

nồng độ EBV DNA, giai đoạn u, giai đoạn hạch, thời gian từ lúc điều trị hóa chất đến khi xạ trị,... để có những hiểu biết toàn diện và có chiến lược lựa chọn điều trị phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Với các bệnh nhân UTMH giai đoạn III, IVA, hóa chất dẫn đầu TCF theo sau bởi hóa xạ đồng thời là một hướng lựa chọn điều trị mang lại kết quả sống thêm tương đối cao. Nghiên cứu cho thấy giai đoạn bệnh là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Tuy nhiên cần có thời gian theo dõi lâu hơn trên số lượng lớn bệnh nhân và khai thác thêm một số khía cạnh nhằm đánh giá hiệu quả thực sự của phác đồ này cũng như các yếu tố tiên lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **Guidelines Detail.** NCCN. Accessed August 2, 2024. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1437>
3. **Sun Y, Li WF, Chen NY, et al.** Induction chemotherapy plus concurrent chemoradiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: a phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2016;17(11):1509-1520. doi:10.1016/S1470-2045(16)30410-7
4. **Zhang Q, Wang Y, Liao JF, et al.** Long-Term Survival and Prognostic Factors in Locoregionally Advanced Nasopharyngeal Carcinoma Patients Treated with TPF Induction Chemotherapy followed by Cisplatin-Combined Concurrent Chemoradiotherapy. *J Cancer.* 2019;10(17):3899-3907. doi:10.7150/jca.31663
5. **Al-Sarraf M, LeBlanc M, Giri PG, et al.** Chemoradiotherapy versus radiotherapy in patients with advanced nasopharyngeal cancer: phase III randomized Intergroup study 0099. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1998;16(4):1310-1317. doi:10.1200/JCO.1998.16.4.1310
6. **Pan JJ, Ng WT, Zong JF, et al.** Proposal for the 8th edition of the AJCC/UICC staging system for nasopharyngeal cancer in the era of intensity-modulated radiotherapy. *Cancer.* 2016;122(4):546-558. doi:10.1002/cncr.29795
7. **Ng WT, Lee MCH, Hung WM, et al.** Clinical outcomes and patterns of failure after intensity-modulated radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2011;79(2):420-428. doi:10.1016/j.ijrobp.2009.11.024
8. **Shim HJ, Kim HJ, Hwang JE, et al.** Long term complications and prognostic factors in locally advanced nasopharyngeal carcinoma treated with docetaxel, cisplatin, 5-fluorouracil induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy: A retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(49):e23173. doi:10.1097/MD.00000000000023173

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC DẠNG THỂ CHẤT Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ TÌNH TRẠNG MẤT NGỦ

Trần Thái Hà¹, Đỗ Linh Quyên²,
Nguyễn Thị Trang², Đào Thanh Trà²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích mối liên quan giữa các dạng thể chất Y học cổ truyền (YHCT) và tình trạng mất ngủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 12/2023 đến hết tháng 05/2024 trên 93 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán Mất ngủ không thực tổn tại khoa Lão, khoa Chăm cứu dưỡng sinh của Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/ nam khoảng 2/1. Tuổi trung bình là 68,52 ± 12,30. BN ≥60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (80,7%). BN có dạng thể chất âm hư chiếm

tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là thể chất khí uất, thể chất đàm thấp, thể chất khí hư, thể chất dương hư, thể chất huyết ứ, thấp nhất là thể chất đặc biệt và thể chất bình hòa. Có mối liên quan giữa thể chất YHCT và chất lượng giấc ngủ (CLGN). BN thể chất bình hòa có điểm PSQI trung bình và mức độ khó ngủ thấp hơn, thời gian ngủ mỗi tối và hiệu suất giấc ngủ cao hơn so với các dạng thể chất: khí uất, âm hư, dương hư, đàm thấp, thấp nhiệt, khí hư, huyết ứ, đặc biệt.

Từ khóa: mất ngủ không thực tổn, thể chất y học cổ truyền.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN TRADITIONAL MEDICINE CONSTITUTION TYPES AND INSOMNIA

Objective: To analyze the relationship between Traditional Medicine body constitution types and insomnia. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study from December 2023 to the end of

¹Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hà

Email: phdtranthaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

May 2024 on 93 inpatients diagnosed with non-organic insomnia at Gerontology Department and Acupuncture Department of the national hospital of traditional medicine. **Results:** The female/male ratio was approximately 2/1. The mean age was $68,52 \pm 12,30$ years. Patients aged ≥ 60 years old accounted for the highest proportion (80,7%). Patients with the Yin-deficiency body type had the highest proportion, followed by the Qi-stagnation, Phlegm-dampness, Qi-deficiency, Yang-deficiency, Blood-stasis, Inherited-special and Balanced. There was an association between Traditional Medicine body constitution types and sleep quality. Patients with Balanced had a lower mean PSQI score and a lower level of sleep difficulty, longer sleep duration per night, and higher sleep efficiency compared to the following body types: Qi-stagnation, Yin-deficiency, Yang-deficiency, Phlegm-dampness, Dampness-heat, Qi-deficiency, Blood-stasis, and Inherited-special. **Keywords:** Primary insomnia, traditional medicine constitution types.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ được đánh dấu bởi sự khó khăn trong việc bắt đầu, duy trì giấc ngủ hoặc khi giấc ngủ không đạt được hay có chất lượng kém, mặc dù có đủ thời gian và cơ hội để tạo ra giấc ngủ. Mất ngủ kéo dài có thể làm tăng nguy cơ rối loạn tâm thần, có thể dẫn đến bệnh tật, đem lại các khoản chi phí trực tiếp như đi khám bác sĩ, thuốc men hay gián tiếp như giảm chất lượng cuộc sống, giảm hiệu quả công việc đặt ra một bài toán kinh tế cho xã hội.

Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan của tình trạng sức khỏe và bệnh tật với sự thay đổi tình trạng thể chất YHCT. Các nghiên cứu cho thấy phương pháp YHCT có thể phát hiện ra sự thay đổi thể chất của một người trước khi có bệnh thật sự, giúp ích cho việc quản lý sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật sớm hơn [8], [9]. Xu hướng nghiên cứu mối liên quan giữa thể chất YHCT và tình trạng bệnh tật đang là hướng đi mới trên thế giới. Hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về thể chất YHCT trên BN mất ngủ, nhằm kế thừa, phát huy vốn quý của YHCT và góp phần nghiên cứu lĩnh vực này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Mối liên quan giữa các dạng thể chất Y học cổ truyền và tình trạng mất ngủ" với mục tiêu: *Phân tích mối liên quan giữa các dạng thể chất YHCT và tình trạng mất ngủ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN được chẩn đoán Mất ngủ không thực tổn tại khoa Lão, khoa Châm cứu dưỡng sinh của bệnh viện YHCT Trung ương trong khoảng thời gian từ 12/2023 – 05/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. BN được chẩn đoán Mất ngủ không thực tổn theo ICSD -3

(ICD 10 – CM: F51.01).¹

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. BN có bệnh lí nội, ngoại khoa nặng hoặc đang được theo dõi y tế đặc biệt.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Từ tháng 12/2023 – tháng 05/2024 tại Khoa Lão, Châm cứu dưỡng sinh – Bệnh viện YHCT TW

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu ngẫu nhiên thuận tiện.

2.4. Chỉ số nghiên cứu

- Tuổi: <40, 40-59 tuổi, ≥ 60 tuổi.
- Giới: Nam, nữ.
- 9 dạng thể chất YHCT: Bình hòa, khí uất, dương hư, khí hư, âm hư, đàm thấp, thấp nhiệt, huyết ứ, đặc biệt.
- CLGN theo thang điểm PSQI: Tổng điểm PSQI, hiệu suất giấc ngủ, mức độ khó ngủ, thời gian ngủ mỗi đêm.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học trên phần mềm Stata 20.0. So sánh trung bình của các biến chuẩn sử dụng kiểm định ANOVA, các biến không chuẩn sử dụng kiểm định Mann – whitney U, xác định có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố BN theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng		p
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %	
<40	2	6,9	1	1,6	3	3,2	> 0,05
40 – 59	6	20,7	9	14,1	15	16,1	
≥ 60	21	72,4	54	84,3	75	80,7	
Tổng	29	100	64	100	93	100	
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	$63,69 \pm 12,95$		$70,70 \pm 11,43$		$68,52 \pm 12,30$		

Nhận xét: Có 29 BN nam (31,2%) và 64 BN nữ (68,8%). Tỉ lệ mất ngủ ở nữ giới cao hơn nam giới, tỉ lệ nữ/ nam khoảng 2/1.

Tuổi trung bình là $68,52 \pm 12,30$. BN ≥ 60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (80,7%). Sự khác biệt về các nhóm tuổi giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Phân bố BN theo các dạng thể chất YHCT

Bảng 3.2. Phân bố BN theo các dạng thể chất YHCT

Dạng thể chất	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Bình hòa	2	2,2

Khí hư	9	9,7
Dương hư	8	8,6
Âm hư	30	32,3
Đàm thấp	12	12,9
Thấp nhiệt	3	3,2
Huyết ứ	7	7,5
Khí uất	20	21,5
Đặc biệt	2	2,2
Tổng	93	100

Nhận xét: BN có dạng thể chất âm hư chiếm tỉ lệ cao nhất là 32,3%, tiếp đến là thể chất khí uất (21,5%), thể chất đàm thấp (12,9%), thể chất khí hư (9,7%), thể chất dương hư (8,6%), thể chất huyết ứ (7,5%), thấp nhất là thể chất đặc biệt và thể chất bình hòa (2,2%).

3.3. Môi liên quan giữa các dạng thể chất YHCT và tình trạng mất ngủ

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa các dạng thể chất YHCT và tình trạng mất ngủ

CLGN	Thể chất YHCT	Trung bình (X± SD)	P
Tổng điểm PSQI	Bình hòa	7,50 ± 0,71	0,001
	Khí hư	11,22 ± 1,20	
	Dương hư	12,50 ± 1,20	
	Âm hư	12,57 ± 1,61	
	Đàm thấp	12,33 ± 1,23	
	Thấp nhiệt	10,00 ± 1,00	
	Huyết ứ	12,71 ± 0,49	
	Khí uất	13,15 ± 1,23	
	Đặc biệt	12,50 ± 0,71	
	Tổng	12,44 ± 1,60	
Mức độ khó ngủ (phút)	Bình hòa	52,50 ± 10,61	0,01
	Khí hư	62,78 ± 32,99	
	Dương hư	91,25 ± 28,38	
	Âm hư	84,00 ± 27,93	
	Đàm thấp	75,00 ± 31,62	
	Thấp nhiệt	60,00 ± 15,00	
	Huyết ứ	94,29 ± 18,80	
	Khí uất	102,50 ± 15,43	
	Đặc biệt	82,50 ± 10,61	
	Tổng	84,68 ± 27,97	
Thời gian ngủ mỗi đêm (giờ)	Bình hòa	5,75 ± 0,35	0,11
	Khí hư	4,89 ± 1,17	
	Dương hư	3,31 ± 1,49	
	Âm hư	3,93 ± 1,22	
	Đàm thấp	3,92 ± 1,36	
	Thấp nhiệt	5,00 ± 1,73	
	Huyết ứ	4,00 ± 1,53	
	Khí uất	3,65 ± 0,86	
	Đặc biệt	3,50 ± 0,50	
	Tổng	3,98 ± 1,27	
Hiệu suất giấc ngủ (%)	Bình hòa	79,29 ± 1,01	0,019
	Khí hư	68,72 ± 6,32	
	Dương hư	57,02 ± 7,18	
	Âm hư	58,28 ± 8,48	

Đàm thấp	59,39 ± 11,06
Thấp nhiệt	63,89 ± 12,73
Huyết ứ	58,81 ± 10,77
Khí uất	59,25 ± 6,09
Đặc biệt	58,34 ± 11,88
Tổng	60,21 ± 9,11

Nhận xét: Tổng điểm PSQI trung bình của nhóm BN thể chất khí uất là cao nhất (13,15 ± 1,23), tiếp theo là thể chất huyết ứ (12,71 ± 0,49), thể chất âm hư (12,57 ± 1,61), thể chất dương hư (12,50 ± 1,20), thể chất đặc biệt (12,50 ± 0,71), thấp hơn là các nhóm BN thể chất khí hư (11,22 ± 1,20), thấp nhiệt (10,00 ± 1,00), thấp nhất là thể chất bình hòa (7,50 ± 0,71). Điểm trung bình PSQI giữa các dạng thể chất có sự khác biệt (p=0,001).

Về mức độ khó ngủ, BN thể chất khí uất cần nhiều thời gian nhất để vào giấc (102,50 ± 15,43 phút), tiếp theo là thể chất huyết ứ (94,29 ± 18,80 phút), thể chất dương hư (91,25 ± 28,38 phút), thể chất âm hư (84,00 ± 27,93 phút), thấp hơn là thể chất đặc biệt (82,50 ± 10,61 phút), thể chất đàm thấp (75,00 ± 31,62 phút), thể chất khí hư (62,78 ± 32,99 phút) và thấp nhất là thể chất bình hòa (52,50 ± 10,61 phút). Mức độ khó ngủ giữa các dạng thể chất có sự khác biệt (p=0,01).

Giá trị trung bình của thời gian ngủ mỗi tối thấp nhất ở nhóm thể chất dương hư (3,31 ± 1,49 giờ), tiếp theo là thể chất đặc biệt (3,50 ± 0,50 giờ), thể chất khí uất (3,65 ± 0,86 giờ), thể chất đàm thấp (3,92 ± 1,36 giờ), thể chất âm hư (3,93 ± 1,22 giờ), thể chất huyết ứ (4,00 ± 1,53 giờ), thể chất khí hư (4,89 ± 1,17 giờ), thể chất thấp nhiệt (5,00 ± 1,73 giờ) và cao nhất là bình hòa (5,75 ± 0,35 giờ). Thời gian ngủ mỗi đêm của các dạng thể chất không có sự khác biệt (p>0,05).

Về hiệu suất giấc ngủ, thể chất dương hư có hiệu suất giấc ngủ thấp nhất (57,02 ± 7,18%), tiếp theo là thể chất âm hư (58,28 ± 8,48%), thể chất đặc biệt (58,34 ± 11,88%), thể chất huyết ứ (58,81 ± 10,77%), thể chất đàm thấp (59,39 ± 11,06%), thể chất thấp nhiệt (63,89 ± 12,73%), thể chất khí hư (68,72 ± 6,32%) và cao nhất là thể chất bình hòa (79,29 ± 1,01%). Hiệu suất giấc ngủ của các dạng thể chất khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của BN là 68,52 ± 12,30. BN ≥60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (80,7%). Tỉ lệ mất ngủ ở nữ giới cao hơn nam giới, tỉ lệ nữ/nam khoảng 2/1. Sự khác biệt về các nhóm tuổi

giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả này tương đồng với tác giả Trần Thị Hải Vân và Lại Thanh Hiền (2018): tỉ lệ mất ngủ cao nhất ở nhóm ≥ 70 tuổi chiếm 63,22%, thấp nhất ở nhóm <50 tuổi chiếm 0,65%.²

Một số tác giả cho rằng người lớn tuổi có tổng thời gian ngủ ngắn hơn so với người trẻ tuổi. Giấc ngủ của người cao tuổi hay bị gián đoạn, thức giấc trong đêm nhiều lần và có xu hướng ngủ ngày, tăng thời gian đi vào giấc, tăng số lần thức giấc trong đêm vì thể giảm thời lượng giấc ngủ. Giải thích cho điều này, tác giả cho rằng độ tuổi tăng kéo theo ảnh hưởng bởi sự thay đổi của nhịp sinh học, dùng thuốc, các bệnh lý gây đau, các rối loạn về thể chất, tâm thần, giảm các hoạt động thể lực ban ngày và một số bệnh lý khác.³

Theo lý luận YHCT, sách Nội kinh có nói: người nữ có bảy thiên quý ($7 \times 7 = 49$), nên 49 tuổi mạch Nhâm yếu, mạch Xung kém, thiên quý cạn hết nên thân thể yếu đuối; nam giới có tám thiên quý ($8 \times 8 = 64$), nên 64 tuổi thận khí kém, lục phủ ngũ tạng đều suy yếu, thiên quý cạn, dinh khí bất túc là nguyên nhân làm cho thân không được yên gây ra chứng mất ngủ.

4.2. Phân bố BN theo các dạng thể chất YHCT. Trong 9 dạng thể chất YHCT có 3 dạng thể chất chiếm tỉ lệ cao nhất là thể chất âm hư (32,3%), thể chất khí uất (21,5%) và thể chất đàm thấp (12,9%). So sánh kết quả ở một số nghiên cứu khác: Thạch Tiểu Vũ và cộng sự (2018) các dạng thể chất chiếm tỉ lệ cao nhất là âm hư (27,41%), đàm thấp (24,44%) và dương hư (18,52%);⁴ Đặng Lê Châu (2019) BN có thể chất khí hư, thể chất âm hư, thể chất đàm thấp, thể chất khí hư và dương hư, thể chất khí hư và âm dương, thể chất dương hư và thấp nhiệt chiếm tỉ lệ cao;⁵ Cống Văn (2022) các dạng thể chất chiếm tỉ lệ cao nhất là khí uất, âm hư, khí hư.⁶ Sự khác biệt có thể do đối tượng nghiên cứu giữa các nghiên cứu có sự khác nhau về địa lí, khí hậu, thói quen ăn uống, sinh hoạt... Thể chất bắt nguồn từ sự tiến hóa tự nhiên và sự thích nghi lâu dài, do đó có sự khác biệt về sự chi phối của tiên thiên và hậu thiên, trải qua sinh trưởng, phát triển và lão hóa, đặc điểm thể chất của con người dần tương thích với môi trường tự nhiên và xã hội. Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là BN đến khám tại Bệnh viện YHCT Trung ương, đối tượng chủ yếu là người cao tuổi, có nhiều bệnh lý kèm theo, các thông tin được khai thác theo chủ quan của BN, điều này dẫn đến sự khác biệt với kết quả của các nghiên cứu.

4.3. Mối liên quan giữa các dạng thể chất YHCT và tình trạng mất ngủ. Tổng điểm

PSQI trung bình của nhóm BN thể chất khí uất là cao nhất, tiếp theo là thể chất huyết ứ, thể chất âm hư, thể chất dương hư, thể chất đặc biệt, thấp hơn là các nhóm BN thể chất khí hư, thấp nhiệt, thấp nhất là thể chất bình hòa. Điểm trung bình PSQI giữa các dạng thể chất có sự khác biệt ($p<0,05$).

Về mức độ khó ngủ, BN thể chất khí uất cần nhiều thời gian nhất để vào giấc, thấp nhất là thể chất bình hòa. Mức độ khó ngủ giữa các dạng thể chất có sự khác biệt với $p<0,05$.

Thời gian ngủ mỗi tối thấp nhất ở nhóm thể chất dương hư và cao nhất là bình hòa. Thời gian ngủ mỗi đêm của các dạng thể chất không có sự khác biệt ($p>0,05$). Thể chất dương hư có hiệu suất giấc ngủ thấp nhất và cao nhất là thể chất bình hòa. Hiệu suất giấc ngủ của các dạng thể chất khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Triệu Lệ Na,⁷ Thạch Tiểu Vũ,⁴ Cống Văn (2022),⁶ thể chất dương hư, thể chất đàm thấp, thể chất âm hư, thể chất khí uất, thể chất khí hư có tỉ lệ mất ngủ cao hơn và điểm PSQI cao hơn, trong khi thể chất hòa bình là yếu tố bảo vệ.

Ở mỗi dạng thể chất khác nhau có sự khác nhau về CLGN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể chất bình hòa có điểm PSQI trung bình và mức độ khó ngủ thấp hơn, thời gian ngủ mỗi tối và hiệu suất giấc ngủ cao hơn so với các dạng thể chất khác. Các nghiên cứu chỉ ra rằng, thể chất bình hòa là một yếu tố bảo vệ. Điều này phù hợp với lý luận của YHCT. Thể chất cân bằng là sự cân bằng hài hòa giữa âm và dương, khí và huyết, khí huyết đầy đủ, năng lượng dồi dào và cơ thể khỏe mạnh.

Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, thể chất dương hư, thể chất đàm thấp, thể chất âm hư, thể chất khí uất, thể chất khí hư là những yếu tố nguy cơ. Trong xã hội hiện đại, con người phải chịu áp lực rất lớn từ mọi mặt, mất năng lượng, tổn hại tinh thần và đây là một trong những nguyên nhân quan trọng gây mất ngủ.

Theo YHCT, những người thể chất khí uất thường do tình chí bất sướng kéo dài, khí cơ uất trệ mà thành; hoặc do can uất khí trệ, khí cơ bất sướng, tinh, huyết, tân dịch trở trệ mà sinh đàm thấp, ứ huyết; uất lâu ngày hóa hỏa, thương nhiều tâm thần. Các nghiên cứu chỉ ra rằng, phụ nữ tiền mãn kinh và mãn kinh thường có thể chất khí uất. Người có thể chất khí uất chủ yếu do rối loạn hoạt động của hệ thần kinh giao cảm và phó giao cảm, dẫn đến một loạt các triệu chứng bất ổn về cảm xúc và dễ gây mất ngủ.⁸

Sách "Nội kinh" cho rằng vệ khí ban ngày

chạy ở phần dương, ban đêm chạy ở phần âm, trên thực tế nhằm chỉ: khi người ta thức vệ khí phân bố ở biểu, khi ngủ vệ khí chủ yếu phân bố ở ngũ tạng. "Ồn bệnh điều biên" viết: "Dương vào âm thì ngủ, dương ra âm thì tỉnh".⁹ Điều này cho thấy giấc ngủ là âm dương của cơ thể con người biến hóa theo âm dương tiêu trường của tự nhiên, giấc ngủ bình thường là kết quả của sự cân bằng giữa âm và dương. Nếu âm dương mất cân bằng, âm không liễm được dương, dương phủ việt ra ngoài, âm dương không thể ra vào cơ thể đúng lúc, có thể xảy ra rối loạn giấc ngủ.

Hay những người bẩm tố tiên thiên bất túc, phú bẩm suy nhược, nguyên tinh không đủ. Thận là gốc của tiên thiên, chứa tinh nguyên để hóa khí thành hình. Thận khí hư suy, tinh thần ủy mị, bạc nhược, ù tai, đa mộng... Hay do quá trình sinh hoạt không điều độ, ẩm thực bất tiết, hậu thiên mất điều hòa, sự sinh hóa tỳ vị khí mất mà gây bệnh. Trong "Tỳ vị luận - Tỳ vị hư thực truyền biến luận" nhận định khí của tỳ vị bất túc là mấu chốt tạo nên chứng khí hư. Cho nên người tiên thiên bất túc và hậu thiên không điều hòa, tỳ khí tổn hại, tâm huyết mất nuôi dưỡng, tâm thần hao tổn, trên lâm sàng thường xuất hiện chứng trạng như: hay quên, mất ngủ, hồi hộp trống ngực, khó vào giấc...

Ngoài ra, tuổi cao thận khí suy giảm, thận dương không thể chưng hóa thủy dịch, tích tụ thành đàm ẩm, theo thời gian cản trở sự vận động của khí huyết, có thể nhìn thấy chứng đàm ứ tương kết. Đàm ứ tương kết thường gặp ở người thể chất dương hư, khí hư. Dương khí bất túc thì việc vận chuyển khí bị yếu, thủy thấp ứ đọng thì thành đàm, huyết đi bị nghẽn thì thành ứ; sau khi đàm ứ đã thành, vì sự chu lưu của huyết không thư sướng lại càng làm hao tổn phần dương. Đàm ứ là âm tà, về ban đêm âm lại được âm hỗ trợ nên chứng trạng nặng thêm. Nếu các sản phẩm bệnh lý như đàm, ứ huyết cản trở đường tuần hành vào ra của vệ khí, vệ khí không thể từ dương nhập âm mà có thể gây ra tình trạng mất ngủ. Tình trạng mất ngủ kéo dài, khí huyết hư suy, âm hư dương cương, khí cơ thất sướng... từ hậu thiên ảnh hưởng đến thể chất, dẫn đến sự sai lệch về thể chất.¹⁰

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nữ/ nam khoảng 2/1. Tuổi trung bình là 68,52 ± 12,30. BN ≥60 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (80,7%). Sự khác biệt về các nhóm tuổi giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

BN có dạng thể chất âm hư chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp đến là thể chất khí uất, thể chất đàm thấp, thể chất khí hư, thể chất dương hư, thể

chất huyết ứ, thấp nhất là thể chất đặc biệt và thể chất bình hòa.

Có mối liên quan giữa thể chất YHCT và CLGN. BN thể chất bình hòa có điểm PSQI trung bình và mức độ khó ngủ thấp hơn, thời gian ngủ mỗi tối và hiệu suất giấc ngủ cao hơn so với các dạng thể chất: khí uất, âm hư, dương hư, đàm thấp, thấp nhiệt, khí hư, huyết ứ, đặc biệt.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến Khoa Lão, khoa Châm cứu dưỡng sinh, Bệnh viện YHCT Trung ương đã tạo điều kiện cơ sở vật chất và đối tượng nghiên cứu cho nghiên cứu này. Đồng thời, chúng tôi cũng xin gửi lời cảm ơn tới Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội đã tài trợ để nhóm nghiên cứu được thực hiện đề tài khoa học cấp cơ sở "Đánh giá mối tương quan giữa các thể chất Y học cổ truyền và tình trạng mất ngủ", mã số CS.23.10.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sateia MJ.** International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Chest. 2014;146(5):1387-1394. doi:10.1378/chest.14-0970
2. **Trần Thị Hải Vân, Lại Thanh Hiền.** Thực trạng mất ngủ của bệnh nhân Tăng huyết áp điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2018;463(2):127-130.
3. **Liu W, Ge ZH, Li B.** [Study on relations between characteristics of traditional chinese medicine body constitutions and syndromes in COPD patients]. Zhongguo Zhong Yao Za Zhi. 2013; 38(20):3587-3590.
4. **Thạch Tiểu Vũ, Quách Cẩm Thần, Lưu Lan Lâm và cộng sự.** Phân tích hội quy Logistic về các dạng thể chất Y học cổ truyền trên 135 bệnh nhân mất ngủ. Học báo học viện Trung y Sơn Tây. 2018;19(5):5-8.
5. **Đặng Lê Châu.** Phân tích mối tương quan giữa thể chất Y học cổ truyền và chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân mất ngủ nguyên phát. Tạp chí Y học giấc ngủ thế giới. 2019;6(7):910-911.
6. **Công Vân.** Nghiên cứu mối liên quan giữa thể chất học cổ truyền và tình trạng tâm lý ở bệnh nhân mất ngủ tiền mãn kinh, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Trung y Nam Kinh, Nam Kinh; 2022.
7. **Triệu Lệ Na và Cổ Diệu Tiên.** Nghiên cứu mối tương quan giữa thể chất Y học cổ truyền và mất ngủ. Tạp chí Trung Tây y kết hợp cho các bệnh tim mạch và mạch máu não. 2015;13(12):1448-1450.
8. **Tổ Lệ Nhã, Đới Hồng Tô, và Trương Văn Ngọc.** Phân tích chức năng thần kinh tự chủ với thể chất khí uất của Y học cổ truyền. Tạp chí Trung Tây y kết hợp. 2013;22(19):2084-2085, 2087.
9. **Cốc Lăng Vân, Vương Uẩn Linh, và Tra Thanh Sơn.** Biện chứng luận trị mất ngủ từ âm dương thất điều. Học báo Học viện Trung y Vân Nam. 2013;5:20-22, 27.
10. **Chú Văn Lai, Trương Lập Thạch, và Vương Chân.** Luận về hội chứng tiền mãn kinh dưới góc độ đàm ứ. Hướng dẫn Y tế Trung Quốc. 2010;12(09):1569-1570.

TỔNG QUAN THỰC TRẠNG ĐẶT VÀ CHĂM SÓC ĐƯỜNG TRUYỀN TRUNG TÂM TỪ TĨNH MẠCH NGOẠI VI Ở TRẺ MẮC TIM BẨM SINH

Trần Thị Mai Hương¹, Nguyễn Thị Thanh Tâm¹,
Phạm Thị Ngọc Anh¹, Trần Thu Hằng¹, Trần Quốc Hoàn¹,
Vũ Thị Thanh Hà¹, Đỗ Thị Lệ Diễm¹, Ngô Thanh Huyền¹,
Vũ Thị Vân¹, Phạm Thị Tuyền¹, Trần Đình Dũng¹

TÓM TẮT

Trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh có nguy cơ cao gặp phải các biến chứng khi đặt và chăm sóc ống thông tĩnh mạch trung tâm từ tĩnh mạch ngoại vi (PICC). Các yếu tố nguy cơ xuất phát từ đặc điểm sinh lý bệnh như suy tim và cô đặc máu, cũng như từ quá trình điều trị như sự hiện diện của vật liệu ngoại lai sau phẫu thuật. Để giúp nhân viên y tế phát hiện và phòng ngừa kịp thời các biến chứng này, cần có quy trình hướng dẫn cụ thể trong thực hành PICC. Tại Việt Nam, thực hành PICC ở trẻ em còn hạn chế về kiến thức và kỹ năng. Bài tổng quan này nhằm mục đích so sánh thực hành PICC giữa Việt Nam và thế giới, mô tả vị trí đầu tận ống thông phù hợp, và tìm hiểu các nguy cơ biến chứng liên quan đến PICC ở trẻ mắc TBS, nhằm cải thiện quy trình kỹ thuật và đảm bảo an toàn cho bệnh nhi.

Từ khóa: đặt đường truyền trung tâm từ tĩnh mạch ngoại vi, tim bẩm sinh, nhi khoa

SUMMARY

CURRENT PRACTICES IN THE PLACEMENT AND MANAGEMENT OF PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETERS IN CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE

Children with congenital heart disease are at high risk for complications when placing and caring for peripherally inserted central catheters (PICC). The risk factors stem from both pathophysiological characteristics such as heart failure and blood hypercoagulability, as well as treatment-related factors like the presence of foreign materials post-surgery. To assist healthcare staff in promptly detecting and preventing these complications, specific guidelines for PICC practices are essential. In Vietnam, PICC practices in children are limited, with significant knowledge and skill gaps. This review aims to compare PICC practices between Vietnam and the world, describe the appropriate catheter tip positions, and investigate the risks of complications associated with PICCs in children with congenital heart disease, with the goal of improving technical procedures and ensuring patient safety.

Keywords: peripherally inserted central catheter, congenital heart disease, pediatric

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mai Hương

Email: huongtimmach@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 13.11.2024

I. SƠ LƯỢC VỀ THỰC HÀNH PICC

Đặt đường truyền trung tâm từ tĩnh mạch ngoại vi (PICC) là kỹ thuật luồn ống thông vào tĩnh mạch trung tâm (TM TT) từ tĩnh mạch ngoại vi. Ở trẻ mắc tim bẩm sinh (TBS), PICC tiềm ẩn nguy cơ huyết khối tĩnh mạch và nhiễm trùng do suy tim, thiếu oxy, cô đặc máu, suy giảm miễn dịch và sự hiện diện của vật liệu ngoại lai (ống nối hoặc van tim) [1]. Tuy nhiên, nghiên cứu về PICC ở trẻ mắc TBS chủ yếu tập trung vào mô tả các biến chứng hơn là đánh giá toàn diện thực hành kỹ thuật [2, 3], dẫn đến thiếu thông tin về quy trình đặt và chăm sóc PICC, gây khó khăn trong việc cải thiện kỹ thuật và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Tại Việt Nam, thực hành PICC ở trẻ em mới được công bố trong ba nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung Ương [4-6]. Kết quả cho thấy các yếu tố nguy cơ của CLABSI liên quan đến PICC và sự thiếu hụt kiến thức, kỹ năng thực hành của điều dưỡng [4-6]. Vì vậy, để cải tiến thực hành kỹ thuật này, tổng quan y văn cần được tiến hành nhằm tìm ra lỗ hổng về kiến thức và thực hành kỹ thuật này ở trẻ mắc TBS, từ đó định hướng cho các nghiên cứu tiếp theo.

II. SO SÁNH THỰC HÀNH ĐẶT VÀ CHĂM SÓC PICC CHO TRẺ EM TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM

Thực hành PICC cho trẻ mắc TBS trên thế giới và tại Việt Nam nhằm xem xét phạm vi áp dụng các bằng chứng hiện có và xác định các hạn chế cần khắc phục, nhằm cải thiện quy trình tại Việt Nam.

Thứ nhất, thời điểm chỉ định đặt PICC có ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công của ca đặt và hiệu quả điều trị [7]. Các nghiên cứu về PICC ở trẻ chỉ ra rằng chỉ định đặt PICC có kế hoạch làm giảm số lần tiếp cận tĩnh mạch ngoại vi, giảm đau, giảm chi phí điều trị tăng, tỷ lệ thành công ca đặt và cho trẻ giảm thiểu biến chứng liên quan [3, 7]. Tuy nhiên, trong thực hành PICC tại Việt Nam, thời điểm chỉ định PICC cho từng nhóm bệnh và tình trạng bệnh chưa được quy định cụ thể, gây khó khăn khi thực hiện kỹ thuật