nữ tiền mãn kinh. Các huyết được sử dụng trong nhóm can thiệp bao gồm Ấn đường (EX-HN3), Bách hội (GV20), Quan nguyên (CV4), Âm giao (CV7), Nội quan (PC6), Thái khê (KI3), Thái xung (LR3), Tam âm giao (SP6), và Tử cung (EX-CA1). Kết quả cho thấy châm cứu cải thiện đáng kể các triệu chứng lâm sàng của mất ngủ và trầm cảm ở phụ nữ tiền mãn kinh, với hiệu quả trong ngắn hạn và trung hạn [29].

4.2.2. Dưỡng sinh

Nguyên tắc dưỡng sinh: Phân kỳ trị liệu, hộ âm dưỡng dương [36].

4.2.2.1. Thái độ tâm thần trong cuộc sống

Kinh nguyệt và vấn đề thống kinh đồng

hành cùng nhau trong suốt chu kỳ sinh trưởng của phụ nữ. Gồm 4 giai đoạn: thời kỳ kinh nguyệt, thời kỳ hậu kinh nguyệt, thời kỳ rụng trứng và thời kỳ tiền kinh nguyệt. Trong thời kỳ kinh nguyệt là giai đoạn “trọng dương chuyển âm”, cần có chế độ thực dưỡng ôn bổ, làm việc và nghỉ ngơi điều độ, tinh thần thoải mái, vận động phải nhẹ nhàng là hộ âm. Thời kỳ hậu kinh nguyệt là giai đoạn “âm trưởng dương tiêu”, cần dưỡng âm làm chủ, để âm huyết đầy đủ, khẩu phần chủ yếu bổ sung âm huyết, hạn chế sinh hoạt. Không nên thức khuya là vấn đề chính để tránh âm huyết suy kiệt. Thời kỳ rụng trứng là thời kỳ “trọng âm chuyển dương”, trọng tâm chính là điều hòa khí huyết, nhẹ nhàng, có thể tăng cường sinh hoạt tình dục một cách thích hợp, có thể tăng cường vận động. Thời kỳ tiền kinh nguyệt là giai đoạn dương trưởng âm tiêu, mục đích chính là dưỡng dương, ăn uống vừa phải, chú ý giữ ấm, cảm xúc thư giãn thoải mái, vận động vừa phải. Việc duy trì không đúng cách trong 4 thời kỳ trên có thể gây ra đau bụng kinh, vì vậy việc điều trị đau bụng kinh cần dựa trên quy luật âm dương thay đổi trong từng chu kỳ bằng các phương pháp chăm sóc sức khỏe kịp thời. Trong đó, giữ thái độ tâm thần trong từng giai đoạn của chu kỳ kinh nguyệt là quan trọng trong chăm sóc sức khỏe.

Cảm xúc và sức khỏe có mối liên hệ mật thiết, cảm xúc tiêu cực có thể ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất. Điều chỉnh cảm xúc là một quá trình kiên trì thực hiện các phương pháp trên để đạt được kết quả tốt nhất. Âm nhạc có tác dụng chữa lành, không chỉ giúp thư giãn mà còn có tác dụng giảm đau. “Hoàng Đế Nội Kinh, Linh Khu: Nhiều bệnh tật là do khí bị cản trở hoặc rối loạn, và âm nhạc có thể làm khí huyết thông suốt và thúc đẩy bệnh tật khỏi bệnh. Nói cách khác, dưới

góc độ y học cổ truyền, âm nhạc không chỉ là một loại hình nghệ thuật, thể hiện cảm xúc mà còn là một phương tiện chữa bệnh [35].

4.2.2.2. *Dưỡng sinh vận động*

Bài tập Bát đoạn cầm có hiệu quả bước đầu trên sinh viên đau bụng kinh nguyên phát. Nhóm A: Tập bài tập Bát đoạn cầm dưới sự hướng dẫn của huấn luyện viên. Nhóm B: Tập các bài tập khác như chạy bộ, chơi bóng. Cả hai nhóm đều tập luyện đều đặn trong 3 tháng. Trong thời gian hành kinh, cường độ tập luyện của cả hai nhóm đều giảm xuống. Kết quả cho thấy hàm lượng PGF2a ở nhóm A tỷ lệ giảm 17,4% và có sự khác biệt đáng kể so với nhóm B ($P < 0,05$). So sánh về mức độ đau nhóm tập giảm đau đáng kể hơn Nhóm B ($P < 0,05$); So sánh hiệu quả giữa các nhóm, Nhóm A (tỷ lệ hiệu quả 84%) tốt hơn Nhóm B (tỷ lệ hiệu quả là 56%), và sự khác biệt là đáng kể ($P < 0,05$) [34].

Bên cạnh đó, các bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng của Việt Nam có lợi thế về phương pháp phù hợp với văn hóa và thể trạng người Việt Nam. Những bài tập tập trung vào vùng thắt lưng, bụng với cường độ thấp, dễ thực hiện. Một số động tác phù hợp với tình trạng đau bụng kinh như: thở bốn thời có kê móng và gờ chân, kỹ thuật thư giãn, uốn móng, bắc bầu, tam giác, sư tử, xoa tam tiêu, nằm ngửa khoanh tay ngồi dậy [4].

4.2.2.3. *Xoa bóp bấm huyệt*

Thận khí hư thực hiện vỗ vào vùng thắt lưng để bổ thận, bổ tinh, điều kinh chỉ thống; khí trệ huyết ú thực hiện day, điểm huyết tử cung để tán ú huyết, điều khí chỉ thống; khí huyết thực hiện điểm ấn huyết Túc tam lý để bổ huyết ích khí chỉ thống, xát ấn huyết Thái xung để thư gan hành khí chỉ thống; hàn ngưng huyết ú thực hiện xoa bụng để thúc

đẩy tuần hoàn máu ở vùng bụng, chỉ thống. Liệu trình bắt đầu bấm huyệt trước kỳ kinh 3 – 5 ngày, mỗi ngày 1 – 2 lần, mỗi lần 20 – 30 phút, đặc khí là được, duy trì đến khi có kinh. Nếu lượng kinh nhiều thì không nên bấm huyệt trong kỳ kinh, nếu có bấm huyệt thực hiện nhẹ nhàng.

Xoa bóp bấm huyệt truyền thống kết hợp với xoa bóp vùng giáp tích tương ứng cho thấy có hiệu quả giảm đau vùng bụng dưới, vùng thắt lưng và nâng cao chất lượng cuộc sống của người nữ bị đau bụng kinh nguyên phát. Tổng tỷ lệ hiệu quả của nhóm thử nghiệm là 89,47% và của nhóm đối chứng là 73,68% ($p < 0,05$) [33]. Nghiên cứu tổng hợp 2023, Hua-Ting Chen cho thấy xoa bóp bấm huyệt kết hợp với ấn huyết vành tai ngăn ngừa tình trạng bí tiểu sau sinh tốt hơn, bên cạnh các phương pháp bấm huyệt truyền thống được chứng minh có hiệu quả tốt [6].

4.2.2.4. *Thực dưỡng*

Thực dưỡng là sự kết hợp hợp lý giữa thuốc và chế độ ăn, vừa có dinh dưỡng của thức ăn vừa có tác dụng chữa bệnh của thuốc. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng chế độ ăn uống thuốc có thể đạt được kết quả tốt trong hỗ trợ điều trị đau bụng kinh ở phụ nữ. Thực dưỡng được lựa chọn hợp lý theo giai đoạn kinh nguyệt. Thời kỳ tiền kinh nguyệt: vỏ quýt, cháo đậu mỳ, gồm: 80g gạo, 30g đậu mắt đen, một lượng vỏ quýt vừa phải và 4g đường trắng. Thời kỳ kinh nguyệt: 15 g Đương quy, 3g hoa tiêu, 5g gừng và 250g thịt cừu. Thời kỳ hậu kinh nguyệt: 25g hoàng kỳ, 15g a dao, 250g thịt gà và 5 lát gừng. Thời kỳ rụng trứng: khẩu phần gồm: 250g móng giò, 15g đào nhân, 150g bắp cải, 10 nắm hương.

Tóm lại, dưỡng sinh là phương pháp thay đổi cả lối sống, bao hàm 2 quan niệm về điều trị và dự phòng các vấn đề phụ khoa nói

chung và đau bụng kinh nói riêng. Phân kỳ can thiệp gồm dự phòng nâng chính khí và điều hòa trong giai đoạn tiền triệu chứng và điều trị khi xuất hiện bệnh lý.

V. BÀN LUẬN

YHCT đã có lịch sử hàng ngàn năm và ngày càng chứng tỏ vai trò quan trọng trong điều trị các bệnh lý phụ khoa. Các phương pháp YHCT, bao gồm sử dụng dược liệu và châm cứu, không chỉ mang lại hiệu quả đáng kể trong điều trị mà còn có thể kết hợp hiệu quả với YHHĐ để tối ưu hóa kết quả điều trị. Vai trò của YHCT trong điều trị bệnh lý phụ khoa được thể hiện rõ qua những nghiên cứu và thực hành lâm sàng.

Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng YHCT có thể cải thiện các triệu chứng và tình trạng bệnh lý phụ khoa như lạc nội mạc tử cung, đau bụng kinh, và hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS). Chẳng hạn, bài thuốc YHCT chứa các thành phần như Dương quy, Hoàng kỳ, và Bạch thược đã được chứng minh có hiệu quả trong việc cải thiện tình trạng thiếu kinh bằng cách tăng cường lượng máu kinh và độ dày nội mạc tử cung, cũng như tăng nồng độ estradiol và progesterone. Các nghiên cứu cũng cho thấy tác dụng điều hòa estrogen và chống viêm của các dược liệu YHCT giúp cải thiện tình trạng viêm và tổn thương mô trong các bệnh lý phụ khoa.

Dưỡng sinh bao gồm thái độ sống, can thiệp tâm lý theo y học cổ truyền, bài tập vận động, xoa bóp bấm huyệt và thực dưỡng. Dưỡng sinh gắn liền với văn hóa và phong cách sống của người Việt Nam, bước đầu các nghiên cứu chứng minh là có hiệu quả trên tác dụng giảm đau và cải thiện chất lượng cuộc sống. Dưỡng sinh gắn liền với học thuyết tinh khí thần. Các phương pháp dưỡng sinh vận động tập trung rèn luyện phương

diện khí và thần, thông qua kỹ thuật thở và nhận thức bên trong. Phương pháp xoa bóp bấm huyệt tập trung vào những vấn đề của khí. Thực dưỡng tác động đến tinh, cân bằng nguồn năng lượng nạp vào cơ thể. Thái độ tâm thần trong cuộc sống hay tâm lý y học cổ truyền góp phần giải quyết các vấn đề tâm lý dưới góc độ và các phương pháp y học cổ truyền thông qua học thuyết âm dương, ngũ hành, tạng tượng, ngũ thần. Từ đó, cho thấy sự tương quan giữa ngành y học cổ truyền và tâm lý học trong mục tiêu can thiệp. Mở ra hướng phát triển kết hợp điều trị đa mô thức, phù hợp với mô hình chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm.

Phương pháp dưỡng sinh với những lợi ích sức khỏe: giúp cân bằng âm dương, điều hòa khí huyết, và có hiệu quả đối với hệ thống tiêu hóa, tuần hoàn, thần kinh và nội tiết. Mức độ áp dụng là phổ biến, dễ học, an toàn và hiệu quả; được áp dụng trong nhiều lĩnh vực y học, từ điều trị bệnh đến dự phòng. Tuy nhiên, còn nhiều khó khăn trong triển khai các phương pháp dưỡng sinh. Thứ nhất, phương pháp chưa được tiêu chuẩn hóa, dẫn đến khó khăn trong việc đánh giá hiệu quả. Thứ hai, đội ngũ nhân lực chuyên môn về phương pháp dưỡng sinh còn thiếu, khó khăn cho việc phổ biến và phát triển phương pháp [10].

Châm cứu với đa dạng các phương pháp can thiệp khác nhau, với những tác động điều hòa thần kinh, nội tiết, chuyển hóa, có vai trò tích cực đối với cải thiện các vấn đề bệnh phụ khoa và cải thiện chất lượng cuộc sống. Châm cứu giúp điều hòa quá trình sản xuất hormone LH và FSH bằng cách điều chỉnh trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng, từ đó can thiệp đến chu kỳ kinh nguyệt và làm giảm androgen buồng trứng ở phụ nữ mắc hội chứng buồng trứng đa nang [19]. Bên

cạnh đó, châm cứu còn thể hiện tác dụng chống viêm đối với đau bụng kinh nguyên phát thông qua việc giảm giải phóng prostaglandin, điều hòa các loại tế bào viêm và các cytokine gây viêm, sự ức chế dẫn truyền của sợi C tại cổng kiểm soát và giải phóng beta-endorphin ở trung ương và ngoại vi giúp giảm đau [28]. Tác dụng của châm cứu còn được thể hiện với vai trò làm tăng nồng độ các hormone sinh dục nữ như estrogen (estradiol), progesterone, làm giảm nồng độ LH giúp cải thiện các triệu chứng của hội chứng tiền mãn kinh - mãn kinh như bốc hỏa, mất ngủ, trầm cảm [12]. Các nghiên cứu cũng cho thấy tính an toàn của châm cứu trong điều trị các bệnh phụ khoa. Qua đó, châm cứu trong điều trị các bệnh lý phụ khoa cần được ứng dụng và phát triển hơn, cá thể hóa trên từng hội chứng bệnh để đạt được hiệu quả điều trị tối ưu cho người bệnh.

YHCT có lợi thế đáng kể trong việc điều trị các bệnh lý phụ khoa do tính an toàn và ít tác dụng phụ. Các dược liệu thường được sử dụng trong YHCT có nguồn gốc tự nhiên và đã được sử dụng từ lâu đời, nên ít gây ra tác dụng phụ nghiêm trọng so với một số phương pháp điều trị bằng thuốc tân dược. Hơn nữa, các liệu pháp YHCT thường nhắm đến việc cân bằng tổng thể cơ thể, điều hòa khí huyết, bổ dưỡng Tỳ Vị và Can Thận, từ đó không chỉ giúp hỗ trợ điều trị triệu chứng mà còn cải thiện sức khỏe tổng quát của người bệnh.

Tuy nhiên, việc điều trị bằng YHCT cũng tồn tại một số hạn chế và thách thức. Việc thiếu các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên quy mô lớn làm giảm khả năng chứng minh khoa học về hiệu quả của YHCT. Các phương pháp chẩn đoán và điều trị trong YHCT thường dựa trên kinh nghiệm và lý thuyết truyền thống, có thể không phù

hợp với mọi người bệnh và cần được điều chỉnh linh hoạt. Ngoài ra, việc tiêu chuẩn hóa và quản lý chất lượng dược liệu cũng là một thách thức lớn đối với YHCT. Để đảm bảo hiệu quả điều trị, cần có sự kiểm soát chất lượng nghiêm ngặt và nghiên cứu kỹ lưỡng về thành phần hóa học và dược lý của các dược liệu được sử dụng.

Xu hướng kết hợp YHCT và YHHĐ trong điều trị bệnh lý phụ khoa đang ngày càng phát triển. Sự kết hợp này mang lại nhiều lợi ích khi tận dụng được ưu điểm của cả hai phương pháp, từ đó tối ưu hóa hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Việc kết hợp này không chỉ giúp cải thiện triệu chứng nhanh chóng mà còn hỗ trợ cơ thể trong quá trình hồi phục lâu dài. Tuy nhiên, để đạt được hiệu quả tốt nhất, cần có sự hợp tác chặt chẽ giữa các bác sĩ YHCT và YHHĐ, cùng với sự hiểu biết sâu sắc về lợi ích và hạn chế của từng phương pháp điều trị.

VI. KẾT LUẬN

YHCT đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh lý phụ khoa nhờ vào tính an toàn, hiệu quả và khả năng kết hợp với YHHĐ. Tuy vẫn còn những thách thức cần vượt qua, nhưng với sự phát triển của nghiên cứu khoa học và sự hợp tác liên ngành, YHCT sẽ tiếp tục là một phương pháp điều trị tiềm năng trong việc chăm sóc sức khỏe phụ nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay, Nguyễn Thị Như Thủy. *Bệnh học và điều trị sản phụ khoa kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền*. NXB Y học; 2022
2. Bành Văn Khiu, Đặng Quốc Khánh. *Những học thuyết cơ bản của Y học cổ truyền*. NXB Hà Nội; 2002
3. Nguyễn Thị Thanh Tú, Đặng Trúc Quỳnh. *Mô hình bệnh tật và tình hình điều trị bệnh*

- sản phụ khoa tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội năm 2018 – 2019. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2022. 10: 221 – 229.
4. **Võ Trọng Tuấn, Phạm Huy Hùng.** Phương pháp dưỡng sinh. NXB ĐH Quốc gia. 2021.
 5. **ACOG Committee Opinion No. 760** summary: dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. *Obstetr Gynecol*. 2018;132(6):1517–8
 6. **Chen HT, Luo TZ, Jiang ZY, et al.** Noninvasive external therapy of traditional Chinese medicine for preventing postpartum urinary retention in women with vaginal delivery: A network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(41):e35399. doi:10.1097/MD.00000000000035399
 7. **De Leo V, Musacchio MC, Cappelli V.** Genetic, hormonal and metabolic aspects of PCOS: an update. *Reprod Biol Endocrinol*. 2016;14(1):3
 8. **Huang J, Hu G, Wan Y. et al.** Clinical effect of Yushen Huoxue formula on adenomyosis secondary pain and blood stasis syndrome. *Journal of Beijing University of Traditional Chinese Medicine*. 2022; 45 (1), p73. Doi: 10.3969/j.issn.1006-2157.2022.01.011
 9. **Izetbegovic S, Alajbegovic J, Mutevelic A, Pasagic A, Masic I.** Prevention of diseases in gynecology. *Int J Prev Med*. 2013;4(12):1347–58
 10. **Ji Ai-Dong, Zheng Shu-zhen, Liang Chun-yan, Yang Ji-fei.** The SWOT analysis of Traditional Chinese Mind & Imagery Therapy. *Global Journal of Traditional Medicine*. 2014, 2(2):5-10.
 11. **Johansson J, Feng Y, Shao R, Lönn M, Billig H, Stener-Victorin E.** Intense electroacupuncture normalizes insulin sensitivity, increases muscle GLUT4 content, and improves lipid profile in a rat model of polycystic ovary syndrome. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2010;299(4):E551-E559. doi:10.1152/ajpendo.00323.2010
 12. **Ko JH, Kim SN.** A Literature Review of Women's Sex Hormone Changes by Acupuncture Treatment: Analysis of Human and Animal Studies. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2018;2018:3752723. Published 2018 Nov 15. doi:10.1155/2018/3752723
 13. **Kong X, Fang H, Li X, Zhang Y, Guo Y.** Effects of auricular acupressure on dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023;13:1016222. Published 2023 Jan 5. doi:10.3389/fendo.2022.1016222
 14. **Li Y, Zhao G, Shi W, Zhang Y, Diao H.** Efficacy and safety of traditional Chinese medicine on treating oligomenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2021;10(12):12955-12968. doi: 10.21037/apm-20-825
 15. **Liao WT, Chiang JH, Li CJ, Lee MT, Su CC, Yen HR.** Investigation on the Use of Traditional Chinese Medicine for Polycystic Ovary Syndrome in a Nationwide Prescription Database in Taiwan. *J Clin Med*. 2018;7(7):179. doi:10.3390/jcm7070179
 16. **Lim CED, Ng RWC, Cheng NCL, Zhang GS, Chen H.** Acupuncture for polycystic ovarian syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7(7):CD007689. doi:10.1002/14651858.CD007689.pub4
 17. **Linh S, Cheng C, Xiaolan Y.** Study on the clinical effects of traditional Chinese medicine comprehensive treatment for adenomyosis. *Arch Clin Psychiatry*. 2022;49(3):247-255
 18. **Shetty GB, Shetty B, Mooventhan A.** Efficacy of Acupuncture in the Management of Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. *J Acupunct Meridian Stud*. 2018;11(4):153-158. doi:10.1016/j.jams.2018.04.001
 19. **Stener-Victorin E, Wu X.** Effects and mechanisms of acupuncture in the reproductive system. *Auton Neurosci*. 2010;157(1-2):46-51. doi:10.1016/j.autneu.2010.03.006

20. **Weghofer A, Kim A, Barad DH, Gleicher N.** Age at menarche: a predictor of diminished ovarian function? *Fertil Steril.* 2013;100(4):1039–43
21. **Wijeratne D, Fiander A.** Gynaecological disease in the developing world: a silent pandemic. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2018; 20: 237–244. <https://doi.org/10.1111/tog.12515>
22. **Woo HL, Ji HR, Pak YK, et al.** The efficacy and safety of acupuncture in women with primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(23):e11007. doi:10.1097/MD.00000000000011007
23. **Wu J, Chen D, Liu N.** Effectiveness of acupuncture in polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(22):e20441. doi:10.1097/MD.00000000000020441
24. **Wyon Y, Wijma K, Nedstrand E, Hammar M.** A comparison of acupuncture and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Climacteric.* 2004;7(2):153-164. doi:10.1080/13697130410001713814
25. **Xu Y, Yang Q, Wang X.** Efficacy of herbal medicine (cinnamon/fennel/ginger) for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Int Med Res.* 2020;48(6):300060520936179. doi:10.1177/0300060520936179.
26. **Ye Y, Zhou CC, Hu HQ, Fukuzawa I, Zhang HL.** Underlying mechanisms of acupuncture therapy on polycystic ovary syndrome: Evidences from animal and clinical studies. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2022;13:1035929. Published 2022 Oct 24. doi:10.3389/fendo.2022.1035929
27. **Yin J, Kuang J, Chandalia M, et al.** Hypoglycemic effects and mechanisms of electroacupuncture on insulin resistance. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol.* 2014;307(3):R332-R339. doi:10.1152/ajpregu.00465.2013
28. **Yu WY, Ma LX, Zhang Z, et al.** Acupuncture for Primary Dysmenorrhea: A Potential Mechanism from an Anti-Inflammatory Perspective. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2021;2021:1907009. Published 2021 Dec 3. doi:10.1155/2021/1907009
29. **Zhao FY, Zheng Z, Fu QQ, et al.** Acupuncture for comorbid depression and insomnia in perimenopause: A feasibility patient-assessor-blinded, randomized, and sham-controlled clinical trial. *Front Public Health.* 2023;11:1120567. doi:10.3389/fpubh.2023.1120567
30. **Zheng R, Qing P, Han M, et al.** The Effect of Acupuncture on Glucose Metabolism and Lipid Profiles in Patients with PCOS: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2021;2021:5555028. Published 2021 Mar 22. doi:10.1155/2021/5555028
31. **Zhou J, Qu FJAJoT.** Complementary, Medicines A. Treating gynaecological disorders with traditional Chinese medicine: a review. 2009;6(4)
32. **Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA.** Endometriosis. *N Engl J Med.* 2020;382(13):1244–56
33. **郑玉兰** 推拿治疗原发性痛经临床疗效分析. *医师在线* .2016;9. doi: 10.13745/j.issn.1674-1375.2016.09.013
34. **潮芳, 孙革.** 有氧健身操对缓解女大学生原发性痛经的研究[J].池州学院学报:2010;24(3):149-151158
35. **李杭.** 百病生于气而止于音[J]. 中医健康养生:2022;8(6):70-71
36. **杨瑞霞, 宋鑫, & 蒋力生.** 女性原发性痛经中医养生保健研究. 江西中医药. 2024;55(002):12-15.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC HỘI CHỨNG BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ GIAI ĐOẠN BỆNH, MỨC ĐỘ BỆNH THEO THANG ĐIỂM SCORAD TRÊN NGƯỜI BỆNH VIÊM DA CƠ ĐỊA

Nguyễn Thị Thùy Dung¹, Ngô Thị Bạch Yến¹, Trần Thu Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa các hội chứng bệnh Y học cổ truyền và giai đoạn bệnh, mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD trên người bệnh Viêm da cơ địa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích được tiến hành trên tất cả người bệnh Viêm da cơ địa đến khám và điều trị tại khoa Khám bệnh – Bệnh viện Y học cổ truyền TP. Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 05/2023 được khảo sát thông qua bảng câu hỏi. **Kết quả:** Trong thời gian nghiên cứu, 51 người bệnh Viêm da cơ địa đến khám được chẩn đoán hội chứng Phong huyết táo (chiếm tỷ lệ 63%), Phong nhiệt (27%) và Thấp nhiệt (10%). Về giai đoạn bệnh, có 12% người bệnh đến khám ở giai đoạn cấp tính, 23% ở giai đoạn bán cấp và 65% ở giai đoạn mạn tính. Trong đó, ở giai đoạn bán cấp phần lớn người bệnh là có hội chứng Phong nhiệt (75%) và ở giai đoạn mạn tính đa số được chẩn đoán Phong huyết táo (91%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) về mối liên quan giữa các giai đoạn bệnh của VDCĐ theo Y học hiện đại và các hội chứng bệnh Y học cổ truyền. Dựa trên thang điểm SCORAD, người bệnh Viêm da cơ

địa có mức độ bệnh trung bình chiếm 49%, mức độ nặng chiếm 33%, mức độ nhẹ chiếm 18%. Mối liên quan giữa mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD với chẩn đoán các hội chứng bệnh Y học cổ truyền (phong nhiệt, thấp nhiệt, phong huyết táo) trên người bệnh Viêm da cơ địa là sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Có mối liên quan giữa các giai đoạn bệnh theo Y học hiện đại và các hội chứng bệnh Y học cổ truyền trên người bệnh Viêm da cơ địa. Trong đó, người bệnh ở giai đoạn bán cấp phần lớn là có hội chứng Phong nhiệt và giai đoạn mạn tính đa số được chẩn đoán Phong huyết táo. Tuy nhiên, không thấy mối liên quan giữa các hội chứng Y học cổ truyền và mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD trên người bệnh Viêm da cơ địa.

Từ khóa: Viêm da cơ địa, thang điểm SCORAD, hội chứng bệnh YHCT.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN TRADITIONAL MEDICAL SYDROLOGY AND DISEASE STAGES, DISEASE SEVERE ACCORDING TO THE SCORAD SCORE IN ATOPIC DERMATITIS PATIENTS

Objectives: Survey the correlation between the syndromes of traditional medicine with disease stages, disease severity according to the SCORAD scale in atopic dermatitis patients. **Subjects and Methods:** A cross – sectional study with analysis was conducted on all patients with Atopic dermatitis who presented for

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thu Nga

Email: ttnga@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 2.8.2024

examination and treatment at the Outpatient Department of Ho Chi Minh City Traditional Medicine Hospital between January 2023 and May 2023. Data was collected through questionnaires. **Results:** During the research period, 51 patients with Atopic dermatitis who came to the hospital were diagnosed with 63% of the syndrome of Blood deficiency and Wind-dryness, Wind-heat (27%), and Phlegm-heat (10%). Regarding the disease stage, 12% of patients came for examination in the acute stage, 23% in the subacute stage, and 65% in the chronic stage. Of these, most patients in the subacute phase have Wind-heat syndrome (75%), and in the chronic phase, the majority are diagnosed with Blood deficiency and Wind-dryness Syndrome (91%). Using the SCORAD scale, the severity of atopic dermatitis in these patients was categorized as follows: moderate (49%), severe (33%), and mild (18%). **Conclusions:** There is a relationship between the stages of the disease according to Modern Medicine and the syndromes of Traditional Medicine in Atopic Dermatitis patients. In that, most patients in the subacute stage have Wind-Heat syndrome, and in the chronic stage, the majority are diagnosed with Wind-Blood Dryness. However, no significant association was found between Traditional Medicine syndromes and disease severity as measured by the SCORAD scale in these patients.

Keywords: Atopic dermatitis, SCORAD score, Syndrome of traditional medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da cơ địa (Atopic Dermatitis) là một bệnh lý da viêm mạn tính thường hay tái phát, với triệu chứng ngứa dữ dội, gặp ở mọi lứa tuổi. Theo thống kê tại các nước phát triển, Viêm da cơ địa chiếm 30% ở trẻ em và 10% ở người lớn. Bệnh đặc trưng bởi sang

thương sần mẩn hồng ban, mụn nước, ngứa dữ dội, bề mặt sang thương rỉ dịch, đóng mài, có thể có những vết cào gãi hay lichen hóa do thường xuyên cào gãi. Bệnh gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, các hoạt động xã hội, công việc cũng như tài chính của người bệnh và gia đình. Do đó, việc nâng cao các phương pháp chẩn đoán, đánh giá đúng mức độ của bệnh để điều trị hợp lý rất được quan tâm. Trong đó, thang điểm SCORAD là thang điểm đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh thông qua các triệu chứng chủ quan được sử dụng phổ biến nhất trong Viêm da cơ địa [7].

Hiện nay, nhiều nghiên cứu cho thấy việc kết hợp các phương pháp Y học cổ truyền (YHCT) và Y học hiện đại (YHHĐ) trong việc điều trị Viêm da cơ địa mang lại hiệu quả đáng kể, giảm diện tích tổn thương và mức độ ngứa, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Trong YHCT, việc chẩn đoán và điều trị bệnh được cá thể hóa thông qua quá trình chẩn đoán hội chứng bệnh, trước khi đưa ra pháp trị phù hợp cho người bệnh. Do đó, chẩn đoán sớm và chính xác hội chứng bệnh YHCT đóng vai trò quan trọng. Bên cạnh đó, kết hợp với đánh giá mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD sẽ giúp việc điều trị YHHĐ và YHCT được rõ ràng, chính xác hơn, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu nào chỉ ra mối liên quan giữa các hội chứng bệnh YHCT với mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD trên người bệnh Viêm da cơ địa. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá mối liên quan giữa các hội chứng bệnh YHCT với giai đoạn bệnh và mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD trên người bệnh Viêm da cơ địa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Người bệnh được chẩn đoán Viêm da cơ địa theo tiêu chuẩn Hanifin và Rajka năm 2014, từ đủ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có các rối loạn về da khác.
- Người từ chối tham gia hoặc không có khả năng hoàn thành 100% bảng câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang phân tích

2.2.2. Cơ mẫu nghiên cứu: Tất cả người bệnh Viêm da cơ địa đến khám và điều trị tại Khoa khám bệnh – Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian nghiên cứu (từ tháng 01/2023 đến tháng 05/2023).

2.3. Định nghĩa biến số

Giai đoạn bệnh: biến danh định, gồm 3 giá trị:

- Giai đoạn cấp: Sẩn mẩn hồng ban, mụn nước, rỉ dịch.
- Giai đoạn bán cấp: Hồng ban, tróc vảy, đóng mài.
- Giai đoạn mạn tính: Vùng da tổn thương sạm màu hơn, tăng sừng, lichen hóa.

Thang điểm SCORAD (Scoring Atopoc Dermatitis): biến định lượng, được tính thông qua 3 yếu tố

- Độ lan rộng của tổn thương (A): Đánh giá phần trăm (%) diện tích tổn thương dựa vào quy luật số 9. A có giá trị từ 0 đến 100.

- Mức độ tổn thương (B): Dựa trên tổng điểm của 6 triệu chứng hồng ban, phù/sẩn, tiết dịch/mài, xước da, liken hóa, khô da (vùng da thường). Các triệu chứng trên được tính theo thang điểm từ 0-3 điểm với mức độ từ không đến nhẹ, vừa, nặng. B có giá trị từ 0 đến 18.

- Mức độ ngứa và mất ngủ trung bình trong 3 ngày đêm gần nhất (C): Thang điểm 0-10 cho mỗi triệu chứng. C có giá trị từ 0 đến 20.

- Công thức tính: $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$. Như vậy, SCORAD có giá trị từ 0 đến 103 điểm

Mức độ bệnh phân loại dựa theo thang điểm SCORAD: biến thứ tự, có 3 giá trị:

- Nhẹ: SCORAD <25 điểm
- Trung bình: SCORAD = 25-50 điểm
- Nặng: SCORAD >50 điểm

Hội chứng bệnh YHCT: biến danh định, chẩn đoán dựa vào lý luận YHCT, các triệu chứng sang thương da và ngứa là bắt buộc phải có, gồm 3 giá trị:

- Phong nhiệt (Da hơi đỏ, ngứa, nổi mụn nước. Ngứa gãi chảy nước, nhưng ít loét, lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng, mạch phù sác).
- Thấp nhiệt (Da hồng đỏ, nóng rát, ngứa. Có mụn nước từng đám, kết vảy. Mụn nước loét, chảy nước vàng, lầy. Toàn thân chán ăn, mệt mỏi, tiêu bón, tiểu ít sạm màu, rêu lưỡi vàng nhày, mạch hoạt sác).
- Phong huyết táo (Da dày, khô, thô sần, sạm nhạt. Có mụn nước, hay xuất hiện ở đầu, mặt, cổ chân, khuỷu tay, đầu gối. Ngứa rất nhiều, từng cơn, ngứa tăng vào ban đêm và

lúc nóng, Chết lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch trầm tế hoặc trầm hoãn).

Phương pháp tiến hành

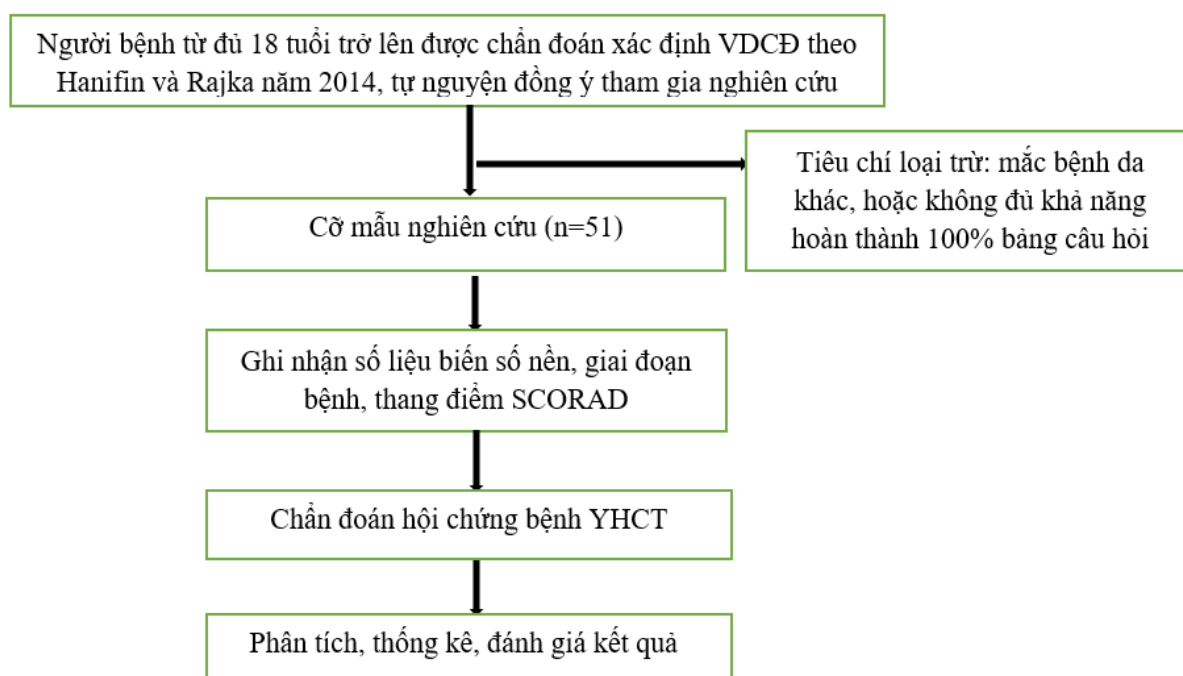
Bước 1: Phỏng vấn tất cả người bệnh đã được chẩn đoán Viêm da cơ địa và đồng ý tham gia nghiên cứu theo phiếu khảo sát.

Bước 2: Ghi nhận thông tin biến số nền, giai đoạn bệnh, thang điểm SCORAD và mức độ bệnh trên đối tượng nghiên cứu, được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa

YHCT có chứng chỉ hành nghề và ít nhất 5 năm kinh nghiệm khám chữa bệnh.

Bước 3: Chẩn đoán các hội chứng bệnh YHCT, được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa YHCT có chứng chỉ hành nghề và ít nhất 5 năm kinh nghiệm khám chữa bệnh.

Bước 4: Xác định mối liên quan giữa các hội chứng bệnh YHCT thường gặp với mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD trên người bệnh Viêm da cơ địa.



Sơ đồ 1. Lưu đồ mô tả quy trình nghiên cứu

2.4. Xử lý số liệu

Phỏng vấn và thu thập thông tin cơ bản, biến số nghiên cứu của người bệnh bằng Phiếu khảo sát. Nhập dữ liệu bằng phần mềm epidata 3.1. Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.0

Thống kê phân tích: dùng phép kiểm Chi bình phương (χ^2) (hoặc phép kiểm chính xác Fisher) để kiểm định mối liên quan giữa hội

chứng bệnh YHCT và giai đoạn bệnh, mức độ bệnh VDCĐ dựa trên thang điểm SCORAD.

2.5. Y đức

Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức Y sinh học Đại học Y dược TP. HCM theo quyết định số 11/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 09/01/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2023 đến tháng 05/2023 với 51 người bệnh Viêm da cơ địa đến khám và điều trị tại Khoa khám bệnh – Bệnh viện Y

học cổ truyền TP. Hồ Chí Minh, sau khi khảo sát thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (N = 51)**

Đặc điểm	Phân loại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	15	29%
	Nữ	36	71%
Tuổi		48,24 ± 20,22 [#]	
Nghề nghiệp	Công nhân viên chức	13	25%
	Sinh viên	7	14%
	Lao động tay chân	10	20%
	Khác	21	41%
Nơi cư trú	Tỉnh	6	12%
	Thành phố	45	88%

[#] Trung bình ± độ lệch chuẩn

Trong mẫu nghiên cứu, người bệnh nữ chiếm ưu thế (71%) gấp 2,4 lần so với người bệnh nam. Độ tuổi trung bình là 48,24 ± 20,22, trong đó tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 90 tuổi. Tỷ lệ người bệnh công nhân

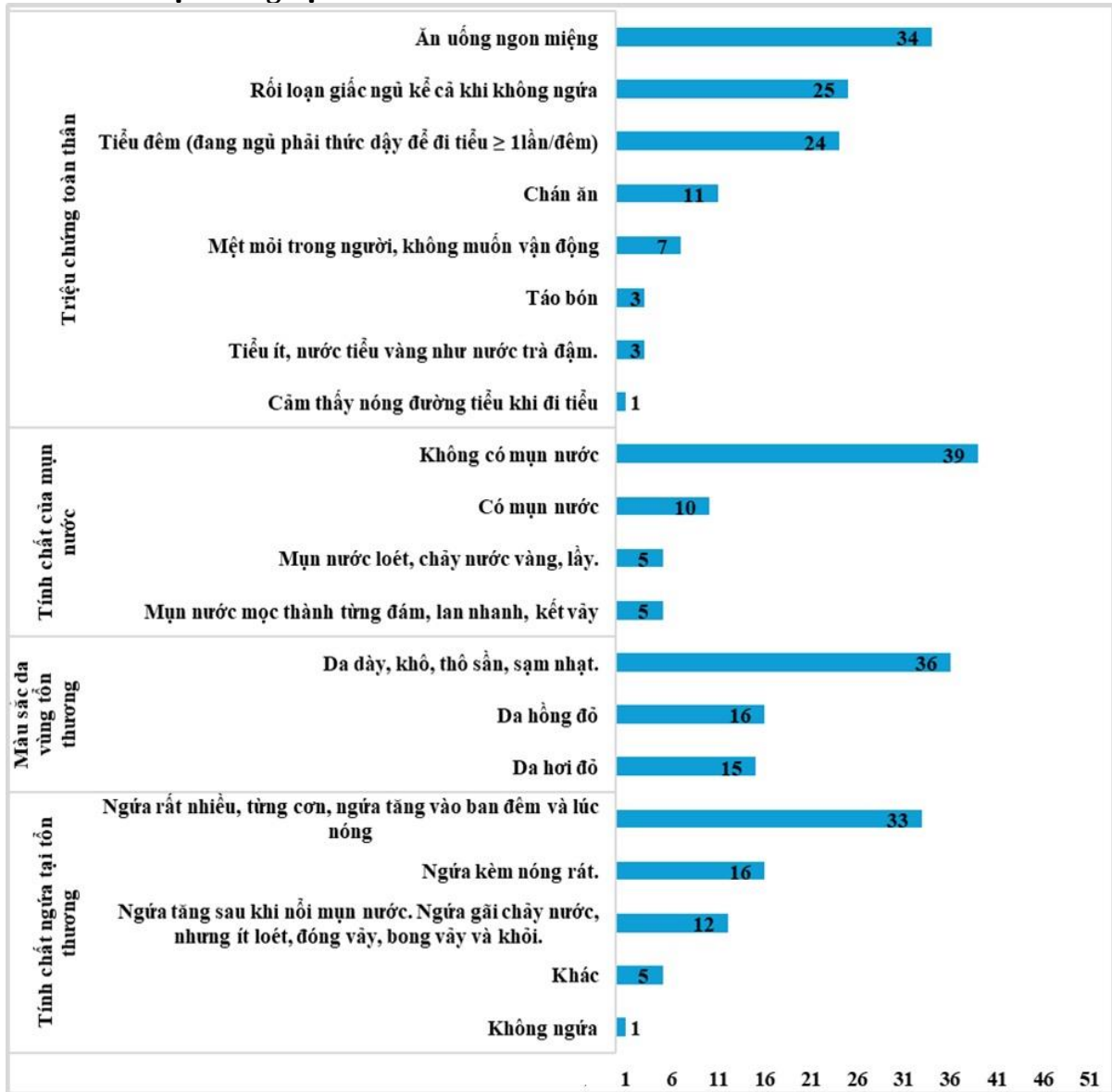
viên chức chiếm 25% và đa số các đối tượng sống ở thành phố (88%).

3.2. Giai đoạn bệnh, mức độ bệnh thang điểm SCORAD**Bảng 2. Giai đoạn bệnh, mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD của bệnh nhân Viêm da cơ địa (N=51)**

		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn bệnh	Cấp tính	6	12%
	Bán cấp	12	23%
	Mạn tính	33	65%
Mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD	Nhẹ	9	18%
	Trung bình	25	49%
	Nặng	17	33%

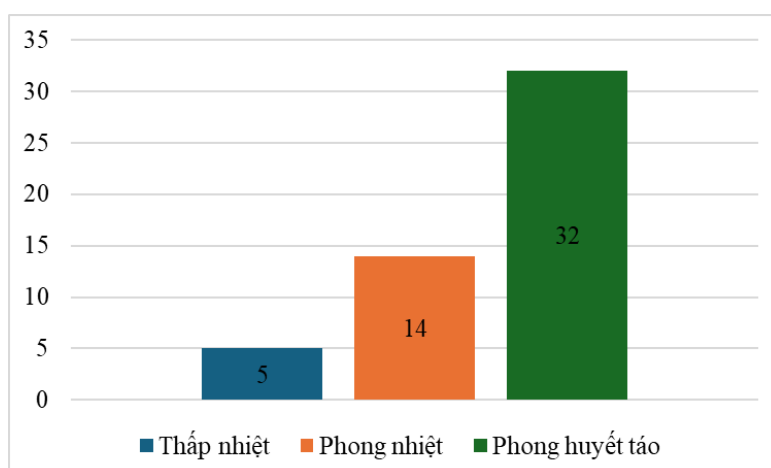
Kết quả nghiên cứu ghi nhận người bệnh Viêm da cơ địa đến khám bệnh phần lớn có mức độ bệnh trung bình theo thang điểm SCORAD (chiếm 49%) và ở giai đoạn mạn tính (chiếm 65%).

3.3. Các hội chứng bệnh YHCT



Biểu đồ 1. Biểu đồ phân bố các triệu chứng theo YHCT

Đa số người bệnh có tính chất ngứa là ngứa rất nhiều, từng cơn, ngứa tăng vào ban đêm và lúc nóng ($n=33$), ngứa kèm nóng rất ($n=16$); có da dày, khô, thô sần, sạm nhạt ($n=36$); không có mụn nước ($n=39$). Bên cạnh đó, người bệnh có các triệu chứng toàn thân thường gặp là rối loạn giấc ngủ kể cả khi không ngứa ($n=25$) và có tiểu đêm ($n=24$).



Biểu đồ 2. Biểu đồ phân bố các hội chứng YHCT

Người bệnh được chẩn đoán Phong huyết táo chiếm tỷ lệ cao nhất là 63% (n=32), tiếp theo là Phong nhiệt 27% và thấp nhất là Thấp nhiệt (10%).

3.4. Mối liên quan giữa hội chứng bệnh YHCT và mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD

Bảng 3. Mối liên quan giữa hội chứng bệnh YHCT và mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD (N=51)

Mức độ bệnh	Chẩn đoán YHCT						Tổng	p ^a
	Phong nhiệt		Thấp nhiệt		Phong huyết táo			
Nhẹ	5	p ^a = 0,062	0	p ^a = 0,694	4	p ^a = 0,254	9	0,206
Trung bình	7		3		15		25	
Nặng	2		2		13		17	
Tổng	14		5		32		51	

^a Kiểm định chính xác Fisher

Mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD không liên quan đến việc chẩn đoán YHCT theo các hội chứng bệnh (phong nhiệt, thấp nhiệt, phong huyết táo) trên bệnh Viêm da cơ

địa, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

3.5. Mối liên quan giữa hội chứng bệnh YHCT và giai đoạn bệnh của VDCĐ theo YHHĐ

Bảng 4. Mối liên quan giữa các giai đoạn bệnh của VDCĐ theo YHHĐ và các hội chứng bệnh YHCT (N=51)

Giai đoạn bệnh	Chẩn đoán YHCT			Tổng	p ^a
	Phong nhiệt	Thấp nhiệt	Phong huyết táo		
Cấp tính	3	3	0	6	< 0,001
Bán cấp	9	1	2	12	
Mạn tính	2	1	30	33	
Tổng	14	5	32	51	

^a Kiểm định chính xác Fisher

Có mối liên quan chặt chẽ giữa các giai đoạn bệnh theo YHHĐ và các hội chứng Y học cổ truyền trên bệnh VDCĐ ($p < 0,05$). Người bệnh VDCĐ giai đoạn bán cấp được chẩn đoán Phong nhiệt theo YHCT (75%) cao hơn so với Thấp nhiệt và Phong huyết tảo (25%). Người bệnh VDCĐ giai đoạn mạn tính được chẩn đoán Phong huyết tảo chiếm đa số (91%) so với Phong nhiệt và Thấp nhiệt (9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố giai đoạn bệnh và mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD

Trong nghiên cứu này, điểm SCORAD trung bình là $42,80 \pm 17,85$ tương ứng mức độ bệnh trung bình đến nặng. Trong đó, điểm SCORAD thấp nhất là 11,9 và cao nhất là 81,1, có sự phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả như Trương Tiểu Vi [3], Đặng Thị Hồng Phượng [2]. Đa số những người bệnh (chiếm 82%) có mức độ trung bình (49%) đến nặng (33%) đến khám tại Bệnh viện YHCT TP. HCM. Kết quả này khá tương đồng với các tác giả khác: tác giả Tôn Thị Minh Châu có 94,64% phân loại mức độ trung bình đến nặng theo thang điểm SCORAD tại Bệnh viện Da liễu TP. HCM [1], tác giả Hye Rang On nghiên cứu trên 70 người bệnh Viêm da cơ địa với 81,4% có mức độ bệnh từ trung bình đến nặng. Từ đó cho thấy đa số người bệnh đến khám và điều trị tại bệnh viện chủ yếu ở mức độ trung bình đến nặng [6].

Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh trong giai đoạn mạn tính có tỷ lệ cao nhất (65%) so với giai đoạn bán cấp (23%) và giai đoạn cấp (12%). Kết quả này chưa tương đồng với kết quả của tác giả Trương Tiểu Vi có tỷ lệ người bệnh ở giai đoạn bán cấp (74,5%) chiếm tỷ lệ cao nhất [3]. Sự

khác biệt này có thể do những người bệnh mắc Viêm da cơ địa mạn tính tái phát nhiều lần thường tìm đến các liệu pháp YHCT để hỗ trợ điều trị khi người bệnh đã không hài lòng với phương pháp điều trị theo YHHĐ.

4.2. Tỷ lệ các hội chứng bệnh YHCT

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 3 hội chứng bệnh theo YHCT, người bệnh thuộc hội chứng phong huyết tảo chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 62,75%, tiếp theo là phong nhiệt (27,45%) và thấp nhất là thấp nhiệt với tỷ lệ 9,8%. Kết quả này gần giống với nghiên cứu của tác giả Chi Him Sum – một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp trong bệnh Viêm da cơ địa cho thấy có 5 hội chứng bệnh YHCT phổ biến nhất là Thấp nhiệt, Tỳ hư tích thấp, Tỳ hư, Huyết hư phong tảo và Phong thấp nhiệt [8]. Kết quả nghiên cứu các triệu chứng khá tương đồng với y văn nhưng chưa tương đồng với nghiên cứu của Chi Him Sum. Điều này có thể giải thích vì người bệnh đến khám bệnh viện Y học cổ truyền chủ yếu giai đoạn mạn tính, các giai đoạn cấp tính người bệnh thường khám các bệnh viện chuyên khoa YHHĐ nên các hội chứng Thấp nhiệt, Tỳ hư tích thấp sẽ ít gặp hơn.

4.3. Mối liên quan giữa hội chứng bệnh YHCT và mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD

Mức độ nặng theo thang điểm SCORAD và các hội chứng YHCT trên bệnh Viêm da cơ địa là 2 biến định tính không liên quan với nhau ($p=0,206 > 0,05$). Kết quả nghiên cứu không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa từng hội chứng bệnh: phong nhiệt, thấp nhiệt, phong huyết tảo và mức độ nặng theo thang điểm SCORAD trong bệnh Viêm

da cơ địa. Điều này có thể giải thích rằng do thang điểm SCORAD được tính dựa trên độ lan rộng của tổn thương (A), mức độ tổn thương (B), mức độ ngứa và mất ngủ trung bình trong 3 ngày đêm gần nhất (C) để xác định độ nặng của bệnh. Trong khi đó, 3 hội chứng bệnh YHCT là phong nhiệt, thấp nhiệt, phong huyết táo chẩn đoán chủ yếu dựa vào đặc điểm sang thương của bệnh (B) và mạch, lưỡi, chưa đánh giá về diện tích tổn thương (chiếm 20% điểm SCORAD) cũng như vấn đề về giấc ngủ (chiếm 10% điểm SCORAD) nên không thể dùng thang điểm SCORAD để tiên đoán ra hội chứng bệnh YHCT được.

4.4. Mối liên quan giữa hội chứng bệnh YHCT và giai đoạn bệnh của VDCĐ theo YHHĐ

Theo kết quả nghiên cứu, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các giai đoạn bệnh theo YHHĐ và các hội chứng YHCT trong bệnh Viêm da cơ địa. Điều này khá tương đồng với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Trịnh Lương, hội chứng bệnh được phân thành 3 loại là Phong nhiệt, Tỳ hư thấp nhiệt và Phong huyết táo, tương ứng với các giai đoạn cấp tính, bán cấp tính và mạn tính theo thứ tự của YHHĐ [4]. Nghiên cứu của Liu Jiamin và cộng sự cũng cho thấy, chẩn đoán YHCT thường gặp nhất của Viêm da cơ địa mạn tính là hội chứng bệnh phong huyết táo [5]. Biết được mối liên quan giữa các giai đoạn bệnh theo YHHĐ và hội chứng YHCT giúp cá nhân hóa điều trị và tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Bằng cách xác định đúng giai đoạn bệnh, các bác sĩ YHCT có thể chọn lựa phương pháp điều trị và bài thuốc phù hợp nhanh hơn, giúp cải thiện tình trạng

bệnh nhanh chóng hơn, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Ví dụ: Người bệnh ở giai đoạn bán cấp thì có thể định hướng vào pháp trị khu phong thanh nhiệt, sử dụng các dược liệu có tính mát và giải biểu. Người bệnh ở giai đoạn mạn tính thì có thể hướng đến sử dụng các dược liệu có tác dụng bổ huyết, dưỡng âm, sinh tân và các phương pháp dưỡng ẩm tự nhiên phục hồi da. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy phần lớn người bệnh Viêm da cơ địa đến khám tại cơ sở khám chữa bệnh YHCT ở giai đoạn mạn tính và đa số được chẩn đoán Phong huyết táo, điều này giúp cho việc xây dựng kế hoạch dự trữ các dược liệu, tránh bị động và lãng phí nguồn dược liệu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát trên 51 người bệnh VDCĐ đến khám và điều trị tại Khoa khám bệnh – Bệnh viện Y học cổ truyền TP. Hồ Chí Minh trong thời gian từ 01/2023 đến 05/2023 cho thấy tỷ lệ hội chứng YHCT chiếm cao nhất là Phong huyết táo, đa số VDCĐ ở giai đoạn bán cấp và mạn tính với mức độ bệnh trung bình đến nặng. Nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa các hội chứng YHCT và mức độ bệnh theo thang điểm SCORAD trong bệnh Viêm da cơ địa. Do đó, không thể dùng thang điểm SCORAD để tiên đoán ra hội chứng bệnh YHCT. Có mối liên quan giữa các giai đoạn bệnh (Cấp – Bán cấp- Mạn tính) theo YHHĐ và các hội chứng bệnh YHCT trên người bệnh Viêm da cơ địa, trong đó người bệnh ở giai đoạn bán cấp phần lớn là có hội chứng Phong nhiệt và ở giai đoạn mạn tính đa số được chẩn đoán Phong huyết táo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tôn Thị Minh Châu, Văn Thế Trung.** Nồng độ Interleukin 13 huyết thanh trên bệnh nhân viêm da cơ địa. Đại học Y Dược TPHCM. Published online 2019.
2. **Đặng Thị Hồng Phượng.** Đột biến gen Filaggrin và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân viêm da cơ địa. Đại học Y Dược TPHCM. Published online 2018.
3. **Trương Tiểu Vi, Nguyễn Tất Thắng, Văn Thế Trung.** Nồng độ IgE huyết thanh toàn phần và đặc hiệu trên bệnh nhân viêm da cơ địa tại bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh. Y học TP Hồ Chí Minh. 2018;22:58-65.
4. **Li MH, Zheng L.** [Professor ZHENG Liang's experience in treatment of eczema with Zhuang medicine]. Zhongguo Zhen Jiu. 2021;41(11):1261-1264. doi:10.13703/j.0255-2930.20201025-k0001
5. **Liu Jiamin, Zhongsheng, Wang Xiaohua.** Effect of Bushen Yiqi Recipe in the Treatment of Adult Atopic Dermatitis of Kidney Deficiency and Qi Deficiency and Its Influence on Quality of Life. Chinese Pharmaceutical Economics. 2020;15(10):37-39.
6. **On HR, Lee SE, Kim SE, et al.** Filaggrin Mutation in Korean Patients with Atopic Dermatitis. Yonsei Med J. 2017;58(2):395-400. doi:10.3349/ymj.2017.58.2.395.
7. **Oranje AP, Glazenburg EJ, Wolkerstorfer A, et al.** Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: the SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. Br J Dermatol. 2007;157(4):645-648. doi:10.1111/j.1365-2133.2007.08112.x
8. **Sum CH, Ching J, Zhang H, et al.** Integrated Chinese and western medicine interventions for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis. Chin Med. 2021;16:101. doi:10.1186/s13020-021-00506-2.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐỘ DÀI CHỈ VẼ VÀ MỨC ĐỘ VIÊM PHỔI TRÊN BỆNH NHI ĐỦ VÀ DƯỚI 3 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Phan Thị Cẩm Nhi¹, Lê Hoàng Minh Quân¹,
Đỗ Thị Thùy Nhân¹, Trịnh Nguyễn Thị Thanh Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Viêm phổi là bệnh lý nguy hiểm ở trẻ em đặc biệt là trẻ dưới 3 tuổi. Đánh giá một số tính chất của chỉ vẽ là một trong những phương pháp chẩn đoán theo nhi khoa YHCT. Vị trí của chỉ vẽ được ghi nhận trên y văn giúp phản ánh mức độ nặng của bệnh, nhưng về độ dài trong một khoảng tam quan chưa được đề cập có ảnh hưởng đến mức độ nặng của bệnh hay không. Vì vậy nghiên cứu tiến hành với mục tiêu khảo sát mối liên quan giữa độ dài chỉ vẽ và mức độ Viêm phổi trên bệnh nhi đủ và dưới 3 tuổi tại bệnh viện Nhi đồng 2. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến hành chọn các bệnh nhi đủ và dưới 3 tuổi mắc Viêm phổi tại bệnh viện Nhi đồng 2. Bệnh nhi được thu thập các biến số nền, mức độ Viêm phổi, vị trí chỉ vẽ, độ dài chỉ vẽ. Sau đó tiến hành khảo sát mối liên quan giữa vị trí chỉ vẽ và mức độ Viêm phổi; mối liên quan giữa độ dài chỉ vẽ và mức độ Viêm phổi trong từng khoảng. **Kết quả:** Có tất cả 406 trẻ đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu trong thời gian tháng 03 đến tháng 06/2024. Qua thu thập và xử lý các biến số nền như tuổi, giới,.. cho thấy có sự tương đồng với các báo cáo trước đây. Về vị trí chỉ vẽ có sự

liên quan với mức độ Viêm phổi ($p < 0,05$) trong khi độ dài của chúng trong từng khoảng tam quan cho thấy không có sự liên quan ($p > 0,05$). **Kết luận:** Vị trí chỉ vẽ xuất hiện ở Phong, Khí, Mệnh tương ứng với độ nặng tăng dần của Viêm phổi trong khi sự quan tâm về độ dài của chúng trong từng khoảng tam quan là không cần thiết.

Từ khóa: độ dài chỉ vẽ, mức độ Viêm phổi, trẻ đủ và dưới 3 tuổi, bệnh viện Nhi đồng 2.

SUMMARY

CORELATION BETWEEN THE FINGERPRINT LENGTH AND THE INCIDENCE OF PNEUMONIA IN PEDIATRIC PATIENTS UNDER THE AGE OF 3 AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Objective: Pneumonia is a dangerous disease in children, especially those under 3 years old. Observing some characteristics of the fingerprint is one of the diagnostic methods, according to traditional pediatric medicine. The medical literature records the position of the fingerprint to indicate disease severity, but it does not mention whether the length within each interval influences disease severity. Therefore, this study investigates the correlation between the length of the fingerprint and the severity of pneumonia in children less than or equal to 3 years old at Children's Hospital 2. **Subjects and Methods:** We used the cross-sectional method to select children diagnosed with pneumonia at Children's Hospital 2 who were less than or equal to 3 years old. We collected some information as baseline variables: the severity of pneumonia, the position of the fingerprint, and the length of the fingerprint within each interval. Subsequently,

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Minh Quân

Email: lhminhquan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 8.8.2024

we investigated the correlation between the position of the fingerprint and the severity of pneumonia, as well as the correlation between the length of the fingerprint within each interval and the severity of pneumonia. **Results:** We included a total of 406 children from March to June of 2024. Baseline variables such as age, gender, etc. are similar to previous reports. The position of the fingerprint is related to the severity of pneumonia, with a p-value < 0.05, while there is no correlation between the length within each interval and the severity of pneumonia. **Conclusion:** The fingerprint position in Wind, Qi, and Life corresponds to the increasing severity of pneumonia, while the length within each interval does not have to be considered.

Keywords: Fingerprint, pneumonia severity, children less than or equal to 3 years, Children's Hospital 2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ em sau giai đoạn sơ sinh. Theo số liệu từ Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 35% trẻ em dưới 5 tuổi tử vong do Viêm phổi, trong tổng số 15 triệu ca mắc bệnh. Tại Việt Nam, hàng năm ghi nhận khoảng 4.000 trường hợp tử vong.[5] Những tác nhân gây bệnh viêm phổi ở trẻ em thường gặp là virus, vi khuẩn và nấm, dễ lây lan và bùng phát thành dịch trong cộng đồng.[4] Chính vì vậy, việc chẩn đoán kịp thời là cần thiết để giảm tỷ lệ mắc bệnh, hạn chế lạm dụng kháng sinh và ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng.

Y học cổ truyền (YHCT) từ lâu đã chứng tỏ hiệu quả khi kết hợp với y học hiện đại (YHHĐ) trong chẩn đoán và điều trị nhiều bệnh lý. Nhi khoa YHCT có lịch sử phát triển lâu đời với hệ thống lý luận hoàn chỉnh. Theo YHCT, không có khái niệm Viêm phổi,

mà các triệu chứng của bệnh tương tự với bệnh danh Khái thấu và Suyễn, với biểu hiện ho vừa có tiếng vừa có đờm và hô hấp khó khăn.[2] Chẩn đoán bệnh theo YHCT dựa vào: vọng (nhìn), văn (nghe, ngửi), vấn (hỏi), và thiết (sờ, bắt mạch). Việc chẩn đoán ở trẻ em chủ yếu dựa vào vọng và thiết, do trẻ nhỏ thường quấy khóc khi bị bệnh. Bộ mạch ở trẻ nhỏ và ngắn, khiến việc khám bệnh gặp nhiều khó khăn, đặc biệt ở trẻ nhũ nhi. Vì vậy, ở trẻ đủ và dưới 3 tuổi, chỉ văn được sử dụng thay cho mạch chẩn để chẩn đoán bệnh.[1]

Chỉ văn là đường mạch lạc (thực chất là đường tiểu tĩnh mạch) hiện từ hốc khẩu (khớp bàn ngón tay trỏ) đến mép bên trong ngón tay trỏ. Trên y văn đã ghi nhận vị trí của chỉ văn phản ánh mức độ nặng của bệnh lý.^[1] Nghiên cứu của Zhang Huimin (2016) ở Sơn Tây, Trung Quốc, đã chỉ ra rằng chỉ văn nói chung và vị trí chỉ văn nói riêng có liên quan đến các hội chứng bệnh YHCT cũng như mức độ nặng của bệnh Viêm phổi ở trẻ em.[6] Tuy nhiên, các nghiên cứu này có mẫu số ít hơn, điều kiện khí hậu và cách phân loại mức độ Viêm phổi khác nhau cũng như chưa có nghiên cứu về độ dài ngắn của chỉ văn trong một khoảng tam quan có ảnh hưởng đến mức độ Viêm phổi hay không. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về mối liên quan giữa vị trí chỉ văn và mức độ bệnh, trong đó có Viêm phổi. Bên cạnh đó cũng chưa có nghiên cứu khảo sát lâm sàng trong từng khoảng thì độ dài chỉ văn có phản ánh mức độ nặng của bệnh hay không. Do đó, chúng tôi tiến hành khảo sát mối liên quan giữa vị trí, độ dài chỉ văn và mức độ nặng của bệnh Viêm phổi trên bệnh nhi đủ và dưới 3 tuổi tại Bệnh viện Nhi đồng 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ đủ và dưới 3 tuổi được chẩn đoán Viêm phổi tại khoa Hô hấp 1&2 và phòng khám ngoại trú bệnh Hô hấp bệnh viện Nhi đồng 2 từ tháng 03 đến tháng 06/2024.

Tiêu chí nhận mẫu

- Trẻ đủ và dưới 3 tuổi
- Chẩn đoán Viêm phổi theo WHO [8]: Trẻ bị ho, thở nhanh, co lõm ngực, thở rên, phập phồng cánh mũi và dấu hiệu thiếu oxy máu; khám phổi bất thường kèm tổn thương trên X – quang phổi. Hoặc sử dụng nhiệt độ thở nhanh là tiêu chuẩn duy nhất ở các nước đang phát triển:
 - + Trẻ < 02 tháng: ≥ 60 lần/ phút.
 - + Trẻ 02 tháng đến < 12 tháng: ≥ 50 lần/ phút.
 - + Trẻ 12 tháng đến < 05 tuổi: ≥ 40 lần/ phút.
- Cha, mẹ, người giám hộ và bệnh nhi đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ

Trẻ đang đồng mắc các nhóm bệnh lý như thần kinh, tim mạch, tiêu hóa, truyền nhiễm, da liễu, hô hấp khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu:

$$N = Z^2 \times \frac{p \times (1-p)}{e^2} = 384$$

N: Cỡ mẫu tối thiểu

p: Tỷ lệ ước lượng thành công (p = 0,5)

Z: hệ số tin cậy (Z = 1,96)

e: Sai số cho phép (e = 0,05)

Thực tế thu được 406 mẫu.

2.3. Định nghĩa biến số

Mức độ Viêm phổi [7]

- Viêm phổi rất nặng: ho hoặc khó thở kèm một trong các dấu hiệu: tím trung ương,

bỏ bú, li bì, khó đánh thức, suy hô hấp.

- Viêm phổi nặng: ho hoặc khó thở kèm thở co lõm ngực hoặc cánh mũi phập phồng, rên rì (trẻ < 2 tháng)

- Viêm phổi: ho hoặc khó thở kèm thở nhanh và không có dấu hiệu của Viêm phổi nặng và rất nặng.

Vị trí chỉ văn [1]

- Phong quan: Từ khớp bàn ngón đến khớp liên đốt gần.

- Khí quan: Từ khớp liên đốt gần đến khớp liên đốt xa.

- Mệnh quan: Từ khớp liên đốt xa đến đầu ngón tay.

Độ dài chỉ văn [1]

Biểu hiện dưới dạng $\frac{a}{b}$ với

- a: Độ dài chỉ văn đo từ khớp ngón tay đến đầu tận của chỉ văn

- b: Khoảng cách giữa 2 khớp ngón tay.

Đo bằng kẻ thép Deli có độ dài 20 xăng-ti-mét (cm) độ phân chia 0,5 - 1 mi-li-mét (mm)

Biến số nền

Tuổi, giới, sinh non, sinh nhẹ cân, suy dinh dưỡng

2.4. Phương pháp tiến hành

Các trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn mà không có tiêu chuẩn loại sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Bước 1: Thu thập các thông tin về tuổi, giới, cân nặng, sinh non, sinh nhẹ cân, suy dinh dưỡng, mức độ Viêm phổi, vị trí và độ dài chỉ văn

Cách xem chỉ văn: quan sát trong môi trường đủ ánh sáng, nam bên trái nữ bên phải, giữ tay trẻ cố định sau đó vuốt mạch máu ở mặt lòng ngón tay trở theo chiều từ đầu ngón tay vào để chỉ văn hiện lên rõ hơn rồi quan sát. Độ dài chỉ văn được đo từ khớp bàn ngón đến đầu tận chỉ văn khi quan sát được.

Bước 2: Nhập các thông tin dữ liệu thu được vào phần mềm EpiData 3.1, Microsoft Office Excel 2016.

Bước 3: Xác định tỉ lệ vị trí chỉ văn (Phong, Khí, Mệnh) quan sát được bằng phần mềm SPSS 26.

Bước 4: Xác định tỉ lệ mức độ của Viêm phổi bằng phần mềm SPSS 26.

Bước 5: Đánh giá mối liên quan giữa vị trí chỉ văn (Phong, Khí, Mệnh) và mức độ của Viêm phổi bằng phần mềm SPSS 26.

Bước 6: Đánh giá mối liên quan giữa độ dài chỉ văn và mức độ của Viêm phổi trong từng khoảng Phong, Khí, Mệnh bằng phần mềm SPSS 26.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Bằng phần mềm SPSS 26, Excel 2016, Epidata 3.1. Tần số và tỉ lệ % cho các biến số định tính. Tính giá trị trung bình (hoặc trung vị) và độ lệch chuẩn cho các biến số định lượng. Sử dụng test χ^2 cho các biến định tính và test ANOVA hoặc test Kruskal – Wallis cho các biến định lượng với định tính.

2.6. Y đức

Nghiên cứu này đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh

học của Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh số 261/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 01/02/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2024 đến tháng 05/2024, chúng tôi ghi nhận có 406 bệnh nhi đủ và dưới 3 tuổi mắc Viêm phổi tại bệnh viện Nhi đồng 2. Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 15 tháng tuổi, lứa tuổi < 12 tháng chiếm 51,48%. Bé trai mắc Viêm phổi nhiều hơn bé gái với tỉ lệ lần lượt là 67% và 33%.

Trong 406 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu có 56 trẻ suy dinh dưỡng (13,79%), 55 trẻ sinh non (13,55%), 56 trẻ sinh nhẹ cân (13,79%)

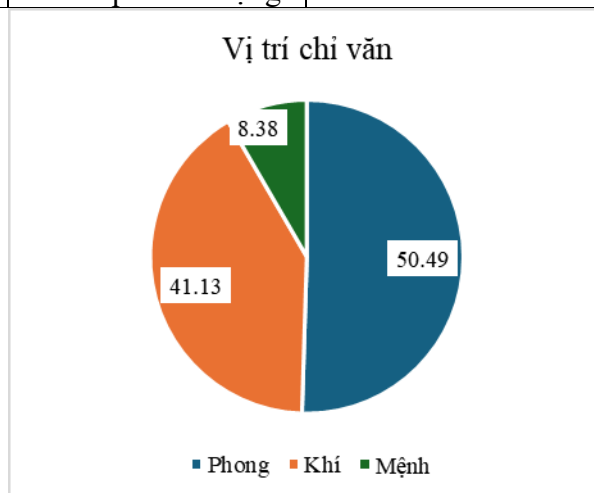
3 vị trí chỉ văn được khảo sát: Phong quan cao nhất có 205 trẻ, tiếp đến là Khí quan đứng hàng thứ 2 có 167 trẻ và vị trí thấp nhất là Mệnh quan có 34 trẻ.

Mức độ Viêm phổi khảo sát chiếm cao nhất là Viêm phổi (237 trẻ), Viêm phổi nặng đứng hàng thứ 2 (148 trẻ), mức độ thấp nhất là Viêm phổi rất nặng (21 trẻ).

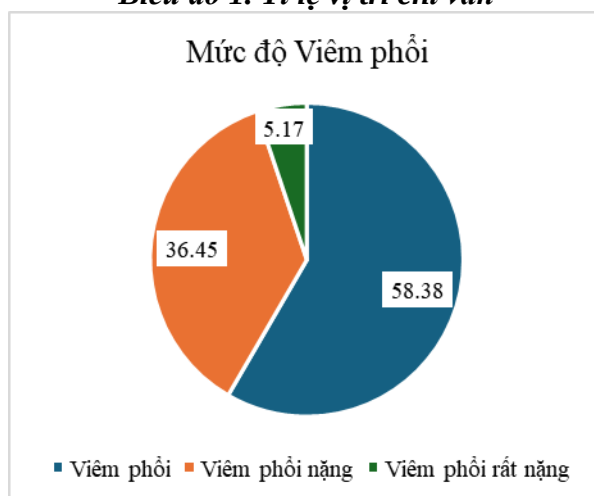
Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị	Tần số (N=406)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 12 tháng	209	51,48
	> 12 tháng	197	48,52
Giới	Nam	272	67,00
	Nữ	134	33,00
Suy dinh dưỡng	Có	56	13,79
	Không	350	86,21
Sinh non	Có	55	13,55
	Không	351	86,45
Sinh nhẹ cân	Có	56	13,79
	Không	350	86,21
Vị trí chỉ văn	Phong quan	205	50,49

Mức độ Viêm phổi	Khí quan	167	41,13
	Mệnh quan	34	8,38
	Viêm phổi	237	58,38
	Viêm phổi nặng	148	36,45
	Viêm phổi rất nặng	21	5,17



Biểu đồ 1. Tỷ lệ vị trí chỉ văn



Biểu đồ 2. Tỷ lệ mức độ Viêm phổi

3.2. Mối liên quan giữa vị trí chỉ văn và mức độ Viêm phổi

Bảng 2. Mối liên quan giữa vị trí chỉ văn và mức độ Viêm phổi

Vị trí chỉ văn	Mức độ			Tổng	p – value*
	Viêm phổi	Viêm phổi nặng	Viêm phổi rất nặng		
Phong quan	195	10	0	205	< 0,05
Khí quan	39	127	1	167	
Mệnh quan	3	11	20	34	
Tổng	237	148	21	406	

*: Chi square test

Giá trị $p < 0,05$, chứng tỏ 2 biến trên có mối liên quan với nhau khá cao với chỉ số Value của Cramer' V là $0,729 = 72,9\%$. Chỉ văn ở Phong quan có mối liên quan với Viêm phổi nhẹ, Khí quan có mối liên quan với

Viêm phổi nặng và Mệnh quan có mối liên quan với Viêm phổi rất nặng.

3.3. Mối liên quan giữa độ dài chỉ văn và mức độ Viêm phổi

Bảng 3. Tỷ lệ giữa độ dài chỉ văn với độ dài từng khoảng vị trí

	Phong quan (Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	Khí quan (Trung vị $\pm$ Khoảng tứ phân vị)	Mệnh quan (Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)
Tỷ lệ giữa độ dài chỉ văn với độ dài khoảng vị trí	$0,48 \pm 0,17$	$0,50 \pm 0,24$	$0,39 \pm 0,14$
Kolmogorov-Smirnov test	$p = 0,200$	$p < 0,05$	$p = 0,200$

Biến tỷ lệ giữa độ dài chỉ văn với độ dài khoảng Phong quan và Mệnh quan có phân phối chuẩn còn ở khoảng Khí quan có phân phối không chuẩn.

Bảng 4. Mối liên quan giữa độ dài chỉ văn và mức độ nặng của Viêm phổi

	Phong quan	Khí quan	Mệnh quan
p - value	$0,147^a$	$0,773^b$	$0,052^a$

a: ANOVA test, b: Kruskal-Wallis test

Sự khác biệt giữa tỷ lệ độ dài chỉ văn và độ dài khoảng Phong quan, Khí quan, Mệnh quan với các mức độ Viêm phổi đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Chứng tỏ trong cả ba khoảng, độ dài chỉ văn đều không có mối liên quan với các mức độ bệnh Viêm phổi.

Bảng 5. Phân tích đa biến mối liên quan giữa các yếu tố với mức độ Viêm phổi

	Hệ số không chuẩn		Hệ số chuẩn Beta	t	p - value
	B	Std. Error			
Hằng số	0,888	0,166		5,342	0,000
Giới tính	0,016	0,039	0,012	0,405	0,686
Tháng tuổi	-0,006	0,003	-0,104	-1,701	0,090
Cân nặng	-0,011	0,012	-0,062	-0,952	0,342
Suy dinh dưỡng	-0,122	0,065	-0,071	-1,888	0,060
Vị trí	0,649	0,031	0,701	21,061	0,000
Độ dài	0,123	0,106	0,035	1,157	0,248
Sinh non	-0,1450,085	0,071	-0,084	-2,032	0,043
Sinh nhẹ cân		0,071	0,050	1,199	0,231

Qua phân tích đa biến cho thấy có mối liên quan giữa vị trí chỉ văn với mức độ Viêm phổi, các yếu tố khác không có ảnh hưởng ngoại trừ sinh non.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành khảo sát trên bệnh nhi đủ và dưới 3 tuổi tại bệnh viện Nhi đồng 2. Kết quả thu được 406 mẫu với tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ. Mặc dù chưa có cơ chế cụ thể để giải thích nhưng hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng hô

hấp dưới ở trẻ em, bao gồm cả Viêm phổi xảy ra ở nam nhiều hơn với tỉ lệ nam: nữ từ 1,25:1 đến 2:1 [3]. Tuổi trung bình của các trẻ trong nghiên cứu là khoảng 15 tháng, với nhóm trẻ dưới 12 tháng chiếm 51,48%. Điều này có thể giải thích bởi hệ hô hấp của trẻ nhỏ chưa phát triển hoàn thiện, làm cho chúng dễ bị mắc bệnh hơn. Về tiền căn sản khoa, phần lớn trẻ trong nghiên cứu sinh đủ tháng và có cân nặng trên 2500g. Bởi vì hiện nay phụ nữ có thai đều có ý thức chăm sóc sức khỏe, bổ sung dinh dưỡng, bảo vệ an toàn trong quá trình mang thai nên số lượng trẻ sinh non và sinh nhẹ cân không quá cao. Tuy nhiên, suy dinh dưỡng vẫn chiếm 13,79%, điều này cho thấy cần có thêm những nỗ lực trong việc cải thiện dinh dưỡng cho trẻ em, đặc biệt là trong những năm đầu đời.

Ở trẻ em dưới 3 tuổi, do mạch ngắn và nhỏ cùng với việc trẻ hay kêu khóc khi khám bệnh, khiến việc chẩn đoán bằng mạch trở nên khó khăn. Vì vậy, trong lâm sàng nhi khoa, chỉ văn tay thường được sử dụng thay thế cho mạch chẩn. Theo y văn, vị trí chỉ văn giúp phản ánh mức độ nặng của bệnh. Chỉ văn xuất hiện ở Phong quan thì bệnh nhẹ, Khí quan thì bệnh nặng hơn, và ở Mệnh quan thì bệnh rất nặng, nếu đến giáp móng tay thì bệnh cực kỳ nghiêm trọng, có thể dẫn đến tử vong. Khảo sát cho thấy phần lớn trẻ bị Viêm phổi có chỉ văn ở Phong quan, Khí quan có tỉ lệ thấp hơn và chiếm tỉ lệ thấp nhất là Mệnh quan. Bệnh nhi với chỉ văn ở vị trí Phong quan tương ứng với bệnh còn ở biểu theo YHCT, có các biểu hiện như sốt, ho, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù. Điều này tương tự với các triệu chứng của trẻ mắc Viêm phổi theo YHHD và chiếm tỉ lệ cao nhất. Đối với những trẻ có chỉ văn ở Khí quan và Mệnh

quan có triệu chứng bệnh ở lý như hụt hơi, khó thở, ho yếu, mệt mỏi, cử động ít, da niêm nhợt nhạt lại giống với các biểu hiện ở nhóm mắc Viêm phổi nặng và rất nặng theo YHHD và chiếm tỉ lệ ít hơn [1].

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ nhỏ, đặc biệt trẻ dưới 5 tuổi trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh cao đặc biệt ở các nước đang phát triển như Việt Nam. Nghiên cứu ghi nhận 406 trẻ mắc Viêm phổi với các mức độ: 58,38% Viêm phổi, 36,45% Viêm phổi nặng và 5,17% Viêm phổi rất nặng. Đa số trẻ đến khám và nhập viện vì Viêm phổi ở mức độ nhẹ và nặng, chỉ có một số ít mắc Viêm phổi rất nặng. Vì nghiên cứu lấy mẫu ở cả khoa nội trú và phòng khám ngoại trú nên sẽ có các trẻ chỉ mới có triệu chứng nhẹ như ho, khó thở, khô khè đã được đưa đến khám và điều trị nên đa số các trẻ ở mức Viêm phổi, tương tự trong khoa nội trú là các trẻ có trở ngại hô hấp lớn hơn như thở co lõm, phập phồng cánh mũi, rên rì hoặc các trẻ Viêm phổi kéo dài không đáp ứng với kháng sinh uống sẽ được nhập viện để tiện theo dõi và điều trị. Tỷ lệ Viêm phổi rất nặng thấp hơn hai nhóm còn lại do cơ địa và thể trạng bẩm sinh của trẻ, thường kèm theo các bệnh lý khác và được loại khỏi nghiên cứu để tránh sai lệch chọn lựa cũng như thu thập số liệu [7].

4.2. Mối liên quan giữa vị trí chỉ văn với mức độ Viêm phổi

Khảo sát lâm sàng đã phát hiện mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các vị trí chỉ văn Phong, Khí, Mệnh với mức độ Viêm phổi. Cụ thể, chỉ văn ở Phong liên quan đến Viêm phổi, Khí quan liên quan đến Viêm phổi nặng, và Mệnh quan liên quan đến Viêm phổi rất nặng. Điều này cho thấy mức độ Viêm phổi càng nặng thì vị trí chỉ văn

càng xa. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Zhang Huimin (2016) cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí chỉ văn giữa Viêm phổi nhẹ và nặng [6]. Theo YHCT, Viêm phổi có biểu hiện tương tự như hai chứng Khái thấu và Suyễn, do hai nhóm nguyên nhân chính là ngoại cảm và nội thương [2]. Bệnh ngoại cảm thường được giải thích theo cơ chế bệnh sinh, chẩn đoán và điều trị bệnh theo các giai đoạn và mức độ từ nhẹ đến nặng, từ biểu vào lý. Ở giai đoạn đầu, các triệu chứng thường nhẹ giống với các biểu hiện ở mức Viêm phổi theo YHHD và chỉ văn xuất hiện ở Phong quan. Giai đoạn tiếp theo, bệnh diễn biến tăng dần có các triệu chứng giống với Viêm phổi nặng và lúc này chỉ văn hiện ở Khí quan. Cuối cùng, bệnh nặng nề vào tới tạng phủ có các biểu hiện tương tự Viêm phổi rất nặng thì chỉ văn hiện ở Mệnh quan. Đối với những trẻ có cơ địa suy giảm miễn dịch hoặc bệnh đồng mắc sẽ thuộc nhóm nguyên nhân nội thương theo YHCT sẽ biểu hiện ra bên ngoài không tương thích với mức độ nặng của bệnh [1]. Vì vậy để tránh sai lệch trong quá trình chọn lựa cũng như thu thập số liệu, nghiên cứu đã loại những trẻ đang có bệnh đồng mắc khác.

4.3. Mối liên quan giữa độ dài chỉ văn và mức độ Viêm phổi trong từng khoảng tam quan

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vị trí chỉ văn có mối liên quan với các mức độ Viêm phổi. Tuy nhiên trong nhóm Phong quan còn có Viêm phổi nặng, trong nhóm Khí quan ngoài Viêm phổi nặng còn có Viêm phổi và Viêm phổi rất nặng, tương tự trong nhóm Mệnh quan cũng có cả Viêm phổi và Viêm phổi nặng. Đồng thời trên các y văn cũng như các tác phẩm kinh điển chỉ đề cập đến vị trí chỉ văn (Phong, Khí, Mệnh)

giúp phản ánh mức độ của bệnh từ nhẹ đến nặng và rất nặng, nhưng chưa đề cập đến liệu trong một khoảng của tam quan, độ dài ngắn của chỉ văn có ảnh hưởng đến việc đánh giá mức độ nặng của bệnh hay không [1]. Chính vì vậy nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành thêm một bước khảo sát mối liên quan giữa độ dài chỉ văn và mức độ Viêm phổi trong từng khoảng Phong, Khí, Mệnh. Kết quả cho thấy ở cả 3 khoảng Phong quan, Khí quan, Mệnh quan độ dài chỉ văn không có mối liên quan với mức độ Viêm phổi. Mặc dù trong một khoảng tam quan có sự phân bố của cả Viêm phổi, Viêm phổi nặng và Viêm phổi rất nặng nhưng từng theo vị trí Phong, Khí, Mệnh mà sẽ có ưu thế về các mức độ của viêm phổi, ví dụ ở Phong quan số lượng Viêm phổi chiếm đa số trong khi Viêm phổi nặng và rất nặng lại rất ít. Nghiên cứu cho thấy sự tăng giảm về mức độ Viêm phổi chỉ xuất hiện khi sự chênh lệch về độ dài chỉ văn phải đủ lớn, sự chênh lệch về độ dài trong 1 khoảng tam quan là không đủ. Hay nói cách khác, chỉ khi độ dài chỉ văn xuất hiện ở 2 khoảng tam quan khác nhau thì mới có sự khác biệt về mức độ bệnh. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu khi phân tích đa biến tất cả các yếu tố phụ thuộc vào mức độ viêm phổi cũng cho thấy chỉ có vị trí và sinh non có ảnh hưởng đến mức độ viêm phổi. Điều này cho thấy chỉ văn bản chất là tĩnh mạch ở mặt gan bàn tay của ngón trỏ, nó sẽ thay đổi tùy theo cơ địa bẩm sinh, có bệnh lý hiện mắc, độ tuổi và độ dày da ở ngón tay mà ảnh hưởng đến vị trí xuất hiện. Chính vì vậy dùng độ dài trong một khoảng để đánh giá mức độ nặng không mang ý nghĩa trong thực tế. Điều này cũng giống với y văn cũng chỉ quan tâm đến vị trí mà không phải độ dài của chỉ văn. Từ đó có thể kết luận rằng trên thực tế lâm sàng

khi dùng phương pháp vọng chỉ văn để góp phần đánh giá mức độ bệnh bác sĩ chỉ cần quan sát vị trí xuất hiện chỉ văn ở các khoảng Phong quan, Khí quan, Mệnh quan mà không cần chú trọng đến độ dài ngắn trong từng khoảng.

4.4. Hạn chế và kiến nghị

Do nghiên cứu tiến hành trong thời gian từ tháng 3 đến tháng 5 không đủ trải dài để phản ánh hết đặc tính hay các yếu tố thời tiết có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc Viêm phổi tuy nhiên đây cũng là những tháng giao mùa mắc Viêm phổi nhiều nhất trong năm ở Việt Nam.

Bên cạnh đó đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả và là một nghiên cứu mới về chỉ văn nên chưa thể xét đến mối quan hệ nhân quả giữa vị trí, độ dài chỉ văn với mức độ Viêm phổi, cũng như so sánh sự khác biệt, độ lặp lại với các nghiên cứu trước. Do đó, kiến nghị làm thêm các nghiên cứu với phương pháp khác như hồi quy tiến cứu, hồi cứu để xét mối quan hệ nhân quả và mở rộng nghiên cứu với địa điểm, khoảng thời gian khác để so sánh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 406 trẻ em đủ và dưới 3 tuổi mắc Viêm phổi tại Bệnh viện Nhi đồng 2 cho thấy vị trí chỉ văn xuất hiện ở Phong, Khí, Mệnh tương ứng với độ nặng tăng dần của Viêm phổi trong khi độ dài của chỉ văn trong từng khoảng tam quan thì không có liên quan độ nặng của Viêm phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hữu Trác. Hải Thượng y Tông Tâm

Lĩnh. Nhà xuất bản Y học. 2005; 29(2): 245-259

2. **Nguyễn Thiên Quyển.** Chẩn Đoán Phân Biệt Chứng Trạng Trong Đông Y. Nhà xuất bản văn hóa dân tộc, 2008: 890 - 918.
3. **Falagas ME, Mourtzoukou EG, Vardakas KZ.** Sex differences in the incidence and severity of respiratory tract infections. *Respir Med.* 2007;101(9): 1845-1863. doi:10.1016/j.rmed.2007.04.011
4. **Mani CS.** Acute Pneumonia and Its Complications. *Princ Pract Pediatr Infect Dis.* 2018;238. doi: 10.1016/B978-0-323-40181-4.00034-7
5. **Rudan I, Tomaskovic L, Boschi-Pinto C, et al.** Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. *Bull World Health Organ.* 2004;82(12): 895-903. doi:S0042-96862004001200005
6. **Zhang Huimin.** Clinical Application of Finger Print in Neonatal Pneumonia - CNKI. Shanxi College of Traditional Chinese Medicine, MA thesis. 2016. https://www.cnki.net/KCMS/detail/detail.aspx?dbcode=C_MFD&dbname=CMFD201701&filename=1016316207.nh&uniplatform=OVERSEA&v=IHGeir5-Z8GVXNUzGKJQjUsdkQy-tWqlo6O8Le-alVjLmdtMGtMtah6m_FAhcpyT
7. **World Health Organization.** Integrated Management of Childhood Illness. The WHO Document Production Services, Geneva. 2016: 2
8. **World Health Organization.** Pocket Book of Hospital Care for Children. Guidel Manag common illnesses. 2013:125-143. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK154447/>

ĐẶC ĐIỂM VỊ TRÍ VÀ MÀU SẮC CHỈ VẼN TRÊN BỆNH NHI MẮC BỆNH VIÊM HÔ HẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trương Ngọc Kim Ngân¹, Lê Hoàng Minh Quân¹,
Đỗ Thị Thùy Nhân¹, Trịnh Nguyễn Thị Thanh Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Viêm hô hấp là một trong những bệnh lý thường gặp ở trẻ em. Việc chẩn đoán bệnh lý này trên trẻ em theo y học cổ truyền ít dựa vào bắt mạch do đặc tính bộ mạch nhỏ ngắn nên thay thế bằng vọng chỉ văn. Nghiên cứu tiến hành nhằm mô tả đặc điểm vị trí và màu sắc chỉ văn trên bệnh nhi mắc viêm hô hấp điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 người bệnh dưới 16 tuổi nội trú và ngoại trú được tại khoa Hô Hấp 1 & 2, khoa Nội tổng hợp, phòng khám Tai – Mũi – Họng, phòng khám Hô hấp của bệnh viện Nhi Đồng 2, được chẩn đoán viêm hô hấp từ tháng 03/2024 đến tháng 06/2024 thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Sau đó, tiến hành thu thập thông tin về các đặc điểm nhân trắc học, yếu tố liên quan, vị trí và màu sắc chỉ văn bằng bảng câu hỏi khảo sát. **Kết quả:** Viêm họng – Viêm Amydan cấp là bệnh lý đường hô hấp trên thường gặp nhất, chiếm 20,5%. Viêm phổi thường gặp nhất trong nhóm các bệnh lý đường hô hấp dưới, chiếm tỉ lệ 30,75%. Bệnh nhi mắc viêm hô hấp có vị trí chỉ văn ở phong quan chiếm tỉ lệ cao 70,5%, khí quan chiếm 29,5%, màu sắc chỉ văn chiếm tỉ lệ

cao nhất là màu xanh tím, chiếm 46,5%; sau đó là màu tím chiếm 40,25% và đỏ nhạt chiếm 9,75%. **Kết luận:** Trong bệnh viêm hô hấp, vị trí chỉ văn đa số ở phong quan, khí quan; còn màu sắc chỉ văn đa số là màu xanh tím, tím và đỏ nhạt.

Từ khóa: Viêm hô hấp, chỉ văn ở trẻ em, bệnh viện Nhi Đồng 2.

SUMMARY

FEATURES OF LOCATION AND COLOR OF THE FINGERPRINT IN CHILDREN WITH RESPIRATORY INFECTION AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Objectives: Respiratory infection is one of the most common diseases in children. Traditional medicine relies less on pulse readings to diagnose this disease in children because of the small and short pulses, and instead relies on examining the finger veins. We conducted the study to describe the location and color characteristics of finger veins in children with respiratory infections treated at Children's Hospital No. 2. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 400 inpatients and outpatients under 16 years old at the Respiratory Departments 1 and 2, the Internal Medicine Department, the Ear, Nose, and Throat Clinic, and the Respiratory Clinic of Children's Hospital No. 2, diagnosed with respiratory infections, was conducted from March 2024 to June 2024, meeting the criteria to be included in the study. We then collected information on anthropometric

¹Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàng Minh Quân

Email: lhminhquan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

characteristics, related factors, location, and color of the finger veins using a questionnaire. **Results:** Acute pharyngitis and tonsillitis are the most common upper respiratory tract diseases, accounting for 20.5%. Pneumonia is the most common in the group of lower respiratory tract diseases, accounting for 30.75%. Children with respiratory infections tend to have their finger veins located in the wind gate at a high rate of 70.5%, while the air gate accounts for 29.5%. The most common color of finger veins is blue-purple, accounting for 46.5%, followed by purple at 40.25% and light red at 9.75%. **Conclusion:** In respiratory diseases, the location of the finger veins is mostly in the wind and airway; the color of the finger veins is mostly blue-purple, purple, and light red.

Keywords: Respiratory inflammation, the finger veins in children, Children's Hospital No. 2

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm hô hấp (VHH) hay Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là chẩn đoán phổ biến nhất ở trẻ em đến khám tại khoa ngoại trú ở các nước đang phát triển và phát triển. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2021 ước tính mỗi năm có hơn 15 triệu trẻ em tử vong, trong đó có khoảng 35% trẻ tử vong do viêm phổi, tập trung phần lớn ở các nước đang phát triển [7]. Trong một nghiên cứu về đặc điểm trẻ nhập viện vì viêm hô hấp cụ thể là bệnh viêm phổi thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản và Nhi Đà Nẵng trên tất cả các trẻ em, trong số 4206 trường hợp nhập viện, tỉ lệ tử vong chiếm 68,8% trên 252 ca viêm phổi nặng [8]. Ngày nay khi y học tiếp cận dựa trên bằng chứng

khoa học thì y học cổ truyền (YHCT) ngày càng có nhiều nghiên cứu chứng minh vai trò và mối liên quan của mình trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý viêm hô hấp ở trẻ em. YHCT thu thập thông tin người bệnh thông qua vọng, văn, vắn, thiết, trong đó thiết chẩn bao gồm mạch chẩn và xúc chẩn. Ở trẻ em vì tuổi nhỏ đa phần quấy khóc, không ngồi yên đồng thời bộ mạch nhỏ ngắn sẽ khó chẩn được mạch chính xác. Nên thay vì bắt mạch thì trên đối tượng là trẻ nhỏ sẽ thay bằng vọng chỉ văn. Vọng chỉ văn có cơ sở lý luận là dựa vào đường đi của một đường kinh chính ở ngón tay trỏ (mạch máu ở gan bàn tay của ngón trỏ thuộc một nhánh được tách từ kinh chính Thủ thái âm Phế) theo YHCT và theo Y học hiện đại (YHHĐ) thì da ở trẻ em dưới 3 tuổi mỏng nên việc quan sát mạch máu ở ngón trỏ của trẻ sẽ dễ dàng hơn là của người lớn [6]. Hiện tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào thực hiện khảo sát những thông tin về chỉ văn ở trẻ mắc viêm hô hấp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm vị trí và màu sắc chỉ văn trên trẻ mắc viêm hô hấp tại bệnh viện Nhi Đồng 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả trẻ em dưới 16 tuổi được chẩn đoán mắc các bệnh về viêm hô hấp tại khoa Hô Hấp 1 & 2, khoa Nội tổng hợp, phòng khám Tai – Mũi – Họng, phòng khám Hô hấp, Bệnh viện Nhi Đồng 2.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Người bệnh được chọn khi thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Trẻ dưới 16 tuổi.
- Người được chẩn đoán mắc các bệnh về viêm hô hấp (Viêm phổi, Viêm tiểu phế quản, Viêm phế quản, Viêm thanh thiệt, Viêm họng- Viêm amydan cấp, Viêm xoang cấp, Viêm thanh khí quản cấp).
- Cha, mẹ, người giám hộ và bệnh nhi đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại mẫu:

Người bệnh sẽ bị loại khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Trẻ đang đồng mắc các bệnh lý khác.
- Cha, mẹ hoặc người giám hộ của bệnh nhi từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 03/2024 – 06/2024

Cỡ mẫu:

Ước lượng cỡ mẫu dựa trên công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{a \cdot P(1-P)}{d^2}}{d^2} = 384 \text{ (người)}$$

($\alpha = 0,05$, $Z_{0,975} = 1,96$, $P = 0,5$, $d = 0,05$)

Với:

Z: Trị số từ phân phối chuẩn dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

α : Xác suất sai lầm loại 1.

P: Trị số mong muốn của tỉ lệ.

d: Độ chính xác tuyệt đối (hay là sai số cho phép).

Thực tế nghiên cứu thu thập được 400 mẫu.

2.2.1. Phương pháp tiến hành:

Bước 1: Bệnh nhi thỏa tiêu chí chọn và không phạm các tiêu chuẩn loại được đưa vào nghiên cứu.

Bước 2: Xem hồ sơ bệnh án thu thập các thông tin về tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, nhịp thở, nhiệt độ, chẩn đoán bệnh về viêm hô hấp ở bệnh nhi.

Bước 3: Ghi nhận vị trí và màu sắc chỉ văn trên bảng khảo sát qua thăm khám được đánh giá bởi 2 chuyên gia YHCT có chứng chỉ hành nghề và dựa theo bảng màu quốc tế RAL để xét màu chỉ văn.

Chỉ văn sẽ được quan sát trong điều kiện đầy đủ ánh sáng. Người khám dùng bàn tay trái để giữ bàn tay và cổ tay của trẻ. Sau đó, người khám dùng ngón cái của tay phải vuốt mạch máu ở mặt lòng ngón trỏ của trẻ một cách nhẹ nhàng. Chiều vuốt từ Mệnh quan đến Khí quan và cuối cùng là Phong quan giúp đẩy máu từ ngón tay ra lòng bàn tay. Thực hiện 3 lần để mạch máu xuất hiện rõ hơn. Thông thường, khi vọng chỉ văn ở bé trai sẽ xem ở ngón trỏ bên trái còn bé gái sẽ xem ở ngón trỏ bên phải (Hình 1).

Bảng màu RAL là một hệ thống phân loại màu sắc tiêu chuẩn được phát triển bởi RAL (Reichs-Ausschuß für Lieferbedingungen und Gütesicherung), một tổ chức của Đức. Hệ thống RAL giúp đảm bảo sự nhất quán và đồng nhất của màu sắc trong các ứng dụng công nghiệp và thương mại trên toàn thế giới (Hình 2) (<https://www.ral-farben.de/>)



Hình 1. Cách xem chỉ vân

	Chỉ vân màu xanh tím		Chỉ vân màu tím
	Chỉ vân màu lục lam		Chỉ vân màu tím đen
	Chỉ vân màu đỏ tươi		Chỉ vân màu đỏ nhạt

Hình 2. Màu sắc chỉ vân theo bảng màu RAL quốc tế

2.2.2. Phương pháp phân tích số liệu:

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm Epidata 4.6.0.6, Microsoft Excel 2016, Stata 17.0.

2.3. Thống kê mô tả: Nhập liệu bằng Epidata 4.6.0.6; Tính tần suất, tỉ lệ phần trăm cho biến định tính, trung bình và độ lệch chuẩn cho biến định lượng bằng Stata 17.0.

2.4. Y đức

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội Đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh theo quyết định số 283/ HĐĐĐ – ĐHYD và Hội

đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học Bệnh viện Nhi Đồng 2 theo quyết định số 284/ GCN – BVNĐ2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát trên 400 bệnh nhi mắc các bệnh viêm hô hấp dưới 16 tuổi tại khoa Hô Hấp 1 & 2, khoa Nội tổng hợp, phòng khám Tai – Mũi – Họng, phòng khám Hô hấp của bệnh viện Nhi Đồng 2 trong thời gian từ tháng 03/2024 – 06/2024.

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	0 – ≤ 3 tuổi	282	70,50
	> 3 – < 16 tuổi	118	29,50
Giới	Nam	254	63,50
	Nữ	146	36,50
Đặc điểm viêm hô hấp	Mắc VHH nhiều lần	305	76,25
	Tiền căn nhiễm trùng	166	41,50
	Dễ bị cảm	283	70,75
	Ba/Mẹ/Anh/Chị/Em ruột mắc viêm xoang/viêm phế quản/suyễn	133	33,25
	Môi trường sống có khói thuốc lá/ khói bụi bếp củi/ hóa chất độc hại	197	49,25

Nhận xét: Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $2,90 \pm 3,05$ tuổi. Trong đó số trẻ mắc bệnh có độ tuổi ≤ 3 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 70,5%. Tỉ lệ nam/nữ là 1,74/1.

Bệnh nhi mắc VHH nhiều lần chiếm tỉ lệ cao 76,25%, dễ bị cảm và có tiền căn nhiễm

trùng chiếm tỉ lệ lần lượt là 70,75%, 41,5%. Có 33,25% trẻ có tiền căn gia đình mắc viêm xoang/phế quản/suyễn và sống trong môi trường có khói bụi hóa chất độc hại chiếm 49,25% tổng số.

3.2. Đặc điểm bệnh chính

Bảng 2. Chẩn đoán Y học hiện đại

	Chẩn đoán	Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)
Viêm hô hấp dưới	Viêm phổi	123	30,75
	Viêm tiểu phế quản	75	18,75
	Viêm phế quản	113	28,25
Viêm hô hấp trên	Viêm họng-Viêm Amidan cấp	82	20,5
	Viêm xoang cấp	2	0,50
	Viêm thanh khí phế quản cấp	5	1,25

Nhận xét: Có 7 bệnh chính trong mẫu nghiên cứu. Các bệnh lý viêm hô hấp dưới chiếm tỉ lệ 77,75% hay gặp nhất là viêm phổi với tỉ lệ 30,75%. Các bệnh lý viêm hô hấp trên chiếm 22,25%, trong đó, viêm họng – viêm amydan cấp thường gặp nhất chiếm 20,5% tổng số.

3.3. Đặc điểm vị trí và màu sắc chỉ văn ở trẻ mắc viêm hô hấp

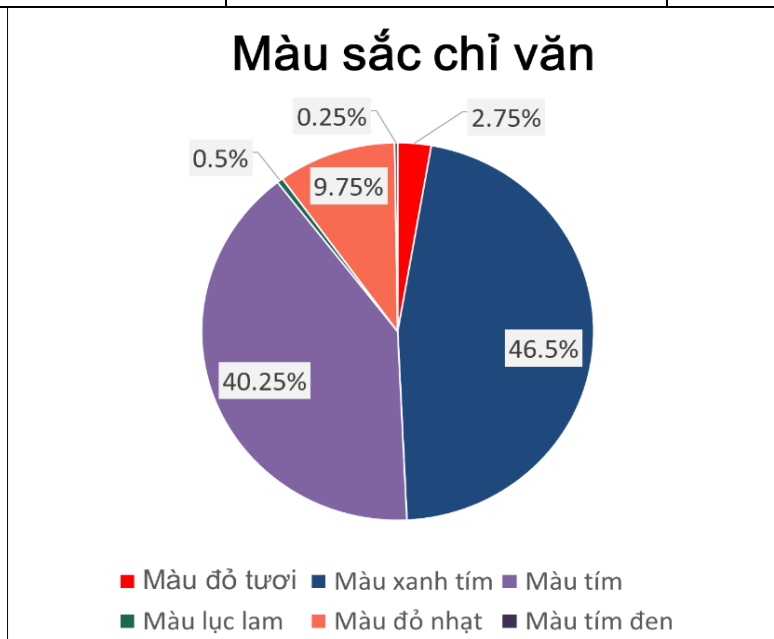
Bảng 3. Vị trí chỉ văn

Vị trí chỉ văn	Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)
Phong	282	70,50
Khí	118	29,50
Mệnh	0	0

Nhận xét: Vị trí chỉ văn ở phong quan (70,5%) chiếm tỉ lệ cao hơn so với vị trí khí quan 29,50%.

Bảng 4. Màu sắc chỉ văn

Màu sắc chỉ văn	Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)
Màu đỏ tươi	11	2,75
Màu xanh tím	186	46,50
Màu tím	161	40,25
Màu lục lam	2	0,50
Màu đỏ nhạt	39	9,75
Màu tím đen	1	0,25

**Hình 3. Màu sắc chỉ văn**

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu, chỉ văn màu xanh tím có tỉ lệ cao nhất chiếm 46,5%, tiếp đến lần lượt là chỉ văn màu tím chiếm 40,25%, màu đỏ nhạt có tỉ lệ là 9,75%, màu đỏ tươi là 2,75%, màu lục lam là 0,5%, màu tím đen chiếm 0,25%.

Bảng 5. Phân bố màu, vị trí chỉ văn và bệnh hô hấp trên cùng hô hấp dưới

		Viêm hô hấp trên		Viêm hô hấp dưới		p - value*
		Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)	
Màu sắc chỉ văn	Đỏ tươi	2	0,50	9	2,25	0,314
	Xanh tím	51	12,75	135	33,75	
	Tím	29	7,25	132	33	
	Lục lam	0	0	2	0,5	
	Đỏ nhạt	7	1,75	32	8	
	Tím đen	0	0	1	0,25	
Vị trí chỉ văn	Phong	64	16	218	54,50	0,741
	Khí	25	6,25	93	23,25	

*: Chi- Square test

Nhận xét: Trong viêm hô hấp trên chỉ vết màu xanh tím chiếm tỉ lệ cao nhất 12,75%, vị trí chỉ vết ở phong quan chiếm tỉ lệ cao 16%. Viêm hô hấp dưới có chỉ vết màu xanh tím cũng chiếm tỉ lệ cao nhất

33,75%, vị trí phong quan chiếm tỉ lệ cao 54,5%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa màu sắc chỉ vết, vị trí chỉ vết với bệnh hô hấp trên cùng hô hấp dưới với $p > 0,05$.

Bảng 6. Phân bố màu, vị trí chỉ vết theo độ tuổi

		Tuổi ≤ 3		p - value*	Tuổi $> 3 - < 16$		p - value*
		Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)		Số lượng (n=400)	Tỉ lệ (%)	
Màu sắc chỉ vết	Đỏ tươi	8	2	0,033	3	0,75	0,943
	Xanh tím	118	29,50		68	17	
	Tím	123	30,75		38	9,50	
	Lục lam	2	0,50		0	0	
	Đỏ nhạt	31	7,75		8	2	
	Tím đen	0	0		1	0,25	
Vị trí chỉ vết	Phong	196	49	0,724	86	21,50	0,725
	Khí	86	21,50		32	8	

*: Chi- Square test

Nhận xét: Trong nhóm tuổi ≤ 3 , chỉ vết màu tím chiếm tỉ lệ cao nhất 30,75%, vị trí chỉ vết ở phong quan chiếm tỉ lệ cao 49%. Trong nhóm > 3 đến < 16 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất mà chỉ vết màu xanh tím 17%, vị trí chỉ vết ở phong quan chiếm 21,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa màu sắc chỉ vết với nhóm tuổi ≤ 3 với $p < 0,05$, không có ý nghĩa thống kê giữa vị trí chỉ vết với nhóm tuổi ≤ 3 , giữa màu sắc chỉ vết, vị trí chỉ vết với nhóm > 3 đến < 16 tuổi ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $2,90 \pm 3,05$ tuổi. Trong đó số trẻ mắc bệnh có độ tuổi ≤ 3 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 70,5%. Tỉ lệ bệnh nhi nam/nữ là 1,74/1. Kết quả nghiên

cứu này tương tự với kết quả của một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải và cộng sự [3] về mô hình NKHHCT ở trẻ em điều trị nội trú tại BV Nhi Thanh Hóa (2022) trên 820 BN dưới 5 tuổi ghi nhận tỉ lệ nam/nữ là 1,7/1 và có độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $22,1 \pm 2,6$ tháng, thì nhóm tuổi từ 12 tháng tới 5 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 90,6%. Nghiên cứu của Thành Minh Hùng và cộng sự [5] tiến hành trên 102 bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán NKHHCT nhập viện tại BV Đa khoa Khu vực Ngọc Hồi, Kon Tum ghi nhận tỉ lệ nam/nữ là 2,2/1, nhóm trẻ độ tuổi từ 3 tháng đến 24 tháng chiếm 64,7%. Sự khác biệt có thể do tiêu chuẩn chọn bệnh và địa điểm nghiên cứu. Có thể thấy trẻ có độ tuổi dưới 5 tuổi có nguy cơ mắc viêm hô hấp cao hơn

những trẻ ở lứa tuổi lớn hơn, phù hợp với đặc điểm dịch tễ Việt Nam. Điều này có thể giải thích là do hệ miễn dịch trẻ nhỏ chưa trưởng thành, cấu tạo bộ máy hô hấp chưa hoàn toàn biệt hoá và đang ở giai đoạn phát triển, do vậy, phổi trẻ rất dễ bị xuất huyết, xẹp phổi, khí phế thũng, dễ bị mắc bệnh và khi bị bệnh thì thường có xu hướng nặng hơn [4]. Theo YHCT ở trẻ em vốn tạng Phế thường bất túc, hình và khí đều chưa đầy đủ, lỗ chân lông còn thưa hờ, khi chức năng bảo vệ bên ngoài suy giảm hoặc mất điều hòa sẽ cảm phải tà khí lục dâm [2]. Tình trạng mắc bệnh viêm hô hấp nhiều lần chiếm tỉ lệ cao cho thấy bệnh thường xuất hiện ở phần lớn NB tham gia nghiên cứu này, số bệnh nhi có tiền căn dễ bị cảm chiếm tỉ lệ ưu thế trong tổng số trẻ tham gia nghiên cứu. NKHHCT rất dễ lây truyền từ người chăm sóc sang trẻ, những nhiễm trùng này thường bắt đầu là nhiễm virus, sau đó đưa đến viêm phổi và diễn tiến của viêm phổi trên trẻ em rất nhanh chóng. Nghiên cứu cho thấy các bệnh lý viêm đường hô hấp dưới có tỉ lệ cao hơn so với viêm đường hô hấp trên. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác, theo Thành Minh Hùng và cộng sự [5], tỉ lệ trẻ nhập viện do NKHH dưới cấp tính (NKHHDC) chiếm tỉ lệ 69,6%, NKHH trên cấp tính (NKHHCT) chiếm tỉ lệ thấp 30,4%, trong đó viêm phổi chiếm tỉ lệ cao nhất 58,8%. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành khảo sát từ tháng 03 đến tháng 06/2024, nằm trong khoảng thời gian có số lượng bệnh viêm phổi tăng cao, trong kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận viêm phổi là bệnh lý chiếm tỉ lệ cao nhất trong viêm đường hô hấp ở trẻ, phù hợp đặc điểm dịch tễ.

4.2. Đặc điểm vị trí và màu sắc chỉ văn ở trẻ mắc viêm hô hấp

Vọng chỉ văn là một phương pháp giúp chẩn đoán bệnh ở trẻ em và thường có ý nghĩa lâm sàng khi xem trẻ dưới 3 tuổi [6]. Nghiên cứu tiến hành ngoài ghi nhận được vị trí và màu sắc chỉ văn dưới 3 tuổi mà còn từ 3 đến dưới 16 tuổi và khi phân tích cho thấy vị trí không ảnh hưởng theo sự phân bố độ tuổi nhưng màu sắc thì có liên quan nhiều ở trẻ em dưới 3 tuổi. Điều này cũng tương đồng với ghi nhận của y văn.

Theo y văn ghi nhận độ dài chỉ văn phản ánh mức độ nặng của bệnh, chỉ văn càng dài bệnh càng nặng. Chỉ văn được chia làm 3 phần: Phong quan, Khí quan, Mệnh quan tương ứng với bệnh đi từ biểu vào lý và độ nặng tăng dần. Chỉ văn nổi rõ ở phong quan (từ khớp bàn ngón đến khớp liên đốt gần), biểu hiện vị trí bệnh ở nông, còn nhẹ; kéo dài tới khí quan (từ khớp liên đốt gần đến khớp liên đốt xa), bệnh nặng hơn; kéo dài đến mệnh quan (từ khớp liên đốt xa đến đầu ngón tay), bệnh càng nặng [6]. Khi ngoại tà ở giai đoạn đầu thì các triệu chứng thường nhẹ như sốt nhẹ, sợ lạnh (ổ hàn) hoặc sợ gió (ổ phong), đau đầu, mạch phù, rêu lưỡi trắng mỏng, nghẹt mũi, chảy nước mũi, ho, đau họng, ngứa họng, chỉ văn ở giai đoạn này xuất hiện ở Phong quan. Giai đoạn tiếp theo bệnh sẽ diễn tiến tăng dần với các biểu hiện như sốt cao, ho nhiều, đàm vàng đục hoặc đổi màu sắc đàm, chảy nước mũi đục, rêu lưỡi đỏ, mạch phù sác, giai đoạn này chỉ văn hiện ở Khí quan. Sau cùng, bệnh diễn tiến nặng nề với các biểu hiện như hụt hơi, khó thở, giọng nói nhỏ, tiếng ho yếu hoặc khàn tiếng, người ốm yếu, mệt mỏi, ít nói, cử động

ít, da niêm nhợt, đạo hãn, tự hãn, mạch vô lực, lúc này chỉ vẫn sẽ hiện ở Mệnh quan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận vị trí chỉ vẫn xuất hiện ở Mệnh quan, vị trí ở Phong quan chiếm nhiều hơn Khí quan, điều này có thể giải thích do (1) nghiên cứu có tiến hành lấy mẫu ở phòng khám Hô hấp và phòng khám Tai – Mũi – Họng nên bệnh ở mức độ nhẹ nhiều hơn; và (2) còn do can thiệp trong quá trình điều trị ngăn bệnh diễn tiến nặng lên, điều trị có hiệu quả làm giảm hoặc mất đi biểu hiện triệu chứng; và (3) do đa số các trẻ nhiễm trùng hô hấp nặng sẽ kèm theo bệnh đồng mắc mà trong nghiên cứu đã loại các bệnh đồng mắc.

Về màu sắc chỉ vẫn, kết quả nghiên cứu ghi nhận rằng chỉ vẫn màu xanh tím chiếm tỉ lệ cao nhất, sau đó là chỉ vẫn màu tím, tiếp đến lần lượt là màu đỏ nhạt, màu đỏ tươi chiếm tỉ lệ thấp hơn. Theo y văn, chỉ vẫn màu xanh tím, màu tím đều thể hiện tính chất nhiệt chứng; màu đỏ nhạt, màu đỏ tươi thể hiện tính chất của hàn chứng [2, 6]. Lúc bình thường chỉ vẫn phần nhiều là màu đỏ vàng ửng nắp bên trong mà không biểu hiện ra Phong quan; khi có bệnh thì chỉ vẫn biến đổi màu sắc, chiều dài và hình thể tùy tình trạng biểu lý hư thực, hàn nhiệt của bệnh. Khi tác nhân xâm nhập và gây bệnh, màu sắc của chỉ vẫn sẽ thay đổi và màu sắc này sẽ phản ánh tính hàn – nhiệt của tác nhân gây bệnh và những hội chứng bệnh tương ứng. Nguyên nhân gây bệnh viêm hô hấp theo YHCT chủ yếu do cảm thụ phải tà khí lục dâm như ngoại cảm phong hàn, phong nhiệt cộng với chính khí suy yếu hoặc do bệnh nội thương gây tổn hại đến công năng tạng Phế, tình chí thất điều gây rối loạn các tạng Tỳ, Phế, Thận

mà sinh bệnh [2]. Khi chỉ vẫn có màu xanh tím thể hiện bệnh ở biểu chứng do Phong nhiệt gây nên, còn chỉ vẫn màu tím thể hiện tính chất bệnh thuộc lý nhiệt. Chỉ vẫn màu đỏ nhạt thể hiện bệnh thuộc tính chất hư hàn, còn chỉ vẫn màu đỏ tươi biểu hiện bệnh ở biểu chứng, thường là do Phong hàn gây nên. Ngoại cảm Phong Hàn thuộc loại kiêm hàn, hàn tính ngưng trệ, Phong Hàn bó ở ngoài, xâm nhập Thái dương, tẩu lý bế tắc, Vệ dương bị chèn ép, khí đạo không thông lợi gây ra các triệu chứng mang tính chất của Hàn chứng. Ngoại cảm tà khí Phong Nhiệt hoặc Phong Hàn uất lại hóa nhiệt nhập lý mà xuất hiện chứng trạng Phế khí tuyên giáng thất thường, biểu vệ không hòa, Phế mất sự tuyên thông tức giáng, gây nên các triệu chứng mang tính chất Nhiệt chứng. Biểu chứng là chỉ chứng hậu sinh ra khi lục dâm thông qua bì mao, miệng mũi xâm nhập cơ thể, phần nhiều gặp ở giai đoạn đầu của bệnh ngoại cảm, bệnh gây ra bởi ngoại nhân ảnh hưởng đến bì mao, cơ nhục, khởi phát bệnh cấp (Phong hàn hoặc Phong nhiệt). Lý chứng là một dạng chứng hậu mà bệnh tà đã nhập sâu vào lý, so với biểu chứng, lý chứng phần nhiều gặp ở giai đoạn giữa và cuối của bệnh ngoại cảm hoặc nội thương. Hư chứng là khái quát biểu hiện lâm sàng của sự suy nhược chính khí cơ thể [1]. Trong kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh thuộc biểu nhiệt chiếm tỉ lệ cao hơn bệnh ở giai đoạn lý nhiệt và hư hàn, biểu chứng bệnh nông mà nhẹ, lý chứng bệnh sâu mà nặng, biểu tà nhập lý là bệnh tiến, lý tà xuất biểu là bệnh lùi, Phong khởi đầu trăm bệnh, nó xâm nhập đầu tiên và kéo theo các tà khác xâm nhập vào cơ thể, Phong thuộc dương tà, chuyển hóa thành

nhật rất nhanh, mà trẻ con được coi là thuần dương, do đó việc Phong Hàn xâm nhập sẽ diễn ra trong thời gian ngắn, sau đó nhanh chóng chuyển hóa thành nhiệt dẫn đến đàm nhiệt tích tụ trong Phế. Cho đến hiện tại vẫn chưa có các công trình nghiên cứu để làm sáng tỏ mối tương quan giữa biểu hiện của chỉ văn với các yếu tố liên quan: mức độ bệnh, tính chất bệnh, nhưng đây được xem là những kinh nghiệm có giá trị chẩn đoán của các nền y học cổ truyền từ rất lâu [6].

V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhi viêm hô hấp tại bệnh viện Nhi đồng 2 thì đa số vị trí chỉ văn ở Phong quan và Khí quan; màu sắc chỉ văn chiếm đa số là màu xanh tím, tím và đỏ nhạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Bảo Lưu, Tăng Khánh Huy.** Lý luận cơ bản Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh. 2021; tr. 366-379
2. **Nguyễn Thị Bay, Huỳnh Thị Lưu Kim Hường.** Nhi khoa y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học, 2022; tr. 15-38.
3. **Nguyễn TH, Lê MG, Nguyễn TDT, cs.** Mô hình nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. 2022.
4. **Phạm Thị Minh Hồng.** Nhi khoa tập 1, Nhà xuất bản Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh, 2020; tr.75-135.
5. **Thành Minh Hùng.** Đặc điểm nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi điều trị tại Khoa Nhi Bệnh viện đa khoa khu vực Ngọc Hồi, 64, 2016
6. **Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Thái Linh.** Chẩn đoán Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học; 2021, tr.54-58
7. **Denny FW, Loda FA.** Acute respiratory infections are the leading cause of death in children in developing countries. Am J Trop Med Hyg. 1986; 35:1–2.
8. **Nguyen PTK, Tran HT, Fitzgerald DA, et al.** Characterisation of children hospitalised with pneumonia in central Vietnam: a prospective study. European Respiratory Journal. 2019. <https://doi.org/10.1183/13993003.02256-2018>

KHẢO SÁT HỘI CHỨNG BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN SINH VIÊN NGÀNH Y HỌC CỔ TRUYỀN CÓ BIỂU HIỆN TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY THỰC QUẢN

Nguyễn Anh Thư¹, Cao Thị Thúy Hà¹, Nguyễn Thái Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trào ngược dạ dày thực quản (GERD) là bệnh lý tiêu hóa điều trị hiệu quả bằng y học cổ truyền. Việc điều trị cần được dựa trên chẩn đoán hội chứng bệnh theo Y học cổ truyền (YHCT). Tỷ lệ mắc của sinh viên ngành YHCT là khá cao. Nghiên cứu có mục tiêu: Khảo sát hội chứng bệnh Y học cổ truyền của sinh viên ngành Y học cổ truyền có biểu hiện trào ngược dạ dày thực quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên sinh viên ngành YHCT, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2024 đến 05/2024. Sinh viên có biểu hiện GERD khi điểm GERDQ ≥ 6 điểm. Phân loại hội chứng bệnh YHCT dựa trên bảng câu hỏi PIGERD. **Kết quả:** Trong 479 sinh viên có biểu hiện GERD, hội chứng YHCT phổ biến lần lượt là Tỳ Vị hư nhược (33,4%), Can Vị bất hòa (30,4%), Tỳ Vị thấp nhiệt (24,8%) và Vị âm bất túc (11,5%). Trong các triệu chứng bất thường triệu chứng có tỷ lệ cao nhất là: bụng trên đau kiểu cồn cào 37,0%, ợ chua 52,6%, thường xuyên cảm thấy đói 57,0%, tiểu vàng 70,8%, đại tiện lỏng 47,2%, rêu trắng mỏng 59,5%, lưỡi nhạt 38,6%, mạch sắc 15,0%, người mệt mỏi nặng nề 62,2%. **Kết luận:** Hội chứng bệnh

YHCT trên sinh viên khá đa dạng, trong đó hội chứng Tỳ Vị hư nhược và Can Vị bất hòa có tỷ lệ cao trong sinh viên.

Từ khóa: trào ngược dạ dày thực quản, y học cổ truyền, GERDQ, PIGERD.

SUMMARY

SURVEY OF TRADITIONAL MEDICINE DISEASE SYNDROME ON TRADITIONAL MEDICINE STUDENTS WITH SYMPTOMS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Objective: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a digestive disease that is effectively treated with traditional medicine. The treatment should be based on the diagnosis of the Traditional Medicine (TCM) disease syndrome. The incidence rate among traditional medicine students is quite high. Our research has the following objectives: To survey the Traditional Medicine disease syndrome of Traditional Medicine students with symptoms of gastroesophageal reflux. **Subjects and methods:** Analytical cross-sectional study on traditional medicine students at University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City from January 2024 to May 2024. Students have GERD symptoms when their GERDQ score is ≥ 6 points. Classification of syndromes in traditional medicine based on the PIGERD table. **Results:** Among 479 students with symptoms of GERD, the common traditional medicine syndromes were Spleen and Stomach weakness (33.4%),

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thúy Hà

Email: thuyhacao@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

Liver qi invading the Stomach (30.4%), Spleen-Stomach dampness-heat (24.8%) and Stomach yin deficiency (11.5%) respectively. Among the unusual symptoms, the symptoms with the highest rates are: Upper abdomen gets gnawing pains 37.0%, acid regurgitation 52.6%, often feeling hungry 57.0%, yellow urine 70.8%, loose stools 47.2%, thin white moss 59.5%, pale tongue 38.6%, sharp pulse 15.0%, severe fatigue 62.2%. **Conclusion:** Traditional medicine disease syndromes in students are quite diverse, in which syndromes of Spleen and Stomach weakness and Liver qi invading the Stomach discord have a high prevalence rate among students.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, traditional medicine, GERDQ, PIGERD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD - Gastroesophageal reflux disease) là một trong những bệnh đường tiêu hóa phổ biến. Năm 2019, có 783,95 triệu trường hợp mắc GERD trên toàn cầu [5]. Tại Việt Nam có hơn 7 triệu người mắc và tỷ lệ không điều trị chiếm lên đến 60%. Sinh viên Y khoa với thời gian biểu dày đặc và lịch thi liên tục tạo nên nhiều áp lực tinh thần, chế độ sinh hoạt và nghỉ ngơi không điều độ dẫn đến các rối loạn tiêu hóa thường gặp. Nghiên cứu năm 2023 tiến hành trên sinh viên YHCT [2] ghi nhận tỷ lệ mắc GERD là 46,9%. GERD gây các biến chứng như viêm thực quản, hẹp thực quản, thực quản Barrett, ung thư thực quản,... Điều trị theo YHCT chủ yếu là dùng ức chế bơm proton (PPI) và các phương pháp hỗ trợ khác. Tuy nhiên ước tính có khoảng 10% đến 40% bệnh nhân mắc GERD đáp ứng không đầy đủ với liều PPI tiêu chuẩn [6]. Nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả của các

phương pháp điều trị “hỗ trợ” GERD bằng YHCT. Năm 2015, Đại học Y khoa Kyung-Hee Hàn Quốc cùng Đại học Quốc Gia Seoul [8] đã thống nhất 4 hội chứng bệnh xuất hiện trong bệnh cảnh GERD bao gồm: Can Vị bất hòa, Tỳ Vị hư nhược, Tỳ Vị thấp nhiệt và Vị âm bất túc. Tuy nhiên hiện nay, Việt Nam ít có nghiên cứu khảo sát về hội chứng bệnh YHCT và nhất là trên đối tượng sinh viên Y khoa. Và việc tìm ra hội chứng bệnh cụ thể sẽ giúp việc điều trị hiệu quả hơn. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về hội chứng bệnh YHCT trên sinh viên với mục tiêu sau:

Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định tỷ lệ hội chứng bệnh YHCT trên sinh viên ngành YHCT có biểu hiện GERD
- Mô tả đặc điểm hội chứng bệnh YHCT trên sinh viên ngành YHCT có biểu hiện GERD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện trên sinh viên ngành Y học cổ truyền tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: sinh viên ngành Y học cổ truyền tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: không trả lời hết các câu hỏi trong bảng câu hỏi. Không hợp tác trong quá trình tham gia nghiên cứu. Từ chối tham gia nghiên cứu trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

2.1.3. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.1.4. Cỡ mẫu: sử dụng công thức:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{\alpha \cdot P(1-P)}{2}}{d^2}$$

Trong đó: tỷ lệ ước tính: $P=0,47$ [2], α : xác suất sai lầm loại 1: $\alpha=0,05$, Z: trị số từ phân phối chuẩn: $Z=1,96$, d: độ chính xác tuyệt đối (hay sai số cho phép): $d=0,05$, cỡ mẫu tối thiểu là $N \geq 574$ (sinh viên).

2.1.5. Kỹ thuật chọn mẫu: sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm theo năm học kết hợp chọn mẫu thuận tiện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Công cụ thu thập là bảng câu hỏi Gastroesophageal reflux disease questionnaire (GERDQ) [7], hội chứng bệnh YHCT được xác định bằng bảng câu hỏi Pattern Identification of Gastroesophageal

Reflux Disease (PIGERD) [1]. Tiến hành nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 365 và STATA 17.0. Biến định tính được ghi dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm vẽ dưới dạng bảng số liệu. Biến số: Biểu hiện GERD được tính điểm bằng bảng câu hỏi GERDQ gồm 2 giá trị: không biểu hiện < 6 điểm và có biểu hiện ≥ 6 điểm. Hội chứng bệnh YHCT Được tính điểm bằng bảng câu hỏi PIGERD. Gồm 4 giá trị: Can Vị bất hòa, Tỷ Vị hư nhược, Tỷ Vị thấp nhiệt, Vị âm bất túc.

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức trong Nghiên cứu Y Sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 72/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 9/1/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong 622 sinh viên tham gia khảo sát, đặc điểm sinh viên khảo sát được thể hiện qua Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=622)	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nam	201	32,3
Nữ	421	67,7
BMI		
Gầy	98	15,8
Trung bình	360	57,9
Thừa cân	86	13,8
Béo phì độ I	65	10,4
Béo phì độ II	13	2,1
Lớp		
Năm 6	73	11,7
Năm 5	101	16,2
Năm 4	122	19,6
Năm 3	86	13,8
Năm 2	116	18,7
Năm 1	124	20,0

Giới tính nữ có tỷ lệ cao nhất 67,7% gấp gần 2/3 lần giới tính nam, BMI trung bình phổ biến nhất với tỷ lệ 57,9%, lớp khảo sát nhiều nhất là sinh viên YHCT năm 1 20%,

3.2. Tỷ lệ hội chứng bệnh YHCT

Trong 479 sinh viên có biểu hiện GERD (điểm cắt GERDQ ≥ 6), tỷ lệ hội chứng bệnh YHCT được thể hiện qua Bảng 2.

Bảng 2. Tỷ lệ hội chứng bệnh YHCT

Hội chứng bệnh YHCT	Tần số (n=479)	Tỷ lệ (%)
Tỳ Vị hư nhược	160	33,4
Can Vị bất hòa	145	30,3
Tỳ Vị thấp nhiệt	119	24,8
Vị âm bất túc	55	11,5

Hội chứng xuất hiện phổ biến nhất là hội chứng Tỳ Vị hư nhược (33%) và Can Vị bất hòa (30%). Hội chứng có tỷ lệ thấp hơn là Tỳ Vị thấp nhiệt (25%) và Vị âm bất túc (12%).

3.3. Đặc điểm Hội chứng bệnh YHCT

Bảng 3. Đặc điểm các nhóm triệu chứng

Triệu chứng	Tần số (n=479)	Tỷ lệ (%)
Nhóm triệu chứng đau vùng bụng trên		
Đau kiểu cồn cào	177	37,0
Đau căng trướng	156	32,6
Đau âm ỉ	130	27,1
Đau quặn	125	26,1
Đau bỏng rát	98	20,5
Cảm giác buồn mơ hồ	79	16,5
Nhóm triệu chứng nhu động dạ dày – thực quản		
Ợ chua	252	52,6
Ợ hơi	250	52,2
Cảm giác sôi bụng	224	46,8
Bụng trên đầy nhên	171	35,7
Cảm giác nghẹn	166	34,7
Ợ nóng	156	32,6
Buồn nôn	126	26,3
Nuốt khó	103	21,5
Nôn ra nước trong	75	15,7
Nhóm triệu chứng bất thường ăn uống		
Thường xuyên cảm thấy đói	273	57,0
Ăn vào dễ đầy bụng	264	55,1
Thích uống thức uống ấm nóng	223	46,6
Đói không muốn ăn	193	40,3
Ăn kém	184	38,4
Ghét uống thức uống ấm nóng	160	33,4

Nhóm bất thường tiểu tiện		
Tiểu vàng	339	70,8
Tiểu tiện trong dài	256	53,4
Nhóm bất thường đại tiện		
Đại tiện loãng	226	47,2
Đại tiện khô cứng	225	47,0
Nhóm bất thường rêu lưỡi		
Rêu trắng mỏng	285	59,5
Rêu ít	183	38,2
Rêu vàng nhầy	102	21,3
Nhóm bất thường chất lưỡi		
Lưỡi nhạt	185	38,6
Lưỡi đỏ	172	35,9
Nhóm bất thường mạch		
Mạch sắc	72	15,0
Mạch huyền	30	6,3
Mạch tế	10	2,1
Mạch huyền sắc	28	5,8
Mạch tế sắc	12	2,5
Mạch huyền tế	7	1,5
Huyền tế sắc	62	12,9
Nhóm bất thường khác		
Người mệt mỏi nặng nề	298	62,2
Tinh thần bực bội cáu gắt	285	59,5
Miệng khô	284	59,3
Sắc mặt kém tươi	238	49,7
Mất ngủ	210	43,8
Miệng đắng	149	31,1
Nóng sau xương ức	99	20,7

Trong triệu chứng đau bụng trên, đau kiểu cồn cào có tỷ lệ cao nhất 37% và cảm giác buồn mơ hồ có tỷ lệ thấp nhất 16%.

Trong các triệu chứng rối loạn nhu động dạ dày thực quản, ợ chua (53%) và ợ hơi (52%) có tỷ lệ cao. Nôn ra nước trong ít xuất hiện nhất 16%.

Trong triệu chứng bất thường ăn uống, thường xuyên cảm thấy đói chiếm tỷ lệ cao nhất 57%, ghét uống ấm nóng xuất hiện thấp nhất 33%.

Trong nhóm bất thường tiểu tiện, tiểu vàng chiếm tỷ lệ cao nhất 71%, tiểu tiện trong dài thấp hơn 53%.

Trong nhóm bất thường đại tiện, đại tiện loãng và đại tiện khô cứng chiếm tỷ lệ cao ngang nhau 47%.

Trong nhóm bất thường rêu lưỡi, rêu trắng mỏng có tỷ lệ cao nhất 60%, thấp nhất là rêu vàng nhầy 21%.

Trong nhóm bất thường chất lưỡi, lưỡi nhạt chiếm tỷ lệ cao 39%, lưỡi đỏ chiếm tỷ lệ thấp hơn 36%.

Trong nhóm bất thường mạch, đối với một loại mạch, mạch sắc có số sinh viên biểu hiện cao nhất 15%, thấp nhất là mạch tế 2%.

Trong nhóm bất thường khác, triệu chứng người mệt mỏi nặng nề chiếm tỷ lệ cao nhất 62%, triệu chứng ít gặp nhất là nóng rát sau xương ức 21%.

3.4. Mối liên quan giữa hội chứng YHCT với đặc điểm dân số

Bảng 4. Mối liên quan giữa hội chứng YHCT với đặc điểm dân số

Đặc tính	Hội chứng Tỳ Vị hư nhược (%)		P	OR (KTC 95%)
	Có (n=143)	Không (n=270)		
Giới				
Nam	56 (35,9)	100 (64,1)	0,488	1,169 (0,751 – 1,820)
Nữ	87 (33,9)	170 (66,1)		
BMI				
Gầy	19 (31,7)	41 (68,3)	0,728	0,784 (0,198 – 3,095)
Trung bình	87 (37,2)	147 (62,8)	0,926	1,063 (0,293 – 3,853)
Thừa cân	20 (34,5)	38 (65,5)	0,873	0,895 (0,230 – 3,485)
Béo phì độ I	13 (26,5)	36 (73,5)	0,530	0,639 (0,158 – 2,587)
Béo phì độ II	4 (36,4)	7 (63,6)		

Phân tích tỷ số chênh cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa giữa đặc điểm dân số (giới tính, BMI) và hội chứng YHCT, số liệu trình bày 1 Hội chứng tỷ lệ cao nhất.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ hội chứng bệnh YHCT phổ biến là Tỳ Vị hư nhược (33,4%) và Can Vị bất hòa (30,3%). Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của GERD ở sinh viên Y khoa [3] rối loạn lo âu là các yếu tố nguy cơ độc lập của GERD ($p=0,001$). Theo YHCT Tỳ là nơi tàng chứa của ý chịu trách nhiệm trong học tập, suy nghĩ, ghi nhớ, tập trung. Khi học tập với cường độ cao, căng thẳng tập trung quá mức sẽ làm suy yếu chức năng của Tỳ. Trong nghiên cứu Sharma A và cộng sự [4] cho thấy ngủ trong vòng một giờ sau bữa tối ($p=0,001$), thường xuyên bỏ bữa sáng ($p=0,01$) và ăn nhanh ($p=0,04$) là các yếu tố nguy cơ có liên quan đến GERD thuộc yếu tố ẩm thực thất điều ảnh hưởng chức năng vận

hóa thủy cốc của Tỳ gây ra tình trạng Tỳ Vị hư nhược.

Về đặc điểm hội chứng bệnh YHCT, triệu chứng Đau bụng trên kiểu còn cào chiếm tỷ lệ cao nhất (37,0%) tương tự nghiên cứu (NC) Nguyễn Trọng Tín (28,7%). Đây là triệu chứng xếp vào hội chứng Tỳ Vị thấp nhiệt. Theo YHCT đau xuất hiện khi kinh lạc khí huyết không thông suốt nên đau bụng trên xuất hiện mang tính chất tắc nghẽn ở phủ Vị. Triệu chứng rối loạn nhu động dạ dày – thực quản có tỷ lệ cao nhất là ợ chua (52,6%), ợ hơi (52,2%) tương tự NC Nguyễn Trọng Tín ợ hơi, ợ chua đều có tỷ lệ đứng đầu: ợ hơi (73,5%), ợ chua (60,4%). Theo YHCT ợ trớ là tình trạng Vị khí nghịch sinh ra, ngoài ợ trớ Vị khí nghịch còn sinh ra các triệu chứng tương tự như ợ hơi là tình trạng Vị khí nghịch làm khí từ phủ Vị đưa lên vùng hầu họng, ợ chua là tình trạng khí từ phủ Vị kéo theo cả dịch chua lên hầu họng, ợ

nóng là tình trạng khí từ phủ Vị kéo theo khí nóng lên trên.

Triệu chứng Thường xuyên cảm thấy đói có tỷ lệ cao nhất (57,0%) so với NC Nguyễn Trọng Tín thường xuyên thấy đói xếp thứ hai (54,7%). Theo YHCT cơ chế Vị chủ thu nạp, nhiệt tại phủ Vị làm quá trình thu nạp nấu như thức ăn diễn ra nhanh hơn dẫn đến cảm giác thường xuyên thấy đói do đó được xếp vào hội chứng Tỳ Vị thấp nhiệt.

Triệu chứng Đại tiện lỏng tỷ lệ cao nhất (47,2%), tiểu vàng (70,8%) tương tự NC Nguyễn Trọng Tín đại tiện lỏng (33,9%), tiểu vàng (28,4%). Trong bảng câu hỏi GERDQ không khảo sát về triệu chứng tiểu tiện và đại tiện. Tuy nhiên theo YHCT con người là một thể thống nhất các tạng phủ đều có liên quan và đều ảnh hưởng qua lại, Tỳ vận hóa thủy dịch - thủy dịch sau khi tưới nhuận, nuôi dưỡng tạng phủ khác rồi biến thành dịch đục đưa về phủ Bàng Quang dưới tác dụng khí hóa tạo ra nước tiểu. Khi tạng Tỳ có nhiệt, cơ thể sẽ đào thải nhiệt này qua nhiều cách trong đó có đưa nhiệt theo con đường vận hành thủy dịch đến Bàng quang để tổng xuất nhiệt ra ngoài theo đường tiểu. Tỳ với chức năng vận hóa thủy cốc, khi Tỳ Vị hư nhược chức năng vận hóa Tỳ khí suy giảm làm ảnh hưởng đến sự tiêu hóa và hấp thu thức ăn gây ra triệu chứng đại tiện lỏng.

Biểu hiện Rêu trắng mỏng có tỷ lệ cao nhất (59,5%) tương tự NC Nguyễn Trọng Tín (35,4%). Theo YHCT rêu lưỡi là sự hình thành của Vị khí, độ dày mỏng của sắc rêu phản ánh mức độ nặng nhẹ của bệnh. Màu sắc rêu biểu hiện cho mức độ hàn nhiệt của bệnh, như sắc rêu trắng mỏng phản ánh tình trạng của hàn và biểu hiện trong hội chứng là Tỳ Vị hư nhược vàng nhầy phản ánh có nhiệt xuất hiện trong hội chứng tương ứng là Tỳ Vị thấp nhiệt.

Lưỡi nhạt (38,6%) chiếm tỷ lệ cao hơn NC Nguyễn Trọng Tín (31,8%). Đối với chất lưỡi, chất lưỡi nhạt biểu hiện tình trạng dương hư hoặc huyết hư. Trong bốn hội chứng chỉ có hội chứng Tỳ Vị hư nhược là lưỡi nhạt, theo YHCT tạng Tỳ nằm ở trung tâm trong Hình Hà đồ là tạng quan trọng trong hóa sinh khí huyết từ hậu thiên, với chức năng vận hóa thủy cốc làm nguồn gốc cho hóa sinh khí huyết khi tạng Tỳ hư nhược làm lưỡi và cơ quan khác trong cơ thể đều thiếu nuôi dưỡng gây ra lưỡi nhạt.

Trong triệu chứng mạch, có một loại mạch, xuất hiện cùng lúc hai loại mạch hoặc cùng lúc ba loại mạch. Trong đó mạch sắc có tỷ lệ cao (15%) cao hơn NC Nguyễn Trọng Tín (5,2%). Mạch sắc là mạch chủ nhiệt nên xuất hiện trong hội chứng Tỳ Vị thấp nhiệt và Vị âm bất túc. Mạch huyền chỉ ra đang có tình trạng rối loạn tạng Can, bệnh lý đau và tình trạng đàm, mạch huyền trong khảo sát PIGERD chỉ xuất hiện trong hội chứng Can Vị bất hòa nên mạch huyền trong khảo sát là biểu hiện của việc tạng Can bị rối loạn. Mạch tế biểu hiện huyết hư hoặc khí kiệt nội thấp, mạch xuất hiện trong hội chứng Tỳ Vị hư nhược do theo YHCT Tỳ Vị hư nhược suy giảm quá trình hóa sinh khí huyết gây huyết hư thiếu nên xuất hiện mạch tế.

Triệu chứng người mệt mỏi nặng nề ở sinh viên có biểu hiện GERD chiếm tỷ lệ cao (62,2%), tương tự NC Nguyễn Trọng Tín (76,6%). Theo YHCT thấp với tính chất đình động, trở trệ con đường vận hành của khí huyết gây ra triệu chứng nặng nề. Triệu chứng nóng sau xương ức có tỷ lệ thấp nhất 21%, do đây là tình trạng hư chứng với biểu hiện mơ hồ xuất hiện ở giai đoạn bệnh đã lâu ngày nên tỷ lệ xuất hiện khá thấp.

Về mối liên quan giữa đặc điểm dân số (giới, BMI) và hội chứng YHCT, NC không

tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa. Tương tự các nghiên cứu khác trên người bệnh như NC Nguyễn Thị Ngọc Linh và cộng sự, NC Nguyễn Trọng Tín và cộng sự.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát cho thấy các hội chứng bệnh YHCT trên sinh viên có biểu hiện GERD xuất hiện đa dạng với các tỷ lệ khác nhau, hội chứng có tỷ lệ cao là Tỳ Vị hư nhược (33,4%) và Can Vị bất hòa (30,4%). Các nhóm triệu chứng xuất hiện đa dạng. Các tỷ lệ gần tương đồng các nghiên cứu trên người bệnh, tuy nhiên nghiên cứu này có phần đặc thù trên sinh viên YHCT. Do đó, cần phân loại đúng hội chứng bệnh để can thiệp chẩn đoán và điều trị GERD được hiệu quả tốt hơn. Nghiên cứu ở mức độ khảo sát triệu chứng, do vậy chẩn đoán mạch và lưỡi còn mang tính chủ quan, kiến nghị nếu thực hiện tiếp các nghiên cứu về hội chứng bệnh YHCT, nhà nghiên cứu nên sử dụng các máy thiết chẩn và mạch chẩn để chẩn đoán mang tính khách quan khoa học hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trọng Tín.** Khảo sát đặc điểm các hội chứng lâm sàng Y học cổ truyền trong bệnh trào ngược dạ dày thực quản. Luận án tốt nghiệp Thạc sĩ YHCT. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2022.
2. **Phạm Thị Thanh Vân.** Khảo sát đặc điểm thiết chẩn bệnh lý Trào ngược dạ dày thực quản trên sinh viên Khoa Y học cổ truyền Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ YHCT. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2023.
3. **Phạm Vũ Hạnh Dung, Nguyễn Hữu Minh Dũng, Nguyễn Vĩ Hào, et al.** Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh trào ngược dạ dày – thực quản ở sinh viên y khoa khóa y2020 tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2022;26(1):30-35.
4. **Sharma A, Sharma PK, Puri P.** Prevalence and the risk factors of gastro-esophageal reflux disease in medical students. Med J Armed Forces India. 2018;74(3):250-254. doi:10.1016/j.mjafi.2017.08.005
5. **Decai Zhang, Shaojun Liu, Zhaoqi Li, Rui Wang, Global.** Regional and national burden of gastroesophageal reflux disease, 1990–2019: update from the GBD 2019 study. Ann Med. 2022;54(1):1372-1384. doi: 10.1080/07853890.2022.2074535.
6. **Dharmarajan, Thiruvinvamalai S.** The Use and Misuse of Proton Pump Inhibitors: An Opportunity for Deprescribing. Journal of the American Medical Directors Association vol. 2021;22(1): 15-22. doi:10.1016/j.jamda.2020.09.046.
7. **Jonasson C, Wernersson B, Hoff DA, et al.** Validation of the GerdQ questionnaire for the diagnosis of gastro-oesophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther. 2013 Mar;37(5):564-72. doi: 10.1111/apt.12204.
8. **Han G, Leem J, Lee N, et al.** Development of a standard tool for pattern identification of gastroesophageal reflux disease (GERD). The Journal of Internal Korean Medicine. 2015;36(2):122-152

KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA THỐNG PHONG TRÊN NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP GÚT: MỘT NGHIÊN CỨU CẮT NGANG PHÂN TÍCH

Bùi Khánh Linh¹, Lê Trung Nam¹, Lý Và Sênh²,
Nguyễn Công Nguyễn¹, Trần Thu Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm của Thống phong trên người bệnh viêm khớp gút và mối liên quan giữa các đặc điểm của Thống phong với các yếu tố (tuổi, giới, BMI, mức độ đau, tuổi khởi phát, số lượng khớp viêm, yếu tố khởi phát) trên NB viêm khớp gút. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích, thực hiện trên 69 người bệnh viêm khớp gút có đau khớp đến khám và điều trị tại khoa Cơ xương khớp và khoa Khám bệnh - Bệnh viện Y học cổ truyền TP. Hồ Chí Minh từ 02/2024 - 05/2024. Các đặc điểm của Thống phong được ghi nhận bằng phiếu khảo sát. **Kết quả:** Tỷ lệ 13 đặc điểm của Thống phong ở người bệnh viêm khớp gút là đau khớp tăng khi vận động (87%), đau khớp cố định (82,6%), đau khớp kèm sưng (82,6%), đau kèm nóng (63,8%), đau kèm đỏ (52,5%), Đau kèm nặng (44,9%), Đau kèm tê (37,7%), Đau di chuyển (36,2%), Đau âm ỉ (15,9%), Đau kèm biến dạng khớp (5,8%), Đau có hạt màu trắng lắng đọng (5,8%), Đau khớp kèm da vùng khớp tím (2,9%), Giảm đau khi gặp lạnh (1,4%). Đa số người bệnh bị đau từ mức độ đau trung bình đến đau nặng (73,9%). Không có mối liên quan giữa đặc điểm của Thống phong với các yếu tố của người bệnh (Tuổi, BMI, tuổi khởi phát bệnh, số lượng khớp viêm, yếu tố khởi phát đau khớp bao

gồm vận động mạnh và tự ý ngưng thuốc điều trị) ($p>0,05$). Có 4 đặc điểm của Thống phong gồm đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ và đau tăng khi vận động có mối liên quan với mức độ đau. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đau khớp kèm nóng, đỏ với yếu tố khởi phát (uống rượu bia, ăn thức ăn giàu purin) ($p<0,05$). Có mối liên quan giữa đặc điểm đau khớp kèm sưng và đau khớp âm ỉ với uống rượu bia. Đặc điểm đau khớp âm ỉ có mối liên quan đến giới tính. **Kết luận:** Có 5 đặc điểm của Thống phong thường gặp nhất là đau khớp tăng khi vận động, đau khớp cố định, đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ. Đa số người bệnh gút đến khám bị đau khớp từ mức độ đau trung bình đến đau nặng. Không có mối liên quan giữa đặc điểm của Thống phong với các yếu tố của người bệnh (Tuổi, BMI, tuổi khởi phát bệnh, số lượng khớp viêm, yếu tố khởi phát đau khớp bao gồm vận động mạnh và tự ý ngưng thuốc điều trị). Tuy nhiên, các đặc điểm đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ, đau tăng khi vận động cao hơn ở nhóm NB có mức độ đau trung bình đến nặng so với mức độ đau nhẹ dựa trên thang VAS. Người bệnh có uống rượu bia, ăn thức ăn giàu purin có nguy cơ bị khởi phát đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ cao hơn người không có yếu tố này nên cần phòng ngừa cơn gút cấp bằng kiêng rượu bia và thức ăn giàu purin. Người không uống rượu bia bị đau khớp thì sẽ có đặc điểm đau âm ỉ cao hơn. Đặc điểm đau khớp âm ỉ ở người bệnh nữ lớn tuổi cũng cao hơn so với nam.

Từ khóa: Viêm khớp gút, Thống phong.

SUMMARY

**SURVEY ON TONGFENG
CHARACTERISTICS IN GOUT
ARTHRITIS PATIENTS: A CROSS-
SECTIONAL DESCRIPTIVE STUDY
WITH ANALYSIS**

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Y học Cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thu Nga

Email: ttnga@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 2.8.2024

Objective: Survey on the characteristics of tongfeng in gout arthritis patients and the relationship between the characteristics of Tongfeng and patient's factors (age, BMI, pain level, age of disease onset, number of inflamed joints, pain-triggering factors). **Methods:** A cross-sectional study with analysis was conducted on 69 patients with gout arthritis who met the criteria for examination and treatment at the Department of Musculoskeletal System and Department of Outpatient - Traditional Medicine Hospital in Ho Chi Minh City from February 2024 to May 2024. Characteristics of gout are recorded by survey form. **Results:** Among the 13 characteristics of Tongfeng: joint pain that increases with movement (87%), fixed joint pain (82.6%), joint pain with swelling (82.6%), heat (63.8%), redness (52.5%) are the most common. Most patients have pain ranging from moderate to severe pain (73.9%). There is a relationship between four characteristics of gout (joint pain that increases with movement, joint pain with swelling, hot and red) with pain level and triggering factors are wine, beer, food rich in purines ($p < 0.05$). The characteristic of dull joint pain is higher in women than in men, especially in older women ($p < 0.05$). **Conclusion:** There are 5 common characteristics of Tongfeng: increased joint pain with movement, fixed joint pain, joint pain with swelling, heat, and redness. Most gout patients have pain ranging from moderate to severe pain. There is no relationship between the characteristics of Tongfeng and patient factors (age, BMI, age of disease onset, number of inflamed joints, pain-triggering factors including intense physical activity and discontinuation of medication). However, characteristics such as joint pain with swelling, heat, redness, and increased pain with movement are more prevalent in patients with moderate to severe pain levels based on the VAS scale. Patients who consume alcohol and purine-rich foods are at higher risk of experiencing joint pain with swelling, heat, and redness compared to those without these factors, so acute gout attacks should be prevented by avoiding alcohol and purine-rich foods. Patients who do not consume

alcohol and experience joint pain tend to have more dull pain. Dull joint pain is also more common in older women than in men.

Keywords: Gouty arthritis, tongfeng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gút là một bệnh viêm khớp phổ biến trên Thế giới với tỉ lệ hiện mắc từ 1% – 4% [5], tăng dần theo tuổi và phổ biến ở nam giới. Bệnh gút có biểu hiện viêm tại khớp gây ra đau, diễn tiến ngày càng nặng, gây ra nhiều biến chứng làm suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh nếu không được điều trị và kiểm soát tốt. Hiện nay, việc vận dụng kết hợp Y học cổ truyền (YHCT) với YHHĐ trong điều trị bệnh gút cũng như nhiều bệnh khác đang là xu hướng phát triển trên toàn Thế giới. Trong YHCT, những biểu hiện lâm sàng của bệnh gút, đặc trưng là đau khớp, được mô tả thuộc phạm trù chứng Thống phong. Để lựa chọn phương pháp điều trị YHCT phù hợp cho người bệnh (NB) giúp nâng cao hiệu quả điều trị thì vấn đề quan trọng là cần xác định được đặc điểm của bệnh dựa theo lý luận cơ bản YHCT, từ đó biện chứng rồi luận trị: nhân chứng lập pháp, tùy pháp tuyển phương, theo phương thi trị. Tuy nhiên hiện nay các nghiên cứu về đặc điểm của Thống phong trên NB viêm khớp gút vẫn còn hạn chế. Với mong muốn góp phần chăm sóc, điều trị NB viêm khớp gút hiệu quả hơn bằng YHCT và tạo tiền đề cho các nghiên cứu khác về Thống phong trong tương lai nên nghiên cứu đã được thực hiện với mục tiêu khảo sát các đặc điểm của Thống phong trên NB viêm khớp gút và mối liên quan giữa các đặc điểm của Thống phong với các yếu tố (tuổi, giới, BMI, mức độ đau, tuổi khớp phát, số lượng khớp viêm, yếu tố khởi phát) trên NB viêm khớp gút.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang phân tích, được tiến hành trên 69 người bệnh viêm khớp gút tại Khoa Cơ xương khớp và khoa Khám bệnh - Bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM trong thời gian từ 02/2024 – 05/2024. Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 76/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 09/01/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: từ đủ 18 tuổi trở lên, tỉnh táo, hợp tác, được chẩn đoán là bệnh gút theo tiêu chuẩn Bennett – Wood (1968) có biểu hiện đau khớp do gút.

Tiêu chuẩn loại trừ: rối loạn nhận thức, tâm thần, không thể giao tiếp với thầy thuốc, có biểu hiện đau khớp có nguyên nhân không do bệnh gút, không thể hoàn thành bảng câu hỏi.

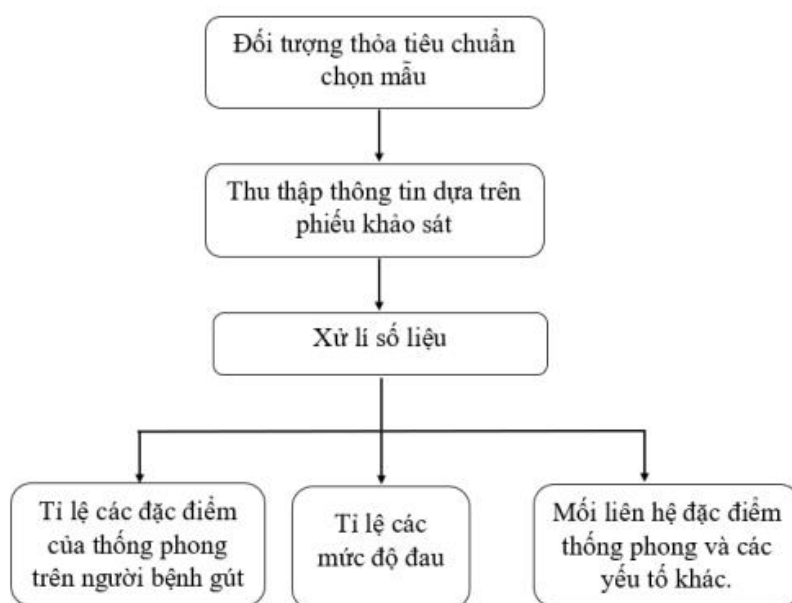
2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z^2 \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) \frac{p(1-p)}{d^2}}$$

Theo nghiên cứu của Trịnh Kiến Trung (2015),[3] tỉ lệ NB mắc bệnh gút là 4,4%, suy ra $p = 0,044$, $d = 0,05$. Vì vậy, cỡ mẫu ≥ 65 người.

2.3. Phương pháp tiến hành



Sơ đồ 1. Quy trình thực hiện nghiên cứu

Bước 1: NB thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được mời tham gia nghiên cứu, được cung cấp thông tin nghiên cứu, ký giấy đồng thuận và trả lời câu hỏi trên phiếu khảo sát.

Bước 2: Thu thập và xử lý số liệu.

Bước 3: Phân tích và đánh giá kết quả.

2.4. Định nghĩa biến số

- Các đặc điểm của NB viêm khớp gút như: Yếu tố khởi phát viêm khớp, Đặc điểm

khớp viêm, Số lượng khớp viêm, Tuổi khởi phát mắc bệnh gút, Các bệnh đi kèm.

- Mức độ đau khớp theo thang điểm VAS, chia 4 mức độ: Không đau, Đau nhẹ (Đau ít), Đau trung bình, Đau nặng.

- 13 đặc điểm của Thống phong được ghi nhận dựa trên giáo trình “Bệnh học và Điều trị Nội khoa kết hợp Đông Tây Y” của Đại học Y Dược TP.HCM, bao gồm: Đau kèm

sung, Đau kèm nóng, Đau kèm đỏ, Đau di chuyển, Đau cố định, Đau âm ỉ, Đau kèm nặng, Đau kèm tê, Giảm đau khi gặp lạnh, Đau khớp kèm da vùng khớp màu tím, Đau tăng khi vận động, Đau kèm biến dạng khớp, Đau có hạt màu trắng lồi động. Các đặc điểm của Thống phong được định nghĩa dựa trên Thuật ngữ YHCT của tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương.[8]

2.5. Xử lý số liệu

Thống kê phân tích bằng phần mềm SPSS 20. Dùng kiểm định Chi – Square hoặc Fisher’s Exact để phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm Thống phong với biến định tính (Tuổi, giới, BMI, mức độ đau, yếu tố khởi phát), dùng phân tích hồi quy logistic để phân tích mối liên quan giữa đặc điểm Thống phong với biến định lượng (tuổi khởi phát, số lượng khớp viêm), mức ý nghĩa thống kê < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số (n=69)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 40 tuổi	14	20,3%
	40 – 59 tuổi	21	30,4%
	≥ 60 tuổi	34	49,3%
	TB ± ĐLC	56,06 ± 14,24 tuổi	
Giới	Nam	63	91,3%
	Nữ	6	8,7%
BMI	< 18,5	0	0%
	18,5 – 22,9	20	29,0%
	23 – 24,9	21	30,4%
	≥ 25	28	40,6%
	TB ± ĐLC	24,8 ± 3,2 kg/m ²	
Tuổi khởi phát	TB ± ĐLC	51 ± 14 tuổi	
Khớp viêm	1 khớp	36	52,2%
	2 khớp	24	34,8%
	3 khớp	5	7,2%
	≥ 4 khớp	4	5,8%
	TB ± ĐLC	1,78 ± 1,35	
Yếu tố khởi phát	Ăn thức ăn giàu purin	40	58,0%
	Uống rượu bia	32	46,4%
	Vận động nhiều	11	15,9%
	Ngưng thuốc đang sử dụng	3	4,3%
	Yếu tố khác	17	24,6%
Bệnh kèm theo	RLLM	40	78,5%
	THA	38	74,5%
	Béo phì	28	40,6%
	ĐTĐ	17	33,3%
	Bệnh thận mạn	6	11,8%

Kết quả nghiên cứu trên 69 người bệnh gút với tuổi trung bình là $56,06 \pm 14,24$, chủ yếu ở nhóm ≥ 60 tuổi (49,3%) và tỉ lệ nam giới gấp 10 lần nữ, có 40,6% người bệnh thuộc nhóm béo phì. Ngoài ra, các đặc điểm liên quan đến bệnh gút bao gồm: tuổi khởi phát gút trung bình là 51 ± 14 , phần lớn chỉ đau 1 đến 2 khớp với tỉ lệ lần lượt là 52,2%

và 34,8%, khởi phát cơn đau liên quan nhiều nhất đến yếu tố ăn nhiều thức ăn giàu purin (58%), tiếp theo là yếu tố uống rượu bia (46,4%) và người bệnh thường đa số kèm theo mắc các bệnh lý chuyển hóa khác như rối loạn lipid máu (78,4%), tăng huyết áp (74,5%).

3.2. Đặc điểm mức độ đau khớp

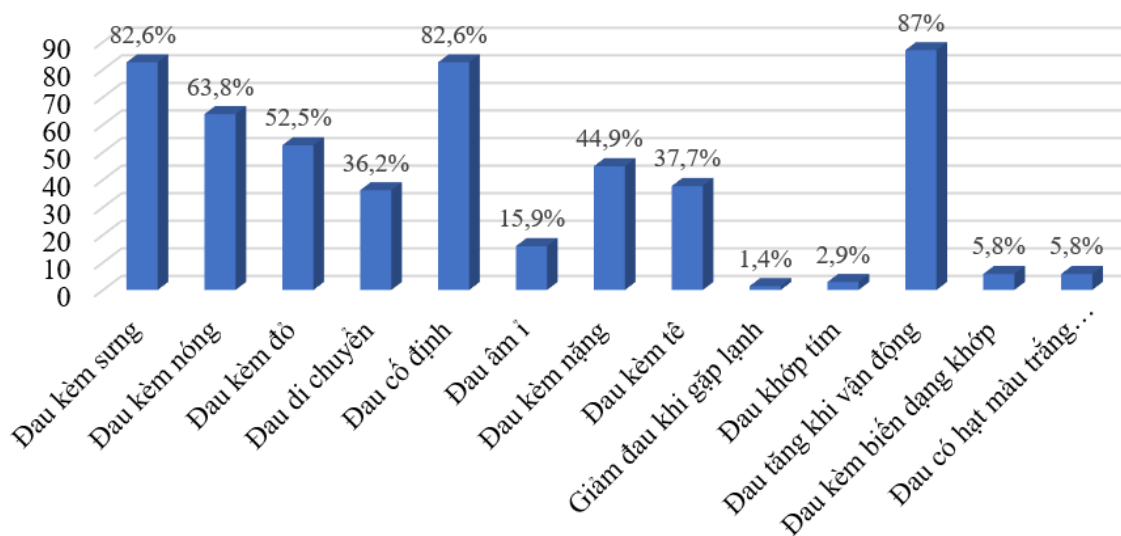
Bảng 2. Đặc điểm mức độ đau của mẫu nghiên cứu theo VAS

Mức độ đau	Tần số	Tỉ lệ %
Đau ít (5 – 44 mm)	18	26,1
Đau trung bình (45 – 74 mm)	27	39,1
Đau nặng (75 – 100)	24	34,8

Đa số người bệnh đau từ mức độ trung bình đến nặng (chiếm 73,9%), trong đó mức độ đau trung bình có tỷ lệ cao nhất (39,1%).

3.3. Đặc điểm của Thống phong

Tỉ lệ %



Biểu đồ 1. Đặc điểm của Thống phong trên người bệnh viêm khớp gút

Trong số 13 đặc điểm của Thống phong, các đặc điểm thường gặp nhất là đau khớp tăng khi vận động (87%), đau khớp cố định (82,6%), đau khớp kèm sưng (82,6%), đau kèm nóng (63,8%), đau kèm đỏ (52,5%).

3.4. Mối liên quan giữa các đặc điểm của Thống phong với các yếu tố (tuổi, giới,

BMI, mức độ đau, yếu tố khởi phát viêm khớp, tuổi khởi phát bệnh, số lượng khớp viêm) trên người bệnh viêm khớp gút

Kết quả sau khi dùng phép kiểm Chi – Square hoặc Fisher's Exact để phân tích mối liên quan giữa 13 đặc điểm của Thống phong với biến định tính (Tuổi, giới, BMI, mức độ

đau, yếu tố khởi phát), dùng phân tích hồi quy logistic để phân tích mối liên quan giữa đặc điểm Thống phong với biến định lượng (tuổi khởi phát, số lượng khớp viêm) cho thấy:

- Không có mối liên quan giữa tất cả 13 đặc điểm nêu trên của Thống phong với các yếu tố của người bệnh (Tuổi, BMI, tuổi khởi phát bệnh, số lượng khớp viêm, yếu tố khởi phát đau khớp bao gồm vận động mạnh và tự ý ngưng thuốc điều trị) ($p>0,05$)

- Đối với mức độ đau khớp: có mối liên quan giữa 4/13 đặc điểm của Thống phong (Đau kèm sưng, Đau kèm nóng, Đau kèm đỏ, Đau tăng khi vận động) với mức độ đau khớp ($p<0,05$) và 9/13 các đặc điểm Thống phong còn lại không có mối liên quan ($p>0,05$).

- Đối với giới tính người bệnh: có mối liên quan giữa 1 đặc điểm duy nhất của Thống phong (Đau âm ỉ) với giới tính ($p<0,05$) và 12/13 các đặc điểm Thống

phong còn lại không có mối liên quan ($p>0,05$).

- Đối với yếu tố khởi phát đau khớp là uống rượu bia: có mối liên quan giữa 4/13 đặc điểm của Thống phong (Đau kèm sưng, Đau kèm nóng, Đau kèm đỏ, Đau khớp âm ỉ) với uống bia rượu ($p<0,05$) và 9/13 các đặc điểm Thống phong còn lại không có mối liên quan ($p>0,05$).

- Đối với yếu tố khởi phát đau khớp là ăn thức ăn giàu purin: có mối liên quan giữa 2/13 đặc điểm của Thống phong (Đau kèm nóng, Đau kèm đỏ) với thức ăn giàu purin ($p<0,05$) và 11/13 các đặc điểm Thống phong còn lại không có mối liên quan ($p>0,05$).

Sau đây trình bày cụ thể kết quả các đặc điểm của Thống phong có mối liên quan đến mức độ đau, yếu tố khởi phát (uống rượu bia, ăn thức ăn giàu purin) và giới tính ($p<0,05$):

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm của Thống phong với mức độ đau

Đặc điểm đau		Mức độ đau			p ^a
		Nhẹ (n=18)	Trung bình (n=27)	Nặng (n=24)	
Đau khớp kèm sưng	Có	72,2%	74,1%	100%	0,008
	Không	27,8%	25,9%	0%	
Đau khớp kèm nóng	Có	27,8%	66,7%	87,5%	< 0,001
	Không	72,2%	33,3%	12,5%	
Đau khớp kèm đỏ	Có	16,7%	48,1%	83,3%	< 0,01
	Không	83,3%	51,9%	16,7%	
Đau khớp tăng khi vận động	Có	83,3%	77,8%	100%	0,031
	Không	16,7%	22,2%	0%	

^a - Kiểm định Fisher's Exact

Có 4/13 đặc điểm của Thống phong gồm đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ và đau tăng khi vận động có mối liên quan với mức độ đau ($p < 0,05$). So với đau khớp mức độ nhẹ thì NB đau khớp mức độ trung bình có tỷ lệ đặc điểm đau khớp kèm nóng cao hơn 2,4 lần, đau khớp kèm đỏ cao hơn 2,9 lần. So với

đau khớp mức độ nhẹ thì NB đau khớp mức độ nặng có tỷ lệ đặc điểm đau khớp kèm sưng cao hơn gấp 1,4 lần, đau khớp kèm nóng cao hơn 3,1 lần, đau khớp kèm đỏ cao hơn 5 lần, đau tăng khi vận động cao hơn 1,2 lần.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm của Thống phong với yếu tố khởi phát (uống rượu bia)

Đặc điểm đau		Yếu tố uống rượu bia		OR (KTC 95%)	p ^b
		Có	Không		
Đau khớp kèm sưng	Có	93,8%	73,0%	5,5 (1,1 – 27,6)	0,023
	Không	6,3%	27,0%		
Đau khớp kèm nóng	Có	78,1%	51,4%	3,4 (1,2 – 9,7)	0,021
	Không	21,9%	48,6%		
Đau khớp kèm đỏ	Có	68,8%	37,8%	3,6 (1,3 – 9,8)	0,01
	Không	31,3%	62,2%		
Đau khớp âm ỉ	Có	6,3%	93,8%	0,2 (0,04 – 1,1)	0,041
	Không	24,3%	75,7%		

^b - Kiểm định Chi – square**Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm của Thống phong với yếu tố khởi phát (ăn thức ăn giàu purin)**

Đặc điểm đau		Yếu tố uống ăn thức ăn giàu purin		OR (KTC 95%)	p ^b
		Có	Không		
Đau khớp kèm nóng	Có	75,0%	48,3%	3,2 (1,2 – 8,9)	0,023
	Không	25,0%	51,7%		
Đau khớp kèm đỏ	Có	67,5%	32,5%	4,6 (1,7 – 12,9)	0,003
	Không	31,0%	69,0%		

^b - Kiểm định Chi – square

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đau khớp kèm nóng, đỏ với yếu tố khởi phát (uống rượu bia, ăn thức ăn giàu purin) ($p < 0,05$). Nhóm NB uống rượu bia có nguy cơ bị đau khớp kèm sưng gấp 5,5 lần (KTC 95%: 1,1 – 27,6), đau khớp kèm nóng 3,4 lần (KTC 95%: 1,2 – 9,7), đau khớp kèm đỏ 3,6 lần (KTC 95%: 1,3 – 9,8) so với nhóm NB không uống rượu bia. NB ăn thức ăn giàu

purin có nguy cơ bị đau khớp kèm nóng gấp 3,2 lần (KTC 95%: 1,4 – 8,9), đau khớp kèm đỏ gấp 4,6 lần (KTC 95%: 1,7 – 12,9) so với nhóm NB không ăn thức ăn giàu purin. Ngược lại, uống rượu bia ít bị đau khớp âm ỉ hơn 5 lần so với nhóm không uống rượu bia, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa đặc điểm của Thống phong với giới tính

Đặc điểm đau		Giới tính		p ^a
		Nam	Nữ	
Đau khớp âm ỉ	Có	11,1%	66,7%	0,023
	Không	88,9%	33,3%	

^a - Kiểm định Fisher's Exact

Đặc điểm đau khớp âm ỉ gặp ở nữ giới nhiều hơn so với nam giới, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 13 đặc điểm của Thống phong ghi nhận có 5 đặc điểm thường gặp nhất theo thứ tự là đau khớp tăng khi vận động, đau khớp cố định, đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh chứng Thống phong, nguyên nhân là do chính khí hư, tà khí xâm nhập hoặc đàm trọc ngưng tụ, làm bế tắc kinh lạc gây nên bệnh. “Khí không hành là khí trệ, tân dịch không hành thành đàm thấp, huyết không hành thành huyết ứ”.[1] Vì vậy, đặc điểm đau khớp tăng khi vận động rất phổ biến gây ra bởi hai cơ chế: đàm trọc ngưng tụ làm vận động của khí gặp trở ngại gây huyết ứ mà vốn khí hư vận động càng làm hao khí, khí hư không hành huyết khiến huyết ứ trệ càng nặng dẫn đến đau nhiều hơn. Ngoài ra, nguyên nhân đàm trệ và huyết ứ hồ kết ở khớp gây sưng, đau nhói, đau cố định, về sau hóa nhiệt biểu hiện nóng, đỏ đi kèm tại khớp. Như vậy cho thấy người bệnh có Thống phong đến khám và điều trị YHCT đa số có biểu hiện nhiệt chứng tại quan tiết, từ đó định hướng đến việc dùng phương pháp điều trị phù hợp.

Nghiên cứu này đánh giá mức độ đau khớp theo thang điểm VAS, với kết quả đa số NB đến khám bị đau khớp từ mức độ đau trung bình đến đau nặng. Trong đó, đau trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Poeung Kim Kheang (2019), Ngô Hoàng Long (2023) cũng có mức độ đau trung bình và nặng

thường gặp nhất. [2], [6] Điều này cũng phù hợp y văn đặc điểm lâm sàng viêm khớp gút cấp và đợt tái phát cơn gút cấp thì các triệu chứng thường rầm rộ, đau dữ dội, mức độ nặng (đặc biệt là cơn gút cấp đầu tiên) và là lý do khiến NB đến khám tại bệnh viện.

Về mối liên hệ giữa các đặc điểm Thống phong với mức độ đau, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ đặc điểm đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ, đau tăng khi vận động phổ biến hơn ở nhóm NB có mức độ đau cao hơn, cụ thể so với đau khớp mức độ nhẹ thì NB đau khớp mức độ trung bình có tỷ lệ đặc điểm đau khớp kèm nóng cao hơn 2,4 lần, đau khớp kèm đỏ cao hơn 2,9 lần và NB đau khớp mức độ nặng có tỷ lệ đặc điểm đau khớp kèm sưng cao hơn gấp 1,4 lần, đau khớp kèm nóng cao hơn 3,1 lần, đau khớp kèm đỏ cao hơn 5 lần, đau tăng khi vận động cao hơn 1,2 lần. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu Ngô Hoàng Long, điểm số đau TB của NB $5,3 \pm 2,9$ điểm, có 70,9% NB có mức độ đau vừa và nặng và các chỉ số viêm đều tăng cao hơn mức bình thường và nghiên cứu của Susan với điểm đau TB là 5,4 điểm.[6] Ngoài ra, điều này tương đồng với ghi nhận trong y văn YHCT và YHHĐ. Theo YHCT các đặc điểm đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ, đau tăng khi vận động thuộc thực chứng nên tính chất đau khớp là khởi phát rầm rộ, đau dữ dội, mức độ đau trung bình đến nặng. Theo YHHĐ, các đặc điểm này là đặc điểm điển hình của cơn viêm khớp gút cấp, khi đó khớp bị viêm gây đau dữ dội khiến NB phải thức giấc vào ban đêm tương ứng mức độ đau nặng theo thang VAS.[4]

Đối với mối liên hệ giữa các đặc điểm Thống phong với yếu tố khởi phát, nghiên

cứu của chúng tôi cho thấy nhóm NB gút uống rượu bia, ăn thức ăn giàu purin có nguy cơ bị đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ cao hơn. Kết quả này tương tự nghiên cứu Tuhina Neogi, so với người không uống rượu thì nguy cơ cơn gút cấp tái phát là 1,36 lần, đối với người uống > 1 – 2/ đơn vị rượu và 1,51 lần đối với người uống > 2 – 4 đơn vị rượu, trong vòng 24 giờ.[7] Theo cơ chế chuyển hóa purin trong cơ thể, ăn thức ăn giàu purin và uống rượu bia làm tăng acid uric máu, giảm sự bài tiết ở thận. Khi acid uric máu cao bị bão hòa ở dịch ngoại bào, tích tụ ở các mô mềm, khớp, gân tạo phản ứng viêm gây sưng, nóng, đỏ, đau ở khớp. Theo YHCT, ăn nhiều thức ăn béo, ngọt, uống rượu nhiều làm công năng vận hóa tạng phủ (Can, Tỳ, Thận) suy giảm, quá trình vận hóa, trao đổi, bài tiết của thủy dịch bị rối loạn, sinh ra đàm thấp. Đàm ngưng trệ tại cân, cơ, khớp dẫn đến khí trệ, huyết ứ, sưng nề khớp, đàm thấp ứ đọng lâu ngày hóa hỏa, sinh nhiệt, gây sưng, nóng, đỏ, đau.[1] Ngược lại, nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ NB uống rượu bia ít biểu hiện đau khớp âm ỉ hơn 5 lần so với nhóm không uống rượu bia ($p < 0,05$) cũng phù hợp trên y văn mô tả người mắc bệnh gút mạn tính có triệu chứng đau khớp âm ỉ. Từ đó cho thấy rượu bia, ăn thức ăn giàu purin thường là tác nhân gây ra các cơn viêm khớp gút cấp cho nên NB cần kiêng rượu bia, thức ăn giàu purin để phòng ngừa.

Trong mối liên quan giữa đặc điểm Thống phong với giới tính, nghiên cứu cũng ghi nhận đau khớp âm ỉ gặp ở nữ giới nhiều hơn so với nam giới, đặc biệt phụ nữ lớn tuổi. Điều này là do phụ nữ sau khi mãn kinh có nội tiết tố estradiol giảm, làm giảm khả

năng bài tiết acid uric qua thận dẫn đến nồng độ acid uric huyết thanh tăng, làm tăng nguy cơ xuất hiện bệnh gút. Theo nghiên cứu của Edward V. Lally 91% nữ phát triển bệnh gút sau khi mãn kinh, ở nữ bệnh gút có tophi 26%, viêm đa khớp 57% và 70% có biểu hiện viêm khớp gút không điển hình, thường gặp dưới dạng thoái hóa khớp.[4] Như vậy, có thể nói bệnh gút ở phụ nữ có những đặc điểm không điển hình và có biểu hiện đau cơ xương khớp mạn tính khác nam giới, điều này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi NB nữ có đặc điểm đau khớp âm ỉ cao hơn NB nam. Những đặc điểm này có thể dẫn đến chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị bệnh gút ở phụ nữ. Vì vậy, bệnh gút cần được xem xét nghiêm túc trong chẩn đoán phân biệt ở phụ nữ lớn tuổi bị viêm khớp cấp tính.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát 69 người bệnh viêm khớp gút tại Khoa Cơ xương khớp và khoa Khám bệnh - Bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM trong thời gian từ 02/2024 – 05/2024 cho thấy có 5 trong số 13 đặc điểm đau khớp của Thống phong thường gặp nhất là đau khớp tăng khi vận động, đau khớp cố định, đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ. Đa số người bệnh gút đến khám bị đau khớp từ mức độ đau trung bình đến đau nặng, cao nhất là đau mức trung bình. Về mối liên quan giữa các đặc điểm của Thống phong với các yếu tố của người bệnh viêm khớp gút: các đặc điểm đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ, đau tăng khi vận động cao hơn ở nhóm NB có mức độ đau trung bình đến nặng so với mức độ đau nhẹ dựa trên thang VAS. Người bệnh có uống rượu

bia, ăn thức ăn giàu purin có nguy cơ bị khởi phát đau khớp kèm sưng, nóng, đỏ cao hơn người không có yếu tố này nên cần phòng ngừa cơn gút cấp bằng kiêng rượu bia và thức ăn giàu purin. Người không uống rượu bia bị đau khớp thì sẽ có đặc điểm đau âm ỉ cao hơn. Đặc điểm đau khớp âm ỉ cũng cao hơn ở nữ so với nam, cụ thể là nữ lớn tuổi. Không có mối liên quan giữa đặc điểm của Thống phong với các yếu tố của người bệnh (Tuổi, BMI, tuổi khởi phát bệnh, số lượng khớp viêm, yếu tố khởi phát đau khớp bao gồm vận động mạnh và tự ý ngưng thuốc điều trị).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Hà**, “Thống phong (Bệnh gút) Đông – Tây Y chẩn đoán và điều trị.” Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2011.
2. **Ngô Hoàng Long, Phạm Hữu Lý, Nguyễn Thái Hòa và cs**, “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân gút cao tuổi,” Y học Việt Nam, 2023.
3. **Trịnh Kiến Trung**, “Nghiên cứu nồng độ acid uric máu, bệnh gút và hội chứng chuyển hóa ở người từ 40 tuổi trở lên tại Thành Phố Cần Thơ,” Luận án Tiến Sĩ Y học, Học Viện Quân Y, Hà Nội, 2015.
4. **E. V. Lally, G. Ho, and S. R. Kaplan**, “The Clinical Spectrum of Gouty Arthritis in Women,” Arch Intern Med, vol. 146, no. 11, 1986, doi: 10.1001/archinte.1986.00360230161022.
5. **J. K. Ahn**, “Epidemiology and treatment-related concerns of gout and hyperuricemia in Korean,” Journal of Rheumatic Diseases, vol. 30, no. 2. 2023. doi: 10.4078/jrd.2022.0001.
6. **Poeung Kim Kheang**, “Thực trạng điều trị bệnh gút ở người bệnh gút vào bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn Thạc Sĩ Y học,” Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh, 2019.
7. **T. Neogi, C. Chen, J. Niu, C. Chaisson et al**, “Alcohol quantity and type on risk of recurrent gout attacks: An internet-based case-crossover study,” American Journal of Medicine, vol. 127, no. 4, 2014, doi: 10.1016/j.amjmed.2013.12.019.
8. **World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific**, WHO international standard terminologies on traditional medicine in the Western Pacific Region. WHO Regional Office for the Western Pacific., 2007.

KHẢO SÁT MÔ HÌNH BỆNH TẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH – CƠ SỞ 3

Kiều Xuân Thy^{1,2}, Phan Quỳnh Trang², Dương Thị Phương Trang²,
Trịnh Đỗ Thanh Mỹ Ngọc³, Trương Hoài Thông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng mô hình bệnh tật (MHBT) tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 (BV ĐHYD TP.HCM - CS3) năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên hồ sơ ngoại trú, nội trú của người bệnh (NB) điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 (bao gồm hồ sơ giấy và bệnh án điện tử). Các đặc điểm khảo sát bao gồm tuổi, giới, nơi cư trú, tháng điều trị, số bệnh mắc phải, số ngày điều trị, phân bố bệnh tật theo chẩn đoán y học hiện đại (YHHĐ) và theo y học cổ truyền (YHCT). Thời gian thực hiện từ tháng 1/2024 – 6/2024 tại BV ĐHYD TP.HCM - CS3. Phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 16.0, Microsoft Excel 2016, Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ (%). Các biến định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định lượng không có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị). **Kết quả:** Năm 2023, số

lượng hồ sơ đạt chuẩn theo yêu cầu nghiên cứu là 22470 hồ sơ bệnh án của NB điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3, trong đó 21659 hồ sơ điều trị ngoại trú và 811 hồ sơ điều trị nội trú. Tuổi NB từ 01 tháng tuổi đến 97 tuổi, tuổi trung bình là $43,8 \pm 18,3$, trong đó NB nữ chiếm tỷ lệ cao hơn NB nam, NB đến khám tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 chủ yếu sống ở thành phố Hồ Chí Minh. Ba chương bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong giai đoạn này là: Bệnh của cơ xương khớp và mô liên kết (23,02%); Bệnh hệ tiêu hóa (16,81%); Bệnh hệ tuần hoàn (13,71%). Bệnh chính YHHĐ chiếm tỷ lệ cao nhất là thoái hoá cột sống (7,31%), rối loạn chuyển hoá lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu (6,12%), bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (5,55%), bệnh chính YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất là chứng tý (13,34%), chứng đàm (8,17%) và huyễn vựng (7,29%). **Kết luận:** MHBT tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 năm 2023 có NB đến khám, điều trị chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động (16-59 tuổi), NB nữ nhiều hơn NB nam và đa số NB đến khám sống tại thành phố Hồ Chí Minh. Các chương bệnh chiếm tỷ lệ cao là bệnh cơ xương khớp và mô liên kết, bệnh hệ tiêu hóa, bệnh hệ tuần hoàn. Bệnh chính YHHĐ chiếm tỷ lệ cao nhất là thoái hoá cột sống, kế đến là rối loạn chuyển hoá lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu, bệnh trào ngược dạ dày – thực quản. Bệnh chính YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất là chứng tý, chứng đàm và huyễn vựng.

Từ khóa: mô hình bệnh tật, y học cổ truyền, bệnh cơ xương khớp và mô liên kết, bệnh hệ tiêu hóa, bệnh hệ tuần hoàn.

¹Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3

²Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Kiêu Xuân Thy

Email: kxthy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

SUMMARY**SURVEY OF DISEASE MODEL AT
UNIVERSITY OF MEDICAL CENTER
HO CHI MINH CITY – BRANCH NO.3**

Objectives: Building a disease model at University of Medical Center Ho Chi Minh City – Branch No.3 (UMC3) in 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on outpatient and inpatient records of patients treated at UMC3 (including paper records and electronic medical records). The survey characteristics included age, gender, place of residence, month of treatment, number of acquired diseases, number of days of treatment, distribution of diseases according to modern medical diagnosis and traditional medicine diagnosis. The implementation time is from 1/2024 to 6/2024 at UMC3. Data analysis using STATA 16.0, Microsoft Excel 2016, Qualitative variables are described by frequency and ratio (%). Quantitative variables with a standard distribution are described as a mean $\pm$ standard deviation, quantitative variables without a standard distribution are described by the median (about a quartile). **Results:** In 2023, the number of records that meet the standards required by the study is 22470 medical records of patients treated at UMC3, of which 21659 records of outpatient treatment and 811 records of inpatient treatment. The age of patients is from 01 month to 97 years old, the average age is 43.8 ± 18.3 , of which female patients accounts for a higher proportion than male patients, patients comes to UMC3 mainly lives in Ho Chi Minh City. The three disease chapters accounting for the highest rate in this period are: Diseases of musculoskeletal and connective tissues (23.02%); gastrointestinal system diseases (16.81%); circulatory system diseases (13.71%). The main diseases of modern medicine accounted for the highest proportion of spinal degeneration (7.31%), lipoprotein metabolism

disorders and hyperlipidemia (6.12%), gastroesophageal reflux disease (5.55%), the main diseases of traditional medicine accounted for the highest proportion of impediment (13.34%), phlegm (8.17%) and dizziness (7.29%). **Conclusion:** Disease model at UMC3 in 2023, the patients coming for examination and treatment are mainly of working age (16-59 years old), there are more female patients than male patients and the majority of patients are of working age (16-59 years old). Come for a medical examination in Ho Chi Minh City. The disease chapters with high rates are musculoskeletal and connective tissues diseases, gastrointestinal system diseases, and circulatory system diseases. The main disease in modern medicine with the highest rate is spinal degeneration, followed by lipoprotein metabolism disorders and hyperlipidemia, gastroesophageal reflux disease. The main diseases in traditional medicine with the highest rate are impediment, phlegm and dizziness.

Keywords: disease model, traditional medicine, diseases of musculoskeletal and connective tissues, gastrointestinal system diseases, circulatory system diseases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam YHCT ngày càng được áp dụng rộng rãi và được chính phủ khuyến khích phát triển YHCT kết hợp với YHHĐ [3].

Trong công tác quản lý chất lượng bệnh viện và thực hành y khoa thì việc xác định MHBT tại bệnh viện là việc làm hết sức cần thiết vì giúp cho bệnh viện và người thầy thuốc xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe NB một cách toàn diện, đầu tư nguồn lực, đề ra các phác đồ cho việc chẩn đoán, điều trị, dự phòng các bệnh thường gặp nhằm nâng cao chất lượng khám, điều trị và dự phòng

cho NB. Đã có nhiều bệnh viện cũng đã thực hiện khảo sát MHBT của bệnh viện mình, tuy nhiên mỗi bệnh viện với mỗi mô hình khác nhau mang tính đặc thù riêng nên việc tham khảo và áp dụng MHBT ở các bệnh viện khác nhau trở nên khó khăn [5]. Nhận thấy số lượng các nghiên cứu MHBT YHCT không nhiều nên việc xác định MHBT tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 - một trong những đơn vị nghiên cứu và điều trị YHCT kết hợp với YHHĐ là một bước quan trọng giúp cải thiện chất lượng quản lý bệnh viện, từ đó tối ưu hóa phương pháp chẩn đoán, điều trị và dự phòng các bệnh. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích “Xây dựng mô hình bệnh tật tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 năm 2023”

Mục tiêu nghiên cứu: Xây dựng mô hình bệnh tật tại BV ĐHYD TP.HCM - CS3 năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của NB nhập viện điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 năm 2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

Hồ sơ NB nhập viện điều trị nội trú và ngoại trú tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 có ngày nhập viện và xuất viện từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ các thông tin cần khảo sát.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Những hồ sơ của NB được chẩn đoán bệnh nhưng không hoàn chỉnh, không đầy đủ các thông tin cần khảo sát. NB trốn viện.

Các biến số chính cần thu thập gồm biến số đặc điểm NB (tuổi, giới tính, tháng nhập viện, số ngày điều trị) và biến số bệnh (chẩn đoán bệnh YHHĐ, chứng bệnh YHCT).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: 01/2024 – 06/2024

2.2.3. Các bước thực hiện

Tra cứu hồ sơ bệnh án của NB điều trị nội trú và ngoại trú tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 điều trị từ 01/01/2023 đến 31/12/2023. Kiểm tra tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Thu thập số liệu theo biểu mẫu thu thập số liệu. Nhập số liệu vào Excel 2016 và phân tích bằng Excel 2016, STATA 16.0. Phân tích số liệu dựa trên chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.4. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Tiến hành tra cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án của NB được điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 từ 01/01/2023 đến 31/12/2023. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án giấy và phần mềm dữ liệu điện tử tại BV. Tất cả số liệu sẽ được thu thập dựa theo biểu mẫu thu thập số liệu NB.

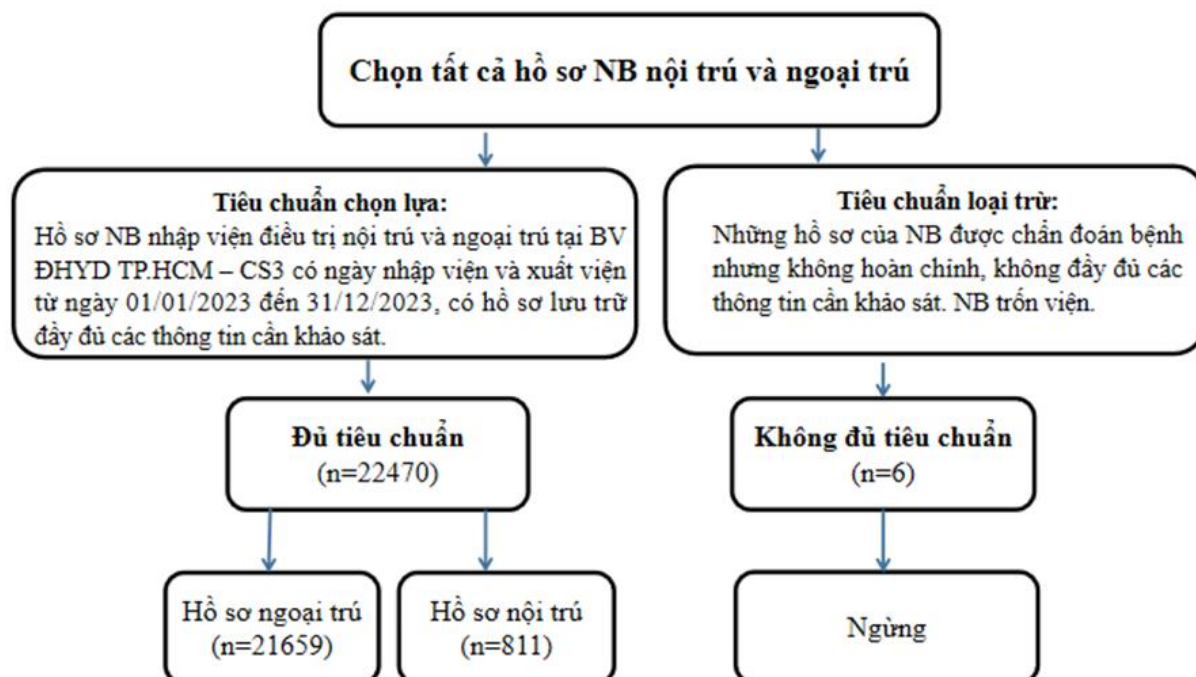
2.2.5. Xử lý số liệu

Các số liệu được nhập và quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016. Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 16.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ (%). Các biến định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định lượng không có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị).

2.3. Ý đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 23/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 02/01/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



3.1. Đặc điểm của NB điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3

Bảng 1. Các đặc điểm dịch tễ học (n=22470)

Loại đặc điểm			Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤15	0-3	360	1,6
		4-7	418	1,8
		8-11	372	1,7
		12-15	341	1,5
	16-59	16-30	3864	17,2
		31-45	6657	29,6
		46-50	1756	7,8
		51-59	3700	16,5
	≥60		5002	23,3
	Tuổi nhóm nghiên cứu từ 01 tháng tuổi đến 97 tuổi, tuổi trung bình: 43,8±18,3			
Giới tính	Nam		8238	36,7
	Nữ		14232	63,3
Nơi cư trú	TP.HCM		15713	69,9
	Tỉnh khác		6757	30,1
Số bệnh mắc phải ở từng nhóm tuổi	≤ 5 bệnh	≤15 tuổi	492	2,88
		16-59 tuổi	10466	61,43
		≥60 tuổi	3031	17,79
	5-10 bệnh	≤15 tuổi	1	0,006
		16-59 tuổi	1394	8,18

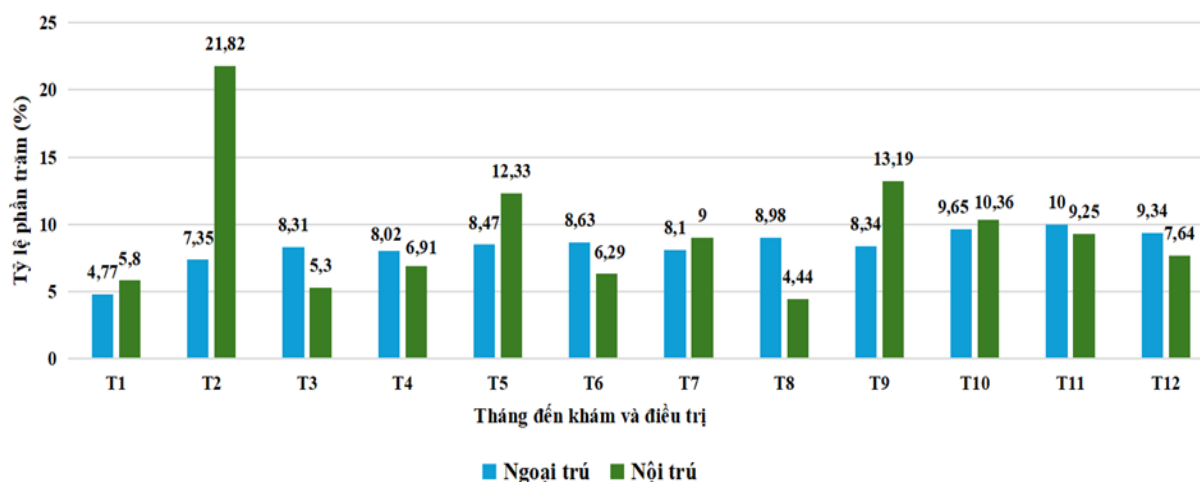
	≥ 10 bệnh	≥ 60 tuổi	1190	6,98
		≤ 15 tuổi	0	0
		16-59 tuổi	182	1,06
		≥ 60 tuổi	281	4,76
Số ngày điều trị của NB nội trú (n=811)	1-7 ngày		221	27,3
	8-29 ngày		466	57,5
	≥ 30 ngày		124	15,3
	Trung vị [tối thiểu – tối đa]: 17 [1-57]			

Nhóm tuổi từ 16-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. NB nữ chiếm tỷ lệ cao hơn NB nam, NB đến khám tại BVDHYD TP.HCM – CS3 chủ yếu sống ở thành phố Hồ Chí Minh. Số ngày điều trị nội trú trung bình là 16,5 ngày, hơn 70% NB nằm viện điều trị trên 1 tuần.

NB có độ tuổi ≤ 15 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,6%). NB có độ tuổi từ 16 – 59 chiếm tỷ lệ cao nhất (71,1%), trong đó: nhóm tuổi từ 31 – 45 có tỷ lệ cao nhất (29,6%), cho thấy nhóm NB trung niên đến khám tại BV

ĐHYD – CS3 chiếm đa số. Nhóm tuổi từ 16 – 30 đến khám với tỷ lệ 17,2%, cho thấy nhóm NB trẻ đến khám và điều trị YHCT ngày càng nhiều hơn.

Nhóm ≤ 15 tuổi mắc từ 1 – 6 bệnh. Nhóm từ 16 – 59 tuổi có phần lớn mắc từ 2 bệnh trở lên, với tỷ lệ hơn 75%. Nhóm ≥ 60 tuổi có hơn 60% mắc từ 2 bệnh trở lên. Cho thấy rằng NB trẻ thì bệnh mắc ít, còn càng lớn tuổi thì số bệnh mắc phải càng nhiều.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các tháng đến khám và điều trị của NB tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3

Tỷ lệ số NB đến khám, điều trị tính bằng cách: (số NB mỗi tháng)/(tổng lượt khám trong năm) x100

Tháng 11 NB đến khám và điều trị ngoại trú tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 chiếm tỷ lệ cao nhất (10%), tháng 1 chiếm tỷ lệ thấp

nhất (4,77%). Tháng 2 NB nhập viện điều trị nội trú chiếm tỷ lệ cao nhất (21,82%), tháng 8 chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,44%).

3.2. MHBT của NB điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3

Bảng 2. Phân bố bệnh tật sắp xếp theo chương bệnh ICD-10

Chương	Tên chương	Tần số	Tỷ lệ (%)
I	Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	932	1,45
II	Bướu tân sinh	1384	2,15
III	Bệnh máu, cơ quan tạo máu và các bệnh lý liên quan đến cơ chế miễn dịch	683	1,06
IV	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá	7530	11,73
V	Rối loạn tâm thần và hành vi	1233	1,92
VI	Bệnh hệ thần kinh	5325	8,30
VII	Bệnh mắt và phần phụ	243	0,38
VIII	Bệnh tai và xương chũm	1252	1,95
IX	Bệnh hệ tuần hoàn	8799	13,71
X	Bệnh hệ hô hấp	4108	6,40
XI	Bệnh hệ tiêu hoá	10788	16,81
XII	Bệnh da và tổ chức dưới da	2253	3,51
XIII	Bệnh hệ cơ, xương, khớp và mô liên kết	14776	23,02
XIV	Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu	2153	3,35
XV	Mang thai, sinh con và hậu sản	23	0,04
XVI	Một số bệnh lý khởi phát trong thời kỳ chu sinh	4	0,01
XVII	Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường nhiễm sắc thể	533	0,83
XVIII	Các triệu chứng và bất thường về lâm sàng, cận lâm sàng không phân loại nơi khác	1446	2,25
XIX	Tổn thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài	497	0,77
XX	Các nguyên nhân bên ngoài của bệnh tật và tử vong	32	0,05
XXI	Các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe và tiếp cận dịch vụ y tế	192	0,31
XXII	Mã dành cho những mục đích đặc biệt	0	0

Khoảng 50% bệnh điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 thuộc ba chương bệnh là chương XIII (Bệnh hệ cơ xương khớp và mô liên kết) chiếm 23,02%, chương XI (Bệnh hệ tiêu hoá) chiếm 16,81% và chương IX (Bệnh hệ tuần hoàn) chiếm 13,71%.

Bảng 3. Phân bố 10 bệnh có tỷ lệ cao nhất theo ICD – 10

Tên bệnh	Ngoại trú	Nội trú	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thoái hoá cột sống	3573	1121	4694	7,31
Rối loạn chuyển hoá lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu	3157	773	3930	6,12
Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản	2781	784	3565	5,55
Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát)	2677	792	3474	5,41
Viêm dạ dày và tá tràng	1838	683	2521	3,93
Đau lưng	1749	651	2400	3,74
Giãn tĩnh mạch chi dưới	1418	569	1987	3,10
Thoái hoá khớp gối	1214	738	1952	3,04
Đái tháo đường không phụ thuộc insulin type 2	1032	521	1553	2,42
Rối loạn giấc ngủ	1171	371	1542	2,40

Trong 10 bệnh có tỷ lệ cao nhất theo ICD - 10 tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3, ba bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là thoái hoá cột sống (7,31%), rối loạn chuyển hoá lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu (6,12%), bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (5,55%).

Bảng 4. Phân bố 10 chứng YHCT có tỷ lệ cao nhất

Tên chứng	Chẩn đoán bệnh YHHTD tương ứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chứng tý	Đau thần kinh sau Zona (G53.0), Bệnh rễ và đám rối thần kinh (G54), Viêm đa dây thần kinh (G61), Thoái hóa cột sống (M47), Thoái hóa khớp gối (M17), Đau lưng (M54)	8560	13,34
Chứng đàm	Rối loạn chuyển hóa lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu (E78), Bệnh béo phì (E66)	5243	8,17
Huyền vụng	Tăng huyết áp (I10), Rối loạn chức năng tiền đình (H82), Hoa mắt và chóng mặt (R42)	4680	7,29
Vị nghịch	Bệnh trào ngược dạ dày- thực quản (K21)	3565	5,55
Vị quản thông	Loét dạ dày (K25), Loét tá tràng (K26), Viêm dạ dày và tá tràng (K29), Loét tá tràng (mạn hay không đặc hiệu có xuất huyết hay thủng) (K26.6)	2553	3,98
Mạch tý	Viêm tĩnh mạch và tắc tĩnh mạch (I80), Dẫn tĩnh mạch chi dưới (I83), Dẫn tĩnh mạch vị trí khác (I86)	2471	3,85
Yêu thông	Chèn ép rễ và đám rối thần kinh trong bệnh khác vùng lưng (G55.3), Các bệnh đĩa đệm gian đốt sống (M51)	2400	3,74
Thất miên	Bệnh suy nhược thần kinh (F48.0), Rối loạn giấc ngủ không thực tổn (F51), Rối loạn giấc ngủ (G47)	2066	3,22
Hạc tất phong	Thoái hóa khớp gối (M17)	1952	3,04
Tiêu khát	Bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin (E10), Bệnh đái tháo đường phụ thuộc insulin (E11), Các thể loại đái tháo đường không xác định (E14)	1611	2,51

Trong 10 chứng có tỷ lệ cao nhất, ba chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là chứng tý (13,34%), chứng đàm (8,17%) và huyền vụng (7,29%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của NB điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3

Trong năm 2023, có tổng số 22476 hồ sơ bệnh án của NB điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3, có 6 hồ sơ không thỏa tiêu chuẩn nên có 22470 hồ sơ được đưa vào nghiên cứu. Trong quá trình thu thập thông tin nghiên cứu, sẽ có những trường hợp NB đến tái khám gây ra sự trùng lặp về thông tin

thu thập. Để tránh sự trùng lặp này, chúng tôi đã xử lý bằng cách dựa vào hồ sơ bệnh án điện tử và hồ sơ bệnh án giấy của NB. Kỹ thuật chọn mẫu trong nghiên cứu là lấy mẫu thuận tiện. Chúng tôi sẽ chọn toàn bộ mẫu, dù NB tái khám / khám vì triệu chứng / bệnh mới vẫn được đưa vào mẫu nghiên cứu. Thông qua mỗi lượt khám bệnh có chẩn đoán bệnh sẽ là một mắt xích để hình dung rõ hơn về MHBT cũng như cho thấy được hiệu quả điều trị bệnh. Tất cả các thông tin mỗi lượt tái khám / khám vì bệnh mới của NB đều được quản lý bởi phần mềm tại bệnh viện. Theo đó, nếu NB tái khám hồ sơ sẽ được cập nhật về các triệu chứng / bệnh mới dựa trên

hồ sơ trước đó mà không gây ra sự trùng lặp về mặt thông tin. Điều này sẽ hạn chế được việc xuất hiện yếu tố gây nhiễu trong nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $43,8 \pm 18,3$ tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi trong độ tuổi lao động (16 – 59 tuổi). Tương tự với nghiên cứu của Nhan Hồng Tâm về MHBT của NB điều trị nội trú tại Bệnh viện YHCT thành phố Hồ Chí Minh năm 2015 có nhóm NB trong độ tuổi 16 – 59 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,48%) [6]. Các nhóm nhỏ nằm trong nhóm NB có độ tuổi ≤ 15 tuổi đến khám tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 với tỷ lệ khá đồng đều, trong đó nhóm 4 – 7 tuổi đến khám với tỷ lệ cao nhất trong nhóm này (1,8%). Tiếp đó là NB trong độ tuổi 31 – 45 đến khám với tỷ lệ cao nhất (29,6%), kế đến là nhóm 16 – 30 tuổi (17,2%). Qua đó thấy rằng BV ĐHYD TP.HCM – CS3 đã thu hút được nhiều lứa tuổi đến điều trị, từ trẻ em đến người trưởng thành và người cao tuổi. Có thể thấy MHBT đã và đang có sự chuyển đổi rõ rệt từ nhóm NB cao tuổi ưa chuộng YHCT sang nhóm NB có độ tuổi trẻ hơn. Điều này đã chứng minh sức hút cũng như hiệu quả điều trị của YHCT, YHCT kết hợp YHHĐ.

Tỷ lệ NB nữ đến khám và điều trị nhiều hơn nam. Tương tự với nghiên cứu của Ngô Thanh Hùng khi khảo sát MHBT của NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Y Dược cổ truyền tỉnh Đồng Nai trong bối cảnh đại dịch COVID-19 có tỷ lệ NB nữ cao hơn nam và hằng định qua các năm 2019, 2020 và 2021 theo thứ tự lần lượt là 61,81%, 57,84%, 55,46% [2]. Điều này khá phù hợp vì đặc điểm của bệnh viện YHCT phần lớn là những bệnh mạn tính, bệnh đau cơ học, thời gian điều trị kéo dài nên NB phải có điều kiện thích hợp cho quá trình điều trị. Về đặc

điểm lao động xã hội, NB nữ với vai trò nội trợ chăm sóc gia đình, phụ nữ quan tâm và chăm sóc sức khỏe nhiều hơn nam giới.

NB điều trị sinh sống tại thành phố Hồ Chí Minh chiếm phần lớn với tỷ lệ 69,9%, NB từ tỉnh khác chiếm tỷ lệ 30,1%. Có thể thấy BV ĐHYD TP.HCM – CS3 là một trong những bệnh viện chuyên sâu về YHCT tại thành phố Hồ Chí Minh, không chỉ phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh của người dân địa phương mà còn tiếp nhận NB từ các tỉnh khác ở khu vực phía Nam.

NB đến khám và điều trị ngoại trú tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 cao nhất vào những tháng cuối năm (9-10%) và thấp nhất vào tháng đầu năm (4,77%). Sự chênh lệch này có thể do những tháng cuối năm, thời tiết lạnh và giao mùa từ Đông sang Xuân gây trở ngại các bệnh cơ xương khớp và đau cơ học trở nặng hơn, làm tăng số lượng NB đến khám và điều trị ngoại trú. Còn đối với NB nhập viện điều trị nội trú cao nhất vào tháng 2/2023 (21,82%), thấp nhất vào tháng 8/2023 (4,44%). Tháng 1 và 2, thường là thời gian nghỉ Tết khi mọi người ít vận động và ăn uống ít kiểm soát, dẫn đến tạm dừng điều trị của nhiều NB. Sau khi kết thúc các ngày lễ Tết, tình trạng bệnh thường tiến triển, đặc biệt là các bệnh cơ xương khớp, khiến số lượng NB nhập viện tăng mạnh vào tháng 2. Vào tháng 4, tỷ lệ nhập viện là 6,91%, tăng nhanh lên vào tháng 5 (12,33%). Tương tự tháng 9 là 13,19% và tháng 10 là 10,36% do là thời điểm chuyển mùa [1].

Nhóm ≤ 15 tuổi có số bệnh mắc phải từ 1 – 6 bệnh. Còn hai nhóm tuổi là từ 16 – 59 tuổi và ≥ 60 tuổi có số bệnh mắc phải từ 1 đến ≥ 10 bệnh. Có khoảng 40% NB mắc 1 bệnh và hơn 60% NB mắc từ 2 bệnh trở lên, số bệnh mắc nhiều nhất là 11 bệnh. Qua đây cho thấy NB càng lớn tuổi thì số bệnh mắc

phải càng nhiều. Nhóm NB cao tuổi (≥ 60 tuổi) chiếm tỷ lệ tương đối cao (23,3%) và số NB mắc từ 2 bệnh trở lên chiếm khoảng 83%. Tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Tuệ Nguyên Tâm khi khảo sát MHBT của NB là người cao tuổi điều trị nội trú tại BV YHCT TP.HCM năm 2019 đã đưa ra kết quả số bệnh mắc phải trung bình ở NB nam là 5,33 bệnh và NB nữ là 5,8 bệnh, số lượng bệnh mắc phải cao nhất là 14 bệnh [4].

Số ngày điều trị của NB nội trú trung bình là 16,5 ngày, số ngày điều trị nội trú từ 8 – 29 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (57,5%). Như vậy, có hơn 70% NB nằm viện điều trị trên 1 tuần. Số ngày điều trị trung bình của một đợt điều trị nội trú tính trên toàn quốc là 6,89, tính trên tuyến tỉnh và huyện là 6,5732 [8]. Như vậy, tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 số ngày điều trị trung bình cao hơn bình quân chung cả nước gấp 2 – 3 lần. Do đặc điểm bệnh viện YHCT điều trị các mặt bệnh mạn tính sẽ kéo dài hơn so với các bệnh lý cấp tính ở BV đa khoa. So với các bệnh viện YHCT khác thì số ngày điều trị trung bình của một đợt điều trị nội trú tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 là 16,5, thấp hơn so với số ngày điều trị YHCT trung bình trên toàn quốc năm 2010 là 22,24 ngày; so với bệnh viện YHCT thành phố Hồ Chí Minh năm 2015 là 14,8 ngày [6].

4.2. MHBT của NB điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3

Khoảng 53% bệnh tật điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 chủ yếu thuộc ba chương sau: chương XIII (Bệnh hệ cơ xương khớp và mô liên kết) chiếm tỷ lệ 23,02%, chương XI (Bệnh hệ tiêu hóa) chiếm tỷ lệ 16,81% và chương IX (Bệnh hệ tuần hoàn) chiếm tỷ lệ 13,71%. Còn các chương khác có tỷ lệ thấp dưới 10%. Kết quả này là phù hợp với việc điều trị các bệnh mạn tính được cho

là thế mạnh của YHCT hiện nay. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tuệ Nguyên Tâm khảo sát MHBT của NB cao tuổi điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT thành phố Hồ Chí Minh năm 2019 cho thấy hơn 90% chẩn đoán bệnh thuộc ba chương: chương XIII (Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết), chương IX (Bệnh hệ tuần hoàn), chương VI (Bệnh hệ thần kinh) và chương XI (Bệnh hệ tiêu hóa) [4]. Nhìn chung, tuy thứ tự tỷ lệ cao thấp của các chương bệnh tại các bệnh viện YHCT có khác nhau, nhưng đều giống nhau ở chỗ hai trong ba chương bệnh thường gặp nhất là chương XIII (Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết), chương IX (Bệnh hệ tuần hoàn).

Các bệnh có tỷ lệ cao nhất điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 là: Thoái hóa cột sống (7,31%); Rối loạn chuyển hóa lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu (6,12%); Bệnh trào ngược dạ dày – thực quản (5,55%). Trong bệnh thoái hóa cột sống, số lượng NB nội trú mắc bệnh thoái hóa cột sống cao hơn số lượng hồ sơ nội trú thu thập được. Điều này được lý giải là do bệnh thoái hóa cột sống gồm thoái hóa cột sống cổ và thoái hóa cột sống thắt lưng. Số lượng NB mắc đồng thời cả thoái hóa cột sống cổ và cột sống thắt lưng khá nhiều, chính điều này đã làm tăng số lượng NB nội trú mắc bệnh thoái hóa cột sống. Các bệnh có tỷ lệ cao nhất tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 có sự khác biệt so với nghiên cứu của Phạm Nguyễn Diễm My (2022) tại bệnh viện YHCT Tiền Giang có bệnh thường gặp là: di chứng bệnh mạch máu não (28,74%); bệnh thoái hóa đa khớp (24,34%); bệnh thoái hóa cột sống (16,42%) [7] hay nghiên cứu của Nhan Hồng Tâm (2015) các bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất khi điều trị tại bệnh viện YHCT thành phố Hồ Chí Minh là: di chứng bệnh mạch máu não (15,69%); bệnh thoái hóa cột

sống (15,03%); các bệnh đĩa đệm gian đốt sống khác (14,23%) [6]. Sự khác biệt này có thể lý giải do các nghiên cứu trước đó hầu hết là các nghiên cứu MHBT của NB điều trị nội trú tại các bệnh viện YHCT và chỉ sử dụng chẩn đoán bệnh chính để phân loại ra các bệnh có tỷ lệ cao nhất, trong khi đó nghiên cứu tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 là nghiên cứu MHBT của NB điều trị nội trú ngoại trú, sẽ làm tăng tỷ lệ cũng như tần suất mắc các bệnh mạn tính không lây và sử dụng cả chẩn đoán bệnh chính và chẩn đoán bệnh phụ. Ngoài ra, các bệnh thường gặp theo ICD – 10 có sự khác biệt với tỉnh khác vì bệnh viện YHCT tại thành phố Hồ Chí Minh trực thuộc trung ương là cơ sở y tế điều trị chuyên sâu về YHCT, được đầu tư nguồn lực và trang thiết bị để điều trị những bệnh lý phức tạp vượt quá khả năng của các tuyến y tế dưới nên MHBT điều trị YHCT có sự khác nhau đôi chút giữa các tuyến nhưng không quá nhiều. Tóm lại, qua sự phân bố bệnh tật xếp theo chương bệnh và phân bố 10 bệnh thường gặp theo ICD – 10 tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 cho thấy các bệnh điều trị tại bệnh viện không quá đa dạng, chủ yếu là các bệnh về khớp và các bệnh mạn tính không lây. Lý giải cho tỷ lệ rất thấp các bệnh lây là vì sự phát triển mạnh mẽ của nền YHHĐ với các tiến bộ khoa học về phát triển các thuốc điều trị nhiễm vi sinh vật, thêm vào đó thành phố Hồ Chí Minh là nơi tập trung các bệnh viện đầu ngành của khu vực phía Nam với nhiều bệnh viện chuyên khoa sâu nên NB tìm đến bệnh viện YHCT chủ yếu là các bệnh không lây. Sở dĩ BV ĐHYD TP.HCM – CS3 thu hút được nhiều NB đến khám và điều trị bệnh mạn tính là vì mô hình điều trị có sự kết hợp các loại thuốc thảo dược, châm cứu, các phương pháp không dùng thuốc khác cùng với phục hồi chức năng đem lại hiệu quả với

ít tác dụng phụ.

Các chứng YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất trong MHBT của NB điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 là chứng tý (13,34%), chứng đàm (8,17%), huyễn vựng (7,29%). Trong đó, chứng tý tương đương với các bệnh theo YHHĐ như: Đau thần kinh sau Zona (G53.0), Bệnh rề và đám rối thần kinh (G54), Viêm đa dây thần kinh (G61), Thoái hóa cột sống (M47), Thoái hóa khớp gối (M17), Đau lưng (M54)... Chứng đàm tương ứng với các bệnh như: Rối loạn chuyển hóa lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu (E78), Bệnh béo phì (E66). Chứng huyễn vựng tương ứng với các bệnh: Tăng huyết áp (I10), Rối loạn chức năng tiền đình (H82). Chứng vị nghịch và vị quản thông tương ứng với các chẩn đoán YHHĐ: Bệnh trào ngược dạ dày thực quản (K21), Loét dạ dày (K25), Loét tá tràng (K26), Viêm dạ dày và tá tràng (K29). Ngoài ra, các chứng này tương đương với các mã ICD – 10 nằm trong các chương XIII, chương XI và chương IX. Đây cũng là các chương chiếm tỷ lệ cao nhất trong MHBT tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3. Như vậy, có thể thấy phân bố bệnh tật xếp các chứng YHCT phù hợp và có mối liên quan với phân bố bệnh tật xếp theo chương ICD – 10 của YHHĐ.

Qua khảo sát thì các nguyên nhân đến khám thường gặp tại BV ĐHYD – CS3 là đau mỏi vai, đau lưng, đau và hạn chế vận động khớp gối và yếu 1/2 người. Điều này cho thấy có sự liên quan giữa nguyên nhân đến khám với các chương bệnh thường gặp theo ICD – 10 là chương bệnh cơ xương khớp và mô liên kết. Ngoài ra, khi NB đến khám ngoài bệnh chính sẽ kèm theo các bệnh lý khác, chủ yếu là các bệnh chuyển hóa. Các bệnh lý này thuộc các chương bệnh hệ tuần hoàn, hệ tiêu hóa, hệ nội tiết dinh dưỡng và

chuyển hóa. Do đó, các bệnh thường gặp tại BV ĐHYD – CS3 theo YHHĐ là bệnh thoái hóa cột sống, rối loạn chuyển hoá lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu cũng như các chứng YHCT (chứng tý, chứng đằm, huyễn vựng) là phù hợp với nguyên nhân NB đến khám.

V. KẾT LUẬN

MHBT tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 năm 2023 có NB đến khám, điều trị chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động (16-59 tuổi), NB nữ nhiều hơn NB nam và đa số NB đến khám sống tại thành phố Hồ Chí Minh. Các chương bệnh chiếm tỷ lệ cao là bệnh cơ xương khớp và liên kết, bệnh tiêu hóa, bệnh tuần hoàn. Bệnh chính YHHĐ chiếm tỷ lệ cao nhất là thoái hóa cột sống, kế đến là rối loạn chuyển hoá lipoprotein và tình trạng tăng lipid máu, bệnh trào ngược dạ dày – thực quản. Bệnh chính YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất là chứng tý, chứng đằm và huyễn vựng.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin cảm ơn BV ĐHYD TP.HCM – CS3 đã tạo điều kiện tốt nhất để chúng tôi thực hiện nghiên cứu. Cảm ơn các bác sĩ và nhân viên y tế của BV ĐHYD TP.HCM – CS3 đã nỗ lực đóng góp vào nghiên cứu và cung cấp các phản hồi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Ngọc Phong.** Ảnh hưởng của khí hậu đối với sức khỏe. Bách khoa toàn thư bệnh học tập 2, Trung tâm biên soạn từ điển Bách khoa Việt Nam, Hà Nội. 1994; tr. 17-18.
2. **Ngô Thanh Hùng.** Khảo sát mô hình bệnh tật của NB điều trị nội trú tại bệnh viện Y Dược cổ truyền tỉnh Đồng Nai năm 2019, 2020 và 2021 trong bối cảnh đại dịch COVID - 19. Luận văn Thạc sĩ Y học cổ truyền. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2022.
3. **Nguyen DNV, Nguyen T.** An overview of the use of plants and animals in traditional medicine systems in Viet Nam. Published online 2008. Accessed September 18, 2023.
4. **Nguyễn Tuệ Nguyên Tâm.** Khảo sát mô hình bệnh tật của NB là người cao tuổi điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2019. Luận văn Thạc sĩ Y học cổ truyền. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2021.
5. **Nguyễn Thị Lan, Nguyễn Minh Phương.** Nghiên cứu mô hình bệnh tật và tử vong trẻ em tại một số bệnh viện tại tỉnh Cà Mau năm 2018 - 2022. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;530(1).
6. **Nhan Hồng Tâm.** Mô hình bệnh tật của NB điều trị nội trú tại bệnh viện Y học cổ truyền Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2015. Luận văn Thạc sĩ Y học cổ truyền. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2016.
7. **Phạm Nguyễn Diễm My.** Mô hình bệnh tật của bệnh viện Y học cổ truyền Tiền Giang. Luận văn Thạc sĩ Y học cổ truyền. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. 2022
8. **Tổng cục thống kê.** Niên giám thống kê 2022. Ấn bản lần thứ 1. NXB Thống kê; 2022.

BƯỚC ĐẦU XÂY DỰNG TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN CÁC HỘI CHỨNG Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 BẰNG MÔ HÌNH CÂY TIỀM ẨN

Dương Thị Ngọc Lan¹, Võ Trọng Tuân¹, Nguyễn Thị Bay¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát các triệu chứng và phân hội chứng y học cổ truyền (HC YHCT) trên người bệnh đái tháo đường type 2 (ĐTĐ2) bằng mô hình cây tiềm ẩn (Latent tree model - LTM).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Sử dụng LTM phân tích triệu chứng YHCT của 391 người bệnh ĐTĐ2 đến khám tại phòng khám Nội tiết bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM - Cơ sở 1 trong thời gian từ 01/2022 đến 06/2022. **Kết quả:** Kết quả phân tích của mô hình ghi nhận 7 hội chứng gồm Thấp nhiệt trung trở, Tỳ hư thấp khớp, Khí âm lưỡng hư, Can Thận âm hư, Can uất Tỳ hư, Âm dương lưỡng hư, Ứ huyết trở trệ và các triệu chứng YHCT có tương quan mạnh trong mô hình tương ứng với các hội chứng. **Kết luận:** Phân tích dữ liệu lâm sàng bằng LTM nhận thấy cấu trúc tiềm ẩn của các nhóm triệu chứng có sự tương đồng với lý luận YHCT, từ đó giúp phân loại các HC YHCT trên người bệnh ĐTĐ2 một cách khách quan.

Từ khóa: đái tháo đường type 2, hội chứng y học cổ truyền, mô hình cây tiềm ẩn

SUMMARY

INITIAL DEVELOPMENT OF DIAGNOSTIC CRITERIA FOR TRADITIONAL MEDICINE SYNDROMES IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS USING LATENT TREE MODELS

Objectives: This study was conducted to investigate the symptoms and traditional medicine (TM) syndrome differentiation of type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients using the Latent Tree Models (LTM). **Subjects and Methods:** The LTM was used to analyze the TM symptoms of 391 T2DM patients who visited the Endocrinology Clinic of the University Medical Center – Branch 1 in Ho Chi Minh City from January 2022 to June 2022. **Results:** The analysis results of the model recorded 7 syndromes including: Damp-heat in the Middle Jiao, Spleen deficiency with Dampness stagnation, Qi and Yin deficiency, Liver and Kidney Yin deficiency, Liver stagnation and Spleen deficiency, Yin and Yang deficiency, and Blood stasis. The TM symptoms had strong correlations in the model corresponding to the syndromes. **Conclusion:** The analysis of clinical data using LTM showed that the latent structure of the symptom groups was similar to the TM theory, which helps to classify TM syndromes in T2DM patients objectively.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, Traditional medicine syndrome, Latent Tree Models

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bay

Email: ngthibay@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một nhóm bệnh chuyển hóa đặc trưng bởi tăng đường huyết gây ra do thiếu hụt bài tiết và/hoặc hoạt động của insulin. Trong đó, đái tháo đường type 2 (ĐTĐ2) chiếm khoảng 90% những người có ĐTĐ [2]. Tại Việt Nam, vào năm 2015 đã có 3,5 triệu người mắc bệnh, theo báo cáo của liên đoàn ĐTĐ thế giới IDF [6]. ĐTĐ đã ảnh hưởng sâu sắc đến tâm lý và thể chất những người mắc phải bệnh và liên quan đến nhiều biến chứng nặng do tăng đường huyết mạn tính, là gánh nặng bệnh tật và gây tử vong ở hầu hết quốc gia trên thế giới [5].

ĐTĐ2 hiện tại chủ yếu quản lý bằng các thuốc tân dược, tuy nhiên, các tác dụng phụ nghiêm trọng của chúng (hạ đường huyết, tăng cân, viêm tụy cấp...) khiến cho các liệu pháp hỗ trợ và thay thế đang ngày càng được ưa chuộng. YHCT hơn 2000 năm trước không có khái niệm ĐTĐ, các y gia đời trước ghi nhận các triệu chứng của chứng “tiêu khát” có tương đồng với một số triệu chứng của ĐTĐ2 như ăn nhiều, khát nhiều, tiểu nhiều...[1]. Từ đó đến nay, việc nghiên cứu ứng dụng YHCT trong điều trị ĐTĐ đang ngày càng được đi sâu và áp dụng rộng rãi. Các phương pháp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc có tiềm năng hỗ trợ điều trị ĐTĐ và quản lý các biến chứng đã được chứng minh qua rất nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước [8].

Phân loại hội chứng YHCT là cơ sở nền tảng hướng dẫn cho chẩn đoán và điều trị trong YHCT. ĐTĐ2 có các triệu chứng biểu hiện trên lâm sàng rất đa dạng, có thể không có các triệu chứng khát nhiều, đói nhiều, tiểu nhiều, việc phân loại hội chứng YHCT theo chứng tiêu khát là chưa phù hợp. Mô hình cây tiềm ẩn (LTM) là mô hình đồ họa theo

xác suất với cấu trúc là mạng Bayes dạng cây, trong đó các nút lá đại diện cho các biến biểu hiện được quan sát và các nút nội bộ đại diện cho các biến tiềm ẩn. Mô hình cây tiềm ẩn cung cấp một phương pháp thống kê khoa học để phân loại các hội chứng YHCT và cho thấy khả năng thành lập tiêu chuẩn chẩn đoán khách quan để phân biệt các hội chứng [7]. Tại Việt Nam, vẫn chưa có nghiên cứu nào trên người bệnh ĐTĐ2 sử dụng các mô hình phân tích để tìm ra các hội chứng YHCT có thể gặp trên lâm sàng. Việc tiến hành nghiên cứu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán các hội chứng lâm sàng YHCT của ĐTĐ2, có thể giúp thống nhất chẩn đoán giữa các bác sĩ YHCT, ứng dụng phục vụ cho công tác giảng dạy, nghiên cứu và thực hành điều trị lâm sàng YHCT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán các hội chứng lâm sàng YHCT nào trên người bệnh đái tháo đường type 2 bằng mô hình cây tiềm ẩn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 391 người bệnh đái tháo đường type 2.

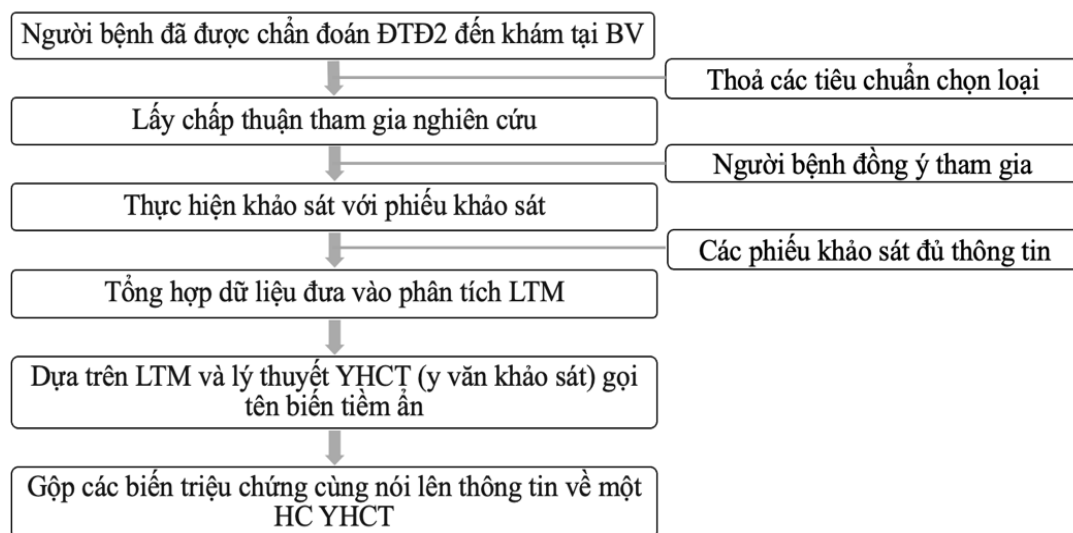
- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh đã được chẩn đoán ĐTĐ2 theo hồ sơ bệnh án hoặc người bệnh mới chẩn đoán theo tiêu chuẩn của hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (American Diabetes Association – ADA) 2022 bởi bác sĩ chuyên khoa. Người bệnh ĐTĐ2 trên 18 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh ĐTĐ2 có kèm theo có thai, đang mắc các bệnh lý cấp tính, có rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc hoặc không thực hiện được y lệnh, không hợp tác trong quá trình

thăm khám hoặc nội dung bảng khảo sát không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả

cắt ngang. Tại phòng khám Nội tiết bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM - Cơ sở 1 từ 01/2022 đến 06/2022.



Hình 1. Quy trình nghiên cứu

- **Cỡ mẫu** được tính theo công thức ước lượng mẫu:

$$n \geq \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Lấy $\alpha = 0,05$, $Z_{0,975} = 1.96$, $p = 0,5$, $d = 0,05$, ta được cỡ mẫu cần có ít nhất 385 đối tượng.

- Phương pháp lấy mẫu: Lấy mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu, cho đến khi đạt ít nhất 385 người bệnh.

2.2.1. Biến số

Biến số triệu chứng: có 2 giá trị có và không, gồm 135 triệu chứng thuộc các nhóm vọng chẩn, văn chẩn, vẩn chẩn, thiết chẩn tổng hợp từ giai đoạn khảo sát y văn và ý kiến chuyên gia được đưa vào khảo sát trên lâm sàng. Các hội chứng, triệu chứng dùng trong nghiên cứu được định nghĩa dựa trên tham khảo định nghĩa trong các sách chứng trạng, chứng hậu YHCT, thuật ngữ YHCT của Tổ chức Y tế Thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương. Những triệu chứng không tìm

được định nghĩa trong sách YHCT sẽ được tham khảo trong các sách YHHĐ.

2.2.2. Kiểm soát sai lệch

Chọn lựa đối tượng theo đúng tiêu chí chọn mẫu. Toàn bộ quá trình nghiên cứu do 1 bác sĩ YHCT thu thập số liệu kết hợp dữ liệu bệnh tật từ hồ sơ y tế điện tử hoặc giấy. Các biến triệu chứng YHCT có định nghĩa được thống nhất qua bước khảo sát ý kiến chuyên gia. Sử dụng các công cụ đo lường đã được xác thực để đánh giá như màu sắc nước tiểu thông qua thang màu sắc nước tiểu của Armstrong, tính chất lưỡi theo sơ đồ nghiên cứu biểu hiện của lưỡi trên người bệnh ĐTĐ2 của tác giả Hsu, tính chất phân theo thang đo dạng phân Bristol. Số liệu được làm sạch và kiểm tra lại 2 lần, số liệu sau khi vào được kiểm tra lại ngẫu nhiên 20%.

2.3. Xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Excel 2019. Xử lý số liệu và các phép kiểm bằng phần

mềm Lantern 5.0. Các triệu chứng được phân nhóm trong cây tiềm ẩn dựa vào tiêu chí: các triệu chứng có khuynh hướng cùng xảy ra (đồng hiện), các triệu chứng có khuynh hướng loại trừ nhau, kết hợp cả hai khuynh hướng đồng hiện và loại trừ. Để đo lường mức độ tương quan này, mô hình cây tiềm ẩn sử dụng một thông số gọi là thông tin tương hỗ tích lũy (CMI). Phần mềm Lantern chọn một số biến hiển thị có tương quan cao với biến tiềm ẩn và lý giải dựa trên các biến hiển thị này. Triệu chứng được chọn làm triệu chứng chính của từng hội chứng lâm sàng trên người bệnh ĐTD2 là triệu chứng có CMI tối đa đạt 95%.

Nghiên cứu đã được xét duyệt và chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh số 595/HĐĐĐ-ĐHYD.

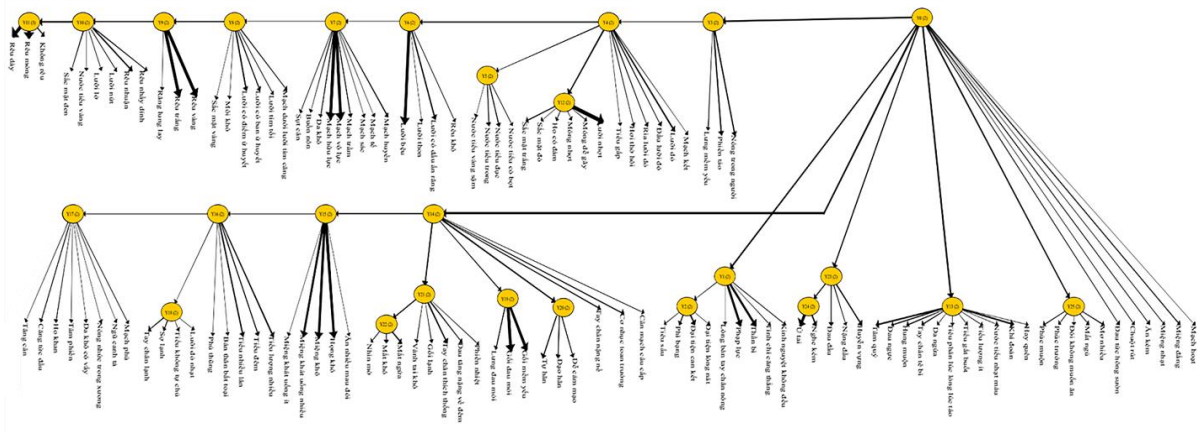
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 391 người tham gia đáp ứng các tiêu chí lựa chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của mẫu là $61,1 \pm 9,2$ tuổi, với độ tuổi thấp nhất và cao nhất lần lượt là 41 và 87 tuổi. Tỷ lệ nữ giới (57%) cao hơn nam giới (43%). Thời gian mắc bệnh tiểu đường trung bình là 7,5 năm (trung vị: 6 năm; khoảng tứ phân vị: 2-10 năm). Chỉ số HbA1c trung bình là $8,8 \pm 2,4\%$.

3.2. Kết quả phân tích triệu chứng bệnh ĐTD2 bằng mô hình cây tiềm ẩn LTM

Dùng mô hình cây tiềm ẩn LTM phân tích triệu chứng đưa vào nghiên cứu chọn được mô hình có điểm Bayes cao nhất, thu được mô hình gồm 26 biến tiềm ẩn từ Y0 đến Y25 như sau:



Hình 2. Mô hình phân tích cây tiềm ẩn 124 triệu chứng

Chọn các biến tiềm ẩn đưa vào phân tích toàn diện (all leaf) gồm Y0, Y1, Y3, Y8, Y13, Y14, Y15, Y16, Y18, Y19, Y20, Y21, Y22, Y23, và Y25 dựa trên phối hợp các tiêu chí sau: chọn các biến tiềm ẩn có chứa cụm triệu chứng có ý nghĩa; chọn các biến tiềm ẩn

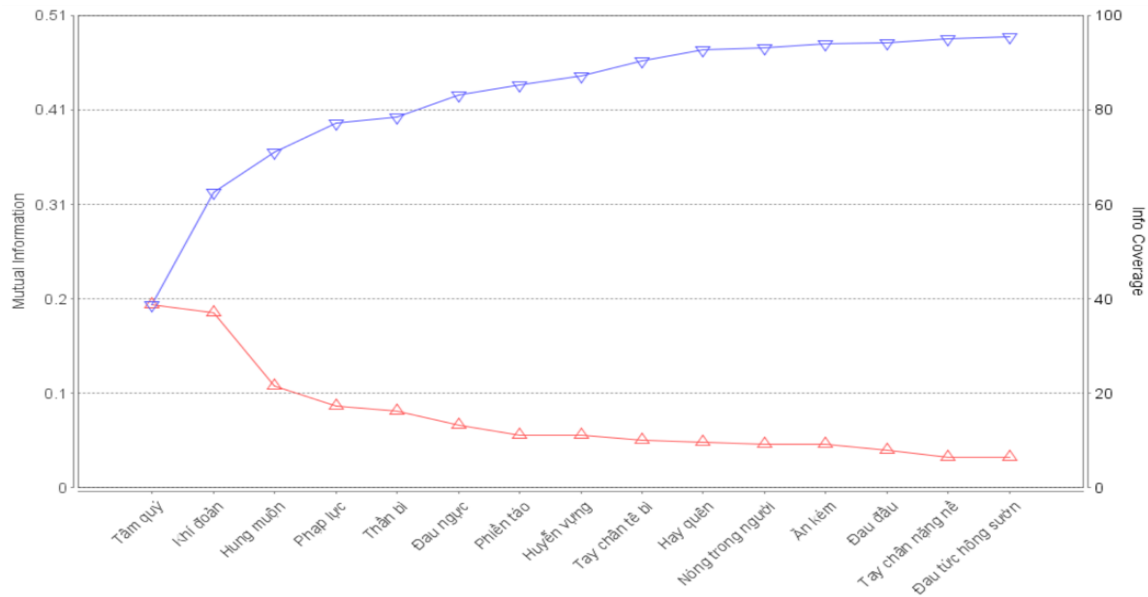
có các cụm triệu chứng liên quan mật thiết với chứng tiêu khát (khát, ăn, tiểu và các triệu chứng toàn thân); loại cụm chứa các triệu chứng thu thập có tính khách quan thấp và có tỉ lệ xuất hiện trên lâm sàng dưới 2% [8].

Bảng 1. Triệu chứng của từng biến tiềm ẩn

Biến	Biến biểu hiện
Y0	Mệt mỏi (thần bì, pháp lực), hồi hộp đánh trống ngực (tâm quý), khí đoản, hoa mắt chóng mặt (huyền vựng), phiền táo, cảm giác nóng trong, ăn kém, đau đầu, nặng ngực, tay chân nặng nề, miệng đắng, đau tức hông sườn, tự hãn, gối đau mỏi, gối yếu, tay chân đau nhức, miệng nhạt, ù tai, cơ căng mỏi, đau ngực
Y1	Mệt mỏi, hồi hộp đánh trống ngực, khí đoản
Y3	Phiền táo, cảm giác nóng trong, mệt mỏi, hồi hộp đánh trống ngực, khí đoản, hoa mắt chóng mặt
Y8	Lưỡi có điểm ứ huyết, lưỡi có ban ứ huyết, mạch dưới lưỡi tím căng, lưỡi tím tối, rêu vàng, rêu trắng
Y13	Hồi hộp đánh trống ngực, khí đoản, nặng ngực, mệt mỏi, đau ngực, phiền táo, hoa mắt chóng mặt, tay chân tê bì, hay quên, cảm giác nóng trong, ăn kém, đau đầu, tay chân nặng nề, đau tức hông sườn
Y14	Tay chân nặng nề, gối đau mỏi, gối yếu, tự hãn, tay chân đau nhức, cơ căng mỏi, mệt mỏi, hồi hộp đánh trống ngực, khí đoản, họng khô, đau tăng nặng về đêm, đạo hãn, hoa mắt chóng mặt, miệng khô, phiền táo, cảm giác nóng trong, ăn kém
Y15	Họng khô, miệng khô
Y16	Tiểu lượng nhiều, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, họng khô, miệng khô, miệng khát uống nhiều, sợ lạnh
Y18	Sợ lạnh, tay chân lạnh, tiểu lượng nhiều, tiểu nhiều lần
Y19	Gối đau mỏi, gối yếu
Y20	Tự hãn, đạo hãn, dễ cảm mạo, tay chân nặng nề, gối đau mỏi, gối yếu, tay chân đau nhức, mệt mỏi
Y21	Tay chân đau nhức, đau tăng nặng về đêm, mắt ngứa, gối đau mỏi, gối yếu, tự hãn, tay chân nặng nề, phiền nhiệt, mệt mỏi, mắt khô, cơ căng mỏi
Y22	Mắt ngứa, mắt khô, tay chân đau nhức, nhìn mờ
Y23	Hoa mắt chóng mặt, đau đầu, ù tai, mệt mỏi, hồi hộp đánh trống ngực, khí đoản, phiền táo, cảm giác nóng trong, ăn kém, nghe kém, nặng đầu
Y25	Mất ngủ, nặng bụng, căng chướng bụng, mơ nhiều, mệt mỏi, hồi hộp đánh trống ngực, khí đoản, hoa mắt chóng mặt, phiền táo, cảm giác nóng trong, ăn kém, đau đầu, đói không muốn ăn

3.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán của từng hội chứng YHCT theo nghiên cứu lâm sàng thông qua phân tích bằng LTM

Sau khi phân tích toàn diện các biến tiềm ẩn trên, ở mỗi biến tiềm ẩn sẽ ghi nhận được các triệu chứng có thông tin tương hỗ tích lũy 95% tương ứng.



Hình 3. Các triệu chứng có thông tin tương hỗ tích lũy 95% của biến Y13

Sau khi phân tích toàn diện các biến tiềm ẩn trên, ở mỗi biến tiềm ẩn sẽ ghi nhận được các triệu chứng có thông tin tương hỗ tích lũy 95% tương ứng. Dựa trên mô hình cây tiềm ẩn và nền tảng lý thuyết YHCT thông qua các y văn dùng trong khảo sát gọi tên biến tiềm ẩn là tên của hội chứng YHCT.

Kết quả ghi nhận có 48 triệu chứng có mối tương quan mạnh với biến tiềm ẩn, với giá trị thông tin tương hỗ tích lũy 95% hỗ trợ chẩn đoán 7 hội chứng lâm sàng YHCT sau:

- Thấp nhiệt trung trở: Miệng đắng, mệt mỏi, căng chướng bụng, nặng bụng, nặng ngực, tay chân tê bì, mơ nhiều, tay chân nặng nề, cơ căng mỏi, phiền táo

- Tỳ hư thấp khốn: Mệt mỏi, tay chân nặng nề, miệng nhạt, nặng đầu, phúc trướng, nặng bụng, nặng ngực, ăn kém, cơ căng mỏi, tay chân tê bì, hoa mắt chóng mặt

- Khí âm lưỡng hư: Mệt mỏi, khí đoản, dễ cảm mạo, ăn kém, họng khô, miệng khô, tự hãn, đạo hãn, hoa mắt chóng mặt, đau ngực, hồi hộp đánh trống ngực, ù tai, gỏi đau mỗi yếu, miệng khát uống nhiều, tiểu nhiều lần, lượng nhiều, tiểu đêm, thất miên, mơ

nhiều, dễ cảm mạo, hay quên, phiền táo, cảm giác nóng trong, nghe kém, nhìn mờ.

- Can Thận âm hư: Gỏi đau mỗi, gỏi yếu, nhìn mờ, mệt mỏi, mắt khô, họng khô, huyền vung, mắt ngứa, phiền nhiệt, nóng trong, ù tai, nghe kém, đạo hãn.

- Can uất Tỳ hư: Phiền táo, nặng ngực, ăn kém, nhìn mờ, mắt khô, đau tức hông sườn, mệt mỏi, miệng đắng, mắt ngứa.

- Âm dương lưỡng hư: Tiểu nhiều lần, tay chân lạnh, sợ lạnh, tiểu lượng nhiều, miệng khô, họng khô, tiểu đêm, mệt mỏi.

- Ứ huyết trở trệ: Tay chân tê bì, tay chân đau nhức, đau đầu, đau ngực, hồi hộp đánh trống ngực, đau tăng nặng về đêm, lưỡi có ứ ban, lưỡi tím tối, lưỡi có ứ điểm, mạch lạc dưới lưỡi tím tối.

IV. BÀN LUẬN

Thông qua khảo cứu y văn, chúng tôi thống kê được 24 hội chứng YHCT và 135 triệu chứng đơn lẻ. Qua khảo sát ý kiến chuyên gia, 134 triệu chứng được đưa vào khảo sát trên lâm sàng. Có một số triệu chứng không xuất hiện trên lâm sàng.

Mục đích của phân tích cụm là nhóm các đối tượng thành các lớp để các đối tượng trong một lớp tương tự nhau và càng khác biệt với các đối tượng trong các lớp khác càng tốt. Qua khảo sát bằng LTM, ta thấy được các cụm triệu chứng không được thống nhất giữa các y văn như họng khô và miệng khô, thần bì và pháp lực, gối đau mỗi và gối yếu luôn đi cùng với nhau. Vì thế có thể gộp thành triệu chứng miệng họng khô, mệt mỗi và gối đau mỗi yếu. Việc sử dụng mô hình cây tiềm ẩn để phân cụm triệu chứng hỗ trợ trong việc thống nhất miêu tả các triệu chứng của hội chứng.

Để giải thích ý nghĩa của biến tiềm ẩn Y có dạng đồng hiện, Lantern 5.0 sẽ chọn một số biến triệu chứng có mối tương quan cao nhất với biến tiềm ẩn Y và diễn giải dựa trên các biến ẩn này. Chúng tôi chỉ bao gồm các biến triệu chứng có mối tương quan chặt chẽ với Y. Sau khi phân tích từ LTM, chúng tôi phát hiện 7 hội chứng gồm Can uất Tỳ hư, Tỳ hư thấp khôn, Thấp nhiệt trung trở, Khí âm lưỡng hư, Can Thận âm hư, Âm dương lưỡng hư, Ứ huyết trở trệ. So với NC của Zhang [10], đều cùng ghi nhận hội chứng Thấp nhiệt trung trở, Tỳ hư thấp khôn, Khí âm lưỡng hư, Ứ huyết trở trệ và Âm dương lưỡng hư; không ghi nhận hội chứng Tỳ khí hư, Âm hư nhiệt thịnh. Các HC trong NC của chúng tôi cũng đều đã từng được ghi nhận trong NC trước đó về phân bố các HC YHCT trên người bệnh ĐTĐ, kết quả cho thấy HC Khí âm lưỡng hư là nổi bật nhất, và phần lớn có kèm theo Ứ huyết trở trệ; táo nhiệt và đàm thấp cũng rất thường gặp [9]. Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận các hội chứng ít được nhắc đến trước đây trong các sách ở trong nước.

Các triệu chứng có mối tương quan mạnh trong nghiên cứu phần lớn tương đồng với

tiêu chuẩn chẩn đoán các hội chứng YHCT của các hướng dẫn như Hướng dẫn nguyên tắc chỉ đạo NC thuốc YHCT (2002) [11] của Trung Quốc, Hướng dẫn của Hiệp hội Trung Hoa Trung y dược (2011) [12], Hướng dẫn quốc tế về nguyên tắc chẩn đoán và điều trị ĐTĐ của Xiaolin Tong và cs (2020) [8]. Các triệu chứng không được đưa vào khảo sát trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng có xuất hiện trong các hướng dẫn trên như thường hay thờ dài, đại tiện không thông sướng, phân hôi dính, mụn nhọt, tâm trạng không tốt, mạch khẩn, sợ nóng, chi dưới tím tối, nói năng không rõ ràng, xuất huyết đầy mắt, mặt có ứ ban, quáng gà, di tinh, mộng tinh. Bên cạnh đó, phần lớn các triệu chứng mạch và lưỡi không có tương quan cao với biến tiềm ẩn trong nghiên cứu.

Phân tích bằng LTM có thể giúp tìm ra mối liên hệ giữa các triệu chứng và hội chứng, tuy nhiên các triệu chứng là biến nhị giá, không đánh giá được mức độ nặng nhẹ của bệnh. Bên cạnh đó, máy tính không thể gọi tên cụ thể mối liên hệ theo lý luận YHCT giữa các biến, các đặc trưng của mỗi biến tiềm ẩn hay tên gọi hội chứng cần được nêu ra bởi chuyên gia. NC của chúng tôi nhằm hạn chế sự đặt tên và phân loại một cách chủ quan, chỉ gọi tên các hội chứng dựa trên các khái niệm được nhắc đến trước đó trong y văn, điều này có thể ảnh hưởng đến việc gọi tên các hội chứng nổi bật mới hoặc đơn giản hóa số lượng hội chứng. Do hạn chế về mặt thời gian và nhân lực nên chúng tôi chỉ tiến hành được ở một trung tâm. Trong tương lai cần nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn để LTM có thể phân tích thông tin cho các triệu chứng và hội chứng ít gặp. Áp dụng các công cụ máy móc, kỹ thuật hiện đại, kết hợp ý kiến chuyên gia để thu được triệu chứng có tính chính xác cao và độ lặp lại cao, đặc biệt

là triệu chứng mạch và lưỡi. Nghiên cứu phát triển bộ câu hỏi tứ chẩn mang tính khách quan. Kết hợp kết quả của các nghiên cứu về chẩn đoán hội chứng lâm sàng YHCT trên người bệnh ĐTĐ2 ở Việt Nam cũng như trên thế giới từ đó bổ sung, đánh giá các triệu chứng và xây dựng hướng dẫn chẩn đoán có tính thống nhất.

V. KẾT LUẬN

Phân tích dữ liệu lâm sàng bằng LTM nhận thấy cấu trúc tiềm ẩn của các nhóm triệu chứng có sự tương đồng với lý luận YHCT. Nghiên cứu xác định và ghi nhận các hội chứng trước đây ít được báo cáo trong y văn trong nước. Điều này giúp phân loại các hội chứng YHCT trên người bệnh ĐTĐ2 một cách khách quan, cung cấp dữ liệu cho các nghiên cứu cũng như hướng dẫn chẩn đoán về YHCT trên người bệnh ĐTĐ2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Bay, Lê Thị Lan Hương.** Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông Tây Y. Nhà xuất bản Y học; 2022.
2. **Chatterjee S KK, Davies MJ.** Type 2 diabetes. *Lancet* (London, England). 2017; 389(10085): 2239-2251. doi:10.1016/s0140-6736(17)30058-2
3. **Hou C, Cui Y, Xu Y, Wang Y, Hao Y.** TCM Syndrome Recognition Model of Type 2 Diabetes Mellitus in Shanghai Based on TCM Inquiry Information. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2022;2022: 2843218. doi:10.1155/2022/2843218
4. **Lian F NQ, Shen Y, et al.** International traditional Chinese medicine guideline for diagnostic and treatment principles of diabetes. *Annals of palliative medicine.* 2020;9(4):2237-2250. doi:10.21037/apm-19-271
5. **Nanditha A MR, Ramachandran A, et al.** Diabetes in Asia and the Pacific: Implications for the Global Epidemic. *Diabetes Care.* 2016;39(3):472-85. doi:10.2337/dc15-1536
6. **Ngoc NB LZ, Ahmed W.** Diabetes: What Challenges Lie Ahead for Vietnam? . *Ann Glob Health.* 2020;86(1):1-1. doi:10.5334/aogh.2526
7. **N. L. Zhang et al.** Latent tree models and diagnosis in traditional Chinese medicine. *Artif Intell Med.* 2008;42(3):229-45.
8. **Tong XL DL, Chen L, Zhen Z.** Treatment of diabetes using traditional Chinese medicine: past, present and future. *The American journal of Chinese medicine.* 2012;40(5): 877-86. doi:10.1142/s0192415x12500656
9. **Xu WJ ZN, Li P, et al.** Applying latent tree analysis to classify Traditional Chinese Medicine syndromes (Zheng) in patients with psoriasis vulgaris. *Journal of traditional Chinese medicine.* 2022;42(1):132-139.
10. **Zhang GD, Liu XX, Liang JL, Hu QM.** The Distribution Pattern of Traditional Chinese Medicine Syndromes in 549 Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2021;14: 2209-2216. doi:10.2147/dmso.S295351
11. **郑筱萸.** 中药新药临床研究指导原则. 中国医药科技出版社. 2002:88.
12. **中华中医药学会.** 糖尿病中医防治指南. 国家中医药现代远程教育. 2011;9(4):148-150.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG CÁC PHƯƠNG PHÁP Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA PHỤ NỮ SAU SINH TRONG THỜI KỲ HẬU SẢN TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Nguyễn Lê Việt Hùng¹, Trần Tú Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Việc sử dụng Y học cổ truyền (YHCT) để cải thiện các vấn đề hậu sản đang ngày càng được sử dụng rộng rãi trên thế giới trong đó có Việt Nam. Tuy nhiên hiện chưa có nghiên cứu khảo sát tình hình sử dụng các phương pháp YHCT trong thời kỳ hậu sản tại Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tình hình sử dụng các phương pháp YHCT của phụ nữ sau sinh (PNSS) trong thời kỳ hậu sản tại bệnh viện Lê Văn Thịnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2024 trên 378 PNSS đang trong giai đoạn từ khi sinh đến 6 tháng sau sinh tại bệnh viện Lê Văn Thịnh. Tình hình sử dụng các phương pháp YHCT trong thời kỳ hậu sản được khảo sát dựa trên bộ câu hỏi của Mohd Hafiz Ridzuan. **Kết quả:** Tỷ lệ PNSS có sử dụng các phương pháp YHCT trong thời kỳ hậu sản tại bệnh viện Lê Văn Thịnh là 81,4%. PNSS đã kết hôn (OR: 10,65, KTC: 3,35-33,82, $p<0,001$), có cho con bú bằng sữa mẹ (OR: 2,72, KTC: 1,18-6,26, $p=0,018$), kinh tế đủ sống (OR: 7,10, KTC: 2,27-22,23, $p=0,001$) và khá giả (OR: 18,50, KTC: 4,29-79,81, $p<0,001$) là các nhóm có nhiều khả

năng sử dụng các phương pháp YHCT hơn. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ PNSS có sử dụng các phương pháp YHCT trong thời kỳ hậu sản khá cao và phổ biến ở những PNSS đã kết hôn, có cho bú bằng sữa mẹ, kinh tế đủ sống và khá giả. Kết quả của nghiên cứu góp phần đưa ra số liệu y học thực chứng về tình hình sử dụng phương pháp YHCT ở PNSS, từ đó đưa ra kế hoạch, chính sách giúp nâng cao kiến thức và hướng dẫn sử dụng YHCT trong thời kỳ hậu sản.

Từ khóa: Y học cổ truyền, thời kỳ hậu sản, phụ nữ sau sinh.

SUMMARY

SURVEY ON THE USE OF TRADITIONAL MEDICINE AMONG POSTPARTUM WOMEN DURING THE POSTPARTUM PERIOD AT LE VAN THINH HOSPITAL

Objectives: The use of traditional medicine to improve postpartum problems is being widely used around the world, including Vietnam. However, there is currently no research investigating the use of traditional medicine during the postpartum period in Vietnam. This study aimed to evaluate the use of traditional medicine among postpartum women during the postpartum period at Le Van Thinh hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted from January to May 2024 among 378 postpartum women in the period from delivery to six months post-delivery at Le Van Thinh hospital. The use of traditional medicine during the postpartum period was surveyed based

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Việt Hùng

Email: viethung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024

on the questionnaire from a study by Mohd Hafiz Ridzuan. **Results:** The prevalence of traditional medicine use among postpartum women during the postpartum period at LVT Hospital was 81.4%. Postpartum women were married (OR: 10.65, CI: 3.35-33.82, $p < 0.001$), breast-feeding (OR: 2.72, CI: 1.18-6.26, $p = 0.018$), moderate economic conditions (OR: 7.10, CI: 2.27-22.23, $p = 0.001$) and well-off (OR: 18.50, CI: 4.29-79.81, $p < 0.001$) were the groups that were more likely to use traditional medicine. **Conclusion:** Our research showed that the prevalence of traditional medicine use among postpartum women during the postpartum period was very high and traditional medicine use during the postpartum period is highly prevalent among postpartum women who are married, breast-feeding, and had moderate economic conditions or well-off. The results contribute to providing medical evidence, thereby creating plans to improve knowledge and guide the use of traditional medicine during the postpartum period.

Keywords: Traditional medicine, postpartum period, postpartum women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thời kỳ hậu sản là giai đoạn ngay sau khi sinh con cho đến sáu tuần sau khi sinh và có thể kéo dài đến 6 tháng (hậu sản muộn). Trong thời kỳ này, phụ nữ trải qua nhiều thay đổi về thể chất và tinh thần cũng như gặp phải nhiều vấn đề hậu sản như bí tiểu sau sinh, viêm tuyến vú, tắc tia sữa, đau lưng, rối loạn giấc ngủ, lo lắng trầm cảm [7]. Theo WHO năm 2020, khoảng 287.000 phụ nữ tử vong trong và sau khi mang thai và sinh con. Gần 95% tổng số ca tử vong mẹ xảy ra ở các quốc gia có thu nhập trung bình thấp và thấp [3]. Việc sử dụng YHCT để cải thiện các vấn đề hậu sản đang ngày càng phổ biến trên thế

giới với 87,7% PNSS trong thời kỳ hậu sản đã sử dụng ít nhất một loại thảo dược theo một nghiên cứu ở Đài Loan [1] và tỉ lệ PNSS sử dụng YHCT cũng lên đến 66,2% ở Malaysia [4]. Tại Việt Nam, việc sử dụng các phương pháp YHCT trong thời kỳ hậu sản rất phổ biến nhưng bằng chứng khoa học còn hạn chế. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để trả lời cho câu hỏi “Tình hình sử dụng các phương pháp YHCT của PNSS trong thời kỳ hậu sản tại bệnh viện Lê Văn Thịnh như thế nào?”

Mục tiêu:

- *Xác định tỉ lệ phụ nữ sau sinh có sử dụng các phương pháp Y học cổ truyền trong thời kỳ hậu sản tại bệnh viện Lê Văn Thịnh.*
- *Xác định các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sử dụng các phương pháp Y học cổ truyền của phụ nữ sau sinh trong thời kỳ hậu sản tại bệnh viện Lê Văn Thịnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

PNSS đang trong giai đoạn từ khi sinh đến 6 tháng sau sinh tại bệnh viện Lê Văn Thịnh từ tháng 01/2024 - 05/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn vào

PNSS từ đủ 16 tuổi trở lên đang trong giai đoạn từ khi sinh đến 6 tháng sau sinh đưa con đến khám tại khoa Nhi bệnh viện Lê Văn Thịnh và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại ra

PNSS từ chối tiếp tục tham gia trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu

Ước lượng cỡ mẫu dựa trên công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Với: Z: Trị số từ phân phối chuẩn. $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96^2$

α : Xác suất sai lầm loại I, $\alpha=0,05$

d: Độ chính xác tuyệt đối, $d=0,05$

p: Trị số mong muốn của tỉ lệ, $p=0,61$ dựa trên nghiên cứu của Nguyễn Văn Việt Thúy [4]

Từ đó tính ra cỡ mẫu tối thiểu là 366.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.2.4. Công cụ nghiên cứu: Phỏng vấn trực tiếp bằng cách cho PNSS trả lời bộ câu hỏi đã chuẩn bị sẵn được thiết kế chủ yếu dựa trên bộ câu hỏi của Mohd Hafiz Ridzuan [5].

2.2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Sau khi thu thập số liệu, chúng tôi tiến hành nhập liệu, mã hóa, kiểm tra bằng phần mềm Microsoft Office Excel 365 và phân tích bằng phần mềm Stata 17.0.

Mô tả các biến định tính dưới dạng tần số và tỉ lệ các biến định lượng dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

Dùng hồi quy Logistic đơn biến để xác định mối liên quan giữa các đặc điểm của mẫu nghiên cứu với tỉ lệ sử dụng các phương pháp YHCT. Mô hình hồi quy Logistic đa biến được dùng để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu. Các phép kiểm đều được thực hiện với độ tin cậy 95%.

Các sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Vấn đề y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, số 71/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 09/01/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện từ tháng 01/2024 đến 05/2024 trên 387 PNSS ở khoa Nhi bệnh viện Lê Văn Thịnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 387 PNSS, các kết quả được ghi nhận như sau:

Bảng 1. Đặc điểm nền của đối tượng nghiên cứu (n=387)

	Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tuổi (31,39 $\pm$ 6,32)	<25	61	15,8
	25-35	222	57,4
	>35	104	26,9
Trình độ học vấn	Không có giáo dục chính quy	5	1,3
	Tiểu học	13	3,4
	Trung học cơ sở	77	19,9
	Trung học phổ thông	129	33,3
	Sau phổ thông	163	42,1
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	50	12,9
	Nhân viên văn phòng	135	34,9
	Buôn bán	87	22,5
	Nội trợ, tự do	115	29,7

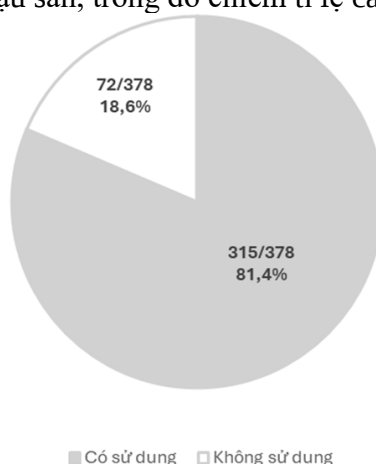
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	27	7,0
	Đã kết hôn	328	84,7
	Đã ly hôn	29	7,5
	Goá chồng	3	0,8
Điều kiện kinh tế	Dư giả	104	26,9
	Đủ sống	254	65,6
	Khó khăn	29	7,5

Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $31,39 \pm 6,32$ tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 25-35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (57,4%), có 3 PNSS dưới 18 tuổi, trình độ học vấn chủ yếu là Sau phổ thông và Trung học phổ thông lần lượt là 42,1% và 33,3%, nghề nghiệp nhiều nhất là nhân viên văn phòng chiếm 34,9%, đa số PNSS có kinh tế đủ sống chiếm 65,6%.

Bảng 2. Đặc điểm sản khoa của đối tượng nghiên cứu (n=387)

	Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Số con	1 con	121	31,3
	≥ 2 con	266	68,7
Phương pháp sinh lần gần nhất	Sinh thường	236	61,0
	Giúp sinh bằng dụng cụ	19	4,9
	Sinh mổ	132	34,1
Tình trạng cho con bú	Có	335	86,6
	Không	52	13,4
Người chăm sóc chủ yếu	Mẹ chồng	111	28,7
	Mẹ đẻ	213	55,0
	Chồng	182	47,0
	Họ hàng	41	10,6
	Người giúp việc	28	7,2
	Khác	0	0

PNSS sinh nhiều hơn hai con chiếm phần lớn với tỉ lệ 68,7%, nhóm sinh thường chiếm nhiều nhất với tỉ lệ 61%, đa số các PNSS cho con bú bằng sữa mẹ (86,6%), hầu hết PNSS có người chăm sóc trong thời kỳ hậu sản, trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là mẹ đẻ (55%).



Biểu đồ 1. Tỉ lệ PNSS sử dụng các phương pháp YHCT trong thời kỳ hậu sản tại bệnh viện Lê Văn Thịnh (n=378)

Trong số các PNSS tham gia vào nghiên cứu có 81,4% có sử dụng các phương pháp YHCT trong thời kỳ hậu sản cao gấp 4,38 lần số PNSS không sử dụng (18,6%).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sử dụng các phương pháp YHCT của PNSS trong thời kỳ hậu sản (n=387)

Đặc điểm		Sử dụng các phương pháp YHCT		Hồi quy Logistic đơn biến		Hồi quy Logistic đa biến	
		Có n=315 (%)	Không n=72 (%)	OR KTC 95%	P	OR KTC 95%	P
Tuổi	<25	42 (68,9)	19 (31,1)	1		1	
	25-35	184 (82,9)	38 (17,1)	2,19 (1,15-4,17)	0,017	0,92 (0,33-2,55)	0,872
	>35	89 (85,6)	15 (14,4)	2,68 (1,24-5,80)	0,012	1,21 (0,38-3,85)	0,750
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	11 (61,1)	7 (38,9)	1		1	
	Trung học cơ sở	58 (75,3)	19 (24,7)	1,94 (0,66-5,72)	0,228	1,67 (0,39-7,09)	0,487
	Trung học phổ thông	104 (80,6)	25 (19,4)	2,65 (0,93-7,51)	0,067	1,18 (0,27-5,11)	0,829
	Sau phổ thông	142 (87,1)	21 (12,9)	4,30 (1,50-12,33)	0,007	0,78 (0,17-3,58)	0,747
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	37 (74,0)	13 (26,0)	1		1	
	Nhân viên văn phòng	124 (91,9)	11 (8,1)	3,96 (1,64-9,58)	0,002	1,67 (0,45-6,16)	0,440
	Buôn bán	72 (82,8)	15 (17,2)	1,69 (0,73-3,91)	0,224	1,01 (0,31-3,29)	0,989
	Nội trợ, tự do	82 (71,3)	33 (28,7)	0,87 (0,41-1,85)	0,723	0,54 (0,19-1,56)	0,253
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	9 (33,3)	18 (66,7)	1		1	
	Đã kết hôn	291 (88,7)	37 (11,3)	15,73 (6,59-37,56)	<0,001	10,65 (3,35-33,82)	<0,001
	Đã ly hôn	13 (44,8)	16 (55,2)	1,63 (0,55-4,81)	0,380	1,03 (0,26-4,13)	0,969
	Goá chồng	2 (66,7)	1 (33,3)	4,00 (0,32-50,23)	0,283	3,19 (0,17-59,19)	0,436
Điều kiện kinh tế	Khó khăn	9 (31,0)	20 (69,0)	1		1	
	Đủ sống	209 (82,3)	45 (17,7)	10,32 (4,41-24,15)	<0,001	7,10 (2,27-22,23)	0,001
	Dư giả	97 (93,3)	7 (6,7)	30,79 (10,26-92,40)	<0,001	18,50 (4,29-79,81)	<0,001

Số con	1 con	90 (74,4)	31 (25,6)	1		1	
	≥ 2 con	225 (84,6)	41 (15,4)	1,89 (1,12-3,20)	0,018	1,08 (0,47-2,49)	0,854
Phương pháp sinh lần gần nhất	Sinh thường	196 (83,1)	40 (16,9)	1			
	Giúp sinh bằng dụng cụ	14 (73,7)	5 (26,3)	0,57 (0,19-1,68)	0,308		
	Sinh mổ	105 (79,6)	27 (20,4)	0,79 (0,46-1,37)	0,404		
Tình trạng cho con bú	Không	28 (53,9)	24 (46,1)	1		1	
	Có	287 (85,7)	48 (14,3)	5,13 (2,74-9,58)	<0,001	2,72 (1,18-6,26)	0,018
Người chăm sóc	Có	299 (83,3)	60 (16,7)	1		1	
	Không có	16 (57,1)	12 (42,9)	0,27 (0,12-0,59)	0,001	0,62 (0,18-2,13)	0,449

Trong phân tích đơn biến, nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, điều kiện kinh tế, số con, tình trạng cho con bú và người chăm sóc có liên quan đáng kể đến tỉ lệ sử dụng các phương pháp YHCT ($p < 0,25$). Tất cả 8 biến này đều được phân tích hồi quy Logistic đa biến nhằm kiểm soát yếu tố gây nhiễu.

Sau khi phân tích, kết quả cho thấy PNSS đã kết hôn có khả năng sử dụng các phương pháp YHCT cao hơn 10,65 lần (KTC 3,35-33,82) so với PNSS chưa kết hôn. PNSS có kinh tế đủ sống có khả năng sử dụng các phương pháp YHCT cao hơn 7,10 lần (KTC 2,27-22,23) so với PNSS điều kiện kinh tế khó khăn. PNSS có kinh tế dư giả có khả năng sử dụng các phương pháp YHCT cao hơn 18,50 lần (KTC 4,29-79,81) so với PNSS điều kiện kinh tế khó khăn. PNSS có cho con bú bằng sữa mẹ có khả năng sử dụng các phương pháp YHCT cao hơn 2,72 lần (KTC 1,18-6,26) so với PNSS không cho con bú bằng sữa mẹ. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $31,39 \pm 6,32$ tuổi, xấp xỉ với nghiên cứu của Mohd Hafiz Ridzuan (30,3 tuổi) [5]. Nghiên cứu ghi nhận tuổi nhỏ nhất của mẹ là 16 tuổi, có 3 PNSS trong độ tuổi vị thành niên, chiếm tỉ lệ rất nhỏ trong tổng số mẫu đã khảo sát. Trình độ học vấn chủ yếu là nhóm Sau phổ thông và Trung học phổ thông, cao hơn nghiên cứu của Mohd Hafiz Ridzuan với phần lớn PNSS có học vấn trung học cơ sở (67,7%) [5]. Đa số PNSS có công việc trong đó nhân viên văn phòng chiếm tỉ lệ cao nhất (34,9%), điều kiện kinh tế chủ yếu là đủ sống (65,6%), trong khi đó nghiên cứu của Mohd Hafiz Ridzuan PNSS hơn phân nửa thất nghiệp và đa số có thu nhập thấp (81,5%) [5]. Sự thay đổi trong tỉ lệ ngành nghề cũng phản ánh một phần về vị trí của phụ nữ trong xã hội được đề cao. Hầu hết PNSS đã kết hôn (84,7%), 2/3 PNSS sinh nhiều hơn hai con, đa số cho con bú bằng sữa mẹ (86,6%), cao hơn nghiên cứu của Mohd Hafiz Ridzuan với 59,5% PNSS có nhiều hơn hai con và

67,2% PNSS cho con bú [5]. Khác với nghiên cứu của Mohd Hafiz Ridzuan không đề cập đến người chăm sóc, chúng tôi quan tâm đến việc PNSS có được chăm sóc sau khi sinh, điều này thể hiện mức độ quan tâm của gia đình và xã hội đến sức khỏe của PNSS. Kết quả cho thấy hầu hết các PNSS có người chăm sóc trong thời kỳ hậu sản, trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là mẹ đẻ (55%).

4.2. Tỉ lệ PNSS sử dụng YHCT trong thời kỳ hậu sản

Nghiên cứu cho thấy rằng tỉ lệ sử dụng YHCT ở PNSS rất cao. Phát hiện này lặp lại nghiên cứu của R. Shaukat Ali cho thấy 54,7% PNSS đã sử dụng ít nhất một loại phương pháp YHCT [6], tương tự với nghiên cứu của Mohd Hafiz Ridzuan với 66,2% PNSS sử dụng YHCT [5]. Nghiên cứu của Ju Hee Kim ở Hàn Quốc cho thấy 59,3% PNSS đã sử dụng YHCT trong thời kỳ hậu sản [2] và một nghiên cứu khác ở Trung Quốc cũng chỉ ra tỉ lệ này là 30,9% [8]. Tuy nhiên, các nghiên cứu đã báo cáo tỉ lệ sử dụng YHCT thấp hơn, điều này có thể là do sự khác biệt trong định nghĩa về YHCT, các loại phương pháp YHCT được đưa vào khảo sát, vị trí và sự khác biệt về kinh tế văn hóa.

4.3. Các yếu tố liên quan đến tỉ lệ sử dụng các phương pháp YHCT

PNSS đã kết hôn có khả năng sử dụng YHCT cao hơn so với PNSS chưa kết hôn. Điều này có thể là do với PNSS chưa kết hôn thì việc sinh con ngoài hôn nhân có thể không nằm trong dự định, họ chưa kịp trang bị đầy đủ kiến thức và tìm hiểu nhiều về các phương pháp có thể sử dụng sau sinh. Trong nghiên cứu có thể thấy người chăm sóc chủ yếu ngoài mẹ đẻ thì mẹ chồng và chồng cũng chiếm tỉ lệ rất lớn, vì thế so với PNSS đã kết hôn, PNSS chưa kết hôn có thể không được quan tâm nhiều bằng nên dẫn tới có sự chênh

lệch này. PNSS chưa kết hôn trong nghiên cứu đa số ở độ tuổi <25 tuổi do đó nhận thức về sức khỏe cũng như về chăm sóc sau sinh chưa đầy đủ, tuy nhiên nghiên cứu ghi nhận 2/3 PNSS dưới 18 tuổi có sử dụng các phương pháp YHCT, điều đó thể hiện sự quan tâm đặc biệt của gia đình cũng như cộng đồng đến những PNSS ở độ tuổi vị thành niên này. Goá chồng chiếm tỉ lệ thấp nhất (0,8%), tuy nhiên họ vẫn được sự quan tâm của gia đình chồng, gia đình mình nên 2/3 người goá chồng vẫn sử dụng các phương pháp YHCT. Nghiên cứu cho thấy các đối tượng PNSS đặc biệt đang nhận được sự quan tâm và chăm sóc đúng mức của gia đình nói riêng và cả xã hội nói chung.

PNSS có kinh tế đủ sống hoặc dư giả có khả năng sử dụng YHCT cao hơn so với PNSS điều kiện kinh tế khó khăn. Điều này có thể là do PNSS có điều kiện kinh tế cao hơn sẽ quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe của bản thân và khả năng chi trả cho các chi phí sử dụng cũng cao hơn. Tuy nhiên điều này lại trái ngược với nghiên cứu của Mohd Hafiz Ridzuan cho thấy rằng PNSS ở các hộ gia đình có thu nhập hàng tháng thấp có nhiều khả năng sử dụng YHCT hơn. Điều này là do ở Malaysia các phương pháp YHCT rẻ hơn, dễ tiếp cận hơn và rất phổ biến ở khu vực nông thôn, trong khi ở các thành phố lớn, dịch vụ YHCT được thương mại hóa và do đó đắt hơn [5].

PNSS có cho con bú bằng sữa mẹ có khả năng sử dụng YHCT cao hơn so với PNSS không cho con bú bằng sữa mẹ. Điều này do phần lớn PNSS sử dụng YHCT có dùng xoa bóp và chủ yếu là xoa bóp ngực để kích thích tăng tiết sữa và cải thiện các vấn đề về vú trong thời gian cho con bú.

Hạn chế của đề tài

Phương pháp được sử dụng là lấy mẫu thuận tiện, trong thời gian ngắn và chỉ tại một bệnh viện do đó những phát hiện và suy luận của chúng tôi có thể không khái quát được cho dân số rộng hơn.

Nghiên cứu cắt ngang mô tả nên năng lực mẫu không mạnh cho kết luận mối quan hệ nhân quả.

V. KẾT LUẬN

Qua thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2024 trên 387 PNSS tại bệnh viện Lê Văn Thịnh, chúng tôi ghi nhận được:

- Tỷ lệ PNSS có sử dụng các phương pháp YHCT trong thời kỳ hậu sản tại bệnh viện Lê Văn Thịnh là 81,4%.
- Những PNSS đã kết hôn, PNSS có kinh tế đủ sống hoặc dư giả, PNSS có cho con bú bằng sữa mẹ là những nhóm có khả năng sử dụng các phương pháp YHCT cao hơn.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần tiến hành các nghiên cứu tương tự ở địa điểm khác nhau trong cả nước và nên sử dụng phương pháp lấy mẫu xác suất để cải thiện khía cạnh khái quát hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chuang CH, Chang PJ, Hsieh WS, et al.** Chinese herbal medicine use in Taiwan during pregnancy and the postpartum period: a population-based cohort study. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(6):787-795.
2. **Kim JH, Shin HS, Kim SY, et al.** Patterns and Factors associated with Complementary and Alternative Medicine Use among Korean Postpartum Women. *Korean J Women Health Nurs.* 2016;22(1):1-10.
3. **Lawrence ER, Klein TJ, Beyuo TK.** Maternal Mortality in Low and Middle-Income Countries. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.* 2022;49(4):713-733.
4. **Nguyen VVT, Zheng MY, Liu SM, et al.** Prevalence of Traditional Asian Postpartum Practices at a Federally Qualified Health Center. *J Immigr Minor Health.* 2022;24(5):1251-1260.
5. **Ridzuan MH, Ali MF, Tan CE, et al.** Traditional and Complementary Medicine Use During Postpartum Period: A Cross-Sectional Analysis at a Rural, Public Maternal and Child Health Clinic in West Malaysia. *Cureus.* 2021;13(6):e15410.
6. **Shaukat Ali R, Gnanasan S, Farooqui M.** Women's perspectives towards traditional and complementary medicine used to conceive, during pregnancy and the postpartum period. *Complement Ther Clin Pract.* 2018;30:109-115.
7. **Wojcieszek AM, Bonet M, Portela A, et al.** WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: strengthening the maternal and newborn care continuum. *BMJ Glob Health.* 2023;8(Suppl 2):e010992.
8. **Zeng Y, Zhou Y, Chen P, et al.** Use of complementary and alternative medicine across the childbirth spectrum in China. *Complement Ther Med.* 2014;22(6):1047-1052.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN TIÊU HÓA TRÊN NGƯỜI BỆNH HẬU NHIỄM COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HCM CƠ SỞ - 3

Kiều Xuân Thy¹, Trịnh Thị Diệu Thường², Lê Thị Thanh Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm của rối loạn tiêu hóa trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 202 người bệnh hậu COVID-19 được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của NICE. Các đặc điểm khảo sát bao gồm tuổi, giới, bệnh nền, BMI, thời gian hậu COVID-19, triệu chứng hậu COVID-19, triệu chứng rối loạn tiêu hóa theo YHCT. Thời gian thực hiện từ tháng 2/2022 – 5/2022 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM – Cơ sở 3. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20, Microsoft Excel 2016. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu thu được 10 tài liệu y văn, 202 người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn. Tuổi 30 – 60 chiếm đa số 54,4%; nữ nhiều hơn nam. Triệu chứng hậu COVID-19 theo thứ tự phổ biến là mệt mỏi, ho, khó thở, đau đầu và rối loạn tiêu hóa chiếm 21,9%. Thời gian hậu COVID-19 là 44,0(76) ngày, dài nhất được ghi nhận là 316 ngày. Giới tính, BMI, thời gian hậu COVID-19 có liên quan với triệu chứng rối loạn tiêu hóa hậu COVID-19. **Kết luận:** Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng rối loạn tiêu hóa là 21,9% phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ các triệu chứng rối

loạn tiêu hóa theo y học cổ truyền chiếm tỷ lệ cao. Nghiên cứu đã nêu ra được có mối liên quan giữa tuổi, giới tính, BMI, bệnh nền, thời gian hậu COVID-19 với rối loạn tiêu hóa hậu COVID-19.

Từ khóa: hậu COVID-19, rối loạn tiêu hóa.

SUMMARY

THE INVESTIGATION OF GASTROINTESTINAL SYMPTOMS ON POST-COVID-19 SYNDROME PATIENTS AT UNIVERSITY OF MEDICAL CENTER HCMC – BRANCH NO.3

Objectives: Survey the characteristics of the gastrointestinal symptoms in people with Post-covid-19 syndrome. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study on 202 Post-covid-19 syndrome patients diagnosed according to NICE standards. Survey characteristics include age, gender, background disease, BMI, Post-covid-19 period, Post-covid-19 syndrome, and TCM gastrointestinal symptoms. Implementation time from February 2022 to May 2022, at Medical Center HCMC – Branch No.3. Data analysis using SPSS 20, Microsoft Excel 2016 software. **Results:** The study sample obtained 10 medical documents, and 202 patients met the selection criteria. Age 30-60 accounted for the majority 54.4%, the female was more than males. Post-COVID-19 symptoms in order of popularity were fatigue, cough, shortness of breath, headache, and gastrointestinal symptoms accounting for 21.9%. Post-covid-19 syndrome time was 44.0(76) days, the longest recorded was 316

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Cục Quản lý Y Dược cổ truyền, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Xuân Thy

Email: kxthy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 10.8.2024

days. Gender, BMI and time after COVID-19 were all correlated with symptoms of Post-covid-19 gastrointestinal disorders. **Conclusion:** The prevalence of gastrointestinal symptoms is 21.9%, consistent with studies around the world, the rate of gastrointestinal symptoms according to traditional medicine accounts for high rate. Research has shown that there is a relationship between gender, BMI, background disease and Post-covid-19 syndrome time with gastrointestinal Post-covid-19 syndrome.

Keywords: Post-covid-19 syndrome, Post COVID-19, gastrointestinal symptoms, digestive disorders, traditional medical digestive disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nền y học hiện tại có những bước tiến quan trọng và thành công trong việc ngăn ngừa sự lây lan và kiểm soát COVID-19. Hội chứng hậu COVID-19 đã và đang là một vấn đề nổi bật được nghiên cứu một cách rộng rãi. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy triệu chứng phổ biến nhất hậu COVID-19 là mệt mỏi, khó thở, đau cơ, đau khớp, nhức đầu, ho, đau ngực, triệu chứng đường tiêu hóa [4-6]. Bên cạnh các triệu chứng về hô hấp thì còn có những triệu chứng quan trọng như tiêu chảy, buồn nôn, chán ăn, khô miệng, đau bụng... đã được báo cáo, nhưng nghiên cứu đầy đủ vẫn chưa được làm rõ. Do vậy, vấn đề ở hệ tiêu hóa có thể dẫn đến những chẩn đoán sai lầm và biến chứng không đáng có như xuất huyết đường tiêu hóa nghiêm trọng [8].

Dự đoán tác động lâu dài, di chứng, phương pháp điều trị kết hợp vừa hiệu quả vừa ít tác dụng phụ của COVID-19 vẫn đang là một thách thức. Tuy nhiên bất kể trong giai đoạn nào của bệnh, nhiều nghiên cứu chất lượng cao đã chỉ ra rằng tác dụng của Y học cổ truyền (YHCT) là đáng kể, với

phương pháp điều trị cá thể hóa, chú trọng điều trị hệ thống. Hơn thế, hiện nay đã có một chuỗi bằng chứng đầy đủ về việc phòng ngừa, điều trị và phục hồi của Y học Cổ truyền đối với COVID-19, điển hình là YHCT Trung Quốc đã cấp 6 bằng sáng chế cho 6 bài thuốc YHCT điều trị rất hiệu quả hậu COVID-19 [7]. Vì những lý do trên, nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định và mô tả các triệu chứng rối loạn tiêu hóa (RLTH) ở người bệnh hậu COVID-19, hướng tới khảo sát định hướng và hiệu quả điều trị bằng YHCT.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Khảo sát tỉ lệ xuất hiện triệu chứng rối loạn tiêu hóa ở nhóm người bệnh hậu COVID-19 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM – Cơ sở 3 từ tháng 02/2022 đến tháng 05/2022.

- Khảo sát tỷ lệ các triệu chứng rối loạn tiêu hóa theo YHCT trên người bệnh hậu COVID-19 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM – Cơ sở 3 từ tháng 02/2022 đến tháng 05/2022.

- Khảo sát sự liên quan giữa rối loạn tiêu hóa theo YHCT với tuổi, giới tính, BMI, bệnh mạn tính, thời gian hậu nhiễm COVID-19 trên người bệnh hậu COVID-19 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM – Cơ sở 3 từ tháng 02/2022 đến tháng 05/2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tài liệu y văn YHCT

Bao gồm: Sách, tài liệu, y văn chuyên ngành YHCT.

Tiêu chuẩn chọn tài liệu:

Sách kinh điển của YHCT, sách giáo khoa dùng giảng dạy của các bộ môn YHCT của các trường Đại học Y khoa trong và ngoài nước, sách chuyên khảo YHCT của

các tác giả là thầy thuốc có hơn 20 năm kinh nghiệm điều trị. Số lượng: Ít nhất 10 tài liệu.

2.1.2. Người bệnh hậu COVID-19

a. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán hậu COVID-19 thỏa tiêu chí của NICE (≥ 4 tuần) [6], và đang điều trị hậu COVID-19 nội trú/ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3.

b. Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh mắc các bệnh cấp tính cần xử lý tích cực bằng YHHĐ, phụ nữ có thai; rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác, rối loạn tâm thần hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc; đã mắc bệnh tiêu hóa và chưa điều trị khỏi trước nhiễm COVID-19.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Giai đoạn 1: Nghiên cứu tài liệu YHCT

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả phân tích.

Các bước thực hiện:

Bước 1: Chọn tài liệu.

Bước 2: Liệt kê các chứng YHCT có các triệu chứng tương ứng với triệu chứng của Rối loạn tiêu hóa theo YHHĐ, chọn tất cả hội chứng xuất hiện tài liệu y văn mô tả.

Bước 3: Liệt kê các đặc điểm của rối loạn tiêu hóa theo YHCT. Lấy tất cả các đặc điểm của rối loạn tiêu hóa theo YHCT và đưa vào tiêu chuẩn để khảo sát NB. Định nghĩa các triệu chứng.

Bước 4: Thiết lập phiếu khảo sát câu hỏi cho giai đoạn 2.

Giai đoạn 2: Nghiên cứu lâm sàng

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Các bước thực hiện:

Bước 1: BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được mời tham gia, đồng ý tham gia nghiên

cứu và ký giấy thông tin nghiên cứu, trả lời câu hỏi trên phiếu khảo sát.

Bước 2: Thu thập số liệu bằng cách ghi nhận thông tin từ hồ sơ bệnh án hoặc hỏi bệnh, phân loại bằng bảng câu hỏi.

Bước 3: Nhập liệu vào Excel 2016 và phân tích bằng Excel 2016, SPSS 20.

Bước 4: Phân tích số liệu dựa trên mục tiêu nghiên cứu.

Sử dụng công thức

$$n = Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}^2 \cdot \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Với n: cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu.

α : xác suất sai lầm loại 1, $\alpha=0,05$.

Z: trị số từ phân phối chuẩn, $Z_{0,975}=1,96$ với độ tin cậy là 95%.

p: trị số ước đoán của tỷ lệ, $p=12\%$ [2].

d: khoảng sai lệch (sai số tuyệt đối giữa mẫu và quần thể), $d=0,05$.

Áp dụng vào công thức trên, ta được cỡ mẫu tối thiểu $n=162$.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu:

Để có dữ liệu nghiên cứu các đặc điểm của RLTH trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19, chúng tôi đã tiến hành khảo sát trên 10 y văn bao gồm các giáo trình giảng dạy và tài liệu chuyên khảo trong và ngoài nước, đưa ra bộ câu hỏi phù hợp.

Xử lý số liệu:

Nghiên cứu thống kê và xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2016, SPSS 20. Các biến số định tính được mô tả bằng tần suất và tỉ lệ %. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc dạng trung vị và khoảng tứ phân vị. Dùng phép kiểm χ^2 , Fisher để khảo sát mối liên quan giữa 2 biến định tính, giữa biến định tính và biến định

lượng dùng kiểm định ANOVA nếu biến định lượng có phân phối bình thường và kiểm định Kruskal Wallis nếu biến định lượng có phân phối không bình thường.

Các sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Y đức:

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 75/HĐĐĐ-TP.HCM ngày 20/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nghiên cứu y văn

Chọn được 10 y văn thỏa tiêu chuẩn, lấy tất cả các triệu chứng thuộc RLTH trong y văn đưa vào nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 202 người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM – Cơ sở 3.

3.3. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng RLTH và tỷ lệ các triệu chứng RLTH theo YHCT trên người bệnh hậu COVID-19

Bảng 1. Tỷ lệ về các đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Nhóm	Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 18 - 30 tuổi	69	34,2
	Từ 30 - 60 tuổi	116	57,4
	Trên 60 tuổi	17	8,4
Giới tính	Nam	61	30,2
	Nữ	141	69,8
BMI (chỉ số khối cơ thể)	Thiếu cân	23	11,4
	Bình thường	105	52,0
	Tiền béo phì	36	17,8
	Béo phì độ 1	31	15,3
	Béo phì độ 2	7	3,5
Bệnh mạn tính (là những tình trạng kéo dài 6 tháng - 1 năm trở lên và đòi hỏi phải được chăm sóc y tế liên tục)	Tăng huyết áp (THA)	42	20,8
	Đái tháo đường (ĐTĐ)	11	5,4
	Bệnh tim mạch (BTM)	11	5,4
	Rối loạn lipid (RLLP)	16	7,9
	Bệnh khác	14	6,9
	Không bệnh mạn (KBM)	154	76,2

Nhóm tuổi 30-60 chiếm đa số 57,4%, kể đến là từ 18-30 tuổi chiếm 34,2%, nhóm tuổi tham gia ít nhất là trên 60 tuổi 8,4%. Về giới tính, nữ nhiều hơn nam. Nhóm người có BMI bình thường chiếm đa số 52,0%, kể đến là tiền béo phì, béo phì độ I. Không bệnh mạn tính kèm theo chiếm đa số 76,2%, kể đến là THA 20,8%, RLLP máu 7,9%.

Bảng 2. Thời gian tương ứng với triệu chứng hậu COVID-19

Thời gian hậu COVID-19 (TG)	N	Tỷ lệ %
Từ 4 - 12 tuần	132	65,4
Từ 12 tuần - 6 tháng	55	27,2

Trên 6 tháng		15	7,4
Ngắn nhất	Dài nhất	Thời gian trung vị (ngày)	
28	316	44,0(76)	

Thời gian trung vị hậu COVID-19 là 44,0(76) ngày, dài nhất được ghi nhận là 316 ngày, chủ yếu là nhóm từ 4-12 tuần hậu COVID-19, tỉ lệ giảm dần theo thời gian 12 tuần-6 tháng đến trên 6 tháng.

Bảng 3. Tỷ lệ triệu chứng hậu COVID-19

Đặc điểm (Ký hiệu)		N	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm (Ký hiệu)		N	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng hậu COVID-19	Rối loạn tiêu hóa (đường tiêu hóa xuất hiện các dấu hiệu bất thường về cấu trúc hoặc hoạt động)	44	21,9	Rối loạn tiêu hóa YHCT (đường tiêu hóa xuất hiện các dấu hiệu bất thường về cấu trúc hoặc hoạt động theo YHCT)	Buồn nôn (A1)	6	13,3
	Rối loạn giấc ngủ (thay đổi chất lượng và thời gian giấc ngủ ảnh hưởng đến sức khỏe, tinh thần, giảm chất lượng cuộc sống)	52	25,9		Nôn (A2)	2	4,4
	Mệt mỏi	105	52,2		Tiêu chảy (A3)	17	37,8
	Khó thở	80	39,8		Táo bón (A4)	4	8,9
	Đau đầu	50	24,9		Đau thượng vị (A5)	11	24,4
	Ho	85	42,3		Đau bụng (A6)	13	28,9
	Triệu chứng khác	67	33,3		Nhật miệng (A7)	13	28,9
					Đắng miệng (A8)	8	17,8
					Chán ăn (A9)	14	31,1
					Ợ hơi (A10)	9	20
					Ợ chua (A11)	7	15,6
					Đầy bụng khó tiêu (A12)	13	28,9
					Tức ngực sườn (A13)	2	4,4
					Khát nước thích uống nước ấm (A14)	6	13,3

Triệu chứng hậu COVID-19 theo thứ tự là mệt mỏi 52,2%, ho 42,3%, khó thở 39,8%, rối loạn giấc ngủ 25,9%, đau đầu 24,9% và triệu chứng rối loạn tiêu hóa chiếm 21,9%. Các triệu chứng khác gồm rối loạn lo âu, mất/giảm vị giác, mất/giảm khứu giác, đau ngực, đau khớp, đau cơ, hay quên, chóng mặt, hay quên, đau họng, đánh trống ngực, giảm thị giác, ngứa, tê tay chân, cáu gắt, đau lưng, lạnh run, sốt, đổ mồ hôi mỗi loại đều chiếm tỉ lệ thấp (Bảng 3).

Buồn nôn/nôn chiếm 17,8%, tiêu chảy/táo bón 46,7%, đau thượng vị 24,4%, đau bụng 28,9%, chán ăn 31,1%, nhật miệng, đầy bụng khó tiêu cùng 28,9%, ợ hơi 20,0%, đắng miệng 17,8%, ợ chua 15,6%, khát nước thích uống nước ấm 13,3%, tức ngực sườn 4,4% (Bảng 3).

Vậy, tỷ lệ xuất hiện triệu chứng rối loạn tiêu hóa là 21,9% phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ các triệu chứng rối loạn tiêu hóa theo y học cổ truyền chiếm tỷ lệ cao.

Bảng 4. Tỷ lệ các triệu chứng RLTH theo YHCT của dân số nghiên cứu

Đặc điểm (Ký hiệu)		N	Tỷ lệ %	Đặc điểm (Ký hiệu)		N	Tỷ lệ %
Đau thượng vị	Đau đột ngột dữ dội (B1)	3	6,7	Tính chất nôn	Nôn ra thức ăn (E1)	3	6,7
	Đau thượng vị từng cơn (B2)	7	15,6		Nôn ra nước chua (E2)	1	2,2
	Đau căng tức thượng vị (B3)	1	2,2		Nôn xong dễ chịu (E3)	4	8,9
	Đau nóng rất thượng vị (B4)	6	13,3		Nôn nhiều lần trong ngày	4	8,9
	Đau thượng vị âm ỉ kéo dài (B6)	6	13,3		Nôn tái đi tái lại (F1)	2	4,4
	Đau trướng thượng vị (B5)	1	2,2	Số lần nôn	Nôn lượng ít (F2)	4	8,9
	Đau cự ấn thượng vị (B7)	4	8,9	Khởi phát đại tiện	Đại tiện sau sôi bụng (G1)	9	20,0
	Đau thượng vị sau ăn (B8)	5	11,1		Đại tiện sau đau bụng từng cơn (G4)	2	4,4
	Đau thiện ấn thượng vị (B9)	3	6,7		Đại tiện lúc sáng sớm (G2)	1	2,2
	Đau thượng vị như dao cắt (B10)	1	2,2		Đại tiện sau ăn thức ăn/nước uống sống lạnh nhiều dầu mỡ (G3)	7	15,6
Đau bụng	Đau bụng quanh rốn (C1)	7	15,6	Tính chất phân	Đại tiện xong dễ chịu giảm đau bụng (H1)	13	28,9
	Đau trướng bụng (C2)	5	11,1		Đại tiện xong không dễ chịu không giảm đau bụng (H2)	1	2,2
	Đau lạnh bụng (C3)	2	4,4		Phân lỏng vàng (H3)	12	26,7
	Đau bụng âm ỉ kéo dài (C4)	11	24,4		Phân lỏng toàn nước (H4)	7	15,6
	Đau bụng thiện ấn (C5)	11	24,4		Phân lúc lỏng lúc sệt (H7)	6	13,3
	Đau bụng sau ăn (C6)	4	8,9		Phân nhót dính khó đi (H6)	3	6,7
Khởi phát nôn	Nôn sau ngửi mùi thức ăn (D2)	5	11,1		Phân kèm thức ăn không tiêu (H5)	2	4,4
	Nôn sau ăn (D1)	5	11,1		Phân lợn cợn (H8)	2	4,4
	Nôn sau ăn thức ăn/nước uống sống lạnh nhiều dầu mỡ (D3)	1	2,2		Phân có máu (H9)	1	2,2
	Nôn sau ăn nhiều hơn bình thường (D4)	2	4,4		Nóng rất hậu môn (H10)	7	15,6
Số lượng số lần đại tiện	Đại tiện nhiều lần (I2)	8	17,4		Đại tiện không hết phân (H11)	6	13,3
	Đại tiện tái đi tái lại (I3)	3	6,7		Phân khô lớn (H12)	3	6,7
	Tiêu chảy kéo dài (I1)	4	8,9		Phân vón cục nhỏ (H13)	3	6,7
	Lượng ít hơn bình thường (I5)	10	21,7				
	Lượng nhiều hơn (I4)	3	6,7				

Đau thượng vị chủ yếu là đau thượng vị từng cơn 15,6%, đau nóng rất thượng vị 13,3%, đau thượng vị âm ỉ kéo dài 13,3%. Đau bụng chủ yếu là đau bụng âm ỉ kéo dài 24,4%, đau bụng thiện ấn 24,4% (Bảng 4).

Khởi phát nôn chủ yếu là nôn sau ngủ dậy 11,1%, nôn sau ăn 11,1%. Tính chất nôn chủ yếu là nôn xong dễ chịu 8,9%, nôn ra thức ăn 6,7%. Số lần, số lượng nôn chủ yếu là nôn nhiều lần trong ngày 8,7% và nôn lượng ít 8,7% (Bảng 4).

Khởi phát đại tiện chủ yếu là đại tiện sau sôi bụng 20,0%, kể đến là đại tiện sau ăn thức ăn/nước uống sống lạnh nhiều dầu mỡ

19,6%. Tính chất đại tiện chủ yếu là đại tiện xong dễ chịu, giảm đau bụng 28,9%, phân lỏng vàng 26,7%. Số lượng số lần đại tiện chủ yếu là lượng ít hơn bình thường 21,7%, đại tiện nhiều lần trong ngày 17,4% (Bảng 4).

3.4. Mối liên quan giữa RLTH theo YHCT với tuổi, giới tính, bệnh mạn tính, thời gian hậu COVID-19

Bảng 5. P của mối liên quan giữa RLTH theo YHCT với tuổi, giới tính, bệnh mạn tính, thời gian hậu COVID-19

	Tuổi	Giới	BMI	THA	ĐTĐ	BTM	RLLP	TG
RLTH	0,629	0,031	0,007	0,951	0,767	0,059	0,088	0,028

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa: Rối loạn tiêu hóa với giới tính; RLTH với BMI>25; RLTH với Thời gian hậu COVID-19 (Bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

Nhóm tuổi 30-60 tuổi có tỷ lệ cao, kế tiếp là nhóm 18-30 tuổi, phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới chứng minh nhiễm COVID-19 cao ở 35-50 tuổi. Nhóm tuổi trên 60 chiếm ít nhất, có thể giải thích do nhiều bệnh nền, dù có triệu chứng hậu COVID thì đa số bị lu mờ và chồng lấp với bệnh khác, nên ít tham gia nghiên cứu, điều này được NICE, SIGN và RCGP (2022) ghi nhận rằng người bệnh có thể không liên kết các triệu chứng có sẵn của họ với hậu COVID-19 [6].

Nữ 69,8% nhiều hơn nam 30,2%, phù hợp với Goertz Y (2020) ghi nhận nữ chiếm 85,3%, Davis H (2021) nữ chiếm 78,9%, và của NICE, RCGP và SIGN (2022) [3, 4, 6]. Có thể thấy, nữ có liên quan đáng kể đến việc tăng nguy cơ mắc hậu COVID-19.

Phân độ BMI là phân phối không chuẩn. BMI trung vị của mẫu nghiên cứu là 22,3 (4) kg/m², khá phù hợp với nghiên cứu của

Goertz Y (2020) ghi nhận BMI 25,2 kg/m² [4].

Nhóm tiền béo phì chiếm 18%, béo phì độ I chiếm 15,3%, khá phù hợp với cuộc điều tra dinh dưỡng năm 2006 trên 17213 đối tượng từ 25 đến 64 tuổi tại 64 tỉnh/thành phố đại diện cho 8 vùng sinh thái toàn quốc [1].

Thời gian trung vị hậu COVID-19 là 44,0(76) ngày, dài nhất được ghi nhận là 316 ngày, thời gian xuất hiện nhiều triệu chứng nhất là những tuần đầu rồi giảm dần theo thời gian, phù hợp với các nghiên cứu của Davis H (2021) ghi nhận trong số 3762 người được hỏi, 2454 người đã trải qua các triệu chứng trong ít nhất 180 ngày (sáu tháng) [3].

Không bệnh mạn tính chiếm 58,1% phù hợp với nghiên cứu của Goertz Y (2020) là 61,2% (4). Tỷ lệ bệnh nền trong phần lớn các nghiên cứu được ghi nhận là tăng huyết áp và đái tháo đường. Vì thế chưa phù hợp ở nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ đái tháo đường thấp 9,9%, giải thích do cỡ mẫu nhỏ, đái tháo đường chung ở Việt Nam năm 2015 là 4,1% và các nghiên cứu về hậu COVID-19 trên

thực hiện đa số ở phương Tây, nơi lưu hành tỷ lệ đái tháo đường cao.

Tỷ lệ RLTH trên tổng các triệu chứng cao hơn mong đợi 21,89>12%, tuy nhiên vẫn phù hợp với nghiên cứu Lopez-Leon S (2021) có kết quả từ 10-23%, Goertz Y (2020) là từ 1,3-33% [4, 6]. Nghiên cứu ghi nhận kết quả tỷ lệ triệu chứng RLTH hậu COVID-19 khá phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới như của Yusuf F (2021), Weng J (2021), Ghoshal U (2022), Tào Văn Tùng (2020), Trịnh Đan Văn (2021), Mạnh Hiền Trạch (2020) [8-10]. Bên cạnh đó, tỷ lệ buồn nôn và nôn lần lượt là 13,3% và 4,4%, phù hợp với nghiên cứu của Yusuf F (2021) buồn nôn chiếm 0,54 - 16,53%, nôn chiếm 1,62 - 6,17% [8].

Có sự liên quan giữa RLTH với giới tính, phù hợp khi nhiều nghiên cứu tổng hợp của NICE, RCGP và SIGN kết luận nữ có liên quan đáng kể đến việc tăng nguy cơ mắc hậu COVID-19, trong đó có bao gồm rối loạn tiêu hóa [6].

Có mối liên quan giữa RLTH với BMI, phù hợp với NICE, RCGP, SIGN cho thấy thừa cân-béo phì liên quan đáng kể đến việc tăng nguy cơ mắc hậu COVID-19, trong đó có rối loạn tiêu hóa [6]. Phù hợp với hai nghiên cứu của tác giả Nam S (2017) và Bluemel S (2017) chứng minh BMI $\geq$ 25 làm tăng khả năng xuất hiện các triệu chứng viêm, trào ngược thực quản và đau dạ dày [2]. Trong một nghiên cứu theo dõi quá trình phục hồi sau COVID kéo dài 01 năm, thấy rằng người bệnh béo phì hồi phục chậm hơn người có chỉ số BMI bình thường, khi kiểm soát ảnh hưởng của tuổi tác, giới tính và bệnh đi kèm. Nghiên cứu của Wynberg E (2022) cũng cho thấy người có chỉ số BMI >

30 kg/m² than phiền các triệu chứng kéo dài sau nhiễm COVID-19 cao hơn 10% so với người có chỉ số BMI bình thường.

Có mối liên quan giữa RLTH và thời gian hậu COVID-19 phù hợp với nghiên cứu của Davis H [3]. Nghiên cứu khảo sát các triệu chứng kéo dài hậu COVID-9 thấy xác suất các triệu chứng kéo dài quá 35 tuần là 91,8%. Trong đó, tỉ lệ người bệnh xuất hiện các triệu chứng liên quan tiêu hóa ước tính đến 85%.

Bên cạnh đó, nghiên cứu không tìm thấy liên quan về RLTH giữa các nhóm tuổi, không phù hợp với các kết quả của nghiên cứu trên thế giới. Do nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện và cỡ mẫu nhỏ, dẫn đến kết quả không như mong đợi.

Các quan sát lâm sàng thấy rằng trong hậu COVID-19, hội chứng chính là khí âm lưỡng hư chứng, sau đó là hội chứng Phế Tỳ khí hư, có các chứng đờm thấp hoặc thấp nhiệt khác nhau [10]. Các triệu chứng RLTH được ghi nhận phù hợp như sau: (1) Phế Tỳ khí hư chứng: mệt mỏi, buồn nôn và nôn sau ăn, nôn xong dễ chịu, nôn ra thức ăn, nôn lượng ít, đầy bụng khó tiêu, phân lỏng vàng, lỏng toàn nước, lượng ít, đau bụng/thượng vị âm ỉ kéo dài. (2) Khí âm lưỡng hư, kiêm hữu âm hư nội nhiệt chứng: biểu hiện là khô miệng, đắng miệng, khát nước, chán ăn, sốt nhẹ hoặc không, nóng rát hậu môn, đau nóng rát thượng vị, đau thượng vị từng cơn. (3) Khí hư đờm ứ nội trở, kiêm hữu uất nhiệt chứng: biểu hiện như ớn lạnh, nặng bụng, chướng bụng, chán ăn, táo bón, đau từng cơn, ợ hơi ợ chua, tức ngực sườn.

Hội chứng khí âm lưỡng hư là hội chứng chính đối với NB hậu COVID-19, hơn nữa diễn biến bệnh kéo dài hơn, hội chứng Phế

Tỳ khí hư dễ bị đàm thấp xâm phạm. Có thể thấy, tình trạng thịnh suy của chức năng Tỳ Vị của NB hậu COVID-19 rất quan trọng, nó quyết định đến tiên lượng của bệnh ở một mức độ nhất định [10].

V. KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên làm nổi bật các triệu chứng tiêu hóa trên người bệnh hậu COVID-19, các triệu chứng RLTH theo YHCT chiếm tỷ lệ cao và có ý nghĩa về độ tin cậy. Từ đó góp phần định hướng bệnh lý tạng phủ hậu COVID-19, và hướng đến các phương pháp điều trị phù hợp, dùng thuốc và không dùng thuốc tối ưu hơn. Nghiên cứu đã nêu ra mối liên quan giữa giới tính, BMI, thời gian hậu COVID-19 với rối loạn tiêu hóa hậu COVID-19 theo YHHĐ và YHCT, làm nền tảng cho những nghiên cứu sâu trong tương lai.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin cảm ơn Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM – Cơ sở 3 đã tạo điều kiện tốt nhất để chúng tôi thực hiện nghiên cứu. Cảm ơn tất cả những người trả lời đã nỗ lực đóng góp vào nghiên cứu và cung cấp các phản hồi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện dinh dưỡng Quốc gia.** Kết quả điều tra Thừa cân-béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25-64 tuổi. 2006. Truy cập 29-1-2019. <http://viendinhduong.vn/vi/dinh-duong-nguoi-lon/ket-qua-dieu-tra-thua-can-beo-phi-va-mot-so-yeu-to-lien-quan-o-nguoi-viet-nam-25--64-tuoi.html>.
2. **Bluemel S, et al.** Relationship of body weight with gastrointestinal motor and sensory function: studies in anorexia nervosa and obesity. *BioMed Central Gastroenterology*. 2017;17(1):4.
3. **Davis HE, et al.** Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *eClinicalMedicine*. 2021;38:101019.
4. **Goërtz YMJ, et al.** Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome. *European Respiratory Society Open Res*. 2020;6(4).
5. **Lopez-Leon S, et al.** More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *MedRxiv*. 2021.
6. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) and Royal College of General Practitioners (RCGP).** COVID-19 rapid guideline: managing the longterm effects of COVID-19. 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742>.
7. **Xuedong A, et al.** The three syndromes and six Chinese patent medicine study during the recovery phase of COVID-19. *Chinese Medicine*. 2021;16(1):44.
8. **Yusuf F, et al.** Global prevalence of prolonged gastrointestinal symptoms in COVID-19 survivors and potential pathogenesis: A systematic review and meta-analysis. *F1000Research*. 2021;10:301-301.
9. **孟宪泽, et al.** 新型冠状病毒肺炎患者中医辨证规律. 第二军医大学学报. 2020;41(5):493-497.
10. **郑丹文, et al.** 新型冠状病毒肺炎患者出院 5 ~ 8 个月后中医证候分析. 暨南大学学. 2021;42(4).

KHẢO SÁT NHIỆT ĐỘ DA TẠI HUYỆT NGUYÊN KHI HÀO CHÂM CÁC HUYỆT LẠC TƯƠNG ỨNG TRÊN KINH DƯƠNG TRÊN NGƯỜI TÌNH NGUYÊN KHỎE MẠNH

Nguyễn Ngọc Kim Ngân¹, Tạ Thị Bích Thảo¹, Phạm Thị Bình Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Châm cứu là một phương pháp điều trị hiệu quả, đã được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) công nhận về cơ sở khoa học từ năm 1979. Ngoài ra, theo một số nghiên cứu châm cứu có thể làm tăng lưu lượng máu, làm thay đổi nhiệt độ da góp phần vào hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, các nghiên cứu thường khảo sát các huyệt có tác dụng đặc hiệu như Liệt khuyết, Hợp cốc, Ủy trung, Quang minh, Hậu Khê...Huyệt Lạc và huyệt Nguyên là các huyệt được sử dụng nhiều trên lâm sàng mặc dù vậy chưa có nhiều nghiên cứu về chúng. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện để khảo sát nhiệt độ da tại huyệt Nguyên khi hào châm các huyệt Lạc trên đường kinh Dương trên người tình nguyện khỏe mạnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 64 người tình nguyện khỏe mạnh, được phân ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm không vê kim (nhóm A) và nhóm vê kim (nhóm B). Cả 2 nhóm đều châm các huyệt Lạc trên kinh Dương 2 bên trái và phải. Nhóm B vê kim 3 lần, mỗi lần 1 phút tại các thời điểm T1, T2, T3. Nhiệt độ được đo bằng camera hồng ngoại FLIR C5, vị trí khảo sát tại huyệt Lạc kinh Dương và huyệt Nguyên trên kinh Âm có quan hệ biểu lý, Khảo sát tại 5

thời điểm T0 (trước châm 5 phút), T1 (ngay sau châm), T2 (sau châm 5 phút), T3 (sau châm 10 phút), và T4 (sau rút kim 5 phút). **Kết quả:** Khi hào châm có vê kim các huyệt Lạc trên đường kinh Dương, nhiệt độ tại huyệt Lạc và huyệt Nguyên có mối quan hệ biểu lý ở các thời điểm sau châm tăng có ý nghĩa so với thời điểm trước châm ($p<0,05$). Ngoài ra, khi so sánh giữa 2 nhóm, nhiệt độ tại tất cả huyệt Lạc và huyệt Nguyên của tại các thời điểm T3 (sau châm 10 phút) ở nhóm vê kim tăng cao hơn nhóm không vê kim có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Đồng thời, không ghi nhận sự khác biệt nhiệt độ có ý nghĩa ở hai bên trái và phải trong mỗi nhóm ($p>0,05$). **Kết luận:** Hào châm có vê kim tại các huyệt Lạc trên kinh Dương làm tăng nhiệt độ da tại huyệt Lạc được châm và huyệt Nguyên tương ứng. Nhiệt độ da tại các huyệt Lạc và Nguyên của nhóm vê kim cao hơn so với nhóm không vê kim.

Từ khóa: huyệt Lạc, huyệt Nguyên, kinh Dương, hào châm, nhiệt độ da.

SUMMARY

SURVEY OF SKIN TEMPERATURE AT YUAN POINTS WHEN MANUAL ACUPUNCTURE IS APPLIED TO CORRESPONDING LUO POINTS ON THE YANG MERIDIAN IN HEALTHY VOLUNTEERS

Objectives: Acupuncture is an effective treatment method that has been recognized by the World Health Organization (WHO) for its scientific basis since 1979. According to some

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bình Minh

Email: ptbminh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 11.8.2024

studies, acupuncture can increase blood flow and alter skin temperature, contributing to its therapeutic efficacy. However, studies often focus on points with specific effects such as Lieque, Hegu, Weizhong, Guangming, Houxi,... Luo points and Yuan points are frequently used in clinical practice, but there has not been much research on them. Therefore, this study was conducted to survey skin temperature at Yuan points when acupuncture is applied to Luo points on the Yang meridian in healthy volunteers.

Subjects and Methods: The study was conducted on 64 healthy volunteers, randomly divided into 2 groups: non - stimulation acupuncture group (group A), rotating needle group (group B). Both groups had acupuncture applied to Luo points on both the left and right Yang meridians. Group B received acupuncture three times, each time for 1 minute at T1, T2, and T3. Temperature was measured using a FLIR C5 infrared camera, with the survey locations being the Yang Luo points and the Yuan points on the Yin meridians that have an exterior-interior relationship. Measurements were taken at five time points: T0 (5 minutes before acupuncture), T1 (immediately after acupuncture), T2 (5 minutes after acupuncture), T3 (10 minutes after acupuncture), and T4 (5 minutes after needle withdrawal). **Results:** When acupuncture with needle rotation was performed on Luo points on the Yang meridian, the temperature at both the Luo points and the corresponding Yuan points significantly increased after acupuncture compared to before acupuncture ($p < 0.05$). Additionally, when comparing the two groups, the temperature at all Luo points and Yuan points at T3 (10 minutes after acupuncture) in the rotating needle group was significantly higher than in the non-rotating needle group ($p < 0.05$). There was no significant temperature difference between the left and right sides within each

group ($p > 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture with needle rotation at Luo points on the Yang meridian increases skin temperature at the needled Luo points and the corresponding Yuan points. The skin temperature at both Luo and Yuan points in the rotating needle group was higher than in the non-rotating needle group.

Keywords: Luo point, Yuan point, Yang meridian, manual acupuncture, skin temperature

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Châm cứu là một phương pháp điều trị hiệu quả, đã được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) công nhận về cơ sở khoa học từ năm 1979 [1]. Theo một số nghiên cứu châm cứu có thể làm tăng lưu lượng máu, làm thay đổi nhiệt độ da góp phần vào hiệu quả điều trị. Nghiên cứu Tao Huang và cộng sự (2012) cho thấy khi kích thích kim châm tại huyết Túc tam lý như tiến lui kim, vê và xoay kim giúp làm tăng nhiệt độ da tại chỗ [5]. Nghiên cứu của Lê Ngọc Phương Quỳnh cho thấy nhiệt độ da vùng cổ gáy thay đổi tùy thuộc vào kỹ thuật Bỏ hay Tả khi châm huyết Đại chùy [3].

Trong Hoàng đế Nội kinh Linh khu thiên Kinh Mạch có nói “Mạch có kinh có lạc, kinh ở bên trong lạc ở bên ngoài” và “Dương lạc chạy sang bên Âm, Âm lạc chạy sang bên Dương tạo thành con đường chéo với kinh mạch” [2]. Phát biểu này đề cập đến mối quan hệ biểu – lý giữa kinh Âm và Dương, có thể thấy huyết Lạc trên kinh Dương có tác dụng quan trọng trong phòng tránh tà khí ảnh hưởng đến kinh Âm. Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về tác dụng của huyết Lạc, cũng như mối liên hệ của huyết Lạc và huyết Nguyên. Từ đó, chúng tôi muốn nghiên cứu các huyết Lạc trên kinh Dương thông qua việc khảo sát nhiệt độ da bằng máy ghi nhiệt hồng ngoại.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát nhiệt độ da tại huyết Nguyên khi hào châm các huyết Lạc trên đường kinh Dương trên người tình nguyện khoẻ mạnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Người tình nguyện khoẻ mạnh, tuổi từ đủ 18 đến 30

- Tự nguyện đồng ý tham gia
- BMI: 18,5 – 22,9 kg/m²
- Không có bệnh lý mạn tính kèm theo (qua hỏi tiền căn và bệnh sử)
- Không rối loạn thân nhiệt
- DASS 21 (điểm stress < 15, điểm lo âu < 8, điểm trầm cảm < 10)
- Sinh hiệu trong giới hạn bình thường

2.1.2. Tiêu chuẩn loại

- Sử dụng rượu, bia, cà phê, thuốc lá trong vòng 24 giờ trước nghiên cứu
- Vận động thể lực trước khi tiến hành nghiên cứu 2 giờ
- Phụ nữ đang trong giai đoạn hành kinh, mang thai, cho con bú
- Dùng thuốc gây giãn mạch
- Sử dụng kem chống nắng, các loại dầu dưỡng ẩm
- Giác hơi, bó thuốc, dán thuốc hoặc châm cứu trước đó 01 ngày
- Da vùng châm có tổn thương

2.1.3. Tiêu chuẩn ngưng

- Trong thời gian thử nghiệm xuất hiện vùng châm
- Người tình nguyện không đồng ý tiếp tục tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm

2.2.2. Cỡ mẫu

$$n = \frac{2C}{(ES)^2} \quad ES = \frac{\mu_2 - \mu_1}{\sigma} = 0,746$$

Trong đó: ES là hệ số ảnh hưởng (theo nghiên cứu của Kun Chan – Lan [6] và Tao Huang [5] tính được ES = 0,746), C = 7,85 ($\alpha = 0,05$, $\beta = 0,20$).

Vậy: n = 29 (mỗi nhóm), ước lượng mất mẫu 10% là 32 người cho mỗi nhóm.

2.2.3. Phương pháp phân nhóm

64 người đáp ứng các tiêu chuẩn được chọn tham gia nghiên cứu sẽ được phân nhóm ngẫu nhiên bằng việc bốc thăm vào một trong 2 nhóm: nhóm A (không vê), nhóm B (vê kim).

2.2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm: chất liệu thép không gỉ, đường kính kim 0,3 mm, chiều dài thân kim 13-25 mm. (nước sản xuất Trung Quốc, năm sản xuất 2023, tên hãng ARLO, số đăng ký lưu hành 220000031/PCBB-BYT).

- Dụng cụ đo nhiệt độ: Camera hồng ngoại FLIR C5 (nước sản xuất Estonia, năm sản xuất 2022, tên hãng FLIR, model FLIR C5, số seri 894058781). Thông số kỹ thuật: Cảm biến hồng ngoại: 160 x 120 (19200 pixels), độ nhạy nhiệt độ: <0,05°C, dải đo nhiệt độ: -20°C đến +400°C, độ chính xác: $\pm 3\%$ giá trị đọc.

- Phòng nghiên cứu được duy trì ở nhiệt độ $24 \pm 1^\circ\text{C}$, độ ẩm 50 – 60%, không gió lùa, không ánh sáng mặt trời trực tiếp.

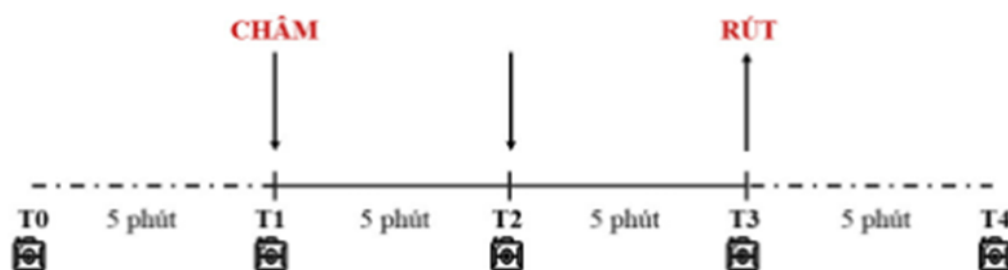
2.2.5. Quy trình tiến hành

Người thu thập số liệu xác định vị trí các huyết được châm và các huyết được khảo sát nhiệt độ, đánh dấu huyết bằng bút lông. Người tham gia được nghỉ ngơi 10 phút để làm quen môi trường và ổn định sinh hiệu, sau đó được đo sinh hiệu trước can thiệp (mạch, huyết áp, thân nhiệt, nhịp thở SpO₂). Sinh hiệu sẽ được đo lại sau can thiệp.

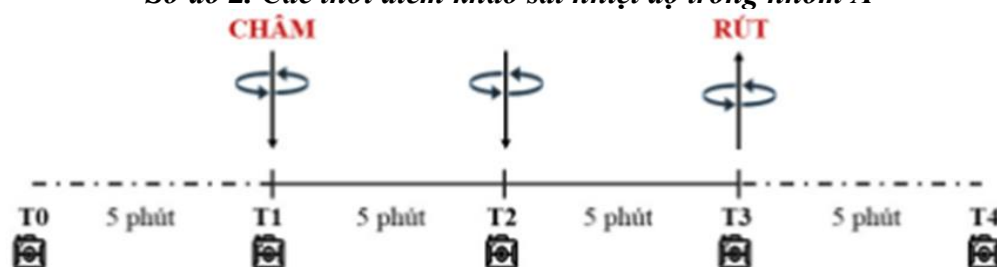
Người thực hiện châm kim: bác sĩ y học cổ truyền có ít nhất 10 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực châm cứu, có chứng chỉ hành nghề từ 5 năm trở lên. Nghiên cứu được tiến hành trong 3 buổi, mỗi buổi cách nhau ít nhất 1 ngày. Mỗi buổi sẽ tiến hành 4 phiên châm (2 huyệt ở tay, 2 huyệt ở chân), mỗi lần châm 1 huyệt.

Kỹ thuật châm kim nhóm A: sử dụng kim có chiều dài 13mm, châm góc kim 90° , độ sâu kim 3 – 5 mm. Thời gian lưu kim 10 phút (Sơ đồ 1).

Kỹ thuật châm kim nhóm B: sử dụng kim có chiều dài 25mm, châm góc kim 90° , độ sâu kim 0,5 – 1 thốn (đồng thân thốn), vê kim thuận chiều kim đồng hồ và ngược chiều kim đồng hồ đều từ $180^\circ - 270^\circ$, lặp lại động tác từ 60 – 120 lần/phút, người tham gia cảm giác đắc khí (nặng, tức), người thực hiện cảm nhận kim vít chặt. Thời gian lưu kim 10 phút. Vê kim thời gian 1 phút tại các thời điểm T1 (ngay sau châm), T2 (sau châm 5 phút), T3 (sau châm 10 phút) (Sơ đồ 2).



Sơ đồ 2. Các thời điểm khảo sát nhiệt độ trong nhóm A



Sơ đồ 3. Các thời điểm khảo sát nhiệt độ trong nhóm B

Kỹ thuật đo nhiệt độ: Đặt camera ở khoảng cách 0,5 mét, chỉnh vuông góc với vùng da cần đo. Người tham gia được yêu cầu đứng yên cho đến khi hình ảnh được chụp xong. Đo nhiệt độ tại các huyệt khảo sát vào 5 thời điểm: T0 (trước châm 5 phút), T1 (ngay sau châm), T2 (sau châm 5 phút), T3 (sau châm 10 phút), và T4 (sau rút kim 5 phút).

Bảng 1. Tên huyệt được châm và huyệt khảo sát nhiệt độ

STT	Huyệt được châm (Huyệt Lạc kinh Dương)	Huyệt khảo sát nhiệt độ
1	Thiên lịch	Thiên lịch, Thái uyên
2	Ngoại quan	Ngoại quan, Đại lăng
3	Chi chính	Chi chính, Thần môn
4	Phi dương	Phi dương, Thái Khê
5	Quang minh	Quang minh, Thái xung
6	Phong long	Phong long, Thái bạch

Kỹ thuật xử lý hình ảnh: Sử dụng phần mềm FLIR IGNITE (<https://ignite.flir.com/>), chọn chế độ đo điểm, diện tích đo được đánh dấu bằng hình tròn với đường kính 10mm).

2.3. Phương pháp thống kê

- Nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel; phân tích hình ảnh hồng ngoại bằng phần mềm FLIR IGNITE và phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 27.

- Các biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn), trung vị và khoảng tứ phân vị (phân

phối không chuẩn). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm.

- So sánh các số trung bình trong cùng 1 nhóm: kiểm định Wilcoxon sắp hạng có dấu.

- So sánh các số trung bình trong giữa 2 nhóm: kiểm định Mann – Whitney.

2.4. Y đức

Đề tài nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, theo quyết định số 267/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 01/02/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Thông tin nền		Nhóm A	Nhóm B	p
Giới tính (n; %)				
Nam		10 (31,25%)	10 (31,25%)	1,00 ^a
Nữ		22 (68,75%)	22 (68,75%)	
Tuổi (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)		22,40 ± 0,34	21,81 ± 0,26	0,19 ^b
BMI (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)		21,45 ± 0,36	21,58 ± 0,52	0,94 ^b
Sinh hiệu		Nhóm A	Nhóm B	p
Huyết áp tâm thu (mmHg) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	120,00 ± 11,21	120,68 ± 12,06	0,814 ^b
	Sau	120,13 ± 9,58	120,06 ± 10,04	0,980 ^b
	p	0,871 ^c	0,770 ^c	
Huyết áp tâm trương (mmHg) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	70,00 ± 5,96	70,31 ± 5,77	0,832 ^b
	Sau	69,22 ± 5,38	70,34 ± 7,04	0,475 ^b
	p	0,348 ^c	0,968 ^c	
Mạch (lần/phút) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	79,31 ± 10,10	78,63 ± 7,20	0,755 ^b
	Sau	75,81 ± 9,47	77,00 ± 5,76	0,547 ^b
	p	0,061 ^c	0,095 ^c	
Nhịp thở (lần/phút) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	18,38 ± 0,87	18,38 ± 0,71	1,00 ^b
	Sau	18,66 ± 0,90	18,56 ± 0,72	0,647 ^b
	p	0,059 ^c	0,056 ^c	
SpO2 (%) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	98,38 ± 1,04	98,66 ± 0,97	0,268 ^b
	Sau	98,66 ± 0,83	98,78 ± 0,87	0,558 ^b
	p	0,071 ^c	0,525 ^c	
Thân nhiệt (°C) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	36,67 ± 0,35	36,68 ± 0,33	0,884 ^b
	Sau	36,69 ± 0,21	36,70 ± 0,28	0,919 ^b
	p	0,677 ^c	0,726 ^c	

^a Phép kiểm Chi bình phương, ^b Phép kiểm T độc lập, ^c Phép kiểm T bắt cặp

Nhận xét:

- Giới tính, tuổi, BMI giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

- Ngoài ra, các chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, mạch, nhịp thở, SpO₂, thân nhiệt trước và sau châm của 2 nhóm

trong giới hạn bình thường, so sánh trước-sau và giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2. Sự thay đổi nhiệt độ da theo thời gian tại các huyệt được khảo sát trong từng nhóm

Bảng 3. Sự thay đổi nhiệt độ tại các huyệt bên trái nhóm A

	T0	T1	T2	T3	T4
	Trung vị (khoảng tứ phân vị)				
Thiên lịch	34,15 (32,23 – 35,25)	34,05 (32,60 – 35,00)	34,70 (33,35 – 35,43)	34,35 (33,03 – 35,23)	34,00 (32,45 – 35,75)
p*		0,477	0,009	1,000	0,746
Thái uyên	34,45 (33,78 – 35,50)	34,55 (33,78 – 35,50)	34,70 (34,05 – 35,80)	34,50 (33,85 – 35,58)	34,05 (33,55 – 35,28)
p*		0,795	<0,001	0,715	<0,001
Quang minh	34,20 (33,40 – 34,60)	34,30 (33,03 – 34,70)	33,95 (32,83 – 34,88)	33,95 (33,10 – 34,68)	34,05 (33,18 – 34,85)
p*		0,268	0,298	0,141	0,582
Thái xung	33,85 (33,00 – 34,80)	33,70 (32,58 – 34,43)	33,65 (32,78 – 34,73)	33,50 (32,85 – 34,55)	33,90 (32,53 – 34,80)
p*		0,142	0,095	0,198	0,637
Ngoại quan	34,30 (33,53 – 35,10)	34,90 (33,65 – 35,30)	34,60 (33,83 – 35,55)	35,00 (34,03 – 35,48)	34,95 (34,13 – 35,58)
p*		0,308	0,289	0,127	0,077
Đại lăng	34,85 (33,78 – 35,70)	34,60 (33,90 – 35,80)	34,75 (33,70 – 35,80)	35,10 (33,78 – 35,70)	34,70 (34,10 – 35,88)
p*		0,474	0,984	0,918	0,822
Phong long	34,35 (33,53 – 34,98)	33,90 (33,13 – 35,10)	34,15 (33,33 – 35,03)	34,15 (33,80 – 35,30)	34,25 (33,83 – 35,10)
p*		0,071	0,235	0,421	0,510
Thái bạch	32,50 (31,23 – 34,50)	31,60 (30,08 – 33,70)	32,15 (29,65 – 34,03)	32,15 (30,38 – 33,70)	32,65 (30,25 – 35,20)
p*		0,575	0,059	0,194	0,351
Chi chính	34,80 (34,33 – 35,28)	34,65 (33,80 – 35,50)	34,80 (34,23 – 35,58)	35,10 (34,23 – 35,65)	34,70 (34,03 – 35,70)
p*		0,294	0,446	0,017	0,849
Thần môn	35,05 (33,95 – 35,68)	34,95 (33,53 – 35,40)	34,80 (33,90 – 35,98)	34,85 (33,93 – 35,98)	34,55 (33,73 – 35,98)
p*		0,383	0,736	0,761	0,918

Phi dương	34,00 (33,13 – 34,98)	33,60 (32,90 – 34,58)	34,00 (32,95 – 35,25)	34,10 (33,05 – 35,13)	33,95 (33,13 – 35,20)
p*		0,180	0,294	0,121	0,130
Thái khô	34,30 (33,20 – 35,28)	34,30 (33,03 – 35,00)	34,3 (33,03 – 35,00)	34,20 (32,93 – 35,08)	34,10 (33,00 – 34,93)
p*		1,000	0,155	0,135	0,063

p* là giá trị khi so sánh với thời điểm T0 (trước châm 5 phút), *Phép kiểm Wilcoxon

Bảng 4. Sự thay đổi nhiệt độ tại huyết bên phải nhóm A

	T0	T1	T2	T3	T4
	Trung vị (khoảng tứ phân vị)				
Thiên lịch	34,25 (33,13 – 35,20)	34,55 (33,55 – 35,48)	34,30 (33,45 – 35,00)	34,00 (33,13 – 35,08)	34,45 (33,50 – 35,00)
p*		<0,001	0,180	0,737	0,641
Thái uyên	34,65 (34,03 – 35,78)	34,95 (34,25 – 35,78)	34,70 (33,88 – 35,70)	34,80 (33,93 – 36,00)	34,70 (33,83 – 35,77)
p*		0,028	0,781	0,875	0,957
Quang minh	33,95 (33,18 – 34,60)	33,70 (32,55 – 34,60)	34,00 (32,85 – 34,75)	33,95 (33,10 – 34,88)	33,8 (33,13 – 34,58)
p*		0,186	0,556	0,969	0,596
Thái xung	33,45 (32,48 – 34,68)	33,25 (31,68 – 34,65)	33,30 (31,73 – 34,58)	33,15 (31,80 – 34,58)	33,55 (31,83 – 35,20)
p*		0,585	0,494	0,845	0,869
Ngoại quan	34,5 (33,7 – 35,28)	34,65 (33,83 – 35,63)	34,55 (33,83 – 35,28)	34,85 (33,93 – 35,58)	34,6 (33,63 – 35,65)
p*		0,926	0,969	0,224	0,640
Đại lăng	35,05 (34,23 – 35,80)	35,15 (34,00 – 35,93)	34,85 (34,30 – 35,70)	34,75 (33,80 – 35,65)	34,90 (33,70 – 35,90)
p*		0,933	0,959	0,213	0,367
Phong long	34,20 (33,43 – 34,78)	33,60 (33,03 – 34,48)	33,80 (33,20 – 34,68)	34,10 (33,30 – 35,00)	34,2 (32,73 – 35,00)
p*		0,123	0,298	0,866	0,877
Thái bạch	32,80 (31,08 – 34,93)	32,00 (30,13 – 34,48)	32,70 (29,95 – 34,25)	32,40 (30,10 – 34,63)	32,70 (29,88 – 35,58)
p*		0,231	0,084	0,266	0,308
Chi chính	34,80 (34,13 – 35,45)	34,45 (33,53 – 35,10)	34,60 (34,00 – 35,68)	34,65 (33,83 – 35,70)	34,60 (33,93 – 35,35)
p*		0,218	0,964	0,645	0,795
Thần môn	35,15 (34,53 – 35,98)	35,05 (34,20 – 35,98)	35,00 (34,43 – 35,78)	34,65 (33,93 – 35,95)	35,00 (34,23 – 35,75)
p*		0,205	0,451	0,102	0,026

Phi dương	33,90 (33,13 – 34,70)	33,65 (32,48 – 34,95)	34,25 (33,03 – 34,88)	34,05 (33,13 – 35,40)	33,45 (32,80 – 34,68)
p*		0,395	0,111	0,016	0,122
Thái khô	34,10 (33,18 – 35,00)	33,95 (33,05 – 35,00)	33,85 (32,60 – 35,08)	34,00 (32,35 – 34,80)	34,00 (33,00 – 34,80)
p*		0,583	0,508	0,084	0,120

p* là giá trị khi so sánh với thời điểm T0 (trước châm 5 phút), *Phép kiểm Wilcoxon

Nhận xét: Trong nhóm A tại thời điểm T1, nhiệt độ da tại huyệt Thiên lịch phải và Thái uyên phải tăng có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p < 0,05$). Tại thời điểm T2, nhiệt độ da tại huyệt Thiên lịch trái và Chi chính trái tăng có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p < 0,05$). Tại thời điểm T3, nhiệt độ da tại huyệt Chi chính trái và Phi dương phải tăng có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p < 0,05$). Tại thời điểm T4, nhiệt độ da tại huyệt Thái uyên trái và Thần môn phải giảm có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p < 0,05$).

Bảng 5. Sự thay đổi nhiệt độ tại huyệt bên trái nhóm B

	T0	T1	T2	T3	T4
Trung vị (khoảng tứ phân vị)					
Thiên lịch	34,65 (33,63 – 35,75)	34,85 (33,15 – 36,00)	35,25 (34,50 – 35,73)	35,00 (34,53 – 35,80)	35,30 (34,53 – 36,18)
p*		0,422	0,013	0,027	0,002
Thái uyên	35,15 (33,83 – 36,18)	35,80 (34,55 – 36,50)	35,85 (34,78 – 36,38)	36,00 (35,25 – 36,75)	35,45 (34,83 – 36,45)
p*		0,004	0,001	<0,001	0,093
Quang minh	34,65 (33,83 – 35,28)	35,20 (33,90 – 35,88)	35,25 (34,23 – 35,70)	35,45 (34,70 – 36,00)	34,65 (34,10 – 35,35)
p*		0,010	0,003	<0,001	0,708
Thái xung	34,25 (33,33 – 35,40)	34,80 (33,40 – 35,75)	34,65 (32,98 – 35,80)	35,50 (34,43 – 36,15)	34,60 (32,83 – 36,08)
p*		0,068	0,379	<0,001	0,861
Ngoại quan	34,70 (33,95 – 35,68)	35,45 (35,00 – 36,08)	35,65 (35,23 – 35,98)	35,55 (34,80 – 36,18)	35,25 (34,43 – 35,98)
p*		<0,001	<0,001	<0,001	0,003
Đại lăng	35,60 (34,30 – 36,28)	36,00 (35,35 – 36,78)	35,95 (35,43 – 36,80)	36,00 (35,30 – 36,80)	35,70 (34,80 – 36,35)
p*		<0,001	<0,001	<0,001	0,117
Phong long	34,70 (34,10 – 35,60)	34,90 (34,40 – 35,60)	35,60 (34,85 – 36,00)	35,80 (34,90 – 36,20)	34,80 (34,15 – 35,20)
p*		0,028	<0,001	<0,001	0,500
Thái bạch	33,50 (32,15 – 35,15)	34,00 (32,25 – 35,13)	34,30 (32,90 – 35,88)	34,50 (32,55 – 35,55)	33,90 (32,23 – 35,48)
p*		0,161	<0,001	0,001	0,161

Chi chính	35,05 (34,13 – 35,50)	35,20 (34,65 – 35,80)	35,90 (35,28 – 36,20)	35,80 (35,35 – 36,28)	34,90 (34,20 – 35,38)
p*		0,550	<0,001	<0,001	0,429
Thần môn	35,50 (34,28 – 36,20)	35,75 (35,03 – 36,45)	35,90 (35,30 – 36,60)	36,20 (35,70 – 36,80)	35,50 (34,63 – 36,50)
p*		0,019	<0,001	<0,001	0,346
Phi dương	34,55 (33,70 – 35,45)	35,20 (34,33 – 36,00)	34,65 (34,03 – 35,40)	35,15 (34,73 – 36,08)	34,50 (33,93 – 35,45)
p*		0,410	0,571	<0,001	0,808
Thái khô	34,55 (33,33 – 35,28)	34,50 (33,63 – 35,70)	35,35 (34,53 – 36,13)	35,50 (34,05 – 36,07)	34,50 (33,35 – 35,93)
p*		0,652	<0,001	0,003	0,369

p* là giá trị khi so sánh với thời điểm T0 (trước châm 5 phút), *Phép kiểm Wilcoxon

Bảng 6. Sự thay đổi nhiệt độ tại huyết bên phải nhóm B

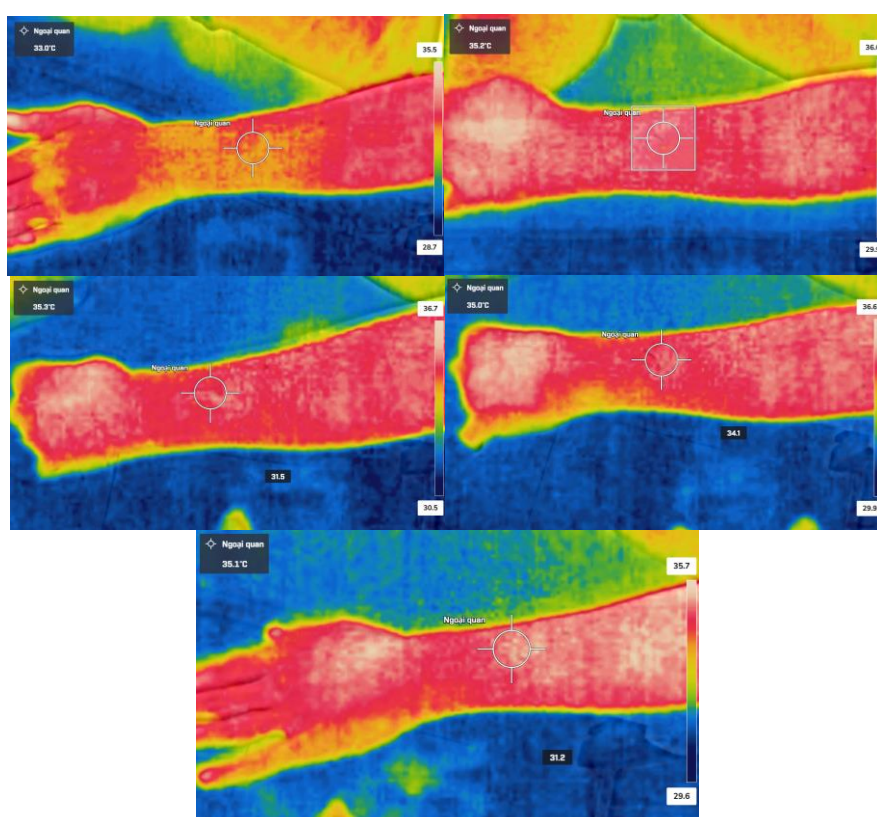
	T0	T1	T2	T3	T4
Trung vị (khoảng tứ phân vị)					
Thiên lịch	34,65 (33,88 – 35,60)	35,60 (34,53 – 36,40)	35,35 (34,60 – 36,00)	35,60 (34,85 – 36,38)	35,25 (34,00 – 35,90)
p*		<0,001	<0,001	<0,001	0,031
Thái uyên	35,45 (34,20 – 36,38)	35,80 (34,83 – 36,80)	36,00 (35,40 – 36,48)	36,15 (35,30 – 36,70)	35,60 (34,70 – 36,50)
p*		<0,001	<0,001	<0,001	0,012
Quang minh	34,15 (33,73 – 34,78)	34,80 (33,98 – 35,50)	34,60 (34,10 – 35,00)	35,00 (34,73 – 35,50)	34,20 (33,73 – 34,98)
p*		0,626	0,006	<0,001	0,779
Thái xung	34,15 (33,23 – 35,58)	34,30 (33,50 – 35,53)	34,20 (33,10 – 35,47)	34,85 (34,03 – 36,18)	34,10 (32,85 – 35,88)
p*		0,163	0,983	<0,001	0,758
Ngoại quan	34,80 (33,80 – 35,40)	35,40 (34,90 – 36,00)	35,80 (35,13 – 36,18)	35,75 (34,53 – 36,18)	35,20 (34,30 – 35,85)
p*		<0,001	<0,001	<0,001	0,027
Đại lăng	35,65 (34,15 – 36,30)	36,25 (35,20 – 36,80)	35,70 (35,00 – 36,50)	36,25 (35,23 – 36,90)	35,50 (34,85 – 36,30)
p*		<0,001	0,036	<0,001	0,075
Phong long	34,45 (33,93 – 34,95)	34,65 (34,00 – 35,20)	35,45 (34,85 – 35,90)	35,25 (34,30 – 35,88)	34,65 (33,80 – 35,08)
p*		0,509	0,836	<0,001	0,367
Thái bạch	33,50 (32,33 – 35,30)	33,35 (32,70 – 35,28)	33,60 (32,25 – 35,65)	34,60 (33,03 – 36,10)	33,75 (32,15 – 35,73)
p*		0,516	0,102	<0,001	0,162
Chi chính	35,20 (34,53 – 35,48)	35,25 (34,25 – 35,80)	35,40 (34,73 – 35,80)	35,80 (35,53 – 36,20)	35,00 (34,30 – 35,38)
p*		0,518	0,415	<0,001	0,422

Thần môn	35,70 (34,83 – 36,20)	35,85 (34,85 – 36,40)	36,05 (35,20 – 36,48)	36,50 (35,83 – 36,90)	35,80 (34,90 – 36,30)
p*		0,795	0,259	<0,001	0,645
Phi dương	34,40 (34,03 – 35,15)	35,80 (35,03 – 36,00)	35,65 (34,35 – 36,20)	35,25 (34,80 – 35,80)	34,40 (33,43 – 35,53)
p*		<0,001	0,009	<0,001	0,967
Thái khê	34,80 (33,90 – 35,40)	35,05 (33,80 – 36,05)	35,4 (33,93 – 36,40)	35,50 (34,35 – 36,23)	34,70 (33,28 – 35,90)
p*		0,028	0,003	0,001	0,201

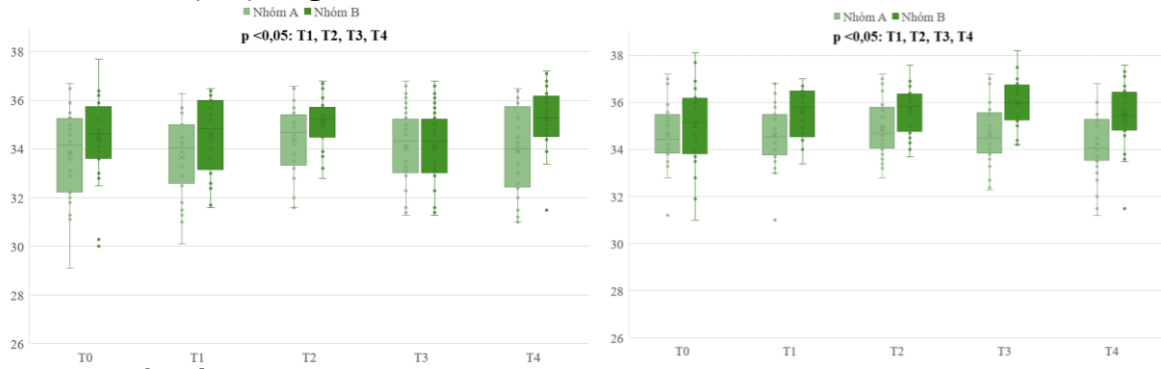
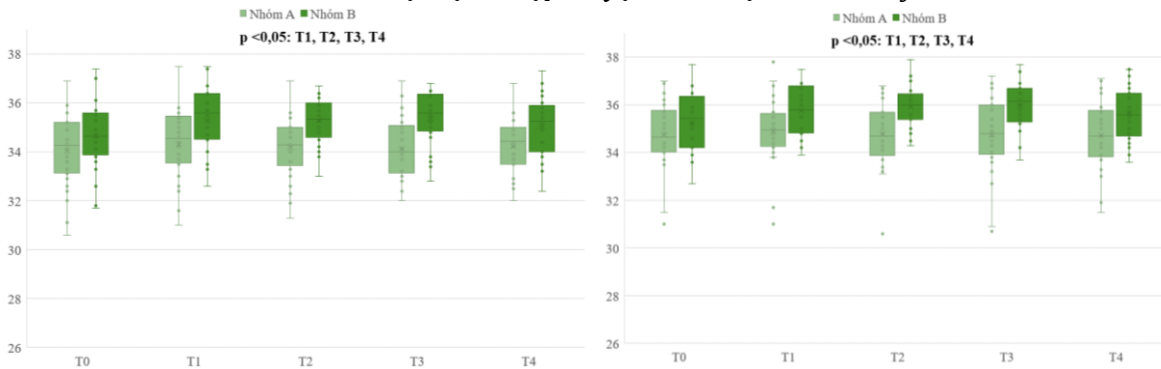
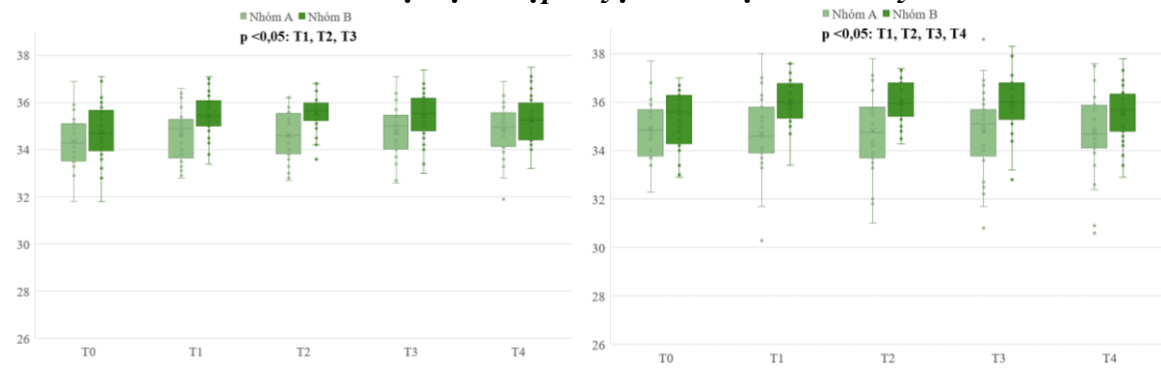
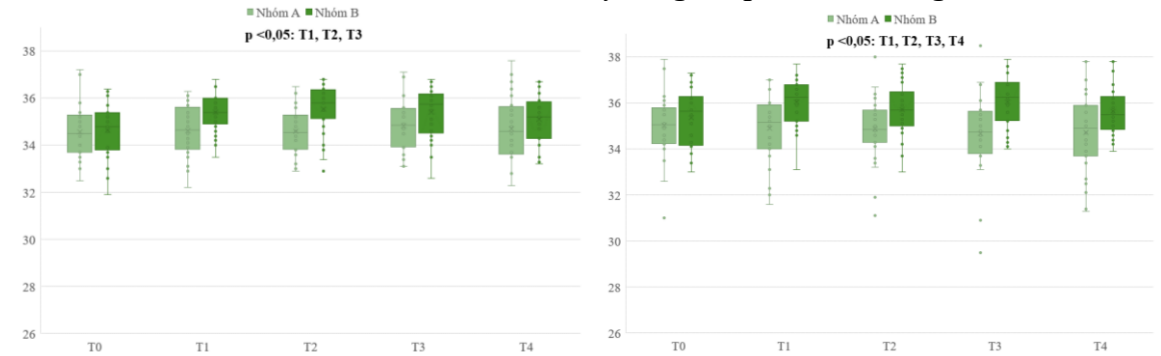
p* là giá trị khi so sánh với thời điểm T0 (trước châm 5 phút), *Phép kiểm Wilcoxon.

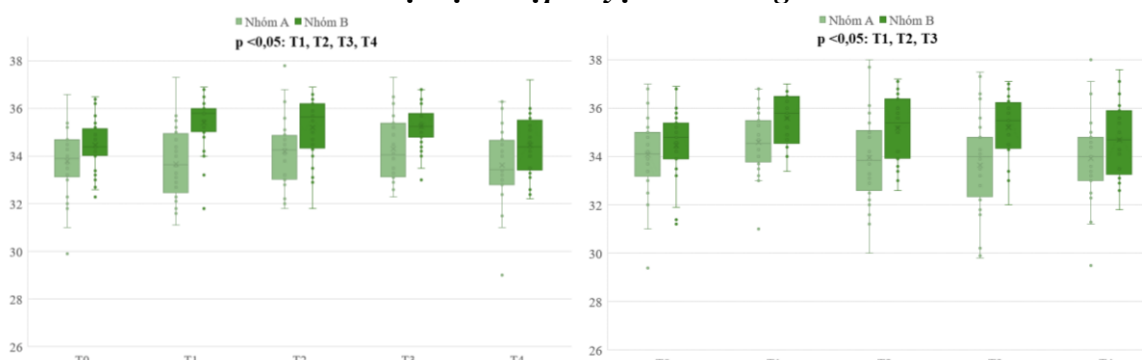
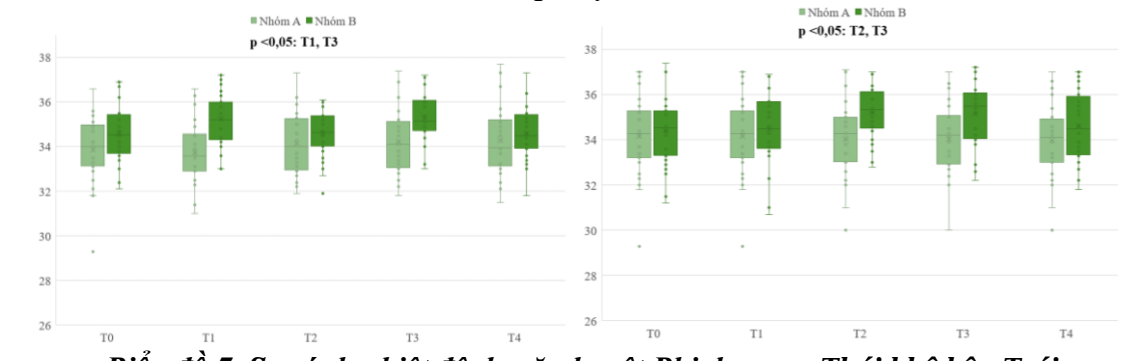
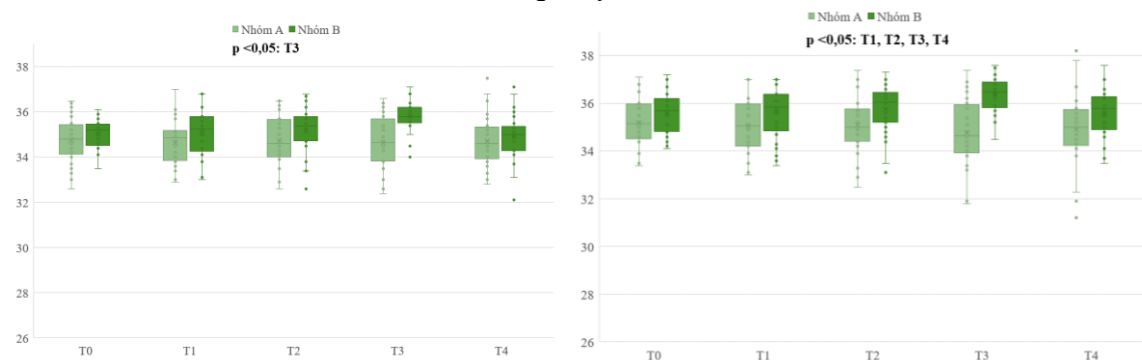
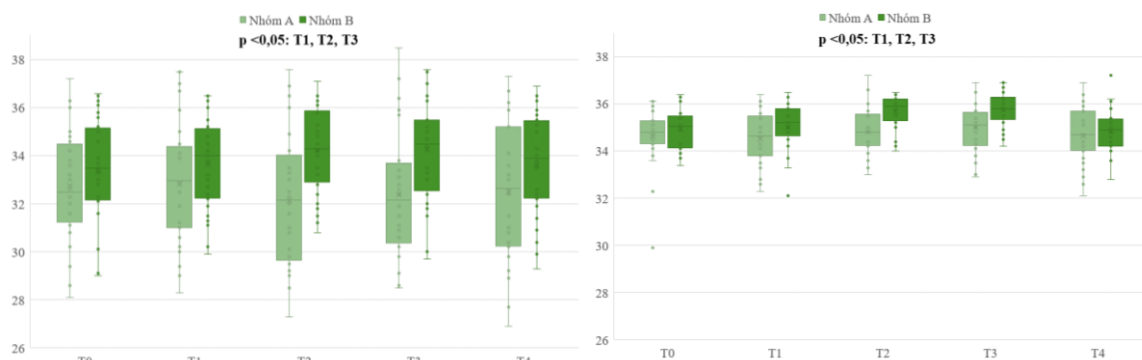
Nhận xét: Trong nhóm B tại thời điểm T1, nhiệt độ da tại huyết Thiên lịch phải, Thái uyên 2 bên, Ngoại quan 2 bên, Đại lăng 2 bên, Thần môn trái, Phong long trái, Phi dương phải, Thái khê phải tăng có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p < 0,05$). Tại thời điểm T2, nhiệt độ da tại huyết Thiên lịch 2 bên, Thái uyên 2 bên, Ngoại quan 2 bên, Đại lăng 2 bên, Chi chính trái, Thần môn trái, Phong

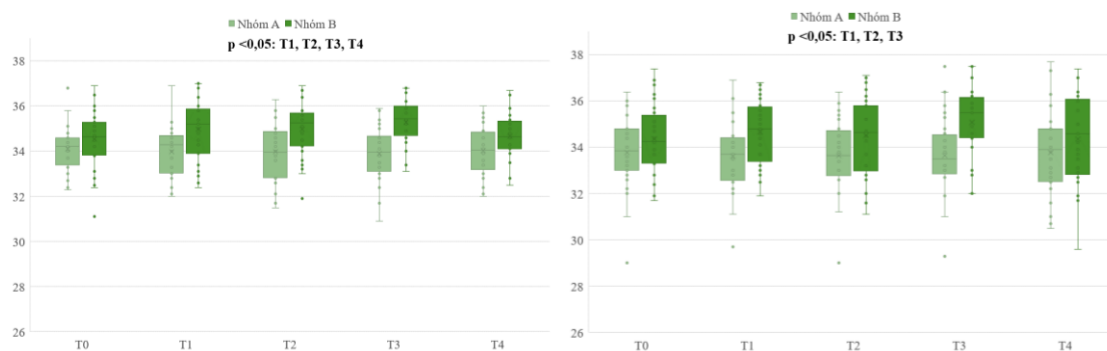
long trái, Thái bạch trái, Phi dương phải, Thái khê 2 bên tăng có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p < 0,05$). Tại thời điểm T3, nhiệt độ da tại tất cả các huyết đều tăng có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p < 0,05$). Tại thời điểm T4, nhiệt độ da tại huyết Thiên lịch 2 bên, Thái uyên phải, Ngoại quan 2 bên tăng có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p < 0,05$).



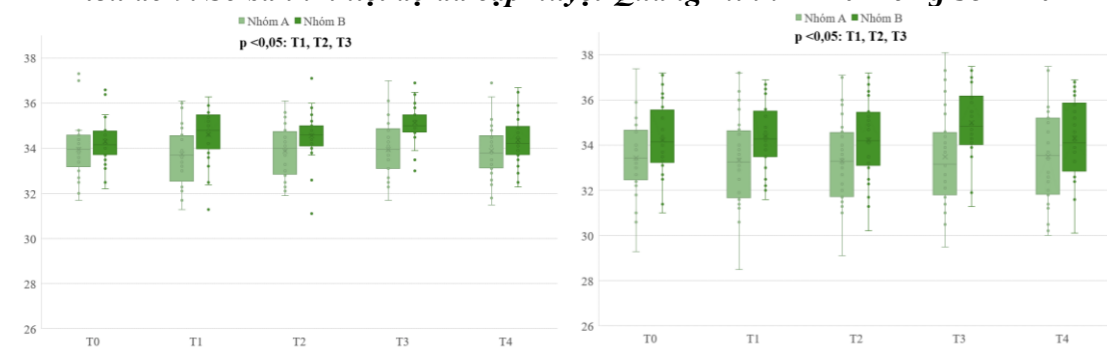
Hình 1. Sự thay đổi nhiệt độ da tại T0, T1, T2, T3, T4 khi châm có về kim huyết Ngoại quan

So sánh nhiệt độ da giữa hai nhóm A và B***Biểu đồ 2. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Thiên lịch - Thái yên bên Trái******Biểu đồ 2. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Thiên lịch - Thái yên bên Phải******Biểu đồ 3. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Ngoại quan - Đại lũng bên Trái******Biểu đồ 4. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Ngoại quan - Đại lũng bên Phải***

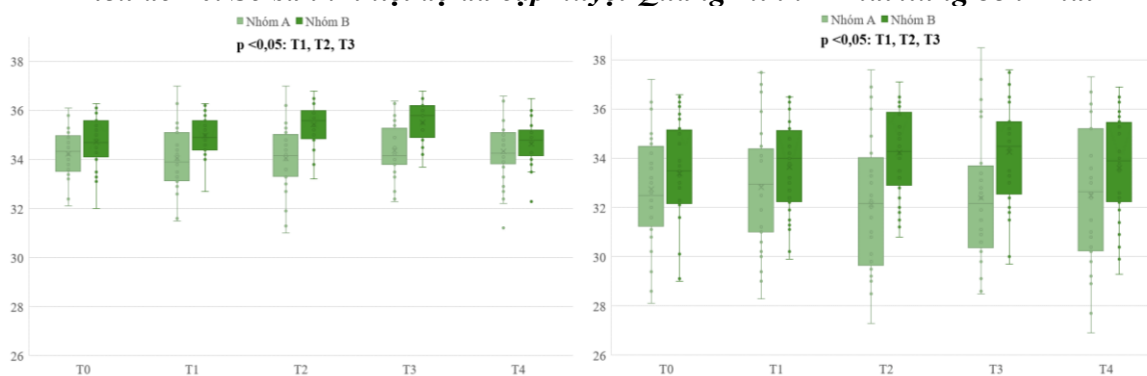




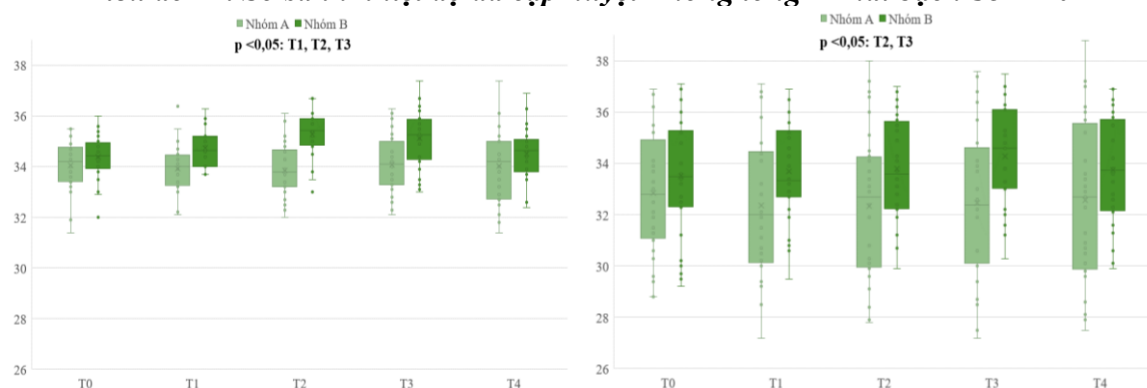
Biểu đồ 9. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Quang minh - Thái xung bên Trái



Biểu đồ 10. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Quang minh - Thái xung bên Phải



Biểu đồ 11. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Phong long - Thái bạch bên Trái



Biểu đồ 12. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Phong long - Thái bạch bên Phải

Nhận xét:

- Tại thời điểm T0, nhiệt độ bề mặt da tại tất cả các huyệt giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Tại thời điểm T1, nhiệt độ bề mặt da nhóm B cao hơn nhóm A có ý nghĩa tại các huyệt Chi chính trái ($p = 0,05$), Thái bạch trái ($p = 0,009$), Thái khê phải ($p = 0,003$), và các huyệt còn lại cả 2 bên ($p < 0,05$).

- Tại thời điểm T2, nhiệt độ bề mặt da nhóm B cao hơn nhóm A có ý nghĩa tại các huyệt Chi chính trái ($p < 0,001$), Phi dương phải ($p < 0,001$), và các huyệt còn lại cả 2 bên ($p < 0,05$).

- Tại thời điểm T3, nhiệt độ bề mặt da nhóm B cao hơn nhóm A có ý nghĩa tại tất cả các huyệt Lạc và Nguyên 2 bên ($p < 0,05$).

- Tại thời điểm T4, nhiệt độ bề mặt da nhóm B cao hơn nhóm A có ý nghĩa tại các huyệt Thiên lịch 2 bên, Thái uyên 2 bên, Đại lăng 2 bên, Thần môn phải, Quang minh trái, Phi dương phải ($p < 0,05$).

- Ngoài ra, không có sự khác biệt về nhiệt độ giữa 2 bên trái và phải trong mỗi nhóm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Người tham gia nghiên cứu nữ có tỉ lệ cao hơn nam chiếm 68,75%, độ tuổi trung bình $22,11 \pm 1,74$, BMI trong khoảng $21,52 \pm 2,50$. Trong cả 2 nhóm các chỉ số sinh hiệu khác biệt không có ý nghĩa thống kê trước và sau châm, cũng như giữa 2 nhóm. Trong nghiên cứu tác giả Võ Chí Thiện và cộng sự (năm 2023) [4] thực hiện châm huyệt Hậu khê nhóm đối chứng và huyệt Ngự tế nhóm chứng có thao tác kích thích kim tương tự

cũng ghi nhận các chỉ số không thay đổi trong quá trình châm.

4.2. Sự thay đổi nhiệt độ da trong từng nhóm

Trong nhóm vô kim, nhiệt độ tại tất cả các huyệt đều có xu hướng tăng lên theo thời gian và đến thời điểm T3 thì tất cả các huyệt Nguyên và Lạc đều tăng có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p < 0,05$). Có thể giải thích việc tăng nhiệt độ tại các huyệt Lạc là nhờ tác dụng tại chỗ của châm cứu. Khi châm và vô kim, thụ thể thần kinh trong da được kích thích giúp giải phóng các neuropeptide gây giãn mạch làm tăng lưu lượng tuần hoàn. Theo nghiên cứu của Sagaidachnyi lưu lượng máu của da tỷ lệ thuận với nhiệt độ da. Từ nhiệt độ da được ghi bằng camera hồng ngoại có thể ước tính lưu lượng máu bằng phép đo quang thể tích [8]. Vì vậy, có thể nói nhiệt độ da tăng sau khi châm kim là vì lưu lượng máu của da tăng. Ngoài ra, tại các huyệt Nguyên nhiệt độ tăng có thể giải thích theo học thuyết kinh lạc, theo Nội kinh linh khu từ huyệt Lạc kinh Dương sẽ có nhánh nối với huyệt Nguyên kinh Âm có quan hệ biểu lý [2].

Trong nhóm không vô kim, tại các thời điểm T1, T2, T3 có một vài huyệt Lạc như Thiên lịch, Chi chính, Phi dương và huyệt Nguyên là Thái uyên tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể giải thích vì trong nhóm A mặc dù có châm kim vào huyệt nhưng không vô kim tạo kích thích nên có thể vì vậy hầu hết các huyệt không có sự thay đổi nhiệt độ. Các nghiên cứu khác thường có nhóm chứng là giả châm hoặc châm vào các huyệt không có tác dụng đặc hiệu liên quan nên đều không ghi nhận sự

khác biệt trước và sau châm như nghiên cứu của Tao Huang khảo sát nhiệt độ da khi châm huyết Túc tam lý, gồm nhóm giả châm và châm kim có kích thích, ở nhóm giả châm cũng không ghi nhận sự thay đổi nhiệt độ có ý nghĩa thống kê [5]. Nghiên cứu Võ Chí Thiện khảo sát nhiệt độ vùng cổ gáy khi châm huyết Hậu Khê với nhóm chứng châm huyết Ngự tế, ghi nhận nhiệt độ nhóm chứng thay đổi không có ý nghĩa thống kê [4]. Còn nghiên cứu của chúng tôi nhóm chứng vẫn châm kim vào huyết có lẽ vì vậy vẫn tạo ra những phản ứng và tác dụng nhất định như phản xạ sợi trục. Có lẽ vì vậy mà tại thời điểm T1, T2, T3 khi châm kim vào và vẫn còn lưu kim nên vẫn có thể dẫn đến sự tăng nhiệt độ. Tại thời điểm T4, hầu hết các huyết có nhiệt độ trở về lúc ban đầu vì đã rút kim.

4.3. So sánh sự thay đổi nhiệt độ giữa 2 nhóm

Tại thời điểm T0, nhiệt độ da tại tất cả các huyết giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), điều này là tiền đề để so sánh nhiệt độ giữa 2 nhóm tại các thời điểm khác.

Các thời điểm T1, T2, T4 đa số các huyết của nhóm vê kim đều có nhiệt độ cao hơn so với nhóm không vê kim ($p < 0,05$) nhưng không đồng đều. Riêng thời điểm T3 tất cả các huyết Lạc và huyết Nguyên của nhóm vê kim đều cao hơn so với nhóm không vê kim có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự khác biệt này có thể lý giải do kỹ thuật kim khác nhau ở 2 nhóm. Như nghiên cứu của Sandberg và cộng sự (2003) về tác dụng châm cứu đối với lưu lượng máu của da, cơ. Nghiên cứu tiến hành trên 14 người nữ khỏe mạnh, châm kim tại huyết Túc tam lý với 3 chế độ (châm

nông, châm vào cơ chày trước, châm vào cơ chày trước và vê kim). Kết quả ghi nhận châm nông không làm tăng lưu lượng máu, châm vào cơ và vê kim dẫn đến gia tăng lưu lượng máu rõ rệt ở cả da và cơ [7]. Một nghiên cứu khác của Tao Huang và cộng sự (2013) khảo sát về nhiệt độ da khi châm huyết Túc tam lý chỉ vê kim 1 lần vào thời điểm sau châm 5 phút với tần số từ 40 – 45 lần/20 giây, kết quả ghi nhận ở nhóm có kích thích kim thay đổi nhiệt độ cao hơn so với nhóm giả châm cụ thể ở nhóm kích thích nâng/đẩy kim nhiệt độ tăng cao hơn so với nhóm vê kim xoay/vặn, nhóm vê kim xoay/vặn nhiệt độ tăng cao hơn so với nhóm giả châm [5].

4.4. So sánh sự thay đổi nhiệt độ hai bên trái, phải trong cùng một nhóm

So sánh nhiệt độ giữa các huyết 2 bên trái và phải trong cùng một nhóm đều ghi nhận không có sự khác biệt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Võ Chí Thiện (2023) khi châm huyết Hậu Khê 2 bên đều không có khác biệt có ý nghĩa thống kê [4].

V. KẾT LUẬN

Hào châm có vê kim tại các huyết Lạc trên kinh Dương làm tăng nhiệt độ da tại huyết Lạc được châm và huyết Nguyên tương ứng. Nhiệt độ da tại các huyết Lạc và Nguyên của nhóm vê kim cao hơn so với nhóm không vê kim tại thời điểm T3 (sau châm 10 phút).

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn Khoa Y

học Cổ truyền, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đã hỗ trợ và tạo điều kiện cho chúng tôi sử dụng phòng Châm cứu thực nghiệm để thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cummings M.** Acupuncture and the World Health Organization. Focus on Alternative and Complementary Therapies. 2003;8(3):293-294.
2. **Huỳnh Minh Đức.** Hoàng Đế Hoàng Đế Nội Kinh Linh Khu. Hội Y học dân tộc cổ truyền Đồng Nai; 1989.
3. **Lê Ngọc Phương Quỳnh, Trịnh Thị Diệu Thường.** Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da vùng cổ gáy khi châm bổ hoặc châm tả huyết Đại chủy trên người tình nguyện khoẻ mạnh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;530(Chuyên đề):29-36.
4. **Võ Chí Thiện, Trịnh Thị Diệu Thường.** Đánh giá mối liên hệ giữa huyết Hậu Khê và vùng cổ gáy bằng phương pháp đo nhiệt hồng ngoại. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;530(Chuyên đề):55-64.
5. **Huang T, Huang X, Zhang W, et al.** The Influence of Different Acupuncture Manipulations on the Skin Temperature of an Acupoint. Evidence – Based Complementary and Alternative Medicine. 2013.
6. **Lan KC, Wang CY, Kuo CC, et al.** Effects of the the New Lift – Thrust Operation in Laser Acupuncture Investigated by Thermal Imaging. Evid Based Complement Alternat Med. 2019.
7. **Sandberg M. Lundeberg T, Lindberg LG, et al.** Effects of acupuncture on skin and muscle blood flow in healthy subjects. Eur J Appl Physiol. 2003;90(1):114 – 119.
8. **Sagaidachnyi A, Usanov D, Skripal A, Fomin A.** Skin blood flow as the first time derivative of the temperature: Spectral approach to the blood flow estimation in hands. In: Vol 9031; 2014.

KHẢO SÁT NHIỆT ĐỘ DA TẠI HUYỆT NGUYÊN KHI HÀO CHÂM CÁC HUYỆT LẠC TƯƠNG ỨNG TRÊN KINH ÂM TRÊN NGƯỜI TÌNH NGUYÊN KHOẺ MẠNH

Tạ Thị Bích Thảo¹, Nguyễn Ngọc Kim Ngân¹, Phạm Thị Bình Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Châm cứu là một phương pháp điều trị lâu đời của Y học Cổ truyền, hiện nay châm cứu đã được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Theo một số nghiên cứu châm cứu có thể làm thay đổi nhiệt độ da, và tác dụng này được xem là một trong những cơ chế có thể góp phần trực tiếp hoặc gián tiếp đến hiệu quả điều trị. Mặc dù vậy, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về tác dụng của huyệt Lạc, cũng như mối liên hệ của huyệt Lạc và huyệt Nguyên. Ngoài ra, kinh Âm là kinh có nhánh nối đến các Tạng tương ứng, vì vậy rối loạn chức năng kinh Âm có thể ảnh hưởng đến Tạng và ngược lại. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện để khảo sát nhiệt độ da tại huyệt Nguyên khi hào châm các huyệt Lạc trên đường kinh Âm trên người tình nguyện khỏe mạnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 64 người tình nguyện khỏe mạnh, được phân ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm không vê kim (nhóm A) và nhóm vê kim (nhóm B). Cả 2 nhóm đều châm các huyệt Lạc trên kinh Âm 2 bên trái và phải. Nhóm B vê kim 3 lần, mỗi lần 1 phút tại các thời điểm T1, T2, T3. Nhiệt độ được đo bằng camera hồng ngoại FLIR C5, vị trí khảo sát tại huyệt Lạc kinh Âm

và huyệt Nguyên trên kinh Dương có quan hệ biểu lý. Khảo sát tại 5 thời điểm T0 (trước châm 5 phút), T1 (ngay sau châm), T2 (sau châm 5 phút), T3 (sau châm 10 phút), và T4 (sau rút kim 5 phút). **Kết quả:** Khi hào châm có vê kim các huyệt Lạc trên kinh Âm, nhiệt độ da tại huyệt Lạc và huyệt Nguyên có quan hệ biểu lý ở các thời điểm sau châm tăng có ý nghĩa so với thời điểm trước châm ($p < 0,05$). Ngoài ra, khi so sánh giữa 2 nhóm, nhiệt độ tại tất cả các huyệt Lạc tại thời điểm T3 (sau châm 10 phút) ở nhóm vê kim tăng cao hơn nhóm không vê kim có ý nghĩa ($p < 0,05$). Đồng thời, không ghi nhận sự khác biệt nhiệt độ có ý nghĩa ở hai bên trái và phải trong mỗi nhóm ($p > 0,05$). **Kết luận:** Hào châm có vê kim tại các huyệt Lạc trên kinh Âm, làm tăng nhiệt độ da tại huyệt Lạc được châm và huyệt Nguyên tương ứng. Nhiệt độ da tại các huyệt Lạc của nhóm vê kim cao hơn so với nhóm không vê kim.

Từ khóa: huyệt Lạc, huyệt Nguyên, kinh Âm, hào châm, nhiệt độ da

SUMMARY

SURVEY OF SKIN TEMPERATURE AT YUAN POINTS WHEN MANUAL ACUPUNCTURE IS APPLIED TO CORRESPONDING LUO POINTS ON THE YIN MERIDIAN IN HEALTHY VOLUNTEERS

Objectives: Acupuncture is an ancient treatment method of Traditional Medicine, now widely used around the world. According to some studies, acupuncture can change skin

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bình Minh

Email: ptbminh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 11.8.2024

temperature, and this effect is considered one of the mechanisms that may directly or indirectly contribute to the treatment's efficacy. Although there are still not many studies on the effects of the Luo points, as well as the relationship between the Luo points and the Yuan points. Additionally, the Yin meridians have branches connecting to the corresponding Zang organs, so dysfunction in the Yin meridians can affect the Zang organs and vice versa. Therefore, this study was conducted to investigate the skin temperature at Yuan points when acupuncture is applied to Luo points on the Yin meridian in healthy volunteers. **Subjects and methods:** The study was conducted on 64 healthy volunteers, randomly divided into 2 groups: non - stimulation acupuncture group (group A), rotating needle group (group B). Both groups had acupuncture applied to Luo points on both the left and right Yin meridians. Group B received acupuncture three times, each time for 1 minute at T1, T2, and T3. Temperature was measured using a FLIR C5 infrared camera, with the survey locations being the Yin Luo points and the Yuan points on the Yang meridians that have an exterior-interior relationship. Measurements were taken at five time points: T0 (5 minutes before acupuncture), T1 (immediately after acupuncture), T2 (5 minutes after acupuncture), T3 (10 minutes after acupuncture), and T4 (5 minutes after needle withdrawal). **Results:** When acupuncture was performed with needle rotation on Luo points on the Yin meridian, the skin temperature at both the Luo and the corresponding Yuan points significantly increased after acupuncture compared to before acupuncture ($p < 0.05$). Additionally, when comparing the two groups, the temperature at the Luo points at T3 (10 minutes after acupuncture) in the rotating needle group was significantly higher than in the non-stimulation acupuncture

group ($p < 0.05$). There was no significant temperature difference between the left and right sides within each group ($p > 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture with needle rotation at Luo points on the Yin meridian increases the skin temperature at the Luo points and the corresponding Yuan points. The skin temperature at the Luo points in the rotating needle group was higher than in the non-rotating needle group.

Keywords: Luo point, Yuan point, Yin meridian, manual acupuncture, skin temperature

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Châm cứu là một phương pháp điều trị lâu đời của nền Y học Cổ truyền, hiện nay châm cứu đã được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Theo một số nghiên cứu châm cứu có thể làm thay đổi nhiệt độ da, và tác dụng này được xem là một trong những cơ chế có thể góp phần trực tiếp hoặc gián tiếp đến hiệu quả điều trị. Nghiên cứu Tao Huang và cộng sự (2012) cho thấy khi kích thích kim châm tại huyệt Túc tam lý như tiến lui kim, vê và xoay kim sẽ làm tăng nhiệt độ da của huyệt này [4]. Nghiên cứu của Võ Chí Thiện cho thấy nhiệt độ da vùng cổ gáy tăng lên khi châm huyệt Hậu Khê [3]. Như vậy, châm cứu với các kỹ thuật kim khác nhau có thể làm thay đổi nhiệt độ da.

Lạc mạch có vai trò liên kết các kinh mạch có mối quan hệ biểu lý với nhau và Lạc huyết chính là điểm kết nối. Từ huyệt Lạc của kinh Âm này sẽ có nhánh nối với kinh Dương có mối quan hệ biểu lý. Nhờ vậy mà 12 kinh mạch trở thành một hệ thống, chúng có thể trao đổi khí huyết cho nhau [6]. Có lẽ vì thế mà lạc huyết được ứng dụng nhiều trong điều trị. Tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về tác dụng của huyệt Lạc, cũng như mối liên hệ của huyệt Lạc và huyệt Nguyên. Ngoài ra, kinh Âm là kinh có nhánh

nổi đến các Tạng tương ứng, vì vậy rối loạn chức năng kinh Âm có thể ảnh hưởng đến Tạng và ngược lại. Do đó, vai trò của huyết Lạc trên kinh Âm rất quan trọng trong điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát nhiệt độ da tại huyết Nguyên khi hào châm các huyết Lạc trên đường kinh Âm trên người tình nguyện khỏe mạnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Người tình nguyện khỏe mạnh, tuổi từ đủ 18 đến 30

- Tự nguyện đồng ý tham gia
- BMI: 18,5 – 22,9 kg/m²
- Không có bệnh lý mạn tính kèm theo (qua hỏi tiền căn và bệnh sử)
- Không rối loạn thân nhiệt
- DASS 21 (điểm stress < 15, điểm lo âu < 8, điểm trầm cảm < 10)
- Sinh hiệu trong giới hạn bình thường

2.1.2. Tiêu chuẩn loại

- Sử dụng rượu, bia, cà phê, thuốc lá trong vòng 24 giờ trước nghiên cứu
- Vận động thể lực trước khi tiến hành nghiên cứu 2 giờ
- Phụ nữ đang trong giai đoạn hành kinh, mang thai, cho con bú
- Dùng thuốc gây giãn mạch
- Sử dụng kem chống nắng, các loại dầu dưỡng ẩm
- Giấc hơi, bỏ thuốc, dán thuốc hoặc châm cứu trước đó 01 ngày
- Da vùng châm có tổn thương

2.1.3. Tiêu chuẩn ngưng

- Trong thời gian thử nghiệm xuất hiện vùng châm
- Người tình nguyện không đồng ý tiếp tục tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm

2.2.2. Cơ mẫu

$$n = \frac{2C}{(ES)^2} \quad ES = \frac{\mu_2 - \mu_1}{\sigma}$$

Trong đó: ES là hệ số ảnh hưởng (theo nghiên cứu của Kun Chan – Lan [5] và Tao Huang [4] tính được ES = 0,746), C = 7,85 ($\alpha = 0,05$, $\beta = 0,20$).

Vậy: n = 29 (mỗi nhóm), ước lượng mất mẫu 10% là 32 người cho mỗi nhóm.

2.2.3. Phương pháp phân nhóm

64 người đáp ứng các tiêu chuẩn được chọn tham gia nghiên cứu sẽ được phân nhóm ngẫu nhiên bằng việc bốc thăm vào một trong 2 nhóm: nhóm A (không vê), nhóm B (vê kim).

2.2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm: chất liệu thép không gỉ, đường kính kim 0,3 mm, chiều dài thân kim 13-25 mm. (nước sản xuất Trung Quốc, năm sản xuất 2023, tên hãng ARLO, số đăng ký lưu hành 220000031/PCBB-BYT).

- Dụng cụ đo nhiệt độ: Camera hồng ngoại FLIR C5 (nước sản xuất Estonia, năm sản xuất 2022, tên hãng FLIR, model FLIR C5, số seri 894058781). Thông số kỹ thuật: Cảm biến hồng ngoại: 160 x 120 (19200 pixels), độ nhạy nhiệt độ: <0,05°C, dải đo nhiệt độ: -20°C đến +400°C, độ chính xác: ± 3% giá trị đọc.

- Phòng nghiên cứu được duy trì ở nhiệt độ 24 ± 1°C, độ ẩm 50 – 60%, không gió lùa, không ánh sáng mặt trời trực tiếp.

2.2.5. Phương pháp tiến hành

Người thu thập số liệu xác định vị trí các huyết được châm và các huyết được khảo sát nhiệt độ, đánh dấu huyết bằng bút lông. Người tham gia được nghỉ ngơi 10 phút để làm quen môi trường và ổn định sinh hiệu,

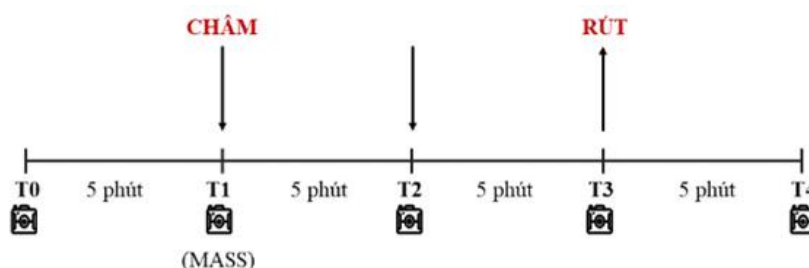
sau đó được đo sinh hiệu trước can thiệp (mạch, huyết áp, thân nhiệt, nhịp thở SpO_2). Sinh hiệu sẽ được đo lại sau can thiệp.

Người thực hiện châm kim: bác sĩ y học cổ truyền có ít nhất 10 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực châm cứu, có chứng chỉ hành nghề từ 5 năm trở lên. Nghiên cứu được tiến hành trong 3 buổi, mỗi buổi cách nhau ít nhất 1 ngày. Mỗi buổi sẽ tiến hành 4 phiên châm (2 huyết ở tay, 2 huyết ở chân), mỗi lần châm 1 huyết.

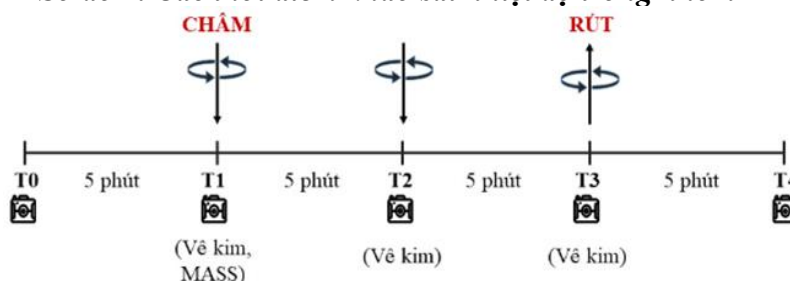
Kỹ thuật châm kim nhóm A: sử dụng kim có chiều dài 13mm, châm góc kim 90° , độ

sâu kim 3 – 5 mm. Thời gian lưu kim 10 phút (Sơ đồ 1).

Kỹ thuật châm kim nhóm B: sử dụng kim có chiều dài 25mm, châm góc kim 90° , độ sâu kim 0,5 – 1 thốn (đồng thân thốn), vẽ kim thuận chiều kim đồng hồ và ngược chiều kim đồng hồ đều từ $180^\circ - 270^\circ$, lặp lại động tác từ 60 – 120 lần/phút, người tham gia cảm giác đắc khí (nặng, tức), người thực hiện cảm nhận kim vít chặt. Thời gian lưu kim 10 phút. Vẽ kim thời gian 1 phút tại các thời điểm T1 (ngay sau châm), T2 (sau châm 5 phút), T3 (sau châm 10 phút) (Sơ đồ 2).



Sơ đồ 4. Các thời điểm khảo sát nhiệt độ trong nhóm A



Sơ đồ 5. Các thời điểm khảo sát nhiệt độ trong nhóm B

Kỹ thuật đo nhiệt độ: Đặt camera ở khoảng cách 0,5 mét, chỉnh vuông góc với vùng da cần đo. Người tham gia được yêu cầu đứng yên cho đến khi hình ảnh được chụp xong. Đo nhiệt độ tại các huyết khảo sát vào 5 thời điểm: T0 (trước châm 5 phút), T1 (ngay sau châm), T2 (sau châm 5 phút), T3 (sau châm 10 phút), và T4 (sau rút kim 5 phút).

Bảng 1. Tên huyết được châm và huyết khảo sát nhiệt độ

STT	Huyết được châm (Huyết Lạc kinh Âm)	Huyết khảo sát nhiệt độ
1	Liệt khuyết	Liệt khuyết, Hợp cốc
2	Nội quan	Nội quan, Dương trì
3	Thông lý	Thông lý, Uyển cốt
4	Lãi câu	Lãi câu, Khâu khư
5	Công tôn	Công tôn, Xung dương
6	Đại chung	Đại chung, Kinh cốt

Kỹ thuật xử lý hình ảnh: Sử dụng phần mềm FLIR IGNITE (<https://ignite.flir.com/>), chọn chế độ đo điểm, diện tích đo được đánh dấu bằng hình tròn với đường kính 10mm).

2.3. Phương pháp thống kê

- Nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel; phân tích hình ảnh hồng ngoại bằng phần mềm FLIR thermal studio và phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 27.

- Các biến định lượng được mô tả dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn), trung vị và khoảng tứ phân vị (phân

phối không chuẩn). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm.

- So sánh các số trung bình trong cùng 1 nhóm: kiểm định Wilcoxon sắp hạng có dấu.

- So sánh các số trung bình trong giữa 2 nhóm: kiểm định Mann – Whitney.

2.4. Y đức

Đề tài nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, theo quyết định số 266/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 01/02/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Thông tin nền		Nhóm A	Nhóm B	p
Giới tính (n; %)				
Nam		12 (37,5%)	12 (37,5%)	1,00 ^a
Nữ		20 (62,5%)	20 (62,5%)	
Tuổi (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)		22,13 ± 1,84	22,9 ± 1,96	0,81 ^b
BMI (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)		21,26 ± 1,49	21,22 ± 1,63	0,92 ^b
Sinh hiệu		Nhóm A	Nhóm B	p
Huyết áp tâm thu (mmHg) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	115,75 ± 9,73	115,34 ± 11,23	0,878 ^b
	Sau	115,69 ± 7,93	114,63 ± 9,06	0,619 ^b
	p	0,971 ^c	0,519 ^c	
Huyết áp tâm trương (mmHg) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	69,59 ± 5,37	69,31 ± 7,28	0,861 ^b
	Sau	68,94 ± 5,74	69,13 ± 6,64	0,904 ^b
	p	0,536 ^c	0,720 ^c	
Mạch (lần/phút) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	80,84 ± 7,83	78,03 ± 8,46	0,173 ^b
	Sau	80,91 ± 8,54	78,47 ± 7,34	0,226 ^b
	p	0,950 ^c	0,532 ^c	
Nhịp thở (lần/phút) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	18,38 ± 0,71	18,38 ± 0,87	1,00 ^b
	Sau	18,56 ± 0,72	18,66 ± 0,90	0,647 ^b
	p	0,056 ^c	0,059 ^c	
SpO2 (%) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	98,78 ± 0,83	98,47 ± 0,95	0,167 ^b
	Sau	98,78 ± 0,83	98,44 ± 0,80	0,097 ^b
	p	1,000 ^c	0,851 ^c	
Thân nhiệt (°C) (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Trước	36,69 ± 0,36	36,73 ± 0,35	0,601 ^b
	Sau	36,75 ± 0,28	36,78 ± 0,26	0,713 ^b
	p	0,358 ^c	0,498 ^c	

^a Phép kiểm Chi bình phương, ^b Phép kiểm T độc lập, ^c Phép kiểm T bắt cặp

Nhận xét:

- Giới tính, tuổi, BMI giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

- Ngoài ra, các chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, mạch, nhịp thở, SpO₂, thân nhiệt trước và sau châm của 2 nhóm

trong giới hạn bình thường, so sánh trước-sau và giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.2. Sự thay đổi nhiệt độ da tại các huyết được khảo sát trong từng nhóm

Bảng 3. Nhiệt độ bề mặt da tại các thời điểm khác nhau ở nhóm A bên Trái

	T0	T1	T2	T3	T4
Trung vị (Khoảng tứ phân vị)					
Liệt khuyết	34,15 (32,85 – 35,58)	33,25 (32,30 – 35,08)	34,45 (33,07 – 35,38)	34,75 (33,95 – 35,48)	34,60 (33,45 – 35,58)
p ^a		0,304	0,486	0,058	0,074
Hợp cốc	34,30 (33,25 – 35,58)	34,75 (33,58 – 36,13)	34,85 (34,05 – 35,68)	34,90 (33,80 – 36,30)	35,10 (33,60 – 36,10)
p ^a		0,063	0,051	0,080	0,053
Lãi câu	34,05 (33,53 – 34,90)	34,15 (33,10 – 34,88)	34,20 (33,18 – 34,80)	34,20 (33,03 – 34,98)	34,40 (32,95 – 35,08)
p ^a		0,821	0,471	0,361	0,319
Khâu khu	34,15 (33,50 – 34,98)	34,05 (33,20 – 35,38)	34,00 (33,40 – 34,93)	34,05 (32,98 – 35,00)	34,10 (32,93 – 35,23)
p ^a		0,750	0,497	0,126	0,121
Nội quan	36,00 (35,00 – 36,40)	34,95 (33,53 – 35,98)	35,95 (35,25 – 36,75)	35,90 (35,28 – 36,70)	36,60 (35,33 – 37,08)
p ^a		0,061	0,680	0,382	0,114
Dương trì	34,15 (33,00 – 34,88)	34,35 (32,75 – 35,40)	34,20 (33,23 – 35,08)	34,25 (33,43 – 35,30)	34,45 (33,35 – 35,28)
p ^a		0,562	0,975	0,349	0,364
Công tôn	32,00 (30,83 – 33,25)	31,95 (30,83 – 33,25)	32,40 (31,80 – 33,78)	32,60 (31,43 – 33,80)	32,60 (30,93 – 33,78)
p ^a		0,081	0,588	0,710	0,161
Xung dương	34,70 (33,53 – 35,80)	34,80 (33,25 – 35,88)	34,90 (33,53 – 35,85)	34,95 (33,45 – 35,80)	34,30 (33,48 – 35,88)
p ^a		0,937	0,342	0,493	0,689
Thông lý	35,80 (34,85 – 36,10)	35,25 (34,53 – 36,00)	35,80 (34,93 – 36,30)	35,65 (35,03 – 36,38)	36,00 (35,03 – 36,55)
p ^a		0,070	0,933	0,576	0,066
Uyển cốt	35,10 (32,70 – 36,00)	34,30 (33,00 – 35,80)	34,65 (32,98 – 35,55)	34,65 (33,63 – 35,68)	34,45 (33,43 – 36,25)
p ^a		0,312	0,739	0,410	0,743

Đại chung	32,90 (32,03 – 33,88)	32,35 (31,33 – 33,38)	32,85 (31,63 – 33,60)	32,65 (31,83 – 34,10)	33,35 (32,13 – 34,38)
p^a		0,312	0,739	0,410	0,743
Kinh cốt	32,60 (31,90 – 34,15)	32,95 (31,50 – 33,85)	32,85 (31,28 – 33,93)	32,40 (31,48 – 33,60)	33,00 (31,40 – 34,03)
p^a		0,776	0,421	0,060	0,125

p^a là giá trị p khi so sánh với thời điểm T_0 (trước châm 5 phút)

^a Phép kiểm Wilcoxon sắp hạng có dấu

Bảng 4. Nhiệt độ bề mặt da tại các thời điểm khác nhau ở nhóm A bên Phải

	T0	T1	T2	T3	T4
Trung vị (Khoảng tứ phân vị)					
Liệt khuyết	34,60 (33,78 – 35,25)	34,35 (33,33 – 35,08)	34,85 (33,70 – 35,40)	34,65 (34,00 – 35,60)	34,95 (33,63 – 35,28)
p^a		0,420	0,048	0,184	0,544
Hợp cốc	34,70 (34,05 – 35,55)	34,70 (34,23 – 35,78)	34,95 (33,95 – 35,70)	35,00 (33,88 – 35,75)	35,00 (34,03 – 36,18)
p^a		0,118	0,058	0,108	0,104
Lãi câu	34,20 (33,60 – 34,8)	34,10 (33,45 – 35,20)	34,15 (33,40 – 34,98)	34,15 (33,13 – 34,98)	34,60 (33,28 – 35,35)
p^a		0,266	0,471	0,361	0,319
Khâu khur	34,25 (33,60 – 34,68)	34,15 (33,05 – 34,78)	34,30 (33,05 – 34,88)	34,15 (33,03 – 34,88)	34,15 (32,33 – 35,20)
p^a		0,330	0,497	0,126	0,121
Nội quan	36,15 (35,13 – 36,58)	36,05 (34,90 – 36,30)	36,00 (34,78 – 36,38)	36,05 (35,53 – 36,30)	36,50 (35,03 – 37,10)
p^a		0,118	0,680	0,382	0,114
Dương trì	34,85 (33,03 – 35,80)	35,45 (32,63 – 36,38)	34,70 (33,93 – 35,95)	35,00 (34,05 – 36,65)	35,35 (33,70 – 36,15)
p^a		0,194	0,975	0,349	0,364
Công tôn	32,90 (31,73 – 33,53)	32,80 (32,03 – 34,08)	32,60 (31,63 – 33,90)	32,25 (31,68 – 33,25)	32,45 (31,15 – 33,45)
p^a		0,009	0,588	0,710	0,161
Xung dương	34,65 (33,78 – 35,18)	34,50 (33,00 – 35,4)	34,50 (33,28 – 36,00)	34,55 (33,13 – 35,63)	34,40 (32,98 – 36,05)
p^a		0,476	0,933	0,576	0,066
Thông lý	35,85 (34,60 – 36,50)	35,20 (34,40 – 36,38)	35,70 (34,95 – 36,38)	35,45 (35,03 – 36,50)	35,75 (34,73 – 36,58)
p^a		0,476	0,933	0,576	0,066
Uyển cốt	35,15 (33,53 – 36,73)	34,90 (33,83 – 36,10)	34,50 (33,50 – 35,80)	34,65 (33,30 – 35,75)	34,45 (33,38 – 35,90)
p^a		0,290	0,739	0,410	0,743

Đại chung	32,20 (31,20 – 33,75)	32,20 (30,65 – 33,68)	32,75 (31,35 – 33,60)	32,65 (31,75 – 33,73)	32,95 (31,80 – 33,95)
p ^a		0,079	0,894	0,593	0,356
Kinh cốt	32,35 (31,53 – 34,13)	32,70 (31,40 – 34,00)	32,60 (31,73 – 33,98)	32,45 (31,45 – 33,78)	32,35 (31,43 – 33,85)
p ^a		0,498	0,421	0,060	0,125

p^a là giá trị p khi so sánh với thời điểm T0 (trước châm 5 phút)

^a Phép kiểm Wilcoxon sắp hạng có dấu

Trong nhóm A, nhiệt độ ở các huyết bên trái và phải tại các thời điểm T1, T2, T3, T4 đều thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với T0 (p>0,05). Riêng huyết Công Tôn bên phải tại T1 thay đổi có ý nghĩa thống kê so với T0 (p<0,05).

Bảng 5. Nhiệt độ bề mặt da tại các thời điểm khác nhau ở nhóm B bên Trái

	T0	T1	T2	T3	T4
Trung vị (Khoảng tứ phân vị)					
Liệt khuyết	34,30 (32,83 – 35,38)	34,80 (33,78 – 35,50)	35,10 (34,13 – 35,9)	35,50 (34,40 – 36,10)	35,10 (34,18 – 36,00)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hợp cốc	34,30 (33,03 – 35,90)	34,90 (34,03 – 35,90)	34,95 (34,03 – 36,08)	35,15 (34,23 – 36,10)	34,95 (33,70 – 35,80)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	0,021
Lãi câu	34,25 (33,00 – 35,08)	34,30 (33,70 – 35,23)	34,60 (33,83 – 35,28)	34,85 (33,85 – 35,40)	34,30 (33,60 – 34,98)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	0,243
Khâu khu	34,10 (33,23 – 34,80)	34,45 (33,43 – 35,15)	34,65 (33,45 – 35,15)	34,55 (33,50 – 35,08)	33,85 (33,05 – 34,78)
p ^a		<0,001	<0,001	0,001	0,155
Nội quan	35,60 (34,80 – 36,40)	35,65 (35,05 – 36,40)	36,25 (35,50 – 37,00)	36,55 (35,73 – 37,10)	36,25 (35,33 – 37,05)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	0,006
Dương trì	33,55 (32,60 – 34,38)	34,65 (33,73 – 35,30)	35,25 (34,05 – 35,80)	35,30 (34,25 – 36,08)	34,75 (33,73 – 35,90)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Công tôn	32,35 (31,28 – 33,48)	32,70 (31,43 – 34,05)	33,00 (31,73 – 34,45)	33,55 (32,13 – 34,50)	32,65 (30,90 – 33,58)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	0,696
Xung dương	34,00 (33,13 – 34,83)	34,75 (33,85 – 35,85)	34,35 (32,83 – 35,28)	34,35 (33,43 – 35,18)	34,40 (33,63 – 35,08)
p ^a		<0,001	0,004	0,043	0,902

Thông lý	35,80 (34,65 – 36,08)	36,00 (35,10 – 36,70)	36,30 (35,83 – 37,10)	36,50 (36,20 – 37,30)	36,40 (35,48 – 37,28)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Uỷên cốt	34,35 (33,05 – 35,18)	34,90 (33,78 – 36,00)	34,80 (33,93 – 36,35)	35,05 (33,70 – 36,58)	35,10 (34,03 – 36,13)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	0,010
Đại chung	33,35 (32,43 – 33,88)	33,85 (32,28 – 34,68)	34,00 (32,55 – 34,88)	34,05 (32,83 – 34,98)	33,70 (32,23 – 34,28)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	0,117
Kinh cốt	33,10 (32,00 – 33,68)	33,70 (32,73 – 34,58)	34,10 (32,83 – 34,68)	33,55 (32,43 – 34,83)	33,05 (31,83 – 33,85)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	0,512

p^a là giá trị p khi so sánh với thời điểm T0 (trước châm 5 phút)

^a Phép kiểm Wilcoxon sắp hạng có dấu

Bảng 6. Nhiệt độ bề mặt da tại các thời điểm khác nhau ở nhóm B bên Phải

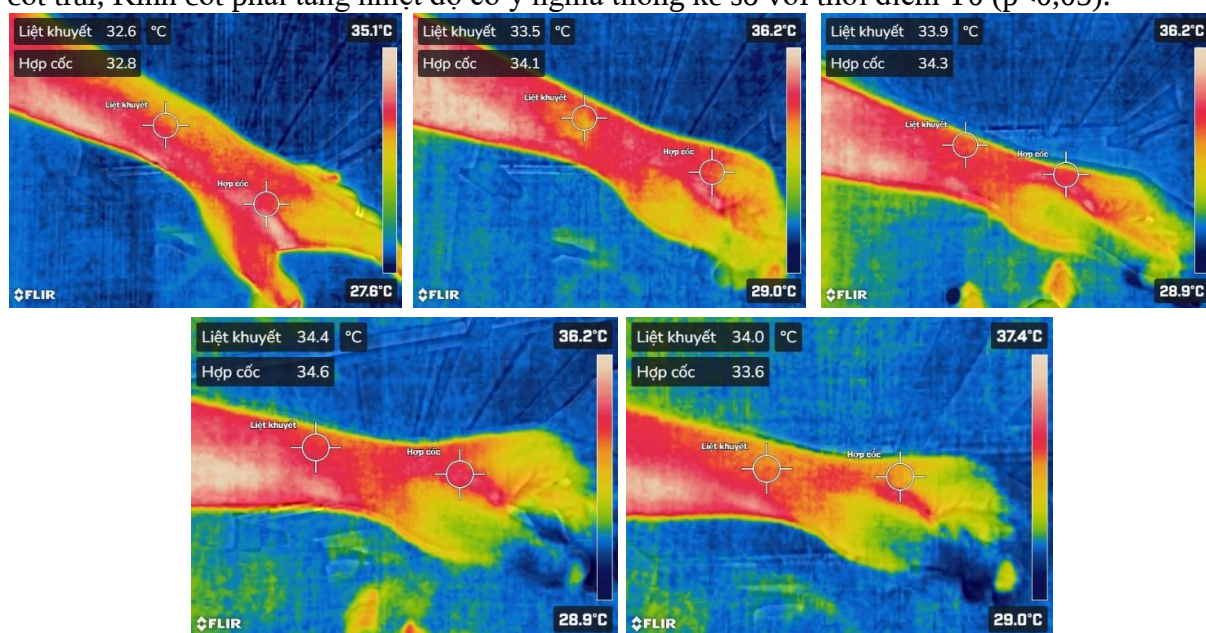
	T0	T1	T2	T3	T4
Trung vị (Khoảng tứ phân vị)					
Liệt khuyết	33,95 (33,10 – 35,28)	34,50 (33,53 – 35,40)	34,90 (33,83 – 36,00)	35,15 (34,30 – 36,48)	34,55 (33,88 – 35,56)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Hợp cốc	34,15 (33,10 – 33,45)	35,10 (33,70 - 35,86)	34,95 (33,95 – 33,08)	35,35 (34,23 - 36,53)	34,60 (33,85 – 35,60)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	0,048
Lãi câu	34,40 (33,15 – 34,90)	34,50 (33,53 – 35,05)	34,35 (33,43 – 35,28)	34,80 (34,10 – 35,68)	34,25 (33,63 – 35,33)
p ^a		0,001	0,025	<0,001	0,426
Khâu khur	33,65 (33,20 – 34,48)	33,90 (33,45 – 35,03)	34,00 (33,38 – 35,03)	34,35 (33,65 – 35,18)	34,00 (32,95 – 34,65)
p ^a		<0,001	0,003	0,001	0,791
Nội quan	35,60 (34,83 – 36,40)	35,90 (35,05 – 36,48)	36,30 (35,45 – 37,10)	36,65 (35,85 – 37,35)	36,15 (35,40 – 36,98)
p ^a		0,011	<0,001	<0,001	0,005
Dương trì	33,90 (32,80 – 34,50)	34,80 (33,40 – 35,30)	35,05 (33,65 – 35,73)	35,10 (34,05 – 35,90)	34,40 (33,80 – 35,40)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Công tôn	32,00 (30,65 – 33,50)	32,45 (31,08 – 33,85)	32,60 (31,35 – 34,00)	33,35 (32,15 – 35,08)	32,40 (30,90 – 33,30)
p ^a		<0,001	<0,001	<0,001	0,303

Xung dương	34,00 (33,13 – 34,83)	34,60 (33,63 – 35,45)	34,65 (33,33 – 35,38)	34,20 (3,25 – 35,48)	34,45 (33,53 – 35,30)
p^a		<0,001	<0,001	0,015	0,030
Thông lý	35,65 (35,05 – 36,28)	36,00 (35,53 – 36,60)	36,45 (35,80 – 37,10)	36,80 (36,03 – 37,50)	36,35 (35,63 – 36,98)
p^a		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Uyển cốt	34,60 (33,80 – 35,35)	35,20 (34,13 – 36,00)	35,30 (34,13 – 36,18)	35,50 (34,25 – 36,58)	35,00 (33,45 – 36,43)
p^a		<0,001	<0,001	0,001	0,093
Đại chung	33,05 (32,03 – 33,88)	33,70 (32,70 – 34,73)	33,90 (32,05 – 34,50)	34,10 (32,80 – 34,93)	33,45 (31,68 – 34,28)
p^a		0,001	0,001	0,001	0,163
Kinh cốt	32,75 (31,73 – 33,58)	33,40 (32,73 – 34,60)	33,40 (32,40 – 34,63)	33,35 (32,50 – 34,58)	33,35 (32,25 – 34,28)
p^a		<0,001	<0,001	<0,001	0,002

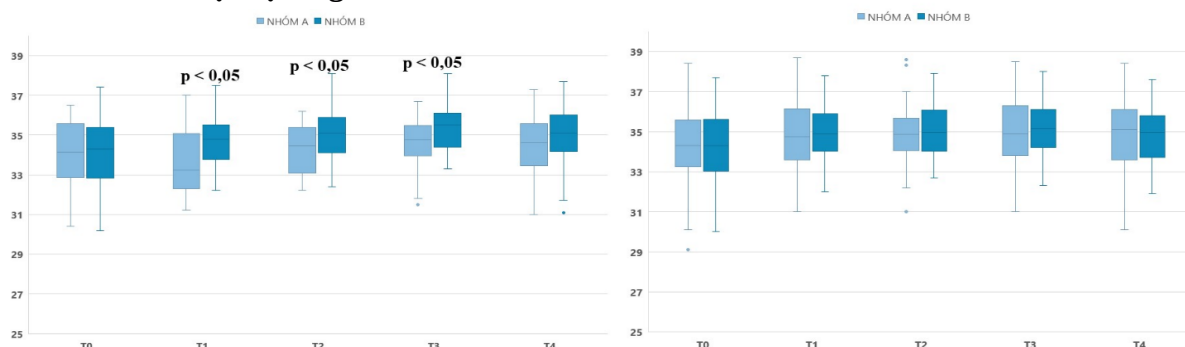
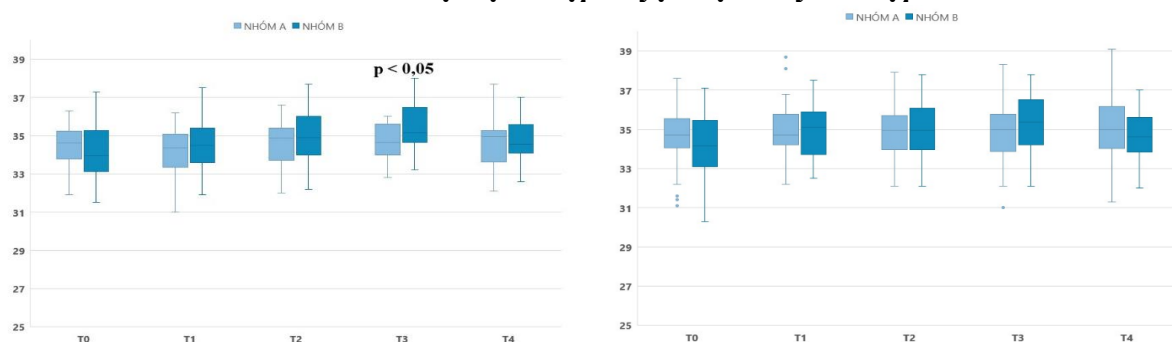
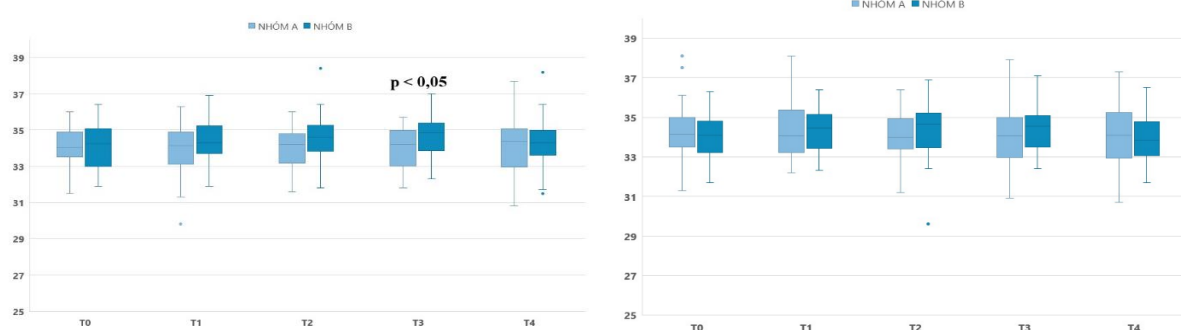
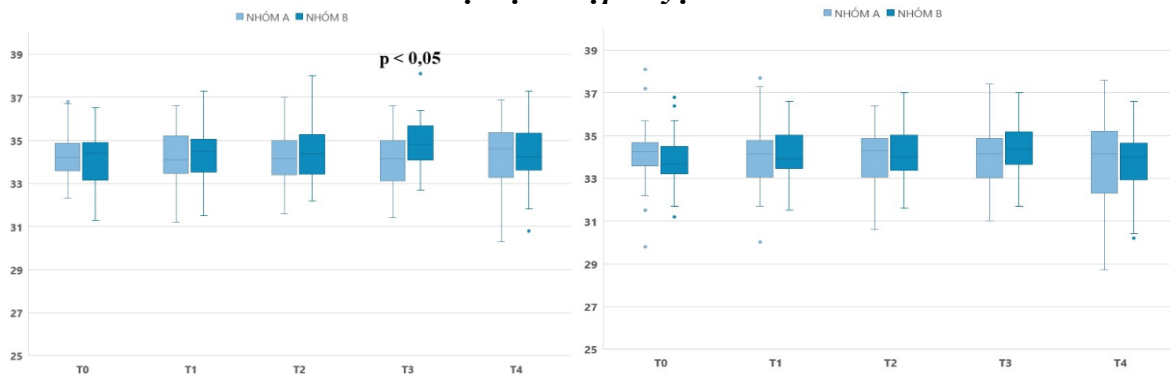
p^a là giá trị p khi so sánh với thời điểm T0 (trước châm 5 phút)

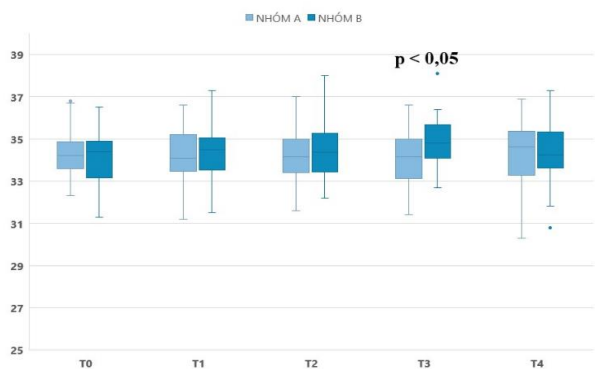
^a Phép kiểm Wilcoxon sắp hạng có dấu

Nhận xét: Trong nhóm B, nhiệt độ ở tất cả các huyệt Lạc và Nguyên 2 bên trái và phải tại các thời điểm T1, T2, T3 tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0 ($p < 0,05$). Tại T4, các huyệt Liệt khuyết, Hợp cốc, Nội quan, Dương trì, Thông lý 2 bên; Xung dương phải, Uyển cốt trái, Kinh cốt phải tăng nhiệt độ có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0 ($p < 0,05$).

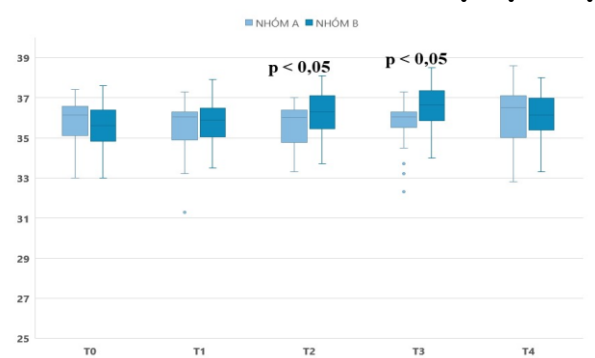


Hình 1. Sự thay đổi nhiệt độ da tại T0, T1, T2, T3, T4 khi châm có về kim huyệt Liệt khuyết

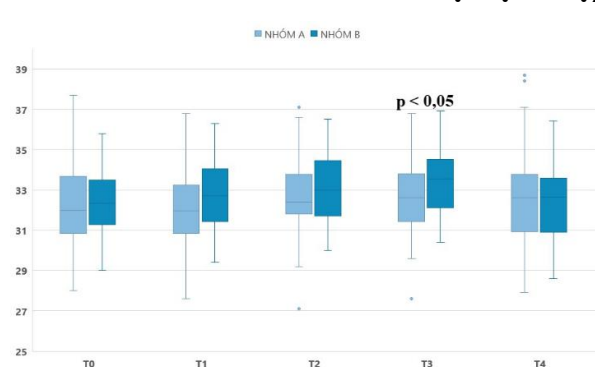
So sánh nhiệt độ da giữa nhóm A và nhóm B***Biểu đồ 1. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Liệt khuyết - Hợp cốc trái******Biểu đồ 2. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Liệt khuyết - Hợp cốc phải******Biểu đồ 3. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Lai câu - Khâu khu trái******Biểu đồ 4. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Lai câu - Khâu khu phải***



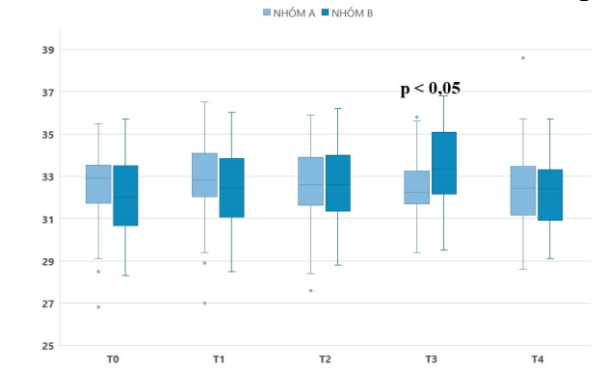
Biểu đồ 5. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Nội quan - Dương trì trái



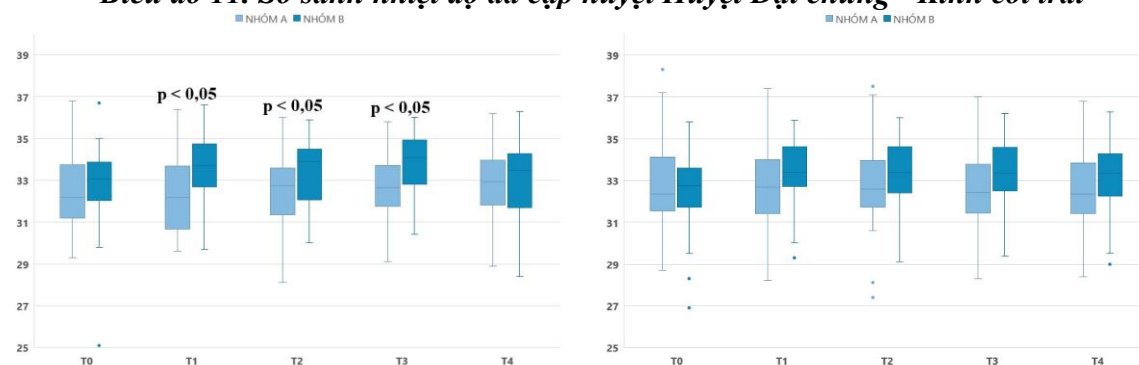
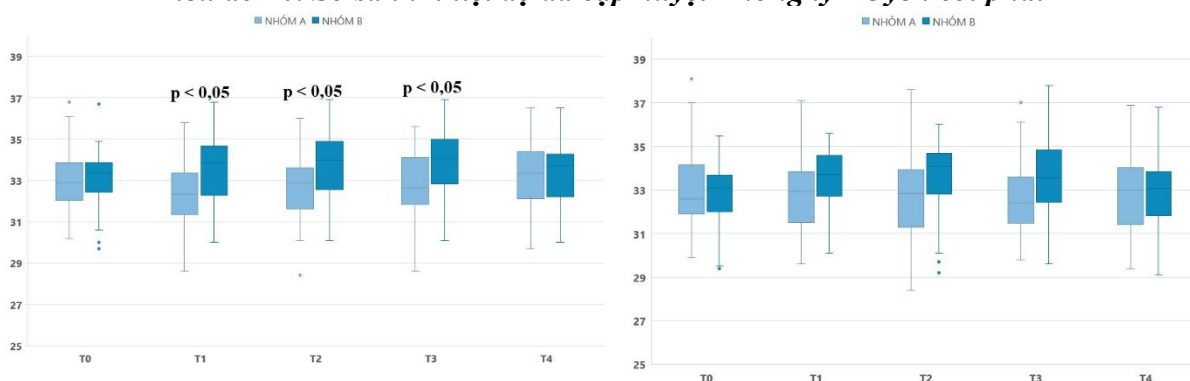
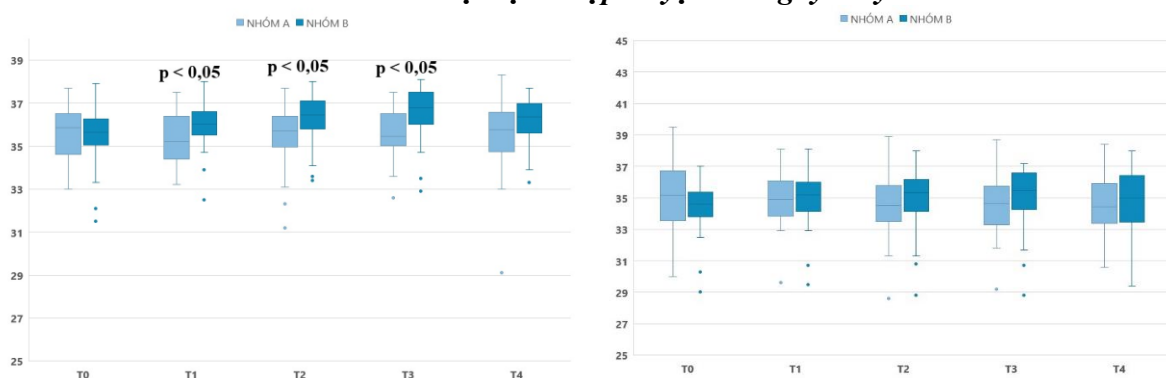
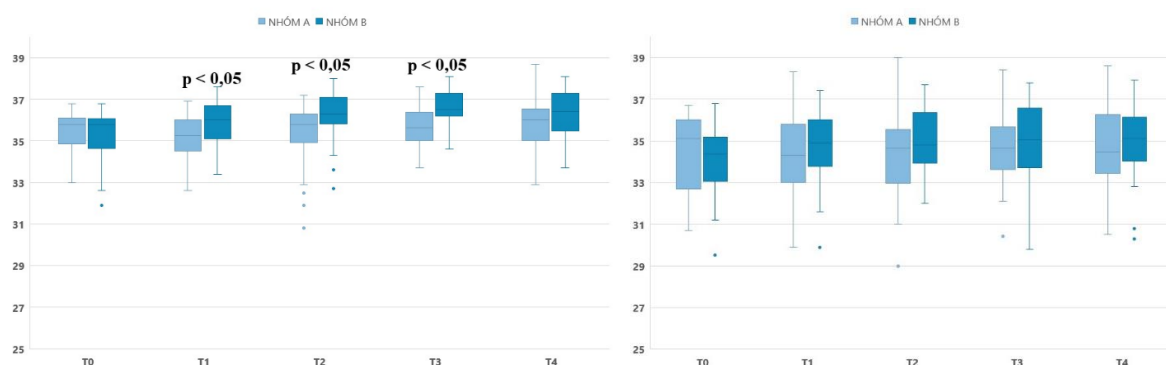
Biểu đồ 6. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Nội quan - Dương trì phải



Biểu đồ 7. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Công tôn - Xung dương trái



Biểu đồ 8. So sánh nhiệt độ da cặp huyết Công tôn - Xung dương phải



Nhận xét:

- Tại thời điểm T0 và T4, nhiệt độ bề mặt da tại tất cả các huyết giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

- Tại thời điểm T1, nhiệt độ bề mặt da nhóm B cao hơn nhóm A có ý nghĩa ($p<0,05$) tại các huyết Liệt khuyết trái ($p=0,008$), Nội quan trái ($p=0,016$), Thông lý 2 bên, Đại chung 2 bên.

- Tại thời điểm T2, nhiệt độ bề mặt da nhóm B cao hơn nhóm A có ý nghĩa tại các huyết Liệt khuyết trái ($p=0,017$), Dương trì trái ($p=0,004$), Nội quan phải ($p=0,034$), Thông lý 2 bên, Đại chung 2 bên ($p<0,05$).

- Tại thời điểm T3, nhiệt độ bề mặt da nhóm B cao hơn nhóm A có ý nghĩa tại tất cả các huyết Lạc 2 bên gồm Liệt khuyết, Lãi câu, Nội quan, Công tôn, Thông lý, Đại chung ($p<0,05$); huyết Nguyên chỉ có Dương trì trái ($p=0,012$).

- Ngoài ra, so sánh nhiệt độ tại tất cả các huyết 2 bên trái và phải trong cùng nhóm A hoặc nhóm B khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Người tham gia nghiên cứu nữ có tỉ lệ cao hơn nam chiếm 62,5%, độ tuổi trung bình $22,54 \pm 1,93$, BMI trong khoảng $21,24 \pm 1,55$. Trong cả 2 nhóm các chỉ số về sinh hiệu (mạch, huyết áp, thân nhiệt, nhịp thở, SpO_2) đều khác biệt không có ý nghĩa thống kê trước và sau châm. Khi so sánh 2 nhóm cũng không ghi nhận sự khác biệt. Điều này cho thấy kỹ thuật hào châm an toàn, hầu như không ảnh hưởng sinh hiệu.

4.2. Sự thay đổi nhiệt độ da trong từng nhóm

Trong nhóm không vê kim, ngoại trừ huyết Công tôn bên phải thì nhiệt độ ở tất cả

các huyết tại các thời điểm T1, T2, T3, T4 đều thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với T0 ($p>0,05$). Điều này có thể giải thích bởi vì trong nhóm A mặc dù có châm kim vào huyết nhưng không vê kim tạo kích thích nên có thể vì vậy hầu hết các huyết không có sự thay đổi nhiệt độ. Các nghiên cứu khác thường có nhóm chứng là giả châm hoặc châm vào các huyết không có tác dụng đặc hiệu liên quan nên đều không ghi nhận sự khác biệt trước và sau châm như nghiên cứu của Tao Huang khảo sát nhiệt độ da khi châm huyết Túc tam lý, gồm nhóm giả châm và châm kim có kích thích, ở nhóm giả châm cũng không ghi nhận sự thay đổi nhiệt độ có ý nghĩa thống kê [4]. Nghiên cứu Võ Chí Thiện khảo sát nhiệt độ vùng cổ gáy khi châm huyết Hậu khê với nhóm chứng châm huyết Ngự tể, ghi nhận nhiệt độ nhóm chứng thay đổi không có ý nghĩa thống kê [3]. Còn nghiên cứu của chúng tôi nhóm chứng vẫn châm kim vào huyết có lẽ vì vậy vẫn tạo ra những phản ứng và tác dụng nhất định như phản xạ sợi trục (tín hiệu được dẫn truyền đến sừng sau tủy sống và cả sợi giao cảm đi đến nội tạng trong cùng một khoanh tủy). Có lẽ vì vậy mà tại thời điểm T1 khi châm kim vào có thể dẫn đến sự tăng nhiệt độ nhất thời, và chỉ tại 1 huyết duy nhất.

Trong nhóm vê kim, nhiệt độ ở tất cả các huyết Lạc 2 bên trái và phải tại các thời điểm T1, T2, T3 đều tăng có ý nghĩa so với thời điểm T0 ($p<0,05$). Có thể giải thích việc tăng nhiệt độ tại các huyết Lạc là nhờ tác dụng tại chỗ của châm cứu. Khi châm và vê kim, thụ thể thần kinh trong da được kích thích giúp giải phóng các neuropeptide gây giãn mạch làm tăng lưu lượng tuần hoàn. Theo nghiên cứu của Sagaidachnyi lưu lượng máu của da tỷ lệ thuận với nhiệt độ da, nói cách khác sự dao động của lưu lượng máu quyết định tốc

độ thay đổi nhiệt độ da. Từ nhiệt độ da được ghi bằng camera hồng ngoại có thể ước tính lưu lượng máu bằng phép đo quang thể tích [8]. Vì vậy, có thể nói nhiệt độ da tăng sau khi châm kim là vì lưu lượng máu của da tăng.

Cũng trong nhóm vê kim, nhiệt độ ở tất cả các huyết Nguyên 2 bên trái và phải tại các thời điểm T1, T2, T3 đều tăng có ý nghĩa so với T0 ($p < 0,05$). Điều này có thể lý giải bởi sự kết nối giữa huyết Lạc và huyết Nguyên có mối quan hệ biểu lý. Từ huyết Lạc trên kinh Âm tách thành hai nhánh, một nhánh đến để nối với kinh Dương có quan hệ biểu lý tại huyết Nguyên, nhánh còn lại đến nối với một khu vực riêng biệt và có thể là một hoặc nhiều cơ quan nội tạng. Có lẽ vì thế mà khi châm vê kim huyết Lạc cũng làm tăng nhiệt độ tại các huyết Nguyên.

4.3. So sánh sự thay đổi nhiệt độ giữa 2 nhóm

Sự thay đổi nhiệt độ tại huyết Lạc giữa 2 nhóm

Tại thời điểm T0, nhiệt độ da tại tất cả các huyết giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), điều này là tiền đề để so sánh nhiệt độ giữa 2 nhóm tại các thời điểm khác.

Tại các thời điểm T1, T2 nhiệt độ tại một số huyết của nhóm vê kim có cao hơn so với nhóm không vê có ý nghĩa thống kê gồm các huyết Liệt khuyết trái, Nội quan 2 bên, Thông lý 2 bên, Đại chung 2 bên.

Đến thời điểm T3, tất cả các huyết Lạc 2 bên của nhóm vê kim đều có nhiệt độ da cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không vê. Sự khác biệt này có thể lý giải do kỹ thuật kim khác nhau ở 2 nhóm. Như nghiên cứu của Sandberg và cộng sự (2003) về tác dụng châm cứu đối với lưu lượng máu của da, cơ. Nghiên cứu tiến hành trên 14 người

nữ khoẻ mạnh, châm kim tại huyết Túc tam lý với 3 chế độ (châm nông, châm vào cơ chày trước, châm vào cơ chày trước và vê kim). Kết quả ghi nhận châm nông không làm tăng lưu lượng máu, châm vào cơ và vê kim dẫn đến gia tăng lưu lượng máu rõ rệt ở cả da và cơ [7]. Một nghiên cứu khác của Tao Huang và cộng sự (2012) khảo sát về nhiệt độ da khi châm huyết Túc tam lý chỉ vê kim 1 lần vào thời điểm sau châm T2 với tần số từ 40 – 45 lần/20 giây, kết quả ghi nhận ở nhóm có kích thích kim thay đổi nhiệt độ cao hơn so với nhóm giả châm cụ thể ở nhóm kích thích nâng/đẩy kim nhiệt độ tăng cao hơn so với nhóm vê kim xoay/vặn, nhóm vê kim xoay/vặn nhiệt độ tăng cao hơn so với nhóm giả châm [4].

Tại thời điểm T4, nhiệt độ bề mặt da tại tất cả các huyết Lạc giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này hoàn toàn phù hợp vì T4 là thời điểm sau rút kim 5 phút, tương tự kết quả của Tao Huang sau rút kim 5 phút nhiệt độ tron nhóm vê kim xoay/vặn khác biệt không ý nghĩa so với trước châm [4]. Như vậy, sau khi không còn kích thích kim nhiệt độ da nhanh chóng quay trở về mức ban đầu.

Sự thay đổi nhiệt độ tại huyết Nguyên giữa 2 nhóm

Tại hầu hết các thời điểm, nhiệt độ da của các huyết Nguyên giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$), riêng huyết Dương Trì bên trái nhóm có vê kim cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không vê tại T2 và T3. Bởi vì, huyết Nguyên là huyết không được tác động kim trực tiếp nên có lẽ vì vậy khó ghi nhận sự khác biệt rõ ràng giữa 2 nhóm.

4.4. So sánh sự thay đổi nhiệt độ hai bên trái, phải trong cùng một nhóm

So sánh nhiệt độ giữa các huyết 2 bên trái và phải trong cùng một nhóm đều ghi nhận

không có sự khác biệt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Vũ Thanh Liêm và cộng sự (2017) khi châm tả huyết Ủy trung và Liệt khuyết hai bên đều không có khác biệt có ý nghĩa [1] [2], hay nghiên cứu của Võ Chí Thiện (2023) khi châm huyết Hậu Khê 2 bên đều không có khác biệt có ý nghĩa thống kê [3].

V. KẾT LUẬN

Hào châm có vẽ kim tại các huyết Lạc trên kinh Âm làm tăng nhiệt độ da tại huyết Lạc được châm và huyết Nguyên tương ứng. Nhiệt độ da tại các huyết Lạc của nhóm vẽ kim cao hơn so với nhóm không vẽ kim.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn Khoa Y học Cổ truyền – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh đã hỗ trợ, tạo điều kiện cho chúng tôi sử dụng phòng Châm cứu thực nghiệm để thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liêm Vũ Thanh, Thường Trịnh Thị Diệu.** Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ da vùng thắt lưng khi châm tả huyết Ủy trung thuộc nhóm Lạc tổng huyết. Y học Thực hành. 2017; 7:107 – 109.
2. **Liêm Vũ Thanh, Thường Trịnh Thị Diệu.** Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ da vùng cổ gáy

khi châm tả huyết Liệt khuyết thuộc nhóm lục tổng huyết. Y Học Thực Hành. 2017;7:166 - 169.

3. **Thiện Võ Chí, Thường Trịnh Thị Diệu.** Đánh giá mối liên hệ giữa huyết Hậu Khê và vùng cổ gáy bằng phương pháp đo nhiệt hồng ngoại. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;530(Chuyên đề):55-64.
4. **Huang T, Huang X, Zhang W, et al.** The Influence of Different Acupuncture Manipulations on the Skin Temperature of an Acupoint. Evidence – Based Complementary and Alternative Medicine. 2013.
5. **Lan KC, Wang CY, Kuo CC, et al.** Effects of the the New Lift – Thrust Operation in Laser Acupuncture Investigated by Thermal Imaging. Evid Based Complement Alternat Med. 2019.
6. **Li D.** Acupuncture, Meridian Theory, and Acupuncture Points. Beijing: Foreign Languages Press. 1991: 48.
7. **Sandberg M. Lundeborg T, Lindberg LG, et al.** Effects of acupuncture on skin and muscle blood flow in healthy subjects. Eur J Appl Physiol. 2003;90(1):114 – 119.
8. **Sagaidachnyi A, Usanov D, Skripal A, Fomin A.** Skin blood flow as the first time derivative of the temperature: Spectral approach to the blood flow estimation in hands. In: Vol 9031; 2014.

KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI NHIỆT ĐỘ BỀ MẶT DA KHI NHĨ CHÂM HUYỆT MŨI TRONG (TG4) MỖI BÊN TRÊN NGƯỜI TÌNH NGUYỄN KHỎE MẠNH

Dương Trương Minh Thùy¹, Lê Ngọc Châu¹, Bùi Phạm Minh Mẫn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hiện nay có nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả của nhĩ châm trong việc điều trị các triệu chứng viêm mũi và đau họng huyệt Mũi trong (TG4) trong công thức huyệt. Ngoài ra, một số nghiên cứu cho thấy mối liên hệ giữa phân vùng trên loa tai và vùng tương ứng trên cơ thể, trong đó đa số các nghiên cứu này dùng phương pháp khảo sát nhiệt độ bề mặt da để đánh giá. Đề tài được tiến hành nhằm xác định mối liên hệ giữa huyệt Mũi trong (TG4) và vùng mũi qua khảo sát sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da khi nhĩ châm huyệt Mũi trong (TG4) trên người tình nguyện khỏe mạnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm bắt chéo, có nhóm chứng, mù đơn trên 60 người tình nguyện khỏe mạnh được chia thành 2 nhóm: nhóm can thiệp bên tai trái và bên tai phải. Day ấn liên tục bằng tay vào kim đang cài trong vòng 5 phút nhằm kích thích kim. Nhiệt độ bề mặt da sẽ được ghi nhận bởi máy đo nhiệt độ hồng ngoại vào các thời điểm trước và sau khi can thiệp. **Kết quả:** Sau khi nhĩ châm huyệt Mũi trong bên tai trái, nhiệt độ bề mặt da tại chỗ châm và vùng mũi bên trái tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Tương tự, nhiệt độ bề mặt da tại chỗ và vùng mũi

bên phải sau khi nhĩ châm huyệt Mũi trong bên phải tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Không ghi nhận bất cứ tác dụng không mong muốn nào trong quá trình nghiên cứu. **Kết luận:** Khi nhĩ châm huyệt Mũi trong, nhiệt độ bề mặt da tại chỗ và vùng mũi cùng bên được châm tăng có ý nghĩa thống kê, cho thấy mối liên hệ huyệt Mũi trong và vùng mũi.

Từ khóa: nhĩ châm, huyệt Mũi trong, nhiệt độ bề mặt da.

SUMMARY

VARIATIONS OF SKIN SURFACE TEMPERATURE WHEN APPLYING AURICULAR ACUPUNCTURE AT THE INNER NOSE POINT (TG4) ON EACH SIDE OF THE EAR IN HEALTHY PEOPLE

Objectives: Currently, numerous studies have assessed the effectiveness of auricular acupuncture in treating rhinitis, and all of these used the Inner Nose Point (TG4) in their treatment. Additionally, some research has evaluated the connection between the acupoints on the pinna and the corresponding area. Most of these studies used the change in skin surface temperature as a method of investigation. Therefore, to further understand the relationship between the TG4 and the nose area, we studied variations in skin surface temperature when applying auricular acupuncture at the inner nose point. **Subjects and Methods:** A single-blinded controlled cross-over trial study divided 60 healthy volunteers into two groups to examine

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Phạm Minh Mẫn

Email: bpmman@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 10.8.2024

the conduction of the left and right ear. Press continuously with your hands on the needle for 5 minutes to stimulate the needle. The infrared thermometer will record the skin surface temperature before and after the intervention.

Results: After using auricular acupuncture at the TG4 on the left, there was a significant increase in the skin surface temperature of the applied acupoint and the nose area on the left ($p < 0,0001$). The conduction of the right ear bears a resemblance to that of the left ($p < 0,0001$). No adverse effects were noted during the study.

Conclusion: After applying auricular acupuncture at the TG4, the skin surface temperature significantly increased at the applied acupoint and the nose region on the side where the auricular acupuncture was used. This indicates a connection between the TG4 on the ear and the nose area.

Keywords: Auricular acupuncture, Inner Nose point, skin surface temperature.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý viêm nhiễm vùng mũi là nhóm vấn đề sức khỏe có tỷ lệ mắc ngày càng tăng rõ rệt. Việc điều trị hiện tại của vấn đề này chủ yếu là dùng các thuốc như corticoid, kháng sinh, kháng viêm và kháng histamin, để kiểm soát các triệu chứng, tuy nhiên những thuốc này lại gây ra những tác dụng không mong muốn ảnh hưởng đến sức khỏe con người nếu dùng lâu dài. Do đó các phương pháp điều trị không dùng thuốc được quan tâm nhiều hơn, đặc biệt là nhĩ châm. Đến nay, nhĩ châm đã được minh chứng hiệu quả và an toàn qua nhiều nghiên cứu nhằm điều trị các triệu chứng viêm mũi và điều hòa huyết Mũi trong (TG4) trong công thức huyết điều trị [8]. Bên cạnh đó, Y học Cổ truyền cũng đã ghi nhận được rất nhiều công trình nghiên cứu có kết quả thuyết phục về

mối liên hệ giữa phân vùng trên loa tai và vùng tương ứng trên cơ thể nhưng mối liên hệ giữa huyết Mũi trong (TG4) và vùng mũi vẫn chưa được quan tâm tìm hiểu nhiều. Vì vậy, chúng tôi muốn nghiên cứu phần nào về khía cạnh này.

Để đánh giá mối liên hệ giữa huyết và vùng tương ứng, có rất nhiều phương pháp được lựa chọn, trong đó phương pháp khảo sát nhiệt độ da được biết đến là một phương pháp không xâm lấn, dễ thực hiện, an toàn và là sự lựa chọn của nhiều công trình nghiên cứu. Do đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi dùng camera hồng ngoại để khảo sát sự thay đổi nhiệt độ da trước và sau khi kích thích huyết trên loa tai.

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ da tại chỗ và vùng mũi khi nhĩ châm huyết Mũi trong (TG4) mỗi bên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn:

- Nam, nữ khỏe mạnh, tuổi từ đủ 18-30 tuổi, BMI 18,5-23 kg/m²;
- 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;
- Tinh thần tỉnh táo, tiếp xúc tốt;
- Thang điểm đánh giá trầm cảm, lo âu, stress DASS 21 trong giới hạn bình thường;
- Không rối loạn về thân nhiệt như bệnh cường giáp hay nhược giáp, không rối loạn đông cầm máu;
- Không tiền sử mắc các bệnh sau: Bệnh lý tuyến giáp, rối loạn thần kinh tự chủ và các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, các bệnh lý đường hô hấp qua hỏi tiền căn và bệnh sử;
- Sinh hiệu trong giới hạn bình thường: Mạch và tần số tim đều; Tần số tim lúc nghỉ:

60 –100 lần/phút; Huyết áp lúc nghỉ: 90/60 mmHg < Huyết áp đối tượng nghiên cứu < 140/90mmHg; Nhịp thở lúc nghỉ: 16 ± 3 lần/phút; Nhiệt độ: $36,3-37,1$ °C; $SpO_2 \geq 95\%$.

Tiêu chuẩn loại:

- Da vùng được khảo sát có tổn thương viêm nhiễm lở loét, vết thương chưa phục hồi hoàn toàn, bị các bệnh lý về da;

- Thực hiện các phương pháp trị liệu vùng tai, mặt trước nghiên cứu ít nhất 01 ngày;

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

- Sử dụng chất kích thích: Rượu, bia, cà phê, thuốc lá trong vòng 24 giờ trước khi thực hiện nghiên cứu;

- Thoa dán các sản phẩm hóa chất hoặc hóa được lên vùng da cần khảo sát khi nghiên cứu;

- Đang dùng các thuốc có tác dụng dẫn mạch;

- Các bệnh lý vùng mũi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm bắt chéo, có nhóm chứng, mù đơn.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu để so sánh hai trung bình dạng bắt cặp: Chọn Sai lầm loại 1 ($\alpha = 0,05$) và Sai lầm loại 2 ($\beta = 0,2$)

$$n_{\text{pair}} \geq \frac{2 \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{(\mu_{\text{Diff}}/\sigma_{\text{Diff}})^2} + \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{2}$$

Chọn trung bình khác biệt (μ_{Diff}) = 0,5, độ lệch chuẩn khác biệt (σ_{Diff}) = 0,93. Dự trừ mất mẫu 5%, tác giả chọn cỡ mẫu cho nghiên cứu là 60 người, được chia thành 2 nhóm: Can thiệp bên tai trái và can thiệp bên tai phải.

Biến số kết cuộc:

- Nhiệt độ bề mặt da: biến định lượng, là nhiệt độ tại chỗ được châm và khu vực

nghiên cứu sau nhĩ châm, được đo nhiệt độ bằng máy đo nhiệt độ bề mặt da. Đơn vị tính nhiệt độ Celcius (°C).

- Tác dụng không mong muốn: là biến định tính, bao gồm: Vùng châm, đau không chịu được, chảy máu, nhiễm trùng và triệu chứng khác (Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi).

Vùng khảo sát nhiệt độ da:

- Vùng mũi hai bên: Vùng tam giác được giới hạn bởi 3 cạnh lần lượt là sống mũi, rãnh mũi má và bờ dưới mũi hai bên.

- Huyết Mũi trong (TG4): Vùng $\frac{1}{2}$ dưới mặt trong bình tai.

- Huyết Helix 2 (HX10): Bờ dưới của lỗ củ vành tai đến đuôi vành tai chia thành 4 vùng bằng nhau, vùng thứ 2 từ trên xuống. Đây là huyết nằm trên vành tai, thuộc vùng chi phối của thần kinh chẩm nhỏ và không được ghi nhận là có bất kỳ tác dụng nào tương tự như huyết Mũi trong. Do đó, chúng tôi chọn huyết này làm huyết không đặc hiệu để giả nhĩ châm trong nghiên cứu.

Phương tiện tiến hành:

- Kim nhĩ hoàn: Hiệu Khánh Phong, kích thước $0,22 \times 1,3$ mm, được làm từ thép Y tế không gỉ cao cấp, được Bộ Y tế - Cục Quản lý Y dược Cổ truyền cấp phép lưu hành theo công văn số 287/BYT-YDCT, ngày 18/01/2019.

- Dụng cụ đo nhiệt độ bề mặt da: Camera đo nhiệt hồng ngoại FLIR C5 do Estonia sản xuất.

Phương pháp tiến hành: Nghiên cứu được thực hiện bởi chuyên gia châm cứu có chứng chỉ hành nghề. Tình nguyện viên được làm quen với môi trường trong phòng 10 phút để các chỉ số huyết áp, mạch ổn định và để mồ hôi ngừng ra. Sau đó sẽ được bốc thăm ngẫu nhiên vào 4 nhóm: 1A, 1B, 2A, 2B.

Nhóm 1A: Thực hiện nhĩ châm bên trái trước.

Giai đoạn 1: Nhĩ châm bên tai trái.

Tình nguyện viên được đo mạch, nhịp thở, huyết áp, nhiệt độ trung tâm, nhiệt độ bề mặt da tại chỗ được châm và vùng mặt 2 bên lần 1 trước khi nhĩ châm 5 phút. Sau đó xác định vị trí và vệ sinh da huyết Mũi trong bằng bông tẩm cồn 70°, rồi tiến hành cài kim nhĩ hoàn vào huyết Mũi trong (TG4) bên tai trái. Day ấn liên tục bằng tay vào kim đang cài trong vòng 5 phút nhằm kích thích kim. Gỡ kim cài và vệ sinh da. Thu thập số liệu về nhiệt độ tại chỗ được châm và vùng mũi 2 bên, mạch, nhịp thở, huyết áp, nhiệt độ trung tâm lần 2 ngay sau khi gỡ kim.

Giai đoạn 2: Nghỉ ngơi 30 phút để nhiệt độ vùng da khảo sát trở về bình thường.

Giai đoạn 3: Giả nhĩ châm bên tai trái.

Tình nguyện viên được đo mạch, nhịp thở, huyết áp, nhiệt độ trung tâm, nhiệt độ bề

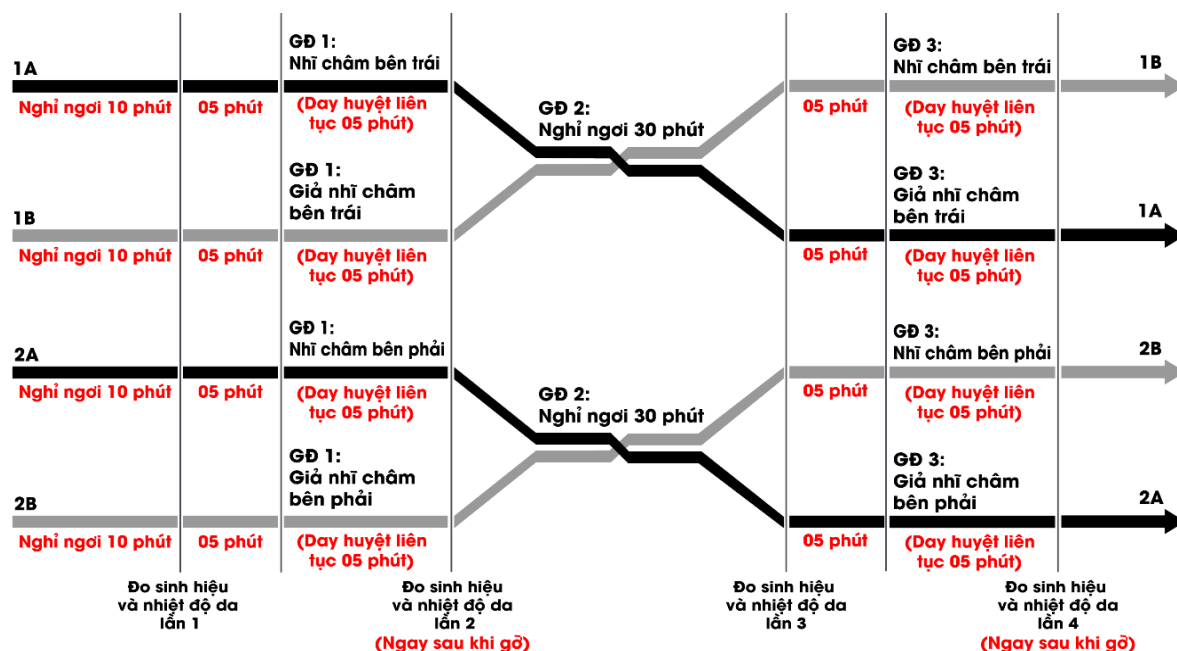
mặt da tại chỗ được châm và vùng mặt 2 bên lần 1 trước khi nhĩ châm 5 phút. Sau đó xác định vị trí và vệ sinh da huyết HX10 bằng bông tẩm cồn 70°, rồi tiến hành cài kim nhĩ hoàn huyết Helix 2 (HX10) bên tai trái. Day ấn liên tục bằng tay vào kim đang cài trong vòng 5 phút nhằm kích thích kim. Gỡ kim cài và vệ sinh da. Thu thập số liệu về nhiệt độ tại chỗ được châm và vùng mũi 2 bên, mạch, nhịp thở, huyết áp, nhiệt độ trung tâm lần 2 ngay sau khi gỡ kim.

Nhóm 1B: Thực hiện giả nhĩ châm bên trái trước.

Thực hiện tương tự nhóm 1A, tuy nhiên ở giai đoạn 1 sẽ thực hiện giả nhĩ châm bên tai trái, giai đoạn 3 sẽ thực hiện nhĩ châm bên tai trái.

Nhóm 2A và 2B: Tương tự nhóm 1A và 1B, tuy nhiên sẽ thực hiện bên tai phải.

Phương pháp tiến hành được trình bày trong Sơ đồ 1.



Sơ đồ 6. Quy trình thực hiện và đo nhiệt độ

Phương pháp xử lý số liệu:

- Kiểm định thống kê: phép kiểm chi bình phương; phép kiểm t bất cặp; phép kiểm Wilcoxon signed-rank; phép kiểm t độc lập; phép kiểm Wilcoxon Rank sum.

- Phần mềm lưu trữ và phân tích số liệu: Nhập liệu và lưu trữ bằng phần mềm Excel 365; Phân tích hình ảnh hồng ngoại bằng

phần mềm FLIR thermal studio 1.9.40.0; Phân tích thống kê bằng phần mềm R.

2.3. Y đức: Nghiên cứu được được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược TP.HCM qua quyết định số 262/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 01/02/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu****Bảng 1. Tỷ lệ phân bố giới tính, tuổi và BMI của các nhóm nghiên cứu**

		Nhóm can thiệp bên trái (n=30)	Nhóm can thiệp bên phải (n=30)	P
Giới	Nam	13 (43,3%)	7 (23,3%)	0,1*
	Nữ	17 (56,7%)	23 (76,7%)	
Tuổi Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn		20,47 $\pm$ 1,31	20,63 $\pm$ 1,25	0,6149 [#]
BMI (kg/m ²) Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn		21,35 $\pm$ 1,64	20,87 $\pm$ 1,51	0,2228 [#]

*: Kiểm định Chi bình phương; #: Kiểm định T độc lập.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận độ tuổi trung bình ở hai nhóm can thiệp lần lượt là 20,47 $\pm$ 1,31 và 20,63 $\pm$ 1,25; BMI trung bình ở hai nhóm lần lượt là 21,35 $\pm$ 1,64 kg/m² và 20,87 $\pm$ 1,51 kg/m²; và số nam nữ giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa (p>0,05).

Bảng 2. Chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, mạch và nhiệt độ trung tâm của các nhóm nghiên cứu

		Nhóm can thiệp bên trái (n=30)		Nhóm can thiệp bên phải (n=30)	
		Nhĩ Chambers	Giả nhĩ Chambers	Nhĩ Chambers	Giả nhĩ Chambers
		Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn			
Huyết áp tâm thu (mmHg)	Trước	107,07 $\pm$ 12,71	107,23 $\pm$ 12,95	104,6 $\pm$ 10,96	104 $\pm$ 9,95
	Sau	104,47 $\pm$ 11	105,7 $\pm$ 12	102,93 $\pm$ 9,34	103,6 $\pm$ 10
	p	0,064	0,7577	0,06	0,512
Huyết áp tâm trương (mmHg)	Trước	68,33 $\pm$ 6,49	68,56 $\pm$ 4,83	68,97 $\pm$ 8,09	69,3 $\pm$ 7,47
	Sau	68,17 $\pm$ 6,58	68,47 $\pm$ 5	67,7 $\pm$ 6,83	68,97 $\pm$ 7,48
	p	0,85	0,6516	0,1174	0,2817
Mạch (lần/phút)	Trước	81,07 $\pm$ 12,1	81,07 $\pm$ 10,47	81,07 $\pm$ 12,1	81,07 $\pm$ 10,47
	Sau	79,13 $\pm$ 11,8	80,9 $\pm$ 10,64	79,13 $\pm$ 11,8	80,9 $\pm$ 10,64
	p	0,066	0,627	0,066	0,627
Nhiệt độ trung tâm (°C)	Trước	36,7 $\pm$ 0,25	36,8 $\pm$ 0,3	36,7 $\pm$ 0,3	36,75 $\pm$ 0,28
	Sau	36,7 $\pm$ 0,27	36,7 $\pm$ 0,29	36,7 $\pm$ 0,25	36,7 $\pm$ 0,27
	p	0,081	0,1113	0,2525	0,2317

p: Kiểm định T bất cặp

Các chỉ số về huyết áp, mạch và nhiệt độ trung tâm sau khi can thiệp khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp (p>0,05).

3.2. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại các vùng da được khảo sát

Bảng 3. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại các vùng da được khảo sát của các nhóm nghiên cứu

		Nhóm can thiệp bên trái (n=30)			Nhóm can thiệp bên phải (n=30)		
		Nhĩ châm	Giả nhĩ châm	p _{NG} ^{##}	Nhĩ châm	Giả nhĩ châm	p _{NG} ^{##}
		Trung vị (25%-75%)					
Tại chỗ	Trước	36,3 (35-36,5)	34,2 (32,9-34,4)		36,1 (35,4-36,4)	34 (33,5-34,3)	
	Sau	37,2 (36,4-37,5)	35,5 (34,6-36,4)		36,9 (36,4-37,2)	35,4 (34,8-36,3)	
	p ^{**}	< 0,0001	< 0,0001		< 0,0001	< 0,0001	
Vùng mũi bên trái	Trước	35,4 (34,8-35,9)	35,4 (34,8-35,8)	0,67	35,2 (34,6-35,8)	35,2 (34,4-35,9)	0,92
	Sau	36 (35,6-36,5)	35,3 (34,8-35,6)	0,0002	35,3 (34,5-35,9)	35,2 (34,4-36,1)	0,98
	p ^{**}	< 0,0001	0,46		0,07	0,18	
Vùng mũi bên phải	Trước	35,4 (34,5-36,3)	35,5 (34,7-36,2)	0,7	35,4 (34,6-35,8)	35,2 (34,5-35,9)	0,96
	Sau	35,5 (34,9-36,1)	35,5 (34,6- 36)	0,81	35,9 (35,1-36,4)	35,1 (34,5-36)	0,03
	p ^{**}	0,055	0,117		< 0,0001	0,39	

p^{**}: So sánh trước và sau can thiệp, phép kiểm Wilcoxon Signed Rank;

p_{NG}^{##}: So sánh nhĩ châm và giả nhĩ châm, phép kiểm Wilcoxon Rank sum.

Ở nhóm can thiệp bên trái, sau khi nhĩ châm huyết Mũi trong bên tai trái, nhiệt độ bề mặt da tại chỗ châm và vùng mũi bên trái tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (p< 0,0001). Sau khi giả nhĩ châm huyết Mũi trong bên trái, nhiệt độ bề mặt da tại chỗ tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (p< 0,0001), nhiệt độ bề mặt da vùng mũi cả 2 bên khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (p>0,05).

Ở nhóm can thiệp bên phải, nhiệt độ bề mặt da tại chỗ và vùng mũi bên phải sau khi nhĩ châm huyết Mũi trong bên phải tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (p< 0,0001). Sau khi giả nhĩ châm huyết Mũi trong bên phải, nhiệt độ bề mặt da tại chỗ tăng có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (p< 0,0001), nhiệt độ bề mặt da vùng mũi cả 2 bên khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp (p>0,05).

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3. Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn trong suốt quá trình nghiên cứu

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vùng châm	0	0%
Chảy máu	0	0%
Đau không chịu được	0	0%
Nhiễm trùng	0	0%
Khác (Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, mệt mỏi)	0	0%

Không ghi nhận bất cứ tác dụng không mong muốn nào khi thực hiện nhĩ châm và giả nhĩ châm trên các tình nguyện viên tham gia vào nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của tác giả thực hiện trên 60 người tình nguyện khỏe mạnh và có đề ra những tiêu chuẩn để chọn và loại mẫu nhằm sàng lọc được những đối tượng nghiên cứu có hoạt động điều nhiệt ổn định nhất, hạn chế tối đa các yếu tố ảnh hưởng đến nhiệt độ bề mặt da như đã được đề cập trong nghiên cứu của tác giả Fernandez-Cuevas (2015) [5]. Kết quả ghi nhận tuổi của cả 2 nhóm can thiệp đều nằm trong khoảng từ 19 đến 23 tuổi, với tuổi trung bình lần lượt là $20,47 \pm 1,31$ và $20,63 \pm 1,25$; BMI của cả 2 nhóm cũng đều nằm trong giới hạn bình thường và không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về chỉ số mạch, huyết áp, nhiệt độ trung tâm trước và sau khi thực hiện. Như vậy, đặc điểm của các đối tượng tham gia nghiên cứu về cơ bản là đồng nhất và đã được loại trừ các yếu tố nên có thể gây nhiễu đến nhiệt độ bề mặt da.

4.2. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da khi nhĩ châm và giả nhĩ châm huyết Mũi trong tại tai trái và tai phải

Sau khi nhĩ châm huyết Mũi trong (TG4) và giả châm bằng cách nhĩ châm huyết Helix 2 (HX10) ở cả bên trái lẫn bên phải đều ghi nhận tăng nhiệt độ bề mặt da tại chỗ đáng kể so với trước khi can thiệp ($p < 0,0001$). Theo cơ chế điều hòa thân nhiệt thì lưu lượng máu tăng làm tăng thải nhiệt, mà 90% nhiệt năng được thải qua da, do đó lưu lượng máu tăng làm tăng nhiệt độ bề mặt da [2]. Bên cạnh đó, có nhiều nghiên cứu đều cho thấy sự gia tăng lưu lượng máu cục bộ xung quanh huyết sau khi bị kích thích [3]. Như vậy việc tăng nhiệt độ tại huyết là hợp lý và có thể giải thích là do khi kích thích huyết sẽ làm tăng lưu lượng máu tại chỗ và từ đó nhiệt độ da tại chỗ cũng tăng.

Sau khi nhĩ châm huyết Mũi trong, ở cả 2 bên tai đều ghi nhận sự tăng nhiệt độ của vùng mũi cùng bên được châm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Sau khi giả nhĩ châm, nhiệt độ da vùng mũi khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở cả 2 bên tai ($p > 0,05$). Theo thuyết phôi thai học, loa tai vốn là tồn tích của khe mang liên quan đến hệ thần kinh trung ương, phản chiếu các bộ phận cơ thể ở ngoại biên. Thuyết con người thu nhỏ cũng chú ý đến sự tương đồng của từng vị trí da ở loa tai liên quan đến những bộ phận của cơ thể. Theo thuyết phản xạ thần kinh, khi châm các huyết trên loa tai sẽ sinh ra những xung động, được truyền qua sợi thần kinh giao cảm và phó giao cảm, tạo ra những phản xạ đến các khu vực tương ứng trong cơ thể. Các dây thần kinh giao cảm và phó giao cảm hướng tâm theo đường đi của dây thần kinh sinh ba – là dây thần kinh chi phối huyết Mũi trong – đến các trung tâm giao cảm và phó giao cảm tại não hoặc tủy sống [7]. Ngoài ra, theo cơ chế điều hòa thân nhiệt thì lưu lượng máu ngoại biên chịu sự điều hòa chủ yếu bởi hệ thần kinh tự chủ [2]. Theo cơ chế điều hòa hoạt động mạch, các động mạch và tiểu động mạch có sức cản lớn với dòng máu, do đó giữ vai trò chính trong việc điều hòa lưu lượng máu [1]. Như vậy, khi nhĩ châm huyết Mũi trong sẽ kích thích thần kinh thái dương tai hình thành tín hiệu thần kinh hướng tâm giao cảm và phó giao cảm: (1) Các tín hiệu giao cảm hướng tâm sẽ làm tăng nồng độ catecholamine, tăng tốc độ chuyển hóa năng lượng, tạo nhiệt nhanh nhưng ngắn hạn; (2) Các tín hiệu phó giao cảm hướng tâm sẽ đến kích thích thân não (chứa nhân cảm giác của dây thần kinh sinh ba, đồng thời các trung

tâm phó giao cảm cũng nằm ở đây) phát ra các tín hiệu phó giao cảm ly tâm làm dẫn các mạch máu dưới da vùng mặt và tăng tiết mồ hôi sẽ gây tăng nhiệt độ [4]. Vùng mũi được cung cấp máu bởi hệ thống mạch máu nông dồi dào và phong phú, bao gồm các nhánh thuộc động mạch mặt, động mạch mắt và động mạch hàm trong, giúp vùng này dễ dàng thay đổi nhiệt độ da. Do đó, sự tăng nhiệt độ vùng mũi cùng bên là phù hợp với những cơ sở lý luận về liệu pháp loa tai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Võ Quốc Kha và cộng sự (2023) cho kết quả tăng nhiệt độ da vùng hàm dưới cùng bên khi nhĩ châm huyết Hàm [6].

Trong quá trình nghiên cứu tác giả tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc đảm bảo an toàn cho người tham gia nghiên cứu và không ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào. Điều này tương đồng với hầu hết các nghiên cứu khác về độ an toàn của nhĩ châm.

V. KẾT LUẬN

Khi nhĩ châm huyết Mũi trong, nhiệt độ bề mặt da tại chỗ và vùng mũi cùng bên được châm tăng có ý nghĩa thống kê, cho thấy mối liên hệ huyết Mũi trong và vùng mũi.

VI. CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 10/2024/HĐ-ĐHYD, ngày 17 tháng 4 năm 2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Sinh lý học Đại học Y Dược TP.HCM.** Sinh lý học Y khoa. Nhà xuất bản Y học; 2018:108-115.
2. **Phạm Đình Lưu.** Sinh lý học Y khoa. Nhà xuất bản Y học; 2013:41-47.
3. **Chae Y, Lee IS, Jung WM, et al.** Decreased peripheral and central responses to acupuncture stimulation following modification of body ownership. PLoS One. 2014;9(10):e109489.
4. **Drummond PD.** Sweating and vascular responses in the face: normal regulation and dysfunction in migraine, cluster headache and harlequin syndrome. Clin Auton Res. Oct 1994;4(5):273-85.
5. **Fernández-Cuevas I, Marins JCB, Lastras JA, et al.** Classification of factors influencing the use of infrared thermography in humans: A review. Infrared Physics & Technology. July 2015 2015;71:28-55.
6. **Kha HVQ, Man BPM, Thuong TTD.** Survey on change temperature of skin surface when using auricular acupuncture at the Jaw point in each side of the ear in healthy people: A cross-over study. Medpharmres. 2023;7(3):55-61.
7. **Kranzl B, Kranzl C.** The role of the autonomic nervous system in trigeminal neuralgia. J Neural Transm. 1976;38(1):77-82.
8. **Zhong J, Liu S, Lai D, et al.** Ear Acupressure for Allergic Rhinitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2021;2021: 6699749.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU VAI SAU ĐỘT QUY BẰNG THỂ CHÂM CẢI TIẾN CƠ NHỊ ĐẦU, CƠ TRÊN GAI VÀ CƠ MŨ VAI

Phan Thị Mỹ Sương¹, Bùi Phạm Minh Mẫn¹, Trịnh Thị Diệu Thường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu: Đột quy là cấp cứu thường gặp nhất trong chuyên khoa thần kinh và là nguyên nhân gây tàn tật hàng đầu. Điều này cho thấy phục hồi vận động cho người bệnh đột quy rất quan trọng. Tuy nhiên, biến chứng đau vai sau đột quy lại gây ảnh hưởng quá trình phục hồi này. Những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã chứng minh được hiệu quả điều trị đau của phương pháp thể châm cải tiến. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị đau vai sau đột quy bằng thể châm cải tiến trên cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai với các cặp huyết Thiên phủ - Xích bạch, Bình phong - Kiên ngưng, Kiên liêu - Tý nhu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng, mù đôi được thực hiện trên 72 người bệnh đột quy có đau vai bên liệt từ 18 tuổi trở lên. Người bệnh được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm, một nhóm thực hiện điện châm thông thường và một nhóm thực hiện thể châm cải tiến. Mức độ đau vai của người bệnh được đánh giá thông qua thang điểm Numeric Rating Scale tại các thời điểm trước khi bắt đầu nghiên cứu (T0), sau 2 tuần điều trị (T1)

và sau 4 tuần điều trị (T2). **Kết quả:** Cả hai nhóm nghiên cứu đều ghi nhận điểm đau vai trung bình có giảm khi so sánh tại thời điểm trước khi bắt đầu nghiên cứu (T0) với các thời điểm sau 2 tuần điều trị (T1) và sau 4 tuần điều trị (T2), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra, khi tiến hành so sánh điểm đau vai trung bình giữa hai nhóm tại từng thời điểm ghi nhận sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê tại thời điểm T0 và T1 ($p > 0,05$); tại thời điểm T2, điểm đau vai trung bình của nhóm can thiệp thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thể châm cải tiến các cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai giúp giảm đau vai sau đột quy tốt hơn so với điện châm thông thường. Qua đó cung cấp thêm bằng chứng cho thấy thể châm cải tiến mang lại lợi ích tối ưu cho người bệnh sau đột quy.

Từ khóa: Thể châm cải tiến, đau vai sau đột quy.

SUMMARY

EFFECTIVE TREATMENT OF POST-STROKE SHOULDER PAIN WITH MODIFIED ACUPUNCTURE OF BICEPS BRACHII MUSCLE, SUPRASPINATUS MUSCLE AND DELTOID MUSCLE

Objectives: Stroke is the most common medical emergency in neurology and this also is the leading cause of disability. This shows that motor rehabilitation for stroke patients is very important. However, post-stroke shoulder pain affect this recovery process. In recent years, many studies have proven the pain treatment

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Cục Quản lý Y, Dược Cổ truyền, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Mỹ Sương

Email: suongsuong88@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 10.8.2024

effectiveness of modified acupuncture methods. Therefore, we conducted a study with the aim of evaluating the effectiveness of treating post-stroke shoulder pain with modified acupuncture on the biceps brachii muscle, supraspinatus muscle and deltoid muscles with Tianfu (LU3) – Chize (LU5), Bingfeng (SI12) – Jianyu (LI15), Jianliao (TE14) – Binao (LI14). **Subjects and Methods:** Randomized, controlled, double-blind clinical trial was conducted on 72 stroke patients with shoulder pain on the paralyzed side aged 18 years and older. Patients were randomly assigned to two groups, one group performed conventional electroacupuncture and one group performed modified electroacupuncture. The patient's shoulder pain level was assessed through the Numeric Rating Scale at the time points before starting the study (T0), after 2 weeks (T1) and after 4 weeks (T2). **Results:** Both study groups recorded a decrease in average shoulder pain scores when compared before starting the study (T0) with after 2 weeks (T1) and after 4 weeks (T2), the differences were statistically significant ($p < 0.05$). In addition, when comparing the average shoulder pain score between the two groups at each time point, the differences were not statistically significant at time T0 and T1 ($p > 0.05$); At T2, the average shoulder pain score of the intervention group was statistically significantly lower than the control group ($p < 0.05$). **Conclusion:** Modified acupuncture of biceps brachii muscle, supraspinatus muscle and deltoid muscle reduce post-stroke shoulder pain better than conventional electroacupuncture. Thereby providing further evidence that modified acupuncture provides optimal benefits for post-stroke patients.

Keywords: Modified acupuncture, post-stroke shoulder pain.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo điều tra dịch tễ, mỗi năm trên thế giới có khoảng 12 triệu người bị đột quỵ mới [5]. Tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 200 000 người bị đột quỵ, để lại tình trạng mất sức lao động, tàn tật do đột quỵ, trong đó có khoảng 80% người bệnh có di chứng là khuyết tật nặng, đặc biệt là rối loạn vận động, 30% không thể phục hồi [1]. Do đó, phục hồi vận động sau đột quỵ là rất quan trọng. Tuy nhiên, một biến chứng thường gặp của đột quỵ là đau vai sau đột quỵ, gây cản trở phục hồi vận động và làm tăng mức độ tàn tật [3].

Ngày nay, phương pháp thể châm cải tiến áp dụng trên hai cơ: cơ trên gai và cơ mũ vai đã đem lại nhiều hiệu quả đáng khích lệ trong dự phòng và điều trị đau vai sau đột quỵ [2]. Gần đây, Phương pháp kích thích điện lên đầu dài cơ nhị đầu được chứng minh là có thể giúp ổn định chức năng khớp vai, ngăn cản sự dịch chuyển quá mức của xương cánh tay, từ đó mang lại hiệu quả điều trị đau vai sau đột quỵ [8].

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi lựa chọn áp dụng phương pháp thể châm cải tiến trên cơ nhị đầu (đầu dài), cơ trên gai và cơ mũ vai bên liệt trên người bệnh đột quỵ để tiến hành đánh giá hiệu quả điều trị đau vai sau đột quỵ của phương pháp này với câu hỏi: Liệu việc sử dụng phương pháp thể châm cải tiến, nhằm kích thích cơ nhị đầu (đầu dài), cơ trên gai và bó sau cơ mũ vai bên liệt, thông qua phương pháp điện châm các cặp huyết: Thiên phủ - Xích trạch, Bình phong - Kiên ngưng, Kiên liêu - Tý nhu; có mang lại hiệu quả điều trị đau vai trên người bệnh sau đột quỵ không?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng, mù đôi.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính toán để phát hiện sự khác biệt về hiệu quả điều trị với sai lầm loại 1 và 2 ở mức chấp nhận được $\alpha=0,05$ và $\beta=0,1$ (tương ứng với lực mẫu là 90%). Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Xuân Trang và cộng sự [2], tỷ lệ đáp ứng điều trị bằng phương pháp điện châm thông thường là 20%, ta có $P_2=20\%$. Chúng tôi kỳ vọng phương pháp điện châm cải tiến có thể nâng tỷ lệ này lên 60%, theo đó $P_1=60\%$.

Dựa vào công thức:

$$n = \frac{\{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1-P_2)^2}$$

Chúng tôi tính được $n_1=n_2=29$. Dự trù mất mẫu 20%, cỡ mẫu hiệu chỉnh ở mỗi nhóm là 36. Như vậy, số lượng cỡ mẫu cần có ít nhất là 72 người bệnh, 36 người bệnh ở mỗi nhóm.

Tiêu chuẩn chọn vào

Người bệnh thỏa mãn tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Có độ tuổi từ đủ 18 tuổi trở lên;
- Được chẩn đoán đột quỵ (dựa trên giấy xuất viện hoặc kết quả CT- scan não hoặc MRI não nếu có);
- Trong giai đoạn phục hồi (24 giờ - 6 tháng) theo phân loại của KNGF 2014;
- Đau vai lúc nghỉ ngơi bên yếu liệt (đánh giá theo thang số từ 0 đến 10 theo Numeric Rating Scale);
- Không sử dụng các phương pháp giảm đau khác;
- Tình nguyện ký vào giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra

Người bệnh không được chọn vào nghiên cứu khi có bất kỳ 1 trong các điều kiện sau:

- Có bệnh lý vai trước đó không liên quan đến đột quỵ như khối u, nhiễm trùng, mất ổn định xương vai, xương bả vai có cánh, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, viêm quanh khớp vai (ghi nhận thông qua hỏi tiền sử người bệnh);
- Đau vai do hội chứng đau vùng phức tạp sau đột quỵ (đánh giá theo tiêu chuẩn Budapest);
- Đang bị viêm nhiễm da, lở loét vùng vai bên liệt;
- Có bệnh lý rối loạn đông máu hoặc thiếu yếu tố đông máu (ghi nhận thông qua hỏi tiền sử người bệnh);
- Phụ nữ đang có thai.

Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu

- Người tham gia nghiên cứu không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu;
- Trong quá trình tham gia nghiên cứu có diễn biến phức tạp.

2.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

Phân nhóm can thiệp

Nhóm chứng: Thực hiện điện châm thông thường với các huyệt trên đường kinh Dương minh Đại trường (Cự cốt, Ngũ lý, Khúc trì, Thủ tam lý, Ôn lư, Thiên lịch) và A thị huyệt vùng vai, cánh tay bên liệt, tần số ≤ 20 Hz, cường độ: 2 – 10 mA, trong thời gian 20 phút. Mỗi ngày châm 1 lần, mỗi tuần 5 lần, châm đủ 20 lần (4 tuần).

Nhóm can thiệp: Thực hiện châm cứu cải tiến tác động các cơ: Cơ nhị đầu (đầu dài), cơ trên gai và cơ mũ vai, thông qua các cặp huyệt: Thiên phủ - Xích trạch, Bình Phong - Kiên ngung, Kiên liêu – Tý nhu. Điện châm với tần số ≤ 20 Hz, cường độ: 2 – 10 mA, trong thời gian 20 phút. Mỗi ngày châm 1 lần, mỗi tuần 5 lần, châm đủ 20 lần (4 tuần).

Phương pháp được thực hiện như nhau ở hai nhóm

Phương pháp tập vận động khớp: Tùy tình trạng và sức cơ, người bệnh ở hai nhóm được chỉ định các bài tập vận động khớp vai phù hợp. Mỗi ngày tập 1 lần sau châm, mỗi lần 30 phút, tập đủ 20 lần (4 tuần).

Phương pháp dịch chuyển đúng cách và tư thế đúng: Người bệnh và người nhà người bệnh được hướng dẫn và giám sát mỗi ngày khi thực hiện các phương pháp dịch chuyển đúng cách và các tư thế đúng khi bắt đầu nghiên cứu.

Phương pháp điều trị phục hồi sau đột quỵ và các bệnh lý nền đi kèm: Người bệnh ở 2 nhóm được theo dõi, điều trị và chăm sóc toàn diện như nhau trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp phân bổ ngẫu nhiên – Phương pháp làm mù

Để chia nhóm ngẫu nhiên, dùng phần mềm Excel (hàm RAND và ROUNDUP (RANK)), kết quả được bảng ngẫu nhiên phương pháp can thiệp cho 72 BN.

Người bệnh ở 2 nhóm đều được điện châm các huyệt vùng vai và cánh tay. Chỉ có bác sĩ điều trị mới biết sự khác biệt về công thức huyệt ở 2 nhóm đối tượng. Như vậy, nghiên cứu này, chúng tôi đã làm mù đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi thiết kế làm mù bác sĩ đọc X-quang khớp vai, người thu thập và phân tích dữ liệu sau can thiệp điều trị. Nhóm I hay nhóm II tương ứng với nhóm chứng hay nhóm can thiệp chỉ có người viết báo cáo và bác sĩ điều trị biết, nghiên cứu viên thu thập kết quả điều trị và phân tích số liệu không được biết điều này.

Tiêu chuẩn theo dõi

Mức độ đau vai là biến số định lượng được tính điểm theo thang điểm đau từ 0 đến 10 (Numeric Rating Scale), điểm số dao

động từ 0 – 10 điểm, điểm càng cao cho thấy mức độ đau vai càng nhiều. Điểm mức độ đau vai được đánh giá ở 3 trạng thái:

- Khi NB nghỉ ngơi: khi NB ngồi, để cánh tay thẳng xuống, xuôi theo thân mình, không đeo dụng cụ hỗ trợ cánh tay

- Khi NB được vận động thụ động (PROM) khớp vai

- Khi NB vận động chủ động (AROM) các động tác gập, dạng khớp vai

Điểm mức độ đau vai được đánh giá theo thang điểm số từ 0 – 10 (Numeric Rating Scale). Người bệnh được đánh giá qua ba lần.

Lần 1: Trước khi bắt đầu nghiên cứu (T0) nhằm xác định đau vai.

Lần 2: Sau 2 tuần điều trị (T1).

Lần 3: Sau 4 tuần điều trị (T2).

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và quản lý thông qua phần mềm Microsoft Excel 2010.

Các số liệu này được xử lý thông qua phần mềm SPSS 20.0:

- So sánh đặc điểm hai mẫu: dùng phép kiểm chi bình phương, phép kiểm Fisher' exact.

- Số điểm đau vai trung bình trong cùng 1 nhóm nghiên cứu: dùng phép kiểm T bất cặp nếu dữ liệu phân phối chuẩn hoặc phép kiểm Wilcoxon trong trường hợp dữ liệu phân phối không chuẩn.

- Số điểm đau vai trung bình giữa 2 nhóm nghiên cứu: dùng phép kiểm T độc lập nếu dữ liệu phân phối chuẩn hoặc phép kiểm Mann-Whitney U trong trường hợp dữ liệu phân phối không chuẩn.

2.5. Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội Đồng Đạo đức trong Nghiên cứu y sinh – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 702/HĐĐĐ-ĐHYD, ký ngày 27/07/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm chứng (n=36)	Nhóm can thiệp (n=36)	Tổng (n=72)
< 50 tuổi	5 (13,9%)	2 (5,6%)	7 (9,7%)
≥ 50 tuổi	31 (86,1%)	34 (94,4%)	65 (90,3%)

Kiểm định Fisher's exact, $p = 0,429$

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhóm tuổi giữa 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp ($p > 0,05$).

Bảng 2. Đặc điểm về giới tính

Giới tính	Nhóm chứng (n=36)	Nhóm can thiệp (n=36)	Tổng (n=72)
Nam	23 (63,9%)	21 (58,3%)	44 (61,1%)
Nữ	13 (36,1%)	15 (41,7%)	28 (38,9%)

Kiểm định Fisher's exact, $p = 0,809$

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính giữa 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp ($p > 0,05$).

3.2. Hiệu quả giảm đau vai khi nghỉ ngơi

Bảng 3. Mức độ đau vai theo thang điểm NRS lúc nghỉ ngơi của hai nhóm

Thời điểm	Nhóm chứng (n=36)		Nhóm can thiệp (n=36)		p
	TB ± ĐLC	p	TB ± ĐLC	p	
T0	6,33 ± 0,72		6,67 ± 0,76		0,086 [#]
T1	5,69 ± 0,92	< 0,001 ^a	5,31 ± 0,89	< 0,001 ^a	0,087 [#]
T2	4,67 ± 1,33	< 0,001 ^b	3,50 ± 1,06	< 0,001 ^b	< 0,001 [#]

^a So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T1 với T0 – Kiểm định Wilcoxon

^b So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T2 với T0 – Kiểm định Wilcoxon

[#] So sánh giữa hai nhóm – Kiểm định Mann Whitney U

Tại thời điểm T0, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T1, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T2, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nhóm chứng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa thời điểm T0 và T1; có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa thời điểm T0 và T2.

Trong nhóm can thiệp, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa thời điểm T0 và T1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi nghỉ ngơi giữa thời điểm T0 và T2.

3.3. Hiệu quả giảm đau vai khi vận động thụ động

Bảng 4. Mức độ đau vai theo thang điểm NRS lúc vận động thụ động của hai nhóm

Thời điểm	Nhóm chứng (n=36)		Nhóm can thiệp (n=36)		P
	TB ± ĐLC	p	TB ± ĐLC	p	
T0	6,75 ± 0,88		7,08 ± 0,87		0,161 [#]
T1	5,92 ± 1,11	< 0,001 ^a	5,64 ± 0,96	< 0,001 ^a	0,351 [#]
T2	4,94 ± 1,37	< 0,001 ^b	4,03 ± 1,16	< 0,001 ^b	0,009 [#]

^a So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T1 với T0 – Kiểm định Wilcoxon^b So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T2 với T0 – Kiểm định Wilcoxon[#] So sánh giữa hai nhóm – Kiểm định Mann Whitney U

Tại thời điểm T0, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T1, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T2, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nhóm chứng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình

khi vận động thụ động giữa thời điểm T0 và T1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa thời điểm T0 và T2.

Trong nhóm can thiệp, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa thời điểm T0 và T1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động thụ động giữa thời điểm T0 và T2.

3.4. Hiệu quả giảm đau vai khi vận động chủ động

Bảng 5. Mức độ đau vai theo thang điểm NRS lúc vận động chủ động của hai nhóm

Thời điểm	Nhóm chứng (n=36)		Nhóm can thiệp (n=36)		P
	TB ± ĐLC	p	TB ± ĐLC	p	
T0	7,06 ± 0,67		7,11 ± 0,79		0,876 [#]
T1	6,17 ± 1,00	< 0,001 ^a	5,92 ± 0,97	< 0,001 ^a	0,275 [#]
T2	5,31 ± 1,39	< 0,001 ^b	4,36 ± 1,27	< 0,001 ^b	0,008 [#]

^a So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T1 với T0 – Kiểm định Wilcoxon^b So sánh trong cùng một nhóm, tại thời điểm T2 với T0 – Kiểm định Wilcoxon[#] So sánh giữa hai nhóm – Kiểm định Mann Whitney U

Tại thời điểm T0, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T1, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tại thời điểm T2, sự khác biệt điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nhóm chứng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa thời điểm T0 và T1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa thời điểm T0 và T2.

Trong nhóm can thiệp, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa thời điểm T0 và T1; có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau vai trung bình khi vận động chủ động giữa thời điểm T0 và T2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dân số nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 72 người bệnh đột quỵ có bán trật khớp vai và đau vai bên liệt với tỉ lệ nam/nữ là 1,6/1, trong đó tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm ≥ 50 tuổi chiếm 90,02%. Đặc điểm về giới và độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các y văn về đặc điểm dịch tễ học của đột quỵ. Theo đó, nam giới là một yếu tố nguy cơ của đột quỵ; đồng thời, ở người trên 55 tuổi, nguy cơ đột quỵ tăng gấp đôi khi già thêm mỗi 10 tuổi [5]. Ngoài ra, đặc điểm về giới và tuổi trong dân số nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự tương đồng với nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Lê Xuân Trang [2]. Điều này tạo điều kiện thuận lợi để so sánh kết quả với các nghiên cứu khác cũng như ứng dụng kết quả nghiên cứu vào thực tế lâm sàng.

4.2. Về hiệu quả giảm đau

Trong cả hai nhóm nghiên cứu, khi tiến hành so sánh điểm đau vai trung bình tại thời điểm trước khi bắt đầu nghiên cứu (T0) với thời điểm sau 2 tuần điều trị (T1) và thời điểm sau 4 tuần điều trị (T2) ghi nhận giảm có ý nghĩa thống kê. Theo đó, điện châm mang lại hiệu quả giảm đau vai sau đột quỵ. Điều này đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu trước đây [2].

Khi cho người bệnh ở hai nhóm vận động thụ động hoặc vận động chủ động, chúng tôi ghi nhận được điểm đau vai trung bình của người bệnh cao hơn khi nghỉ ngơi tại cả ba thời điểm khảo sát. Điều này, có thể lý giải do quá trình cử động khớp vai gây kéo căng bao khớp. Lớp bên ngoài bao khớp ít mạch máu nuôi nhưng có nhiều thần kinh phân bố. Đây là lớp dễ bị đau khi bị kéo căng. Tác giả Ikai T và cộng sự đã chỉ ra tình trạng đau vai tăng lên khi bệnh nhân hoạt động các động tác vùng vai, đặc biệt là xoay ngoài [6].

Điểm đau vai trung bình của người bệnh khi nghỉ ngơi, vận động thụ động và chủ động ở nhóm can thiệp đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng tại thời điểm sau 4 tuần điều trị (T2) ($p < 0,05$). Kết quả trên cho thấy, phương pháp thể châm cải tiến cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai giúp giảm đau vai sau đột quỵ tốt hơn phương pháp điện châm thông thường. Điều này có thể giải thích thông qua các cơ chế: Kích thích điện giúp tăng lưu thông máu đến cơ bắp và do đó giúp loại bỏ các sản phẩm độc hại trong quá trình trao đổi chất, cơ chế kiểm soát công và á phiện nội sinh.

4.3. Về phương pháp thể châm cải tiến

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp thể châm cải tiến cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai mang lại hiệu quả giảm đau vai sau đột quỵ tốt hơn phương pháp điện châm thông thường. Điều này có thể giải thích là do phương pháp thể châm cải tiến là phương pháp châm cứu được kết hợp giữa Tây y và Đông y. Những huyệt dùng trong nghiên cứu đều nằm ở nguyên ủy và bám tận của các cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai. Theo lý luận về sinh lý cơ cơ, các

neuron vận động alpha thường nằm ở hai đầu nguyên ủy và bám tận của các cơ, nên việc chọn huyết ở 2 đầu cơ sẽ kích thích cơ cơ tốt hơn [7]. Ngoài ra, cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai cũng là ba trong số những cơ được sử dụng để phục hồi liệt chi trên trong phương pháp thể châm cải tiến. Đồng thời, theo lý luận YHCT, các huyết vị được ứng dụng trong nhóm can thiệp đều được ghi nhận có tác dụng thông kinh hoạt lạc, chỉ thống, đặc biệt là các huyết Bình phong, Kiên ngưng và Kiên liêu là những huyết đặc hiệu, có tác dụng hỗ trợ điều trị trong các bệnh lý khớp vai [4]. Như vậy, khi áp dụng phương pháp thể châm cải tiến trên cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai vừa có thể điều trị đau vai, vừa giúp phục hồi vận động, mang lại lợi ích tối ưu cho người bệnh sau đột quỵ.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp thể châm cải tiến cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai mang lại hiệu quả tốt hơn so với điện châm thông thường trong điều trị đau vai sau đột quỵ tại các thời điểm nghỉ ngơi, khi vận động thụ động và vận động chủ động. Qua đó cho thấy, phương pháp thể châm cải tiến trên cơ nhị đầu, cơ trên gai và cơ mũ vai có thể mang lại lợi ích tối ưu cho người bệnh đau vai sau đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội phòng chống Tai biến mạch máu não Việt Nam.** Những tiến bộ mới trong điều trị

tai biến mạch máu não và đơn vị đột quỵ. Thời sự y học. 2011; 65 :1-3.

2. **Nguyễn Lê Xuân Trang, Phan Thị Mỹ Sương, Trịnh Thị Diệu Thường.** Đánh giá hiệu quả giảm đau vai sau đột quỵ giai đoạn liệt mềm bằng phương pháp điện châm các huyết: Bình phong, Kiên ngưng, Kiên liêu, Tý nhu. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2016; 20 (6): 57-63.
3. **Adey-Wakeling Z, Liu E, Crotty M, et al.** Hemiplegic Shoulder Pain Reduces Quality of Life After Acute Stroke: A Prospective Population-Based Study. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2016; 95 (10): 758-63.
4. **Claudia Focks.** Atlas of Acupuncture. Churchill Livingstone. 2008: 85, 87, 114, 115, 234, 380.
5. **Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al.** World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International Journal of Stroke. 2022; 17 (1): 18-29.
6. **Ikai T, Tei K, Yoshida K, et al.** Evaluation and treatment of shoulder subluxation in hemiplegia: relationship between subluxation and pain. American journal of physical medicine & rehabilitation. 1998;77(5):421-426.
7. **John E. Hall, Micheal E. Hall.** Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology. 14th edition. Elsevier. 2021:71-72.
8. **Manigandan JB, Ganesh GS, Pattnaik M, et al.** Effect of electrical stimulation to long head of biceps in reducing gleno humeral subluxation after stroke. NeuroRehabilitation. 2014; 34 (2): 245-52.

KHẢO SÁT TÁC DỤNG THAY ĐỔI BIÊN ĐỘ VẬN ĐỘNG CỘT SỐNG THẮT LƯNG CỦA ĐỘNG TÁC DANG CHÂN RA XA NGHIÊNG MÌNH CỦA BÁC SĨ NGUYỄN VĂN HƯỜNG TRÊN SINH VIÊN KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

**Hồ Gia Hân¹, Huỳnh Tấn Vũ¹,
Nguyễn Thị Anh Đào¹, Bùi Tiến Thành²**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tác dụng thay đổi biên độ vận động cột sống thắt lưng của động tác Dang chân ra xa nghiêng mình của Bác sĩ Nguyễn Văn Hường trên người khỏe mạnh là sinh viên khoa Y học cổ truyền. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp theo dõi trước sau không nhóm chứng. Nghiên cứu thực hiện trên 72 sinh viên khỏe mạnh khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, thời gian từ tháng 02/2024 đến tháng 5/2024. Tình nguyện viên được chọn dựa trên khảo sát mức độ cường độ hoạt động thể lực bằng bảng đánh giá GPAQ, đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc nhóm có cường độ hoạt động thể lực không đạt mức khuyến cáo của WHO, tức là <600 METs-phút/tuần. Gồm hai nhóm là nhóm 1 có hoạt động thể lực tĩnh tại; nhóm 2 có hoạt động thể lực nhẹ; tập động tác trong 28 ngày, mỗi ngày tập một lần với 15 hơi thở 4 thời dương, mỗi hơi thở dao động trái - phải 2 lần. Các chỉ số biên độ vận động cột sống thắt lưng qua khoảng cách ngón tay mặt đất khi nghiêng

bên, biên độ xoay được ghi nhận trước khi tập ngày 1 (D0) và ngay sau khi tập ngày 1 (D1), ngày 14 (D14), ngày 28 (D28). **Kết quả:** Độ nghiêng bên trái - phải cột sống thắt lưng của 2 nhóm, sau khi tập động tác, đo tại cái thời điểm D1, D14, D28 đều tăng rõ rệt ($P<0,05$). Sau 28 ngày so với trước tập, nhóm 1 với độ tăng độ nghiêng trái có trung vị là 4,50 cm, nghiêng phải là 4,50 cm ($P<0,05$); ở nhóm 2 với độ tăng độ nghiêng trái có trung vị là 5,70 cm; nghiêng phải là 5,10 cm ($P<0,05$). Biên độ xoay trái - phải cột sống thắt lưng của 2 nhóm, sau khi tập động tác, đo tại thời điểm D1 tăng không đáng kể, tại các thời điểm D14, D28 đều tăng rõ rệt ($P<0,05$). Sau 28 ngày so với trước tập, ở nhóm 1 với độ tăng độ xoay trái có trung vị là 2,50 cm, xoay phải là 2,25 cm ($P<0,05$); ở nhóm 2, độ tăng độ xoay trái có trung vị là 2,00 cm; xoay phải là 2,00 cm ($P<0,05$). Khi so sánh độ chênh lệch độ nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải qua mỗi lần đo của nhóm 1 và nhóm 2 cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($P>0,05$). **Kết luận:** Tập động tác Dang chân ra xa nghiêng mình theo phương pháp Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hường giúp cải thiện rõ rệt biên độ vận động nghiêng bên trái - phải và xoay trái - phải cột sống thắt lưng sau 28 ngày tập luyện, nhưng sự thay đổi biên độ vận động cột sống thắt lưng không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu.

Từ khóa: Dang chân ra xa nghiêng mình, Nguyễn Văn Hường, biên độ vận động cột sống thắt lưng.

¹Khoa Y học Cổ truyền - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Y học Cổ truyền TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Tấn Vũ

Email: tanvu.yds@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 11.8.2024

SUMMARY

**THE SURVEY ON THE EFFECT OF
THE WIDE-LEGGED AND SIDE-
BENDING EXERCISE BY NGUYEN
VAN HUONG DOCTOR ON THE
RANGE OF MOTION OF LUMBAR
SPINE ON TRADITIONAL MEDICINE
STUDENTS**

Objectives: Survey the change in the range of motion after practicing the wide-legged and side-bending exercise based on Nguyen Van Huong's nourishing method on traditional medicine students at the University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. **Subjects and methods:** A pre-post intervention study without a control group, was conducted on 72 healthy traditional medicine students from the University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, from February 2024 to May 2024. Participants were selected based on their level of physical activity intensity assessed using the GPAQ, with inclusion criteria targeting those not meeting the WHO recommended physical activity level (<600 METs-min/week). The participants were divided into 2 groups: Group 1, inactive; and group 2, mild physical activity. All participants performed the exercise for 28 days, once daily with 15 breaths and 4 phases of 4-second inhale-exhale cycles, each breath alternating left-right twice. Measurements were recorded before day 1 (D0) and after 1 day (D1), after 14 days (D14), and after 28 days (D28), then conduct a survey and compare the values in each exercise group and between two groups. **Results:** The lateral flexion range of the lumbar spine in both groups significantly increased at D1, D14, and D28 ($P<0.05$) following practicing exercise. After 28 days compared to baseline, group 1 showed a median increase in left flexion of 4.50 cm and right flexion of 4.50 cm; group 2 showed a median increase in left flexion of 5.70

cm and right flexion of 5.10 cm. The rotation range of the lumbar spine in both groups showed non-significant increases at D1, but significantly increased at D14 and D28 ($P<0.05$). After 28 days compared to baseline, group 1 had a median increase in left rotation of 2.50 cm and right rotation of 2.25 cm; group 2 had a median increase in left rotation of 2.00 cm and right rotation of 2.00 cm. Comparison of differences in left-right lateral flexion and left-right rotation between the two groups at each measurement time point showed no statistically significant difference ($P>0.05$). **Conclusion:** Practicing the wide-legged and side-bending exercise by Nguyen Van Huong increases the range of motion of lumbar spine lateral flexion and rotation after 28 days of practice. However, no significant differences were observed between the two study groups regarding these motion ranges.

Keywords: The wide-legged and side-bending exercise, Nguyen Van Huong's nourishing method, lumbar spine range of motion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý về đau cột sống thắt lưng (CSTL) là những bệnh thường ở người cao tuổi nhưng hiện nay đang dần trẻ hóa. Theo nghiên cứu về gánh nặng bệnh tật toàn cầu trong các năm gần đây, đau thắt lưng luôn là nguyên nhân gây tàn tật hàng đầu ở hầu hết các quốc gia. Vào năm 2019, thống kê trên 204 quốc gia và vùng lãnh thổ, số ca đau thắt lưng hiện mắc là 568,4 triệu ca với 63,7 triệu ca đang gánh chịu tàn tật do đau thắt lưng [7]. Đau thắt lưng có thể gây nên giới hạn vận động và giới hạn vận động lâu ngày cũng là điều kiện làm tăng thêm tính nghiêm trọng của đau thắt lưng. Song song với đó, sự tăng dần của tuổi tác cũng khiến biên độ vận động

(BDVĐ) CSTL giảm dần [6]. Các phương pháp điều trị không dùng thuốc của Y học cổ truyền (YHCT) được sử dụng trong phòng ngừa và điều trị bệnh lý về cơ xương khớp. Trong đó, dưỡng sinh là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện giúp phòng bệnh và hỗ trợ điều trị bệnh được sử dụng phổ biến và ngày càng được quan tâm nghiên cứu [3]. Động tác Dang chân ra xa nghiêng mình (DCRXNM) là một trong 8 động tác ở tư thế đứng thuộc phương pháp Dưỡng sinh của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng tập vùng cột sống, giúp khí huyết lưu thông, có thể tập mọi không cần dụng cụ hỗ trợ [3]. Tại Việt Nam chưa ghi nhận công trình nghiên cứu về động tác này, cụ thể là tác động đến biên độ vận động CSTL nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với các mục tiêu: Khảo sát mức độ hoạt động thể lực (HĐTL) ở tình nguyện viên (TNV) khỏe mạnh là sinh viên Khoa YHCT; khảo sát và so sánh sự thay đổi BDVĐ CSTL thông qua các chỉ số khoảng cách ngón tay – mặt đất khi nghiêng bên, độ xoay CSLT sau khi tập động tác DCRXNM 15 hơi thở/lần/ngày trong 28 ngày ở nhóm TNV có cường độ HĐTL tĩnh tại và nhóm TNV có cường độ HĐTL nhẹ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: TNV là sinh viên khỏe mạnh khoa YHCT ĐHYD - TP.HCM có độ tuổi từ đủ 18-25 tuổi.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng:

TNV khỏe mạnh, độ tuổi từ đủ 18 đến 25, không phân biệt giới tính, là sinh viên khoa YHCT, ĐHYD – TP.HCM, có mức độ HĐTL được không đạt mức khuyến cáo của WHO (<600 METs-phút/tuần), dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường: Nhịp tim: 60-100 lần/phút, huyết áp tâm thu: 90-139 mmHg, huyết áp tâm trương: 60-89 mmHg,

hiệt độ: 36,3-37,5 °C, nhịp thở: 16-20 lần/phút [5].

Tiêu chuẩn loại trừ:

TNV có bất kỳ bất thường về cấu trúc như gù, vẹo cột sống, tiền sử phẫu thuật, biến dạng vùng thắt lưng, tiền sử có bệnh lý cột sống có triệu chứng hoặc di chứng kéo dài, đau cột sống, viêm khớp, bong gân, sai khớp, chấn thương...

TNV đang tham gia tập luyện các bài dưỡng sinh, Yoga, Thái cực quyền... khác.

Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu: TNV không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp theo dõi trước sau không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: cỡ mẫu 30 TNV/1 nhóm, chọn 2 nhóm.

Dự kiến mất mẫu là 10% nên cỡ mẫu trong mỗi nhóm là 33 sinh viên.

Do đó chọn cỡ mẫu 66 người/2 nhóm.

Tiến trình:

TNV chia thành 2 nhóm dựa vào kết quả mức độ HĐTL qua đánh giá bằng bảng GPAQ [5].

Nhóm 1: Nhóm hoạt động tĩnh tại (Chỉ có thời gian hoạt động tĩnh tại),

Nhóm 2: Nhóm HĐTL nhẹ (Có các HĐTL trong công việc, di chuyển, giải trí nhưng mức năng lượng tiêu hao <600 METs-phút/tuần).

Cả hai nhóm đều tập động tác DCRXNM đủ 15 hơi thở 4 thời dương/lần/ngày, 1 hơi thở thực hiện nghiêng trái – phải mỗi bên 2 lần, thời điểm tập từ 17-19 giờ mỗi ngày trong 4 tuần. [3]

Trước khi tập: Đo sinh hiệu, đo các chỉ số nghiêng trái – phải thông qua khoảng cách ngón tay – mặt đất, độ xoay trái – phải lần 1 (D0). Thực hiện động tác đúng. Sau đó đo lại

các chỉ số ngay sau tập ngày 1 (D1), ngày 14 (D14), ngày 28 (D28).

Tiêu chuẩn đánh giá

Đánh giá mức độ cường độ HĐTL của TNV qua bảng GPAQ. [5]

Đánh giá BDVĐ CSTL qua khoảng cách ngón tay mặt đất khi nghiêng bên, biên độ xoay [1].

Phương pháp thống kê:

Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm Excel 2019, SPSS 20.0.

Thống kê phân tích:

Các biến định tính: Phép kiểm Chi-square.

Các biến định lượng giữa các thời điểm giữa 2 nhóm: Independent Samples T Test (phân phối chuẩn) hoặc Wilcoxon – Mann – Whitney Test (phân phối không chuẩn).

Các biến định lượng giữa các thời điểm khác nhau của từng nhóm: Paired Sample T Test (phân phối chuẩn) hoặc Wilcoxon signed – rank Test (phân phối không chuẩn).

Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

Y đức

Giấy chấp thuận nghiên cứu của Hội Đồng Đạo Đức trong Nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM theo quyết định số 292/HĐĐĐ – ĐHYD cấp ngày 01/02/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu trước khi tập

Đặc tính	Nhóm 1 (n=34)		Nhóm 2 (n=38)		P value
Giới (n,%)	(n,%)				
Nam	10	29,41	12	31,58	P>0,05
Nữ	24	70,59	26	68,42	
Phân loại BMI	(n,%)				P>0,05
Thiếu cân	4	11,76	7	18,42	
Bình thường	20	58,82	19	50,00	
Thừa cân	6	17,65	9	23,68	
Béo phì độ I	3	8,82	8	21,05	
Béo phì độ II	1	2,94	1	2,63	
	Trung vị	Tứ phân vị	Trung vị	Tứ phân vị	P<0,05
Độ tuổi	21	20-23,75	20	19-22	
Chỉ số khối cơ thể (Kg/m ²)	20,00	19,84-23,36	21,09	19,71-23,51	P>0,05
Nhịp tim (lần/phút)	82	78-88	84,5	77-88	
HATT (mmHg)	106	98,25-114,75	105,5	101-112,75	
HATTr (mmHg)	70	67,25-75	70	66,25-75	
Nhịp thở (lần/phút)	18	17-18	17	17-18	
Nhiệt độ (°C)	37	36,43-37	36,6	36,43-37	

Nhận xét:

Giới tính, BMI, phân loại BMI, huyết áp, nhịp tim, nhịp thở, nhiệt độ giữa 2 nhóm trước khi tập khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

Độ tuổi ở nhóm 1 cao hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

Bảng 2. Độ nghiêng trái qua các thời điểm của 2 nhóm

Nghiêng trái	Thời điểm	Nhóm 1	Nhóm 2	P
		Trung bình ± Độ lệch chuẩn		
	D0	14,90±3,10	15,43±3,59	0,483
	D1	17,00±2,80	18,03±2,74	0,128
	D14	18,35±2,60	19,96±2,76	0,013
	D28	20,06±3,19	21,45±3,01	0,061

Phép kiểm: Independent Sample T Test.

Nhận xét: Biên độ nghiêng trái CSTL trung bình ở các thời điểm D0, D1, D28 giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($P>0,05$), trong khi ở thời điểm D14 biên độ nghiêng trái CSTL của nhóm 2 cao hơn nhóm 1 (nhóm 1 là 18,35 $\pm$ 2,60 cm, nhóm 2 là 19,96 $\pm$ 2,76 cm) có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$).

Bảng 3. Độ nghiêng phải qua các thời điểm của 2 nhóm

	Thời điểm	Nhóm 1 (n=34)		Nhóm 2 (n=38)		P
		Trung vị (cm)	Tứ phân vị (cm)	Trung vị (cm)	Tứ phân vị (cm)	
Độ nghiêng phải	D0	15,00	13,25-16,95	15,20	12,48-16,93	0,888
	D1	17,00	15,10-18,88	18,35	16,00-19,50	0,155
	D14	19,00	17,13-20,23	19,25	17,13-21,00	0,432
	D28	20,00	18,50-22,00	20,50	18,00-23,75	0,469

Phép kiểm: Wilcoxon – Mann – Whitney Test.

Nhận xét: Biên độ nghiêng phải CSTL ở các thời điểm D0, D1, D14, D28 giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($P>0,05$).

Bảng 4. Độ xoay trái qua các thời điểm của 2 nhóm

	Thời điểm	Nhóm 1 (n=34)		Nhóm 2 (n=38)		P
		Trung vị (cm)	Tứ phân vị (cm)	Trung vị (cm)	Tứ phân vị (cm)	
Độ xoay trái	D0	7,00	6,00-8,38	7,75	6,13-8,88	0,424
	D1	7,50	5,50-9,88	8,00	4,00-8,88	0,941
	D14	9,00	8,00-10,00	9,00	8,00-10,00	0,426
	D28	10,00	8,63-11,00	10,00	6,00-11,00	0,563

Phép kiểm: Wilcoxon – Mann – Whitney Test.

Nhận xét: Biên độ xoay trái CSTL ở các thời điểm D0, D1, D14, D28 giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($P>0,05$).

Bảng 5. Độ xoay phải qua các thời điểm của 2 nhóm

Độ xoay phải	Thời điểm	Nhóm 1 (n=34)		Nhóm 2 (n=38)		P
		Trung vị (cm)	Tứ phân vị (cm)	Trung vị (cm)	Tứ phân vị (cm)	
	D0	8,00	6,50-8,88	7,25	6,63-8,88	0,905
	D1	8,00	6,50-10,00	7,25	6,00-9,00	0,267
	D14	9,00	8,00-10,00	9,00	7,25-10,00	0,640
	D28	9,00	8,13-10,88	9,00	8,00-10,38	0,630

Phép kiểm: Wilcoxon – Mann – Whitney Test.

Nhận xét: Biên độ xoay phải CSTL ở các thời điểm D0, D1, D14, D28 giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($P>0,05$).

Bảng 6. Độ chênh lệch biên độ vận động cột sống thắt lưng ở các thời điểm so với trước tập

		D1 – D0	D14 – D0	D28 – D0
		Trung vị (cm)		
Nhóm 1 (n=34)	Nghiêng trái	1,70	2,60	4,50
	P	0	0	0
	Nghiêng phải	1,65	3,45	4,50
	P	0	0	0
	Xoay trái	1,00	1,50	2,50
	P	0	0	0
	Xoay phải	0,50	1,50	2,50
	P	0,015	0	0
Nhóm 2 (n=38)	Nghiêng trái	2,00	3,80	5,70
	P	0	0	0
	Nghiêng phải	2,50	4,00	5,10
	P	0	0	0
	Xoay trái	0	1,25	2,00
	P	0	0	0
	Xoay phải	0,25	1,50	2,00
	P	0,619	0,001	0
P₁₋₂		P>0,05	P>0,05	P>0,05

Phép kiểm: P (Sự khác biệt giữa 2 thời điểm trong cùng nhóm): Wilcoxon signed – rank Test.

P₁₋₂ (Sự khác biệt giữa 2 nhóm): Wilcoxon – Mann – Whitney Test.

Nhận xét: Chênh lệch biên độ vận động giữa hai nhóm không có sự khác biệt với ($P_{1-2}>0,05$).
CSTL nghiêng trái – phải, xoay trái – phải ở cả 2 nhóm đều tăng dần qua mỗi lần đo D1 – D0, D14 – D0, D28 – D0 so với trước khi tập (P<0,05), trừ độ xoay phải ngay sau tập ngày 1 (D1 – D0) không có sự khác biệt ($P>0,05$), nhưng chênh lệch độ nghiêng, độ xoay CSTL

IV. BÀN LUẬN

Bàn luận về đặc điểm nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu lần đầu khảo sát tác động của động tác DCRXNM đến BDVĐ CSTL, nhằm đảm bảo tính an toàn, giảm thiểu do các bệnh lý cơ xương khớp và theo dõi được những biến cố không mong muốn trong tập luyện nên đối tượng được chọn là TNV khỏe mạnh. HĐTL ở TNV của 2 nhóm đều không đạt mức hoạt động thể lực theo khuyến cáo của WHO, tương đồng đầu vào.

Tỉ lệ nam nữ phân bố ngẫu nhiên đều nhau ở 2 nhóm ($P>0,05$). Thể trạng của nhóm 1 và nhóm 2 phân bố khá đều, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($P>0,05$). Trước khi tham gia nghiên cứu, các chỉ số sinh hiệu của TNV đều nằm trong giới hạn bình thường ($P>0,05$).

Độ tuổi trung vị của nhóm 1 (21 tuổi) cao hơn nhóm 2 (20 tuổi). Ở nhóm 1 là nhóm hoạt động thể lực tĩnh tại, nhóm 2 là nhóm hoạt động thể lực nhẹ, mức độ hoạt động thể lực này có thể đã ảnh hưởng tạo nên sự khác biệt về độ tuổi giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Bàn luận về sự thay đổi biên độ vận động cột sống thắt lưng của từng nhóm

Độ nghiêng trái – phải, độ xoay trái – phải CSTL trước khi tập tương đồng giữa hai nhóm tạo điều kiện thuận lợi và khách quan khi theo dõi và so sánh kết quả can thiệp.

Sau khi tập, độ nghiêng trái – phải CSTL trung bình/trung vị ở các thời điểm D1, D14, D28 của mỗi nhóm đều tăng so với trước tập và có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$). Kết quả cho thấy có sự thay đổi rõ rệt BDVĐ CSTL sau khi tập luyện động tác DCRXNM. Đối với độ nghiêng trái – phải, sự giảm dần biên độ ban đầu xảy ra sau 30 tuổi và tiếp tục giảm trong mỗi 10 năm [6]. Quá trình thoái hoá sinh lý theo tuổi của cột sống này không những là yếu tố nguy cơ mà còn là nguyên nhân gây ra đau lưng [6]. Giới hạn vận động lâu ngày dẫn đến khi vận động sẽ gây đau

khien người bệnh không muốn vận động. Vì thế, cần phải từng bước khuyến khích tập vận động dẻo dai để ngăn ngừa cứng khớp, xơ cứng cơ, giới hạn vận động.

Sau khi tập ngày 1, biên độ xoay trái – phải CSTL tăng không đáng kể. Sau tập ngày 14, ngày 28 biên độ xoay trái – phải tăng so với trước tập có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$). Kết quả cho thấy có sự thay đổi độ xoay khá rõ BDVĐ CSTL sau khi tập luyện động tác DCRXNM. Sau 28 ngày so với trước tập, có chênh lệch độ xoay trái: Nhóm 1 (2,50 cm), nhóm 2 (2,00 cm); chênh lệch độ xoay phải: Nhóm 1 (2,25 cm), nhóm 2 (2,00 cm). Khi xoay cột sống là sự phối hợp của nhiều nhóm cơ như các cơ xoay nằm sâu trong rãnh giữa các móm gai và móm ngang, các cơ sâu ở lưng, cơ chéo ngoài của bụng, cơ chéo trong [4]. Như vậy, có thể xem DCRXNM là một bài tập tác động vào cơ lõi giúp tăng độ xoay CSTL [4].

Bàn luận về so sánh sự thay đổi biên độ vận động cột sống thắt lưng giữa 2 nhóm

Biên độ nghiêng trái CSTL trung bình ở các thời điểm D0, D1, D28 giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($P>0,05$), trong khi ở thời điểm D14 biên độ nghiêng trái CSTL của nhóm 2 cao hơn nhóm 1 (nhóm 1 là $18,35\pm 2,60$ cm, nhóm 2 là $19,96\pm 2,76$ cm) có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$). Biên độ nghiêng phải, xoay trái, xoay phải CSTL ở các thời điểm D0, D1, D14, D28 giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($P>0,05$). Trong nghiên cứu này, không có sự khác biệt về chênh lệch độ nghiêng trái – phải, xoay trái – phải ở các thời điểm giữa hai nhóm với nhau ($P>0,05$). Có thể do hai nhóm trên đều không đạt mức HĐTL theo khuyến nghị của WHO, nhóm HĐTL nhẹ có hoạt động sinh hoạt đơn giản hàng ngày, không tác động nhiều đến

phần thắt lưng, xu hướng ngồi nhiều giờ trong ngày, ngồi sai tư thế, nằm để chơi các thiết bị điện tử, phương tiện đi lại thường là xe cơ giới, ít tham gia các bài tập giãn cơ,... [2], chênh lệch BĐVD CSTL ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P>0,05$). Tăng cường HĐTL có tác dụng bảo vệ khối cơ rất rõ, vận động thể lực còn hỗ trợ các hoạt động tiêu hóa, hấp thu, nhờ đó việc thu thập các chất dinh dưỡng để nuôi dưỡng cơ thể được đầy đủ hơn so với người ít vận động [8]. Chúng tôi đề xuất cần có thêm các nghiên cứu về so sánh giữa các nhóm có và không có tập luyện các bài tập dẻo dai linh hoạt.

V. KẾT LUẬN

Tập động tác DCRXNM của BS Nguyễn Văn Hưởng đã có tác dụng cải thiện rõ rệt BĐVD nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải CSTL sau khi tập ở cả hai nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Ánh Chi, Lê Thanh Vân.** Giáo Trình Thử Cơ và Đo Tầm Vận Động. Nhà xuất bản Y học; 2019;:248-250.
2. **Trần Minh Đông.** Vận động thể lực và các yếu tố liên quan của sinh viên khoa Y tế công cộng - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ, 2023;73.
3. **Phạm Huy Hùng, Võ Trọng Tuân.** Phương Pháp Dưỡng Sinh. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh; 2022;:45-155.
4. **Lê Quang Khanh.** Giải Phẫu Chức Năng Hệ Vận Động và Hệ Thần Kinh. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2011;:146-157.
5. **Thuy AB, Blizzard L, Schmidt M, et al.** Reliability and validity of the global physical activity questionnaire in Vietnam. *Journal of Physical Activity and Health*. 2010;7(3):410-418.
6. **Intolo P, Milosavljevic S, Baxter DG, et al.** The effect of age on lumbar range of motion: A systematic review. *Manual Therapy*. 2009;14(6): 596-604. doi: 10.1016/j.math.2009.08.006
7. **Chen S, Chen M, Wu X, et al.** Global, regional and national burden of low back pain 1990-2019: A systematic analysis of the Global Burden of Disease study 2019. *J Orthop Translat*. 2022;32:49-58. doi:10.1016/j.jot.2021.07.005.
8. **Hlaing SS, Puntumetakul R, Khine EE, Boucaut R.** Effects of core stabilization exercise and strengthening exercise on proprioception, balance, muscle thickness and pain-related outcomes in patients with subacute nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(1):998. doi: 10.1186/s12891-021-04858-6.

BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG DAY, ẤN NHÓM HUYỆT AN MIÊN, NỘI QUAN, THẦN MÔN, TAM ÂM GIAO VÀO QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH MẤT NGỦ SAU ĐỘT QUY THỂ LÂM SÀNG TÂM THẬN BẤT GIAO TẠI BỆNH VIỆN CHÍNH HÌNH VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Trọng Tuấn¹, Hạ Chí Lộc¹, Phạm Linh Đan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thử nghiệm hiệu quả của phương pháp day, ấn nhóm huyết An miên, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao trên người bệnh mất ngủ sau đột quy thể lâm sàng Tâm Thận bất giao tại Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh (Bệnh viện 1A). **Đối tượng và phương pháp:** 28 người bệnh có triệu chứng mất ngủ sau đột quy. Nhóm đối chứng (14 người bệnh): sử dụng phác đồ điều trị hiện tại của Bệnh viện 1A. Nhóm can thiệp (14 người bệnh): sử dụng phác đồ điều trị hiện tại của Bệnh viện 1A (như nhóm chứng) kết hợp với quy trình xoa bóp bấm huyết bổ sung. **Kết quả:** sau 3 tuần điều trị, nhóm can thiệp có mức độ cải thiện thời gian ngủ mỗi đêm, số lần thức giấc, tổng thời gian thức giấc mỗi đêm, hiệu quả giấc ngủ, các rối loạn chức năng ban ngày và chỉ số chất lượng giấc ngủ PSQI tốt hơn nhóm đối chứng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp day, ấn nhóm huyết An miên, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao là phương pháp an toàn và có khả năng giúp cải thiện thời gian ngủ mỗi đêm, số lần thức giấc, tổng thời gian thức giấc mỗi đêm, hiệu quả giấc ngủ, các rối loạn chức năng ban ngày và

chỉ số chất lượng giấc ngủ PSQI sau 3 tuần điều trị trên người bệnh mất ngủ sau đột quy.

Từ khóa: Y học cổ truyền, mất ngủ, đột quy, xoa bóp, bấm huyết.

SUMMARY

APPLICATION OF ACUPRESSURE TECHNIQUES: INTEGRATING ANMIAN (EX-HN), NEIGUAN (PC6), SHENMEN (HE7), AND SANYINJIAO (SP6) POINTS INTO THE TREATMENT PROTOCOL FOR POST-STROKE INSOMNIA PATIENTS AT THE HO CHI MINH CITY ORTHOPEDIC AND REHABILITATION HOSPITAL

Objective: Evaluate the effects of acupressure at An Mien, PC6 (Neiguan), Shenmen, and Sanyinjiao points in patients with post-stroke insomnia at Ho Chi Minh City Orthopedic and Rehabilitation Hospital. **Subjects and methods:** A total of 28 patients exhibiting symptoms of post-stroke insomnia participated in the study. The control group (14 patients) received the current treatment regimen provided by 1A Hospital. The research group (14 patients) received the same treatment regimen as the control group, supplemented with additional acupressure therapy. **Results:** After 3 weeks of treatment, research group had improvements in nightly sleep duration, number of awakenings, total nightly wake time, sleep efficiency, daytime dysfunction, and PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) scores compared to the control group ($p <$

¹Khoa Y học Cổ truyền - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Linh Đan

Email: phamlinhdan2309@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 8.8.2024

0.05). **Conclusion:** Acupressure at An Mien, PC6, Shenmen, and Sanyinjiao points is a safe and can help improve nightly sleep duration, number of awakenings, total nightly wake time, sleep efficiency, daytime dysfunction, and PSQI scores after three weeks of treatment in patients with post-stroke insomnia.

Keywords: Traditionnal medicine, insomnia, stroke, massage, acupressure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai trên toàn cầu, chiếm 11,13% tổng số ca tử vong trên toàn thế giới. Trong đó, mất ngủ là một trong những rối loạn thường gặp nhất ở người bệnh sau đột quỵ, chiếm khoảng 40–60%[4]. Tình trạng này kéo dài không chỉ làm giảm chất lượng cuộc sống, tăng nguy cơ té ngã mà còn cản trở sự phục hồi thần kinh của người bệnh sau đột quỵ.

Tại Bệnh viện 1A, trung bình số lượng người bệnh đột quỵ mỗi năm khoảng 1776 người (chỉ tính ở 2 khoa điều trị đột quỵ chính), trong đó mất ngủ chiếm 80–90% số người bệnh đột quỵ. Phác đồ điều trị hiện tại của bệnh viện có sử dụng thuốc ngủ và an thần để cải thiện tình trạng này, tuy nhiên nó chứa nhiều nguy cơ quá liều, phụ thuộc thuốc và tác dụng phụ cho người bệnh. Vì vậy, ngày nay nhiều bác sĩ và người bệnh mất ngủ đang có xu hướng chuyển sang dùng các phương pháp điều trị không dùng thuốc để bổ sung và thay thế.

Phương pháp tác động lên nhóm huyết An miên, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao bằng châm cứu đã được tác giả Lê Thị Trường Vân – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh chứng minh có tác dụng cải thiện thời gian ngủ, hiệu quả giấc ngủ, đồng thời làm giảm thời gian vào giấc và số lần thức giấc mỗi đêm trên người bệnh mất ngủ

không thực tồn[2]. Bên cạnh đó, thủ thuật day, ấn là phương pháp tác động lên huyết được sử dụng từ rất lâu đời, an toàn, không xâm lấn, có cơ chế tác dụng được chứng minh bởi nhiều bằng chứng khoa học. Hiện tại, trong phác đồ điều trị người bệnh mất ngủ sau đột quỵ, châm cứu được sử dụng để hỗ trợ phục hồi vận động và xoa bóp bấm huyết có vai trò xử lý các rối loạn chức năng kèm theo. Do vậy, chúng tôi bổ sung nhóm 4 huyết này vào quy trình xoa bóp bấm huyết với kỳ vọng phương pháp này sẽ khắc phục được tình trạng mất ngủ và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quỵ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn đối tượng: Người bệnh có tiền căn đột quỵ ≥ 18 tuổi; thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ theo ICSD – 2 và thuộc thể lâm sàng Tâm Thận bất giao; đang điều trị nội trú tại khoa Lão, Nội Thần kinh và Nội Phục hồi chức năng và không đăng ký điều trị ngày thứ 7.

Tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ theo

YHHĐ: Chẩn đoán mất ngủ theo Hiệp hội rối loạn giấc ngủ Hoa Kỳ (ASDA), Phân loại quốc tế về các rối loạn giấc ngủ phiên bản 2 (ICSD-2) được đưa ra như sau[6]:

A. Khiếu nại về việc khó bắt đầu giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ hoặc thức dậy quá sớm hoặc giấc ngủ không được phục hồi lâu dài hoặc chất lượng kém.

B. Khó ngủ nói trên xảy ra mặc dù có đủ cơ hội và hoàn cảnh để ngủ.

C. Ít nhất một trong các dạng suy giảm chức năng ban ngày sau đây liên quan đến khó ngủ vào ban đêm được người bệnh báo cáo:

1. Mệt mỏi hoặc khó chịu
2. Suy giảm chú ý, tập trung hoặc trí nhớ

3. Rối loạn chức năng xã hội hoặc nghề nghiệp hoặc kết quả học tập kém
4. Rối loạn tâm trạng hoặc cấu kính
5. Ngủ ngày
6. Giảm động lực, năng lượng hoặc sáng kiến
7. Dễ mắc lỗi/tai nạn tại nơi làm việc hoặc khi lái xe
8. Căng thẳng, đau đầu hoặc các triệu chứng tiêu hóa do mất ngủ
9. Mối quan tâm hoặc lo lắng về giấc ngủ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ thể Tâm Thận bất giao theo YHCT: Chẩn đoán mất ngủ thể lâm sàng Tâm Thận bất giao theo tác giả Nguyễn Ngô Lê Minh Anh và cộng sự, năm 2024 như sau[1]:

Vọng: chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít hoặc không có rêu.

Vấn: tiếng nói nhỏ, rõ.

Vấn: bứt rứt khó ngủ, triều nhiệt, mồ hôi trộm, ù tai, chóng mặt, hay quên, đau mỗi lưng gối, tiểu đêm nhiều lần.

Thiết: mạch tế sắc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có một trong các yếu tố sau: không đồng ý tham gia vào nghiên cứu; rối loạn ý thức hoặc hôn mê; mất ngủ do rượu, các chất gây nghiện, caffeine hoặc đang sử dụng thuốc chống trầm cảm, thuốc tâm thần, thuốc ngủ (lithium, benzodiazepam), glucocorticoid, kháng histamine.

Tiêu chuẩn dừng nghiên cứu: tự ý bỏ xoa bóp bấm huyệt trên 1 lần và không tham gia bù lại trong tuần đó (tham gia không đủ 5 lần/tuần); tự ý dùng thêm thuốc ngủ, các vị thuốc y học cổ truyền có tác dụng an thần làm ảnh hưởng kết quả điều trị; từ chối tiếp tục tham gia nghiên cứu với bất kỳ lý do nào.

Phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu này là một can thiệp đánh giá thử nghiệm

(pilot study), dựa theo Quy tắc ngón tay cái của Julious thì cỡ mẫu là $n=12$ mỗi nhóm[7]. Dự trù mất mẫu 15%, như vậy cỡ mẫu chúng tôi chọn là $n=14$ mỗi nhóm. Chọn mẫu thuận tiện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp đánh giá thử nghiệm, ngẫu nhiên, có nhóm chứng, mù đơn.

Nhóm đối chứng (ĐC: 14 người bệnh): sử dụng phác đồ điều trị hiện tại của bệnh viện (bao gồm thuốc Mimosa, giáo dục thói quen ngủ, luyện thư giãn, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và các phương pháp phục hồi chức năng khác). Xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần/ngày vào buổi chiều, từ thứ 2 đến thứ 6, đánh giá lại sau 2 tuần và 3 tuần điều trị. Công thức huyệt: Bách hội, Thượng tinh, Thái dương, Phong trì, Quan nguyên, Khí hải, Thận du.

Nhóm can thiệp (CT: 14 người bệnh): sử dụng phác đồ điều trị hiện tại của bệnh viện (như nhóm chứng) kết hợp với quy trình xoa bóp bấm huyệt bổ sung. Xoa bóp bấm huyệt 30 phút/lần/ngày vào buổi chiều, từ thứ 2 đến thứ 6, đánh giá lại sau 2 tuần và 3 tuần điều trị. Công thức huyệt: như nhóm đối chứng và thêm 4 huyệt An miên, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao.

Người bệnh được can thiệp bằng phương pháp điều trị tương ứng trong 3 tuần liên tục. Hiệu quả điều trị của phương pháp được đánh giá thông qua việc so sánh các chỉ tiêu nghiên cứu tại các thời điểm: trước nghiên cứu (T0), sau 2 tuần điều trị (T1), sau 3 tuần điều trị (T2).

Tiêu chuẩn đánh giá

Kết quả của nghiên cứu được đánh giá bằng các thông số giấc ngủ trong thang điểm PSQI: Thời gian ngủ mỗi đêm, thời gian đi

vào giấc ngủ, số lần thức giấc trong đêm, tổng thời gian thức giấc mỗi đêm, các rối loạn chức năng ban ngày, hiệu quả của giấc ngủ, sự thay đổi thang điểm PSQI và tác dụng không mong muốn của phương pháp trên lâm sàng.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: tháng 12/2023 – tháng 6/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện 1A.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu sau thu thập được xử lý bằng phần mềm Stata 17.0. Sử dụng phép kiểm χ^2 hoặc Fisher với số liệu định tính; So sánh

trước sau bằng phép kiểm so sánh từng cặp Paired-sample T-test, so sánh đối chứng bằng phép kiểm định giá trị trung bình của hai mẫu độc lập Independent-sample T-test. Đối với dữ liệu có phân phối không chuẩn, so sánh trước sau bằng phép kiểm Wilcoxon signed-rank, so sánh đối chứng bằng phép kiểm Mann-Whitney.

2.5. Y đức

Nghiên cứu của chúng tôi đã được sự chấp thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 1102/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 9/11/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Sự cải thiện các chỉ số chất lượng giấc ngủ

Bảng 1. So sánh các chỉ số chất lượng giấc ngủ của 2 nhóm (n=28)

Biến số	Thời điểm	Nhóm can thiệp (n=14) Số trung bình±độ lệch chuẩn	Nhóm chứng (n=14) Số trung bình±độ lệch chuẩn	Giá trị p
Thời gian ngủ mỗi đêm (phút)	T0	207,87±47,75	231,43±51,87	0,222 ^a
	T1	340,71±32,45	315,00±36,74	0,067 ^a
	T2	420,00±40,76	349,29±47,95	0,000 ^a
Thời gian đi vào giấc ngủ (phút)	T0	73,93±23,87	80,36±25,45	0,497 ^a
	T1	36,79±7,99	58,57±16,81	0,000 ^a
	T2	23,57±6,02	38,21±12,65	0,001 ^a
Số lần thức giấc trong đêm (lần)	T0	2,86±0,53	2,71±0,47	0,484 ^a
	T1	1,36±0,63	1,79±0,43	0,023 ^a
	T2	0,43±0,51	1,14±0,66	0,004 ^a
Tổng thời gian thức giấc mỗi đêm (phút)	T0	235,71±72,40	195,00±50,95	0,097 ^a
	T1	120,00±39,03	107,14±19,39	0,461 ^a
	T2	43,21±25,09	71,43±27,70	0,009 ^a
Rối loạn chức năng ban ngày (điểm)	T0	2,29±0,47	2,00±0,39	0,092 ^a
	T1	0,93±0,27	1,21±0,70	0,140 ^a
	T2	0,43±0,51	1,14±0,66	0,004 ^a
Hiệu quả của giấc ngủ (%)	T0	47,14±12,30	52,14±9,88	0,246 ^a
	T1	68,29±5,64	66,57±6,90	0,478 ^a
	T2	79,07±7,95	69,43±6,85	0,002 ^a

a: kiểm định T độc lập

Nhận xét:

Sau 2 và 3 tuần điều trị thời gian ngủ mỗi đêm của cả hai nhóm đều tăng dần. Tại T0, trung bình thời gian ngủ mỗi đêm giữa hai nhóm là tương đương, sau 2 tuần điều trị thời gian ngủ mỗi đêm của hai nhóm đều tăng nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên, sau khi kết thúc điều trị, nhóm can thiệp có thời gian ngủ trung bình mỗi đêm là 420 phút so với

349,29 phút ở nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thời gian đi vào giấc ngủ, số lần và tổng thời gian thức giấc mỗi đêm, điểm rối loạn chức năng ban ngày, hiệu quả giấc ngủ của cả hai nhóm đều cải thiện dần qua 2 và 3 tuần điều trị. Tại T0, các thông số giấc ngủ trên ở 2 nhóm là tương đương, sau 3 tuần can thiệp các thông số trên đều cải thiện và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p < 0,05$).

Bảng 2. Mức độ cải thiện các chỉ số chất lượng giấc ngủ của 2 nhóm (n=28)

Biến số	Nhóm can thiệp			Nhóm chứng			So sánh $\Delta T2-T0$ giữa 2 nhóm
	$\Delta T2-T0$	Tỷ lệ (%)	p giữa T2-T0	$\Delta T2-T0$	Tỷ lệ (%)	p giữa T2-T0	
Thời gian ngủ mỗi đêm (phút)	$\uparrow 212,14 \pm 64,95$	$\uparrow 102,06\%$	0,000 ^a	$\uparrow 117,86 \pm 66,00$	$\uparrow 50,93\%$	0,000 ^a	$p=0,001^b$
Thời gian đi vào giấc ngủ (phút)	$\downarrow 50,36 \pm 23,24$	$\downarrow 68,12\%$	0,000 ^a	$\downarrow 42,14 \pm 30,93$	$\downarrow 52,44\%$	0,000 ^a	$p=0,434^b$
Số lần thức giấc trong đêm (lần)		$\downarrow 85\%$	0,001 ^c		$\downarrow 58\%$	0,000 ^c	$p=0,006^b$
Tổng thời gian thức giấc mỗi đêm (phút)	$\downarrow 192,5 \pm 75,52$	$\downarrow 81,67\%$	0,000 ^a	$\downarrow 123,57 \pm 51,68$	$\downarrow 63,37\%$	0,000 ^a	$p=0,009^b$
Rối loạn chức năng ban ngày (điểm)	$\downarrow 1,85 \pm 0,53$	$\downarrow 80,79\%$	0,000 ^a	$\downarrow 0,85 \pm 0,77$	$\downarrow 42,5\%$	0,001 ^a	$p=0,001^d$
Hiệu quả của giấc ngủ (%)	$\uparrow 31,93 \pm 12,87$	$\uparrow 67,73\%$	0,000 ^a	$\uparrow 17,29 \pm 11,84$	$\uparrow 33,16\%$	0,000 ^a	$p=0,005^b$

a: kiểm định T bắt cặp, b: kiểm định T độc lập,

c: kiểm định Wilcoxon signed-rank, d: kiểm định Mann – Whitney

Nhận xét: Sau 3 tuần điều trị:

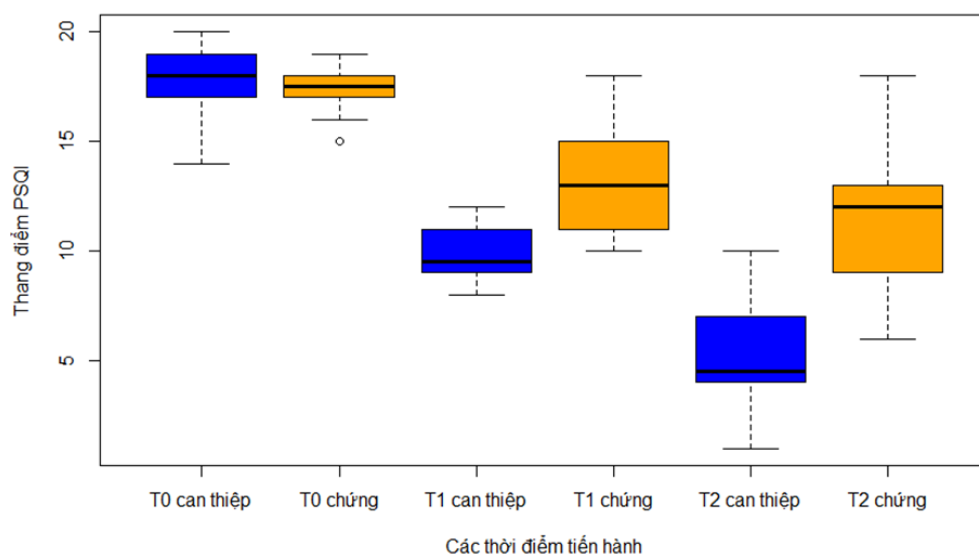
Nhóm can thiệp có thời gian ngủ mỗi đêm tăng trung bình 212,14 phút (102,06%) so với ban đầu, nhóm chứng tăng trung bình 117,86 phút (50,93%) và cả 2 sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy sau khi kết thúc điều trị, thời gian ngủ mỗi đêm ở nhóm can thiệp tăng nhiều hơn so với nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Thời gian đi vào giấc ngủ ở nhóm can thiệp giảm 50,36 phút (68,12%) và nhóm chứng giảm 42,14 phút (52,44%) so với ban

đầu và cả 2 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thời gian đi vào giấc ngủ ở nhóm can thiệp tăng nhiều hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Số lần và tổng thời gian thức giấc trong đêm, các rối loạn chức năng ban ngày và hiệu quả giấc ngủ ở nhóm can thiệp cải thiện nhiều hơn so với nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

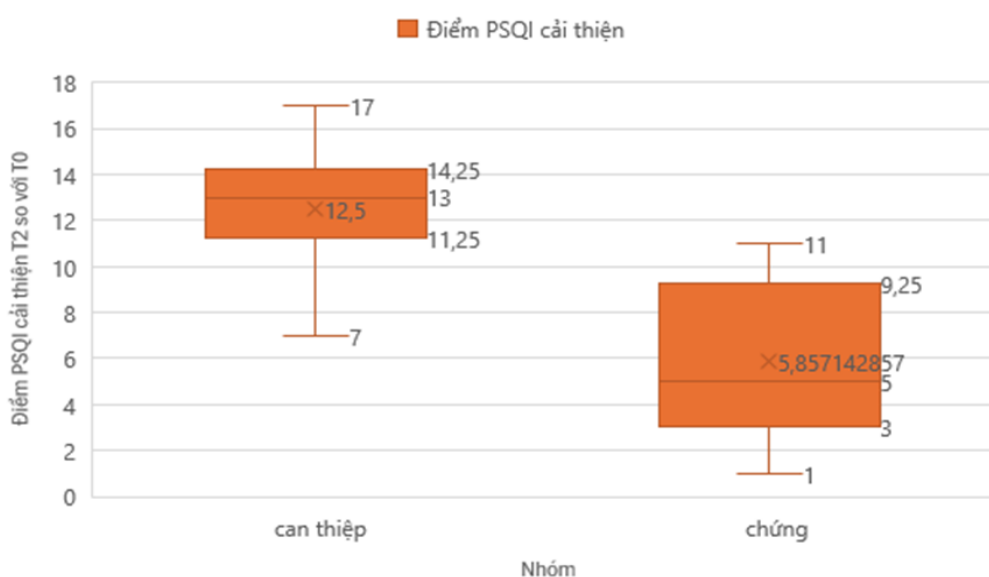
3.2. Sự thay đổi tổng điểm PSQI của hai nhóm



Biểu đồ 1. So sánh sự cải thiện tổng điểm PSQI của hai nhóm

Nhận xét: Tổng điểm PSQI ở cả hai nhóm đều giảm dần qua 2 và 3 tuần điều trị. Sau 2 tuần điều trị, cả nhóm can thiệp và nhóm chứng đều có tổng điểm PSQI giảm thấp hơn so với ban đầu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 3 tuần điều trị, cả nhóm can thiệp và nhóm chứng đều có tổng điểm PSQI giảm thấp hơn so với thời điểm T1, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tại thời điểm khởi trị, tổng điểm PSQI ở hai nhóm là tương đương nhau. Sau 2 tuần điều trị, nhóm can thiệp có tổng điểm PSQI thấp hơn so với nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau khi kết thúc 3 tuần điều trị, nhóm can thiệp có tổng điểm PSQI thấp hơn so với nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 2. Mức độ cải thiện chỉ số giấc ngủ PSQI của hai nhóm

Nhận xét: Sau 3 tuần điều trị:

Nhóm can thiệp: tổng điểm PSQI giảm trung bình 12,5 điểm (69,99%) so với ban đầu và sự khác biệt T2-T0 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); giảm nhiều nhất là 17 điểm và ít nhất là 7 điểm.

Nhóm chứng: tổng điểm PSQI giảm 5,86 điểm (33,62%) so với ban đầu và sự khác biệt T2-T0 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); giảm nhiều nhất là 11 điểm và ít nhất là 1 điểm.

Biểu đồ này cho thấy sau khi kết thúc điều trị, tổng điểm PSQI ở nhóm can thiệp giảm nhiều hơn so với nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn

Trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu, không có bất kỳ triệu chứng khó chịu nào được ghi nhận ở tất cả các người bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Một số nghiên cứu trước đây về các huyết điều trị mất ngủ như của tác giả Lê Thị Tường Vân có thể lâm sàng Tâm Thận bất giao chiếm tỷ lệ cao nhất trong số lượng[2]. Cốt mẫu của nghiên cứu có giới hạn, vì vậy chúng tôi chọn thể lâm sàng Tâm Thận bất giao là tiêu chuẩn chọn mẫu. Tạng Tâm và tạng Thận ở trạng thái bình thường có mối quan hệ trên – dưới giao nhau, điều hòa và giúp đỡ nhau. Tạng Tâm thuộc hỏa, là tạng dương trong dương; tạng Thận thuộc thủy, là tạng âm trong âm. Hai tạng giao nhau để giữa được thể quân bình gọi là “thủy hỏa ký tế” hay “Tâm Thận tương giao”. Nếu hỏa không có thủy chế ước thì thịnh lên hại âm, thủy không có hỏa thì âm tăng lên lạnh quá sẽ hại dương. Nguyên nhân cốt lõi của thể lâm sàng này là do Thận thủy hư suy không “tươi mát” được Tâm hỏa ở trên, Tâm hỏa

vượng lên quấy nhiễu thần minh gây ra triệu chứng mất ngủ thường xuyên thức giấc đồ mồ hôi nóng, bồn chồn, khó chịu, đánh trống ngực, ngũ tâm phiền nhiệt (nóng bức ở ngực, lòng bàn tay và chân); kèm theo đó là các chứng do Thận âm, Thận tinh hư gây ra như chóng mặt, ù tai, hay quên, đau thắt lưng và gối, di tinh; tình trạng âm hư kéo dài dẫn đến đồ mồ hôi đêm (đạo hãn), khô miệng và cổ họng, lưỡi đỏ, mạch tế sác[1].

Bấm huyết là một phương pháp y học có nguồn gốc từ Trung Quốc cổ đại. Phương pháp này cũng được xem là một loại châm cứu, thay vì sử dụng kim châm cứu, bấm huyết sử dụng ngón tay, bàn tay, nắm tay, khuỷu tay,... hoặc các thiết bị cầm tay để tạo áp lực, kích thích các huyết đạo. Chúng dựa trên cùng một nguyên tắc cơ bản là kích hoạt các huyết trên và/hoặc ngoài kinh mạch nhằm điều chỉnh cân bằng khí trong kinh lạc, từ đó giúp điều hòa chức năng tạng phủ, cân bằng Âm Dương trong cơ thể và đạt được hiệu quả điều trị bệnh tương tự phương pháp châm cứu. Hai thủ thuật thường được các bác sĩ sử dụng và cũng được đề cập trong đề án này là day và ấn huyết. Các cơ chế thần kinh sinh học của bấm huyết tương tự với châm cứu và chúng mang lại hiệu quả tương đương với nhau[5].

Nội quan là lạc huyết của kinh Thủ Quyết âm Tâm bào. Kinh tâm bào đi đến trung tâm của lồng ngực, ảnh hưởng đến tông khí và tác động lên cả Tâm và Phế. Vị trí Tâm bào ở khu vực này hoạt động như nguyên nhân thúc đẩy khí huyết của Tâm và Phế vận hành. Thần môn – Nguyên du tổ huyết của kinh Tâm, là nơi khí của tạng Tâm tụ về và nổi lên trên bề mặt da nhiều nhất.

Mặt khác, tạng Tâm có chức năng tàng Thần, là nơi trú ngụ của Thần khi ta ngủ, Thần yên thì giấc ngủ mới ngon. Do vậy, Nội quan và Thần môn là các huyết quan trọng trong điều trị mất ngủ[3].

Tam âm giao là nơi giao hội của 3 kinh âm: Túc Thái âm Tỳ, Túc Thiếu âm Thận và Túc Quyết âm Can. Chủ về âm huyết – là nơi trú ngụ của Thần. Chương 26 trong “Tổ VẤN” có đề cập “Huyết là Thần của con người. Huyết khí được hòa lợi, tinh thần mới ở yên”[3].

Kết hợp kích thích các huyết này bằng kỹ thuật day, ấn có thể khắc phục được tình trạng mất ngủ trên người bệnh Tâm Thận bất giao. Bởi vì huyết Tam âm giao có tác dụng tư âm dưỡng huyết, bổ phần âm của Thận giúp chân âm đầy đủ, Nội quan và Thần môn thanh tâm, an thần, từ đó giúp điều hòa thủy hỏa, quân bình âm dương. Bên cạnh đó, An miên là một tân huyết ngoài đường kinh và được sử dụng phần nhiều theo kinh nghiệm điều trị, có tác dụng an thần. Nghiên cứu của tác giả Cheng CH và cộng sự năm 2011 cho thấy cơ chế của điện châm huyết An miên làm tăng giấc ngủ NREM (giai đoạn ngủ không chuyển động mắt nhanh) qua trung gian kích hoạt cholinergic, kích thích các tế bào thần kinh opiodergic để tăng nồng độ β -endorphin và sự tham gia của các thụ thể μ -opioid. Giai đoạn ngủ NREM là khoảng thời gian ngủ sâu của con người, sự tăng giấc ngủ NREM tương ứng với sự cải thiện thời gian ngủ, số lần thức giấc và thời gian thức giấc mỗi đêm.

Thang điểm PSQI của Daniel J. Buysse và cộng sự được đưa ra để đánh giá các chỉ số về chất lượng giấc ngủ trên lâm sàng vào

năm 1998. Đến năm 2001, thang PSQI đã được chuẩn hóa tại Việt Nam. Thang điểm này có độ nhạy 98,7, độ đặc hiệu 84,4 khi điểm PSQI > 5. Thang điểm PSQI giúp ta đánh giá 7 yếu tố của chất lượng giấc ngủ: chất lượng giấc ngủ theo cảm giác chủ quan của người bệnh, giai đoạn vào giấc, thời lượng và hiệu quả giấc ngủ, các rối loạn giấc ngủ, sử dụng thuốc và rối loạn chức năng ban ngày. Mỗi thành tố đều được đánh giá riêng biệt tùy theo mức độ, điểm tối thiểu và tối đa cho mỗi thành tố là 0 và 3 điểm. Thang đo PSQI được dịch và lượng giá trên nhiều quốc gia như Ý, Do Thái, Hàn Quốc, Nhật Bản, Trung Quốc, Hy Lạp, Ba Tư,... Các tác giả đã nhận thấy thang đo này có giá trị sử dụng đáng tin cậy trong lâm sàng để đánh giá mức độ mất ngủ và có thể dùng nó để theo dõi tiến triển mất ngủ[8].

Trong nghiên cứu này, cả nhóm can thiệp và đối chứng đều có sự cải thiện có ý nghĩa về thời gian ngủ mỗi đêm, thời gian vào giấc, số lần và tổng thời gian thức giấc mỗi đêm, rối loạn chức năng ban ngày, hiệu quả giấc ngủ và tổng điểm PSQI sau 3 tuần điều trị. Trong đó, các biến số thời gian ngủ mỗi đêm, số lần thức giấc, tổng thời gian thức giấc mỗi đêm, rối loạn chức năng ban ngày, hiệu quả giấc ngủ và tổng điểm PSQI ở nhóm can thiệp có sự cải thiện (tăng hoặc giảm) đáng kể hơn so với nhóm đối chứng với $p < 0,05$. Kết quả này hoàn toàn tương ứng với lý thuyết huyết An miên có khả năng làm tăng giấc ngủ NREM được đề cập trước đó. So sánh với nghiên cứu tương tự của tác giả Lê Thị Tường Vân, sự cải thiện trên thời gian ngủ tăng 51%, thời gian vào giấc giảm 62%, số lần thức giấc giảm 46% và hiệu quả giấc

ngủ tăng 39%. Sự khác biệt này có thể là do tác giả Lê Thị Tường Vân sử dụng thủ thuật khác để kích thích nhóm huyết và phác đồ điều trị cung cấp cho các đối tượng nghiên cứu khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp day, ấn nhóm huyết An miên, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao có khả năng giúp cải thiện thời gian ngủ mỗi đêm, số lần thức giấc, tổng thời gian thức giấc mỗi đêm, hiệu quả giấc ngủ, các rối loạn chức năng ban ngày và chỉ số chất lượng giấc ngủ PSQI sau 3 tuần điều trị trên người bệnh mất ngủ sau đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngô Lê Minh Anh, Phạm Ngọc Xuân Nhi, Nguyễn Thị Bay. Khảo sát các bệnh cảnh lâm sàng Y học cổ truyền trên người bệnh mất ngủ không thực tổn hậu Covid-19. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024.
2. Nguyễn Thị Sơn, Lê Thị Tường Vân. Nghiên cứu tác dụng điều trị mất ngủ của nhóm huyết An miên, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao trên bệnh nhân mất ngủ không thực tổn. Đề tài khoa học và công nghệ cấp trường. 2016.
3. Nguyễn Thị Hoài Trang, Dương Hoàng Nhơn, Bùi Minh Sang, cs. Đánh giá kết quả của bài thuốc Toan tảo nhân thang kết hợp hào châm điều trị mất ngủ thể Can Thận âm hư trên bệnh nhân di chứng tai biến mạch máu não tại Bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024.
4. Lee SH, Lim SM. Acupuncture for insomnia after stroke: a systematic review and meta-analysis. BMC Complement Altern Med. 2016;16:228. Published 2016 Jul 19. doi:10.1186/s12906-016-1220-z
5. Mehta P, Dhapte V, Kadam S, et al. Contemporary acupressure therapy: Adroit cure for painless recovery of therapeutic ailments. J Tradit Complement Med. Apr 2017;7(2): 251-263. doi:10.1016/j.jtcme.2016.06.004
6. Thorpy MJ. Classification of sleep disorders. Neurotherapeutics. 2012;9(4):687-701. doi:10.1007/s13311-012-0145-6
7. Whitehead AL, Julious SA, Cooper CL, et al. Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. Stat Methods Med Res. Jun 2016;25(3):1057-73. doi:10.1177/0962280215588241
8. Zhang C, Zhang H, Zhao M, et al. Reliability, Validity, and Factor Structure of Pittsburgh Sleep Quality Index in Community-Based Centenarians. Front Psychiatry. 2020;11:573530. Published 2020 Aug 31. doi:10.3389/fpsy.2020.573530

ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP XOA BÓP BẮM HUYỆT VÙNG BỤNG TRONG ĐIỀU TRỊ CHỨNG TÁO BÓN TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUỴ TẠI BỆNH VIỆN CHỈNH HÌNH VÀ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Võ Trọng Tuân¹, Nguyễn Thị Phụng², Trần Huỳnh Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Ứng dụng phương pháp xoa bóp, bấm huyệt vùng bụng trong điều trị chứng táo bón trên người bệnh sau đột quỵ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 28 người bệnh được chẩn đoán táo bón sau đột quỵ. Nhóm can thiệp (14 người bệnh): sử dụng quy trình xoa bóp bấm huyệt mới sau khi đã khảo sát nhân viên y tế về mật độ sử dụng các kỹ thuật xoa bóp và sử dụng các huyệt trên phác đồ. Nhóm đối chứng (14 người bệnh): sử dụng quy trình xoa bóp bấm huyệt hiện tại theo phác đồ của Bộ y tế tại bệnh viện. **Kết quả:** Sau 20 ngày điều trị, nhóm can thiệp có mức độ cải thiện thang điểm CAS, thang đánh giá cường độ triệu chứng đường ruột, tần suất đi tiêu tốt hơn nhóm đối chứng ($p<0,05$). **Kết luận:** Phương pháp xoa bóp bấm huyệt vùng bụng trên người bệnh táo bón sau đột quỵ giúp cải thiện thang điểm CAS, thang đánh giá triệu chứng đường ruột, tần suất đi tiêu sau 20 ngày điều trị.

Từ khóa: Y học cổ truyền, táo bón, đột quỵ, xoa bóp, bấm huyệt.

SUMMARY

APPLICATION OF THE METHOD OF ACUPRESSURE MASSAGE OF THE ABDOMINAL AREA IN THE TREATMENT OF CONSTIPATION IN AFTER STROKE PATIENTS AT HO CHI MINH CITY ORTHOPEDIC AND REHABILITATION HOSPITAL

Objective: Applying abdominal massage and acupressure methods in treating constipation in patients after stroke. **Subjects and methods:** 28 patients diagnosed with constipation after stroke. Intervention group (14 patients): used the new acupressure massage process after surveying medical staff about the density of using massage techniques and the use of acupuncture points on the protocol. Control group (14 patients): use the current acupressure massage procedure according to the protocol of the Ministry of Health at the hospital. **Results:** After 20 days of treatment, the intervention group had improvement in CAS score (Constipation Assessment Scale), intestinal symptom intensity assessment scale, and bowel frequency better than the control group ($p<0.05$). **Conclusion:** Abdominal acupressure massage on patients with after stroke constipation helps improve CAS score, intestinal symptom assessment scale, and bowel frequency after 20 days of treatment.

Keywords: Traditional medicine, constipation, stroke, massage, acupressure.

¹Khoa Y học Cổ truyền - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huỳnh Nga

Email: tranhuynhnnga06@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật, gây ra những gánh nặng về chi phí điều trị [7], theo Hội đột quỵ thế giới năm 2022, mỗi năm thế giới có hơn 12,2 triệu ca đột quỵ não mới, về con số tử vong có tới 6,5 triệu ca/năm [2]. Nghiên cứu của Jianxiang Li và cộng sự (năm 2017), ở giai đoạn cấp tính, tỷ lệ táo bón từ 33% đến 55% và ở giai đoạn phục hồi, tỷ lệ này dao động từ 27% đến 79%. Như vậy, người bệnh đột quỵ trong giai đoạn phục hồi chức năng có nguy cơ táo bón cao hơn so với giai đoạn cấp tính [4].

Có nhiều phương pháp không dùng thuốc trong lĩnh vực Y học cổ truyền như : xoa bóp, bấm huyệt, châm cứu, thực dưỡng,...dùng trong điều trị chứng táo bón. Xoa bóp là một phương pháp phòng bệnh và chữa bệnh với sự chỉ đạo của lý luận Y học cổ truyền. Đây là một phương pháp an toàn, hiệu quả, không xâm lấn và không dùng thuốc, không có tác dụng phụ [1].

Tại bệnh viện Chỉnh hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh, theo thống kê trong thời gian qua, số lượng người bệnh đột quỵ có triệu chứng táo bón chiếm tỉ lệ từ 80% đến 90% trên tổng số người bệnh điều trị tại các khoa Nội thần kinh và khoa Lão của bệnh viện. Vậy nên chúng tôi tiến hành đề án với mục tiêu ứng dụng phương pháp xoa bóp, bấm huyệt vùng bụng trong điều trị chứng táo bón trên người bệnh sau đột quỵ tại bệnh viện Chỉnh hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh mang lại hiệu quả tích cực hơn như thế nào?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Cỡ mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu này là một nghiên cứu can thiệp đánh giá thử nghiệm (Pilot study), do đó chúng tôi chọn cỡ mẫu là $n = 12$ người cho mỗi nhóm dựa theo phương pháp của Julious và Owen [8],[3]. Dự trừ mất mẫu 15%, $n=14$ người cho mỗi nhóm.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh từ đủ 18 tuổi đến 79 tuổi đang điều trị nội trú. Được chẩn đoán táo bón theo tiêu chuẩn ROME III sau đột quỵ. Người bệnh đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tiền căn chưa từng tham gia phẫu thuật các bệnh lý đường tiêu hoá.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không hợp tác trong quá trình khám và thu thập thông tin (do suy giảm nhận thức, rối loạn tâm lý, nói khó sau đột quỵ não, ...). Phụ nữ mang thai. Người đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc đợt cấp của bệnh mạn tính, khối u, bệnh ung thư, các bệnh lý về da. Người bệnh đang sử dụng các loại thuốc có tác dụng phụ gây táo bón như: thuốc chống trầm cảm, thuốc giảm đau Opioid, thuốc sắc và các chế phẩm bổ sung sắc, thuốc chẹn kênh Canxi, thuốc kháng acid.

- Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu: Người bệnh không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu. Người bệnh tự ý bỏ bất kỳ buổi điều trị nào trong quá trình tham gia nghiên cứu. Người bệnh không tuân thủ theo chế độ ăn của bệnh viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

- Nhóm đối chứng (14 người bệnh): Người bệnh được thực hiện 5 kỹ thuật theo thứ tự: Xoa, sát, miết, day, nhào vùng bụng. Bấm tả 12 huyệt: Hợp cốc, Trung quản, Đại trường du, Đới mạch, Chương môn, Nhật nguyệt, Đại hoành, Thiên khu, Thử liêu, Hạ

quản, Kỳ môn, Quan nguyên. Day bổ 2 huyết: Tam âm giao, Túc tam lý.

- Nhóm can thiệp (14 người bệnh):

Sau khi khảo sát ý kiến của nhân viên y tế đã giản lược kỹ thuật nhào và 6 huyết sau: Đới Mạch, Chương môn, Nhật nguyệt, Đại hoành, Thứ liêu, Kỳ môn. Cụ thể:

Người bệnh được thực hiện 4 kỹ thuật theo thứ tự: Xoa, sát, miết, day vùng bụng. Bấm tả 6 huyết: Hợp cốc, Trung quản, Đại trường du, Thiên khu, Hạ quản, Quan nguyên. Day bổ 2 huyết: Tam âm giao, Túc tam lý.

- Người bệnh ở hai nhóm nghiên cứu được xoa bóp bấm huyết 30 phút/lần/ngày, vào buổi chiều, từ thứ hai đến chủ nhật trong 20 ngày liên tục. Thời gian xoa bóp bấm huyết được chia đều cho mỗi kỹ thuật trong quá trình thực hiện: nhóm đối chứng (gồm 5 kỹ thuật và tác động lên 14 huyết) có thời gian thực hiện mỗi thành phần là 1 phút 30 giây, nhóm can thiệp (gồm 4 kỹ thuật và tác động lên 8 huyết) có thời gian thực hiện mỗi thành phần là 2 phút 30 giây. Hiệu quả điều trị của phương pháp được đánh giá thông qua việc so sánh các thang đo tại các thời điểm: ban đầu (T0), sau 10 ngày điều trị (T1), sau 20 ngày điều trị (T2).

Tiêu chuẩn đánh giá

Kết quả ứng dụng quy trình xoa bóp bấm huyết mới trong điều trị chứng táo bón sau đột quy được đánh giá qua:

- Thang đánh giá CAS (Constipation Assessment Scale) được sử dụng để đánh giá tình trạng táo bón của người bệnh.

- Thang đánh giá triệu chứng đường ruột gồm các mục được sử dụng để đo cường độ của các triệu chứng đường ruột (TCĐR).

- Đánh giá tần suất đi tiêu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: tháng 12/2023 – tháng 06/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh.

2.4. Xử lý số liệu

Nhập và quản lý dữ liệu bằng phần mềm Excel. Phân tích các số liệu qua phần mềm thống kê Stata 16.0. Sử dụng phép kiểm χ^2 hoặc Fisher với số liệu định tính. So sánh trước sau bằng phép kiểm so sánh bắt cặp paired-sample T-test, với dữ liệu có phân phối không chuẩn, dùng phép kiểm Wilcoxon signed rank. So sánh giữa hai nhóm bằng phép kiểm định giá trị trung bình của hai mẫu độc lập Independent-sample T-test, với dữ liệu có phân phối không chuẩn dùng phép kiểm Wilcoxon rank sum.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Các đối tượng tham gia nghiên cứu phải được thông tin đầy đủ, giải thích rõ ràng về mục tiêu, cách thực hiện nghiên cứu, một số tác dụng phụ không mong muốn có thể xảy ra và lợi ích của việc điều trị táo bón bằng xoa bóp bấm huyết vùng bụng. Có quyền từ chối tham gia nghiên cứu. Có quyền ngừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào. Các dữ liệu thu thập hoàn toàn được bảo mật. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức Y sinh học Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh số 1104/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 09/11/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Hiệu quả cải thiện tình trạng táo bón theo Thang điểm CAS

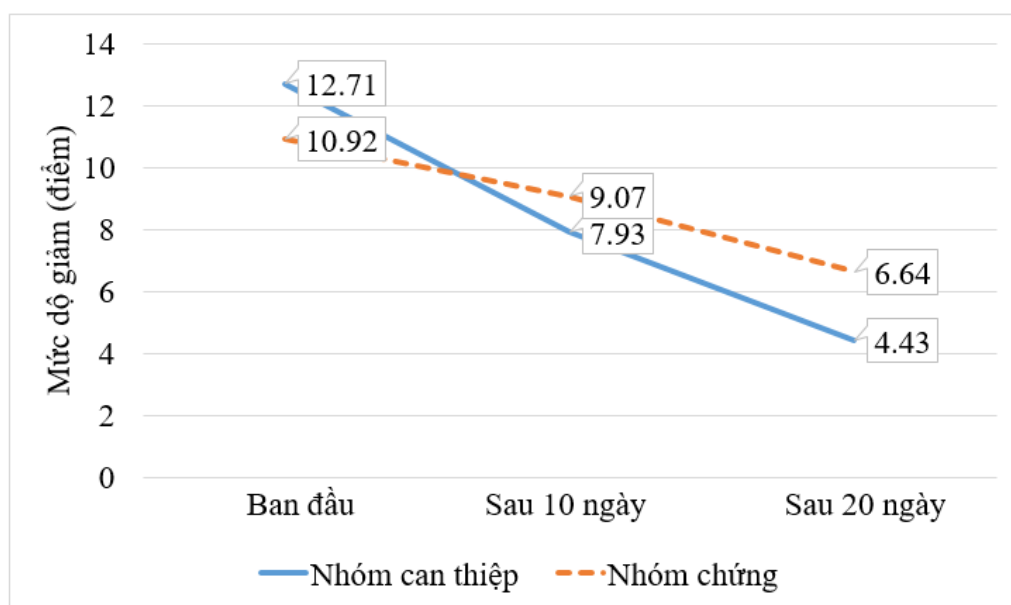
Bảng 1. So sánh mức độ cải thiện Thang điểm CAS của hai nhóm nghiên cứu (n=28)

Thang điểm CAS	Nhóm đối chứng (n=14)	Nhóm can thiệp (n=14)	Giá trị p
T0	10,92±2,58	12,71±3,02	0,105*
T1	9,07±1,97	7,93±2,13	0,153*
T2	6,64±2,02	4,43±1,34	0,002*
So sánh $\Delta(T0-T1)$	2,57±2,06	4,78±3,51	0,052*
So sánh $\Delta(T0-T2)$	4,57±3,32	8,28±2,58	0,003*

*Independent-sample T-test

Nhận xét: Thang điểm CAS ở thời điểm ban đầu (T0) và sau 10 ngày điều trị (T1) của hai nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Thang điểm CAS ở thời điểm sau 20 ngày điều trị (T2) của hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,002$. Mức độ cải thiện của thang điểm

CAS sau 10 ngày điều trị $\Delta(T0-T1)$ của hai nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Mức độ cải thiện của thang điểm CAS sau 20 ngày điều trị $\Delta(T0-T2)$ của hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,003$.



Biểu đồ 1. Mức độ cải thiện tình trạng táo bón theo thang điểm CAS giữa hai nhóm can thiệp và nhóm đối chứng (n=28)

Nhận xét: Mức độ cải thiện tình trạng táo bón theo thang điểm CAS ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm đối chứng tại cả hai thời điểm sau 10 ngày điều trị và sau 20 ngày điều trị so với thời điểm ban đầu (T0). Tại thời điểm T1 (sau 10 ngày điều trị) ở nhóm

can thiệp giảm $4,78\pm3,51$ so với ban đầu, ở nhóm đối chứng giảm $1,85\pm2,76$. Tại thời điểm T2 (sau 20 ngày điều trị) ở nhóm can thiệp giảm $8,28\pm2,58$ so với ban đầu, ở nhóm đối chứng giảm $4,28\pm3,70$.

3.2. Hiệu quả cải thiện tình trạng táo bón theo Thang đánh giá triệu chứng đường ruột

Bảng 2. So sánh mức độ cải thiện Thang đánh giá triệu chứng đường ruột của hai nhóm nghiên cứu (n=28)

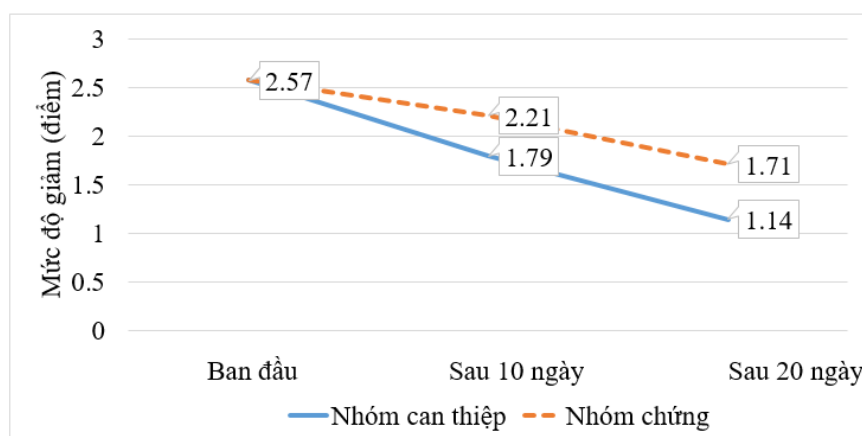
Thang điểm Đánh giá triệu chứng đường ruột	Nhóm đối chứng (n=14)	Nhóm can thiệp (n=14)	Giá trị p
T0	2,57±0,51	2,57±0,51	1,000*
T1	2,21±0,69	1,79±0,42	0,062**
T2	1,71±0,61	1,14±0,36	0,007**
So sánh $\Delta(T0-T1)$	0,78±0,42	0,78±0,42	1,000**
So sánh $\Delta(T0-T2)$	0,86±0,77	1,43±0,51	0,029*

* Independent-sample T-test

**Wilcoxon ranksum

Nhận xét: Thang điểm đánh giá triệu chứng đường ruột ở thời điểm ban đầu (T0) và sau 10 ngày điều trị (T1) của hai nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Thang điểm đánh giá triệu chứng đường ruột ở thời điểm sau 20 ngày điều trị (T2) của hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,007$. Mức độ cải thiện của

thang điểm đánh giá triệu chứng đường ruột sau 10 ngày điều trị $\Delta(T0-T1)$ của hai nhóm có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Mức độ cải thiện của thang điểm đánh giá triệu chứng đường ruột sau 20 ngày điều trị $\Delta(T0-T2)$ của hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,029$.



Biểu đồ 2. Mức độ cải thiện tình trạng táo bón theo thang đánh giá triệu chứng đường ruột giữa hai nhóm can thiệp và nhóm đối chứng (n=28)

Nhận xét: Mức độ cải thiện tình trạng táo bón theo thang điểm đánh giá triệu chứng đường ruột ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm đối chứng tại cả hai thời điểm sau 10 ngày điều trị và sau 20 ngày điều trị so với thời điểm ban đầu (T0). Tại thời điểm T1 (sau 10

ngày điều trị) ở nhóm can thiệp giảm 0,78±0,42 so với ban đầu, ở nhóm đối chứng giảm 0,36±0,84. Tại thời điểm T2 (sau 20 ngày điều trị) ở nhóm can thiệp giảm 1,43±0,51 so với ban đầu, ở nhóm đối chứng giảm 0,86±0,77.

3.3. Hiệu quả cải thiện tình trạng táo bón theo đánh giá tần suất đi tiêu

Bảng 3. Tần suất đi tiêu ở hai nhóm nghiên cứu (n=28)

Thời điểm	Phân nhóm	4 đến 7 ngày một lần	3 ngày một lần	Ngày 1 lần hoặc 2 ngày 1 lần	Một hoặc hai lần một ngày	Giá trị p*
Ban đầu	Nhóm can thiệp	9 (64,29%)	5 (35,71%)	0	0	
	Nhóm đối chứng	8 (57,14%)	6 (42,86%)	0	0	
Sau 10 ngày điều trị	Nhóm can thiệp	0	9 (64,29%)	5 (35,71%)	0 (0%)	0,001
	Nhóm đối chứng	2 (14,29%)	8 (57,14%)	3 (21,43%)	1 (7,14%)	0.041
Sau 20 ngày điều trị	Nhóm can thiệp	0	3 (21,43%)	7 (50%)	4 (28,57%)	0,000
	Nhóm đối chứng	0	4 (28,57%)	7 (50%)	3 (21,43%)	0.000

*Kiểm định Fisher Exact

“Biến định tính được thể hiện bằng tần số n (%)”

Nhận xét:

- Tần suất đi tiêu ở nhóm can thiệp được cải thiện nhiều nhất sau 20 ngày điều trị với tần suất 3 ngày một lần là 3 ca (21,43%) giảm so với ban đầu là 5 ca (35,71%). Tần suất đi tiêu ngày 1 lần hoặc 2 ngày một lần và một hoặc hai lần một ngày, sau 20 ngày điều trị tăng so với ban đầu 0 ca lên lần lượt là 7 ca (50%) và 4 ca (28,57%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tần suất đi tiêu ở nhóm đối chứng được cải thiện sau 10 ngày, mức 4 đến 7 ngày một lần giảm từ 8 ca (57,14%) xuống còn 2 ca (14,29%). Sau 20 ngày điều trị, tăng tần suất đi tiêu ngày 1 lần hoặc 2 ngày 1 lần, một hoặc hai lần một ngày so với thời điểm ban đầu lần lượt là 7 ca (50%) và 3 ca (21,43%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ giữa các thời điểm sau điều trị so với thời điểm ban đầu.

- Sau 10 ngày điều trị, nhóm can thiệp không còn tần suất đi tiêu 4 đến 7 ngày một lần, ở nhóm đối chứng vẫn còn 2 ca chiếm tỷ lệ 14,29%.

- Sau 20 ngày điều trị, nhóm can thiệp có tỉ lệ tần suất đi tiêu 3 ngày một lần thấp hơn

nhóm đối chứng, và tỉ lệ về tần suất đi tiêu một hoặc hai lần một ngày cao hơn ở nhóm đối chứng.

- Nhìn chung, tần suất đi tiêu ở nhóm can thiệp được cải thiện tích cực hơn so với nhóm đối chứng tại các thời điểm điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Táo bón là một trong những nguyên nhân kéo dài thời gian nằm viện và gây ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh sau đột quy. Thống kê cho thấy tỷ lệ táo bón ngày càng tăng cao và chiếm đến 80-90% trên người bệnh sau đột quy tại bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh.

Nhiều phương pháp không dùng thuốc trong lĩnh vực Y học cổ truyền như: Xoa bóp, bấm huyệt giảm tình trạng táo bón, châm cứu, thực dưỡng chế độ ăn phù hợp,... đã được nghiên cứu và cho thấy hiệu quả cao trong việc điều trị táo bón trên người bệnh sau đột quy, trong đó không thể không kể đến phương pháp xoa bóp, bấm huyệt vùng bụng đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu trên lâm sàng. Đây là phương pháp

phòng bệnh và chữa bệnh với sự chỉ đạo của lý luận Y học cổ truyền. Nguyên lý chính của xoa bóp là dùng các kỹ thuật tác động thông qua các kích thích huyết, thông kinh lạc, thư cân. Bên cạnh các kỹ thuật xoa bóp, các huyết không những có tác dụng tại chỗ mà còn có tác dụng theo đường kinh dương minh Đại trường, kinh túc dương minh Vị và tác dụng đặt hiệu để điều trị các chứng đau bụng, đầy bụng, tiêu hóa kém[4]. Trên phương diện y học hiện đại, xoa bóp bấm huyết liên quan đến sự kích hoạt chuyển động của mô liên kết và các lớp cơ nông và sâu. Các nghiên cứu đã xác nhận rằng xoa bóp bấm huyết có hiệu quả trong việc giảm căng cơ, giảm đau, tạo điều kiện cho hệ tim mạch và thần kinh hoạt động tối ưu, đồng thời giảm táo bón ở trẻ em hoặc người cao tuổi [6].

Nghiên cứu này nêu ra sự cải thiện triệu chứng táo bón ở nhóm can thiệp tích cực hơn so với nhóm đối chứng qua đánh giá các thang điểm.

Sau 10 ngày điều trị, thang điểm CAS và thang đánh giá triệu chứng đường ruột đều giảm so với thời điểm ban đầu (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Phần trăm điểm giảm ở nhóm can thiệp nhiều hơn so với nhóm đối chứng. Đánh giá về tần suất đi tiêu, nhóm can thiệp có sự thay đổi tích cực hơn so với nhóm đối chứng ở cùng thời điểm.

Sau 20 ngày điều trị, mức độ giảm của thang điểm CAS $\Delta(T0-T2)$ ở nhóm can thiệp là 65,15%, có 71,42% người bệnh ở mức táo bón nặng tại thời điểm ban đầu, sau 20 ngày thì không còn người bệnh có mức táo bón nặng. Đồng thời mức cải thiện thang điểm CAS cũng tốt hơn so với nhóm đối chứng (sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Nghiên cứu của Nouhi Evà CS năm 2022, cũng cho thấy kết quả điểm CAS giảm đáng kể ở nhóm can thiệp nhiều hơn so với nhóm đối chứng ($p=0.001$) [5].

Sau 20 ngày điều trị, mức độ cải thiện thang đánh giá triệu chứng đường ruột $\Delta(T0-T2)$ ở nhóm can thiệp là 55,64%, ở nhóm đối chứng là 33,46%. Mức độ cải thiện ở nhóm can thiệp cao hơn so với nhóm đối chứng (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị, đặc điểm về tần suất đi tiêu của nhóm can thiệp tốt hơn so với nhóm đối chứng. Nghiên cứu của Xinxin Gu và CS năm 2023 cũng cho thấy hiệu quả rõ rệt, xoa bóp bấm huyết có thể làm tăng tần suất đi tiêu, giảm đầy bụng và tác động tích cực đến người bệnh táo bón.

Quy trình xoa bóp bấm huyết ở nhóm can thiệp bao gồm các kỹ thuật và các huyết rút gọn hơn so với nhóm đối chứng nhưng mức độ cải thiện các thang điểm ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm đối chứng. Đây là các huyết và kỹ thuật xoa bóp được sử dụng thông dụng nhất từ kết quả khảo sát nhân viên y tế trong quy trình xoa bóp bấm huyết trên người bệnh sau đột quỵ có triệu chứng táo bón tại Khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Chính hình và Phục hồi chức năng TPHCM. Điều này có thể thấy trong cùng một khoảng thời gian 30 phút thực hiện quy trình ở cả hai nhóm, nhóm can thiệp có thời gian thực hiện mỗi thành phần kỹ thuật và tác động huyết dài hơn so với thời gian thực hiện mỗi thành phần kỹ thuật và tác động huyết ở nhóm đối chứng. Vì các kỹ thuật và tác động lên huyết cần thời gian để mang lại hiệu quả. Hướng đến một nghiên cứu mở rộng với quy mô cỡ

mẫu lớn hơn và đánh giá tại nhiều thời điểm để cung cấp cơ sở dữ liệu khoa học cao.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp xoa bóp bấm huyệt vùng bụng trên người bệnh táo bón sau đột quỵ giúp cải thiện thang điểm CAS, thang đánh giá triệu chứng đường ruột, tần suất đi tiêu sau 20 ngày điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Trọng Tuấn, Nguyễn Thị Anh Đào.** Xoa bóp bấm huyệt. Nhà xuất bản Y học; (2021):4.
2. **Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al.** World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society. 2022;17(1):18-29.
3. **Julious SA, Owen RJ.** Sample size calculations for clinical studies allowing for uncertainty about the variance. Pharmaceutical statistics. 2006;5(1):29-37.
4. **Li J, Yuan M, Liu Y, et al.** Incidence of constipation in stroke patients: A systematic review and meta-analysis. Medicine. 2017;96(25):e7225.
5. **Nouhi E, Mansour-Ghanaei R, Hojati SA, et al.** The effect of abdominal massage on the severity of constipation in elderly patients hospitalized with fractures: A randomized clinical trial. International journal of orthopaedic and trauma nursing. 2022;47:100936.
6. **Qiu-Shuan, Wang, Ya Liu, Xiang-Ni Zou, et al.** Evaluating the Efficacy of massage intervention for the treatment of poststroke constipation: A meta-analysis. Medicine. 2020;4(1).
7. **Tadi P, Lui F.** Acute Stroke. StatPearls Publishing LLC.2023.
8. **Whitehead AL, Julious SA, Cooper CL, et al.** Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. Statistical methods in medical research. 2016;25(3):1057-73.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP BÓP VÀ DAY HUYỆT TRÊN NGƯỜI BỆNH CO CỨNG KHUYU TAY SAU ĐỘT QUY

Võ Trọng Tuấn¹, Vũ Thùy Linh¹, Trần Thanh Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của phương pháp bóp và day huyết kết hợp phục hồi chức năng trong điều trị co cứng khuỷu tay sau đột quy. **Đối tượng và phương pháp:** 60 người bệnh được chẩn đoán co cứng khuỷu tay sau đột quy. Nhóm nghiên cứu (30 người bệnh): điều trị bằng phương pháp bóp và day huyết kết hợp phục hồi chức năng. Nhóm đối chứng (30 người bệnh): điều trị bằng phục hồi chức năng. **Kết quả:** sau 4 tuần điều trị, nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện thang điểm Fugl-Meyer, thang điểm MAS, phạm vi vận động thụ động tốt hơn nhóm đối chứng; mức độ cải thiện phạm vi vận động chủ động không có sự khác biệt so với nhóm đối chứng. **Kết luận:** Phương pháp bóp và day huyết kết hợp phục hồi chức năng có thể giúp cải thiện thang điểm Fugl-Meyer, thang điểm MAS, phạm vi vận động thụ động và chủ động ở vị trí khuỷu tay sau 4 tuần điều trị.

Từ khóa: Y học cổ truyền, co cứng khuỷu tay, đột quy, bóp, day huyết.

Objective: Evaluate the effects of massage and acupressure method combined with rehabilitation in the treatment of elbow spasticity after stroke. **Subjects and methods:** 60 patients were diagnosed with elbow spasticity after stroke. Research group (30 patients) was treated with massage and acupressure, rehabilitation. Control group (30 patients) was treated with rehabilitation. **Results:** After 4 weeks of treatment, research group had improvements in Fugl-Meyer scale, MAS, passive movement ROM better than the control group; improvements in active movement ROM no significant difference was found compared with the control group. **Conclusion:** massage and acupressure method combined with rehabilitation can help improve Fugl-Meyer scale, MAS, passive and active ROM in the elbow after 4 weeks of treatment.

Keywords: Traditionnal medicine, elbow spasticity, stroke, massage, acupressure.

SUMMARY

RESEARCH ON THE EFFECTS OF MASSAGE AND ACUPRESSURE METHOD ON PATIENTS WITH ELBOW SPASTICITY AFTER STROKE

¹Khoa Y học Cổ truyền - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Thái

Email: bsthaiyhct41@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 29.7.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy đang ngày càng được xã hội quan tâm khi đây là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 2 trên thế giới (theo Hankey GJ, 2013). Ngoài vấn đề tử vong, đột quy cũng để lại những di chứng nặng nề như suy giảm khả năng vận động và các rối loạn về chức năng. Trong đó, chứng co cứng sau đột quy có thể làm suy giảm khả năng vận động, ảnh hưởng đến khả năng phục hồi của người bệnh và gây ra những bất tiện cho người bệnh trong sinh hoạt hàng ngày. Tỷ lệ co cứng sau đột quy là 40-70% ở giai đoạn

đột quy mạn tính [7] và vị trí xuất hiện co cứng phổ biến nhất là khuỷu tay với tỷ lệ 79% [6].

Xoa bóp bấm huyết từ lâu đã được chứng minh là hiệu quả và an toàn, giúp thư giãn các cơ và gân, làm mềm cơ và giảm co thắt [2]. Trong đó, phương pháp bóp và day huyết là phương pháp điều trị phù hợp ở vị trí khuỷu tay. Kết hợp phương pháp bóp và day huyết với phục hồi chức năng trong điều trị co cứng khuỷu tay sau đột quy với mong muốn ứng dụng những ưu điểm của phương pháp này nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích cung cấp thêm một minh chứng trên lâm sàng, góp phần giúp người bệnh có thêm lựa chọn trong điều trị co cứng sau đột quy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh co cứng khuỷu tay sau đột quy đến khám và điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh.

Công thức cỡ mẫu:

$$n \geq \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \times (\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / r)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Trong đó $\alpha = 0,05$; $\beta = 0,2$; $\mu_1 = 41,83$; $\mu_2 = 47,2$; $\sigma_1 = 7,15$; $\sigma_2 = 6,24$; $r = n_2/n_1 = 1$ (dựa theo nghiên cứu của 李泽文 [8]).

Dự trừ mất mẫu 20%, ta được $n=n_1=n_2=30$

Tiêu chuẩn chọn mẫu: người bệnh đột quy đủ 18 tuổi, co cứng khuỷu tay với thang điểm MAS ≥ 1 , đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh dùng thuốc giãn cơ hoặc tiêm Botulinum toxin A trước ngày tiến hành nghiên cứu < 3 ngày. Người bệnh có vết thương phần mềm hoặc bệnh ngoài da ở chi trên. Người bệnh mắc đột quy từ hai lần trở lên.

Tiêu chuẩn dừng nghiên cứu: người bệnh không tham gia < 5 lần/tuần. Người bệnh có bệnh lý toàn thân nặng cần điều trị chuyên khoa. Người bệnh từ chối tiếp tục tham gia nghiên cứu với bất kỳ lý do nào.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu (NC: 30 người bệnh): điều trị bằng phương pháp bóp và day huyết ở tay bị co cứng kết hợp với phục hồi chức năng (tập vận động chi trên). Bóp và day huyết 30 phút/lần, 1 lần/ngày, 6 ngày/tuần, trong 4 tuần. Các huyết được sử dụng: Nội quan, Thiếu hải, Thọ châu, Trạch tiền.

Nhóm đối chứng (ĐC: 30 người bệnh): điều trị bằng phục hồi chức năng (tập vận động chi trên).

Người bệnh được can thiệp bằng phương pháp điều trị tương ứng trong 4 tuần liên tục. Hiệu quả điều trị của phương pháp được đánh giá thông qua việc so sánh các chỉ tiêu nghiên cứu tại các thời điểm: trước nghiên cứu (T0), sau 2 tuần điều trị (T1), sau 4 tuần điều trị (T2).

Tiêu chuẩn đánh giá

Kết quả của phương pháp bóp và day huyết kết hợp phục hồi chức năng trong điều trị co cứng khuỷu tay sau đột quy được đánh giá:

- Sự thay đổi thang điểm Fugl-Meyer
- Sự thay đổi thang điểm MAS
- Sự thay đổi phạm vi vận động thụ động
- Sự thay đổi phạm vi vận động chủ động
- Tác dụng không mong muốn của phương pháp trên lâm sàng

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: tháng 12/2023 – tháng 04/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh.

2.4. Xử lý số liệu

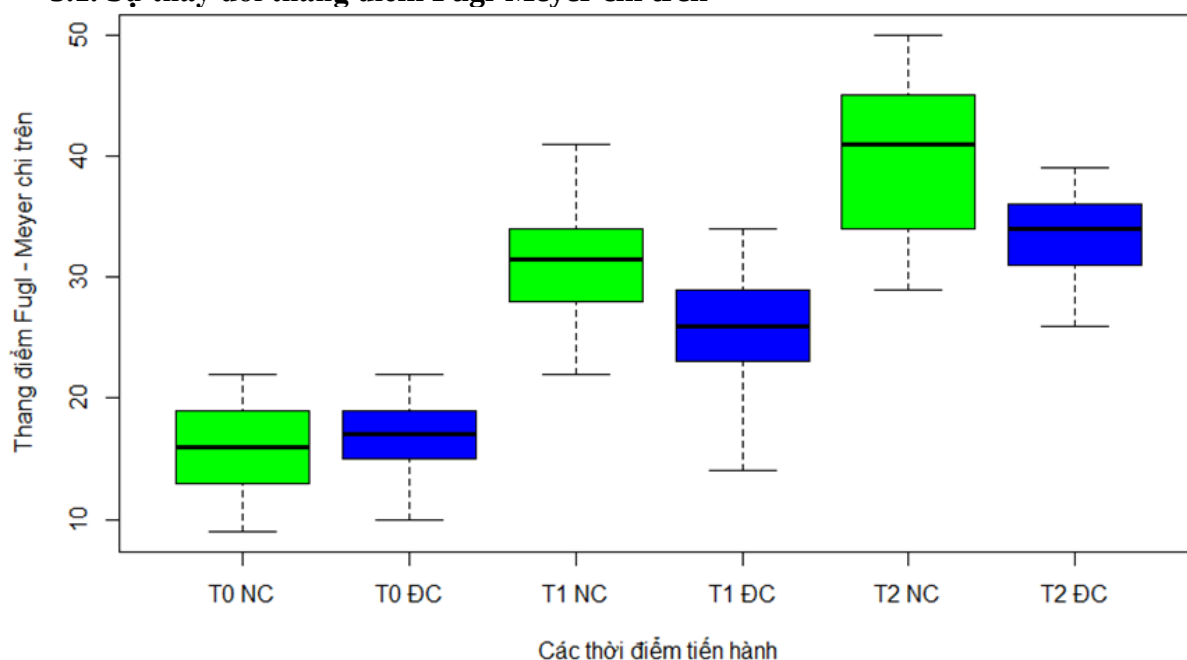
Số liệu sau thu thập được xử lý bằng phần mềm R 4.4.0. Sử dụng phép kiểm χ^2 hoặc Fisher với số liệu định tính; So sánh trước sau bằng phép kiểm so sánh từng cặp paired-sample T-test, so sánh đối chứng bằng phép kiểm định giá trị trung bình của hai mẫu độc lập Independent-sample T-test. Đối với dữ liệu có phân phối không chuẩn, so sánh trước sau bằng phép kiểm wilcoxon signed rank, so sánh đối chứng bằng phép kiểm wilcoxon rank sum. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe người bệnh và đã được sự chấp thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 1101/HĐĐĐ-ĐHYD. Các thông tin thu thập từ người bệnh được giữ bí mật hoàn toàn. Khi tham gia nghiên cứu, các người bệnh được giải thích rõ về mục đích, nắm được quyền lợi và trách nhiệm của mình, tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Sự thay đổi thang điểm Fugl-Meyer chi trên



Biểu đồ 3. Thang điểm Fugl-Meyer chi trên ở các các thời điểm

Nhận xét: Trước điều trị, trung bình thang điểm Fugl-Meyer chi trên giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau 2 tuần điều trị, thang điểm Fugl-Meyer chi trên ở nhóm nghiên cứu có xu hướng tăng nhiều hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt giữa T0 và T1 có ý nghĩa thống

kê, sự khác biệt giữa 2 nhóm ở thời điểm T1 có ý nghĩa thống kê. Sau 4 tuần điều trị, thang điểm Fugl-Meyer chi trên ở nhóm nghiên cứu có xu hướng tăng nhiều hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt giữa T0 và T2 có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt giữa 2 nhóm ở thời điểm T2 có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Số điểm tăng trung bình theo thang điểm Fugl-Meyer chi trên và tỷ lệ tăng giữa 2 tuần đầu và 2 tuần sau

		Nhóm nghiên cứu (n=30)	Nhóm đối chứng (n=30)	p (so sánh 2 nhóm)
		Trung bình, độ lệch chuẩn	Trung bình, độ lệch chuẩn	
Số điểm tăng trung bình	Sau 4 tuần (T2-T0)	24,33±5,57	16,90±2,55	<0,001 ^a
	2 tuần đầu (T1-T0)	14,83±3,51	9,60±2,94	<0,001 ^a
	2 tuần sau (T2-T1)	9,50±3,40	7,30±2,23	<0,01 ^a
	p (so sánh 2 tuần đầu và 2 tuần sau)	<0,001 ^b	<0,01 ^b	
Tỷ lệ giữa 2 tuần đầu và 2 tuần sau	2 tuần đầu	60,95%	56,80%	
	2 tuần sau	39,05%	43,20%	

a: kiểm định bằng phép kiểm Independent-sample T-test

b: kiểm định bằng phép kiểm paired-sample T-test

Nhận xét: Sau 4 tuần, ở nhóm nghiên cứu, thang điểm Fugl-Meyer chi trên tăng 24,33±5,57 điểm; trong đó, 2 tuần đầu tăng 14,83±3,51 điểm, 2 tuần sau tăng 9,50±3,40 điểm; 2 tuần đầu tăng nhiều hơn 2 tuần sau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$); so sánh giữa 2 tuần đầu và 2 tuần sau thì 2 tuần đầu tăng 60,95%, 2 tuần sau tăng 39,05%. Sau 4 tuần, ở nhóm đối chứng, thang điểm

Fugl-Meyer chi trên tăng 16,90±2,55 điểm; trong đó, 2 tuần đầu tăng 9,60±2,94 điểm, 2 tuần sau tăng 7,30±2,23 điểm; 2 tuần đầu tăng nhiều hơn 2 tuần sau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê; so sánh giữa 2 tuần đầu và 2 tuần sau thì 2 tuần đầu tăng 56,81%, 2 tuần sau tăng 43,19%.

3.2. Sự thay đổi thang điểm MAS

Bảng 8. Thang điểm MAS ở các thời điểm

Thời điểm	Nhóm nghiên cứu (n=30)	Nhóm đối chứng (n=30)	p (so sánh 2 nhóm)
	Trung vị, khoảng tứ phân vị	Trung vị, khoảng tứ phân vị	
T0	5 (4-5,75)	5 (4-6)	0,82 ^a
T1	3 (2-3)	3 (2-4)	0,12 ^a
T2	1 (1-2)	2 (2-3)	<0,001 ^a
p (so sánh T0 và T1)	<0,001 ^b	<0,001 ^b	
p (so sánh T0 và T2)	<0,001 ^b	<0,001 ^b	

a: kiểm định bằng phép kiểm wilcoxon rank sum

b: kiểm định bằng phép kiểm wilcoxon signed rank

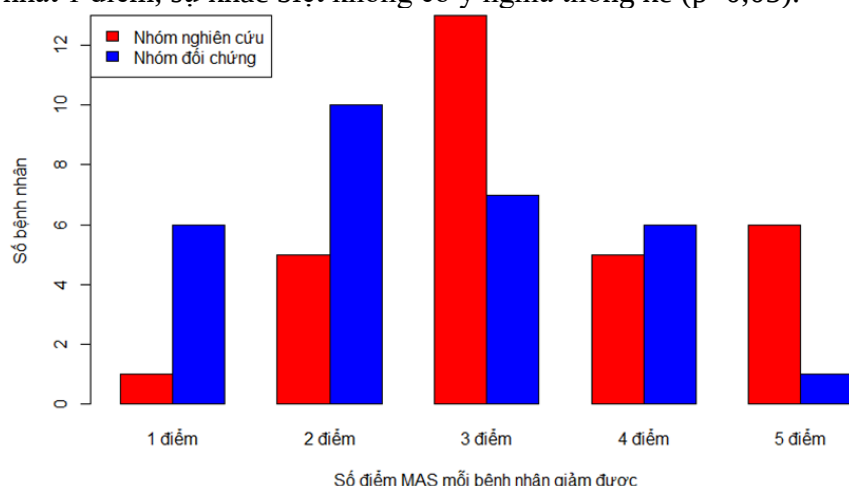
Nhận xét: trước điều trị, thang điểm MAS giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Sau 2 tuần điều trị, thang điểm MAS có xu hướng giảm ở cả 2 nhóm, sự khác biệt giữa T0 và T1 có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt giữa 2 nhóm ở thời

điểm T1 không có ý nghĩa thống kê. Sau 4 tuần điều trị, thang điểm MAS ở nhóm nghiên cứu có xu hướng giảm nhiều hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt giữa T0 và T2 có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt giữa 2 nhóm ở thời điểm T2 có ý nghĩa thống kê.

Bảng 9. Tỷ lệ người bệnh cải thiện ít nhất 1 điểm ở thang điểm MAS

Tỷ lệ cải thiện ít nhất 1 điểm sau 4 tuần	Nhóm nghiên cứu (n=30)	Nhóm đối chứng (n=30)	p (so sánh giữa 2 nhóm)
	30/30	30/30	1

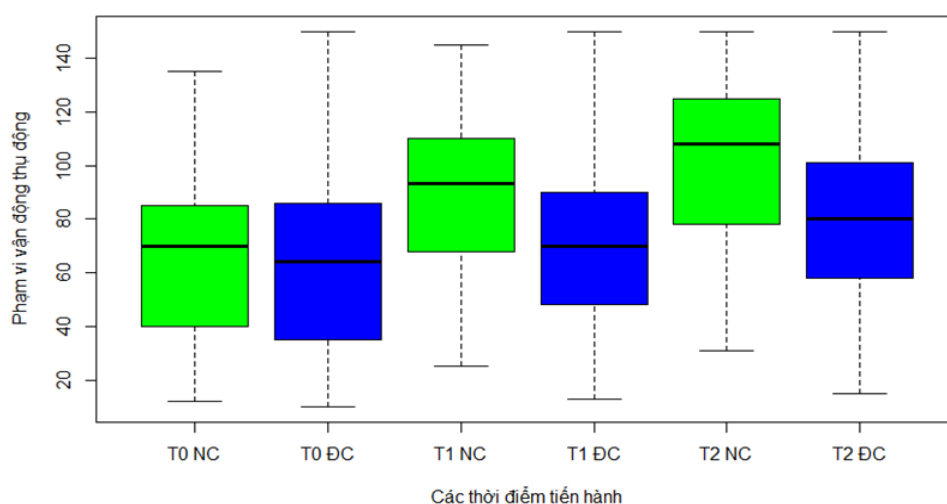
Nhận xét: Ở nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, có 30/30 người bệnh có thang điểm MAS giảm ít nhất 1 điểm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

**Biểu đồ 4. So sánh mức độ cải thiện giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng**

Nhận xét: Ở nhóm nghiên cứu, đa số người bệnh cải thiện 3 và 5 điểm ở thang điểm MAS, trong khi đó ở nhóm đối chứng, đa số người bệnh cải thiện 2 và 3 điểm. Với mức độ giảm 1 điểm ở thang điểm MAS, có 1 người bệnh ở nhóm nghiên cứu và 6 người bệnh ở nhóm đối chứng. Với mức độ giảm 5

điểm ở thang điểm MAS, có 6 người bệnh ở nhóm nghiên cứu và 1 người bệnh ở nhóm đối chứng. Sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Sự thay đổi phạm vi vận động thụ động

**Biểu đồ 5. Phạm vi vận động thụ động ở các thời điểm**

Nhận xét: trước điều trị, trung bình phạm vi vận động thụ động giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Sau 2 tuần và sau 4 tuần điều trị, ở nhóm nghiên cứu, phạm vi vận động thụ động có xu hướng tăng so với thời điểm ban đầu, sự khác biệt giữa T0 và T1 có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt giữa T0 và T2 có ý nghĩa thống kê. Sau 2 tuần và sau 4 tuần điều trị, ở nhóm đối

chứng, phạm vi vận động thụ động không tăng so với thời điểm ban đầu, sự khác biệt giữa T0 và T1 không có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt giữa T0 và T2 không có ý nghĩa thống kê. Ở thời điểm T1 và T2, nhóm nghiên cứu đều có phạm vi vận động thụ động lớn hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Mức độ tăng trung bình theo phạm vi vận động thụ động và tỷ lệ tăng giữa 2 tuần đầu và 2 tuần sau

		Nhóm nghiên cứu (n=30)	Nhóm đối chứng (n=30)	p (so sánh 2 nhóm)
		Trung bình, độ lệch chuẩn	Trung bình, độ lệch chuẩn	
Mức độ tăng trung bình	Sau 4 tuần (T2-T0)	37,17±10,94	17,83±14,47	<0,001 ^a
	2 tuần đầu (T1-T0)	25,10±9,19	10,20±10,71	<0,001 ^a
	2 tuần sau (T2-T1)	12,07±5,43	7,63±6,54	0,003 ^a
	p (so sánh 2 tuần đầu và 2 tuần sau)	<0,001 ^b	0,06 ^b	
Tỷ lệ giữa 2 tuần đầu và 2 tuần sau	2 tuần đầu	67,53%	57,20%	
	2 tuần sau	32,47%	42,80%	

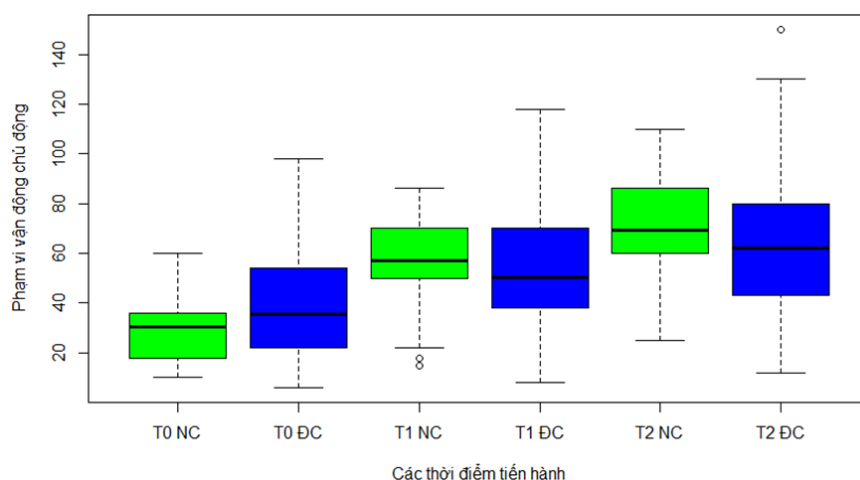
a: kiểm định bằng phép kiểm Independent-sample T-test

b: kiểm định bằng phép kiểm paired-sample T-test

Nhận xét: Sau 4 tuần, ở nhóm nghiên cứu, phạm vi vận động thụ động tăng 37,17±10,94 độ; trong đó, 2 tuần đầu tăng 25,10±9,19 độ, 2 tuần sau tăng 12,07±5,43 độ; 2 tuần đầu tăng nhiều hơn 2 tuần sau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê; so sánh giữa 2 tuần đầu và 2 tuần sau thì 2 tuần đầu tăng 67,53%, 2 tuần sau tăng 32,47%. Sau 4 tuần, ở nhóm đối chứng, phạm vi vận động thụ

động tăng 17,83±14,47 độ; trong đó, 2 tuần đầu tăng 10,20±10,71 độ, 2 tuần sau tăng 7,63±6,54 độ; mức độ tăng giữa 2 tuần đầu và 2 tuần sau khác biệt không có ý nghĩa thống kê; so sánh giữa 2 tuần đầu và 2 tuần sau thì 2 tuần đầu tăng 57,20%, 2 tuần sau tăng 42,80%.

3.4. Sự thay đổi phạm vi vận động chủ động



Biểu đồ 6. Phạm vi vận động chủ động ở các thời điểm

Nhận xét: Trước điều trị, trung bình phạm vi vận động chủ động giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Sau 2 tuần điều trị, phạm vi vận động chủ động có xu hướng tăng so với thời điểm ban đầu, sự khác biệt giữa T0 và T1 có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê. Sau 4 tuần điều trị, phạm vi vận động chủ động có xu hướng tăng so với thời điểm ban đầu, sự khác biệt giữa T0 và T2 có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Chứng co cứng là một tình trạng phổ biến sau đột quy, nó không chỉ gây ra những khó khăn cho người bệnh trong các sinh hoạt hàng ngày, mà còn giảm khả năng phục hồi của người bệnh do hạn chế các vận động. Ở giai đoạn mạn tính, tình trạng co cứng xảy ra ở 40-70% người bệnh [7]. Trong đó, khuỷu tay là vị trí xuất hiện co cứng phổ biến nhất với 79% [6].

Theo Y học cổ truyền, chứng co rút cân thuộc phạm vi của chứng cân nuy, là bệnh thuộc tạng Can. Can chủ cân tức là Can chi phối toàn bộ hệ vận động của cơ thể, có liên

quan đến chức năng thần kinh, cơ cũng như phân xạ tùy sống. Rối loạn chức năng can chủ cân có thể dẫn đến: co duỗi khó khăn, co giật, động kinh [1]. Do can chủ cân nên bệnh của Can lâu ngày sẽ ảnh hưởng đến cân. Nếu Can huyết hư thì cân sẽ thiếu sự nuôi dưỡng và gây co thắt hoặc co rút ở cân. Nếu Can phong nội động sẽ gây run hoặc co giật. Nếu Can huyết bị ngưng trệ cũng có thể làm cho cân thiếu sự mềm dẻo và gây co rút cho người bệnh [1].

Phương pháp xoa bóp bấm huyết là một phương pháp hiệu quả và an toàn, giúp thư giãn các cơ và gân, làm mềm cơ và giảm co thắt [2]. Trong đó, kỹ thuật bóp là một kỹ thuật tác động lên cơ, giúp thư giãn các cơ và gân, làm giảm co thắt và giảm đau cơ, thông kinh lạc, trừ phong, tán hàn và thúc đẩy lưu thông khí huyết. Kỹ thuật day huyết là một kỹ thuật tác động lên huyết có tác dụng giảm sưng, giảm đau, khu phong thanh nhiệt, làm mềm cơ [2].

Theo nghiên cứu của Wang BH [5], nghiên cứu về châm cứu điều trị co cứng khuỷu tay sau đột quy, các huyết được sử dụng bao gồm: Nội quan, Thiếu hải, Thợ

châu, Trạch tiền cho kết quả: nhóm nghiên cứu có cải thiện tình trạng co cứng ở vị trí khuỷu tay.

Huyệt Nội quan là huyệt thứ 6 của kinh thủ quyết âm Tâm bào, là huyệt lạc đối với kinh tam tiêu, có các tác dụng toàn thân như: chữa đau vùng trước tim, khó thở, nôn, sốt cao, cơn đau dạ dày, mất ngủ. Huyệt Thiếu hải là huyệt thứ 3 của kinh thủ thiếu âm Tâm, là huyệt hợp trong ngũ du huyệt, có các tác dụng toàn thân như: chữa đau vùng tim, nhức đầu, hoa mắt, điên cuồng, đau đám rối cánh tay (dây trụ). Huyệt Thọ châu và Trạch tiền là các huyệt nằm ngoài đường kinh.

Cả 4 huyệt trên đều được sử dụng theo cơ chế tác dụng tại chỗ và cơ chế thần kinh - thể dịch. Đối với tác dụng tại chỗ, các huyệt này nằm gần các điểm vận động của các cơ liên quan đến vận động của khuỷu tay, sẽ có tác dụng giải phóng sự co cơ tại chỗ. Về cơ chế thần kinh - thể dịch, các huyệt này được kỳ vọng sẽ điều hòa quá trình sản xuất chất dẫn truyền thần kinh và tính dễ bị kích thích của tế bào thần kinh vận động [5].

Theo nghiên cứu của Wang BH [5], các huyệt trên nằm ở vị trí cẳng tay, có tác dụng làm giảm co cứng ở một động tác nhất định. Cụ thể như sau: Huyệt Nội quan và Thiếu hải có tác dụng giảm co cứng ở động tác quay sấp khuỷu tay (nằm trên điểm vận động của cơ sấp tròn và cơ sấp vuông). Huyệt Thọ châu có tác dụng giảm co cứng ở động tác nắm chặt bàn tay và nắm ngón tay cái (nằm trên cơ gấp các ngón nông và cơ gấp ngón cái dài). Huyệt Trạch tiền có tác dụng giảm co cứng ở động tác gấp khuỷu tay (nằm trên cơ cánh tay quay).

Nghiên cứu này sử dụng phương pháp

bóp và day các huyệt Nội quan, Thiếu hải, Thọ châu, Trạch tiền để điều trị chứng co cứng khuỷu tay sau đột quỵ.

Theo Gladstone DJ (2002), thang điểm Fugl-Meyer chỉ trên là thang đo hiệu quả nhất để đánh giá tình trạng co cứng ở chi trên. Thang điểm này có thể đánh giá khả năng vận động và tình trạng co cứng tổng thể ở người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm Fugl-Meyer ở cả 2 nhóm đều có cải thiện (24,33 điểm ở nhóm nghiên cứu và 16,90 điểm ở nhóm đối chứng); nhóm nghiên cứu cải thiện đáng kể hơn nhóm đối chứng. Nghiên cứu của 李泽文 [8] cũng cho kết quả tương tự với thang điểm Fugl-Meyer cải thiện 19,40 điểm ở nhóm nghiên cứu và 13,16 điểm ở nhóm đối chứng. Theo nghiên cứu của Wang M và cộng sự (2019), tỷ lệ cải thiện giữa 2 tuần đầu và 2 tuần sau là tương đương nhau (48,17% và 51,83%); tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có mức độ cải thiện ở 2 tuần đầu cao hơn đáng kể so với 2 tuần sau (60,95% và 39,05%).

Thang điểm MAS được sử dụng để xác định mức độ tăng trương lực cơ của người bệnh. Trong nghiên cứu này, thang điểm MAS ở cả 2 nhóm đều có cải thiện và nhóm nghiên cứu cải thiện đáng kể hơn nhóm đối chứng. Tuy nhiên, do phân phối của số liệu không chuẩn nên phương pháp đánh giá sẽ khác nhau tùy thuộc vào từng nghiên cứu. Nghiên cứu về massage Thái của Thanakiatpinyo [4] sử dụng tỷ lệ thang điểm MAS cải thiện ít nhất 1 điểm và cho kết quả: 70,8% người bệnh ở nhóm nghiên cứu và 61,9% người bệnh ở nhóm đối chứng cải thiện ít nhất 1 điểm, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Trong nghiên cứu của chúng

tôi, tỷ lệ này là 100% ở cả 2 nhóm. Điều này cho thấy phương pháp đánh giá này không hiệu quả do không thể hiện được sự khác biệt giữa người bệnh cải thiện nhiều và cải thiện ít. Khi so sánh số điểm người bệnh đã cải thiện; ở nhóm nghiên cứu, đa số người bệnh cải thiện 3 và 5 điểm, trong khi đó ở nhóm đối chứng, đa số người bệnh cải thiện 2 và 3 điểm. Có 1 người bệnh ở nhóm nghiên cứu và 6 người bệnh ở nhóm đối chứng cải thiện 1 điểm; Có 6 người bệnh ở nhóm nghiên cứu và 1 người bệnh ở nhóm đối chứng cải thiện 5 điểm. Nhóm nghiên cứu sẽ có xu hướng giảm được nhiều điểm hơn nhóm đối chứng.

Phạm vi vận động thụ động là thước đo điển hình để đánh giá tình trạng co cứng. Trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu có cải thiện đáng kể so với thời điểm ban đầu. Tuy nhiên, ở nhóm đối chứng, sự cải thiện là không có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy, trong 4 tuần, phương pháp truyền thống không cải thiện đáng kể phạm vi vận động thụ động trong khi kết hợp phương pháp bóp và day huyết sẽ cải thiện được chỉ số này.

Phạm vi vận động chủ động phản ánh giới hạn vận động và sự thiếu hụt về sức cơ để đạt được giới hạn cuối cùng của vận động đó. Trong nghiên cứu này, phạm vi vận động chủ động có cải thiện ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. So sánh với nghiên cứu của Sajana Rao (2021) [3], phạm vi vận động chủ động của người bệnh cải thiện ít hơn nghiên cứu của chúng tôi ($4,5^\circ$), nguyên nhân là do phạm vi vận động chủ động ban đầu trong nghiên cứu của Sajana Rao quá cao ($118,4^\circ$) và kết quả được đánh giá ngay sau khi thực hiện thủ thuật.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp bóp và day huyết kết hợp phục hồi chức năng có thể giúp cải thiện thang điểm Fugl-Meyer, thang điểm MAS, phạm vi vận động thụ động và chủ động ở vị trí khuỷu tay sau 4 tuần điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thúy, Phạm Duy Nhạc, Hoàng Bảo Châu.** Bài giảng Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học (2005):49
2. **Võ Trọng Tuân, Nguyễn Thị Anh Đào.** Xoa bóp bấm huyết. Nhà xuất bản Y học (2021):24-25.
3. **Rao S, Huang M, Chung SG, Zhang LQ.** Effect of Stretching of Spastic Elbow Under Intelligent Control in Chronic Stroke Survivors-A Pilot Study. *Front Neurol.* 2021;12:742260.
4. **Thanakiatpinyo T, Suwannatrai S, Suwannatrai U, et al.** The efficacy of traditional Thai massage in decreasing spasticity in elderly stroke patients. *Clin Interv Aging.* 2014;9:1311-1319.
5. **Wang BH, Lin CL, Li TM, et al.** Selection of acupoints for managing upper-extremity spasticity in chronic stroke patients. *Clin Interv Aging.* 2014;9:147-156.
6. **Wissel J, Schelosky LD, Scott J, et al.** Early development of spasticity following stroke: a prospective, observational trial. *J Neurol.* 2010;257(7):1067-1072.
7. **Yelnik AP, Simon O, Parratte B, Gracies JM.** How to clinically assess and treat muscle overactivity in spastic paresis. *J Rehabil Med.* 2010;42(9):801-807.
8. **李泽文, 张沛潇, 李丽.** 悬吊推拿运动对脑卒中恢复期上肢痉挛的效果. *中国康复理论与实践.* 2022;28(11):1252-1258.

TỔNG QUAN TÌNH HÌNH SỬ DỤNG CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ DÙNG THUỐC VÀ KHÔNG DÙNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH – CƠ SỞ 3 NĂM 2023

Kiều Xuân Thy^{1,2}, Dương Thị Phương Trang²,
Phan Quỳnh Trang², Phan Lê Đình Trung¹, Hồ Hồng Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các phương pháp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 (BV ĐHYD TP.HCM – CS3) năm 2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên hồ sơ điện tử và hồ sơ bệnh án giấy của người bệnh (NB) điều trị nội trú và ngoại trú tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 năm 2023. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2024 – 06/2024 tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3. Phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 16.0, Microsoft Excel 2016. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ (%). Các biến định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định lượng không có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị). Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: các nhóm thuốc Tây y và Y học cổ truyền (YHCT) thường dùng, tỷ lệ các phương pháp điều trị không dùng thuốc, tỷ lệ các nhóm phương pháp châm cứu, tỷ lệ các phương pháp

châm cứu phân theo đặc điểm dịch tễ học. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy trong năm 2023, số hồ sơ ngoại trú đạt tiêu chuẩn nghiên cứu là 21659 và hồ sơ nội trú đạt yêu cầu là 811. Tỷ lệ NB sử dụng kết hợp thuốc Đông và Tây y chiếm tỷ lệ cao ($>70\%$). Trong các phương pháp điều trị không dùng thuốc, châm cứu được áp dụng với tỷ lệ là 65,36%, trong đó cây chỉ chiếm tỷ lệ cao nhất (39,75%). **Kết luận:** Tỷ lệ các phương pháp điều trị không dùng thuốc và các nhóm thuốc Đông – Tây y thường dùng tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đó tại các bệnh viện YHCT. Các thông tin từ nghiên cứu là căn cứ giúp BV ĐHYD TP.HCM – CS3 phát triển theo hướng Bệnh viện đa khoa YHCT đồng thời xây dựng phác đồ điều trị kết hợp Đông – Tây y cho NB đến điều trị tại bệnh viện.

Từ khóa: Y học cổ truyền, điều trị dùng thuốc, điều trị không dùng thuốc, châm cứu, cây chỉ

SUMMARY

OVERVIEW OF THE USE OF DRUG AND NON-DRUG THERAPIES AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY – BRANCH NO.3 IN 2023

Objectives: Determine the proportion of drug and non-drug therapies at University Medical Center Ho Chi Minh – Branch No.3 (University Medical Center HCMC – Branch No.3) in 2023. **Methods:** Across-sectional study

¹Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3

²Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Xuân Thy

Email: kxthy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 1.8.2024

based on electronic medical records and paper medical records of patients treated inpatient and outpatient at University Medical Center HCMC – Branch No.3 in 2023. Implementation time from January to June 2024, at University Medical Center HCMC – Branch No.3. Data analysis using STATA 16.0, Microsoft Excel 2016 software. Quantitative variables with standard distribution are described by mean and standard deviation. Quantitative variables without a standard distribution are described by the median value (Interquartile range). Research targets include: groups of commonly used Western medicine and Traditional medicine, the proportion of non-drug therapies methods, the proportion of groups of acupuncture methods, the proportion of acupuncture methods are classified according to epidemiological characteristics.

Results: In 2023, outpatient records that meet research standards are 21,659 and satisfactory inpatient record is 811. The proportion of patients using a combination of Western and Traditional medicine is high (>70%). Among non-drug therapies, acupuncture accounts for 65.36%, of which Catgut Embedding Therapy accounts for the highest proportion (39.75%).

Conclusion: The proportion of non-drug therapy methods and commonly used Western and Traditional medicine groups at University Medical Center HCMC – Branch No.3 is similar to previous studies at Traditional Medicine hospitals. The information from the study is the basis for helping University Medical Center HCMC – Branch No.3 develops in the direction of Traditional General Hospital and develops a treatment regimen combining Traditional Medicine and Western Medicine for patients coming for treatment at University Medical Center HCMC – Branch No.3.

Keywords: Traditional Medicine, Drug therapy, Non-drug therapy, Acupuncture, Catgut Embedding Therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học cổ truyền là một nền y học có lịch sử lâu đời. Điều trị bằng YHCT có đa dạng các phương pháp khác nhau, phân thành hai nhóm chính: điều trị dùng thuốc và điều trị không dùng thuốc. Các phương pháp dùng thuốc gồm: ngâm thuốc, đặt thuốc, xông hơi thuốc, khí dung, bó thuốc, chườm thuốc, thuốc dùng ngoài da, thuốc dùng đường uống, thuốc dùng đường tiêm và truyền tĩnh mạch. Các phương pháp không dùng thuốc gồm: xoa bóp, bấm huyệt, dưỡng sinh, khí công, các phương pháp châm, cứu, giác hơi, cấy chỉ, chích lễ [1]. Trong các phương pháp nêu trên, châm cứu là một trong số những cách thức điều trị bằng YHCT được áp dụng phổ biến. Châm cứu với nhiều hình thức và loại hình châm khác nhau như: hào châm, điện châm, nhĩ châm, đầu châm, mai hoa châm, cấy chỉ, laser châm... [2]

Hiện nay, nhiều bệnh viện đã và đang thực hiện kế hoạch khảo sát tình hình áp dụng các phương pháp điều trị tại bệnh viện của mình. Tuy nhiên mỗi bệnh viện với mỗi mô hình khác nhau (BV Phụ sản, BV Đa khoa, BV Nhi Đồng...) mang tính đặc thù riêng dẫn đến việc tham khảo và áp dụng ở các bệnh viện khác nhau trở nên khó khăn, trong đó có bệnh viện YHCT [3],[4]. Các bệnh viện YHCT đang áp dụng đa dạng các phương pháp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc. Tuy nhiên, số lượng các nghiên cứu khảo sát về việc áp dụng các phương pháp điều trị tại các bệnh viện YHCT còn hạn chế. Nhận thấy số lượng các nghiên cứu khảo sát về việc ứng dụng các phương pháp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc tại các bệnh viện YHCT không nhiều, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát việc ứng dụng các phương pháp điều trị dùng

thuốc và không dùng thuốc tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định tỷ lệ các phương pháp điều trị dùng thuốc và không dùng thuốc của NB điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3
- Xác định tần số sử dụng các phương pháp châm cứu phân tích theo đặc điểm nhóm tuổi của NB điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án của NB nhập viện điều trị tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 trong năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn lựa

Hồ sơ NB nhập viện điều trị nội trú và ngoại trú tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 có ngày nhập viện và xuất viện từ ngày 01/01/2023 đến 31/12/2023, có lưu trữ đầy đủ các thông tin cần khảo sát.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những hồ sơ của NB được chẩn đoán bệnh nhưng không hoàn chỉnh, không đầy đủ các thông tin cần khảo sát. NB trốn viện.

Định nghĩa biến số phương pháp điều trị

- Phương pháp điều trị dùng thuốc: là biến định danh, gồm nhóm thuốc Y học hiện đại (YHHĐ) và nhóm thuốc YHCT.
- Phương pháp điều trị không dùng thuốc: là biến định danh, gồm 4 nhóm: châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, tập dưỡng sinh, vật lý trị liệu. Trong đó, các phương pháp châm cứu gồm có: mai hoa châm, hào châm, nhĩ châm, ôn châm, cấy chỉ, thủy châm, chích lễ, laser châm, điện châm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: 01/2024 – 06/2024

Các bước thực hiện

Tra cứu hồ sơ bệnh án của NB điều trị nội trú và ngoại trú tại BV ĐHYD TP.HCM – CS3 điều trị từ 01/01/2023 đến 31/12/2023. Kiểm tra tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Thu thập số liệu theo biểu mẫu thu thập số liệu. Nhập số liệu vào Excel 2016 và phân tích bằng Excel 2016, STATA 16.0. Phân tích số liệu dựa trên chỉ tiêu nghiên cứu

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Để có dữ liệu nghiên cứu về tình hình sử dụng các phương pháp điều trị, chúng tôi đã tiến hành tra cứu hồi cứu toàn bộ hồ sơ bệnh án của NB nội trú và ngoại trú trong năm 2023.

Xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2016. Xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 16.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ (%). Các biến định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định lượng không có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị).

2.3. Y đức

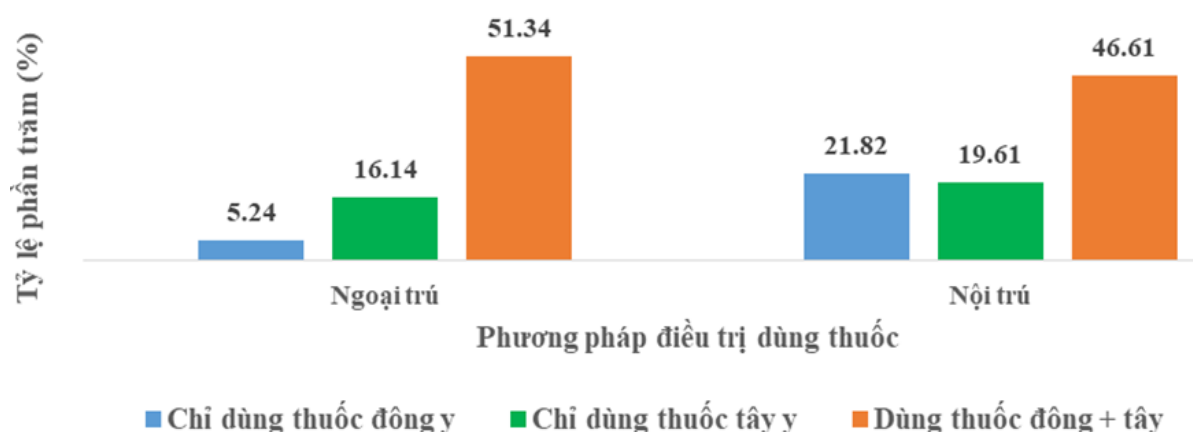
Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 23/HĐĐĐ-TP.HCM ngày 02/01/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các phương pháp điều trị dùng thuốc

Có hơn 70% NB điều trị ngoại trú sử dụng thuốc trong quá trình điều trị, trong đó có 51,34% NB điều trị kết hợp thuốc đông y và tây y. NB chỉ điều trị thuốc tây y chiếm 16,14%, chỉ dùng thuốc đông y chiếm

5,24%. Trong khu vực điều trị nội trú, có hơn 85% NB sử dụng thuốc, trong đó, có 46,61% NB dùng kết hợp thuốc đông và tây y, NB chỉ sử dụng thuốc đông và tây y lần lượt chiếm tỷ lệ 21,82% và 19,61%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các phương pháp điều trị dùng thuốc

Bảng 1. Tần số và tỷ lệ các nhóm thuốc YHHĐ thường dùng

Nhóm thuốc	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không Steroid; thuốc điều trị Gout và các bệnh xương khớp	14977	24,33
Thuốc đường tiêu hoá	13925	22,62
Thuốc tim mạch	12339	20,04
Hoocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	4815	7,82
Thuốc gây tê, gây mê, thuốc giãn cơ, giải giãn cơ	3476	5,65
Khoáng chất và vitamin	2077	3,37
Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	1716	2,79
Thuốc điều trị đau nửa đầu	1596	2,59
Dung dịch điều chỉnh nước, điện giải, cân bằng acid – base và các dung dịch tiêm truyền khác	1425	2,31
Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	1134	1,84
Thuốc chống rối loạn tâm thần và thuốc tác động lên hệ thần kinh	1043	1,69
Thuốc chống dị ứng và thuốc dùng trong các trường hợp chống quá mẫn	873	1,42
Thuốc chống co giật, chống động kinh	693	1,13
Thuốc tẩy trùng và sát khuẩn	323	0,52
Thuốc lợi tiểu	272	0,44
Thuốc điều trị bệnh đường tiết niệu	117	0,21

Trong các nhóm thuốc YHHĐ, ba nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm không Steroid, thuốc điều trị Gout và các bệnh xương khớp (24,33%); nhóm thuốc tiêu hoá (22,62%) và nhóm thuốc tim mạch (20,04%).

Bảng 2. Tần số và tỷ lệ các nhóm thuốc thành phẩm YHCT thường dùng

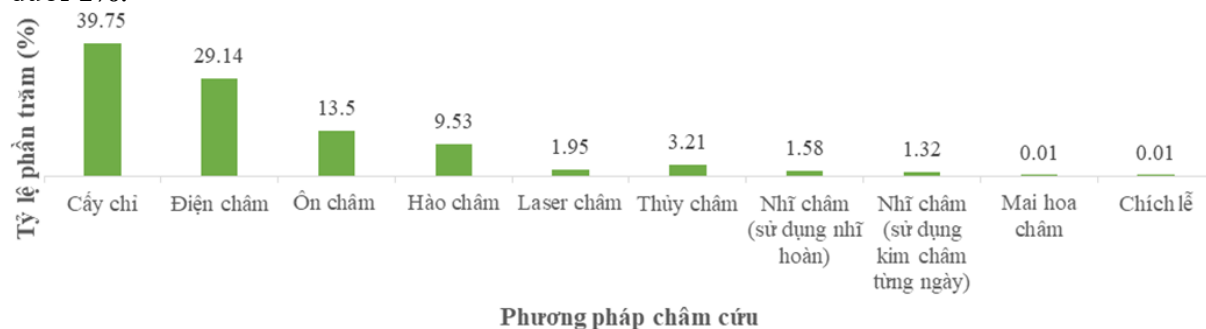
Nhóm thuốc	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm thuốc chữa các bệnh về dương, về khí	10093	25,07
Nhóm thuốc chữa các bệnh về âm, về huyết	7364	18,29
Nhóm thuốc khu phong trừ thấp	7109	17,66
Nhóm thuốc nhuận tràng, tả hạ, tiêu thực, bình vị, kiện tỳ	4312	10,71
Nhóm thuốc an thần, định chí, dưỡng tâm	3893	9,67
Nhóm thuốc thanh nhiệt, giải độc, tiêu ban, lợi thủy	2847	7,07
Nhóm thuốc chữa các bệnh về phế	2305	5,72
Nhóm thuốc dùng ngoài	1387	3,44
Nhóm thuốc chữa các bệnh về ngũ quan	468	1,16
Nhóm thuốc giải biểu	325	0,81
Thuốc khác	137	0,34
Nhóm thuốc điều kinh, an thai	24	0,06

Trong các nhóm thuốc thành phẩm YHCT, ba nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thuốc chữa các bệnh về dương, về khí (25,08%), nhóm thuốc chữa các bệnh về âm, về huyết (18,3%) và nhóm thuốc khu phong trừ thấp (17,67%).

3.2. Các phương pháp điều trị không dùng thuốc

**Biểu đồ 2. Tỷ lệ các phương pháp điều trị không dùng thuốc**

Có 65,36% NB điều trị được châm cứu, 17,46% NB được chỉ định VLTL và 17,13% NB được chỉ định xoa bóp bấm huyệt. Phương pháp tập dưỡng sinh và giác hơi có tỷ lệ áp dụng dưới 1%.

**Biểu đồ 3. Tỷ lệ của từng phương pháp châm cứu**

Trong các phương pháp châm cứu, cây chỉ được sử dụng với tỷ lệ cao nhất (39,75%), kế đến là điện châm (29,14%) và ôn châm (13,50%). Các phương pháp châm cứu khác được sử dụng với tỷ lệ dưới 10%.

Bảng 3. Tần số sử dụng các phương pháp châm cứu phân theo khu vực điều trị

PP châm cứu	Tần số	
	Nội trú	Ngoại trú
Cấy chỉ	287	5591
Điện châm	1180	3161
Ôn châm	118	1866
Hào châm	244	1163
Laser châm	4	286
Thủy châm	95	383
Nhĩ châm	80	430
Mai hoa châm	0	2
Chích lễ	0	3

Trong khu vực điều trị nội trú, các phương pháp châm cứu điều trị hằng ngày được sử dụng với tần số cao hơn so với cấy chỉ. Trong đó, điện châm được sử dụng với tần số cao nhất. Trong khu vực điều trị ngoại trú, cấy chỉ được sử dụng với tần số cao hơn so với các phương pháp châm cứu điều trị hằng ngày.

Bảng 4. Tần số sử dụng các phương pháp châm cứu phân theo nhóm ≤ 15 tuổi

PP châm cứu	Nhóm tuổi			
	0-3	4-7	8-11	12-15
Cấy chỉ	4	16	30	51
Điện châm	0	1	1	27
Ôn châm	2	26	8	14
Hào châm	2	20	18	5
Laser châm	0	0	0	0
Thủy châm	0	0	0	2
Nhĩ châm	22	10	15	7
Mai hoa châm	0	0	0	0
Chích lễ	0	0	0	0

Trong nhóm tuổi ≤ 15 , cấy chỉ là phương pháp sử dụng phổ biến nhất, kế đến là ôn châm và hào châm, nhĩ châm. Độ tuổi sử dụng nhĩ châm trong nhóm này chủ yếu nằm ở độ tuổi từ 0 đến 3 tuổi.

Bảng 5. Tần số sử dụng các phương pháp châm cứu phân theo nhóm từ 16 – 59 tuổi

PP châm cứu	Nhóm tuổi			
	16-30	31- 45	46-50	51-59
Cấy chỉ	497	1846	658	1282
Điện châm	312	967	351	939
Ôn châm	260	574	176	442
Hào châm	270	319	145	324
Laser châm	16	89	36	90
Thủy châm	41	105	36	122

Nhĩ châm	86	129	23	101
Mai hoa châm	0	1	1	0
Chích lễ	2	1	0	0

Trong nhóm tuổi từ 16-59, cấy chỉ là phương pháp sử dụng với tần số cao nhất. Có 2 trường hợp sử dụng mai hoa châm và 3 trường hợp sử dụng phương pháp chích lễ.

Bảng 6. Tần số sử dụng các phương pháp châm cứu phân theo nhóm ≥ 60 tuổi

PP châm cứu	Nhóm tuổi
	Từ 60 tuổi trở lên
Cấy chỉ	1506
Điện châm	1741
Ôn châm	483
Hào châm	307
Laser châm	59
Thủy châm	172
Nhĩ châm	38
Mai hoa châm	0
Chích lễ	0

Trong nhóm tuổi ≥ 60 , cấy chỉ và điện châm là phương pháp sử dụng với tần số cao nhất. Mai hoa châm và chích lễ không được áp dụng trong nhóm này.

IV. BÀN LUẬN

Các phương pháp điều trị dùng thuốc

Tại khu vực điều trị ngoại trú, có 51,34% NB điều trị kết hợp thuốc đông và tây y, NB chỉ dùng thuốc đông và tây y lần lượt chiếm 5,24% và 16,14%. Tỷ lệ NB ngoại trú chỉ sử dụng thuốc tây khá cao có thể lí giải do có một nhóm NB đến BV ĐHYD TP.HCM – CS3 để điều trị các bệnh lý về da bằng Laser: nốt ruồi, tàn nhang... Ngoài ra, một số NB từ chối không dùng thuốc đông y và một nhóm NB khác chỉ mắc các bệnh lý chuyển hóa mà không mắc các bệnh lý khác. Do đó, nhóm NB này sẽ chỉ dùng thuốc tây y để kiểm soát các bệnh nội khoa. Tại khu vực điều trị nội trú có 46,61% NB được điều trị kết hợp dùng thuốc đông và tây y, NB chỉ sử dụng thuốc

đông và tây y lần lượt chiếm tỷ lệ 21,82% và 19,61%. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Nguyễn Diễm My (2022) ghi nhận tại BV YHCT Tiền Giang có 90,86% NB điều trị nội trú được điều trị kết hợp thuốc (đông và tây y) và các phương pháp không dùng thuốc, 1,30% NB chỉ sử dụng thuốc đông y [5].

Ba nhóm thuốc YHHĐ chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm không Steroid, thuốc điều trị Gout và các bệnh xương khớp (24,33%), nhóm thuốc tiêu hoá (22,62%) và nhóm thuốc tim mạch (20,04%). Kết quả này có sự phù hợp với các nhóm bệnh thường gặp tại các BV YHCT là bệnh cơ xương khớp, bệnh hệ tuần hoàn, bệnh hệ tiêu hóa [6]. Trong các nhóm thuốc thành phẩm YHCT, ba nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm thuốc chữa các bệnh về dương, về khí (25,08%); nhóm thuốc chữa các bệnh về âm, về huyết (18,30%) và nhóm thuốc khu phong trừ thấp (17,67%). Kết quả này

phù hợp với phân bố bệnh tật cũng như các chứng YHCT có tỷ lệ cao tại BV YHCT là chứng tý, yêu thống... [6]

Các phương pháp điều trị không dùng thuốc

Có 65,36% NB được châm cứu, 17,46% NB được chỉ định VLTL và 17,13% NB được chỉ định xoa bóp bấm huyệt. Phương pháp tập dưỡng sinh và giác hơi có tỷ lệ áp dụng dưới 1%. Tỷ lệ này có sự tương đồng với nghiên cứu của Nhan Hồng Tâm (2016) đã ghi nhận tại BV YHCT TP.HCM có 85,08% NB điều trị nội trú được áp dụng phương pháp châm cứu và 77,58% NB được chỉ định VLTL [7].

Trong các phương pháp châm cứu, cấy chỉ được sử dụng với tỷ lệ cao nhất (39,75%), kế đến là điện châm (29,14%) và ôn châm (13,50%). Các phương pháp châm cứu khác được sử dụng với tỷ lệ dưới 10%. Trong khu vực điều trị nội trú, điện châm được sử dụng với tần số cao nhất. Trong khi đó, ở khu vực điều trị ngoại trú, cấy chỉ được sử dụng với tần số cao hơn so với các phương pháp châm cứu điều trị hằng ngày. Điều này là do khi điều trị ngoại trú, NB không cần đến BV thường xuyên do đó cấy chỉ với ưu điểm là có hiệu quả điều trị kéo dài sẽ được các bác sĩ ưu tiên chỉ định cho NB điều trị ngoại trú và NB nội trú sắp xuất viện cũng như NB đến khám từ các tỉnh khác.

Trong nhóm tuổi ≤ 15 , cấy chỉ được sử dụng phổ biến nhất. Đây là nhóm nằm trong độ tuổi đến trường do vậy điều trị ngoại trú sẽ được ưu tiên. Cấy chỉ là phương pháp ưu tiên do tiết kiệm về thời gian mà vẫn duy trì được hiệu quả điều trị. Riêng NB có độ tuổi

từ 0 – 3 tuổi, nhĩ châm là phương pháp chính được sử dụng. Đặc trưng của nhóm tuổi này là NB nhỏ tuổi, do đó nhĩ châm được ưu tiên vì có độ an toàn cao, mức độ xâm lấn tối thiểu, ít gây ra tác dụng phụ.

Nhóm tuổi 16 – 59, cấy chỉ là phương pháp sử dụng với tần số cao nhất, kế đến là điện châm và ôn châm. Trong nhóm này có 2 trường hợp sử dụng mai hoa châm và có 3 trường hợp sử dụng phương pháp chích lễ để điều trị. Đây là nhóm tuổi đang trong độ tuổi lao động, vì vậy các bệnh lý về cơ xương khớp sẽ có tỷ lệ cao hơn các bệnh lý khác. Do đó cấy chỉ và điện châm được sử dụng với tần số cao là hợp lý. Mai hoa châm dùng cho NB có chẩn đoán là rụng tóc từng mảng. Đối với chích lễ, phương pháp này được dùng cho NB với chẩn đoán là viêm bờ mi; lệ và chắp và đau vùng cổ gáy. Qua đây cho thấy các phương pháp châm cứu hầu như đều được áp dụng phù hợp với chẩn đoán.

Trong nhóm tuổi ≥ 60 , cấy chỉ là phương pháp sử dụng với tần số cao nhất, mai hoa châm và chích lễ không được áp dụng trong nhóm này. Giải thích cho kết quả này là do NB lớn tuổi ngoài mắc các bệnh cơ xương khớp còn có khả năng mắc các bệnh lý về thần kinh làm ảnh hưởng đến chức năng vận động. Vì vậy các phương pháp nhằm mục tiêu điều trị giảm đau và phục hồi vận động như điện châm, cấy chỉ, hào châm và ôn châm sẽ được sử dụng với tần số cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ NB được sử dụng phương pháp điều trị dùng thuốc ở khu vực ngoại trú chiếm 72,72%, nội trú chiếm 88,04%. Châm cứu là phương pháp điều trị không dùng

thuốc được sử dụng với tỷ lệ cao (65,36%). Cấy chỉ và điện châm là phương pháp châm cứu có tần số sử dụng cao nhất trong các nhóm tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế.** Thông tư 50/2010/TT-BYT. Hướng dẫn việc kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại trong quá trình khám, chữa bệnh. 2010:1.
2. **Châm cứu học 2:** Trịnh Thị Diệu Thường. NXB Y học. 2019. 8
3. **Phạm Thị Phương.** Mô hình bệnh tật chuyển tuyến của bệnh nhân sơ sinh tại bệnh viện Nhi Thanh Hoá giai đoạn 2017 - 2022. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2023;529(1B).
4. **Trần Minh Thái, Tăng Chí Thượng, Đỗ Mai Hoa, Nguyễn Quỳnh Trúc.** Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại phòng khám đa khoa vệ
5. **Phạm Nguyễn Diễm My.** Mô hình bệnh tật của bệnh viện Y học cổ truyền Tiền Giang. Luận văn Thạc sĩ Y học cổ truyền. Đại học Y Dược TP.HCM. 2022
6. **Phạm Thị Thu Thủy, Tống Thị Tam Giang, Nguyễn Lữ Thúy Vi.** Đặc điểm bệnh tật của người bệnh điều trị tại khoa y học cổ truyền, bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2018-2022. Tạp chí Y Dược Cổ Truyền Việt Nam. 2022;46(5)
7. **Nhan Hồng Tâm.** Mô hình bệnh tật của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Y học cổ truyền Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2015. Luận văn Thạc sĩ Y học cổ truyền. Đại học Y Dược TP.HCM. 2016.

CÁC LOẠI THẢO DƯỢC HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ MÀY ĐAY DỰA TRÊN TÀI LIỆU Y HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM: MỘT NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN

Võ Thùy Bảo Ngọc¹, Nguyễn Công Nguyên¹,
Vũ Thị Kim Ngân¹, Trần Thu Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các thảo dược, bài thuốc hỗ trợ điều trị mày đay trong các tài liệu Y học cổ truyền được xuất bản tại Việt Nam và thống kê các đặc điểm Y học cổ truyền, phân bố thực vật của các thảo dược trong tất cả bài thuốc điều trị mày đay. **Phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan dựa trên các tài liệu Y học cổ truyền. Phương pháp thống kê mô tả, tính tần số xuất hiện của các bài thuốc, thảo dược và các đặc điểm liên quan của vị thuốc bằng phần mềm phân tích thống kê Microsoft Excel. **Kết quả:** Trong số 18 tài liệu YHCT đã ghi nhận 70 bài thuốc có tác dụng hỗ trợ điều trị mày đay, với 3 bài thuốc được sử dụng thường xuyên và chủ yếu dùng bằng đường uống và dạng thuốc thang; tổng cộng 122 vị thảo dược và đa số các thảo dược có tính Hàn, vị Khô và Cam, quy kinh Phế với bộ phận thường dùng nhiều nhất là rễ và thân rễ; phân bố 35 phân bộ thực vật, chiếm phần lớn là Bộ Hoa môi (Lamiales). **Kết luận:** Nghiên cứu giúp sắp xếp và phân tích có hệ thống các thảo dược hỗ trợ điều trị mày đay dựa trên tài liệu YHCT, bước đầu cung cấp cơ sở dữ liệu khoa học về các bài thuốc, vị thuốc hỗ trợ điều trị mày đay và góp phần tra cứu, học tập, áp dụng trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: mày đay, mề đay, ỉn chắn, phong chẩn khối, thảo dược, tài liệu y học cổ truyền

SUMMARY

HERBS SUPPORTING THE TREATMENT OF URTICARIA BASED ON TRADITIONAL MEDICINE DOCUMENTS IN VIETNAM: A REVIEW STUDY

Objectives: Identify herbs and remedies that support the treatment of urticaria in Traditional Medicine documents published in Vietnam, and compile statistics on Traditional Medicine characteristics and plant subdivisions of herbal medicine in all medicines to treat urticaria. **Methods:** A review study based on traditional medicine documents. Using Microsoft Excel statistical analysis software, a descriptive statistical method is used to determine the frequency of occurrence of remedies, herbs, and related medicinal characteristics. **Results:** In 18 traditional medicine documents, 70 traditional medicine remedies have been recorded to support the treatment of urticaria, with 3 remedies used regularly and primarily taken orally. There are 122 plants, most of which have cool particularity, bitter and sweet taste, belong to the Lung meridian entry, and are often utilized as roots and rhizomes. There are 35 plant suborders, with Lamiales being the most prominent. **Conclusion:** The study contributes to the systematic evaluation and analysis of herbs that support the treatment of urticaria based on traditional medicine documents, initially providing a scientific database for current urticaria treatment recommendations and contributing to research, learning and application in clinical practice.

Keywords: urticaria, herbal medicine, traditional medicine document

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thu Nga

Email: ttnga@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 10.8.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay (MĐ) là bệnh da liễu rất thường gặp trong cộng đồng với có tỷ lệ mắc cao. Vào năm 2017, có 86 triệu người mắc bệnh mày đay trên toàn thế giới [5]. Ở châu Âu, tỷ lệ lưu hành MĐ cấp tính trong suốt cuộc đời chiếm 12-24% [3]. Mặc dù, bệnh không nguy hiểm tính mạng, nhưng các triệu chứng và tình trạng tái phát thường xuyên đã gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của người bệnh, trở thành gánh nặng bệnh tật rất lớn cho cộng đồng và đòi hỏi chi phí điều trị cao làm ảnh hưởng kinh tế xã hội. Trong đó, nhóm tuổi từ 31-40 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất tại Việt Nam (VN) [2]. Hiện nay, việc điều trị MĐ chủ yếu là xác định, loại trừ nguyên nhân gây bệnh, tránh yếu tố khởi phát. Bên cạnh đó, có thể cải thiện triệu chứng bằng các thuốc như kháng histamine H1 và corticoid. Tuy nhiên, những thuốc này thường gây ra nhiều tác dụng phụ, bao gồm: buồn ngủ, đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn, rối loạn tiêu hóa, loãng xương, viêm loét dạ dày – tá tràng [7]... Vì vậy, việc cải thiện triệu chứng của bệnh bằng các phương pháp khác đáng được quan tâm. Trong Y học cổ truyền (YHCT), việc điều trị các bệnh ngoài da, đặc biệt trong bệnh lý mày đay đã được ghi nhận từ lâu, với chứng Ẩn chẩn hoặc Phong chẩn khối. Bên cạnh đó, các nghiên cứu đã chứng minh rằng thuốc YHCT điều trị mày đay có tác dụng chống viêm, chống dị ứng, giảm ngứa, điều tiết miễn dịch, đặc biệt không gây các tác dụng phụ như các thuốc kháng histamine và corticoid. Hơn nữa, rất nhiều công trình nghiên cứu khoa học đã chứng minh hiệu quả và độ an toàn của các bài thuốc YHCT trong điều trị mày đay.

Trên thực tế, các loại thảo dược hỗ trợ điều trị mày đay rất phong phú và đa dạng. Tuy nhiên, tại Việt Nam các tài liệu ghi chép còn rời rạc, các công trình nghiên cứu về phân tích hệ thống cơ sở dữ liệu thảo dược

hỗ trợ điều trị mày đay còn hạn chế gây khó khăn khi cần tìm hiểu nguồn thông tin tổng quan nhóm thảo dược này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tổng quan này để sắp xếp và phân tích có hệ thống các loại thảo dược hỗ trợ điều trị mày đay dựa trên tài liệu là sách tham khảo, giáo trình về Y học cổ truyền, Hướng dẫn điều trị bệnh mày đay của Bộ Y Tế tại Việt Nam, từ đó giúp tra cứu dễ dàng, trích xuất và triển khai áp dụng các thảo dược này trên lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tổng quan được thực hiện từ tháng 12/2023 – 05/2024. Quy trình nghiên cứu gồm 6 bước như sau:

Bước 1: Xác định tìm kiếm cơ sở dữ liệu: Tiêu chuẩn chọn tài liệu là sách giáo khoa, giáo trình giảng dạy hoặc sách tham khảo về lĩnh vực Y học cổ truyền của các trường Đại học Y khoa và các tác giả là Lương y, Bác sĩ, chuyên gia trong nước có chứng chỉ hành nghề và ít nhất 20 năm kinh nghiệm trong ngành Y học cổ truyền; các tài liệu phải được xuất bản bởi các Nhà xuất bản có uy tín; Hướng dẫn điều trị bệnh Mày đay của Bộ Y tế Việt Nam được ban hành. Tiêu chuẩn loại trừ là tài liệu dân gian chưa được kiểm chứng.

Bước 2: Xác định và lựa chọn thuật ngữ tìm kiếm. Thuật ngữ “Mày đay”, “Mề đay”, “Ẩn chẩn”, “Phong chẩn khối” được sử dụng để tìm kiếm tài liệu.

Bước 3: Tìm kiếm, sàng lọc, phân loại và trích xuất dữ liệu với Microsoft Excel. Tất cả các dữ liệu được xác định bởi các thuật ngữ trên được sao chép vào bảng tính Microsoft Excel, cùng với thông tin của nguồn dữ liệu (sách, y văn) và phương pháp can thiệp (đường dùng, dạng bào chế). Các bài thuốc cùng tên, giống thành phần chính và khác tên, giống thành phần được nhóm lại với nhau. Trong khi các bài thuốc có tên khác nhau hoặc thành phần chính khác nhau sẽ

được tách ra. Các bài thuốc không có tên nếu xét thành phần chính không giống các bài đã liệt kê thì được tách ra và mã hóa riêng bằng mã BT (BT1, BT2, BT3,...BT33). Trích xuất dữ liệu: Lập bảng thống kê các thảo dược thu được bằng Microsoft Excel.

Bước 4: Tra cứu tìm kiếm trong các tài liệu, nghiên cứu khoa học, trích xuất, lập bảng thống kê bằng Microsoft Excel cho các thảo dược và loại trừ các vị thuốc không phải là thực vật.

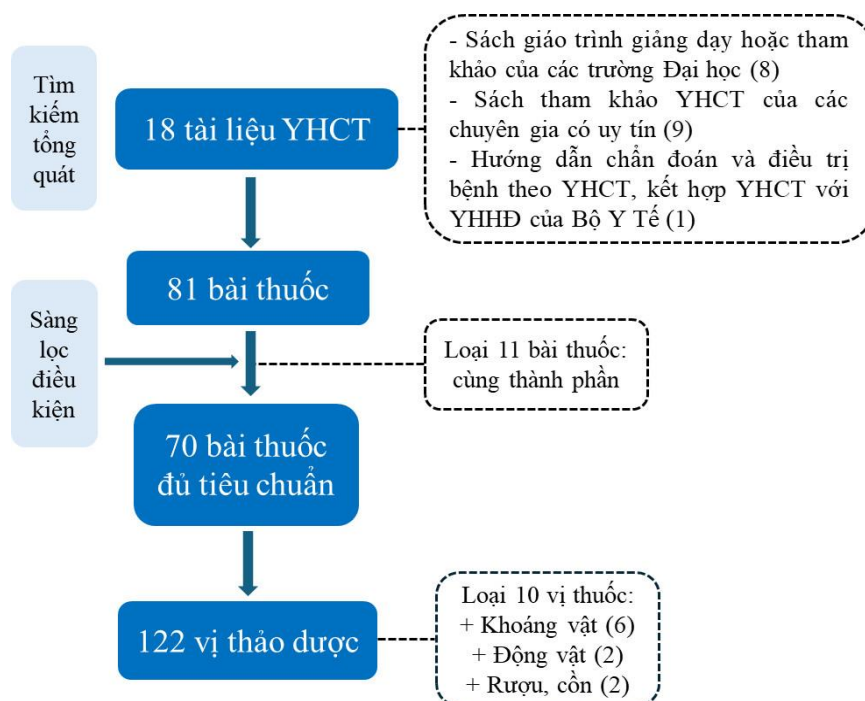
Bước 5: Thống kê tất cả các thảo dược trong các bài thuốc đã chọn về tên khoa học, tên vị thuốc, tứ khí, ngũ vị, quy kinh, bộ phận dùng, đường dùng, dạng bào chế của chúng theo Dược điển V, Từ điển cây thuốc VN của Võ Văn Chi, Những cây thuốc và vị thuốc VN của Đỗ Tất Lợi. Nếu các vị thuốc có tên gọi khác nhau nhưng là cùng một vị thuốc sẽ được nhóm lại với nhau, thống nhất theo một tên gọi duy nhất.

Bước 6: Từ danh sách các vị thuốc đã thống kê ở bước 5, đối chiếu theo Dược điển

V, Từ điển cây thuốc VN của Võ Văn Chi, Những cây thuốc và vị thuốc VN của Đỗ Tất Lợi xếp loại phân bộ thực vật, thống kê các vị thuốc có khả năng có tác dụng điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 81 bài thuốc có tác dụng hỗ trợ điều trị bệnh mày đay được truy xuất từ 18 tài liệu YHCT được trình bày trong Phụ lục 1. Sau khi xem xét và chọn lọc các bài thuốc cùng tên cùng thành phần chính hoặc khác tên nhưng giống thành phần chính được nhóm lại với nhau. Đồng thời, trong nghiên cứu tìm thấy 33 bài thuốc không tên sẽ được mã hóa riêng bằng mã BT (BT1, BT2, BT3,...BT33), các bài thuốc mã BT có thành phần giống nhau hoặc giống những bài đã được liệt kê sẽ bị loại khỏi nghiên cứu. Sau khi phân tích toàn bộ, có 11 bài thuốc bị loại và 70 bài thuốc khác đáp ứng các tiêu chuẩn chọn vào được ghi nhận cho việc đánh giá tổng quan cuối cùng (Hình 1).



Hình 1. Sơ đồ tóm tắt quá trình chọn lọc bài thuốc, vị thuốc trong nghiên cứu

Trong số 70 bài thuốc có tác dụng hỗ trợ điều trị mày đay ghi nhận 8 bài thuốc có sự trùng lặp giữa các tài liệu, trong đó 3 bài thuốc dùng thường xuyên là Kinh phong phương (Kinh giới, Phòng phong, Bạch cương tàm, Kim ngân hoa, Thuyền thoái,

Ngưu bàng tử, Đơn bì, Đại phù bình, Sinh địa, Hoàng cầm, Cam thảo), Tang cúc ẩm (Tang diệp, Cúc hoa, Hạnh nhân, Liên kiều, Cát cánh, Lô căn, Bạc hà, Cam thảo), Bài thuốc BT16 (Lá Khế) (Bảng 1).

Bảng 10. Tần số xuất hiện các bài thuốc hỗ trợ điều trị mày đay trong tài liệu YHCT

STT	Tên bài thuốc	Tần số xuất hiện (n=18)
1	Kinh phong phương	3
2	Tang cúc ẩm	3
3	BT16 (Lá Khế)	3
4	Tứ vật thang	2
5	Ma hoàng thang	2
6	Đa bì ẩm phương	2
7	Độc vị phù bình	2
8	Phòng phong thông thánh tán	2

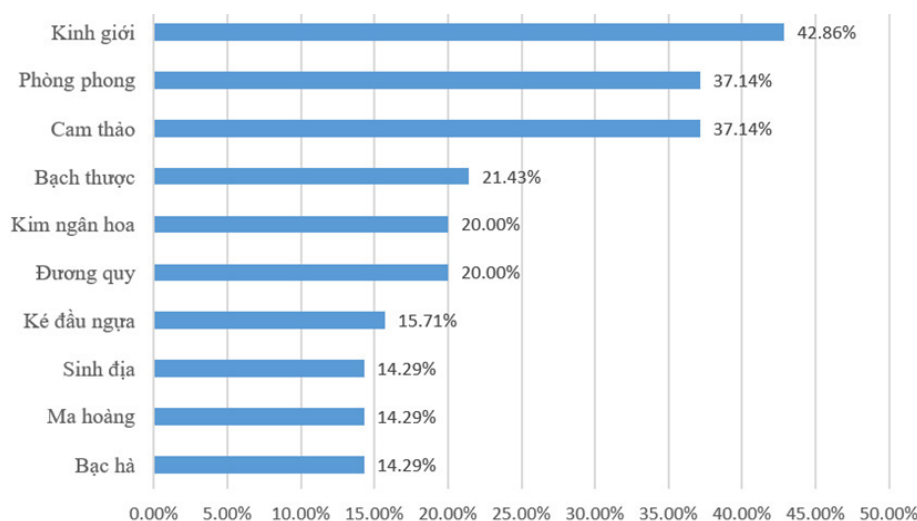
Trong 70 bài thuốc khảo sát, phần lớn được dùng bằng đường uống (88,57%), cao gấp 8 lần đường dùng ngoài (11,43%). Ghi nhận có 5 dạng bào chế được dùng, bao gồm: thang tễ, điều tễ, tán tễ, hoàn tễ và tửu tễ, trong đó chiếm đa số là dạng thuốc thang chiếm 81,43%, tiếp đến là điều tễ 10%, tán 4,29%, hoàn 2,86% và tửu tễ 1,43%, không có bài thuốc nào sử dụng dạng siro, cao, lộ, tuyền và đinh tễ.

Ghi nhận 122 vị thuốc ở trong 70 bài

thuốc có nguồn gốc từ thực vật được đưa vào nghiên cứu, với 10 vị thuốc xuất hiện với tần số phổ biến nhất (≥ 10 lần) (Bảng 2). Trong số đó, 3 vị thuốc gồm Kinh giới, Cam thảo, Phòng phong chiếm tần suất lặp lại cao nhất (Hình 2). Bên cạnh đó, nghiên cứu ghi nhận 35 phân bộ thực vật, với 3 bộ thực vật chiếm nhiều nhất lần lượt là Bộ Hoa môi (Lamiales), Bộ Hoa tán (Apiales), Bộ Cúc (Asterales).

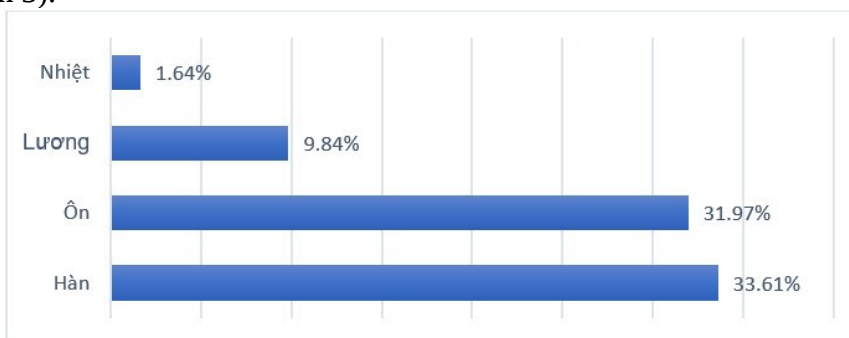
Bảng 2. Các thảo dược thường xuyên sử dụng trong điều trị Mày đay

STT	Tên vị thuốc	Tên khoa học của vị thuốc	Số lần xuất hiện (n=122)
1	Kinh giới	Herba Elsholtziae ciliatae	30
2	Cam thảo	Radix Glycyrrhizae	26
3	Phòng phong	Radix Saposhnikoviae divaricatae	26
4	Bạch thược	Radix Paeoniae lactiflorae	15
5	Đương quy	Radix Angelicae sinensis	14
6	Kim ngân hoa	Flos Lonicerae	14
7	Ké đầu ngựa	Fructus Xanthii strumarii	11
8	Bạc hà	Herba Menthae	10
9	Ma hoàng	Herba Ephedrae	10
10	Sinh địa	Radix Rehmanniae glutinosae	10



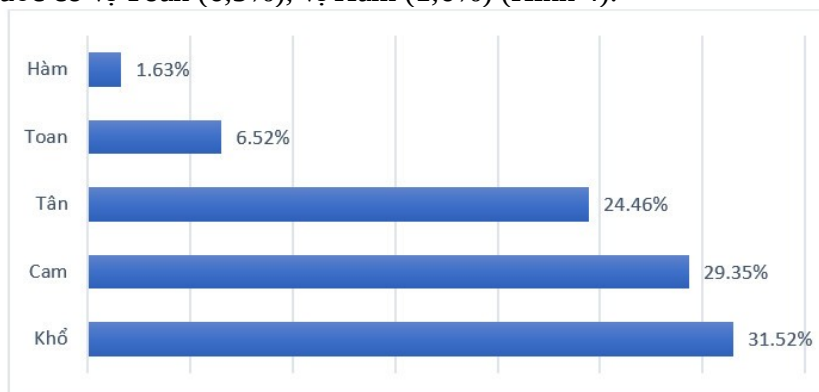
Hình 2. Biểu đồ tỷ lệ tần suất xuất hiện của 10 thảo dược thường sử dụng trong các bài thuốc hỗ trợ điều trị malaria

Đa số các thảo dược có tính Hàn và Ôn chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 33,61% và 31,97% (Hình 3).



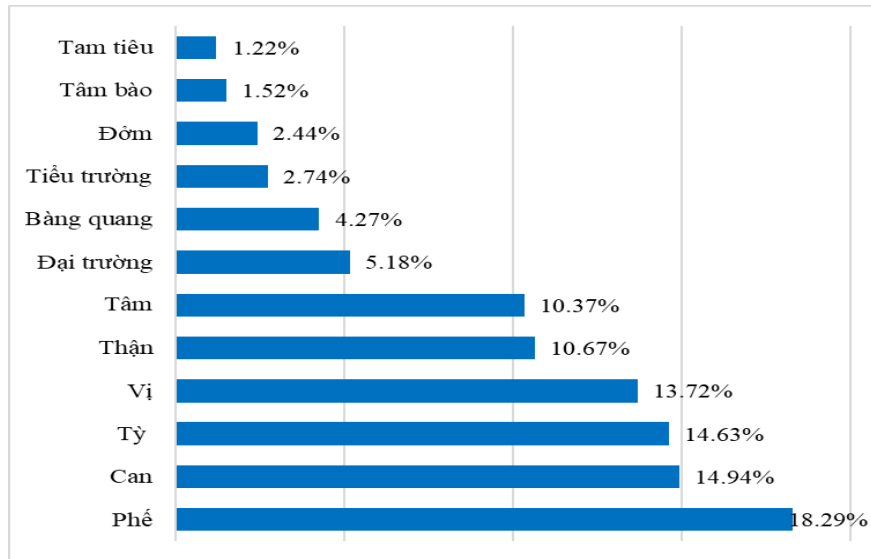
Hình 3. Biểu đồ tỷ lệ tần suất xuất hiện tứ khí của các thảo dược hỗ trợ điều trị malaria

Các vị thuốc tập trung chủ yếu là vị Khổ, vị Cam và vị Tân, lần lượt là 31,5%, 29,3% và 24,4%, ít vị thuốc có vị Toan (6,5%), vị Hàm (1,6%) (Hình 4).



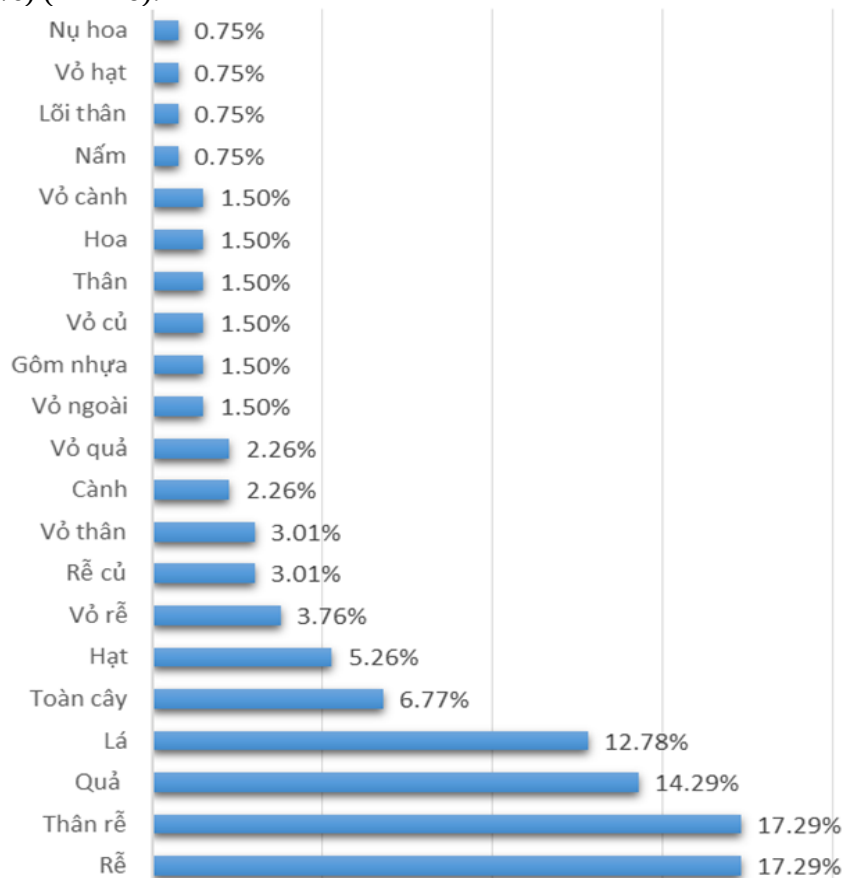
Hình 4. Biểu đồ tỷ lệ tần suất xuất hiện ngũ vị của các thảo dược hỗ trợ điều trị malaria

Thuốc quy vào kinh Phế là nhiều nhất (18,29%), tiếp đến là quy kinh Can (14,94%) và kinh Tỳ (14,63%) (Hình 5).



Hình 5. Biểu đồ tỷ lệ tần suất xuất hiện quy kinh của các thảo dược hỗ trợ điều trị mào đay

Ngoài ra, bộ phận thường được sử dụng nhất là rễ và thân rễ cùng chiếm tỷ lệ là 17,3%, tiếp theo là quả (14,3%) và lá (12,8%), bốn bộ phận dùng ít gặp nhất là nụ hoa, nấm, vỏ hạt, lõi thân (0,75%) (Hình 6).



Hình 1: Biểu đồ tỷ lệ bộ phận dùng của các thảo dược có tác dụng hỗ trợ điều trị Mào đay

IV. BÀN LUẬN

Trong 70 bài thuốc YHCT có tác dụng hỗ trợ điều trị mày đay được nghiên cứu, có 8 bài thuốc được sử dụng thường xuyên trong các tài liệu. Trong đó, có 3 bài thuốc thường gặp nhất là Tang cúc ẩm, Kinh phong phương, bài thuốc Lá Khế. Điều này hoàn toàn phù hợp với hai hội chứng bệnh YHCT thường gặp trong mày đay là phong hàn và phong nhiệt. Với bệnh cảnh phong nhiệt dùng bài Tang cúc ẩm, tác dụng là sơ phong thanh nhiệt, tuyên phế. Còn bài thuốc Kinh phong phương với tác dụng giải độc, phát tán phong hàn giúp điều trị bệnh cảnh phong hàn. Ngoài ra, bài thuốc dùng Lá Khế là thuốc dùng ngoài, giã lá Khế để đắp lên da giúp giảm các mẩn ngứa, lở loét, dị ứng cũng phù hợp với kinh nghiệm dân gian và tác dụng của Lá khế nêu trong Dược điển là thanh nhiệt, mát huyết, tiêu viêm. Đường uống chiếm tỷ lệ cao nhất (88,57%), đường dùng ngoài chiếm 11,43% cũng phù hợp với kinh điển trước nay và với kết quả dạng thuốc thang chiếm ưu thế trong nghiên cứu này là 81,43%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 122 thảo dược được thống kê có 10 vị thuốc chiếm tần suất sử dụng phổ biến nhất (≥ 10 lần) trong các bài thuốc YHCT Việt Nam, bao gồm Kinh giới, Cam thảo, Phòng phong, Bạch thược, Đương quy, Kim ngân hoa, Ké đầu ngựa, Bạc hà, Ma hoàng, Sinh địa. Trong đó, có 6 vị thuốc tương đồng với nghiên cứu của Luca Gammeri và cộng sự đã ghi nhận các loại thảo dược phổ biến nhất được sử dụng để điều trị bệnh mày đay mạn tính, đó là: Kinh giới, Phòng phong, Cam thảo, Đương quy, Bạch thược và Ké đầu ngựa [4]. Đây đều là những vị thuốc có tác dụng khu phong, phát tán phong hàn, bổ huyết. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của mày

đay theo YHCT do nguyên nhân thường là phong hàn tà, phong nhiệt tà thừa lúc vệ khí yếu, không cố được biểu mà xâm nhập làm tắc trở ở bì phu mà phát bệnh hoặc khí huyết hư nhược, khí hư không cố được biểu nên tà khí thừa cơ xâm nhập, huyết hư làm hư nhiệt sinh phong, bì phu không được nuôi dưỡng mà phát bệnh. Do đó, “trị phong tiên trị huyết”, các thảo dược dùng điều trị bệnh sẽ đa phần tác dụng khu phong, bổ huyết. Như vậy, có thể thấy việc điều trị muốn đạt hiệu quả cao, ngoài pháp trị khu phong, đẩy tà khí ra ngoài, còn cần kết hợp với việc bổ huyết, để nâng chính khí cơ thể “phù chính khu tà”.

Trong nghiên cứu, ghi nhận các thảo dược hỗ trợ điều trị mày đay đa phần có tính Hàn và Ôn, vị Khổ và Cam, thường quy kinh Phế, Can, Tỳ, trong đó kinh Phế chiếm ưu thế nhiều nhất. Điều này phù hợp và chứng minh tính nhất quán trong lý luận điều trị mày đay theo YHCT. Thảo dược có tính Hàn thường có tác dụng thanh nhiệt, giải độc, dùng để điều trị các chứng nhiệt và tính Ôn thì ngược lại [1]. Thảo dược có vị Khổ giúp thanh nhiệt, tả hỏa, táo thấp, còn vị Cam dùng trong bổ dưỡng, hòa hoãn, giảm đau, thường đi vào kinh Tỳ [1]. Các thảo dược phần lớn quy kinh Phế, điều này được lý giải vì mày đay là một loại bệnh dị ứng ngoài da, mà Phế chủ bì mao và có chức năng tuyên phát, nếu chức năng này bị rối loạn, Phế không tuyên phát được, tà bị uất ứ thành ra ban chẩn phong ngứa ở ngoài da. Vì vậy, các vị thuốc quy kinh Phế đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị bệnh mày đay. Tạng Can có chức năng tàng huyết, chức năng sơ tiết giúp cho sự vận hành của khí các tạng phủ được dễ dàng, thông suốt, thăng giáng được điều hoà, nên liên quan mật thiết với tạng phủ khác, nhất là Tỳ. Chức năng Tỳ sinh huyết nên thảo dược có vị Cam, quy kinh Tỳ

giúp bổ huyết, góp phần nâng cao chính khí, đẩy tà khí ra ngoài cũng phù hợp trong điều trị Mày đay theo YHCT.

Qua khảo sát 122 thảo dược cho thấy các vị thuốc này thuộc 35 phân bộ thực vật, chiếm ưu thế là bộ Hoa Môi (Lamiales), xếp thứ hai là bộ Hoa tán (Apiales), thứ ba là bộ Cúc (Asterales). Điều này tương đồng với nghiên cứu của An Yuan và cộng sự về tác dụng chống dị ứng type I của chiết xuất bột Jing-Fang thông qua con đường PI3K/Akt bằng phương pháp in vitro và in vivo, thành phần chính của bột Jing-Fang này là Kinh giới và Phòng phong. Kết quả đã cho thấy bột này có tác dụng chống dị ứng, được sử dụng trong điều trị mày đay mạn tính, hen suyễn và viêm phế quản mạn tính. Trong đó, vị Kinh giới thuộc bộ Hoa Môi (Lamiales), Phòng phong thuộc bộ Hoa tán (Apiales) [6]. Qua đó, có thể thấy các vị thảo dược thuộc bộ Hoa môi (Lamiales), bộ Hoa tán (Apiales), bộ Cúc (Asterales) rất có hiệu quả trong hỗ trợ điều trị mày đay.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 70 bài thuốc YHCT trong 18 tài liệu YHCT xuất bản ở Việt Nam có tác dụng hỗ trợ điều trị mày đay, trong đó 3 bài thuốc được sử dụng thường xuyên là Tang cúc ẩm, Kinh phong phương và bài thuốc Lá Khế. Có 122 vị thảo dược được thống kê, trong đó 3 vị thuốc thường dùng nhất là: Kinh giới, Phòng phong và Cam thảo. Đa số thảo dược có tính Hàn, vị Khổ, phần lớn quy kinh Phế. Dạng bào chế được sử dụng chủ yếu là thuốc thang. Các vị thuốc thuộc Bộ Hoa môi (Lamiales) chiếm nhiều nhất, bộ phận dùng phần lớn là rễ và thân rễ.

Kết quả nghiên cứu này sẽ là cơ sở để cập nhật dữ liệu khoa học cho quá trình học tập, tiền đề cho các nghiên cứu sâu rộng hơn về sau trong điều trị bệnh mày đay và góp phần tra cứu dễ dàng, trích xuất và triển khai áp dụng các thảo dược này trong điều trị lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quyết Chiến, Trần Quốc Bảo.** Y Học Cổ Truyền. NXB Quân đội nhân dân; 2013.
2. **Phan Quang Đoàn, Nguyễn Văn Đình và Lê Anh Tuấn.** Tình hình mắc bệnh mày đay, phù quinke trong cộng đồng dân cư Hà Nội năm 2008. Tạp chí Y học thực hành. 2009;664(6):24-26.
3. **Vương Thế Bích Thanh.** Mày đay. In: Bệnh Da Liễu Thường Gặp. NXB Y học; 2020:41-54.
4. **Gammeri L, Panzera C, Calapai F, et al.** Asian herbal medicine and chronic urticaria: which are the therapeutic perspectives? Natural Product Research. 2023;37(11):1917-1934.
5. **Peck G, Hashim MJ, Shaughnessy C, et al.** Global Epidemiology of Urticaria: Increasing Burden among Children, Females and Low-income Regions. Acta Derm Venereol. 2021;101(4):795.
6. **Yuan A, Zeng J, Zhou H, et al.** Anti-type I allergic effects of Jing-Fang powder extracts via PI3K/Akt pathway in vitro and in vivo. Mol Immunol. 2021;135:408-420.
7. **Yu SH, Drucker AM, Lebwohl M, et al.** A systematic review of the safety and efficacy of systemic corticosteroids in atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2018;78(4):733-740.

PHỤ LỤC***Phụ lục 1: Tài liệu YHCT xuất bản tại Việt Nam dùng trong nghiên cứu***

STT	Tên sách/tài liệu	Tác giả	Năm xuất bản
Tài liệu tra cứu các bài thuốc điều trị bệnh mề đay			
1	Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại	Bộ Y Tế	2020
2	Bệnh Học và Điều Trị Ngoại - Phụ Khoa	Nguyễn Thị Bay	2010
3	Giáo trình giảng dạy Đại học Da liễu Y học cổ truyền	Nguyễn Thị Bay, Nguyễn Lê Việt Hùng	2024
4	Bệnh Học Ngoại - Phụ YHCT	Phạm Văn Trịnh, Lê Thị Hiền	2008
5	Bài giảng Y học cổ truyền tập II	Trần Thúy, Phạm Duy Nhac, Hoàng Bảo Châu	2005
6	Thuốc Đông y - Cách dùng thuốc điều trị	Ngũ Hậu Thắng, Vương Úc Cần	1994
7	Tuệ Tĩnh toàn tập	Nguyễn Bá Tĩnh	2007
8	Thuốc Nam thuốc Bắc và các phương thang chữa bệnh xếp theo bệnh	Đào Duy Cần	2002
9	Y học cổ truyền	Ngô Quyết Chiến, Trần Quốc Bảo	2013
10	Thuốc Nam trị bệnh	Nguyễn Công Đức	2022
11	Sổ tay Y học cổ truyền	Trần Thúy, Vũ Nam	2006
12	Toa thuốc Đông y cổ truyền Việt Nam	Nguyễn Văn Hưởng	2012
13	250 bài thuốc Đông y cổ truyền chọn lọc	Trần Văn Kỳ	2016
14	Nam y nghiệm phương	Nguyễn Đức Đoàn	2004
15	Phương tễ học	Nguyễn Nhược Kim	2009
16	Phương tễ học	Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn	2009
17	Y học cổ truyền	Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà	2022
18	Ngoại khoa Đông y	Trần Văn Kỳ	2022

ĐẶC ĐIỂM SỬ DỤNG THUỐC TRONG THIÊN PHỤ ĐẠO XÁN NHIÊN CỦA HẢI THƯỢNG LÂN ÔNG

Phạm Thị Bích Phượng¹, Lê Thị Lan Hương¹, Nguyễn Văn Đàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thiên “Phụ đạo xán nhiên” bao gồm các vấn đề và cách chữa về các bệnh sản phụ khoa như kinh nguyệt, khí hư đới hạ, những tạp chứng khi chưa có thai, thời kỳ có thai, thời kỳ hậu sản... Có nhiều nghiên cứu về sử dụng thảo dược trong điều trị các chứng bệnh phụ khoa. Vì vậy nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát đặc điểm sử dụng thuốc trong thiên Phụ đạo xán nhiên của Hải Thượng Lãn Ông. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tương quan từ tháng 11/2023 đến tháng 6/2024 trên các vị thuốc và bài thuốc với từng bệnh, hội chứng trong thiên Phụ đạo xán nhiên của Hải Thượng Lãn Ông do Nhà xuất bản Y học Hà Nội ấn bản năm 1963, phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS Statistics 25, phân tích luật kết hợp vị thuốc bằng phần mềm SPSS Modeler 18.0 **Kết quả:** Tỷ lệ nhóm bệnh lý chiếm đa số với 67,4%. 60,3% bài thuốc được sử dụng điều trị nhóm hội chứng (9 nhóm), 39,7% bài thuốc được sử dụng điều trị nhóm bệnh lý (5 nhóm). Tỷ lệ sử dụng bài thuốc Bổ trung ích khí thang cao nhất với 8,1%. Tỷ lệ sử dụng vị Nhân sâm chiếm tỷ lệ cao nhất 5,7%. Với độ hỗ trợ 28% có 3 nhóm kết hợp là: Đương quy – Bạch thược (33,6%), Đương quy – Xuyên khung

(33,1%), Táo – Gừng – Nhân sâm (28,1%). **Kết luận:** Tỷ lệ nhóm bệnh lý chiếm đa số. Tỷ lệ sử dụng của hai bài thuốc Bổ trung ích khí thang và Tứ vật thang là cao nhất. Tỷ lệ 10 vị thuốc thường được dùng nhất là Nhân sâm, Bạch thược, Cam thảo, Đương quy, Gừng, Bạch thược, Xuyên khung, Trần bì, Táo, Hoàng kỳ. 3 nhóm có độ hỗ trợ cao: Đương quy – Bạch thược, Đương quy – Xuyên khung, Táo – Gừng – Nhân sâm.

Từ khóa: thuốc YHCT, Phụ đạo xán nhiên, Hải Thượng Lãn Ông.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF MEDICINAL USAGE IN THE "PHU DAO XAN NHIEN" OF HAI THUONG LAN ONG

Objectives: “Phu dao xan nhien” covers issues and treatments for gynecological diseases such as menstruation, leukorrhea, and complications before pregnancy, pregnancy, and postpartum period... There are many studies on the use of herbs in treating gynecological diseases. Therefore, this study was conducted to examine drug usage in the “Phu dao xan nhien” of Hai Thuong Lan Ong. **Methods:** Descriptive correlational study from November 2023 to June 2024 on the drugs and prescriptions for each disease and syndrome in the “Phu dao xan nhien” to understand the gynecology researched by Hai Thuong Lan Ong which Hanoi Medical Publishing House published in 1963. The study applied SPSS software 15.0 for statistical analysis, and SPSS Modeler 18.0 software for

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Lan Hương

Email: lanhuong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 10.8.2024

analysis of drug combination rules. **Results:** The diseases group accounted for the majority with 67.4%. 60.3% of prescriptions were used to treat syndromes (9 groups), and 39.7% of prescriptions were used to treat diseases (5 groups). The rate of using the Buzhong Yiqi Tang prescription was highest at 8.1%. The rate of using Ren shen was the highest at 5.7%. The support rate of 28% with 3 combined groups: Dang gui – Bai shao (33.6%), Dang gui – Chuan xiong (33.1%), Zao - Jiang – Ren shen (28.1%). **Conclusions:** The proportion of the disease group is the majority. The usage rate of the two prescriptions Buzhong Yiqi Tang and Si Wu Tang is the highest. The 10 most commonly used medicinal herbs are Ren shen, Bai zhu, Gan cao, Dang gui, Jiang, Bai shao, Chuan xiong, Chen pi, Zao, Huang qi. Three groups with high support level consist of Dang gui – Bai shao, Dang gui – Chuan xiong, Zao - Jiang – Ren shen.

Keywords: TCM drugs, Phu đạo xan nhien, Hai Thuong Lan Ong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiên “Phụ đạo xán nhiên” trong Hải Thượng Y tông tâm lĩnh của Hải Thượng Lãn Ông, đã tổng kết và bàn luận về điều trị từ kinh nguyệt đến thai mạch[1] bao gồm các vấn đề và cách chữa về kinh nguyệt, băng huyết, rong huyết, khí hư đới hạ, những tạp chứng khi chưa có thai, cầu tự, thụ thai, thời kỳ có thai... dựa trên lý luận YHCT Việt Nam Mặc dù có nhiều nghiên cứu về sử dụng thuốc Y học cổ truyền (YHCT) trong hỗ trợ điều trị các chứng bệnh phụ khoa YHHĐ như nghiên cứu tác dụng của thuốc sắc Cát Căn trong hỗ trợ điều trị chứng đau bụng kinh nguyên phát năm 2020, nhưng lại dựa trên lý luận YHCT Trung Quốc.[7] Tại Việt Nam, nhóm nghiên cứu chưa ghi nhận các nghiên cứu liên quan đặc điểm sử dụng thuốc YHCT

trong thiên “Phụ đạo xán nhiên”. Do đó, việc tìm hiểu sâu hơn về đặc điểm sử dụng thuốc trong thiên “Phụ đạo xán nhiên” là rất cần thiết để ứng dụng trên lâm sàng trong điều trị các bệnh lý phụ khoa YHCT cũng như hỗ trợ điều trị các bệnh lý phụ khoa YHHĐ dựa trên lý luận YHCT Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các vị thuốc và bài thuốc với từng bệnh, hội chứng trong thiên Phụ đạo xán nhiên hiểu rõ về phụ khoa của Hải Thượng Lãn Ông do Nhà xuất bản Y học Hà Nội ấn bản năm 1963.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tất cả các bài thuốc có trong thiên.

Tất cả các vị thuốc được mô tả trong các bài thuốc có trong thiên.

Tiêu chuẩn loại mẫu: Loại các bài thuốc không có vị thuốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tương quan

Phương pháp thống kê

Sử dụng phần mềm EBM SPSS Statistics 25 thống kê tỷ lệ các nhóm bệnh lý, nhóm hội chứng, tỷ lệ sử dụng các bài thuốc, vị thuốc. Sử dụng thuật toán Apriori trên phần mềm EBM SPSS Modeler 18.0 để phân tích quy luật kết hợp của các vị thuốc.

Phương pháp tiến hành:

Nhập liệu cơ sở dữ liệu gồm: tên bệnh lý, tên bài thuốc. Đặt tên các bài thuốc không có tên chỉ có nêu vị thuốc. Từ cơ sở dữ liệu trên thực hiện xếp nhóm bệnh lý (5 nhóm), nhóm hội chứng (9 nhóm) dựa theo danh pháp của WHO.^[2] Thu thập các vị thuốc xuất hiện trong các bài thuốc rồi chuẩn hóa các vị thuốc thành tên chính thức và tên khoa học theo Dược điển Việt Nam V.^[3]

2.3. Y đức

Nghiên cứu khai phá dữ liệu trên thiên người, không cần trình Hội đồng Đạo đức nên không khảo sát, không can thiệp trên trong nghiên cứu y sinh học.

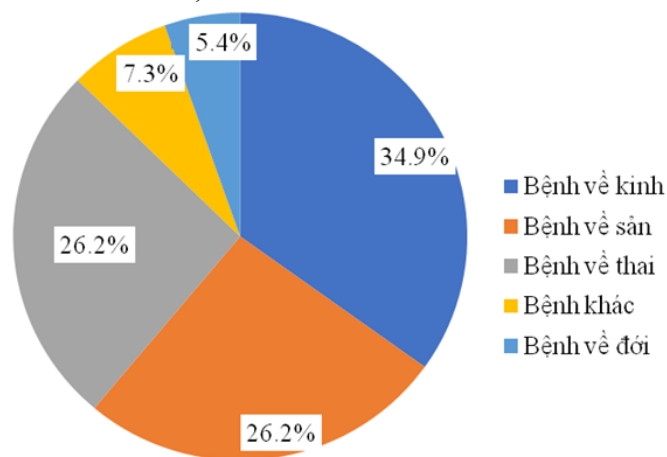
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu ghi nhận có 2 phân loại nhóm trong thiên được thể hiện qua Bảng 1.

Bảng 1. Nhóm bệnh lý, nhóm hội chứng trong thiên Phụ đạo xán nhiên

Phân loại	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Nhóm bệnh lý	275	67,4
Nhóm hội chứng	133	32,6
Tổng	408	100

Nhận xét: Trong thiên “Phụ đạo xán nhiên” có tổng cộng 275 bệnh lý và 133 hội chứng, trong đó bệnh lý chiếm đa số với 67,4%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nhóm bệnh lý

Có 5 nhóm bệnh lý trong thiên “Phụ đạo xán nhiên” trong đó nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh về kinh (34,9%), tiếp đến là bệnh về sản (26,2%), bệnh về thai (26,2%), bệnh khác (7,3%) và nhóm có tỷ lệ thấp nhất là bệnh về đới (5,4%).

Bảng 2. Nhóm hội chứng trong thiên Phụ đạo xán nhiên.

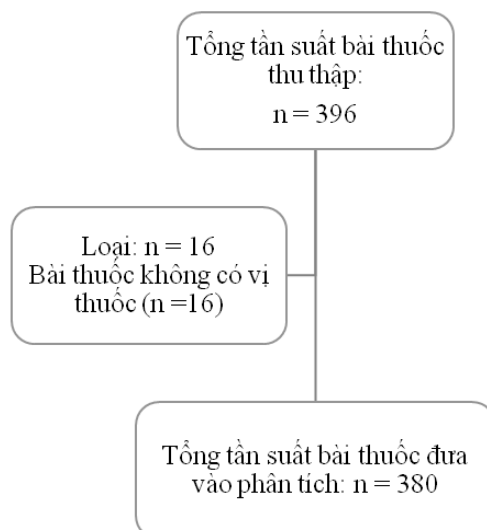
Nhóm hội chứng	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Tạng phủ	59	44,4
Khí huyết	40	30,1
Nguyên nhân	19	14,3
Bất cương	8	6,0
Các khoa	2	1,5
Lục kinh	2	1,5
Vệ khí dinh huyết	2	1,5
Tam tiêu	1	0,7
Tổng	133	100,0

Trong số 133 hội chứng, tỷ lệ nhóm hội chứng tạng phủ chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 44,4%, tiếp đến là nhóm hội chứng khí huyết chiếm tỷ lệ 30,1% và nhóm hội chứng

nguyên nhân (14,3%).

Nghiên cứu ghi nhận tổng tần suất bài

thuốc được đưa vào phân tích được thể hiện qua sơ đồ 1.

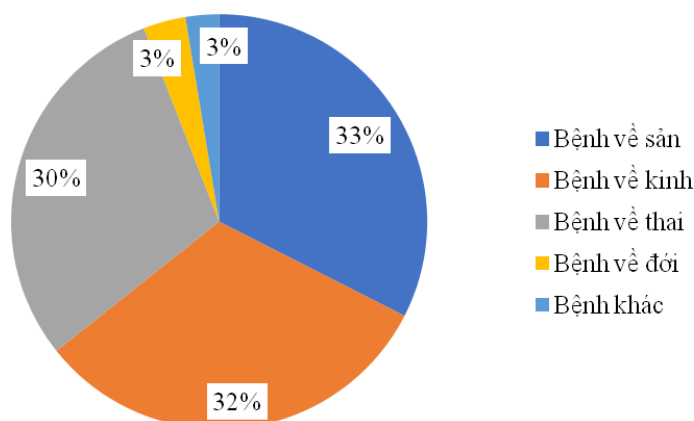


Sơ đồ 1. Tổng tần suất bài thuốc trong thiên Phụ đạo xán nhiên được đưa vào phân tích

Bảng 3. Bài thuốc điều trị theo nhóm bệnh lý, nhóm hội chứng trong thiên Phụ đạo xán nhiên

STT	Bài thuốc điều trị nhóm	Tần suất	Tỷ lệ phần trăm (%)
1	Bệnh lý	151	39,7
2	Hội chứng	229	60,3
	Tổng	380	100,0

Trong thiên “Phụ đạo xán nhiên”, bài thuốc điều trị nhóm bệnh lý chiếm tỷ lệ 39,7%, trong khi đó bài thuốc điều trị nhóm hội chứng chiếm tỷ lệ nhiều hơn là 60,3%.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ bài thuốc sử dụng điều trị nhóm bệnh lý

Bài thuốc điều trị nhóm bệnh về sản chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 33%, tiếp đến bài thuốc điều trị nhóm bệnh về kinh (32%), về thai (30%) và về đới (3%) trong khi đó bài thuốc điều trị nhóm bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp nhất (3%).

Bảng 4. Bài thuốc được sử dụng điều trị nhóm hội chứng của thiên Phụ đạo xán nhiên.

Bài thuốc điều trị nhóm hội chứng	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Khí huyết	99	43,2
Tạng phủ	91	39,7
Nguyên nhân	21	9,2
Bát cương	12	5,2
Các khoa	4	1,7
Lục kinh	1	0,4
Vệ khí dinh huyết	1	0,4
Tổng	229	100,0

Trong thiên “Phụ đạo xán nhiên”, bài thuốc dùng để điều trị nhóm hội chứng khí huyết có tần suất cao nhất là 99 lần (chiếm tỷ lệ 43,2%) và ít nhất là bài thuốc dùng để điều trị nhóm hội chứng lục kinh và vệ khí dinh huyết với tần suất 1 lần (chiếm tỷ lệ 0,4%).

Bảng 5. 10 bài thuốc sử dụng nhiều nhất trong thiên Phụ đạo xán nhiên (n = 380).

STT	Tên bài thuốc	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Bổ trung ích khí thang	31	8,1
2	Tứ vật thang	28	7,4
3	Bát vị hoàn	13	3,4
4	Thập toàn đại bổ thang	12	3,2
5	Quy tỳ thang	11	2,9
6	Tứ quân tử thang	9	2,4
7	Bát trăn thang	8	2,1
8	Lục quân tử thang	8	2,1
9	Lục vị hoàn	8	2,1
10	Nhị trăn thang	7	1,8
	Tổng	135	35,5

Thống kê 10 bài thuốc có tần suất sử dụng cao nhất trong thiên Phụ đạo xán nhiên, bài thuốc Bổ trung ích khí thang được sử dụng với tần suất cao nhất là 31 lần (chiếm tỷ lệ 8,1%) và tiếp theo là bài thuốc Tứ vật thang với tần suất 28 lần (chiếm 7,4%).

Bảng 6. 10 vị thuốc được sử dụng nhiều nhất trong thiên Phụ đạo xán nhiên (n=3163)

STT	Tên vị thuốc	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Nhân sâm	180	5,7
2	Bạch truật	172	5,4
3	Cam thảo	166	5,2
4	Đương quy	166	5,2
5	Gừng	134	4,2

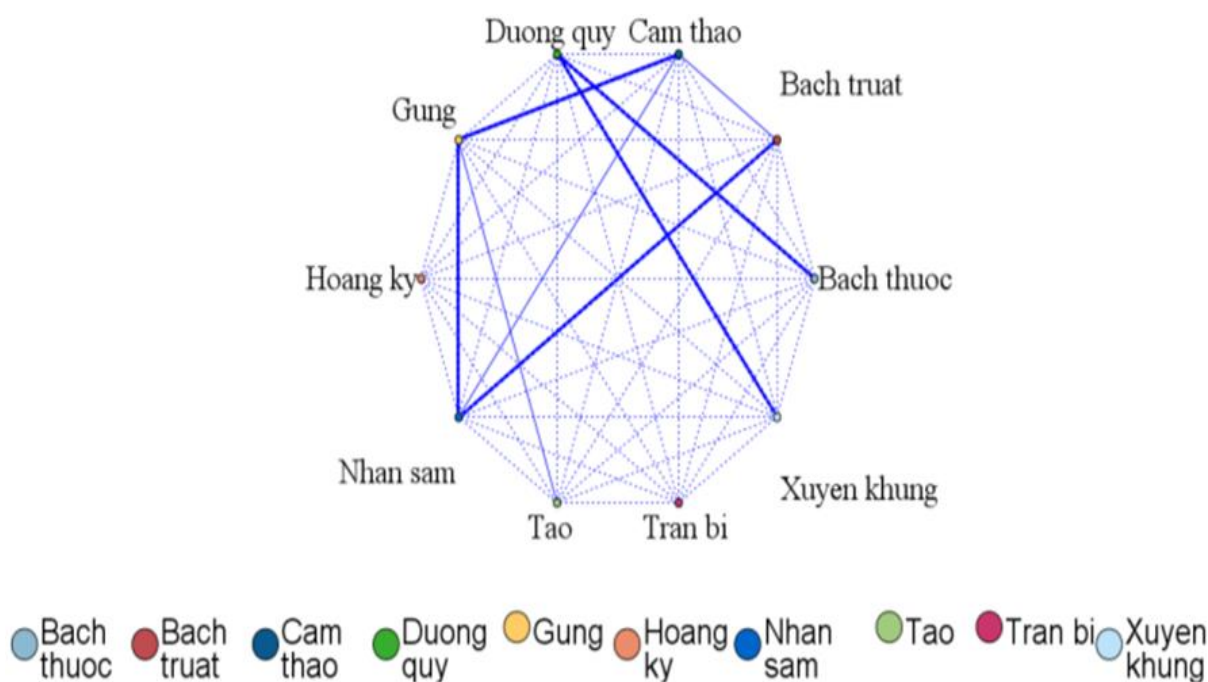
6	Bạch thược	132	4,2
7	Xuyên khung	126	4,0
8	Trần bì	97	3,1
9	Táo	96	3,0
10	Hoàng kỳ	95	3,0
	Tổng	1364	43

Trong thiên Phụ đạo xán nhiên, xét 10 vị thuốc có tần suất sử dụng nhiều nhất, Nhân sâm chiếm tỷ lệ cao nhất (5,7%). Tiếp theo là Bạch truật chiếm tỷ lệ 5,4%.

Bảng 7. Luật kết hợp các vị thuốc trong thiên Phụ đạo xán nhiên

STT	Nhóm kết hợp	Support (%)	Confidence (%)
1	Đương quy – Bạch thược	33,6	88,3
2	Đương quy – Xuyên khung	33,1	87,3
3	Táo – Gừng – Nhân sâm	28,1	80,4

Theo thống kê ở bảng 7, có 3 nhóm vị thuốc có độ hỗ trợ cao (minsup $\geq 28\%$).



Biểu đồ 3. Biểu đồ thể hiện các vị thuốc có tần suất xuất hiện thường xuyên thường phối hợp với nhau. Đường vẽ càng đậm thì sự phối hợp càng mạnh và ngược lại

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm các nhóm bệnh lý, các nhóm hội chứng

Đặc điểm các nhóm bệnh lý

Nhóm bệnh về kinh, sản và thai là 3

nhóm bệnh chiếm phần lớn tỷ lệ theo thứ tự lần lượt 34,9%, 26,2% và 26,2%. Trong khi đó 2 nhóm bệnh khác và bệnh về đới chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 7,3% và 5,4%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh

Tứ năm 2022 về mô hình nghiên cứu bệnh tật các bệnh sản phụ khoa tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội năm 2018 – 2019 thực hiện khảo sát trên 577 bệnh án sản phụ khoa thì các bệnh về kinh và thai là các chứng bệnh hay gặp nhất[6] cho thấy xu hướng bệnh tật ở thời danh y Lê Hữu Trác gần như không có sự thay đổi so với hiện tại.

Đặc điểm các nhóm hội chứng

Trong các nhóm hội chứng, nhóm hội chứng tạng phủ và khí huyết chiếm tỷ lệ đa số lần lượt là 44,4% và 30,1% (bảng 2) kết quả này cho thấy có sự tương đồng với cơ chế bệnh sinh sản phụ khoa theo YHCT gồm khí huyết không điều hòa và chức năng của tạng phủ không bình thường. Ngoài những nguyên nhân trực tiếp thì các nguyên nhân gây nên khí huyết không điều hòa hoặc gây nên sự rối loạn chức năng của tạng phủ cũng là nguyên nhân gián tiếp của cơ chế còn lại – hai mạch Xung Nhâm bị tổn thương.[1] Cơ chế này có được đề cập đến nhóm hội chứng Các khoa chiếm tỷ lệ 1,5%.

4.2. Đặc điểm bài thuốc trong thiên Phụ đạo xán nhiên

Trong thiên “Phụ đạo xán nhiên”, danh y Lê Hữu Trác đã sử dụng 180 bài thuốc khác nhau với 380 lần sử dụng để điều trị các nhóm hội chứng khác nhau gồm Khí huyết, Tạng phủ, Nguyên nhân, Bát cương, Các khoa, Lục kinh, Vệ khí dinh huyết, Tam tiêu, Tân dịch. Theo thống kê ở bảng 5 cho thấy 10 bài thuốc thường xuyên sử dụng nhất chiếm tỷ lệ 35,5% trên tổng số lần sử dụng bài thuốc, trong đó 2 bài thuốc có tần suất sử dụng cao nhất là bài Bổ trung ích khí thang được sử dụng 31 lần (chiếm tỷ lệ 8,1%), bài

Tứ vật thang được sử dụng 28 lần (chiếm tỷ lệ 7,4%). Đây đều là những bài thuốc thuộc phương thuốc bổ. Kết hợp với kết quả ở bảng 4 về tỷ lệ bài thuốc tương ứng với 10 hội chứng sử dụng bài thuốc nhiều nhất cùng với kết quả nghiên cứu của Peng xiaofeng và cộng sự năm 2019 về thuốc sắc Bổ trung ích khí thang điều trị sốt sau sinh mà không làm gián đoạn việc cho con bú[8] cho thấy được mối liên hệ trong việc sử dụng bài thuốc điều trị các hội chứng bệnh sản phụ khoa.

4.3. Đặc điểm vị thuốc trong thiên Phụ đạo xán nhiên

Theo kết quả thống kê cho thấy, trong thiên Phụ đạo xán nhiên sử dụng 227 vị thuốc để lập phương. Số vị thuốc dùng trên 90 lần chiếm đến 43,0% bao gồm 8 vị thuốc thuộc nhóm thuốc bổ dưỡng (Nhân sâm, Bạch truật, Cam thảo, Đương quy, Bạch thược, Xuyên khung, Hoàng kỳ, Táo), 1 vị thuốc thuộc nhóm lý khí (Trần bì), 1 vị thuốc thuộc nhóm giải biểu (Gừng) và các vị thuốc chỉ 1 lần chiếm 2,5%. Trong đó, vị thuốc được sử dụng nhiều nhất là vị Nhân sâm, chiếm tỷ lệ 5,7%. Nhân sâm có vị ngọt hợp với mùi vị chính của 5 hành, tính ôn là được trung hòa của khí, giống với hình giáng con người, ứng với ánh sáng mặt trời, cho nên vẫn hồi được dương khí sắp tuyệt, đuổi hết hư tà trong chốc lát, vào hai kinh Tỳ và Phế, mọi chứng hư đều điều hòa, bổ cả năm tạng.[5] Tiếp theo là vị Bạch truật chiếm 5,4%, Cam thảo và Đương quy (5,2%). Bạch truật ngọt ẩm, là vị thuốc đệ nhất bổ Tỳ vị. Trong bài tán của Bạch truật có câu: vị quý hơn kim tương, mùi thơm hơn ngọc dịch bên ngoài chống trăm thứ tà, công năng không ngang với Nhân sâm là vì nó hơi thiên về

tĩnh táo, uống lâu thì bị thiên thắng, mất thăng bằng, thử nghĩ xem hai thang Lý trung và Truật phụ của cổ nhân đều dùng Bạch truật làm quân, và những phương để bổ hư cứu tuyệt thì nhất định phải dùng nó làm tá, nghĩa là phải dùng làm sao cho đúng.[5] Cam thảo ngoài vai trò là sứ giúp điều hòa các vị thuốc, còn đóng vai trò là thần và tá giúp làm tăng tác dụng điều trị, cũng như hạn chế độ mạnh hoặc độc tính của vị quân.[4] Còn vị Đương quy là thuốc chủ yếu của huyết phân, cay ấm mà tán, là khí ở trong huyết được, cho nên khí huyết mà loạn uống vào thì yên, có khả năng lệnh cho tất cả các huyết đều trở về kinh mạch đáng lý phải về, cho nên mệnh danh là “Đương quy”.[5] Trong thiên “Phụ đạo xán nhiên”, Gừng cũng thường được sử dụng nhưng tùy chỗ mà có cách dùng khác nhau, như bổ tỳ vị thì nên dùng gừng và táo, thuốc bổ khí thì chỉ dùng gừng, thuốc bổ âm nhập huyết hay thuốc chữa bệnh về khí thì kiêng gừng. Qua đó có thể thấy, danh y Lê Hữu Trác sử dụng phần lớn các vị thuốc bổ dưỡng cụ thể là nhóm bổ khí huyết để điều trị bệnh, điều này phù hợp đặc điểm bài thuốc và hội chứng bệnh được đề cập ở trên.

4.4. Đặc điểm luật kết hợp các vị thuốc trong thiên Phụ đạo xán nhiên

2 cặp vị thuốc Đương quy – Bạch thược và Đương quy – Xuyên khung là những nhóm kết hợp có độ hỗ trợ cao lần lượt là 33,6% và 33,1%. Táo – Gừng – Nhân sâm với độ hỗ trợ là 28,1%. Điều này có nghĩa là tỷ lệ bài thuốc chứa vị Bạch thược là 33,6%, tỷ lệ bài thuốc chứa vị Xuyên khung là 33,1%, tỷ lệ bài thuốc chứa vị Gừng và Nhân sâm là 28,1%. Theo YHCT Đương quy có vị cay, ngọt, tính ấm, quy kinh Tâm, Can, Tỳ, là

vị thuốc vừa bổ huyết vừa hoạt huyết, điều kinh, chỉ thống, nhuận tràng, giải độc; Bạch thược có vị đắng, chua, tính vi hàn, quy kinh Phế, Can, Tỳ có tác dụng bổ huyết, dưỡng âm, thư cân, bình can, chỉ thống.[4] Căn cứ vào khí vị và công năng, 2 vị thuốc này được Hải Thượng Lãn Ông xếp loại vào bộ một trong tác phẩm “Dược phẩm vậng yếu” quy nạp những vị thuốc có tính vị ưa nhau.[5] Nhóm kết hợp Đương quy – Bạch thược có tác dụng thời bổ âm huyết chủ trị các hội chứng huyết hư. Còn Xuyên khung mang vị cay, tính ôn, quy kinh Can, Đờm, Tâm bào có công năng hoạt huyết, hành khí, chỉ thống, trừ phong hàn.[4] Nhóm kết hợp Đương quy – Xuyên khung có tác dụng dưỡng huyết điều kinh, hành khí hoạt huyết, tán ứ chỉ thống chủ trị kinh nguyệt không đều, thống kinh, sinh khó, sau sinh sản dịch chưa hết, huyết hư huyết ứ gây đau đầu, các chứng lở loét sưng đau, phong thấp tý. Nhân sâm có vị ngọt, đắng, tính bình, quy kinh Tỳ, Phế, Tâm công dụng đại bổ nguyên khí, bổ tỳ ích phế, sinh tân, an thần ích trí.[4] 2 vị thuốc Táo – Gừng thường được thêm vào mỗi thang cũng được Hải Thượng Lãn Ông giải thích trong tập “Dược phẩm vậng yếu” với ý nghĩa thận trọng giữ gìn vị khí, như bổ tỳ vị thì nên dùng Khương Táo.[5]

V. KẾT LUẬN

Trong nhóm bệnh lý, nhóm bệnh về kinh chiếm tỷ lệ cao nhất, và thấp nhất là nhóm bệnh về đới. Trong nhóm hội chứng, nhóm hội chứng tạng phủ và khí huyết thường gặp nhất, thấp nhất là nhóm hội chứng bệnh tam tiêu.

Tỷ lệ sử dụng của hai bài thuốc Bổ trung ích khí thang và Tứ vật thang là cao nhất.

Tỷ lệ 10 vị thuốc thường được dùng nhất là các vị Nhân sâm, Bạch truật, Cam thảo, Đương quy, Gừng, Bạch thược, Xuyên khung, Trần bì, Táo, Hoàng kỳ.

3 nhóm kết hợp với độ hỗ trợ cao nhất là: Đương quy – Bạch thược, Đương quy – Xuyên khung, Táo – Gừng – Nhân sâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Bay.** Bệnh Học và Điều Trị Ngoại - Phụ Khoa Kết Hợp Đông - Tây y. Nhà xuất bản Y học; 2010.
2. **Chu Quốc Cường.** Thuật Ngữ Y Học Cổ Truyền Của Tổ Chức Y Tế Thế Giới Khu Vực Tây Thái Bình Dương (Bản Dịch). Nhà xuất bản Y học; 2009.
3. **Hội Đồng Dược Điển.** Dược Điển Việt Nam V. Nhà xuất bản Y học; 2017.
4. **Hứa Hoàng Oanh, Nguyễn Thành Triết.** Giáo Trình Giảng Dạy Đại Học Thuốc Y Học Cổ Truyền Tập 1. 1st ed. Nhà xuất bản Y học; 2021.
5. **Lê Hữu Trác.** Hải Thượng Lãn Ông Y Tông Tâm Lĩnh Quyển 1. Nhà xuất bản Y học; 2005.
6. **Nguyễn Thị Thanh Tú, Đặng Trúc Quỳnh.** Mô hình bệnh tật và tình hình điều trị bệnh sản phụ khoa tại Khoa phụ sản Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội năm 2018 - 2019. Tạp Chí Nghiên cứu Y học. 2022;158(10):221-229. doi:10.52852/tcncyh.v158i10.1039
7. **Chai C, Hong F, Yan Y, et al.** Effect of traditional Chinese medicine formula GeGen decoction on primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial study. J Ethnopharmacol. 2020;261:113053. doi:10.1016/j.jep.2020.113053
8. **彭小凤, 茹丽贞, 陈秀勤.** 补中益气汤治疗产后发热无需中断母乳喂养的临床研究. 实用中西医结合临床. 2017;17(3). doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.083

ĐẶC ĐIỂM SỬ DỤNG THUỐC TRONG TÁC PHẨM NGƯ TIỀU VẤN ĐÁP Y THUẬT CỦA NGUYỄN ĐÌNH CHIỂU

Nguyễn Bảo Trân¹, Nguyễn Văn Đàn¹, Lê Thị Lan Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Một trong các đặc điểm đáng chú ý của sách dược khoa cổ truyền Việt Nam là đặc biệt chú trọng đến thuốc thảo dược.¹ Nghiên cứu này ứng dụng kỹ thuật khai phá dữ liệu để nghiên cứu, phân tích những kiến thức về chẩn đoán, điều trị trong tác phẩm Ngư Tiều vấn đáp y thuật của Nguyễn Đình Chiểu. Qua đó, nhằm tìm hiểu những đóng góp của tác phẩm cho nền y học cổ truyền Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tương quan từ tháng 11.2023 đến tháng 06. 2024 trong tác phẩm “Ngư Tiều vấn đáp y thuật” của Nguyễn Đình Chiểu ghi nhận các bài thuốc, vị thuốc sử dụng trong các triệu chứng, bệnh lý. Phân tích thống kê trên phần mềm IBM SPSS Statistics 20 và phân tích luật kết hợp bằng phần mềm IBM SPSS Modeler 18.0. **Kết quả:** Tỷ lệ triệu chứng là 78,7%, tỷ lệ bệnh lý là 21,3%, các hệ thống bệnh lý thường gặp nhất: Bệnh nội khoa (61,5%), bệnh ngũ quan (23,0%), bệnh nhi – phụ khoa (15,5%). Bài thuốc có tỷ lệ sử dụng nhiều nhất là Tứ nghịch thang (18,8%). Vị thuốc có tỷ lệ sử dụng nhiều nhất là Cam thảo ích (13,7%). Năm cặp vị thuốc thường phối hợp với nhau (minsup $\geq$ 11%): Cam thảo ích $\rightarrow$ Can khương (34,7%), Quế chi $\rightarrow$ Bạch thược (11,6%), Đại táo $\rightarrow$ Bạch

thược (11,6%), Sinh khương $\rightarrow$ Bạch thược (11,6%), Cam thảo ích $\rightarrow$ Bạch thược (11,6%).

Kết luận: Ngư Tiều vấn đáp y thuật sử dụng chủ yếu các vị thuốc thuộc nhóm bổ khí, bổ huyết. Các vị thuốc được phối ngũ với nhau trong tác phẩm có mối tương quan với các triệu chứng, bệnh lý được đề cập kèm theo, có tác dụng điều trị các triệu chứng, bệnh lý đó.

Từ khóa: thuốc YHCT, Luật kết hợp thuốc, Ngư Tiều vấn đáp y thuật

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF MEDICINE USAGE IN THE WORK "NGƯ TIỀU VẤN ĐÁP Y THUẬT" BY NGUYỄN ĐÌNH CHIỂU

Objectives: One notable characteristic of traditional Vietnamese pharmacology books is their particular emphasis on herbal medicine. This study applies data mining techniques to research and analyze diagnostic and treatment knowledge within Ngư Tiều vấn đáp y thuật by Nguyễn Đình Chiểu. The aim is to understand the contributions of this work to traditional Vietnamese medicine. **Subjects and Methods:** A correlation study was conducted from November 2023 to June 2024 in the work "Ngư Tiều vấn đáp y thuật" by Nguyễn Đình Chiểu, documenting the prescriptions and medicinal herbs used for symptoms and diseases. Statistical analysis using IBM SPSS Statistics 20 and association rule analysis using IBM SPSS Modeler 18.0. **Results:** The symptom ratio is 78.7%, and the disease ratio is 21.3%. The most common disease systems are Internal Medicine

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đàn

Email: nguyenvandan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 30.7.2024

(61.5%), Sensory Diseases (23.0%), and Pediatric-Gynecological Diseases (15.5%). The most frequently used herbal formula is Sinitang (18.8%). The most frequently used individual herb is Radix et Rhizoma Glycyrrhizae Praeparata cum Melle (13.7%). Five pairs of herbs often combined together (minsup $\geq 11\%$) are: Rhizoma Glycyrrhizae Praeparata cum Melle $\rightarrow$ Zingiber officinale Rosc (34.7%), Ramulus Cinnamomi $\rightarrow$ Radix Paeoniae lactiflorae (11.6%), Fructus Ziziphi jujubae $\rightarrow$ Radix Paeoniae lactiflorae (11.6%), Rhizoma Zingiberis $\rightarrow$ Radix Paeoniae lactiflorae (11.6%), Rhizoma Glycyrrhizae Praeparata cum Melle $\rightarrow$ Radix Paeoniae lactiflorae (11.6%).

Conclusion: Ngự Tiều vấn đáp y thuật primarily utilizes medicinal herbs belonging to the groups of tonifying Qi, nourishing Blood. The combination of these herbs in the work correlates with the symptoms and diseases mentioned, effectively treating those specific symptoms and conditions.

Keywords: Traditional Chinese Medicine (TCM) herbs, principles of herbal combination

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngự Tiều vấn đáp y thuật ngoài phản ánh bối cảnh xã hội Việt Nam cuối thời nhà Nguyễn còn chứa đựng nhiều kiến thức y học, kinh nghiệm phòng bệnh, chữa bệnh. Hơn phân nửa nội dung Ngự Tiều vấn đáp y thuật là y học gồm kinh lạc, ngũ tạng, lục phủ, mạch học, bản thảo, châm cứu, phụ khoa, nhi khoa, chế dược, dụng dược...được biên soạn một cách chặt chẽ, khoa học. Ngự Tiều vấn đáp y thuật ứng dụng YHCT vào chẩn đoán và điều trị, có giá trị tham khảo cao. Do đó, việc tìm hiểu đặc điểm sử dụng thuốc trong tác phẩm Ngự Tiều vấn đáp y thuật là rất cần thiết.

Hiện nay tại Việt Nam chưa có nghiên cứu tìm hiểu, khai thác về dược liệu, phương tễ được dùng trong các triệu chứng, bệnh lý được đề cập, biên soạn trong Ngự Tiều vấn đáp y thuật. Nghiên cứu này ứng dụng kỹ thuật khai phá dữ liệu để tìm hiểu, kế thừa những kiến thức về dụng dược (dược liệu, phương tễ) trong tác phẩm Ngự Tiều vấn đáp y thuật. Từ đó cung cấp thêm cơ sở cho việc kê đơn trên lâm sàng, ứng dụng trong điều trị các bệnh lý YHCT cũng như hỗ trợ điều trị các bệnh lý YHHĐ.

Vì vậy nghiên cứu này gồm các mục tiêu cụ thể:

- Xác định tỷ lệ nhóm triệu chứng, nhóm bệnh lý, nhóm hệ thống bệnh lý trong các bài thuốc.
- Xác định tỷ lệ sử dụng bài thuốc.
- Xác định tỷ lệ sử dụng vị thuốc.
- Xác định luật kết hợp các vị thuốc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bài thuốc, vị thuốc ứng với triệu chứng, bệnh lý ở 4 phần: Đạo dẫn, Nhập môn, Nhân sư, Tra án trong tác phẩm “Ngự Tiều vấn đáp y thuật” của Nguyễn Đình Chiểu do Nhà xuất bản Thuận Hóa ấn bản năm 2006.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tiêu chuẩn chọn bài thuốc: Tất cả các bài thuốc trong tác phẩm “Ngự Tiều vấn đáp y thuật”.

Tiêu chuẩn chọn vị thuốc: Tất cả các vị thuốc có trong bài thuốc trong tác phẩm “Ngự Tiều vấn đáp y thuật”.

Tiêu chuẩn loại mẫu:

Tiêu chuẩn loại trừ bài thuốc: Bài thuốc không tra được thành phần vị thuốc. (Phương thang y học cổ truyền,² Giáo trình Phương tễ học³).

Tiêu chuẩn loại trừ vị thuốc: Vị thuốc không tìm thấy tên khoa học. (Vị thuốc không tìm được tên khoa học trong “Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam”).⁴⁾

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tương quan.

Phương pháp tiến hành:

Tạo cơ sở dữ liệu gồm: Tên triệu chứng, tên bệnh lý, tên bài thuốc, tên vị thuốc. Đặt tên các bài thuốc không có tên mà chỉ có vị thuốc (BT + số thứ tự xuất hiện của bài thuốc).

Từ cơ sở dữ liệu trên thực hiện xếp nhóm triệu chứng, nhóm bệnh lý theo danh pháp của WHO.⁵⁾

Thu thập các vị thuốc xuất hiện trong bài thuốc, chuẩn hóa các vị thuốc thành tên khoa học theo “Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam”.⁴⁾

Xác định tỷ lệ nhóm triệu chứng, nhóm bệnh lý, nhóm hệ thống bệnh lý trong các bài thuốc.

Xác định tỷ lệ sử dụng các bài thuốc.

Xác định tỷ lệ sử dụng các vị thuốc trong bài thuốc.

Xác định luật kết hợp của các vị thuốc.

Phương pháp thống kê

Sử dụng phần mềm IBM SPSS Statistics 20 thống kê tỷ lệ nhóm triệu chứng, nhóm bệnh lý, nhóm hệ thống bệnh lý và tỷ lệ sử dụng các bài thuốc, vị thuốc.

Sử dụng thuật toán Apriori trên phần mềm IBM SPSS Modeler 18.0. để phân tích luật kết hợp các vị thuốc.

2.3. Ý đức

Nghiên cứu khai phá dữ liệu trên tác phẩm Ngự Tiều vấn đáp y thuật, chỉ tiến hành nghiên cứu trên y văn, không khảo sát, không can thiệp trên người.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu ghi nhận 61 triệu chứng, bệnh lý

Bảng 1. Nhóm triệu chứng và bệnh lý

STT	Phân loại	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Triệu chứng	48	21,3
2	Bệnh lý	13	78,7
Tổng		61	100,0

Nhận xét: Nhóm triệu chứng chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm bệnh lý.

Trong 48 triệu chứng

Bảng 2. Phân loại nhóm triệu chứng

STT	Nhóm triệu chứng	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Triệu chứng tại chỗ	34	70,8
2	Triệu chứng toàn thân	14	29,2
Tổng		48	100,0

Nhận xét: Triệu chứng tại chỗ chiếm tỷ lệ cao hơn triệu chứng toàn thân.

Trong 13 bệnh lý

Bảng 3. Phân loại nhóm bệnh lý

STT	Nhóm bệnh lý	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Bệnh lý cấp tính	13	100,0
Tổng		13	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh lý cấp tính chiếm 100,0%.

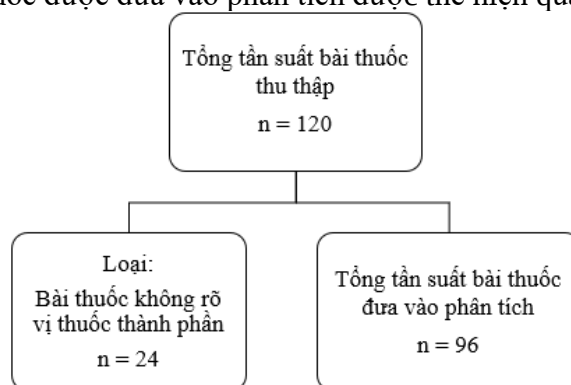
Cũng trong 13 bệnh lý được thống kê

Bảng 4. Tỷ lệ nhóm hệ thống bệnh lý

STT	Nhóm hệ thống bệnh lý	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Bệnh nội khoa	8	61,5
2	Bệnh ngũ quan	3	23,0
3	Bệnh nhi – phụ khoa	2	15,5
Tổng		13	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ nhóm hệ thống bệnh lý lần lượt là bệnh nội khoa (61,5%), bệnh ngũ quan (23,0%), bệnh nhi – phụ khoa (15,5%).

Tổng tần suất bài thuốc được đưa vào phân tích được thể hiện qua sơ đồ 1.



Sơ đồ 1. Tổng tần suất bài thuốc trong tác phẩm “Ngư Tiều vấn đáp y thuật” đưa vào phân tích.

Nhận xét: Có tổng cộng 120 lần sử dụng bài thuốc trong tác phẩm “Ngư Tiều vấn đáp y thuật”, loại trừ 24 lần sử dụng các bài thuốc không rõ vị thuốc thành phần, còn lại 96 lần sử dụng bài thuốc đưa vào thống kê và đánh giá tỷ lệ sử dụng.

Bảng 5. Tỷ lệ bài thuốc sử dụng điều trị triệu chứng, bệnh lý

STT	Bài thuốc điều trị nhóm	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Triệu chứng	77	80,2
2	Bệnh lý	19	19,8
Tổng		96	100,0

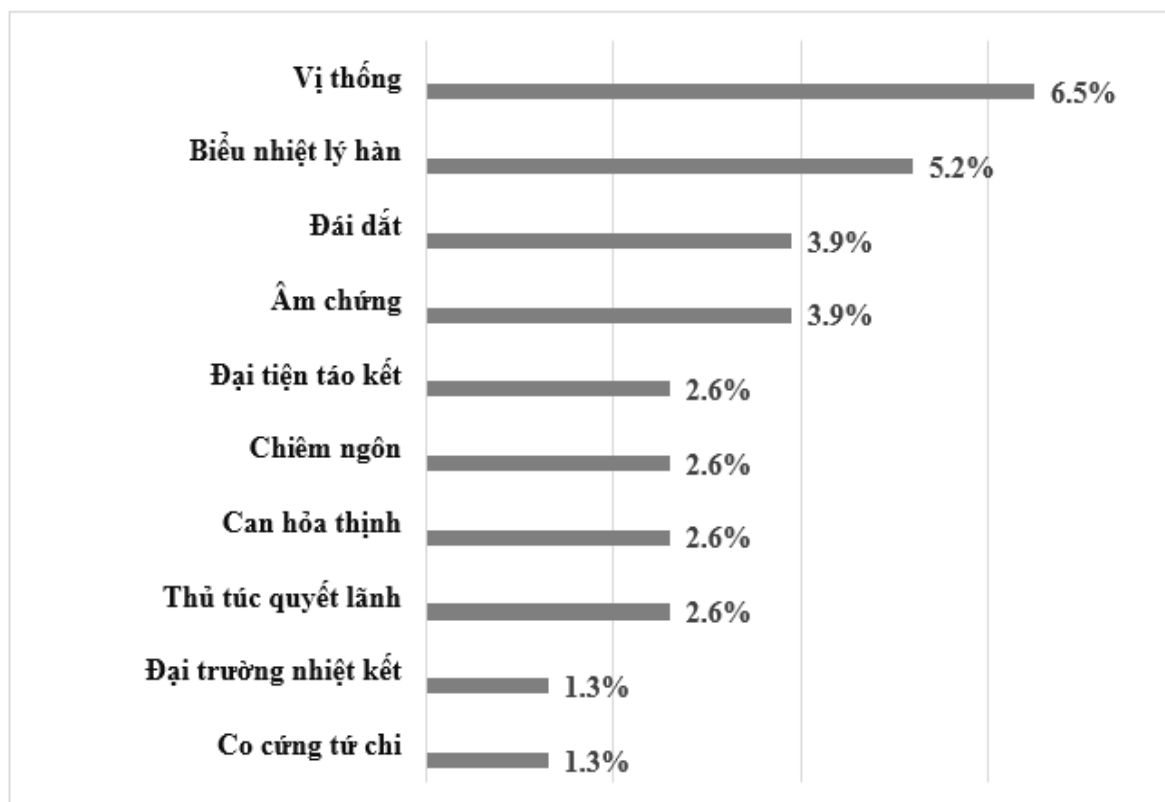
Nhận xét: Tỷ lệ bài thuốc sử dụng để điều trị triệu chứng chiếm ưu thế hơn tỷ lệ bài thuốc sử dụng để điều trị bệnh lý.

Bảng 6. Tỷ lệ bài thuốc sử dụng điều trị nhóm triệu chứng

STT	Bài thuốc điều trị	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Triệu chứng tại chỗ	56	72,7
2	Triệu chứng toàn thân	21	27,3
Tổng		77	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ bài thuốc sử dụng để điều trị triệu chứng tại chỗ chiếm ưu thế hơn tỷ lệ bài thuốc sử dụng để điều trị triệu chứng toàn thân.

Theo thống kê, tần suất sử dụng bài thuốc để điều trị mười triệu chứng thường gặp nhất là 25, chiếm 32.5% (25/77) tổng tần suất bài thuốc sử dụng để điều trị triệu chứng.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sử dụng bài thuốc tương ứng mười triệu chứng thường gặp nhất

Nhận xét: Tỷ lệ bài thuốc sử dụng điều trị vị thống cao nhất (6,5%) và tỷ lệ bài thuốc sử dụng điều trị co cứng tứ chi và Đại trường nhiệt kết thấp nhất (1,3%).

Trong 19 lần sử dụng bài thuốc để điều trị bệnh lý

Bảng 7. Tỷ lệ bài thuốc sử dụng điều trị nhóm bệnh lý

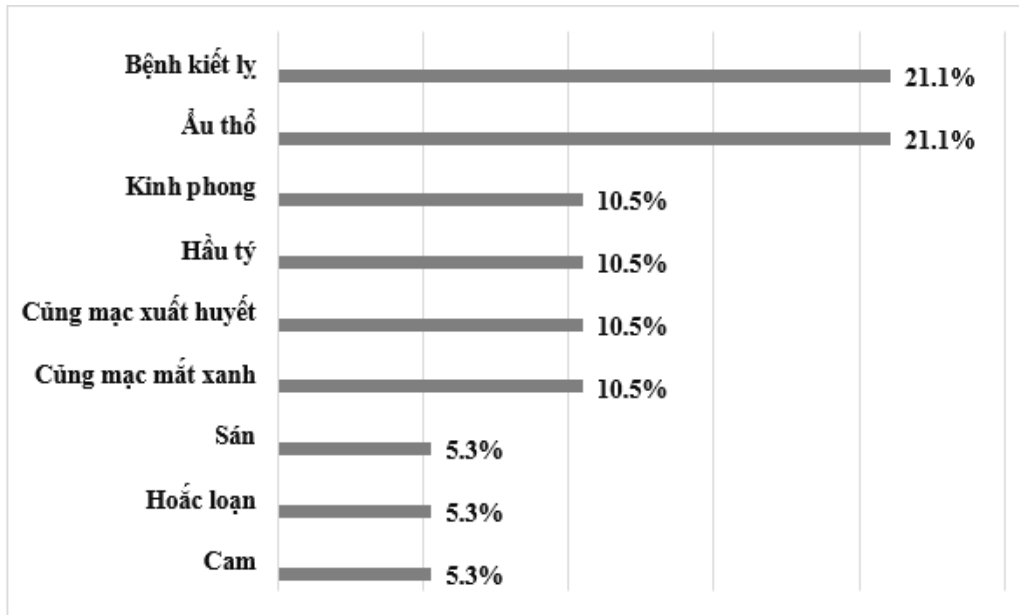
STT	Bài thuốc điều trị	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Bệnh lý cấp tính	19	100,0
	Tổng	19	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ bài thuốc sử dụng điều trị bệnh lý cấp tính chiếm ưu thế tuyệt đối.

Bảng 8. Tỷ lệ bài thuốc sử dụng điều trị nhóm hệ thống bệnh lý

STT	Bài thuốc điều trị	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Bệnh nội khoa	10	52,6
2	Bệnh ngũ quan	6	31,6
3	Bệnh nhi – phụ khoa	3	15,8
	Tổng	19	100,0

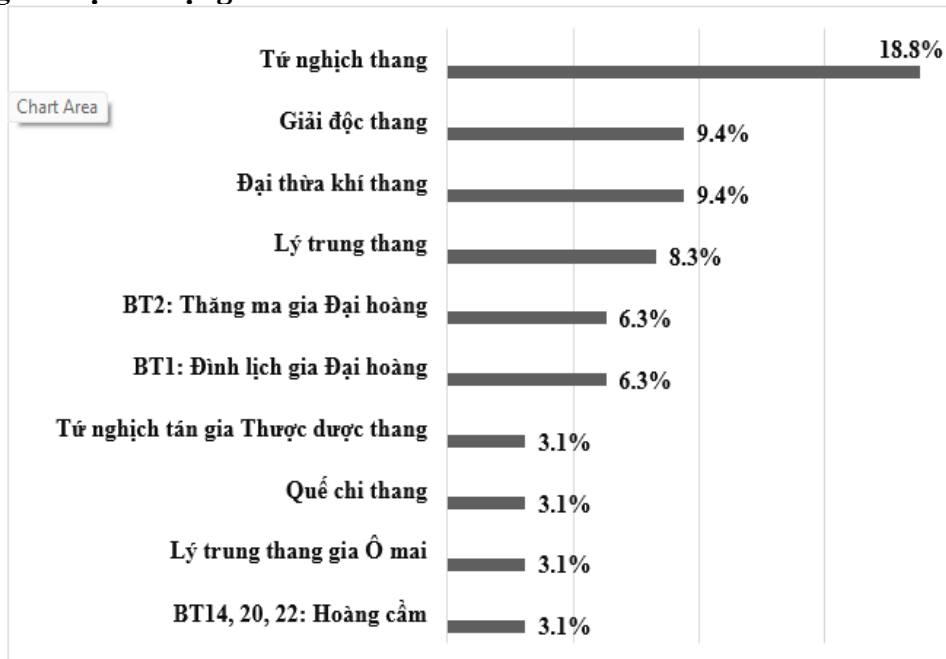
Nhận xét: Tỷ lệ bài thuốc dùng điều trị bệnh nội khoa cao nhất (52.6%), bệnh ngũ quan (31.6%) và bệnh nhi – phụ khoa (15.8%) thấp nhất.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ sử dụng bài thuốc tương ứng mười bệnh lý thường gặp nhất

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng bài thuốc điều trị ỉu thổ, bệnh kiết lỵ cao nhất (21.1%), thấp nhất là cam, hoỏ loạn, sủn (5.3%).

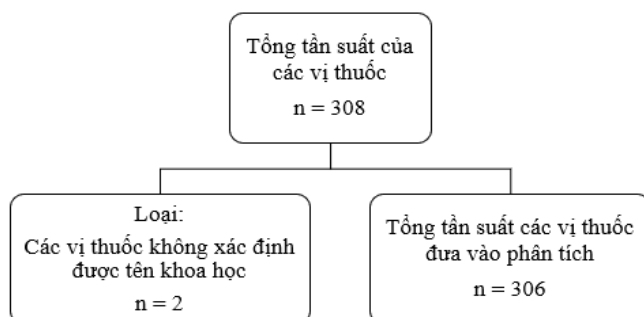
Trong 96 lượt sử dụng bài thuốc



Biểu đồ 3. Tỷ lệ mười bài thuốc được sử dụng phổ biến nhất trong tác phẩm

Nhận xét: Mười bài thuốc có tần suất sử dụng cao nhất chiếm tỷ lệ 70,9% (68/96), cao nhất là Tứ nghịch thang (18,8%), thấp nhất là Hoàng cầm, Lý trung thang gia Ô mai, Quế chi thang, Tứ nghịch tán gia Thược dược thang (3,1%).

Tổng tần suất vị thuốc được đưa vào phân tích được thể hiện qua sơ đồ 2.



Sơ đồ 2. Tổng tần suất vị thuốc trong tác phẩm “Ngự Tiều vấn đáp y thuật” đưa vào phân tích

Nhận xét: Tổng tần suất sử dụng vị thuốc là 308 lượt sử dụng, loại trừ 2 vị thuốc không xác định được tên khoa học, còn lại 306 lượt sử dụng vị thuốc đưa vào nghiên cứu.

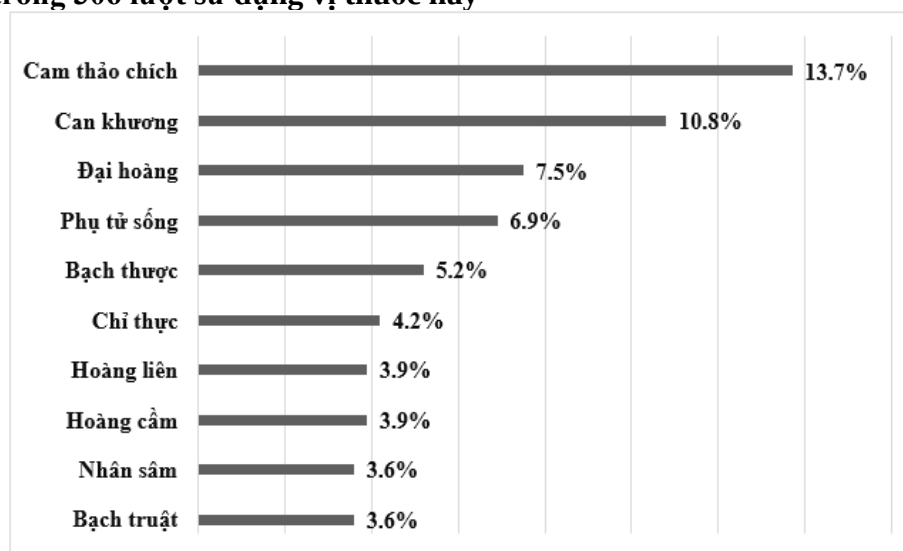
Trong 306 lượt sử dụng vị thuốc này

Bảng 9. Tỷ lệ phân loại các vị thuốc

STT	Nguồn gốc	Tần suất	Tỷ lệ (%)
1	Thực vật	302	98,6
2	Động vật	2	0,7
3	Khoáng vật	2	0,7
Tổng		306	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ vị thuốc có nguồn gốc từ thực vật chiếm ưu thế hơn các vị thuốc có nguồn gốc từ động vật và khoáng vật.

Cũng trong 306 lượt sử dụng vị thuốc này



Biểu đồ 4. Tỷ lệ sử dụng các vị thuốc (10 vị thuốc được sử dụng nhiều nhất)

Nhận xét: Mười vị thuốc được sử dụng nhiều nhất chiếm 61,7% (189/306). Cam thảo chích chiếm tỷ lệ cao nhất (13,7%). Nhân sâm và Bạch truật chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,6%).

Lựa chọn ngưỡng hỗ trợ tối thiểu (minsup) = 0,11, ngưỡng tin cậy tối thiểu (minconf) = 0,9, và mức tăng (Lift) = 2. Từ đó, cho kết quả có năm cặp vị thuốc phù hợp (support $\geq$ 11%).

Bảng 6. Luật kết hợp các vị thuốc

STT	Luật kết hợp (X → Y)	Độ hỗ trợ (Support) (%)	Độ tin cậy (Confident) (%)	Độ tăng (Lift)
1	Cam thảo chích → Can khương	34,7	97,0	2,2
2	Quế chi → Bạch thược	11,6	90,9	8,6
3	Đại táo → Bạch thược	11,6	90,9	8,6
4	Sinh khương → Bạch thược	11,6	90,9	8,6
5	Cam thảo chích → Bạch thược	11,6	90,9	2,1

Nhận xét: Cam thảo chích → Can khương có độ hỗ trợ cao nhất (34,7%) và 97,0% bài thuốc có Cam thảo chích sẽ có Can khương. Xác suất sử dụng Cam thảo chích và Can khương cao gấp 2,2 lần so với xác suất chỉ sử dụng Cam thảo chích mà không sử dụng Can khương.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhóm triệu chứng, nhóm bệnh lý, nhóm hệ thống bệnh lý

Tác phẩm “Ngư Tiều vấn đáp y thuật” đề cập 1219 triệu chứng, bệnh lý, trong đó: 1044 triệu chứng, bệnh lý không có bài thuốc kèm theo, 114 triệu chứng, bệnh lý không thể chuẩn hóa theo hệ thống triệu chứng, bệnh lý của WHO – lý giải do các triệu chứng, bệnh lý mô tả bằng văn nói, chưa được trau chuốt cẩn thận, tuy gây khó khăn trong việc chuẩn hóa nhưng gần gũi đời sống thường ngày, dễ hiểu đối với đa phần quần chúng, còn lại 61 triệu chứng, bệnh lý chuẩn hóa được và có bài thuốc điều trị kèm theo đưa vào thống kê và nghiên cứu.

Trong phân loại nhóm triệu chứng, triệu chứng tại chỗ chiếm ưu thế là do chưa được tổng hợp thành triệu chứng toàn thân hoặc bệnh lý cụ thể. Những triệu chứng này rất thường gặp trong đời sống hằng ngày, vì vậy Nguyễn Đình Chiểu muốn thông qua “Ngư Tiều vấn đáp y thuật” để phổ cập rộng rãi hơn đến quần chúng, nhằm cải thiện, nâng cao chất lượng cuộc sống.

Trong phân loại nhóm bệnh lý, tỷ lệ bệnh lý cấp tính chiếm 100,0%. Tính chất bệnh nguy hiểm, có thể ảnh hưởng tính mạng (sán, hoắc loạn, kinh phong,...) nên được ưu tiên đề cập với hi vọng nâng cao tỷ lệ sống sót của người dân trong bối cảnh đất nước đương thời.

Trong nhóm hệ thống bệnh lý, bệnh nội khoa (ầu thổ, bệnh kiết lý,...) phong phú, đa dạng, tính chất bệnh nguy cấp, diễn tiến nhanh, có thể gây tử vong, nên được đề cập nhiều nhất – chiếm tỷ lệ cao nhất, phù hợp với hoàn cảnh, mục đích biên soạn tác phẩm. Bệnh ngũ quan (hầu tý, củng mạc xuất huyết,...) khá nguy cấp nên xếp thứ hai. Bệnh nhi – phụ khoa, đề cập những triệu chứng, bệnh lý vừa cấp tính vừa nguy hiểm ở trẻ em (kinh phong, cam), thể hiện sự chú trọng đặc biệt đối với trẻ em, cụ thể trong phần Nhi khoa: Tiểu nhi mạch, Tướng tiểu nhi bí pháp ca, Tiểu nhi nguy chứng thập ngũ hậu, Tiểu nhi bệnh chứng dụng dược ca. Phụ nhân cũng được chú trọng không kém – phần Phụ khoa: Dưỡng thai, Kỵ thai, Biến trị, Dị chứng, Nhâm thần mạch đến Lộng thai, Sản nan, Ly kinh mạch, Sản hậu. Tuy bệnh lý nhi – phụ khoa được chú trọng nhưng chiếm tỷ lệ thấp (15,5%) vì các bài thuốc sử dụng điều trị triệu chứng, bệnh lý trong phần Nhi khoa, Phụ khoa không tìm được thành phần vị thuốc.

Tỷ lệ sử dụng bài thuốc

Tỷ lệ triệu chứng và tỷ lệ bệnh lý có sự chênh lệch cao (78,7% và 21,3%) nên tỷ lệ bài thuốc sử dụng điều trị triệu chứng và tỷ lệ bài thuốc sử dụng điều trị bệnh lý cũng có sự chênh lệch (80,2% và 19,8%).

Bài thuốc sử dụng điều trị triệu chứng tại chỗ chiếm tỷ lệ cao hơn so với triệu chứng toàn thân (72,7% và 27,3%) vì triệu chứng tại chỗ chiếm tỷ lệ cao hơn triệu chứng triệu chứng toàn thân trong nhóm triệu chứng (70,8% và 29,2%).

Tương tự, bài thuốc sử dụng điều trị bệnh lý cấp tính chiếm tỷ lệ tuyệt đối so với bệnh lý mạn tính (100,0%) vì tỷ lệ bệnh lý cấp tính chiếm 100,0%. Trong nhóm hệ thống bệnh lý, tỷ lệ bài thuốc dùng điều trị bệnh nội khoa cao nhất (10 bài thuốc – 52,6%) so với các bệnh còn lại.

Triệu chứng vị thống có tần suất sử dụng bài thuốc cao nhất, gồm: Quế chi thang gia Thược dược, Quế chi thang gia Hoàng kỳ, Lý trung thang gia Ô mai, Tứ nghịch tán gia Thược dược thang, Tiểu thừa khí thang. Bệnh lý có tần suất sử dụng bài thuốc cao nhất là ỉu thổ và bệnh kiết lý. Các bài thuốc dùng điều trị ỉu thổ: Quế chi thang, Lý trung thang gia Ô mai, Tứ nghịch thang gia Ô mai, Thiêu châm hoàn (dùng cho trẻ em). Các bài thuốc dùng điều trị bệnh kiết lý: Quế chi thang, Tứ nghịch tán gia Thược dược thang, Tứ nghịch thang.

Trong mười bài thuốc được sử dụng nhiều nhất, Tứ nghịch thang có tỷ lệ sử dụng cao nhất (18,8%). Tứ nghịch thang gồm Phụ tử sống, Can khương, Cam thảo chích. Phụ tử sống (quân dược) giúp ôn âm, hồi dương cứu nghịch. Can khương tác dụng ôn trung tán hàn, phối hợp với Phụ tử sống tăng lực ôn lý hồi dương. Cam thảo chích giảm bớt tính cay nóng của Phụ tử sống và Can

khương. Bài thuốc Tứ nghịch thang có công dụng hồi dương cứu nghịch nên được chỉ định cho chứng Tâm Thận dương suy hàn quyết (tay chân lạnh, sợ lạnh, co ro, mệt mỏi...).³ Từ đó, sử dụng bài thuốc Tứ nghịch thang để điều trị các triệu chứng được nhắc tới trong “Ngư Tiều vấn đáp y thuật” là hợp lý.

“Ngư Tiều vấn đáp y thuật” nêu ra Đại thừa khí thang dùng điều trị các triệu chứng như khẩu can, khẩu khát, tiểu khó, đại tiện táo kết và bệnh lý như củng mạc xuất huyết. Đại thừa khí thang gồm Đại hoàng, Mang tiêu, Chỉ thực, Hậu phác, có công dụng nhuận hạ nhiệt kết và chỉ định Dương minh phủ thực (sốt cao, nói sảng, không đại tiện được...). Đại hoàng tiết nhiệt, thanh trừ Trường vị tích trệ làm quân dược. Mang tiêu tả nhiệt, nhuận kiên nhuận táo, tương tu với Đại hoàng tăng thanh trừ nhiệt kết. Chỉ thực phá khí tán kết, Hậu phác hành khí, Chỉ thực và Hậu phác phối ngũ, hỗ trợ Đại hoàng, Mang tiêu tiêu trừ tích trệ, nhuận hạ nhiệt kết.³ Nên dùng Đại thừa khí thang để điều trị các triệu chứng, bệnh lý tác phẩm nêu ra là hợp lý.

“Ngư Tiều vấn đáp y thuật” đề cập Lý trung thang trong các triệu chứng: Dương chứng, biểu nhiệt lý hàn, tiện đường, chiêm ngôn. Lý trung thang gồm Can khương, Nhân sâm, Bạch truật, Cam thảo chích, có công dụng ôn trung tán hàn, bổ khí kiện Tỳ và chỉ định Tỳ Vị hư hàn (sợ lạnh, tiêu lỏng...), dương hư thất huyết (sắc mặt trắng nhợt, thờ ngẩn, mệt mỏi...), Tâm thống do trung dương bất túc. Lý trung thang lấy Can khương làm quân dược. Can khương ôn Tỳ noãn Vị, trợ dương trừ hàn. Nhân sâm ích khí kiện Tỳ, bổ hư trợ dương. Bạch truật kiện Tỳ bổ hư trợ dương, táo thấp tăng vận hóa của Tỳ. Cam thảo chích hỗ trợ Nhân sâm,

Bạch truật ích khí kiện Tỳ, hoãn cấp chỉ thống, điều hòa các vị thuốc.³ Qua đó, sử dụng Lý trung thang cho các triệu chứng tác phẩm đề cập là hợp lý.

Các bài thuốc được thống kê hầu hết được sử dụng ở dạng thuốc thang. Vì thuốc thang có tác dụng nhanh, mang lại hiệu quả điều trị trong thời gian ngắn nhất. Bài thuốc ở dạng hoàn như Lô hội hoàn và Thiêu châm hoàn đều dùng cho trẻ em, dễ sử dụng, có thể sử dụng được toàn bộ liều lượng thuốc cần uống trong một lần.

Các bài thuốc đã bao quát, điều trị được hầu hết các triệu chứng, bệnh lý được đề cập kèm theo.

Ngoài ra, tác phẩm còn đề cập: Phụ nữ có thai không nên dùng Phạt thủ thang, Tứ vật thang, Tiểu sài hồ thang vì Phạt thủ thang có Xuyên khung tán khí phát hãn làm cơ thể thêm suy nhược, Tứ vật thang có Địa hoàng, Thược dược, muốn sử dụng phải chế Địa hoàng và sao tẩm Thược dược (Địa hoàng sống tính lạnh, Thược dược chua lạnh), Tiểu sài hồ thang có Hoàng cầm đắng lạnh nên không dùng.

Tỷ lệ sử dụng các vị thuốc

Nguồn gốc các vị thuốc sử dụng trong tác phẩm đa phần là từ thực vật, vì thực vật đa dạng, phong phú về loài, về chủng loại và hầu hết các bộ phận (rễ, thân, vỏ thân, cành, lá, quả, hạt... hoặc cả cây) đều có thể sử dụng làm thuốc. Cũng có các vị thuốc có nguồn gốc từ động vật (Thuyền thoái, Xạ hương) và khoáng vật (Hoàng đơn, Khô phân). Qua đây, khẳng định thêm sự đa dạng về nguồn gốc, bộ phận dùng, cách điều chế của dược liệu. Hơn nữa, các vị thuốc được thống kê, nghiên cứu đa phần dễ tìm, gần gũi cuộc sống nhưng vẫn đem lại hiệu quả điều trị, đáp ứng được nhu cầu cấp thiết của người dân.

Sau khi phân tích tác phẩm “Ngư Tiều vấn đáp y thuật”, mười vị thuốc có tỷ lệ sử dụng cao nhất thuộc các nhóm như bổ khí (Cam thảo chích, Bạch truật, Nhân sâm), ôn trung khu hàn (Can khương), hàn hạ (Đại hoàng), hồi dương cứu nghịch (Phụ tử sống), giáng khí (Chỉ thực), thanh nhiệt táo thấp (Hoàng cầm, Hoàng liên), bổ huyết (Bạch thược) theo lý luận YHCT.⁶

Cam thảo chích (*Radix et Rhizoma Glycyrrhizae Praeparata cum Melle*) là vị thuốc xuất hiện nhiều nhất (42 lần – chiếm 13.7%). Theo YHCT, Cam thảo chích vị ngọt, tính bình, quy kinh Phế, Tâm, Tỳ, Vị, thông 12 kinh, có tác dụng bổ Tỳ Vị, nhuận Phế, điều hòa các vị thuốc, chủ trị Tỳ Vị hư nhược. Cam thảo chích là vị thuốc rất thông dụng trong YHCT, thường được dùng làm sứ được giúp dẫn thuốc đến cơ quan, tạng phủ, các bộ phận cơ thể và kết hợp với vị thuốc khác trong nhiều bài thuốc giúp làm hài hòa khí vị, giảm độc tính của các vị thuốc khác. Không dùng chung với các vị thuốc như Đại kích, Nguyên hoa, Hải táo, Cam toại. Cam thảo chích có tác dụng điều hòa miễn dịch, long đờm, lợi tiểu, giải độc, chống đông máu, kháng khuẩn, kháng viêm, giảm đau và tăng cường trí nhớ. Dùng thời gian dài sẽ gây phù nề do tác dụng giống corticoid.⁶ Cam thảo chích kết hợp Đương quy có thể giảm đau, kháng viêm, giảm phù nề, chữa bóng nước.⁷

Can khương vị cay, ôn, quy kinh Tâm, Phế, Tỳ, Vị, Thận, Đại trường, công dụng ôn trung tán hàn, hồi dương cứu nghịch, hóa đàm, chỉ lý do hàn, phá huyết. “Ngư Tiều vấn đáp y thuật” sử dụng Can khương điều trị hàn ngưng bào cung là phù hợp. Can khương còn có tác dụng chống viêm, chống oxy hóa.

Đại hoàng vị đắng, tính hàn, quy kinh Tâm, Can, Tỳ, Vị, Đại trường, công dụng tả nhiệt thông trường, tả hỏa, giải độc, lương huyết, trục ú thông kinh. Dùng ngoài trị bỏng nước, bỏng lửa. Không dùng Đại hoàng cho phụ nữ có thai. “Ngư Tiều vấn đáp y thuật” sử dụng Đại hoàng điều trị huyết ú trở bào cung là phù hợp. Đại hoàng còn giúp giảm cholesterol máu, cầm máu, ngăn ngừa xơ gan.

Luật kết hợp các vị thuốc

Cam thảo chích → Can khương: Cam thảo chích⁶ bổ Tỳ, nhuận Phế, điều hòa các vị thuốc, chủ trị Tỳ Vị hư nhược. Can khương⁶ ôn trung tán hàn, giúp hồi dương cứu nghịch, chủ trị trung tiêu hư hàn, Tỳ hư nhược. Phối hợp hai vị thuốc này nhằm tăng tác dụng bổ Tỳ ích khí.

Quế chi → Bạch thược: Quế chi⁶ phát hãn, tán hàn giải cơ, ôn kinh thông dương. Bạch thược⁶ bổ huyết, dưỡng âm, thư cân, bình Can, chỉ thống. Quế chi là thuốc dẫn kinh Thái dương, dùng phối hợp Bạch thược có thể trị các chứng như sợ gió, sốt nóng có mồ hôi, nhức đầu, trung tiêu hư hàn. Ngoài ra, Quế chi kết hợp Bạch thược giúp điều trị đau mãn tính, rối loạn lo âu, rối loạn tâm thần trầm cảm.

Đại táo → Bạch thược: Đại táo⁶ bổ trung ích khí, dưỡng Tỳ hòa Vị, dưỡng Tâm an thần, điều hòa các vị thuốc, chủ trị Tỳ Vị hư tổn. Bạch thược⁶ bổ huyết, dưỡng âm, thư cân, bình Can, chỉ thống. Đại táo phối hợp Bạch thược tăng tác dụng dưỡng Tâm an thần, điều hòa Tỳ Vị.

Sinh khương → Bạch thược: Sinh khương⁶ chỉ khát, giải biểu, giải độc, cầm nôn, bổ trung ích khí, hòa hoãn ôn trung, chủ trị ngoại cảm phong hàn, Tỳ Vị hư hàn. Bạch thược⁶ bổ huyết, dưỡng âm, thư cân, bình Can, chỉ thống. Phối hợp Sinh khương và

Bạch thược giúp điều hòa Tỳ Vị, nâng chính khí trung tiêu, còn giúp chống trầm cảm, giảm viêm.

Cam thảo chích → Bạch thược: Cam thảo chích⁶ bổ Tỳ, nhuận Phế, điều hòa các vị thuốc, chủ trị Tỳ Vị hư nhược. Bạch thược⁶ bổ huyết, dưỡng âm, thư cân, bình Can, chỉ thống. Phối hợp Cam thảo chích và Bạch thược giúp hành khí hoạt huyết, dưỡng Tỳ Vị, chỉ thống tốt hơn, còn giúp dẫn cơ tránh bị vấp bẻ, giảm acid uric, giảm đau do bệnh thần kinh ngoại biên.

Hầu hết các bài thuốc đều đi quan trục Tỳ Vị, mà các vị thuốc có khí vị nóng lạnh, hư thực... khác nhau, nên dễ ảnh hưởng chức năng của Tỳ Vị. Do đó các vị thuốc như Cam thảo chích, Đại táo, Sinh khương rất hay được thêm vào các bài thuốc.

V. KẾT LUẬN

Ngư tiều vấn đáp y thuật đề cập nhiều triệu chứng, bệnh lý. Triệu chứng tại chỗ và bệnh lý cấp tính chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong nhóm hệ thống bệnh lý, bệnh nội khoa chiếm tỷ lệ cao nhất.

Các bài thuốc, vị thuốc được sử dụng trong tác phẩm đa phần thuộc nhóm bổ dưỡng trong đó Cam thảo chích chiếm tỷ lệ cao nhất. Cam thảo chích được sử dụng làm sứ được trong nhiều bài thuốc và trong các luật kết hợp vị thuốc tìm được trong tác phẩm, Cam thảo chích có độ hỗ trợ cũng như độ tin cậy cao. Bài thuốc Tứ nghịch thang được sử dụng với tỷ lệ cao nhất trong tác phẩm.

Năm luật kết hợp các vị thuốc: Cam thảo chích → Can khương, Quế chi → Bạch thược, Đại táo → Bạch thược, Sinh khương → Bạch thược, Cam thảo chích → Bạch thược.

VI. HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI

Sai sót về số liệu vì bản gốc đã thất truyền, “Ngư Tiều vấn đáp y thuật” do Nhà xuất bản Thuận Hóa ấn bản năm 2006 chỉ biên soạn lại từ các dị bản còn tìm được.

Tiêu chuẩn phân loại nhóm triệu chứng (triệu chứng tại chỗ, triệu chứng toàn thân), nhóm bệnh lý (bệnh lý cấp tính, bệnh lý mạn tính) mang tính chủ quan, chưa có tiêu chuẩn phân loại cụ thể, khoa học.

Không có liều lượng, bộ phận dùng, cách chế biến rõ ràng của các vị thuốc, cản trở việc ứng dụng, nghiên cứu các bài thuốc, vị thuốc một cách hiệu quả và an toàn nhất.

VII. KIẾN NGHỊ

Tìm kiếm tiêu chuẩn rõ ràng, khoa học hơn để phân loại triệu chứng (triệu chứng tại chỗ, triệu chứng toàn thân), bệnh lý (bệnh lý cấp tính, bệnh lý mạn tính).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chu Q. T. Thuật ngữ Y học cổ truyền của

Tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (Bản dịch). Nhà xuất bản y học. 2009.

2. Đỗ T. L. Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Nhà xuất bản y học. 2006.
3. Hứa H. O. Giáo trình Thuốc Y học cổ truyền. Nhà xuất bản y học. 2021: 59, 60, 61, 76, 95-96, 137, 193, 210, 213, 211, 221.
4. Lê B. L. Giáo trình Phương tễ học. Nhà xuất bản y học. 2021: 95.
5. Nguyễn T. D., Đỗ T. H., Nguyễn C. V. Tìm Hiểu Thư Tịch y Dược Cổ Truyền Việt Nam. Nhà xuất bản Khoa học xã hội; 2009.
6. Tào D. C. Phương thang Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Đà Nẵng. 2019.
7. Dong R, Wang P, Lu Y. Combination of flavonoids in Glycyrrhizae Radix et Rhizoma Praeparata Cum Melle and Angelicae Sinensis Radix in treatment of scalds: A preliminary study of dosage form. Zhongguo Zhong Yao Za Zhi Zhongguo Zhongyao Zazhi China J Chin Mater Medica. 2021;46(22):5810-5818. doi:10.19540/j.cnki.cjcmm.20210311.304

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CHỐNG TRẦM CẢM CỦA CHẾ PHẨM VIÊN NANG CỨNG XVHC TRÊN CHUỘT NHẮT TRẮNG

Nguyễn Thị Ngọc Trân¹, Hứa Hoàng Oanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng chống trầm cảm của chế phẩm viên nang cứng XVHC (bào chế từ: Xấu hổ, Vông nem, Hậu phác nam, Cam thảo nam). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chế phẩm viên nang cứng XVHC được cung cấp bởi Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh. Sử dụng mô hình treo đuôi chuột (TST) và bơi bắt buộc (FST) để đánh giá tác dụng chống trầm cảm của viên nang cứng XVHC ở hai mức liều 346 mg/kg và 692 mg/kg. **Kết quả:** Viên nang cứng XVHC liều 346 mg/kg và 692 mg/kg đều làm giảm thời gian bất động ở chuột nhắt trắng nuôi cô lập trên hai thực nghiệm treo đuôi chuột và bơi bắt buộc so với nhóm bệnh lý ($p < 0,05$). So với nhóm chuột nuôi cô lập điều trị bằng fluoxetine 20 mg/kg, viên nang cứng ở hai mức liều có tác dụng làm giảm thời gian bất động tương đương ($p > 0,05$). Viên nang cứng XVHC liều 346 mg/kg làm giảm thời gian bất động tương đương liều 692 mg/kg ($p > 0,05$). Trên nhóm chuột nuôi chung, dùng viên nang cứng XVHC liều 346 mg/kg, 692 mg/kg và fluoxetine 20 mg/kg không làm giảm thời gian bất động ở cả hai thực nghiệm treo đuôi chuột và bơi bắt buộc so với nhóm sinh lý ($p > 0,05$). **Kết luận:** Viên nang cứng XVHC liều 346 mg/kg, 692

mg/kg đều có tác dụng chống trầm cảm trên chuột nhắt trắng nuôi cô lập qua thực nghiệm treo đuôi chuột, bơi bắt buộc. Viên nang cứng liều 346 mg/kg có tác dụng chống trầm cảm tương đương với liều 692 mg/kg. Ở nhóm chuột nhắt trắng nuôi chung, viên nang cứng XVHC ở cả 2 liều trên đều không có tác dụng chống trầm cảm.

Từ khóa: Xấu hổ, Vông nem, Hậu phác nam, Cam thảo nam, viên nang cứng XVHC, chống trầm cảm.

SUMMARY

EVALUATION OF THE ANTIDEPRESSANT EFFECTS OF THE XVHC HARD CAPSULE IN MICE

Objective: To evaluate the antidepressant effects of the XVHC hard capsule (formulated from: *Mimosa pudica* L., *Erythrina variegata* L. var. *orientalis* (L.) Merr., *Cinnamomum iners* Reinw., *Scoparia dulcis* L.) in mice. **Subjects and Methods:** The XVHC hard capsules were provided by the Traditional Medicine Hospital of Ho Chi Minh City. The tail suspension test (TST) and the forced swim test (FST) were used to assess the antidepressant effects of the XVHC hard capsules at two dosage levels: 346 mg/kg and 692 mg/kg in mice. **Results:** The XVHC hard capsules at dosages of 346 mg/kg and 692 mg/kg both significantly reduced immobility time in isolated mice in TST and FST, compared to the disease model group ($p < 0.05$). Compared to the isolated mice treated with fluoxetine at 20 mg/kg, the hard capsules at both dosages exhibited comparable effects in reducing

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hứa Hoàng Oanh

Email: hhoanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 10.8.2024

immobility time ($p>0.05$). The XVHC hard capsules at 346 mg/kg showed similar efficacy in reducing immobility time as the 692 mg/kg dosage ($p>0.05$). In group-housed mice, the XVHC hard capsules at dosages of 346 mg/kg and 692 mg/kg, as well as fluoxetine at 20 mg/kg, did not reduce immobility time in either the TST or FST compared to the physiological group ($p>0.05$). **Conclusion:** The XVHC hard capsules at dosages of 346 mg/kg and 692 mg/kg demonstrated antidepressant effects in isolated mice in both the TST and FST. The antidepressant effect of the 346 mg/kg dosage was equivalent to that of the 692 mg/kg dosage. In group-housed mice, the XVHC hard capsules at both dosages did not exhibit antidepressant effects.

Keywords: *Mimosa pudica* L., *Erythrina variegata* L. var. *orientalis* (L.) Merr., *Cinnamomum iners* Reinw, *Scoparia dulcis* L., XVHC hard capsules, antidepressant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với hơn 300 triệu người bị ảnh hưởng, trầm cảm đang là nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tật và khuyết tật trên toàn thế giới. Tuy nhiên, số lượng người bệnh được điều trị và chăm sóc sức khỏe là rất ít do chi phí, thời gian điều trị và theo dõi dài, tỷ lệ tái phát trầm cảm cao. Thuốc chống trầm cảm là phương pháp điều trị đầu tay và nhóm thuốc ức chế tái hấp thu serotonin (SSRIs) chọn lọc là một trong các loại thuốc trị liệu hữu hiệu nhất nhưng đi kèm các tác dụng phụ, tương tác với nhiều loại thuốc và gây hiện tượng lệ

thuộc thuốc sau khi ngưng sử dụng [1]. Vì vậy, tìm kiếm các phương pháp mới trong điều trị trầm cảm ngày càng được quan tâm. Có nhiều vị thuốc và bài thuốc Y học cổ truyền (YHCT) đã được chứng minh có tác dụng chống trầm cảm [2,8]. Viên nang cứng XVHC được chuyển dạng bào chế từ thang thuốc nam nghiệm phương do Bác sĩ Võ Đình Hưng sử dụng có hiệu quả trên lâm sàng và chấp thuận đưa vào nghiên cứu gồm các dược liệu: Xấu hổ (20 g), Vông nem (6 g), Hậu phác nam (8 g), Cam thảo nam (16 g). Bài thuốc XVHC có tác dụng an thần, giải lo âu và hiệu quả trên lâm sàng trong điều trị mất ngủ, giải lo âu. Hơn thế nữa, có nhiều nghiên cứu đã chứng minh tác dụng chống trầm cảm của Xấu hổ, Vông nem, Cam thảo nam, điều này cho thấy tiềm năng về tác dụng chống trầm cảm của bài thuốc [2,4,5]. Vì vậy đề tài được tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: **“Đánh giá tác dụng chống trầm cảm của chế phẩm viên nang cứng Xấu hổ, Vông nem, Hậu phác nam, Cam thảo nam”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Viên nang cứng XVHC được kiểm nghiệm các nguyên liệu đầu vào, bào chế và sản xuất tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh, đạt tiêu chuẩn cơ sở. Mỗi viên nang cứng XVHC chứa thành phần như trong Bảng 1:

Bảng 11. Thành phần trong 1 viên nang cứng XVHC

STT	Thành phần	Khối lượng
1	Cao thuốc XVHC (quy về 0% độ ẩm) (Xấu hổ, Vông nem, Hậu phác nam, Cam thảo nam)	360 mg
2	Tá dược (Colloidal silicon dioxyd, flocel 101, vivasol GF, magnesi stearat)	Vừa đủ 1 viên

Thuốc đối chứng

Fluoxetin viên nang cứng 20 mg (biệt dược Flutonin), được sản xuất bởi Hasan-Dermapharm. Số lô SX: 00322. HSD: 07/12/2025.

Chuẩn bị thuốc thử nghiệm

- Thuốc đối chứng fluoxetin: Nghiền 1 viên fluoxetin 20 mg/kg thành bột mịn, pha với 10 ml nước cất, cho chuột uống với thể tích 0,1 ml/10 g.

- Viên nang XVHC: Từ liều dùng trên người là 4 viên/ngày, với mỗi viên chứa 360 mg cao khô được liệu, lượng được liệu tương ứng trên người là 1440 mg/người/ngày, quy đổi liều tương ứng trên chuột nhất là 346 mg/kg/24 giờ. Liều 692 mg/kg/24 giờ trên chuột nhất được sử dụng là liều gấp đôi liều dự kiến trên lâm sàng.

+ Liều 346 mg/kg: Dùng đường uống, 1 lần/ngày. Cân bột thuốc trong viên nang tương đương 346 mg/kg, nghiền thành bột mịn, hòa tan hoàn toàn với 10 ml nước cất, cho chuột uống với thể tích 0,1 ml/10 g.

+ Liều 692 mg/kg: Dùng đường uống, 1 lần/ngày. Cân bột thuốc trong viên nang tương đương 692 mg/kg, nghiền thành bột mịn, hòa tan hoàn toàn với 10 ml nước cất, cho chuột uống với thể tích 0,1 ml/10 g.

Động vật thử nghiệm

Chuột nhất trắng chủng Swiss albino, giống đực, 6 - 8 tuần tuổi, trọng lượng trung bình 20 ± 2 g, cung cấp bởi Viện Pasteur TP.

Hồ Chí Minh. Chuột được nuôi trong điều kiện ổn định về dinh dưỡng và đảm bảo chu kỳ sáng tối 12/12 giờ. Chuột được nuôi ổn định 7 ngày trước khi tiến hành thử nghiệm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**Thực nghiệm gây cô lập xã hội trên chuột nhắt trắng**

Gây stress chuột thử nghiệm bằng nuôi cô lập dựa trên phương pháp nghiên cứu của Kinzo Matsumoto (1997) [3]. Thực nghiệm dựa trên đặc điểm sống theo bầy đàn của loài gặm nhấm, nuôi cô lập ở chuột gây ra các bất thường về hành vi bao gồm tăng sự hung hăng, lo lắng, thiếu hụt về nhận thức và vận động, tương tự như các triệu chứng trong rối loạn tâm thần như trầm cảm. Thực nghiệm chia chuột làm 2 nhóm: Nhóm sinh lý (chuột nuôi chung và uống nước cất), nhóm bệnh lý (chuột nuôi cô lập và uống nước cất). Trong 4 tuần, chuột được nuôi riêng lẻ trong từng lồng, lồng được bao bọc kín bằng bìa carton để tránh tiếp xúc với môi trường ngoài, các lồng được bố trí sao cho không có sự tiếp xúc với nhau. Sau 4 tuần, chuột được xác định stress dựa trên thời gian bất động ở lô chứng sinh lý và lô chứng bệnh lý trong hai mô hình treo đuôi chuột và bơi bắt buộc.

Thử nghiệm chống trầm cảm bằng thực nghiệm treo đuôi chuột

Thiết bị thử nghiệm treo đuôi chuột gồm 3 ngăn với chiều dài 50 cm, chiều rộng 15 cm, chiều cao 60 cm, có vách ngăn và móc

treo đuôi. Vào ngày 35 trong kết quả thực nghiệm gây stress bằng nuôi cô lập, chia mỗi nhóm thành 4 lô (n=7), tiến hành cho lô 2-3-4 uống mẫu thử liên tục trong 7 ngày. Vào ngày 43, dựa trên phương pháp tiến hành của Steru [7], chuột thử nghiệm được cho uống mẫu thử 45 phút trước khi tiến hành treo đuôi chuột. Tiến hành trong 6 phút, quan sát và

kết hợp bằng camera ghi nhận thời gian bắt động từ phút thứ 2 đến phút thứ 6. Đánh giá thông qua thời gian bắt động (được xác định là chuột buông tự nhiên không có bất kỳ chuyển động nào ngoài hô hấp).

Chuột từ 2 nhóm nuôi chung và cô lập được phân làm các lô thử nghiệm như Bảng 2:

Bảng 0 Phân lô chuột trong thực nghiệm

Lô	Nhóm nuôi chung	Nhóm nuôi cô lập	Liều dùng
1	Chứng sinh lý	Chứng bệnh lý	Nước cất
2	Uống fluoxetin	Chứng dương, uống fluoxetin	20 mg/kg
3	Uống viên nang XVHC liều 1	Uống viên nang XVHC liều 1	346 mg/kg
4	Uống viên nang XVHC liều 2	Uống viên nang XVHC liều 2	692 mg/kg

Thử nghiệm chống trầm cảm bằng thực nghiệm bơi bắt buộc

Thiết bị thử nghiệm bằng thủy tinh, hình trụ, cao 40 cm, đường kính 13 cm với mực nước cao 35 cm, đảm bảo chuột không nhảy ra ngoài và không bị chạm đuôi vào đáy bình, nhiệt độ nước 28°C. Chuột thử nghiệm được cho uống 60 phút trước khi thử nghiệm và tiến hành thực nghiệm dựa trên phương pháp của Porsolt [6]. Sau 2 phút đầu chuột được thả bơi tự do, tiến hành ghi nhận thời gian bắt động của chuột qua quan sát cử động và kết hợp ghi nhận bằng camera từ phút thứ 3 đến phút thứ 6 (ở 4 phút sau). Thời gian bắt động được xác định khi chuột thả trôi, không có những cử động tích cực, ngoại trừ một vài vận động tối thiểu để giữ thăng bằng cơ thể và giữ đầu nổi lên mặt nước.

Chuột từ 2 nhóm nuôi chung và cô lập được phân làm 4 lô thử nghiệm như trong Bảng 2.

Xử lý kết quả và phân tích thống kê

Dữ liệu được trình bày dưới dạng Mean $\pm$ SEM (Trung bình $\pm$ Sai số chuẩn của số trung bình). Dùng phần mềm STATA 16.0 so sánh sự khác nhau giữa các nhóm với phép kiểm định các giá trị bằng T-test bất cặp, kiểm định ANOVA, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu trên động vật của Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Quyết định số 306/QĐ-ĐHYD và tuân thủ theo đạo đức nghiên cứu trên động vật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

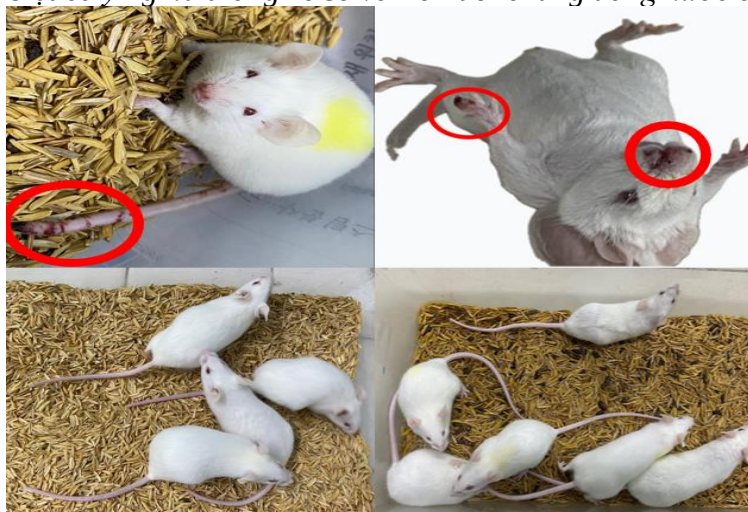
3.1. Thử nghiệm cô lập xã hội trên chuột nhắt trắng

Sau 4 tuần nuôi cô lập như trình bày trong phương pháp nghiên cứu, chuột nuôi cô lập có các hành vi và biểu hiện trầm cảm như sau:

Bảng 3. Kết quả thử nghiệm treo đuôi chuột và bơi bắt buộc ở nhóm nuôi chung và nuôi cô lập

Thử nghiệm	Thông số đánh giá (giây)	Nhóm nuôi chung (Mean $\pm$ SEM)	Nhóm cô lập (Mean $\pm$ SEM)
Treo đuôi chuột	Thời gian bắt động	142 $\pm$ 6,7	179 $\pm$ 10,6*
Bơi bắt buộc	Thời gian bắt động	137 $\pm$ 9,8	181 $\pm$ 7,3*

* $p < 0,05$: khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô nuôi chung uống nước cất, độ tin cậy 95%

**Hình 1. Chuột nuôi cô lập sau 4 tuần tự gây tổn thương tại các vùng khác nhau trên cơ thể**

Chuột nuôi cô lập có hành vi tự tổn thương bản thân trong 4 tuần nuôi cô lập như: Tự cắn đuôi, cắn chân, cắn miệng, hung hăng hơn so với nhóm chuột nuôi chung. Hành vi trầm cảm của chuột còn thể hiện qua thời gian bắt động của trên thực nghiệm treo đuôi chuột và bơi bắt buộc. Ở cả hai thực nghiệm này, lô chứng bệnh lý làm tăng thời

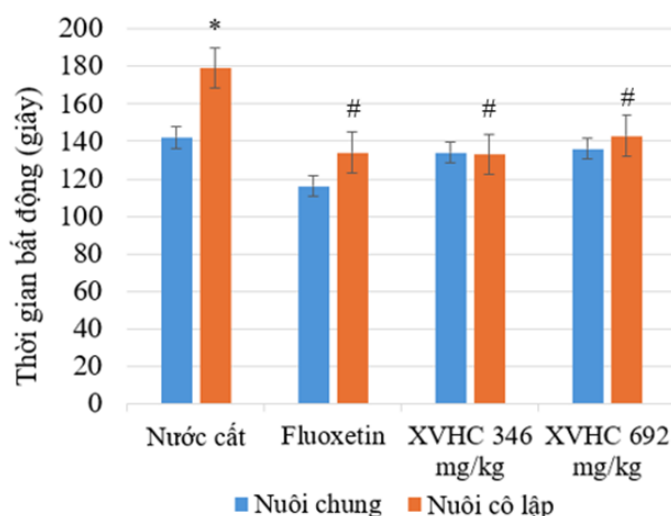
gian bắt động, có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh lý ($p < 0,05$).

3.2. Tác dụng chống trầm cảm của viên nang XVHC trên thực nghiệm treo đuôi chuột

Kết quả từ Bảng 4 và Biểu đồ 1 cho thấy tác dụng chống trầm cảm ở nhóm chuột nuôi cô lập trên thực nghiệm treo đuôi chuột sau 7 ngày dùng thuốc như sau:

Bảng 4. Kết quả thử nghiệm treo đuôi chuột của viên nang XVHC

Nhóm	Lô (n=8)	Liều	Thời gian bắt động (giây)
Nuôi chung	1	Nước cất	142 $\pm$ 6,7
	2	Fluoxetin 20 mg/kg	116 $\pm$ 20,2
	3	Viên nang 346 mg/kg	134 $\pm$ 10,3
	4	Viên nang 692 mg/kg	136 $\pm$ 10,6
Nuôi cô lập	1	Nước cất	179 $\pm$ 10,6*
	2	Fluoxetin 20 mg/kg	134 $\pm$ 9,3 [#]
	3	Viên nang 346 mg/kg	133 $\pm$ 8,7 [#]
	4	Viên nang 692 mg/kg	143 $\pm$ 11,2 [#]



Biểu đồ 1. Thời gian bắt động trên thực nghiệm treo đuôi chuột

* $p < 0,05$: khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh lý

$p < 0,05$: khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng bệnh lý

Trong nhóm nuôi cô lập, thời gian bắt động của nhóm dùng viên nang cứng liều 346 mg/kg và 692 mg/kg làm giảm lần lượt là 24% và 20% so với nhóm chứng bệnh lý ($p < 0,05$) và khác biệt không có ý nghĩa thống kê so nhóm dùng fluoxetin liều 20 mg/kg ($p > 0,05$). Bên cạnh đó, thời gian bắt động của nhóm dùng liều 346 mg/kg khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm dùng liều 692 mg/kg ($p > 0,05$).

Ở nhóm chuột nuôi chung, thời gian bắt động của các lô dùng viên nang liều 346 mg/kg và 692 mg/kg đều khác biệt không có

ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng sinh lý và lô dùng fluoxetin liều 20 mg/kg ($p > 0,05$).

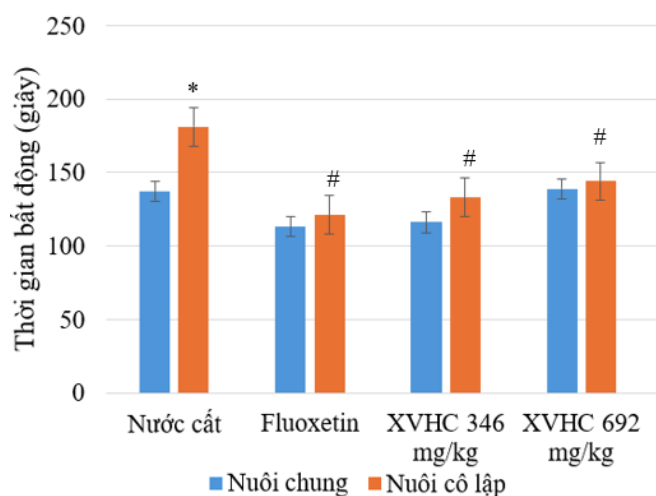
Như vậy, viên nang XVHC có tác dụng chống trầm cảm trên chuột nhắt trắng ở liều 346 mg/kg và 692 mg/kg sau khi uống liên tục 7 ngày và thuốc chỉ có tác dụng trên nhóm nuôi cô lập.

Tác dụng chống trầm cảm của viên nang XVHC trên thực nghiệm bơi bắt buộc

Bảng 5 và Biểu đồ 2 cho thấy kết quả đánh giá tác dụng chống trầm cảm của viên nang XVHC trên thực nghiệm bơi bắt buộc sau 7 ngày dùng thuốc như sau:

Bảng 5. Kết quả thử nghiệm bơi bắt buộc của viên nang XVHC

Nhóm	Lô (n=8)	Liều	Thời gian bắt động (giây)
Nuôi chung	1	Nước cất	$137 \pm 9,8$
	2	Fluoxetin 20 mg/kg	$113 \pm 3,3$
	3	Viên nang 346 mg/kg	$116 \pm 6,2$
	4	Viên nang 692 mg/kg	$139 \pm 5,8$
Nuôi cô lập	1	Nước cất	$181 \pm 7,3^*$
	2	Fluoxetin 20 mg/kg	$121 \pm 10,5^{\#}$
	3	Viên nang 346 mg/kg	$135 \pm 8,8^{\#}$
	4	Viên nang 692 mg/kg	$144 \pm 12,9^{\#}$

**Biểu đồ 2.**

* $p < 0,05$: khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh lý

$p < 0,05$: khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng bệnh lý

Sau khi điều trị 7 ngày, nhóm nuôi cô lập uống viên nang cứng XVHC liều 346 mg/kg và 692 mg/kg làm giảm thời gian bất động so với lô bệnh lý tương ứng là 25%, 20% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); tuy nhiên thời gian bất động giữa 2 liều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian bất động của nhóm dùng viên nang cứng liều 346 mg/kg và 692 mg/kg so nhóm dùng fluoxetine liều 20 mg/kg cũng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Ở nhóm chuột nuôi chung, thời gian bất động của lô dùng viên nang liều 346 mg/kg và liều 692 mg/kg khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) so với lô sinh lý và lô dùng thuốc fluoxetine 20 mg/kg.

Như vậy, sản phẩm viên nang cứng XVHC thể hiện tác dụng chống trầm cảm trên chuột nhắt trắng bị stress.

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng của người ở trạng thái trầm cảm tương ứng với hành vi buông xuôi ở

động vật có thể đánh giá qua thực nghiệm treo đuôi, bơi bắt buộc. Thực nghiệm treo đuôi chuột dựa trên chuột phải chịu áp lực ngắn hạn, không thể tránh khi treo đuôi, sau những chuyển động trốn thoát ban đầu và tiến tới bất động. Thực nghiệm bơi bắt buộc dựa trên giả định khi đặt con vật vào thùng chứa đầy nước, trước tiên con vật sẽ nỗ lực trốn thoát nhưng cuối cùng sẽ bất động, phản ánh mức độ tuyệt vọng về hành vi. Các loại thuốc chống trầm cảm khác nhau đảo ngược sự bất động và thúc đẩy hành vi trốn thoát [6,7]. Cả hai thực nghiệm đã được nhiều tác giả trong và ngoài nước áp dụng vào nghiên cứu tác dụng chống trầm cảm, an thần, giải lo âu. Trong nghiên cứu này, viên nang cứng XVHC liều 346 mg/kg, 692 mg/kg và fluoxetine đều thể hiện tác dụng chống trầm cảm trên chuột nhắt trắng nuôi cô lập thông qua giảm thời gian bất động qua hai thực nghiệm sau 7 ngày liên tục dùng thuốc ($p < 0,05$). Khi so sánh kết quả chống trầm cảm ở liều 346 mg/kg và liều 692 mg/kg, tác

dụng này hầu như không khác biệt ($p>0,05$). Trên nhóm chuột nuôi chung, viên nang cứng XVHC không có tác dụng chống trầm cảm, cho thấy tính an toàn trên nhóm bình thường. Dịch chiết ethyl acetate của Xấu hổ làm giảm trầm cảm và tăng cường trí nhớ thông qua tăng dopamin ở mô não chuột [5]. Dịch chiết hydroalcoholic và alkaloid từ Vòng nem có tác dụng giải lo âu, êm dịu hệ thần kinh trung ương, chẹn thần kinh cơ [2]. Dịch chiết ethanol của toàn cây Cam thảo nam làm giảm thời gian tiềm thời giấc ngủ và kéo dài thời gian ngủ, an thần và thôi miên mạnh, ngoài ra Cam thảo nam còn có tác dụng chống oxy hóa, kháng viêm, bảo vệ gan [4]. Vì đó, cơ chế tác dụng của viên nang cứng XVHC có thể liên quan đến các hoạt chất làm êm dịu hệ thần kinh trung ương, an thần và bảo vệ tế bào thần kinh khỏi stress.

Theo Y học cổ truyền, trầm cảm là do tổn thương về cảm xúc, với những triệu chứng thuộc phạm trù “Uất chứng”. “Uất chứng” có cơ chế bệnh sinh đa dạng, trong đó hội chứng bệnh phổ biến nhất là Can khí uất [8], ngoài ra tạng Can còn liên quan chặt chẽ với tạng Tỳ, Thận, Tâm. Điều trị “Uất chứng” nên dựa vào tạng Can, lý khí giải uất và thông khí huyết làm các chức năng tạng phủ quân bình, điều hòa cảm xúc. Trong bài thuốc, Xấu hổ (vị ngọt đắng, quy kinh Tâm, Can, Thận) là quân dược có công dụng sơ Can giải uất, giải quyết triệu chứng trầm uất, dễ nóng giận mà gây tình chí thất điều làm Can mất sơ tiết. Bên cạnh đó, Xấu hổ còn có tác dụng thanh nhiệt dưỡng Tâm, an thần làm điều hòa chức năng Tâm tàng thần, giúp cân bằng cảm xúc. Dựa trên đặc điểm Tỳ chủ thăng và tạng Tỳ ưa táo ghét thấp, điều trị các bệnh lý tạng

Tỳ nên ưu tiên trừ thấp để kiện Tỳ. Song song với tác dụng sơ Can, trừ thấp của Xấu hổ thì Cam thảo nam (vị ngọt, hơi đắng, tính mát, quy kinh Tỳ, Vị, Can) đồng thời là quân dược để kiện Tỳ, nhằm giúp Tỳ kiện vận hóa, làm Tỳ khí thúc đẩy chức năng tiêu hóa và hấp thu thức ăn, giải quyết triệu chứng chán ăn. “Uất chứng” làm lo âu, tư lự, suy nghĩ quá mức mà hại chức năng tàng ý của Tỳ, vì vậy bổ Tỳ giúp Tỳ khỏe mạnh làm suy nghĩ thông suốt, giải quyết lo âu, tư lự. Vòng nem (vị đắng, tính bình, quy kinh Tâm, Tỳ) làm thần, nhằm tăng tác dụng của Cam thảo nam và Xấu hổ, có tác dụng thông kinh lạc làm giảm đau. Hậu phác nam (vị ngọt cay, mùi thơm, tính ấm) làm tá, sứ, làm ấm lại tính mát và giảm tính bổ dưỡng của Cam thảo nam, tránh quá đắng lạnh, nề trệ gây thấp trệ mà hại Tỳ, Vị. Vì vậy, theo tính vị, quy kinh và tác dụng theo lý luận Y học cổ truyền thì toàn bài thuốc có tính bình, vị đắng, ngọt, quy kinh vào Tâm, Can, Tỳ; có tác dụng sơ Can giải uất, thanh nhiệt dưỡng Tâm, an thần, bổ Tỳ.

V. KẾT LUẬN

Viên nang cứng XVHC liều 346 mg/kg/ngày và 692 mg/kg/ngày, dùng đường uống, có tác dụng chống trầm cảm trên chuột nhắt trắng nuôi cô lập thông qua hai thực nghiệm treo đuôi chuột và bơi bắt buộc. Ở nhóm chuột nhắt trắng nuôi chung, viên nang cứng ở cả hai mức liều đều không có tác động làm giảm thời gian bất động ở cả hai thực nghiệm.

Tác dụng chống trầm cảm của viên nang cứng XVHC ở 2 mức liều 346 mg/kg/ngày, 692 mg/kg/ngày là tương đương nhau và tương đương với fluoxetine 20 mg/kg/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anagha K, Shihabudheen P, Uvais NA.** Side effect profiles of selective serotonin reuptake inhibitors: A cross-sectional study in a naturalistic setting. The primary care companion for CNS disorders. 2021;23(4).
2. **Hong Biao Chu, Tan YD, Li YJ, et al.** Anxiolytic and anti-depressant effects of hydroalcoholic extract from *Erythrina variegata* and its possible mechanism of action. African health sciences. 2019; 19(3):2526-2536.
3. **Matsumoto K, Kohno S, Tezuka Y, Kadota S, Watanabe H.** Effect of Japanese angelica root extract on pentobarbital-induced sleep in group-housed and socially isolated mice: Evidence for the central action. Japanese journal of pharmacology. 1997;73(4):353-356.
4. **Moniruzzaman M, Atikur Rahman M, Ferdous A.** Evaluation of sedative and hypnotic activity of ethanolic extract of *Scoparia dulcis* Linn. Evidence-based complementary and alternative medicine. 2015;873954.
5. **Patro G, Kumar Bhattamisra S, Kumar Mohanty B.** Effects of *Mimosa pudica* L. leaves extract on anxiety, depression and memory. Avicenna journal of phytomedicine. 2016;6(6):696-710.
6. **Porsolt RD, Le Pichon M, Jalfre M.** Depression: A new animal model sensitive to antidepressant treatments. Nature. 1977; 266(5604):730-2
7. **Steru L, Chermat R, Thierry B, Simon P.** The tail suspension test: A new method for screening antidepressants in mice. Psychopharmacology. 1985;85(3):367-70.
8. **Wang Y, Peng M.** Research progress on classical Traditional Chinese Medicine Jieyu pills in the treatment of depression. Neuropsychiatric disease and treatment. 2020;16:3023-3033.

KHẢO SÁT CƠ CHẾ PHÂN TỬ CỦA BÀI THUỐC THẬN KHÍ HOÀN TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG TIỀN MÃN KINH THỂ THẬN DƯƠNG HƯ

Lê Thị Lan Phương¹, Đỗ Thanh Sang¹,
Nguyễn Thị Hồng Hiểu¹, Trương Minh Nhựt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát cơ chế phân tử của bài thuốc Thận khí hoàn (TKH) trong điều trị hội chứng Tiền mãn kinh Hội chứng Thận dương hư. **Đối tượng và phương pháp:** Tất cả các hợp chất hóa học của các vị thuốc trong bài TKH được thu thập và sàng lọc bởi BATMAN-TCM. Tất cả các gen của người liên quan đến hội chứng Thận dương hư được tìm kiếm và sàng lọc từ cơ sở dữ liệu GeneCards®, OMIM® và TTD. Tương tác protein-protein (PPI) được phân tích bằng công cụ STRING phiên bản 12.0 và mạng lưới thành phần-đích tác động-con đường (ITP) được phân tích bằng phần mềm Cytoscape phiên bản 3.10.1. Cuối cùng, thử nghiệm docking phân tử giữa ligand và protein được tiến hành bằng công cụ ReverseDock. **Kết quả:** 151 hợp chất hóa thực vật thỏa yêu cầu được lựa chọn với 561 mục tiêu tác động liên quan giữa các thành phần hoạt chất trong bài thuốc TKH và Thận dương hư. Mạng lưới PPI được phân tích có liên quan đến 3096 Quá trình Sinh học, 270 Chức năng Phân tử, 151 Thành phần Tế bào và 222 Con đường KEGG. Mạng lưới ITP được xây dựng với 815 nút và 20.710 cạnh. Cuối cùng, các protein PRKCB, PGR và AKT1 gắn kết mạnh với các hợp chất

hóa học trong bài thuốc TKH. **Kết luận:** Các hoạt chất chính trong bài thuốc TKH thể hiện tác dụng điều trị Thận dương hư đã được khám phá bao gồm acid dehydrotrametenic, acid tumulosic (từ vị thuốc Phục linh) và acid pimaric (từ vị thuốc Sơn thù) thông qua gắn kết với các protein PRKCB, PGR và AKT1. Các con đường truyền tín hiệu MAPK và truyền tín hiệu hormon thyroid có thể là những hướng tác động chủ yếu của bài thuốc TKH trong điều trị bệnh cảnh Thận dương hư của hội chứng Tiền mãn kinh.

Từ khóa: Thận khí hoàn, Thận dương hư, Tiền mãn kinh, Cơ chế phân tử, Dược lý mạng.

SUMMARY

INVESTIGATING MOLECULAR MECHANISM OF THE SHEN QI HUAN IN TREATING KIDNEY YANG DEFICIENCY IN PREMENOPAUSAL SYNDROME

Objectives: Investigating the potential mechanisms of the Shen Qi Huan (SQH) in treating Kidney Yang deficiency in premenopausal syndrome. **Subjects and Methods:** All phytochemical compounds of the herbs in the SQH were collected and screened by BATMAN-TCM. All human genes related to Kidney Yang Deficiency were searched and filtered from the GeneCards®, OMIM®, and TTD databases. Protein-protein interactions (PPI) were analyzed using the STRING tool version 12.0, and the ingredient-target-pathway (ITP) network was analyzed using Cytoscape software version 3.10.1. Finally, molecular docking experiments

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Minh Nhựt

Email: truongminhnhut@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2024

Ngày duyệt bài: 10.8.2024

between ligands and proteins were conducted using the ReverseDock tool. **Results:** A total of 151 phytochemical compounds meeting the requirements were selected, with 561 related target interactions between the active ingredients of the SQH and Kidney Yang Deficiency. The analyzed PPI network was associated with 3,096 Biological Processes, 270 Molecular Functions, 151 Cellular Components, and 222 KEGG pathways. The ITP network was constructed with 815 nodes and 20,710 edges. Finally, three proteins PRKCB, PGR, and AKT1 showed strong binding with the chemical compounds in the formula. **Conclusion:** The main active ingredients in the SQH that exhibited therapeutic effects for Kidney Yang Deficiency have been identified as dehydrotrametenolic acid, tumulosic acid (from *Poria*), and pimaric acid (from *Fructus Corni officinalis*) through their binding with the proteins PRKCB, PGR, and AKT1. The MAPK signaling pathway and thyroid hormone signaling pathway were likely the primary mechanisms of action of the formula in treating Kidney Yang Deficiency in premenopausal syndrome.

Keywords: Shen Qi Huan, Kidney Yang Deficiency, Premenopausal syndrome, Molecular mechanisms, Network pharmacology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng tiền mãn kinh, còn gọi là hội chứng mãn kinh, chủ yếu xảy ra trước và sau khi mãn kinh, thường gặp ở độ tuổi từ 45 đến 55, có liên quan trực tiếp đến việc giảm nồng độ estrogen và suy giảm chức năng buồng trứng và thường đi kèm với các triệu chứng thần kinh và tâm lý. Thời kỳ tiền mãn kinh là giai đoạn sinh lý đặc biệt khi cơ thể bắt đầu lão hóa, đặc biệt là chức năng sinh sản dần suy yếu với các triệu chứng bao gồm bốc hỏa, đổ mồ hôi, nóng bừng mặt, kèm theo khó chịu, dễ cáu gắt, hồi hộp, mất ngủ, tâm

trạng bất thường, đau lưng, đau chân, chóng mặt, mệt mỏi, giảm trí nhớ, cảm giác da bất thường, và có thể gây teo cơ quan sinh dục và vú. Hội chứng tiền mãn kinh chủ yếu do suy giảm chức năng buồng trứng và giảm estrogen, do đó, hiện nay phương pháp điều trị bằng Y học hiện đại (YHHĐ) là liệu pháp thay thế hormon. Tuy nhiên, một số tác dụng phụ và nguy cơ như xuất huyết tử cung, tác dụng phụ của hormon sinh dục, nguy cơ ung thư nội mạc tử cung và ung thư vú đã được ghi nhận trên lâm sàng. Ngược lại, thuốc Y học cổ truyền (YHCT) hầu như không có tác dụng phụ, chú trọng vào việc điều chỉnh cân bằng âm dương trong cơ thể, giúp duy trì cân bằng sinh lý [1, 5].

Tiền mãn kinh thuộc phạm trù các chứng “kinh đoạn tiền hậu chư chứng”, “uất chứng”, “tạng tảo”, “bách hợp bệnh” của YHCT. Phụ nữ trong thời kỳ mãn kinh, Thận khí dần suy yếu, Xung Nhâm lưỡng mạch hư nhược, thiên quý dần suy kiệt, kinh nguyệt thiếu hụt, Âm Dương mất cân bằng, gây rối loạn chức năng tạng phủ, dẫn đến một loạt các triệu chứng. Cơ sở bệnh lý là do chức năng tạng phủ như Can và Thận bị rối loạn, xuất hiện các sản phẩm bệnh lý là Huyết ứ và Đàm thấp. Hơn nữa, một số bệnh cảnh của hội chứng tiền mãn kinh đã được ghi nhận trên thực tế lâm sàng như Thận âm hư, Tâm Thận bất giao, Can Thận âm hư, ... và đặc biệt là Thận dương hư [1]. Thận dương là gốc của Dương khí toàn thân. Thận dương hư không thể thúc đẩy tinh thần, thường biểu hiện tâm trạng lạnh nhạt, giảm năng lượng, suy nhược tinh thần, lười biếng ít hoạt động [6]. Ngoài những triệu chứng chung trên, người bệnh tiền mãn kinh thuộc hội chứng Thận dương hư sẽ được chẩn đoán với các triệu chứng đặc trưng như: đau lưng lạnh, đầu gối yếu, tinh thần ủ rũ, mặt xám, giảm

ham muốn, đi tiểu nhiều hoặc không kiểm soát, mệt mỏi nhiều, rối loạn kinh nguyệt, lượng kinh nhiều hoặc ít, màu nhạt, chất dịch loãng. Lưỡi nhạt, rêu lưỡi trắng trơn, mạch trầm tế mà trì. Và được điều trị với phép trị chính là Ôn dương phủ Thận do đó bài thuốc Thận khí hoàn thường được sử dụng trong điều trị hội chứng Thận dương hư ở người bệnh Tiền mãn kinh theo lý luận YHCT [1].

Phương pháp nghiên cứu dược lý mạng là một phương pháp tích hợp trong phương pháp in silico để thiết lập mạng lưới “protein-hợp chất-bệnh-gen” nhằm tiết lộ các cơ chế cơ bản cho các hoạt động trị liệu hiệp đồng của thuốc. Đối với Y học cổ truyền, nghiên cứu dược lý mạng góp phần sàng lọc ban đầu các hợp chất có hoạt tính sinh học

của dược liệu/vị thuốc và hướng trị liệu mới để khám phá sâu hơn về cơ chế điều trị bệnh [3]. Đối với bài thuốc Thận khí hoàn, chưa có nghiên cứu về cơ chế tác động của bài thuốc trên bệnh cảnh Thận dương hư của hội chứng tiền mãn kinh được ghi nhận. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu khảo sát cơ chế phân tử của bài thuốc bằng thử nghiệm dược lý mạng và in silico.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Thành phần hóa học của các vị thuốc trong Thận khí hoàn (TKH).

Thành phần bài thuốc: Thành phần bài thuốc TKH được trình bày ở Bảng 1 [1].

Bảng 1. Thành phần và hàm lượng bài thuốc Thận khí hoàn

Tên vị thuốc	Tên khoa học	Hàm lượng (g)
Thục địa (RG)	Radix Rehmanniae glutinosae praeparata	24
Phụ tử chế (AC)	Radix Aconiti lateralis praeparata	3
Quế chi (CR)	Ramulus Cinnamomi	3
Hoài sơn (DP)	Tuber Dioscoreae persimilis	12
Sơn thù (CO)	Fructus Corni officinalis	12
Đơn bì (PS)	Cortex Radicis Paeoniae suffruticosae	9
Bạch linh (PC)	Poria	9
Trạch tả (AP)	Rhizoma Alismatis	9

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Sàng lọc thành phần hóa học của bài thuốc TKH

Thành phần hóa học của các vị thuốc trong bài thuốc TKH được thu thập và nạp vào phần mềm Excel 2016. Tên InChI và SMILES của chúng được xác định thông qua cơ sở dữ liệu PubChem (<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>). Tiếp theo, các hợp chất được sàng lọc bằng phần mềm SwissADME được nạp vào cơ sở dữ liệu BATMAN-TCM (<http://bionet.ncpsb.org.cn/batman-tcm/>) cho quá trình tìm kiếm đích tác động tiềm năng

với điều kiện sàng lọc được cài đặt với score cutoff = 20 và $p < 0,05$ [3].

Chiến lược tìm kiếm: Quá trình tìm kiếm được tiến hành trên cơ sở dữ liệu Google Scholar với từ khóa tìm kiếm: “Tên khoa học của vị thuốc” + “review”.

Tiêu chí lựa chọn: Các bài báo tổng quan về thành phần hóa học của từng vị thuốc. Trong một vị thuốc, nếu có nhiều bài báo tổng quan về thành phần hóa học thì lựa chọn bài báo có số lượng thành phần hóa học nhiều nhất.

2.2.2. Sàng lọc gen liên quan hội chứng Thận dương hư

Tất cả các gen của người liên quan đến hội chứng Thận dương hư được tìm kiếm và sàng lọc từ cơ sở dữ liệu GeneCards® (<https://www.genecards.org/>), Online Mendelian Inheritance in Man® (OMIM®, <https://omim.org/>) và Therapeutic Target Database (TTD, <http://db.idrblab.net/ttd/>) với từ khóa “Kidney Yang Deficiency” [3]. Kết quả tìm kiếm được nạp vào phần mềm Excel 2016.

2.2.3. Phân tích mạng lưới Tương tác Protein-Protein (PPI)

Tương tác protein-protein được phân tích bằng cách nạp các giá trị trùng lặp giữa kết quả các đích tác động tiềm năng của các hoạt chất trong bài thuốc TKH và kết quả đích tác động tiềm năng của Thận dương hư vào STRING phiên bản 12.0 (<https://string-db.org/>). Các điều kiện phân tích được thiết lập là “Homo sapiens” và điểm số tương tác $> 0,4$ [3].

2.2.4. Phân tích mạng lưới Thành phần-Đích tác động-Con đường (ITP)

Mạng lưới mối quan hệ giữa các hoạt chất trong bài thuốc TKH, các đích tác động chung liên quan đến Thận dương hư, và các con đường tác động được phân tích bằng phần mềm Cytoscape phiên bản 3.10.1. Các tham số cấu trúc liên kết của mạng lưới phức tạp này được xác định bằng lệnh “Network Analyzer” trong phần mềm [3]. Các hợp chất và các protein mục tiêu có mức độ tương tác cao trong mạng được lý được lựa chọn cho thử nghiệm docking.

2.2.5. Thử nghiệm docking phân tử

Quá trình docking phân tử giữa các hợp chất và đích tác động liên quan nhiều nhất đến Thận dương hư được thực hiện bằng công cụ ReverseDock (<https://reversedock.biologie.uni-freiburg.de/>).

ReverseDock hỗ trợ các nhà nghiên cứu tiến hành các thử nghiệm blind high-throughput docking bằng AutoDock Vina cho các phối tử và protein đã được lựa chọn. Cấu trúc 3D của các hợp chất có thông số “Degree” cao, sau quá trình phân tích ITP, được lấy từ cơ sở dữ liệu PubChem (<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>) và lưu trữ ở định dạng *.mol2. Cấu trúc tinh thể của các đại phân tử protein được lấy từ cơ sở dữ liệu RCSB PDB (<https://www.rcsb.org/>) và lưu trữ ở định dạng *.pdb. Quá trình docking phân tử sau đó được tiến hành và giá trị “năng lượng liên kết” giữa phối tử và protein được ghi nhận [3].

2.2.6. Phương pháp thống kê

Dữ liệu được lý mạng được xử lý thông qua phần mềm Excel 2016 và Cytoscape phiên bản 3.10.1. Các kết quả phân tích con đường GO và KEGG được trình bày bằng phần mềm thống kê R. Giá trị p đã được điều chỉnh bằng phương pháp Benjamini-Hochberg và $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thành phần hóa học của các vị thuốc trong bài thuốc TKH

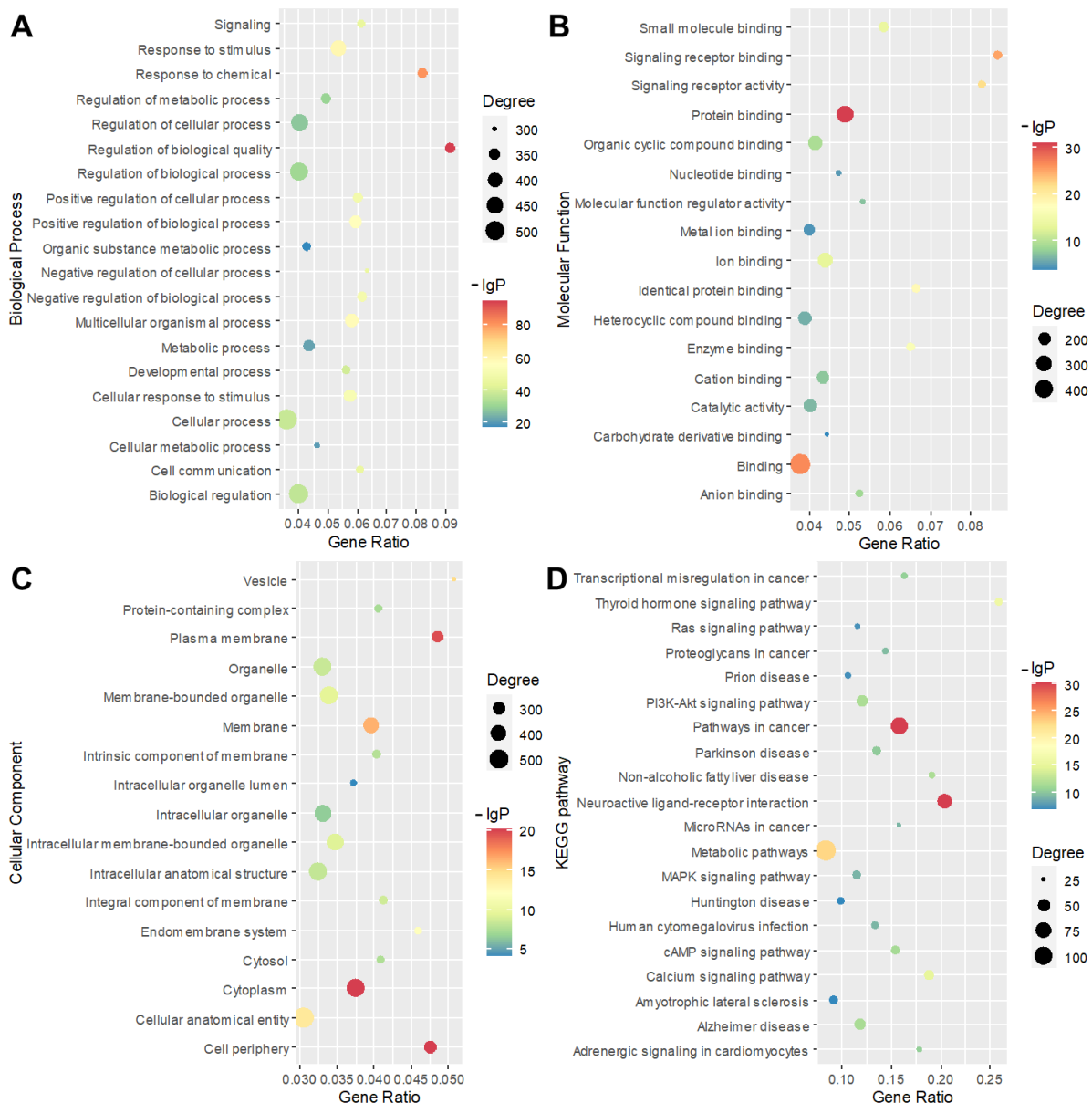
Thành phần hóa học của các vị thuốc trong bài thuốc TKH được thu thập từ các báo cáo nghiên cứu trên cơ sở dữ liệu Google Scholar với 695 hợp chất hóa thực vật được ghi nhận. Sau quá trình sàng lọc bằng công cụ BATMAN-TCM, 151 hợp chất hóa thực vật thỏa yêu cầu lựa chọn, trong đó có 13 hoạt chất từ Thực địa, 28 hoạt chất từ Phụ tử chế, 22 hoạt chất từ Quế chi, 5 hoạt chất từ Hoài sơn, 10 hoạt chất từ Sơn thù, 19 hoạt chất từ Đơn bì, 38 hoạt chất từ Phục linh và

16 hoạt chất từ Thạch tả. Các hoạt chất được mã hóa và được sử dụng cho nghiên cứu được lý mạng.

3.2. Kết quả sàng lọc gen liên quan đến Thận dương hư

14.938 gen liên quan đến bệnh cảnh Thận dương hư được tìm thấy trên 3 cơ sở dữ liệu

GeneCards, OMIM và TTD. Tiếp theo, các gen được so sánh với các đích tác động của các hợp chất có hoạt tính trong bài thuốc TKH được đề xuất từ công cụ BATMAN-TCM. Kết quả có 561 mục tiêu tác động liên quan giữa các thành phần hoạt chất trong bài thuốc THK và Thận dương hư.



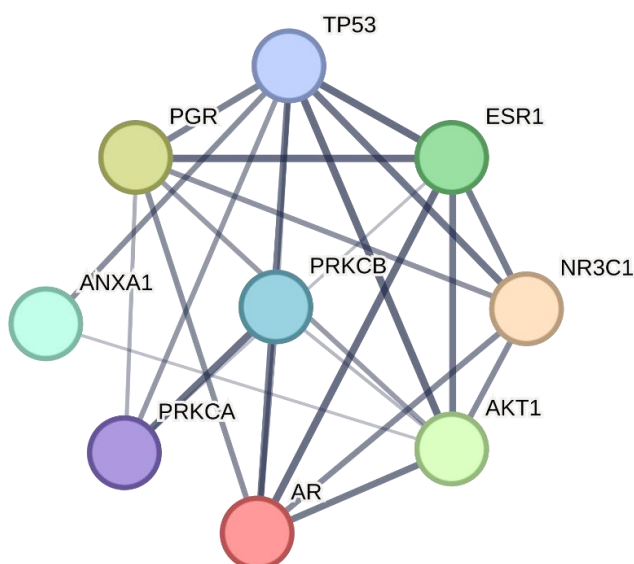
Hình 1. Các con đường GO và KEGG chính có tiềm năng trong điều trị Thận dương hư

(A: Quá trình sinh học; B: Chức năng phân tử; C: Thành phần tế bào; D: Con đường KEGG; Degree: Mức độ (số lượng gen tương tác); Gene Ratio: Tỷ lệ gen (tỷ lệ giữa số lượng gen trong mạng được chú thích và tổng số gen được gán))

3.3. Mạng lưới tương tác Protein-Protein (PPI)

Sự liên kết giữa 561 mục tiêu điều trị bệnh cảnh Thận dương hư đã được phân tích sử dụng công cụ STRING với kết quả có liên quan đến 3096 Quá trình Sinh học (Biological Process), 270 Chức năng Phân tử (Molecular Function) và 151 Thành phần Tế bào (Cellular Component) theo Gene

Oncology (GO) và 222 Con đường KEGG (KEGG pathway). Tiếp theo, mạng lưới tương tác protein-protein (PPI) giữa các mục tiêu của bài thuốc TKH và Thận dương hư đã được phân tích bằng phần mềm Cytoscape phiên bản 3.10.1. Các mục tiêu quan trọng được xác định dựa trên số lượng tương tác (degree) và sự tương tác này có thể đóng góp quan trọng vào hiệu quả dược lý. Hình 1A đến 1D thể hiện một số con đường GO và KEGG chính có tiềm năng liên quan trong điều trị Thận dương hư. Hình 2 thể hiện sự tương tác giữa các đích tác động chính của Thận dương hư.



Hình 2. Tương tác protein-protein một số đích tác động chính

3.4. Mạng lưới tương tác Thành phần-Đích tác động-Con đường (ITP)

Mạng lưới Thành phần-Đích tác động-Con đường (ITP) tác động của các hợp chất hóa thực vật trong bài thuốc TKH trong điều trị Thận dương hư được phân tích bằng phần mềm Cytoscape phiên bản 3.10.1 với 815 nút (node) và 20.710 cạnh (edge). Hình 3 thể hiện mạng lưới ITP của bài thuốc TKH với các hình tròn màu vàng biểu thị cho hoạt

chất, các đích tác động được biểu diễn bởi các hình chữ nhật màu hồng, và các con đường tác động được biểu diễn bởi các hình thoi màu cam. Bảng 2 và Bảng 3 trình bày các thông số mức độ (degree), tính giữa trung tâm (betweenness centrality) và tính gần trung tâm (closeness centrality) của một số hoạt chất và đích tác động chính của mạng lưới ITP.

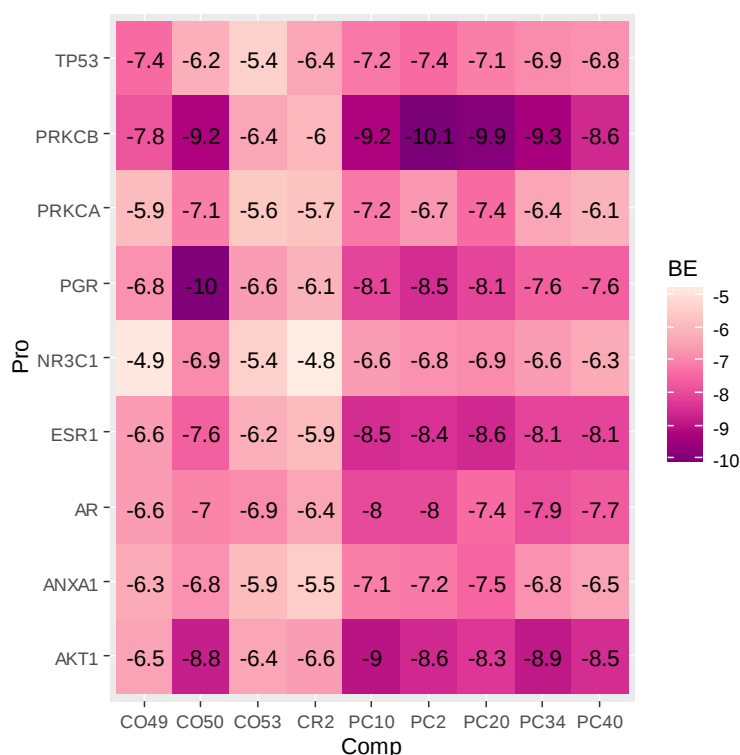
Bảng 3. Các thông số của một số đích tác động chính trong điều trị Thận dương hư

Mã gen	Tên gen	Mức độ	Tính giữa trung tâm	Tính gần trung tâm
AR	Androgen Receptor	98	0,011558	0,482800
ESR1	Estrogen Receptor 1	97	0,008936	0,482227
NR3C1	Nuclear Receptor Subfamily 3 Group C Member 1	96	0,018200	0,481657
PGR	Progesteron Receptor	88	0,006938	0,47714
PRKCA	Protein Kinase C Alpha	86	0,007275	0,474912
ANXA1	Annexin A1	86	0,006736	0,476023
AKT1	AKT Serine/Threonine Kinase 1	80	0,004714	0,471611
TP53	Tumor Protein P53	77	0,003944	0,469977
PRKCB	Protein Kinase C Beta	75	0,004399	0,468894

(Mức độ: số lượng gen tương tác, Tính giữa trung tâm: phản ánh mức độ kiểm soát mà nút này thực hiện đối với sự tương tác của các nút khác trong mạng, Tính gần trung tâm: thước đo tốc độ lan truyền thông tin từ một nút nhất định đến các nút có thể truy cập khác trong mạng)

3.5. Docking phân tử

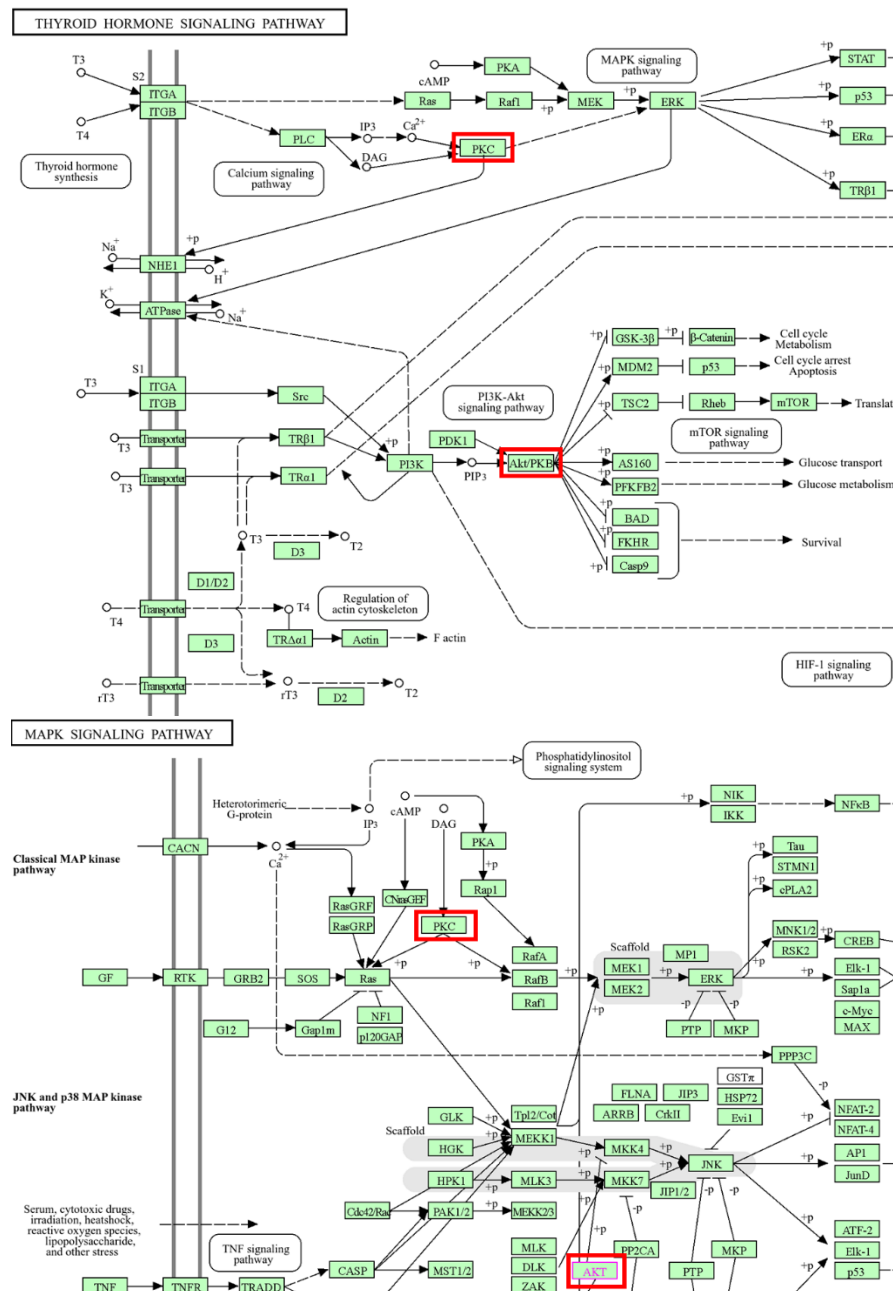
Mô hình docking phân tử được thực hiện để xác định năng lượng liên kết giữa các thành phần hóa học trong bài thuốc TKH với các gen đích tác động điều trị Thận dương hư được dự đoán. Kết quả về năng lượng liên kết giữa phối tử và protein được trình bày trong Hình 5.

**Hình 5. Kết quả thử nghiệm docking phân tử**

(Comp: Hoạt chất; Pro: Protein; BE: Năng lượng liên kết (kcal/mol))

Kết quả docking phân tử cho thấy các hợp chất PC2, PC20 và CO50 gắn kết mạnh nhất với các protein PRKCB, PGR và AKT1. Các protein này chịu trách nhiệm trong các con đường “truyền tín hiệu MAPK” (MAPK

signaling pathway) và “truyền tín hiệu hormon thyroid” (Thyroid hormone signaling pathway). Như vậy, các con đường này có thể là những hướng tác động chủ yếu của bài thuốc TKH trong điều trị bệnh cảnh Thận dương hư (Hình 6).



Hình 6. Con đường truyền tín hiệu hormon thyroid và MAPK (<https://www.kegg.jp/>)

IV. BÀN LUẬN

“Dược lý mạng” (một thuật ngữ được đặt ra bởi Hopkins vào năm 2007) là việc sử dụng các thuật toán máy tính để tích hợp đa dược lý (polypharmacology) và mạng lưới sinh học (network biology) nhằm nghiên cứu quá trình tác động của các thuốc đến nhiều mục tiêu khác nhau. Chiến lược này xây dựng một mạng lưới “protein-hợp chất-bệnh-gen” bằng các kỹ thuật in silico nhằm xác định các cơ chế tiềm năng điều trị của các loại thuốc [3].

Dược lý mạng được áp dụng trong Y học cổ truyền để sàng lọc các hoạt chất sinh học được chiết xuất từ dược liệu hoặc các phương thuốc. Dược lý mạng giúp điều tra các phương pháp điều trị mới để cải thiện sự hiểu biết về cách xử lý bệnh tật cũng như cung cấp những cơ hội mới và độc đáo để nghiên cứu các chất hoạt tính sinh học, các chỉ dấu sinh học và các nền tảng khoa học dựa trên các hệ thống sinh học phức tạp của cơ thể con người tồn tại khi được tích hợp vào Y học truyền thống [3].

Thận dương hư là một bệnh cảnh phổ biến trong hội chứng Tiền mãn kinh biểu hiện bởi các triệu chứng kinh nguyệt ra nhiều hoặc đến sớm, đau mỏi và lạnh vùng lưng, gối, lạnh vùng bụng dưới, chân tay lạnh mát, sợ lạnh, mệt mỏi, phù [1]. Thận là gốc của tiên thiên. Theo Tổ Văn – Thượng Cổ Thiên Chân Luận viết: “Bảy lần bảy là bốn chín tuổi, kinh mạch suy, thiên quý cạn, hình thể suy kiệt và không có con”. Thận là gốc của tiên thiên, tham gia vào mọi quá trình sinh trưởng, phát triển và sinh sản của con người. Thiên quý là một chất tinh vi, được nuôi dưỡng bởi Tiên thiên và Hậu thiên, đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển và sinh trưởng của người phụ nữ. Thận hư, thiên quý cạn dần, mức độ nghiêm trọng của các triệu

chứng của Tiền mãn kinh có liên quan chặt chẽ đến tốc độ cạn kiệt của Thiên quý. Thận tàng tinh, Thận khí được hóa sinh từ Thận tinh đóng tàng Tinh. Trong đó, Thận dương là gốc của Dương khí toàn thân. Thận dương hư suy gây nên mãn kinh sớm hoặc muộn. Thận khí suy yếu lại kinh sợ quá hoặc sinh hoạt tình dục không điều độ, làm tổn thương Thận khí, mệnh môn hỏa suy, tạng phủ không được nuôi dưỡng gây nên mãn kinh sớm hoặc muộn [1, 7].

Thận Khí Hoàn là phương thuốc cổ điển trong “Kim Quỹ Yếu Lược” của Trương Trọng Cảnh, giúp ôn bổ Thận khí, hành khí hóa thủy có thể hiệu quả trong việc giảm triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trong thời kỳ tiền mãn kinh do Thận dương hư, nổi bật ưu thế của YHCT, hiệu quả lâm sàng rõ rệt, đáng để nghiên cứu sâu hơn. Thành phần bài thuốc gồm Phụ tử có tính nhiệt mạnh, là dương trong dương, có khả năng trợ dương khí, làm ấm Tỳ Vị, cổ vũ Thận khí, là thuốc chủ yếu để bổ Thận dương. Quế chi kết hợp với Phụ Tử làm mạnh dương khí của Thận, nhằm mục đích ôn bổ Thận dương, trợ Dương khí được sinh sôi từ Âm khí. Thục Địa, Sơn Thù, Phục Linh, Đơn Bì, Trạch Tả là các vị thuốc trong phương Lục Vị Địa Hoàng Hoàn, có tác dụng bổ Can Thận, điều hòa Âm Dương [1, 8].

Protein kinase C (PKC) là một họ enzym kinase protein tham gia vào việc kiểm soát chức năng của các protein khác thông qua quá trình phosphoryl hóa các nhóm hydroxyl trên các acid amin serin và threonin. Về chức năng sinh lý, các enzym PKC đóng vai trò quan trọng trong sự mất nhạy cảm của thụ thể, điều hòa các sự kiện cấu trúc màng, điều hòa phiên mã, điều chỉnh các phản ứng miễn dịch, điều hòa phát triển tế bào, cũng như các quá trình học tập và ghi nhớ. Có 15 isozym

của protein kinase C, với PRKCB là một isozym được nghiên cứu phổ biến, được kích hoạt bởi các ion Ca^{2+} và diacylglycerol [4].

PRKCB là một enzym quan trọng trong các con đường truyền tín hiệu hormon thyroid và MAPK. MAPK là một nhóm protein kinase serin/threonin và là một trong những con đường tín hiệu chính cho việc truyền thông tin nội bào có vai trò điều hòa quá trình sinh học, kiểm soát sự phân chia tế bào, tăng trưởng, chết tế bào, viêm và các quá trình sinh học khác. Việc giảm biểu hiện hoặc kích hoạt quá mức protein MAPK có thể dẫn đến nhiều rối loạn trong cơ thể. Phụ nữ mãn kinh có tốc độ hủy xương nhanh do mất xương bởi sự giảm mức estrogen. Đường truyền tín hiệu MAPK có thể ảnh hưởng đến sự phân hóa và tăng trưởng của tế bào tạo xương và tế bào hủy xương [2]. Do đó, việc tác động đến con đường dẫn truyền tín hiệu MAPK có thể giúp giải quyết các triệu chứng của tiền mãn kinh. Tuy nhiên, hạn chế của nghiên cứu là chưa đánh giá sự biến đổi các hoạt chất của bài thuốc trong quá trình chế biến cũng như chưa có đánh giá kết quả được lý mạng trên các thử nghiệm in vitro và in vivo. Do đó, cần có các nghiên cứu thực nghiệm tiếp theo để cung cấp các bằng chứng khoa học cho cơ chế tác động của bài thuốc Thận khí hoàn trong điều trị tiền mãn kinh.

V. KẾT LUẬN

Các hoạt chất chính trong bài thuốc TKH thể hiện tác dụng điều trị Thận dương hư trong hội chứng Tiền mãn kinh đã được khám phá bao gồm acid dehydrotrametenic, acid tumulosic và acid pimaric thông qua gắn kết với các protein PRKCB, PGR và AKT1 bằng các thử nghiệm được lý mạng và docking phân tử. Các con đường “truyền tín hiệu MAPK” và “truyền tín hiệu hormon

thyroid” có thể là những hướng tác động chủ yếu của bài thuốc TKH trong điều trị bệnh cảnh Thận dương hư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay, Nguyễn Thị Như Thủy. Bệnh học và Điều trị Sản phụ khoa kết hợp Y học hiện đại và Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học. 2021:75-92.
2. Marie PJ. Signaling pathways affecting skeletal health. Curr Osteoporos Rep. 2012;10(3):190-8. doi: 10.1007/s11914-012-0109-0.
3. Noor F, Tahir ul Qamar M, Ashfaq UA, Albutti A, Alwashmi AS, Aljasir MA. Network pharmacology approach for medicinal plants: review and assessment. Pharmaceuticals. 2022;15(5): 572. doi: 10.3390/ph15050572.
4. Staal J, Driege Y, Haegman M, Kreike M, Iliaki S, Vanneste D, et al. Defining the combinatorial space of PKC:CARD-CC signal transduction nodes. FEBS J. 2021;288(5): 1630-1647. doi: 10.1111/febs.15522.
5. 胡秀萍. 金匱腎氣丸加減聯合食療治療圍絕經期面浮肢腫臨床觀察. 新中醫. 2014;46(8):107-108. 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.050.
6. 傅沈康, 邓雪, 任路. 以“调五脏护肾阳”为基础的围绝经期抑郁症研究. 世界科学技术-中医药现代化. 2015;17(12): 2538-2542. doi:CNKI:SUN:SJKX.0.2015-12-026.
7. 陈静, 田丽颖. 田丽颖教授针药并用治疗围绝经期抑郁症经验撷菁. 光明中医. 2021;36(3): 359-361. doi:CNKI:SUN:GMZY.0.2021-03-015.
8. 张林凤, 马静. 从五脏及肠道菌群论治围绝经期抑郁的发病机理. 中医学. 2023;12(1):177-183. <https://doi.org/10.12677/TCM.2023.121029>