

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP PARAFIN TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Bùi Kim Nữ¹, Trần Thị Hạnh¹,
Đàm Túy Minh¹, Nguyễn Thị Bay¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thoái hóa cột sống thắt lưng là bệnh lý mạn tính, gây đau và biến dạng cột sống, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Điện châm và đắp Parafin là 2 phương pháp được áp dụng trong điều trị các bệnh lý xương khớp mạn tính hiện nay. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu ghi nhận hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa khi kết hợp 2 phương pháp này. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau của điện châm kết hợp parafin trên bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: gồm 96 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, chia làm 2 nhóm: nhóm chứng được điều trị bằng điện châm đơn thuần và nhóm nghiên cứu được điều trị bằng điện châm kết hợp đắp parafin trong 14 ngày. Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị tại bệnh viện YDCT tỉnh Tây Ninh. Mức độ hiệu quả được đánh giá theo thang điểm VAS, Oswestry Disability và chỉ số Schober sau 14 ngày điều trị.

Kết quả: Sau 14 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu đạt loại tốt: 56,3%, khá: 25%, trung bình: 18,8%. Ở nhóm chứng đạt loại tốt: 27,1%, khá: 37,5%, trung bình: 35,4%. Trong quá trình điều trị có 9 trường hợp chảy máu tại vị trí châm. Không có trường hợp nào vùng châm, bông, dị ứng.

Kết luận: Phương pháp điện châm kết hợp đắp parafin cho hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống cao hơn điện châm đơn thuần.

Từ khóa: đau thắt lưng, thoái hóa cột sống, điện châm, paraffin

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECT OF ELECTRONIC ACUPUNCTURE COMBINED WITH PARAFFIN IN THE TREATMENT OF LOW BACK PAIN BY OSTEOARTHRITIS

Objectives: Low back pain by osteoarthritis is a chronic disease causing pain and spinal deformity, affecting the quality of life of patients. Electroacupuncture and paraffin are two methods that have been applied in the treatment of many chronic musculoskeletal diseases today. However, there have been no studies that have documented the effectiveness of the treatment of low back pain by osteoarthritis when combining these two methods. Therefore, this study aimed to evaluate the effect of electroacupuncture combined with paraffin in the treatment of low back pain by osteoarthritis.

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

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Kim Nữ

SĐT: 0336385386

Email: buikimnu.tlx@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/06/2022

Ngày phản biện khoa học: 20/07/2022

Ngày duyệt bài: 06/08/2022

Materials and methods: 96 patients diagnosed with low back pain by spondylosis were divided into 2 groups: the control group was treated with electroacupuncture alone, and the

intervention group was treated with electroacupuncture combined with paraffin for 14 days. This is a prospective, controlled clinical trial conducted at Traditional Medicine Hospital of Tay Ninh province. The level of effectiveness is assessed by VAS scale, Oswestry Disability, and Schober index after 14 days of treatment.

Results: After 14 days of treatment, the percentage of patients in the intervention group with good, fairly good, average results were 56.3%, 25%, and 18.8% respectively. In the control group, the patients with good results, fairly good, and average accounted for 27.1%, 37.5%, and 35.4%. During the treatment, there were 9 cases of bleeding at the injection site and no cases of stinging, burns, or allergies.

Conclusion: The method of electroacupuncture combined with paraffin was more effective in treating low back pain due to spondylosis than electroacupuncture alone.

Keywords: low back pain, spondylosis, electroacupuncture, paraffin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống thắt lưng (CSTL) là bệnh lý mạn tính, diễn tiến từ từ với mức độ tăng dần, gây đau kéo dài và biến dạng cột sống, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại nước ta, thoái hóa khớp chiếm 10,41% các bệnh về xương khớp, trong đó vị trí thường bị thoái hóa nhất là cột sống thắt lưng chiếm tỷ lệ 31,12%, cột sống cổ 14%, gối 13%⁽⁶⁾. Bệnh gây tổn thương lên toàn bộ khớp, xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch. Biểu

hiện lâm sàng của thoái hóa cột sống thắt lưng rất đa dạng và phức tạp.

Thoái hóa cột sống thắt lưng thường tái phát nhiều lần, nên việc điều trị triệu chứng lâu dài với các nhóm thuốc chống viêm không steroid (phổ biến như celecoxibs, meloxicam...), giảm đau (aspirin, paracetamol), dẫn cơ có thể gây nhiều tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa, chức năng gan, thận cho người bệnh⁽⁷⁾.

Điện châm là phương pháp dùng dòng điện nhất định tác động lên các huyết qua kim châm giúp vận hành khí huyết điều hòa, giảm đau, chống viêm. Đắp Parafin nóng là phương pháp truyền nhiệt trực tiếp, giúp tăng tuần hoàn và chuyển hóa tại chỗ. Đây là 2 phương pháp đã được áp dụng trong điều trị các bệnh lý xương khớp mạn tính hiện nay, mang lại hiệu quả trên lâm sàng đã được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước^(9,10,11,12).

Năm 2018, tác giả Nguyễn Văn Hưng đã nghiên cứu hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa của phương pháp điện châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang kí sinh, ghi nhận được tỷ lệ bệnh nhân giảm đau đạt loại khá và tốt là 83,4%⁽⁸⁾. Năm 2015, Phan Thị Thơm đã nghiên cứu hiệu quả điều trị đau khớp gối do thoái hóa của phương pháp điện châm kết hợp đắp parafin tại Bệnh viện Đa khoa Ba Tri, ghi nhận được tỷ lệ bệnh nhân giảm đau đạt loại tốt là 66,67%, khá là 20,83%⁽¹¹⁾.

Tuy nhiên hiện chưa có nghiên cứu ghi nhận hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa khi kết hợp 2 phương pháp điện châm và đắp parafin. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị giảm đau của điện châm kết hợp parafin trên bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng.

Mục tiêu:

- Xác định mức độ giảm đau, mức độ thực hiện chức năng sinh hoạt, mức độ phục hồi vận động trên bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng điều trị với phương pháp điện châm kết hợp parafin

- So sánh hiệu quả về mức độ giảm đau, cải thiện chức năng sinh hoạt và phục hồi vận động của phương pháp điện châm kết hợp parafin với điện châm thuần trên bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng.

- Theo dõi các tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm, parafin khi điều trị trên bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm 96 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa tại khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Y dược cổ truyền Tây Ninh từ tháng 01/2022 đến 06/2022, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân không phân biệt tuổi và giới tính

Các triệu chứng lâm sàng như: đau vùng cột sống thắt lưng, đau cơ năng, không lan.

Triệu chứng cận lâm sàng: phim Xquang có hình ảnh thoái hóa cột sống thắt lưng như: Hẹp khe khớp, đặc xương dưới sụn, mọc gai xương.

Tiêu chuẩn loại

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Bệnh nhân đau thắt lưng do các nguyên nhân khác.

Bệnh nhân có các bệnh cấp tính kèm theo hay bệnh nặng cần điều trị tích cực.

Bệnh nhân có các bệnh ngoài da, mất cảm giác, dị ứng với parafin, với dòng điện

xung.

Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu

Bệnh nhân dùng thêm các phương pháp điều trị khác hoặc không tuân thủ điều trị.

Bệnh nhân diễn tiến nặng thêm, đau nhiều hơn.

Bệnh nhân bỏ điều trị không rõ nguyên nhân

2.2. Phương pháp nghiên cứu**Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu tiến cứu, so sánh kết quả trước và sau điều trị và so sánh kết quả giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$N1 = N2 = Z_{(\alpha,\beta)}^2 \frac{P_1(1 - P_1) + P_2(1 - P_2)}{(P_1 - P_2)^2}$$

N1/N2: Là số lượng người bệnh tham gia trong nhóm nghiên cứu/nhóm chứng

P1= 80% (Tỷ lệ điều trị có hiệu quả ước đoán bằng phương pháp điện châm kết hợp parafin)

P2=50% (Tỷ lệ điều trị có hiệu quả theo các nghiên cứu trước)^(3,4).

$\alpha=0,05$ (Là xác suất của việc phạm phải sai lầm loại I).

$\beta= 0,1$ (Là xác suất của việc phạm phải sai lầm loại II).

$$Z_{(\alpha,\beta)}^2=10,5$$

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 96 bệnh nhân với 48 bệnh nhân trong mỗi nhóm

Phương pháp tiến hành

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng và cho chụp Xquang, kiểm tra tiêu chí nhận vào và loại ra. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên bằng cách bốc thăm phong thư.

Điều trị cho cả 2 nhóm: điện châm các huyệt sau: Giáp tích L2-L5, Yêu dương quan, Thận du, Đại trường du, Ủy trung 2

bên ^(1,3). Tần số: 60Hz, thời gian lưu kim: 20 phút/lần, cường độ 1- 100 μ A. Chiều dài kim khoảng 4-5cm. Mỗi bệnh nhân được dùng kim riêng, đã được tiệt trùng đúng qui cách.

Nhóm nghiên cứu: 48 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp điện châm, sau đó đắp parafin nóng trong 20 phút. Miếng parafin sau khi đông đặc lại được quan sát kiểm tra độ sạch, dùng nhiệt kế kiểm tra nhiệt độ đảm bảo đạt mức 50-55 độ C và bọc tấm khăn trước khi đắp cho bệnh nhân. Kiểm tra vùng da thắt lưng bệnh nhân trước khi đắp parafin⁽²⁾.

Nhóm chứng: 48 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp điện châm đơn thuần.

Liệu trình điều trị: Điều trị 1 lần/ngày trong 14 ngày.

Kết quả nghiên cứu được đánh giá dựa trên các tiêu chí

- Đánh giá mức độ cảm giác đau theo thang điểm VAS

- Đánh giá mức độ ảnh hưởng chức năng sinh hoạt theo thang điểm Oswestry Disability (ODI)

- Đánh giá mức độ dẫn cột sống theo chỉ số Schober.

- Khảo sát một số tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị như: chảy máu, vùng châm, bỏng, dị ứng.

Theo dõi trước và sau 14 ngày điều trị. Kết quả điều trị chung được đánh giá bằng tổng điểm các tiêu chí trên và quy ước như sau:

Bảng 1. Đánh giá kết quả chung trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa.

Xếp loại	Quy ước	Điểm
Tốt	Đạt tổng điểm từ 80% trở lên	9,6 – 12 điểm
Khá	Đạt tổng điểm từ 60% đến dưới 80%	7,2 – 9,5 điểm
Trung bình	Đạt tổng điểm từ 40% đến dưới 60%	4,8 – 7,1 điểm
Kém	Đạt tổng điểm từ 40% trở xuống	0 – 4,7 điểm

Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Y đức

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh với quyết định số 762/HĐĐĐ- ĐHYD ngày 06/12/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm chung

Bảng 2. Bảng đặc điểm lâm sàng chung của bệnh nhân tham gia nghiên cứu ở 2 nhóm

Đặc điểm phân bố bệnh nhân		Nhóm chứng		Nhóm nghiên cứu		P _{N-C}
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Nhóm tuổi	Dưới 40 tuổi	0	0	2	4,2	0,23
	40 đến 60 tuổi	25	52,1	19	39,6	
	Trên 60 tuổi	23	47,9	27	56,3	
Giới tính	Nam	15	27,1	15	31,3	0,65
	Nữ	35	72,9	33	68,8	

Nghề nghiệp	Tuổi già, hưu trí	19	39,6	20	41,7	0,88
	Lao động trí óc	11	22,9	9	18,8	
	Lao động chân tay	18	37,5	19	39,6	
Thời gian mắc bệnh	<6 tháng	17	35,4	21	43,8	0,4
	≥ 6 tháng	31	64,6	27	56,2	
Yếu tố khởi phát	Thời tiết	20	41,7	21	43,8	0,75
	Lao động nặng	16	33,3	18	37,5	
	Khác	12	25	9	18,8	
Tiền sử tái phát	Có	33	68,8	28	58,3	0,25
	Không	15	31,2	20	41,7	
Bệnh lý đi kèm	Tim mạch, nội tiết	5	10,4	6	12,5	0,93
	Tiêu hóa	11	22,9	9	18,8	
	Cơ xương khớp	14	29,2	16	33,3	
	Khác	18	37,5	17	35,4	

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu đa phần có độ tuổi > 60 tuổi (52,1%). Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (70,8%). Đa số bệnh nhân là người già, hưu trí (40,6%). Ở cả 2 nhóm, bệnh nhân đều có thời gian mắc bệnh từ 6 tháng trở lên (60,4%). Yếu tố khởi

phát thường do thời tiết (42,7%). Đa phần bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều có tiền sử từng bị đau thắt lưng do thoái hóa (63,5%), với nhiều bệnh phối hợp đi kèm hoặc có bệnh lý khác chiếm tỷ lệ.

Sự cải thiện điểm đau theo VAS

Bảng 3. Sự cải thiện mức độ đau theo VAS sau điều trị của 2 nhóm

VAS	Nhóm chứng X ± SD	Nhóm nghiên cứu X ± SD	P _{N-C}
Trước điều trị	5,56 ± 1,75	5,67 ± 1,68	0,77
Sau điều trị	3,23 ± 1,83	2,33 ± 2,01	0,02
P _{S-T}	0,01	0,01	

Trước điều trị: điểm VAS ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,77. Sau điều trị: cả 2 nhóm đều giảm đau rõ rệt, trong đó nhóm nghiên cứu giảm đau nhiều hơn nhóm chứng là 2,33 ± 2,01 so 3,23 ± 1,83, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,02.

Sự cải thiện chức năng sinh hoạt hằng ngày theo Oswestry Disability

Bảng 4. Sự cải thiện mức độ thực hiện chức năng sinh hoạt sau điều trị của 2 nhóm

ODI	Nhóm chứng X ± SD	Nhóm nghiên cứu X ± SD	P _{N-C}
Trước điều trị	21,65 ± 4,78	21,56 ± 4,49	0,93
Sau điều trị	17,63 ± 4,92	14,98 ± 6,18	0,02
P _{S-T}	0,01	0,01	

- Trước điều trị: điểm ODI ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,93

- Sau điều trị: cả 2 nhóm đều có cải thiện về mức ảnh hưởng các chức năng sinh hoạt,

trong đó nhóm nghiên cứu giảm điểm ảnh hưởng nhiều hơn nhóm chứng là 14,98 ± 6,18 so với 17,63 ± 4,92, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p= 0,02

Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng theo Schober

Bảng 5. Sự cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng sau điều trị của 2 nhóm

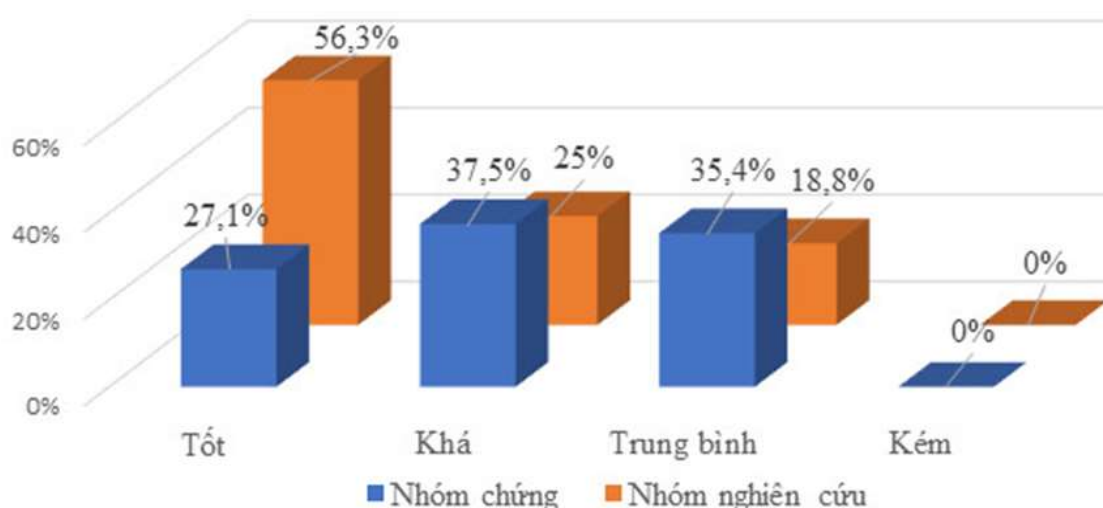
Nhóm	Nhóm chứng				Nhóm nghiên cứu				P _{N-C} TĐT	P _{N-C} SDT
	TĐT 1		SDT 1		TĐT 2		SDT 2			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Mức độ									0,44	0,02
≥ 4cm	0	0	7	14,6	2	4,2	18	37,5		
3cm≤d<4cm	11	22,9	17	35,4	15	31,3	16	33,3		
2cm≤d<3cm	21	43,8	24	50	17	35,4	14	29,2		
d<2cm	16	33,3	0	0	14	29,2	0	0		
Tổng	48	100	48	100	48	100	48	100		
P _{S-T}	0.01				0.01					

Trước điều trị: ở cả 2 nhóm, mức giãn CSTL $2\text{cm} \leq d < 3\text{cm}$ chiếm tỷ lệ cao nhất (43,8%/35,4%), mức giãn CSTL $d \geq 4\text{cm}$ chiếm tỷ lệ nhỏ nhất (0%/2%), khác biệt không có ý nghĩa với $p=0,44$. Sau điều trị: mức giãn CSTL đạt mức $d \geq 4\text{cm}$ và $3\text{cm} \leq d < 4\text{cm}$ ở nhóm nghiên cứu (70,8%) cao hơn so với nhóm chứng (50%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$.

Kết quả điều trị chung

Bảng 6. Bảng kết quả phân loại chung sau điều trị của 2 nhóm

Kết quả	Nhóm chứng		Nhóm nghiên cứu		P _{N-C}
	n	%	n	%	
Tốt	13	27,1	27	56,3	0,01
Khá	18	37,5	12	25	
Trung bình	17	35,4	9	18,8	
Kém	0	0	0	0	
Tổng	48	100	48	100	



Biểu đồ 1. Kết quả phân loại chung sau điều trị của 2 nhóm

Sau điều trị, bệnh nhân đạt loại tốt ở nhóm nghiên cứu là 56,3% cao hơn nhóm chứng là 27,1% bệnh nhân đạt loại khá ở nhóm nghiên cứu là 25% thấp hơn nhóm chứng là 37,5%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,01$.

Tác dụng không mong muốn

Kết quả cho thấy ở nhóm chứng có 5 trường hợp (10,4%) và ở nhóm nghiên cứu có 4 trường hợp (8,3%) bị tác dụng không mong muốn chảy máu khi điện châm. Không có trường hợp nào bị các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng như vừng châm, bông, dị ứng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng chung

Đặc điểm tuổi: Bệnh nhân > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 52,1%. Điều này phù hợp với tính chất của thoái hóa là quá trình diễn ra liên tục và tăng dần theo tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tú Anh là 59,21%⁽¹²⁾.

Đặc điểm giới tính: Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn (70,8%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả như Nguyễn Thị Tú Anh là 73,6% và Phan Quan Chí Hiếu là 59,4%^(9,12).

Đặc điểm tính chất lao động: Nhóm người già, hưu trí (40,6%) chiếm đa số. Điều này do thoái hóa thường xảy ra ở người lớn tuổi, thường xuyên làm các công việc nặng nhọc trong thời gian dài, làm tổn thương tại sụn khớp, đĩa đệm, dây chằng vùng thắt lưng dẫn đến bệnh.

Đặc điểm thời gian mắc bệnh: tỷ lệ mắc bệnh trên 6 tháng chiếm cao nhất (60,4%). Điều này phù hợp với tính chất đau mạn tính của thoái hóa cột sống, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng thời gian đau trên 3 tháng là 53,3%⁽⁸⁾.

Đặc điểm yếu tố khởi phát: nguyên nhân thời tiết chiếm tỷ lệ cao nhất (42,7%). Có thể do bệnh nhân đa phần lớn tuổi, thiên quý suy, bệnh lâu ngày, dễ nhiễm hàn tà, thúc đẩy làm bệnh nặng hơn.

Đặc điểm tiền sử tái phát: Bệnh nhân hầu hết có tiền sử từng bị đau thắt lưng (63,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phan Quan Chí Hiếu là 78,85%⁽¹⁰⁾.

Đặc điểm bệnh lý đi kèm: Bệnh nhân đa phần có nhiều bệnh đi kèm hoặc mắc các bệnh lý khác (36,5%). Do đa số bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh lý nền, tổng trạng suy yếu, làm bệnh diễn tiến nặng nề hơn.

Mức cải thiện đau theo thang điểm VAS

Sau điều trị cả 2 nhóm đều giảm đau rõ rệt. Đặc biệt, nhóm nghiên cứu với điểm VAS giảm từ $5,67 \pm 1,68$ xuống $2,33 \pm 2,01$ và giảm nhiều hơn so với nhóm chứng $3,23 \pm 1,83$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, cho thấy nhóm nghiên cứu giảm đau tốt hơn nhóm chứng.

Mức ảnh hưởng chức năng sinh hoạt theo thang điểm ODI

Nhóm nghiên cứu với điểm ODI giảm từ $21,56 \pm 4,49$ xuống $14,98 \pm 6,18$ và giảm nhiều hơn so với nhóm chứng $17,63 \pm 4,92$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê. Cho thấy nhóm nghiên cứu cải thiện các

chức năng sinh hoạt tốt hơn nhóm chứng. Chức năng sinh hoạt của bệnh nhân có thể phụ thuộc vào mức độ đau. Nếu bệnh nhân giảm đau thì các chức năng sinh hoạt sẽ được cải thiện. Nhóm nghiên cứu có tỷ lệ cải thiện triệu chứng đau hơn nhóm chứng nên hiệu quả cải thiện ảnh hưởng chức năng sinh hoạt tốt hơn là hợp lý.

Độ giãn cột sống thắt lưng theo chỉ số Schober

Sau điều trị, độ giãn CSTL ở cả 2 nhóm đều cải thiện. Tuy nhiên, độ giãn CSTL ở mức $d \geq 4\text{cm}$ và $3\text{cm} \leq d < 4\text{cm}$ ở nhóm nghiên cứu là 70,8% và cao hơn so với nhóm chứng là 50%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê. Cho thấy nhóm nghiên cứu cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng cho bệnh nhân tốt hơn nhóm chứng. Điều này có thể giải thích do độ giãn cột sống thắt lưng chịu ảnh hưởng khi bệnh nhân bị đau. Vì khi ấy sẽ gây co cơ vùng thắt lưng, khi co cơ thì đau lại tăng, làm hạn chế tầm vận động của các khớp và ảnh hưởng nhiều đến độ giãn cột sống thắt lưng. Điện châm kết hợp parafin có tác dụng giảm đau hiệu quả hơn, giải quyết được tình trạng đau và co cơ, do đó cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng tốt hơn so với điện châm đơn thuần.

Kết quả điều trị chung

Nhóm nghiên cứu, loại tốt: 56,3%, khá: 25%, trung bình: 18,8% cao hơn nhóm chứng với tốt: 27,1%, khá: 37,5%, trung bình: 35,4%, không có trường hợp kém ở 2 nhóm. Kết quả cho thấy điện châm kết hợp đắp parafin có hiệu quả cao hơn so với điện châm đơn thuần.

Tác dụng không mong muốn

Ở nhóm chứng có 10,4% và ở nhóm nghiên cứu có 8,3% bị chảy máu khi điện châm. Không có trường hợp nào trên lâm sàng bị vệt châm, bỏng, dị ứng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy phương pháp điện châm kết hợp parafin là phương pháp đơn giản mà lại rất hiệu quả có thể áp dụng nhiều hơn trên lâm sàng. Tuy nhiên thời gian theo dõi còn hạn chế. Vì vậy, cần có những nghiên cứu tiếp theo về phương pháp này với thời gian theo dõi sau điều trị nhiều hơn để khẳng định hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp đắp parafin với liệu trình 14 ngày có hiệu quả giúp giảm đau, góp phần cải thiện các chức năng sinh hoạt và phục hồi vận động cho bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng. Hiệu quả giảm đau, hiệu quả cải thiện sự ảnh hưởng các chức năng sinh hoạt, hiệu quả phục hồi vận động cho bệnh nhân qua độ giãn CSTL của nhóm điện châm kết hợp đắp parafin tốt hơn so với nhóm điện châm đơn thuần.

Nhóm điện châm kết hợp parafin có tỷ lệ 8,3%, nhóm điện châm có tỷ lệ 10,4% bị chảy máu khi điện châm. Không có trường hợp nào trên lâm sàng bị vệt châm, bỏng, dị ứng. Tất cả các trường hợp của hai nhóm đều được xử lý kịp thời, không có trường hợp nào phải ngưng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y Học Cổ Truyền kết hợp Y Học Cổ Truyền và Y Học Hiện Đại, Quyết định số 5013/QĐ-BYT Tr.9 - 13
2. **Bộ Y Tế** (2014), Hướng dẫn qui trình kỹ thuật chuyên ngành PHCN, số 54/QĐ-BYT Hà Nội, ngày 06/01/2014, T.35 - 36.
3. **Chen HL, Qiu XH, Yan XC** (2009). Observation on therapeutic effect of electroacupuncture plus bloodletting puncture at Weizhong (BL40) on acute lumbar disc herniation. Zhongguo Zhen Jui, 29(2):123-125.
4. **Li JB, Xiong QL, Qu SK, Qi FA, Zhang L, Wang Q, Bao K, Li FB** (2013). Discussion on the regular of acupoint selection of acupuncture and moxibustion for lumbar disc herniation during recent 10 years. Zhongguo Zhen Jui, 33(7):668-672.
5. **Liu L, Liu LG, Lu M, Ran WJ** (2009). Observation on the therapeutic effect of electroacupuncture combined with Chinese herbs for treatment of prolapse of lumbar intervertebral disc of yang deficiency and cold coagulation type. Zhongguo Zhen Jui, 29(8):626-628.
6. **Nguyễn Thị Bay** (2007). Thoái hóa khớp, Bệnh học và điều trị nội khoa kết hợp Đông-Tây y, Nhà xuất bản Y học, tr.520-535.
7. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2012). Thoái hóa khớp, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr.138-162.
8. **Nguyễn Văn Hưng, Phạm Thị Xuân Mai** (2018). Hiệu quả điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống thắt lưng bằng điện mãng châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt tang kí sinh. Y Dược học - ĐH Y Dược Huế, 8(5):52-57
9. **Phan Quan Chí Hiếu, Nguyễn Thị Kim Ngân** (2012). Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến điều trị giảm đau do Thoái hóa cột sống cổ bằng điện châm. Y Học TP Hồ Chí Minh, 16(1):84-89
10. **Phan Quan Chí Hiếu, Trương Trung Hiếu** (2012). Xác định tỷ lệ giảm đau trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống được điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp kéo cột sống thắt lưng. Luận văn Thạc sĩ y học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
11. **Phan Thị Thơm, Nguyễn Thái Điền, Võ Thị Phiên** (2015). Đánh giá hiệu quả đắp Parafin kết hợp điện châm trong Thoái hóa khớp gối tại khoa Phục hồi chức năng tại Bệnh viện Đa Khoa Ba Tri năm 2015. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở.
12. **Trần Thiện Ân, Nguyễn Thị Tú Anh** (2020). Đánh giá hiệu quả của phương pháp tác động cột sống phối hợp với điện châm trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa. Y Học Lâm Sàng - Bệnh viện Trung ương Huế, 59:53-58.

HIỆU QUẢ ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ BÍ TIỂU CƠ NĂNG SAU MÔ TRĨ

Đỗ Thị Ngọc Lý¹, Nguyễn Thị Sơn²,
Lê Hoàng Minh Quân², Nguyễn Thị Ngọc Nghĩa³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bí tiểu cơ năng sau mô trĩ là một biến chứng thường gặp, bệnh diễn biến cấp tính và ảnh hưởng đến sức khỏe nếu không phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây vỡ bàng quang. Các phương pháp điều trị Y học hiện đại chủ yếu dùng thuốc, chườm nóng vùng hạ vị, xoa bàng quang, đặt sonde tiểu... Tuy nhiên, các phương pháp trên hiệu quả điều trị trung bình. Điện châm đã được chứng minh có hiệu quả trong điều trị bí tiểu cơ năng. Do đó, mục tiêu nghiên cứu là “Đánh giá hiệu quả điện châm điều trị bí tiểu cơ năng sau mô trĩ”.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 68 người bệnh chẩn đoán bí tiểu cơ năng sau mô trĩ bằng phương pháp Longo và Milligan – Morgan có gây tê tùy sống từ 9/2020 – 08/2021 khoa Ngoại phụ bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh được phân ngẫu nhiên thành 2 nhóm: Nhóm chứng (32 người bệnh) chườm nóng 20 phút; Nhóm can thiệp (32 người bệnh) điện châm lần 1 trong 20 phút. Nếu người bệnh chưa tiểu được sau 30 phút thì tiếp tục điện châm

ở cả 2 nhóm. Nếu người bệnh chưa tiểu được sau 30 phút sẽ tiến hành thông tiểu.

Kết quả: Sau lần 1, nhóm can thiệp giảm 94% biểu hiện đau tức hạ vị, giảm 96% biểu hiện cầu bàng quang, kéo dài thêm 10,8 phút kể từ lúc can thiệp đến khi tiểu được, gia tăng 120,1 ml thể tích nước tiểu thực tế, giảm 123,8 ml nước tiểu tồn lưu, tăng thêm 0,5 lần đi tiểu so với nhóm chứng ($p<0,001$). Những người bệnh thất bại lần 1 sẽ tiếp tục điện châm, sau khi điện châm lần 2, các kết cục đều đạt hiệu quả có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

Kết luận: Điện châm có hiệu quả cao hơn chườm nóng trong điều trị bí tiểu cơ năng sau mô trĩ.

Từ khóa: châm cứu, điện châm, mô trĩ, bí tiểu cơ năng

SUMMARY

EFFICACY OF ELECTROACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF URINARY RETENTION AFTER HEMORRHOID SURGERY

Objectives: Functional urinary retention after hemorrhoid surgery is a common complication, which progresses rapidly and affects health. If not detected and treated promptly, it can cause bladder rupture. The methods of western medicine treatment are mainly using drugs, applying heat to the lower abdomen, rubbing the bladder, placing urinary catheters... However, these methods have medium treatment effectiveness. Electroacupuncture has been shown to be effective in the treatment of urinary retention

¹Khoa Ngoại phụ – Bệnh viện Y học Cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Y học cổ truyền – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Khoa khám – Bệnh viện Y học Cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Ngọc Lý

SĐT: 0908960272

Email: bsdothingocly@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 02/08/2022

after hemorrhoid surgery. Therefore, the research objective was given: Efficacy of electroacupuncture in the treatment of urinary retention after hemorrhoid surgery.

Methods: 68 patients diagnosed with functional urinary retention after hemorrhoid surgery by Longo and Milligan – Morgan methods with spinal anesthesia from September 2020 to August 2021 at Gynecology and Surgery Department, Traditional Medicine Hospital in Ho Chi Minh City. Patients were randomly divided into 2 groups: the control group (32 patients) hot compress for 20 minutes; The intervention group (32 patients) electroacupuncture one time for 20 minutes. The electroacupuncture would be continued in both groups when a patient was not able to urinate after 30 minutes. Then if the patient was not able to urinate after 30 minutes, catheterization would be performed.

Results: After the 1st session, the intervention group reduced 94% of pain in the lower abdomen, decreased 96% of bladder bridge expression, and lasted for an additional 10.8 minutes from the time of intervention until the time to urinate, an increase of 120.1 ml of actual urine volume was achieved. The residual urine volume decreased by 123.8 ml, and the voiding increased 0.5 times compared with the control group ($p < 0.001$). The patients who failed the first time would continue with electroacupuncture, after the second time of electroacupuncture, the outcomes are statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: Electroacupuncture is highly effective in treating urinary retention after hemorrhoid surgery.

Keywords: acupuncture, electroacupuncture, hemorrhoid surgery, urinary retention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bí tiểu cơ năng là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật hậu môn trực tràng, phẫu

thuật ổ bụng, sau phẫu thuật cột sống, sau sanh, sau phẫu thuật sản phụ khoa,... Bệnh diễn biến cấp tính với các triệu chứng: đau tức vùng hạ vị, mót đi tiểu nhưng rặn nước tiểu không ra, có cầu bàng quang làm người bệnh đau đớn, phiền hà, ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như kết quả điều trị các bệnh kèm theo, kéo dài thời gian điều trị,... nếu không phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây vỡ bàng quang⁽¹⁾.

Tại Việt Nam có một số công trình nghiên cứu về bí tiểu cơ năng cấp tính sau phẫu thuật hậu môn trực tràng, sau mổ trĩ. Trĩ là căn bệnh tế nhị nên hầu như người bệnh rất ngại khi đi khám bệnh, chỉ đến khám khi bệnh đã nặng (độ III, độ IV) hay có biến chứng chảy máu, tắc mạch, loét hoại tử... Việc điều trị lúc này chủ yếu là phẫu thuật⁽¹⁾. Bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ thường do tác dụng phụ của thuốc gây tê tủy sống và tình trạng đau sau mổ⁽²⁾. Theo Nguyễn Trung Học (2009) tỷ lệ người bệnh bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ bằng phương pháp Longo và Milligan – Morgan là 28,9% và 25,6%⁽³⁾.

Y học hiện đại điều trị bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ nói chung và sau các phẫu thuật vùng tiểu khung nói riêng bằng phương pháp: dùng thuốc, chườm nóng vùng hạ vị, xoa bàng quang, đặt sonde tiểu... Tuy nhiên, các phương pháp trên hiệu quả điều trị thấp. Phương pháp đặt sonde tiểu giải quyết được vấn đề triệt để nhưng để lại biến chứng tổn thương niệu đạo, bàng quang, nhiễm khuẩn tiết niệu...⁽⁴⁾. Nghiên cứu của Tạ Đăng Quang (2014) cho thấy nhóm điện châm có tỷ lệ bí tiểu cơ năng thấp hơn so với nhóm tiêm bắp Felden⁽⁵⁾. Kết quả cho thấy điện châm đạt hiệu quả điều trị cao, đơn giản, tiết kiệm chi phí, ít biến chứng⁽⁶⁾.

Năm 2018 qua quan sát các người bệnh bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ tại khoa ngoại phụ

bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh (BV YHCT TPHCM) chúng tôi nhận thấy trong 30 người bệnh được chẩn đoán bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ có gây tê tùy sống sau khi sử dụng phương pháp tập tiểu chủ yếu là chườm nóng vùng bàng quang để điều trị bí tiểu cơ năng thì có 24 người bệnh chưa tiểu được (chiếm 80%), đa số người bệnh đều phải được áp dụng điện châm mới đạt được hiệu quả điều trị nhất định (đi tiểu được) và chưa có nghiên cứu nào tại BV YHCT TPHCM chứng minh hiệu quả, tỷ lệ hồi phục của 2 phương pháp điện châm và chườm nóng vùng bàng quang để điều trị bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “đánh giá hiệu quả điện châm điều trị bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ” nhằm sử dụng điện châm ngay khi được chẩn đoán bí tiểu cơ năng, không sử dụng phương pháp chườm nóng như trước đây giúp rút ngắn thời gian và nâng cao hiệu quả điều trị, đồng thời xác định hiệu quả, tỷ lệ hồi phục của 2 phương pháp trên để tìm ra phác đồ tối ưu và liệu trình điều trị phù hợp và có thể làm tài liệu cho các bác sĩ YHCT tham khảo và có bằng chứng khoa học để áp dụng vào phác đồ điều trị bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ tại BV YHCT TPHCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên, sau mổ trĩ tại khoa Ngoại phụ BV YHCT TP.HCM sử dụng phương pháp vô cảm gây tê tùy sống và đồng ý tham gia nghiên cứu từ 9/2020 – 08/2021.

Được chẩn đoán bí tiểu cơ năng sau mổ trĩ bằng phương pháp Milligan-Morgan, phương pháp Longo và chưa sử dụng các

phương pháp điều trị bí tiểu cơ năng khác như dùng thuốc

Triệu chứng cơ năng: cảm giác buồn (mắc) tiểu, có thể kèm đau tức vùng hạ vị, căng tức nặng vùng hạ vị, tiểu ít hoặc không tiểu được.

Triệu chứng thực thể: Sờ hoặc nhìn thấy có cầu bàng quang.

Độ I: Trên xương mu 5cm

Độ II: Trên xương mu từ 6cm – 10cm

Độ III: Trên xương mu >10cm

Tiêu chuẩn loại

Người bệnh bí tiểu do nguyên nhân thực thể: chấn thương hoặc khối u vùng niệu đạo, sỏi tiết niệu, sỏi bàng quang, dị vật ở bàng quang, khối u ở bàng quang, u tuyến tiền liệt, (dựa vào siêu âm), bệnh ở tủy sống, bệnh ở não và màng não.

Viêm nhiễm, lở loét vùng da châm cứu.

Bệnh lý khác ở đường tiết niệu có bí tiểu trước mổ: Bệnh viêm tiết niệu hoặc bệnh cầu thận nguyên phát hoặc thứ phát, thận đa nang, suy thận dựa vào xét nghiệm chức năng thận (BUN, Creatinin), xét nghiệm nước tiểu.

Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu

Người bệnh xuất hiện các diễn biến bệnh lý trong thời gian tham gia nghiên cứu mới phát hiện cần được điều trị thích hợp. (xuất hiện những triệu chứng: Vã mồ hôi, hoa mắt, bồn chồn, buồn nôn, tay chân lạnh, ngất...)

Người bệnh không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu vì bất cứ lý do nào.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, không mù

Cỡ mẫu

$$n_1 \geq \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(r+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{rp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{r(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó:

α : Sai lầm loại I. Chọn $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2}=1,96$.

β : Sai lầm loại II. Chọn $\beta = 0,2 \rightarrow Z_{1-\beta}=0,8$.

p_1 : tỷ lệ 38% $\rightarrow p_1 = 0,38$.⁽⁷⁾

p_2 : Tỷ lệ kỳ vọng hết bí tiêu ở nhóm can thiệp 76% $\rightarrow p_2=0,76$.⁽⁸⁾

$p=(p_1 + rp_2)/(1+r)$

r : Tỷ số cỡ mẫu $n_1/n_2 \rightarrow r=1$.

n_1 : Cỡ mẫu tối thiểu dành cho nhóm chứng.

n_2 : Cỡ mẫu tối thiểu dành cho nhóm can thiệp.

Vậy mỗi nhóm 32 bệnh nhân, dự trừ số lượng mất mẫu 5% nên số lượng bệnh nhân tham gia 68 bệnh nhân.

Kỹ thuật chọn mẫu

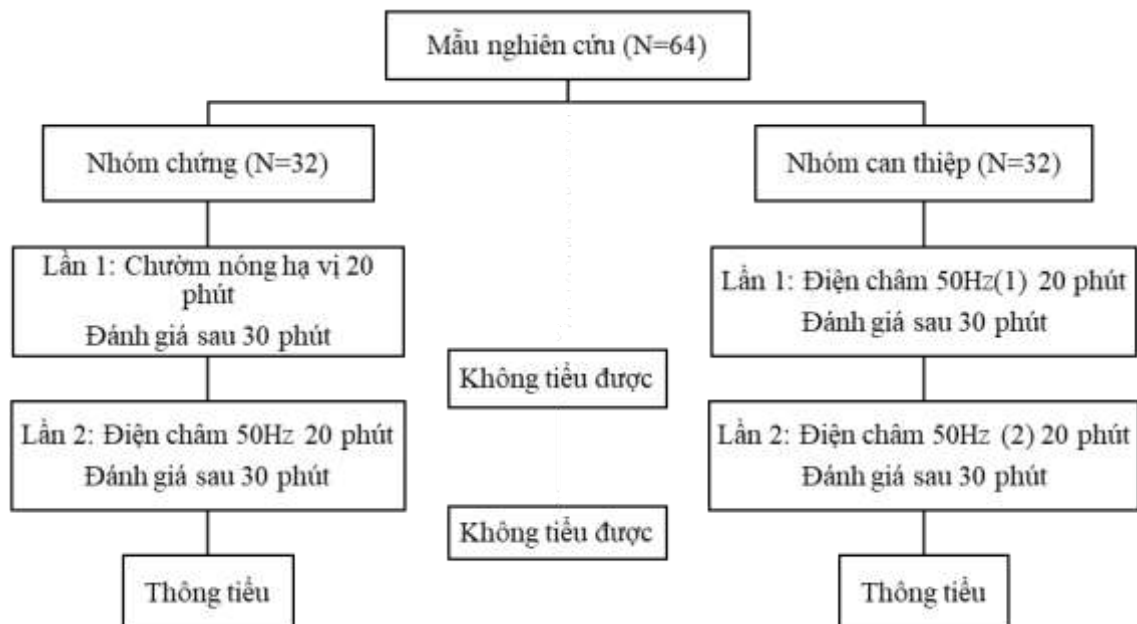
Bước 1: Sau khi người bệnh đạt đủ chuẩn và ký giấy ưng thuận, bác sĩ nhóm nghiên cứu sẽ mở bao thư theo đúng số liên tiếp quy định sẵn và phân đối tượng vào nhóm.

Bước 2: Người bệnh sẽ được lập phiếu theo dõi và sẽ rút thăm ngẫu nhiên được

đựng trong phong bì. Kết quả phân bố chỉ định nhóm điều trị này sẽ được in bằng ký hiệu (đã có đánh số sẵn số 1 có 32 phiếu và số 2 có 32 phiếu) trên phiếu giấy và bỏ vào phong bì kín tối màu.

Bước 3: Nhóm can thiệp điện châm (lần 1) các huyệt Khí hải (-), Quan nguyên (+), Trung cực (+), Khúc cốt (+), Tam âm giao (P) (+) và (T) (-), tần số 50Hz, thời gian 20 phút. Sau rút kim theo dõi 30 phút nếu không tiểu được điện châm lần 2 thời gian 20 phút, sau rút kim theo dõi 30 phút không tiểu được sẽ thông tiểu.

Nhóm chứng chườm nóng vùng bàng quang 20 phút, sau đó ngưng chườm theo dõi 30 phút, nếu không tiểu được sẽ điện châm các huyệt Khí hải (-), Quan nguyên (+), Trung cực (+), Khúc cốt (+), Tam âm giao (P) (+) và (T) (-), tần số 50Hz, thời gian 20 phút, sau đó rút kim theo dõi 30 phút, không tiểu được sẽ thông tiểu.



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

Tiêu chuẩn đánh giá

Hồi phục (là biến định tính gồm 2 giá trị có hoặc không): Sau can thiệp người bệnh đi tiểu được, không có cầu bàng quang, kiểm tra siêu âm nước tiểu tồn lưu trong bàng quang ≤ 100 ml, hoặc không còn nước tiểu, không tái phát.

Không hồi phục: Sau 2 lần can thiệp người bệnh không đi tiểu được, có cầu bàng quang, đặt ống thông có nước tiểu >150 ml (Các hình thức thông tiểu gồm thông tiểu giải áp khi cầu bàng quang độ I, độ II, thông tiểu lưu 24 giờ khi cầu bàng quang độ III).

Số lần đi tiểu sau 1 lần can thiệp là số lần đi tiểu sau can thiệp lần 1 (30 phút), lần 2 (1 – 2 giờ).

2.3. Xử lý số liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm Stata 13.0 để thống kê. Số liệu được xử lý theo phần mềm Stata 13.0. Dùng kiểm định chi bình phương và phép kiểm T đối với các biến số.

2.4. 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 489/HDDD- ĐHYD ngày 26/08/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm mẫu nghiên cứu****Bảng 1. Các đặc điểm ban đầu của mẫu trước can thiệp**

Đặc điểm		Nhóm chứng (N=32)	Nhóm can thiệp (N=32)	Giá trị p (χ^2)
Giới tính	Nam	14	19	0,317
	Nữ	18	13	
Tuổi	≤ 40	14	10	0,538
	41 – 60	12	16	
	>60	6	6	
Số ngày nằm viện		$4,62 \pm 1,58$	$4,69 \pm 1,64$	0,877
Thời gian phẫu thuật		$47,8 \pm 12,0$	$45,2 \pm 11,2$	0,273
Phương pháp phẫu thuật	Longo	31	31	1,000
	Khác	1	1	
Mạch (lần/phút)		$79,5 \pm 6,72$	$78,9 \pm 6,51$	0,735
Huyết áp	Tâm thu (mmHg)	$120 \pm 13,9$	$119 \pm 10,8$	0,668
	Tâm trương (mmHg)	$76,2 \pm 7,93$	$74,7 \pm 7,61$	0,424
Nhịp thở (lần/phút)		$18,7 \pm 1,60$	$18,7 \pm 1,49$	1,000

Các đặc điểm ban đầu của mẫu nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, số ngày nằm viện trung bình, thời gian phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, tần số mạch, huyết áp, nhịp thở trước nghiên cứu đều không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Bảng 2. So sánh về bí tiểu cơ năng của 2 nhóm trước can thiệp

Đặc điểm		Nhóm chứng (N=32)	Nhóm can thiệp (N=32)	Giá trị p (T-test)
Đau tức hạ vị		32 (100)	32 (100)	
Tiểu rặn		0 (0)	0 (0)	
Cầu bàng quang		32 (100)	32 (100)	
Mức độ cầu bàng quang	Độ 1	20 (62,5)	23 (71,9)	0,788
	Độ 2	11 (34,4)	8 (25,0)	
	Độ 3	1 (3,1)	1 (3,1)	
Thể tích nước tiểu trên siêu âm (ml)		275,0 ± 69,0	275,0 ± 81,0	0,980

Trong cả hai nhóm đều có triệu chứng đau tức hạ vị, cầu bàng quang chiếm tỷ lệ 100%, và không có người bệnh nào tiểu rặn. Về mức độ cầu bàng quang chủ yếu là độ 1 ở cả hai nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất, độ 1 của nhóm chứng chiếm 62,5% và nhóm can thiệp

chiếm tỷ lệ 71,9%, và tỷ lệ thấp nhất là độ 3 cả 2 nhóm chỉ có 1 người bệnh và chiếm tỷ lệ 3,1%, sự khác biệt về mức độ cầu bàng quang không có sự khác biệt. Thể tích nước tiểu trên siêu âm trung bình 275 ml, không có sự khác biệt.

Bảng 3. Kết quả nghiên cứu sau lần 1 của 2 nhóm

Đặc điểm		Nhóm chứng N=32	Nhóm can thiệp N=32	Giá trị p (T-test)
Hết bí tiểu		5 (15,6)	24 (75,0)	<0,001
Đau tức hạ vị		24 (75,0)	5 (15,6)	<0,001
Cầu bàng quang		27 (84,4)	6 (18,8)	<0,001
Cầu bàng quang	Không	5 (15,6)	26 (81,2)	<0,001
	Độ I	17 (53,1)	5 (15,6)	
	Độ II	9 (28,1)	1 (3,2)	
	Độ III	1 (3,2)	0 (0)	
Thời gian tiểu được (phút)		8,6 ± 11,6	19,4 ± 6,9	<0,001
Thể tích nước tiểu thực tế (ml)		67,6 ± 110	188 ± 96,1	<0,001
Nước tiểu tồn lưu (ml)		211 ± 116	87,6 ± 84,8	<0,001
Số lần đi tiểu		0,38 ± 0,49	0,91 ± 0,30	<0,001

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm can thiệp có hiệu quả điều trị cao hơn so với nhóm chứng giúp gia tăng 16,2 lần hiệu quả hồi phục, giảm 94% biểu hiện đau tức hạ vị, giảm 96% biểu hiện cầu bàng quang. Ở nhóm chứng có 84,4% BN vẫn còn cầu bàng quang với các mức độ I, II, III. Trong khi đó

ở nhóm can thiệp có 18,8% cầu bàng quang và không có trường hợp cầu bàng quang độ III. So với nhóm chứng, nhóm can thiệp kéo dài thêm 10,8 phút kể từ lúc can thiệp đến khi tiểu được, gia tăng 120,1 ml thể tích nước tiểu thực tế, giảm 123,8 ml nước tiểu tồn lưu, tăng thêm 0,5 lần đi tiểu.

Bảng 4. Tỷ lệ hết bí tiểu cơ năng sau lần 2

Đặc điểm điện châm lần 2		Nhóm chứng (N=27)	Nhóm can thiệp (N=8)	Giá trị p
Bí tiểu	Hết bí tiểu	23 (85,2)	6 (75,0)	0,5
	Còn bí tiểu	4 (14,8)	2 (25,0)	

Người bệnh thất bại sau lần đầu tiên ở cả 2 nhóm được điện châm tiếp tục. Tỷ lệ hết bí tiểu cơ năng ở nhóm chứng là 85,2% không có khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm can thiệp là 75,0% ($p=0,5$).

Bảng 5. So sánh hiệu quả điều trị giữa trước và sau can thiệp điện châm lần 2

Điện châm lần 2	Trước	Sau	P
	N=35	N=35	
Hồi phục bí tiểu	0 (0)	29 (82,9)	<0,001
Đau tức hạ vị	27 (77,1)	5 (14,3)	<0,001
Cầu bàng quang	32 (91,4)	6 (17,1)	<0,001
Số lần đi tiểu	0,34 ± 0,48	0,83 ± 0,38	<0,001
Thể tích nước tiểu trên siêu âm (ml)	240 ± 92,5	106 ± 114	<0,001
Thời gian đi tiểu (phút)	7,57 ± 10,9	18,1 ± 9,0	<0,001
Thể tích nước tiểu được tổng xuất (ml)	63,6 ± 117	143 ± 115	0,006
Nước tiểu tồn lưu (ml)	230 ± 104	107 ± 117	<0,001

Biến định tính được thể hiện bằng n (%), P (chi bình phương). Biến định lượng được thể hiện bằng trung bình ± độ lệch chuẩn dùng phép kiểm T.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 46,7 ± 16, độ tuổi này là độ tuổi lao động chính trong xã hội nên sau nhiều năm lao động vất vả sức khỏe giảm sút, cơ nhục mềm nhão, có sự gia tăng thoái hóa thần kinh theo lứa tuổi làm suy giảm chức năng của bàng quang do đó dễ mắc bí tiểu cơ năng. Điều này cũng tương đồng về độ tuổi thường gặp của tác giả Ngô Thị Thu Hương⁽⁹⁾, Nguyễn Thị Thúy Vân⁽¹⁰⁾.

Các phương pháp phẫu thuật dù can thiệp trên đường lược hay dưới đường lược hậu môn, các mức độ xâm lấn của các phương pháp là khác nhau, đều ít nhiều làm tổn thương các tổ chức xung quanh, gây phù nề và cản trở tuần hoàn tại chỗ. Theo quan niệm của YHCT tương ứng với tình trạng khí trệ huyết ứ vùng tiểu khung, làm cho khí cơ của bàng quang không thông suốt mà dẫn tới bí tiểu cơ năng. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi tương tự với Cao Thị Huyền Trang hiệu quả điều trị sau phẫu thuật khâu triệt mạch chiếm tỷ lệ cao (80,6%), phẫu thuật Longo (54,5%), thấp nhất là phẫu thuật Milligan – Morgan (33,3%)⁽¹¹⁾.

Mức độ bí tiểu cơ năng của 2 nhóm trước nghiên cứu có cầu bàng quang trên xương mu ≤ 5cm (độ I) là 62,5% của nhóm chứng và 71,9% của nhóm can thiệp, mức độ cầu bàng quang dưới rốn > 5 – 10 cm (độ II) chiếm 34,4% của nhóm chứng và 25,0% của nhóm can thiệp. Kết quả của chúng tôi tương tự với tác giả: Cao Thị Huyền Trang mức độ cầu bàng quang dưới rốn ≤ 5cm là 81,8%, mức độ cầu bàng quang dưới rốn > 5 – 10 cm chiếm 41,7%⁽¹¹⁾.

Hiệu quả của nhóm can thiệp so với nhóm chứng sau 2 lần can thiệp

Sau khi tiến hành lần 1 có 29 BN (45,3%) tiểu được còn 35 BN (54,7%) không tiểu được. Trong số 29 BN đi tiểu được nhóm can thiệp chiếm 24 (82,8%), nhóm

chứng chiếm 5 (17,2%). Nhóm không tiêu được có 35 (54,7%) trong đó nhóm chứng 27 (77,1%), nhóm can thiệp là 8 (22,9). Điều này cho thấy nhóm can thiệp đạt hiệu quả điều trị hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Trong tổng số 35 (54,7%) chưa đi tiêu được nhóm can thiệp còn lại 8 người (25%), nhóm chứng còn lại 27 người (84,4%). Sau lần 2, tỷ lệ hết bí tiểu cơ năng ở nhóm chứng là 85,3% và nhóm can thiệp là 75,0% không có khác biệt ($p=0,5$). Do đó, sau khi không đạt hiệu quả ở lần 1 tiếp tục can thiệp điện châm lần 2 thì sẽ đạt được hiệu quả điều trị là tương đương ở 2 nhóm.

Qua tỷ lệ trên cho thấy chúng tôi sử dụng dòng điện tần số thấp và điện thế phát ra xung đều nhịp tác động kích thích và điều khiển sự vận hành của khí huyết, sự hoạt động của các cơ, các dây thần kinh, tăng cường sự dinh dưỡng của tổ chức đưa trạng thái cơ thể trở về thăng bằng ổn định và đã được chứng minh là có tác dụng giảm đau và cải thiện tuần hoàn tại chỗ⁽¹²⁾. Đồng thời, thông qua sự tuần hoàn của thể dịch, kích thích sự tăng cao của hàm lượng Endorphin, vì vậy duy trì tác dụng giảm đau. Những xung điện được tạo ra từ dòng điện tần số thấp sẽ tác động vào cơ thành bàng quang và tạo ra những nhát bóp “nhân tạo” làm cơ bàng quang co lại từng đợt nhịp nhàng^(12,13), mặt khác sự kích thích có chu kỳ giúp cơ thành bàng quang co bóp lại từng đợt kích thích thần kinh trung ương, trung khu bài niệu và thần kinh vùng chậu hông khôi phục lại phản xạ tiểu tiện với những vòng feedback dương tính làm áp suất trong bàng quang tăng cao trở lại và thắng được cơ trơn cổ bàng quang, đẩy nước tiểu ra ngoài⁽¹⁴⁾.

Theo YHCT, sự bài tiết nước tiểu nhờ công năng túc giáng của tạng phế, khai nạp của tạng thận, sơ tiết của tạng can, vận hóa của tạng tỳ, khí hóa của tam tiêu và phủ bàng quang. Sau phẫu thuật thì kinh mạch bị tổn

hại, khí cơ nghịch loạn, khí trệ huyết ứ dẫn đến bàng quang khí hóa bất lợi mà dẫn tới bí tiểu cơ năng.

Trong nghiên cứu sử dụng công thức huyết Khí hải, Quan nguyên, Trung cực, Khúc cốt, Tam âm giao có các tác dụng sau đây: (1) tác dụng tại chỗ vùng bụng dưới: Trung cực, Khúc cốt, Quan Nguyên, Khí Hải, giúp cho quá trình khí hóa bàng quang được thuận lợi, cải thiện tình trạng rối loạn tiểu tiện. Trong đó, Khí hải là bể của khí; Trung cực là mộ huyết Bàng quang có tác dụng điều tiết công năng Bàng quang; Quan nguyên là mộ của Tiểu trường; Tam âm giao là một trong lục tổng huyết chủ trị vùng bụng dưới, điều hòa 3 kinh âm, làm cho hạ tiêu vận hành, do đó khi tác động vào huyết Tam âm giao có thể điều tiết toàn bộ hóa trình chuyển hóa, thanh lọc và bài tiết ở khu vực này⁽¹⁷⁾ và (2) theo y học hiện đại, khi châm các huyết Trung cực, Quan nguyên, Tam âm giao sẽ kích thích theo tiết đoạn thần kinh D11, D12, L1, L4 giúp điều chỉnh sự co bóp cơ bàng quang⁽¹⁵⁾.

Qua đó ta thấy công thức huyết Khí hải, Quan nguyên, Trung cực, Khúc cốt, Tam âm giao có tác dụng điều trị bí tiểu cơ năng và giảm đau, thông dương khí. Thông qua dòng điện với tần số thấp kích thích lên các huyết kể trên làm cho sơ thông khí phủ bàng quang, hồi phục chức năng sơ tiết của bàng quang mà thông lợi tiểu tiện nhằm tổng thoát nước tiểu ra ngoài^(16,17). Theo nguyên tắc chọn cực âm khi muốn kích thích thần kinh cảm giác, tăng trương lực cơ và thần kinh, tăng hoạt động dinh dưỡng tổ chức. Chọn cực dương khi muốn ức chế thần kinh cảm giác, giảm trương lực cơ và thần kinh. Theo cơ chế bí tiểu chọn gần cực âm ở huyết Khí hải, Quan nguyên để tăng trương lực cơ và thần kinh giúp tăng co bóp bàng quang tổng nước tiểu ra ngoài. Chọn gần cực dương ở huyết Khúc cốt, Trung cực để giảm trương

lực ở cơ cổ bàng quang (giúp dẫn cơ vòng nhân cổ bàng quang)^(16,17)

Trong nghiên cứu này vẫn có một phần hạn chế, nhóm nghiên cứu chưa thực hiện theo dõi có tái phát bí tiểu khi đã hồi phục sau khi đã kết thúc điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hết bí tiểu cơ năng của điện châm các huyệt Khí hải, Quan nguyên, Trung cực, Khúc cốt, Tam âm giao với tần số 50Hz trên người bệnh bí tiểu cơ năng cơ năng sau mổ trĩ có gây tê tùy sống là 75% so với chườm nóng đạt 15,6%. Hiệu quả điều trị khi áp dụng điện châm lần đầu tốt hơn có hiệu quả cải thiện cao gấp 16,2 lần so với nhóm chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Nghĩa, Nguyễn Thúy Oanh** (2002). Bệnh trĩ, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.56-93.
2. **Hoàng Bảo Châu** (1997). Bí đái. Trong: Nội Khoa học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.465-473.
3. **Nguyễn Trung Học** (2009). So sánh kết quả điều trị phẫu thuật bệnh trĩ theo 2 phương pháp Longo và Milligan – Morgan tại bệnh viện Việt Đức năm 2008-2009. Nghiên cứu y học - Đại học Y Hà Nội, tr. 56-79.
4. **Meas Sokavary** (2006). Nghiên cứu các thể bàng quang thần kinh và hướng điều trị sau chấn thương cột sống lưng thắt lưng có liệt tùy tại bệnh viện Việt Đức. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr. 67-95.
5. **Tạ Đăng Quang, Lê Thành Xuân** (2014). Tác dụng giảm đau và điều trị bí đái của điện châm người bệnh sau mổ trĩ bằng phương pháp khâu triệt mạch. Nghiên cứu y học - Trường Đại học Y Hà Nội, 4(89):128-134.
6. **Nguyễn Thị Thanh Hà** (2012). Đánh giá hiệu quả điều trị châm cứu tiểu khó, bí tiểu ở sản phụ sau sanh. Y học TP Hồ Chí Minh, 16(1):118-123.
7. **金利升, 欧春** (2011). 新斯的明联合电极贴穴电刺激治疗肛肠术后尿储留的体会. 内蒙古中医药, 6:28-29.
8. **罗维民, et al.** (2009). "穴位电刺激治疗痔核术后尿潴留 31 例. 陕西中医, 9(31):1213-1214.
9. **Ngô Thị Thu Hương** (2011). So sánh tác dụng điều trị bí đái cơ năng sau mổ trĩ của hai phương pháp xoa bóp bấm huyệt và điện châm. Luận văn thạc sĩ, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
10. **Nguyễn Thị Thúy Vân** (2014). Đánh giá tác dụng điều trị bí đái cơ năng của phương pháp điện châm sử dụng miếng dán trên bệnh nhân sau mổ trĩ. Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
11. **Cao Thị Huyền Trang** (2011). Đánh giá tác dụng của điện châm nhóm huyệt "BD1" trên bệnh nhân bí đái sau mổ trĩ. Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội, tr.23-54.
12. **Phan Quan Chí Hiếu** (2002). Nguyên tắc chọn huyệt và điện châm. Trong: Châm cứu học tập II. Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.76,99, 179-183.
13. **Gao SH, Lu MX** (2006). Survey of point prescriptions of acupuncture treatment for urinary retention. Zhongguo Zhen Jiu, 26(9):681-684.
14. **Lin Hua-Dong** (2005). Treatment of 130 cases of postpartum retention of urine by electroacupuncture. Acupuncture and Tuina Science, 3(4):40-41.
15. **Byun S, Kim HH, et al** (2003). Accuracy of bladder volume determinations by ultrasonography: are they accurate over entire bladder volume range. Urology, 62(4):656-660.
16. **Viện hàn lâm Y học Cổ truyền Trung Hoa** (1992). Bệnh niệu, sinh dục. Trong: Châm cứu học, Nhà xuất bản Khánh Hòa, tr.193-194.
17. **Lê Quý Ngưu** (2014). Từ điển huyệt vị châm cứu, Nhà xuất bản Thuận Hóa, tr.882-883.

HIỆU QUẢ CỦA ĐIỆN CHÂM TẦN SỐ 100HZ HUYỆT PHONG TRÌ, KIÊN TRUNG DU, KIÊN TỈNH, LIỆT KHUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐAU CỔ CẤP DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

Trần Anh Vũ¹, Nguyễn Thị Sơn², Lê Hoàng Minh Quân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đau cổ cấp là một biểu hiện thường gặp trong thoái hóa cột sống cổ và tái phát thường xuyên. Trong các phương pháp giảm đau theo y học cổ truyền, điện châm đang được sử dụng rộng rãi trên các nước và mang lại hiệu quả đáng kể. Vì vậy, nghiên cứu tiến hành nhằm “Xác định hiệu quả giảm đau của điện châm tần số 100Hz huyệt Phong trì, Kiên trung du, Kiên tỉnh, Liệt khuyết ở bệnh nhân đau cổ cấp trên thoái hóa cột sống”.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành từ 09/2020 đến 07/2021 trên 132 người tại bệnh viện Y học cổ truyền TPHCM phân bố ngẫu nhiên vào Nhóm chứng (n=66) điện châm tần số 100Hz trên huyệt Kiên ngoại du, Hợp cốc, Kiên ngung, Phong trì, Kiên tỉnh, Đại chùy, Giáp tích (C1 – C7) và Nhóm can thiệp (n=66) điện châm tần số 100Hz huyệt Phong trì, Kiên trung du, Kiên tỉnh, Liệt khuyết. Đánh giá điểm VAS ngày 5, ngày 10 và tỷ lệ bệnh nhân hết đau từ ngày 1 đến ngày 10.

¹Khoa Nội thần kinh – BV Y học Cổ truyền TP.HCM

²Khoa Y học cổ truyền – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Vũ

SĐT: 0983092993

Email: anhvu131383@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 20/07/2022

Ngày duyệt bài: 06/08/2022

Kết quả: Điểm đau VAS ở 2 nhóm cho thấy có sự khác biệt ở ngày 5 và 10, nhóm can thiệp giảm đau nhiều hơn nhóm chứng và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Số người bệnh hết đau ở nhóm can thiệp cao gấp 1,96 lần so với nhóm chứng với $p = 0,025$.

Kết luận: Điện châm tần số 100 Hz huyệt Phong trì, Kiên trung du, Kiên tỉnh, Liệt khuyết cho hiệu quả giảm đau tốt hơn và tỷ lệ người bệnh hết đau của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng sau 10 ngày.

Từ khóa: Điện châm, 100Hz, thoái hóa cột sống cổ; đau cổ cấp

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF 100HZ ELECTROACUPUNCTURE AT FENG CHI (GB20), JIAN ZHONG SHU (SI15), JIAN JING (G21), AND LIE QUE (LU7) IN PATIENTS WITH ACUTE UPPER NECK PAIN WITH SPONDYLOLISTHESIS

Objectives: Acute neck pain is a common manifestation of cervical spondylosis and frequently recurs. In the methods of pain relief according to traditional medicine, electroacupuncture (EA) is being widely used in many countries and brings significant effectiveness. Therefore, the study was conducted to "Determine the analgesic effect of 100Hz electroacupuncture at Feng chi (GB20), Jian zhong shu (SI15), Jian Jing (G21), and Lie que

(LU7) in patients with acute upper neck pain with spondylolisthesis".

Methods: The study was conducted 09/2020 - 07/2021 at Ho Chi Minh City Traditional Medicine Hospital on 132 patients who were randomly distributed into: The control group (n=66) used 100Hz EA on the points of Jianwaishu (SI17), Hegu (LI4), Jianyu (LI15), Feng chi (GB20), Jian Jing (G21), Dazhui (GV14), Huatuoji (C1 - C7) and the intervention group (n=66) using 100Hz EA on the points of Feng chi (GB20), Jian zhong shu (SI15), Jian Jing (G21), and Lie que (LU7). Evaluate VAS scores on day 5, day 10 and the percentage of patients who are pain free from day 1 to day 10.

Results: VAS scores in 2 groups showed that there was a difference at day 10, the intervention group reduced pain more than the control group and it was statistically significant ($p < 0.001$). The difference in pain relief in the intervention group was 1.96 times higher than in the control group with $p = 0.025$.

Conclusion: 100 Hz EA at the acupoints of Feng chi (GB20), Jian zhong shu (SI15), Jian Jing (G21), and Lie que (LU7) gives better pain relief and the rate of pain-free patients in the intervention group was higher than in the control group after 10 days.

Keywords: Electroacupuncture, 100Hz, cervical spondylosis, Acute neck pain

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống cổ (THCSC) là bệnh lý mạn tính khá phổ biến, tiến triển chậm⁽¹⁾, biểu hiện bởi sự tăng dần dần các triệu chứng: đau cổ, cứng cột sống và hạn chế vận động⁽²⁾. Trong đó, đau cổ cấp thường gặp và

gần 50% người bệnh sẽ đau liên tục hoặc tái phát thường xuyên⁽³⁾.

Trong các phương pháp giảm đau theo y học cổ truyền, điện châm là sự kết hợp châm cứu truyền thống và điện theo y học hiện đại đang được sử dụng rộng rãi trên các nước và mang lại hiệu quả đáng kể⁽⁴⁾. Điện châm có tác dụng kích thích, ức chế cảm giác và giảm trương lực cơ: tác dụng ức chế cảm giác tốt nhất là 100Hz⁽⁵⁾. Năm 2011, nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Ngân về điều trị điện châm công thức huyết: Kiên ngoại du, Hợp cốc, Kiên ngung, Phong trì, Kiên tỉnh, Đại chùy, Hoa đà giáp tích (C1 – C7) trong THCSC cho thấy mức độ giảm đau đạt mức tốt chiếm 48%⁽⁶⁾. Tuy nhiên, trong nghiên cứu sử dụng điện châm tần số dao động từ 3 – 40Hz, không có tính hằng định, không phân biệt đau cấp và mạn tính, nên không đánh giá được hiệu quả đau cấp tính. Vì vậy, nghiên cứu tiến hành nhằm “Xác định hiệu quả giảm đau của điện châm tần số 100Hz huyết Phong trì, Kiên trung du, Kiên tỉnh, Liệt khuyết ở bệnh nhân đau cổ cấp trên thoái hóa cột sống”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Người bệnh 30 – 70 tuổi đến khám và điều trị tại Khoa Khám bệnh và Khoa Nội 3 bệnh viện Y học cổ truyền Tp.HCM và đồng ý tham gia nghiên cứu từ 09/2020 – 07/2021.

Đau cổ gây dưới 6 tuần hoặc tái phát nhiều lần (lần đau này thời gian khởi phát đến lúc nghiên cứu dưới 6 tuần) và điểm VAS ≥ 5 điểm⁽³⁾.

Tiêu chuẩn cận lâm sàng: X-Quang cột sống cổ tư thế thẳng nghiêng, chệch ¾ phải - trái, có 1 trong các dấu hiệu⁽⁷⁾: Gai xương thân đốt sống, Hẹp khe gian đốt sống từ 25% trở lên, Đục xương dưới sụn

Tiêu chuẩn loại trừ

Viêm nhiễm, lở loét vùng da điện châm; Đau cổ cấp trong bệnh cảnh có chèn ép tủy cổ; Bệnh lý cần can thiệp ngoại khoa: trượt đốt sống gây mất vững cột sống.

Người bệnh yếu, suy kiệt có các bệnh lý cần chăm sóc cấp I, II; Đang điều trị các loại thuốc giảm đau mạnh có ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Bệnh lý tâm thần kèm theo: trầm cảm, rối loạn lưỡng cực...

Người bệnh đái tháo đường có đường huyết cao trên 180mg/dL.

Tiêu chuẩn ngưng điều trị

Người bệnh không hợp tác, không tuân thủ điều trị; Đến trễ quá thời hạn điện châm 1 ngày; Dùng thuốc có ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu; Diễn biến nặng hơn sau 3 ngày điện châm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, không mù.

Cỡ mẫu

$$n_1 \geq \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(r+1)p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{rp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{r(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó:

α : Sai lầm loại I. Chọn $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

β : Sai lầm loại II. Chọn $\beta = 0,2 \rightarrow Z_{1-\beta} = 0,8$.

p1: Tỷ lệ giảm đau tốt ở nhóm chứng. Dựa kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Ngân năm 2010⁽⁶⁾, tỷ lệ giảm đau khá, tốt sau 10 ngày điều trị 58,8% $\rightarrow p_1 = 0,588$.

p2: Tỷ lệ kỳ vọng giảm đau khá, tốt ở nhóm can thiệp 82,32% $\rightarrow p_2 = 0,8232$

$$p = (p_1 + rp_2) / (1+r)$$

r: Tỷ số cỡ mẫu $n_1/n_2 \rightarrow r = 1$.

n1: Cỡ mẫu tối thiểu dành cho nhóm chứng.

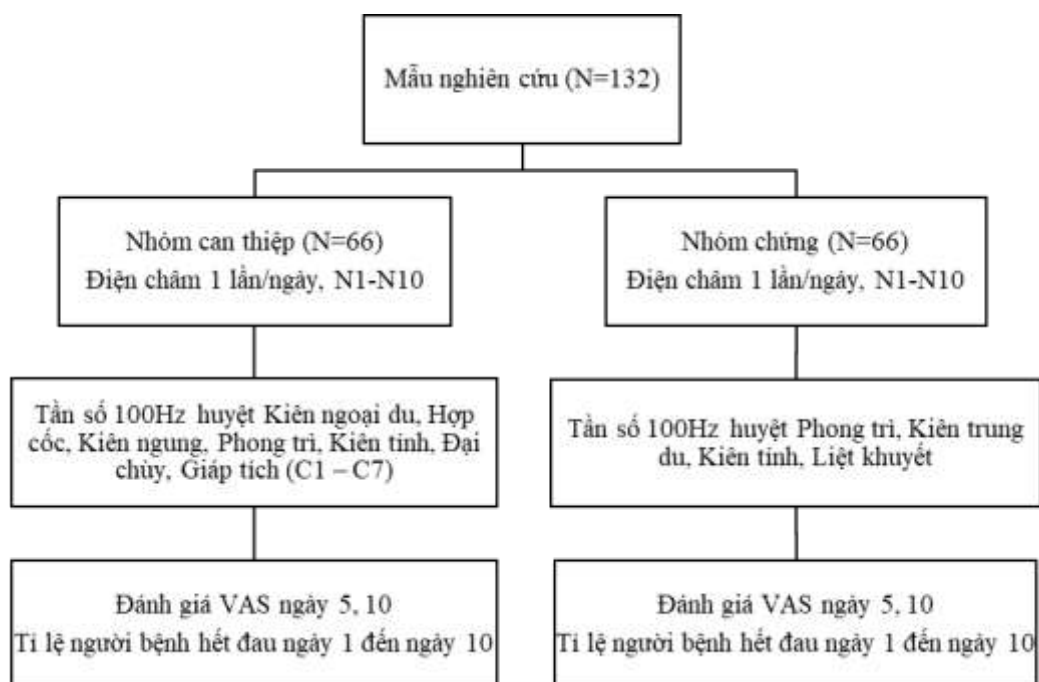
n2: Cỡ mẫu tối thiểu dành cho nhóm can thiệp.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm là 66 bệnh nhân. Dự trừ mất mẫu dự kiến là 10%. Nghiên cứu quyết định tuyển chọn 73 người bệnh cho mỗi nhóm.

Kỹ thuật chọn mẫu

Bước 1: Người bệnh sau khi đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ rút thăm ngẫu nhiên 01 phiếu từ số phiếu đã đánh sẵn số thứ tự để trong phong bì đen kín. Khi người bệnh rút trúng số lẻ sẽ được chọn vào nhóm can thiệp hoặc rút trúng số chẵn sẽ được chọn vào nhóm chứng.

Bước 2: Nhóm can thiệp điện châm tần số 100Hz các huyệt Phong trì (+), Kiên trung du (-), Kiên tỉnh (+), Liệt khuyết (-). Nhóm chứng tần số 100Hz huyệt Kiên ngoại du (+), Hợp cốc (-), Kiên ngung (+), Phong trì (-), Kiên tỉnh (-), Đại chùy, Giáp tích (C1 - C7(+))⁽⁶⁾. Mỗi nhóm được thực hiện 1 lần mỗi ngày trong 10 ngày.



Hình 1. Sơ đồ nghiên cứu

Tiêu chuẩn đánh giá

Thang điểm VAS đánh giá tại các thời điểm N0, sau can thiệp: N1, N5, N10.

Tỷ lệ người bệnh hết đau (điểm VAS về mức không đau ≤ 1 điểm) tại thời điểm N5, N10.

2.3. Phương pháp thống kê và xử lý

Nghiên cứu sử dụng phần mềm Stata 14.0 để xử lý số liệu, phép kiểm Chi bình

phương (χ^2) hoặc Fisher để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm, phân nhóm. Đối với biến định lượng sử dụng phép kiểm t-test.

2.4. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh số 487/HĐĐĐ- ĐHYD ngày 26/08/2020.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm mẫu nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	Phân loại	Nhóm chứng	Nhóm can thiệp	N=132	Giá trị p (χ^2)
Giới tính	Nữ	41	32	73	0,115
	Nam	25	34	59	
Tuổi	<45	27	32	59	0,254
	45 – 59	30	21	51	
	≥ 60	9	13	22	
Nghề nghiệp	Lao động nặng	17	27	44	0,065
	Công việc tĩnh tại	49	39	88	

Phân độ thoái hóa cột sống ⁽⁸⁾	Độ 1	9	18	27	0,152
	Độ 2	39	33	72	
	Độ 3	18	15	33	
Sinh hiệu	Mạch (lần/phút)	80,44 ± 4,68	80,09 ± 5,40	20	0,693
	HATT (mmHg)	120,30 ± 7,01	119,24 ± 6,40	33	0,366
	HATTr (mmHg)	77,42 ± 5,35	76,36 ± 5,45	42	0,261
VAS		6,29 ± 1,05	6,48 ± 1,11		0,297

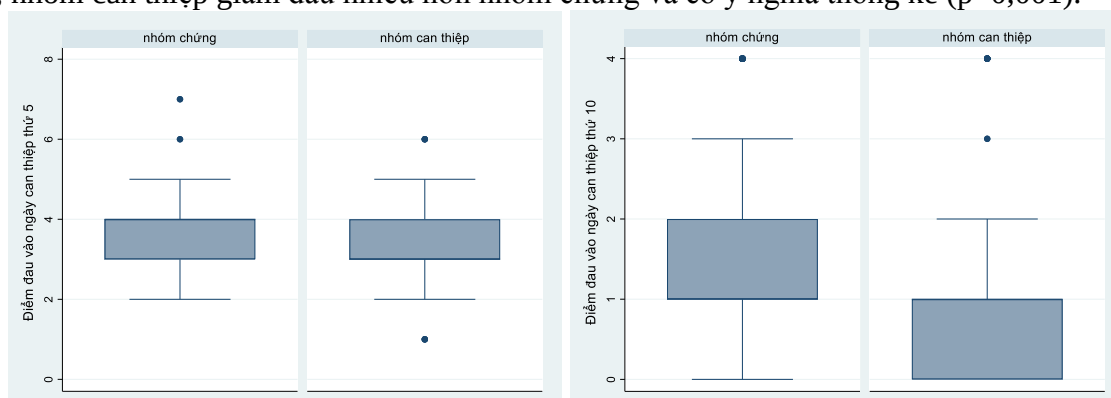
Nhận xét: Mẫu nghiên cứu cho thấy tỉ lệ nam và nữ phân bố đều nhau, độ tuổi chiếm nhiều nhất dưới 45 tuổi; nghề nghiệp chiếm đa số là công việc tĩnh tại. Phân độ thoái hóa cột sống ở cả 2 nhóm tập trung chủ yếu độ 2. Sinh hiệu và điểm VAS trước nghiên cứu ở cả hai nhóm không có sự khác biệt

Hiệu quả giảm đau ở 2 nhóm

Bảng 2. Đánh giá hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS

Điểm VAS	Nhóm chứng	Nhóm can thiệp	Giá trị p (T-test)
Ngày 0	6,29 ± 1,05	6,48 ± 1,11	0,297
Ngày 5	3,73 ± 1,05	3,50 ± 0,98	0,2
Ngày 10	1,53 ± 1,29	0,97 ± 1,14	0,009

Nhận xét: Điểm đau VAS ở mỗi nhóm giảm dần theo thời gian điều trị và có khác biệt ở ngày 5 và ngày 10 ($p < 0,001$). So sánh điểm VAS ở 2 nhóm cho thấy có sự khác biệt ở ngày 10, nhóm can thiệp giảm đau nhiều hơn nhóm chứng và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Hình 2. So sánh hiệu quả giảm đau theo điểm VAS của 2 nhóm ngày 5 và ngày 10

Tỷ lệ người bệnh hết đau theo thang điểm VAS của 2 nhóm

Bảng 3. So sánh tỷ lệ hết đau của người bệnh theo thang điểm VAS của 2 nhóm

Ngày	NB hết đau				OR (KTC95%)	Giá trị p
	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng			
	Tần số	%	Tần số	%		
0	0	0,00	0	0,00	2,74 (2,30 – 3,26)	<0,001*
1	0	0,00	0	0,00		
2	0	0,00	0	0,00		

3	0	0,00	0	0,00		
4	0	0,00	0	0,00		
5	2	3,03	0	0,00		
6	2	3,03	2	3,00		
7	8	12,12	5	7,58		
8	26	39,39	17	25,75		
9	40	60,61	31	46,97		
10	52	78,79	41	62,12		
OR (KTC95%)					1,96 (1,09 – 3,53)	
Giá trị p ^{\$}					0,025**	

*Giá trị p so sánh tỷ lệ hết đau theo ngày can thiệp

**Giá trị p so sánh tỷ lệ hết đau ở 2 nhóm; \$: hồi quy GEE

Nhận xét: Số chênh hết đau ở nhóm can thiệp cao gấp 1,96 lần so với nhóm chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với OR=1,96; KTC95% (1,09 – 3,53); p=0,025. Số chênh hết đau tăng theo thời gian ở cả hai nhóm nghiên cứu với OR=2,74; KTC95% (2,30 – 3,26); p<0,001

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu cho thấy phân bố chung tỉ lệ người bệnh Nữ/Nam = 1,24/1. Kết quả này cũng tương đồng với các công trình nghiên cứu khác, Lương Thị Kỳ Duyên (2020)⁽¹⁰⁾ tỷ lệ Nữ/Nam = 1,37/1 ở nhóm chứng và Nam/Nữ = 1,3/1 ở nhóm can thiệp, Nguyễn Thị Kim Ngân (2012)⁽⁶⁾ tỷ lệ Nữ/Nam = 1,46/1

Nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi nhỏ hơn 45 tuổi có tỷ lệ cao nhất. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác Đỗ Thanh Hà (2020)⁽¹²⁾ đau cổ gáy cấp tập trung cao ở nhóm tuổi 30-45; Lương Thị Kỳ Duyên (2020)⁽¹⁰⁾ nghiên cứu cho thấy độ tuổi 40 – 59 chiếm 54%, độ tuổi 25 – 39 chiếm

28,9%; Nguyễn Thị Kim Ngân (2011)⁽⁶⁾ nhóm tuổi 40-60 chiếm 70,6%.

Nghiên cứu cho kết quả nghề nghiệp với công việc tĩnh tại chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm. Điều này tương đồng với các nghiên cứu trước đây như Nguyễn Thị Kim Ngân (2011)⁽⁶⁾ nhóm lao động nặng chỉ chiếm 25,4%, Đỗ Thanh Hà (2020)⁽¹²⁾ cho thấy nhóm nghề nghiệp ngồi cúi cổ ra trước chiếm tỷ lệ 52,1%. Tư thế là một trong những yếu tố nguy cơ thường xuyên đối với rối loạn chức năng cơ xương khớp. Tư thế đầu cúi về trước là kiểu tư thế rất có hại gây ra vấn đề về cổ, làm tăng tải trọng lên hệ thống cơ gây ra đau cổ. Những nhân viên văn phòng làm việc với máy tính có xu hướng cúi đầu về phía trước như một tư thế bù trừ do thói quen hay vị trí ngồi không phù hợp⁽¹³⁾. Chính điều này đã làm cho người bệnh nhóm công việc tĩnh tại chiếm tỷ lệ cao.

Nghiên cứu ghi nhận về phân độ thoái hóa cột sống tập trung nhiều nhất độ 2. Trong các nghiên cứu trên chỉ xét đặc điểm của thoái hóa cột sống trên X-Quang như mất đường cong sinh lý, gai xương, hẹp khe

khớp và tính tỷ lệ các đặc điểm. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên chưa đánh giá được mức độ thoái hóa cột sống trên X-Quang. Do vậy, nhóm nghiên cứu dựa vào các đặc điểm trên X-Quang để phân độ đánh giá tình trạng thoái hóa cột sống. Trong nghiên cứu này, độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất phù hợp với nhóm tuổi.

Hiệu quả giảm đau và tỷ lệ người bệnh hết đau ở 2 nhóm

Nghiên cứu dựa vào kinh nghiệm thực tế và lý luận y học cổ truyền để chọn công thức huyết vừa có tính đặc hiệu (Phong trì, Liệt khuyết) vừa có tính tác dụng tại vùng đau (Kiên trung du, Kiên tĩnh) theo tiết đoạn thần kinh C3, C4, C6. Ngoài ra, huyết Phong trì, Kiên trung du, Kiên tĩnh được tác giả Nguyễn Thị Kim Ngân⁽⁶⁾, Liang⁽¹¹⁾ sử dụng trong nghiên cứu có tác dụng giảm đau do bệnh lý cột sống cổ cho thấy hiệu quả khả quan. Khi kết hợp điện, nghiên cứu sử dụng tần số 100Hz, các nghiên cứu cho thấy khi sử dụng tần số 100Hz với cơ chế kiểm soát cổng sẽ tăng giải phóng dynorphin, tăng tuần hoàn tại chỗ⁽¹³⁾ có tác dụng giảm đau tốt hơn.

Đánh giá hiệu quả giảm đau theo thang điểm VAS cho thấy 2 nhóm có điểm giảm dần sau từng ngày điều trị, ở nhóm can thiệp có điểm VAS thấp hơn nhóm chứng. Như vậy cả 2 phương pháp đều cho tác dụng cải

thiện thang điểm VAS dần theo thời gian điều trị. Tại thời điểm ngày thứ 10 sau điều trị cho thấy nhóm can thiệp có hiệu quả giảm đau tốt hơn nhóm chứng và sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê.

Sau ngày điều trị thứ 5 (N5) nhóm can thiệp bắt đầu có người bệnh hết đau nhưng với tỷ lệ thấp chỉ chiếm 3,03%. Sau khi điều trị 10 ngày (N10) ở nhóm chứng tỷ lệ hết đau chiếm 62,12%, nhóm can thiệp chiếm 78,79%, như vậy ở nhóm can thiệp tỷ lệ người bệnh hết đau cao hơn. Từ nghiên cứu cho thấy, người bệnh khi đau cổ cấp nên điều trị với liệu trình tối thiểu là 10 lần để có hiệu quả tốt, không nên kết thúc điều trị sớm khi mới bắt đầu có hiệu quả.

Từ kết quả trên nhóm nghiên cứu thấy rằng, trong nhóm can thiệp công thức huyết khác nhóm chứng ở huyết Liệt khuyết và Kiên trung du. Như vậy, hiệu quả điều trị giảm đau tốt hơn do nhóm can thiệp sử dụng huyết Liệt khuyết là huyết chủ vùng cổ gáy (có nghĩa khi đau vùng cổ gáy phải sử dụng huyết này) và huyết Kiên trung du có tác dụng giảm đau tại vùng chàm, việc phối hợp này phù hợp với nguyên tắc chọn huyết theo y học cổ truyền. Ngoài ra, có thể trong đau cấp việc sử dụng ít kim, người bệnh ít bị xâm lấn cũng mang lại hiệu quả giảm đau tốt hơn.

Bảng 4. So sánh mức độ giảm điểm VAS của các nghiên cứu

Tác giả (năm)	VAS		Thời gian can thiệp
	Trước can thiệp	Sau can thiệp	
Nguyễn T N Ánh (2018) ⁽¹⁵⁾	5,6 ± 1,4	1,67 ± 1,86	20 ngày
Lê Tuấn Anh (2015) ⁽¹⁶⁾	7,38 ± 1,21	1,52 ± 0,85	10 ngày
Lương T K Duyên (2020) ⁽¹⁰⁾	6,5 ± 1,0	2,9 ± 0,8	10 ngày
Nhóm nghiên cứu (2022)	6,48 ± 1,11	0,97 ± 1,14	10 ngày

Kết quả cho thấy với các nghiên cứu có điểm VAS ban đầu gần tương đương với nhau thì hiệu quả giảm đau của nghiên cứu này cho kết quả tốt hơn. Kết quả này theo nhóm nghiên cứu là do chọn mẫu nghiên cứu, với mẫu nghiên cứu chúng tôi chọn là người bệnh đau cổ cấp với thời gian đau dưới 6 tuần, còn nghiên cứu Nguyễn Thị Ngọc Ánh có mẫu với người bệnh có thời gian đau kéo dài trên 1 tháng, nghiên cứu Lê Tuấn Anh chọn mẫu với người bệnh không phân biệt thời gian đau, nghiên cứu Lương Thị Kỳ Duyên chọn mẫu với cơn đau cổ kéo dài ít nhất 0,5 giờ và xảy ra với tần suất ít nhất một lần mỗi tháng trong 3 tháng trước khi tham gia nghiên cứu. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn người bệnh đau cổ cấp, các nghiên cứu còn lại chọn mẫu bao gồm cả đau cấp, bán cấp và mạn tính, chính vì vậy, trong thời gian điều trị 10 ngày hiệu quả giảm đau của nghiên cứu chúng tôi tốt hơn. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu này nhóm nghiên cứu chọn tần số 100Hz ổn định qua từng ngày và từng bệnh nhân, khác với các nghiên cứu còn lại sử dụng điện châm với tần số không thống nhất giữa các lần điện châm. Với tác dụng của điện châm 100Hz làm tăng tiết dynorphin, ức chế cảm giác đau tốt, giãn cơ, tăng lưu thông máu. Do đó, nghiên cứu cho kết quả giảm đau tốt hơn các nghiên cứu khác với điểm VAS trung bình tương đương nhau.

Hạn chế nghiên cứu này chưa theo dõi tỷ lệ tái phát của người bệnh sau điều trị khi đã kết thúc nghiên cứu, nên chưa thể đánh giá

được hiệu quả kéo dài của phương pháp can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Điện châm tần số 100Hz huyết Phong trì, Kiên trung du, Kiên tĩnh, Liệt khuyết cho hiệu quả giảm đau tốt hơn điện châm tần số 100Hz các huyết Kiên ngoại du, Hợp cốc, Kiên ngưng, Phong trì, Kiên tĩnh, Đại chùy, Hoa đà giáp tích (C1 – C7) sau 10 ngày.

Tỷ lệ người bệnh hết đau của nhóm can thiệp (78,79%) cao hơn nhóm chứng (62,12%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Xuyên** (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản Y học, tr.145-148.
2. **Vũ Thị Thanh Thủy** (2012). Chẩn đoán và điều trị những bệnh cơ xương khớp thường gặp, Nhà xuất bản Y học, tr.56-64.
3. **Steven PC** (2015). Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Neck Pain. Symposium on pain medicine, 90(2):284-299.
4. **Grissa MH, Baccouche H, Boubaker H, et al.** (2016). Acupuncture vs intravenous morphine in the management of acute pain in the ED. Am J Emerg Med, 34(11):2112-2116.
5. **Han Ji-Sheng** (2003). Acupuncture: neuropeptide release produced by electrical stimulation of different frequencies. TRENDS in Neurosciences, 26(1):1-6.
6. **Nguyễn Thị Kim Ngân** (2011). Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến điều trị giảm đau do thoái hóa cột sống cổ bằng điện châm. Luận án chuyên khoa cấp II – Nội khoa Y học cổ truyền. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

7. **Elisha O, Timothy AG, James DS, et al.** (2009). Cervical degenerative index: a new quantitative radiographic scoring system for cervical spondylosis with interobserver and intraobserver reliability testing. *J Orthopaed Traumatol*, 10:21-26.
8. **Elisha Ofiram, Timothy A. Garvey, et al.** (2009), Cervical degenerative index: a new quantitative radiographic scoring system for cervical spondylosis with interobserver and intraobserver reliability testing. *J Orthopaed Traumatol*, 10:21-26.
9. **Hoàng Duy Tân** (2006). Từ điển châm cứu, Nhà xuất bản Đồng Nai, tr. 485-486, 347-348, 349-350, 375-376.
10. **Lương Thị Kỳ Duyên** (2020). Đánh giá hiệu quả giảm đau trong điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp điện châm kết hợp cài nhĩ hoàn vào huyết cổ. *Y học TP Hồ Chí Minh*, 24(4), tr.141-146.
11. **Liang ZH, Yang YH, et al.** (2009). Logistic regression analysis on therapeutic effect of acupuncture on neck pain caused by cervical spondylosis and factors influencing therapeutic effect. *Zhongguo Zhen Jiu*, 29(3):173-6.
12. **Đỗ Thanh Hà** (2020). Tác dụng giảm đau của châm a thị huyết (điểm kích hoạt đau) trên bệnh nhân đau cơ cấp vùng cổ gáy. *Y học TP Hồ Chí Minh*, 24(4), tr.78-84.
13. **Subbarayalu AV, Ameer MA** (2017). Relationships among head posture, pain intensity, disability and deep cervical flexor muscle performance in subjects with postural neck pain. *Journal of Taibah University medical sciences*, 12(6):541.
14. **Han Jisheng** (2004). Acupuncture and endorphins. *Neuroscience letters - neurosci lett*, 361:258-261.
15. **Nguyễn Thị Ngọc Ánh, Nguyễn Thị Kim Liên, Nguyễn Thị Thu Hà** (2018). Tác dụng giảm đau và cải thiện tầm vận động cột sống cổ của điện châm kết hợp bài tập cột sống cổ trên bệnh nhân đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ. *Tạp chí Y học Việt nam*, 469(1):87 – 90.
16. **Lê Tuấn Anh** (2015). Đánh giá hiệu quả điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ bằng phương pháp điện châm và xoa bóp bấm huyết kết hợp với điện xung. Khóa luận tốt nghiệp – Nội khoa Y học cổ truyền. Trường Đại học Y Hà Nội.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CÁC HÌNH THÁI ĐẮC KHÍ KHI NHĨ CHÂM HUYỆT GIAO CẢM TRÊN NGƯỜI TÌNH NGUYỆN KHOẺ MẠNH

Bùi Phạm Minh Mẫn¹, Nguyễn Diệu Hiền¹,
Phạm Hoàng Mẫn¹, Trịnh Thị Diệu Thường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Rối loạn hệ thần kinh giao cảm là một tình trạng có biểu hiện đáng chú ý nhất do mất cân bằng thần kinh tự chủ. Trong số các phương pháp điều trị bệnh lý, nhĩ châm là một kỹ thuật hiệu quả, trong đó, huyệt Giao cảm ở loa tai luôn được sử dụng. Để nhận biết được tác động lên huyệt có hiệu quả, đã có khái niệm về đặc khí. Thế nên, câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là, đặc điểm các hình thái đặc khí khi nhĩ châm huyệt Giao cảm là gì?

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm bắt chéo có đối chứng trên 80 người khỏe mạnh thành 2 nhóm: nhĩ châm tại huyệt Giao cảm 2 bên và giả nhĩ châm, đánh giá bằng thang cảm giác đặc khí MASS.

Kết quả: Ở nhóm nhĩ châm, có 10 hình thái đặc khí gồm mồi, nhức, ép, nặng, căng/đầy, châm chích, tê, đau chói, đau âm ỉ và ảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Trong đó, cảm giác ảm, nhức, đau âm ỉ chiếm tỉ lệ cao chủ yếu ($\geq 50\%$).

Kết luận: Các hình thái đặc khí khi nhĩ châm huyệt Giao cảm gồm mồi, nhức, ép, nặng, căng/đầy, châm chích, tê, đau chói, đau âm ỉ và ảm.

Tác dụng không mong muốn có hoa mắt chóng mặt, chân tay lạnh và chảy máu, nhưng không có ảnh hưởng đáng kể.

Từ khóa: nhĩ châm, huyệt Giao cảm, hình thái đặc khí

SUMMARY

INVESTIGATION OF CHARACTERISTICS OF DE QI SENSATION AS THE EFFECT OF AURICULAR ACUPUNCTURE AT SYMPATHETIC POINT IN HEALTHY VOLUNTEERS

Objectives: Sympathetic nervous system disorders are one of the most noticeable conditions due to the imbalance of autonomic nervous system function. Among treatments of the pathological condition, auricular acupuncture is an effective technique, in which the Sympathetic point is always used particularly. To know whether the impact on acupoint is efficient enough, there is a concept of de qi sensation. Thus, the research question is what are the characteristics of the De qi sensation as the effects of auricular acupuncture at Sympathetic point in healthy people?

Methods: The controlled cross-over trial study divided 80 healthy volunteers into 2 groups: auricular acupuncture at Sympathetic point bilaterally and sham acupuncture. Outcomes were volunteer sensations according to the de qi sensation MASS scale.

Results: Compared with the control group, there were 10 de qi sensations statistically

¹Khoa Y học Cổ truyền – Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Phạm Minh Mẫn

SĐT: 0916080803

Email: bpmman@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 03/08/2022

significant in the auricular acupuncture group, which included soreness, aching, deep pressure, heaviness, distention/fullness, tingling, numbness, sharp pain, dull pain, and warmth ($p < 0.05$). Among these, warmth, aching, and dull pain predominated with percentages of more than 50%.

Conclusion: De qi sensations include soreness, aching, deep pressure, heaviness, tension/fullness, tingling, numbness, sharp pain, dull pain, and warmth when auricular acupuncture at Sympathetic point. Adverse effects, which are dizziness, cold extremities and local bleeding, had no relative significance.

Keywords: auricular acupuncture, Sympathetic point, de qi sensation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn thần kinh thực vật (dysautonomia) là tình trạng khi các thành phần của hệ giao cảm hoặc hệ phó giao cảm gặp các vấn đề bệnh lý⁽¹⁾. Khi suy giảm chức năng giao cảm, bệnh gây ra hạ huyết áp tư thế, giảm tiết mồ hôi, còn ở nam giới có biểu hiện rối loạn xuất tinh, còn khi tăng hoạt hệ giao cảm người bệnh sẽ xuất hiện mạch và nhịp tim nhanh, dẫn đến tăng huyết áp⁽²⁾.

Nhĩ châm là một kỹ thuật ít xâm lấn, ít xảy ra các phản ứng không mong muốn, được dùng điều trị bệnh lý do rối loạn thần kinh giao cảm⁽³⁾. Nhiều công trình nghiên cứu được tiến hành nhằm khảo sát hiệu quả của nhĩ châm, trong đó huyết Giao cảm luôn được sử dụng⁽⁴⁾. Huyết Giao cảm có tác dụng tăng hoạt hệ giao cảm và giảm hệ phó giao cảm, giúp cải thiện tuần hoàn máu, điều chỉnh nhịp tim nhanh, giảm đau, làm dịu các cơn co thắt, và rối loạn chức năng cơ quan⁽⁵⁾.

Để nhận biết được khi nhĩ châm huyết Giao cảm đã đạt hiệu quả hay chưa, trên lâm sàng đã có khái niệm về cảm giác đặc khí⁽⁶⁾.

Tuy nhiên hiện nay chưa ghi nhận được các nghiên cứu về cảm giác đặc khí khi nhĩ châm. Vậy câu hỏi nghiên cứu đặt ra là đặc điểm các hình thái đặc khí khi nhĩ châm huyết Giao cảm là gì?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn

- Nam nữ khỏe mạnh, tuổi từ 18 – 30 tuổi, BMI 18,5 – 22,9 kg/m²

- Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu

- Dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường: Mạch, tần số tim đều, đi đôi với nhau. Tần số tim lúc nghỉ: 60 – 100 lần/phút. Huyết áp lúc nghỉ: 90/60mmHg đến dưới 140/90mmHg. Nhịp thở 16 ± 3 lần/phút. Nhiệt độ: 36,6 – 37,5°C. SpO₂ $\geq 92\%$.

- Không tiền sử mắc bệnh tim mạch (tăng huyết áp, bệnh mạch vành, rối loạn nhịp tim, suy tim), đái tháo đường, bệnh lý tuyến giáp (dựa theo hồ sơ bệnh sử nếu có).

- Không lo lắng, căng thẳng trong ngày nghiên cứu (đánh giá theo thang điểm DASS 21) với điểm stress < 15 .

- Người tham gia nghiên cứu không được điều trị nhiệt trị liệu vùng tai, hàm mặt như châm cứu, giác hơi, dán hoặc massage trước đó 1 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Sử dụng chất kích thích: rượu, bia, cà phê, thuốc lá trong vòng 24 giờ trước khi thực hiện nghiên cứu

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

- Da vùng tai có tổn thương, vết thương chưa phục hồi hoàn toàn, bị lang ben, chàm

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

- Đang dùng các thuốc gây dẫn mạch

- Đang có các bệnh lý vùng mặt

Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu

- Người tham gia không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu

- Người tham gia có biểu hiện vùng châm: mặt nhợt nhạt, vã mồ hôi, bồn chồn, buồn nôn, ngất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thực nghiệm bắt chéo có đối chứng

Cỡ mẫu

$$n \geq \left(\frac{1,96}{m} \right)^2 \times p(1 - p)$$

Với $m=0,1$ là sai số so với tỉ lệ thật trong dân số; $p=0,71$ là tỉ lệ cảm thấy đặc khí trong nghiên cứu của Hui (2007) ⁽⁷⁾. Áp vào công thức, tính được cỡ mẫu của nghiên cứu tối thiểu cần 80 người tham gia nghiên cứu.

Biến số kết cuộc

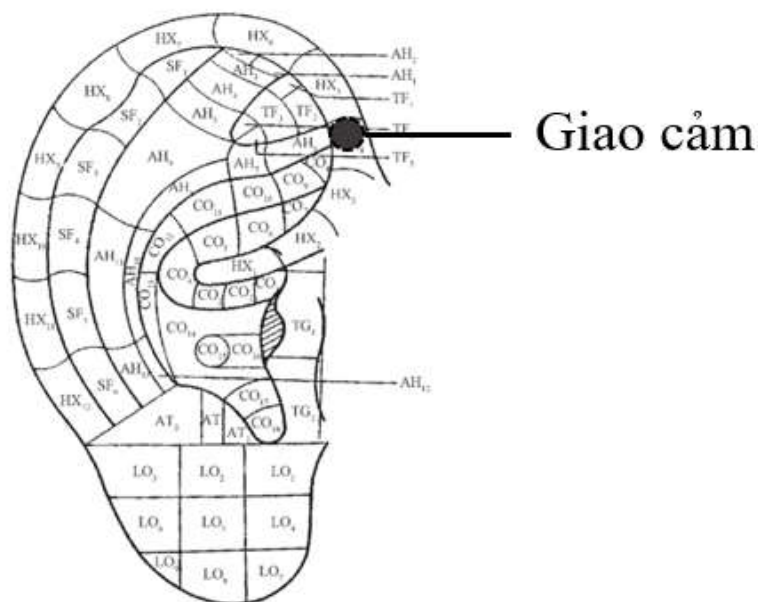
- Cảm giác đặc khí: là cảm giác đạt được khi châm cứu: đau, tê, nặng, mỏi..., được đo

lượng bởi thang cảm giác đặc khí MASS của bệnh viện Massachusetts và biểu diễn bằng 13 biến số cảm giác đặc khí, bao gồm: mỏi, nhức, ép sâu, nặng, căng đầy, châm chích, tê, đau chói, đau âm ỉ, ấm, lạnh, đau theo mạch đập và loại cảm giác khác⁽⁸⁾. Tất cả các biến này đều là biến định lượng có giá trị từ 0 đến 10, do tình nguyện viên tự đánh giá qua 5 mức độ: không cảm giác, nhẹ, vừa, nặng và không thể chịu được.

- Tác dụng không mong muốn là các biến định tính, gồm hoa mắt chóng mặt, nhợt nhạt vã mồ hôi, buồn nôn – nôn, chân tay lạnh, huyết áp tụt, ngất và các triệu chứng khác do người được châm khai.

Phương pháp can thiệp

Vị trí huyệt Giao cảm (AH6a): phía trước huyệt AH6, tại chỗ giao nhau của tận cùng chân dưới của đốt vành tai và bờ trong vành tai, theo Hiệp Hội Châm cứu Thế giới.



Hình 1. Vị trí huyệt Giao cảm trong nhĩ châm⁽⁹⁾.

Nhóm can thiệp: Nhĩ châm sử dụng kim nhĩ châm tại huyết Giao cảm hai bên, trải qua 2 lần can thiệp.

- Lần 1: Nhĩ châm huyết Giao cảm bên trái. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) sẽ được sát trùng vùng tai cần cài kim bằng bông tẩm cồn 70°, rồi tiến hành cài kim tại huyết Giao cảm bên trái. Bắt đầu day ấn vào kim đang cài trong 5 phút. Bắt đầu thu thập các cảm giác đặc khí của người tình nguyện. Sau 5 phút lưu kim và day ấn thì rút kim.

- Lần 2: Nhĩ châm huyết Giao cảm bên

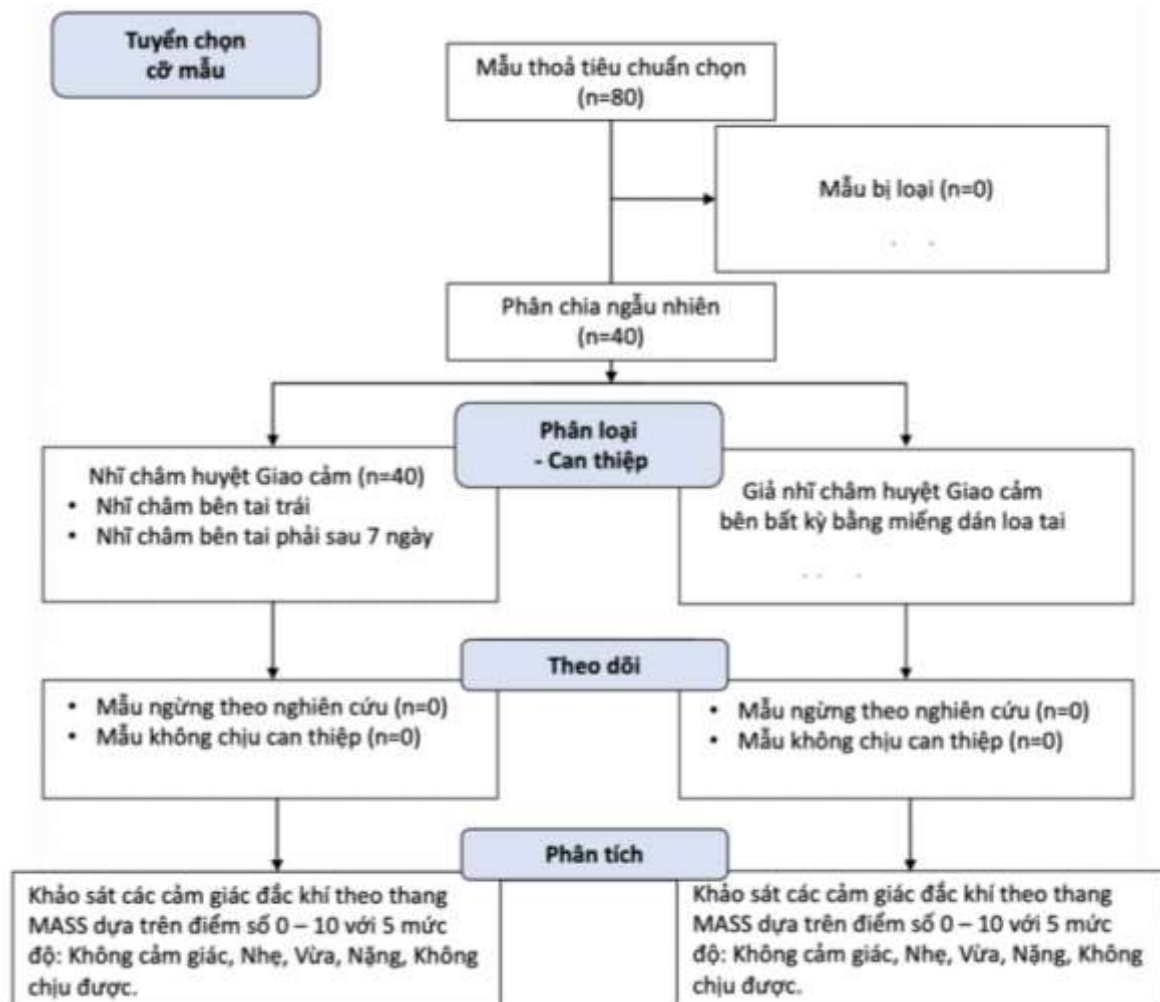
phải, vào 1 tuần sau lần 1. Thực hiện tương tự như ở lần 1, tuy nhiên sẽ cài kim tại huyết Giao cảm bên tai phải.

Nhóm chứng: Giả nhĩ châm bằng cùi miếng dán tại huyết Giao cảm bên trái. Kích thích: lưu miếng dán và day tại chỗ trong 5 phút tương tự quy trình ở nhóm nhĩ châm.

2.3. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức Đại học Y dược TP.HCM theo Giấy chấp thuận số: 59/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 17 tháng 01 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu can thiệp nhĩ châm và giả nhĩ châm

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Các đặc điểm ban đầu của mẫu nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm giới tính và tuổi của hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm can thiệp n=40	Nhóm chứng n=40	p
Giới tính (n, %)	Nam 9 (22,5%)	10 (25%)	0,793
	Nữ 31 (77,5%)	30 (75%)	
Tuổi (Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	20,5 $\pm$ 1,15	20,08 $\pm$ 0,99	0,084

Đặc điểm về giới tính và tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, kiểm định Chi bình phương).

Bảng 2. Khảo sát mức độ các hình thái đặc khí khi nhĩ châm huyết Giao cảm hai bên và giả nhĩ châm

Cảm giác đặc khí	Nhĩ châm phải Mean $\pm$ SD	Giả nhĩ châm Mean $\pm$ SD	Nhĩ châm trái Mean $\pm$ SD
Mỏi	0,63 $\pm$ 1,39*	0	0,7 $\pm$ 1,44*
Nhức	2,325 $\pm$ 2,23 [#]	0	2,225 $\pm$ 2,14 [#]
Lực ép sâu	0,5 $\pm$ 1,04*	0	0,55 $\pm$ 1,24*
Nặng	0,975 $\pm$ 1,37 [#]	0	1,325 $\pm$ 1,64 [#]
Căng / đầy	0,925 $\pm$ 1,73*	0	1,175 $\pm$ 1,87*
Châm chích	1,83 $\pm$ 2,37 [#]	0,05 $\pm$ 0,32	1,775 $\pm$ 2,31 [#]
Tê	0,8 $\pm$ 1,49*	0	1,35 $\pm$ 1,98 [#]
Đau chói	1,775 $\pm$ 2,3 [#]	0,025 $\pm$ 0,16	1,625 $\pm$ 1,94 [#]
Đau âm ỉ	1,125 $\pm$ 1,5 [#]	0	1,525 $\pm$ 1,54 [#]
Ấm	2,65 $\pm$ 2,06 [#]	0,5 $\pm$ 1,01	2,6 $\pm$ 2,3 [#]
Lạnh	0	0	0
Đau kiểu mạch đập	0,05 $\pm$ 0,32	0	0,075 $\pm$ 0,35
Khác	0	0	0

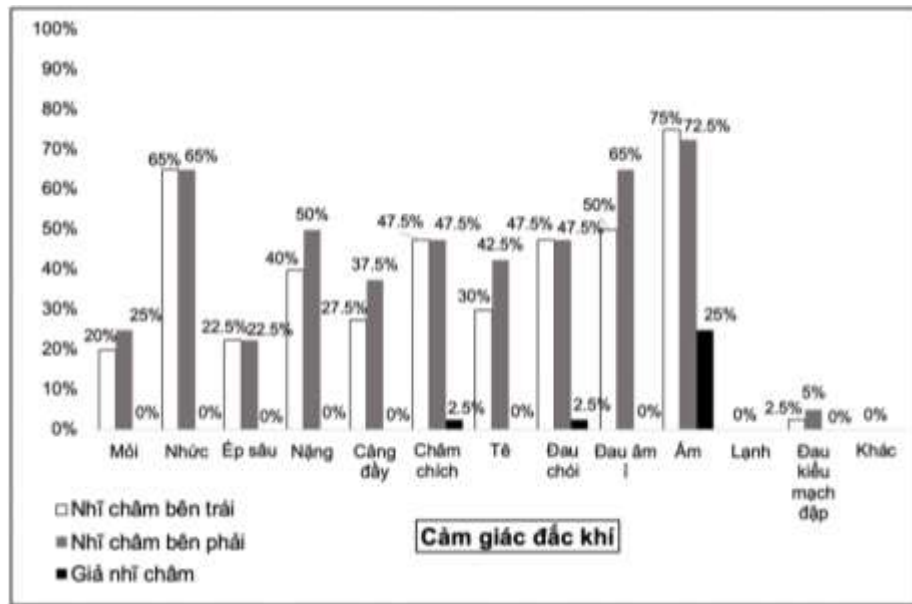
*: khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm giả nhĩ châm, $P < 0,05$, kiểm định t.

[#]: khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm giả nhĩ châm, $P < 0,001$, kiểm định t

Có 10 hình thái đặc khí được khảo sát: mỏi, nhức, ép, nặng, căng/ đầy, châm chích, tê, đau chói, đau âm ỉ, ấm ở nhóm nhĩ châm tại phải có ý nghĩa thống kê so với nhóm giả nhĩ châm ($p < 0,05$, kiểm định t-test không bắt

cặp). Không có trường hợp nào có cảm giác lạnh và cảm giác khác. Cảm giác đau kiểu mạch đập giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sự khác biệt giữa mức độ của các cảm giác đặc khí khi nhĩ châm huyết Giao cảm bên trái và phải không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, kiểm định t-test không bắt cặp).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các hình thái đặc khí khảo sát được khi nhĩ chamber huyết Giao cảm hai bên ở nhóm nhĩ chamber và giả nhĩ chamber (%)

Khi nhĩ chamber huyết Giao cảm bên tai trái, các cảm giác ấm, nhức và đau âm ỉ là những hình thái đặc khí xuất hiện ưu thế hơn so với các hình thái đặc khí khác trên người tình nguyện khỏe mạnh, có tỷ lệ lần lượt là 75%, 65% và 50%. Còn khi nhĩ chamber bên phải, trong số các hình thái đặc khí có ý nghĩa, cảm giác ấm, nhức, đau âm ỉ và nặng là những hình thái đặc khí xuất hiện nhiều hơn so với các hình thái đặc khí khác trên người tình nguyện khỏe mạnh, có tỷ lệ lần lượt là 72,5%, 65%, 65% và 50%. Qua đó, nhận thấy nhĩ chamber ở cả 2 tai phải và trái cho thấy cảm giác ấm, nhức, đau âm ỉ là ba cảm giác phổ biến nhất.

Bảng 3. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn ghi nhận được sau khi nhĩ chamber (%)

Triệu chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hoa mắt, chóng mặt	1	1,25
Nhọt nhọt, vẩy mồ hôi	0	0
Buồn nôn, nôn	0	0
Chân tay lạnh	2	2,5
Huyết áp tụt	0	0

Ngất	0	0
Khác (Chảy máu)	3	3,75

Tác dụng không mong muốn ghi nhận trong quá trình nhĩ chamber là hoa mắt chóng mặt (1,25%), chân tay lạnh (2,5%) và chảy máu (3,75%).

IV. BÀN LUẬN

Bàn luận về đặc điểm dân số nghiên cứu

Tất cả các đặc điểm ban đầu về tuổi, giới đều nằm trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt giữa hai nhóm nhĩ chamber và giả nhĩ chamber. Đây được xem là điều kiện cần để đảm bảo an toàn cho người tình nguyện trước khi tiến hành tham gia nghiên cứu, đồng thời việc phân bố ngẫu nhiên người tham gia nghiên cứu vào hai nhóm như đã tiến hành đảm bảo tính chính xác và khách quan khi so sánh hai nhóm.

Bàn luận về đặc điểm các hình thái đặc khí khi nhĩ chamber huyết Giao cảm hai bên

Kết quả khảo sát ghi nhận được 10 cảm giác gồm môi, nhức, ép, nặng, căng/ đầy, châm chích, tê, đau chói, đau âm ỉ, ầm có ý nghĩa thống kê so với nhóm giả nhĩ ($p < 0,05$) khi nhĩ châm huyết Giao cảm hai bên. Tất cả cảm giác này, ngoại trừ ầm, chỉ xuất hiện tại chỗ, không lan xuống vùng khác. Từ đó gợi ý các hình thái đặc khí khi nhĩ châm bao gồm 10 cảm giác này. Điều này có thể giải thích dựa trên cơ sở giải phẫu học và mô hình tế bào học. Da là cơ quan lớn nhất bao trọn cơ thể, từ khu vực lớn cơ thể như các chi, thân mình... đến các cấu trúc nhỏ như loa tai, đồng thời cả hai đều có hệ mạch máu và thần kinh đa dạng đi qua. Chính vì thế khi có kim vừa tác động vào sẽ tạo ra cảm giác kích thích tại chỗ tương tự nhau, từ đó có một loạt nhiều cảm giác như khảo sát. Về tế bào học, bất kể vị trí các huyết trên cơ thể đối với thể châm hoặc các huyết rất nhỏ tại loa tai trong nhĩ châm đều có điện trở da thấp hơn những nơi không phải huyết đạo. Điều này cho thấy đây vốn là kết quả cho hiện tượng dẫn truyền dòng điện tại chỗ⁽¹⁰⁾. Ngoài ra, khi đánh giá theo thang điểm 0 – 10 cho thấy mức độ của các cảm giác dao động từ không có cảm giác hoặc nhẹ đến vừa. Bên cạnh đó, ở nhóm giả nhĩ châm, các cảm giác ghi nhận được lại không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Trong số các hình thái đặc khí có ý nghĩa thống kê, các cảm giác ầm, nhức và đau âm ỉ thường gặp nhất (với tỉ lệ khảo sát chung $> 50\%$), khi nhĩ châm huyết Giao cảm hai bên và cả khi so sánh tần suất xuất hiện giữa cả hai nhóm. Về mặt giải phẫu học, cấu trúc dưới da của loa tai chủ yếu có một lớp sụn⁽³⁾. Thế nên không những vị trí các huyết trong nhĩ châm chỉ nằm nông trên da, mà còn sau khi vào kim cũng chỉ xuyên qua lớp sụn. Từ đó tạo ra giới hạn về cảm giác kể cả khi có kích thích tại chỗ bằng cách day ấn tại chỗ

huyết trong suốt quá trình cài kim. Hơn nữa loa tai được cung ứng máu khá đầy đủ, chủ yếu dựa vào động mạch thái dương nông và động mạch tai sau, là nhánh của động mạch cảnh ngoài⁽³⁾. Về cơ chế liên quan mạch máu và nhĩ châm, một học thuyết đã trình bày về mối liên hệ giữa phức hợp thần kinh – mạch máu (NVC) với loa tai. Vì cấu tạo loa tai chỉ gồm mô da và mô liên kết, nên vị trí huyết trên da rất nông. Bên cạnh đó, vùng loa tai có cấu trúc phức hợp NVC dưới da, hình thành bởi các sợi có hoặc không myelin bao bọc cùng các động – tĩnh mạch và mao mạch, các bạch mạch huyết nhỏ. Đối chiếu với vị trí huyết Giao cảm thuộc rãnh vành tai, hệ thống NVC theo mô tả tại đây là nhánh thông nối các mao mạch và động – tĩnh mạch, nên sự tưới máu tại chỗ huyết tương đối nhiều hơn các vị trí khác, trong khi đối với các vị trí khác thì lại đặc trưng bởi chi phối bởi các thần kinh phó giao cảm không có bao myelin⁽¹¹⁾. Từ đây lý giải được sự ầm lên tại chỗ huyết khi nhĩ châm tại huyết Giao cảm chiếm tỉ lệ cao rõ rệt so với các cảm giác khác. Ngoài ra, qua khảo sát từ người tình nguyện, cảm giác ầm lên tại loa tai trong 5 phút day ấn đã lan ra vùng da trước tai. Về phân bố thần kinh tại huyết Giao cảm ở loa tai, tại đây có sự liên hệ với não bộ chủ yếu hoàn toàn dựa vào thần kinh sinh ba (dây thần kinh sọ V)⁽¹⁰⁾. Về mặt sinh lý, thần kinh sinh ba nhận tín hiệu dẫn truyền từ mặt và vùng trước loa tai ngoài, sau đó truyền đến hệ thần kinh trung ương bằng các sợi hướng tâm A β , A δ và C⁽¹⁰⁾. Nghiên cứu khi can thiệp châm kim lên huyết trước tiên thì sẽ tác động lên sợi A-delta tạo cảm giác nhức, và tiếp tục day ấn tại chỗ tạo cảm giác đau âm ỉ với biểu hiện ảnh hưởng của sợi C trong suốt quá trình lưu kim sau đó. Tuy nhiên, lại có sự khác biệt rằng, các cảm giác đau kiểu mạch

đập, lạnh thì lại không xảy ra khi nhĩ châm cả hai bên. Trong nghiên cứu của Kong J (2007), khi thể châm, từng vùng cơ thể sẽ được tưới máu tùy thuộc vào hệ tuần hoàn lớn hoặc nhỏ, sâu hoặc nông đi qua. Nhất là trên các chi và vùng thân mình, vị trí nơi huyết đạo có sự phân tầng khác nhau như cấu trúc gân, lớp cơ... đưa đến đa dạng các loại cảm giác khi nhận được kích thích trên da⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾.

Kết quả của nghiên cứu có điểm giống nhau và khác biệt khi so sánh với các nghiên cứu về cảm giác đặc khí ở thể châm. Một nghiên cứu RCT vào năm 1996 ở Trung Quốc nhận thấy có sự thay đổi tại vùng da tại huyết với các nốt quầng sắc kèm màu sắc biến đổi rõ rệt nhất, đồng thời xuất hiện cảm giác căng/đầy tại huyết Giao cảm khi nhĩ châm trên người nghiện cocain⁽¹³⁾. Thế nhưng, nghiên cứu khác biệt về đối tượng nghiên cứu và phương pháp can thiệp. Trong một nghiên cứu chuyển đổi hệ thống thang điểm MASS thành công cụ khảo sát dành riêng cho người Trung Quốc (C-MASS), Yu W đã loại bỏ cảm giác lạnh mà chỉ giữ lại 12 loại cảm giác Bên cạnh đó, quá trình khảo sát của Yu W cho thấy cảm giác mỗi, nhức, nặng, căng/đầy, tê và đau âm ỉ chiếm ưu thế. Điều này lại khá giống với kết quả khảo sát khi nhĩ châm⁽¹⁴⁾. Tuy nhiên, nghiên cứu đã có phương pháp khác biệt nhiều.

Bàn luận về tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn khi nhĩ châm huyết Giao cảm theo khảo sát bao gồm hoa mắt chóng mặt (1,25%), chân tay lạnh (2,5%) và chảy máu (3,75%). Các biểu hiện này cũng đã được đề cập trong bài tác dụng phụ của nhĩ châm theo Tan JY⁽¹⁵⁾. với các triệu chứng thường gặp là: (1) cảm giác đau hoặc khó chịu tại vị trí châm, (2) viêm và

chảy máu vùng châm, (3) đau đầu, chóng mặt, buồn nôn nhưng hầu hết đều nhẹ và thoáng qua. Vì vậy, các phản ứng này đều không ảnh hưởng đến người tình nguyện, cũng như đến kết quả nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Các hình thái đặc khí khi nhĩ châm huyết Giao cảm hai bên gồm mỗi, nhức, ép, nặng, căng/đầy, châm chích, tê, đau chói, đau âm ỉ, ẩm. Tác dụng không mong muốn khi nhĩ châm huyết Giao cảm có hoa mắt chóng mặt, tay chân lạnh và chảy máu tại chỗ, không ảnh hưởng đến nghiên cứu.

VI. LỜI CẢM ƠN

Đề tài nghiên cứu được tài trợ một phần bởi Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến Khoa Y học cổ truyền đã tạo điều kiện cho sử dụng phòng nghiên cứu thực nghiệm châm cứu để thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **National Institute of Neurological and Stroke Disorders (NINDS).** Dysautonomia Information Page. <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Dysautonomia-Information-Page#disorders-r2>, 28/05/2022.
2. **Reichgott MJ** (1990). Clinical Evidence of Dysautonomia. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW. Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations, C76, 3rd ed. Butterworths, Boston.
3. **Trịnh Thị Diệu Thường** (2019). Châm cứu học 2. Nhà xuất bản Y học, TPHCM, tr.94-112.
4. **Nguyễn Thị Tân, Đoàn Văn Minh, Trần Nhật Minh, Nguyễn Văn Hưng, Seong Gyu Ko, Eunkyung Lee, et.al** (2019). Đánh

- giá hiệu quả điều trị rối loạn stress sau sang chấn (PTSD) bằng châm cứu phối hợp liệu pháp nhận thức hành vi tâm lý tại tỉnh Thừa Thiên Huế. *Y dược Huế*, 9(5):74.
5. **Wang Y** (2008). *Micro-acupuncture in practice*. Elsevier Health Sciences.
 6. **Dật Danh** (2017). *Hoàng đế Nội kinh Linh khu*. Nhà xuất bản Hồng Đức, TPHCM.
 7. **Hui KK, Nixon EE, Vangel MG, Liu J, Marina O, Napadow V & Kennedy DN** (2007). Characterization of the "deqi" response in acupuncture. *BMC complementary and alternative medicine*, 7(1):1-16.
 8. **Kong J, Gollub R, Huang T, Polich G, Napadow V, Hui K et.al** (2007). Acupuncture de qi, from qualitative history to quantitative measurement. *Alternative and Complementary Medicine*, 13(10):1059-1070.
 9. **World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies** (2013). Auricular acupuncture point (WFAS STANDARD-002: 2012). *World Journal of Acupuncture - Moxibustion*, 23(3):12-21.
 10. **Oleson T** (2013). *Auriculotherapy manual: Chinese and western systems of ear acupuncture*. Elsevier Health Sciences, Edinburgh.
 11. **Rabischong P and Terral C** (2014). Scientific basis of auriculotherapy: State of the art. *Medical Acupuncture*, 26(2):84-96.
 12. **Mercante B, Ginatempo F, Manca A, Melis F, Enrico P & Deriu F** (2018). Anatomico-physiologic basis for auricular stimulation. *Medical Acupuncture*, 30(3):141-150.
 13. **Margolin A, Avants SK, Birch S, Falk CS & Kleber HD** (1996). Methodological investigations for a multisite trial of auricular acupuncture for cocaine addiction: a study of active and control auricular zones. *Substance abuse treatment*, 13(6): 471-481.
 14. **Yu DTW, Jones AYM, and Pang MYC** (2012). Development and validation of the Chinese version of the Massachusetts General Hospital Acupuncture Sensation Scale: an exploratory and methodological study. *Acupuncture in Medicine*, 30(3):214-221.
 15. **Tan JY, Molassiotis A, Wang T, and Suen LK** (2014). Adverse events of auricular therapy: a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014:506758.

KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI HUYẾT ÁP VÀ TẦN SỐ TIM CỦA NHĨ CHÂM HUYẾT THẦN KINH TỰ CHỦ (AH6) VÀ HUYẾT DƯỚI VỎ (AT4) KHI THỰC HIỆN NGHIỆM PHÁP KÍCH THÍCH THỤ THỂ LẠNH TRÊN NGƯỜI TÌNH NGUYỆN KHỎE MẠNH

Tăng Khánh Huy¹, Lâm Cẩm Tiên¹, Bùi Ngọc Quỳnh Như¹,
Lê Thị Hoàng Linh¹, Lê Thu Thảo¹, Lê Bảo Lưu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hiện nay các nghiên cứu cho thấy nhĩ châm có tác động lên tần số tim (TST) và huyết áp. Nghiên cứu này được tiến hành để khảo sát sự thay đổi TST và huyết áp của nhĩ châm 2 huyết Thần kinh tự chủ và huyết Dưới vỏ trên người tình nguyện khỏe mạnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp trước sau trên 30 người tình nguyện khỏe mạnh, thực hiện nhĩ châm huyết Thần kinh tự chủ và Dưới vỏ. Nghiệm pháp kích thích thụ thể lạnh (CPT) được thực hiện 2 lần: trước và sau khi nhĩ châm. TST được theo dõi liên tục mỗi 30 giây, huyết áp được theo dõi mỗi 60 giây trước khi làm CPT cho tới khi kết thúc CPT. So sánh TST và huyết áp trước – sau ở những thời điểm tương ứng trong 2 lần thực hiện CPT để đánh giá tác dụng của nhĩ châm.

Kết quả: TST giảm 3 – 6 lần/phút khi CPT lần 2 ở giây thứ 30 đến giây 240 so với lần 1 ($p < 0,05$). SDNN, rMSSD và huyết áp thay đổi giữa 2 lần CPT không khác biệt thống kê.

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

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Lưu

SĐT: 0857323868

Email: lebaoluu@ump.edu.com

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 29/07/2022

Ngày duyệt bài: 06/08/2022

Kết luận: Nhĩ châm huyết Thần kinh tự chủ và Dưới vỏ làm giảm TST trong khi SDNN, rMSSD và huyết áp không thay đổi khi thực hiện CPT ở người khỏe mạnh.

Từ khóa: nhĩ châm, tần số tim, huyết áp, nghiệm pháp kích thích thụ thể lạnh

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE EFFECT ON BLOOD PRESSURE AND HEART RATE OF AURICULAR ACUPUNCTURE AT THE SYMPATHETIC (AH6) AND THE SUBCORTEX (AT4) ACUPOINTS DURING THE COLD PRESSOR TEST IN HEALTHY VOLUNTEERS

Objectives: Currently, many studies have shown that auricular acupuncture has an effective effect on heart rate and blood pressure. The research is conducted to invest the effect on heart rate and blood pressure of the two acupoints (the Sympathetic and the Subcortex acupoints) in healthy volunteers.

Methods: This is a before-after intervention study conducted on 30 healthy volunteers with a cold pressor test (CPT) performed before and after auricular acupuncture at Sympathetic and Subcortex acupoints. Heart rate was measured continuously every 30 seconds, blood pressure was measured continuously every 60 seconds before CPT until the end of this test. The comparison of heart rate and blood pressure

which were measured before and after 2 CPT sessions, is used to evaluate the effect of auricular acupuncture.

Results: Heart rate decreased 3 – 6 beats per minute after the second CPT was applied, from the 30th to the 240th second, compared to the first CPT ($p < 0.05$). The changes of SDNN (Standard deviation of NN), rMSSD (Root mean square of successive RR interval differences), and blood pressure between the 2 times of CPT had no statistical differences.

Conclusion: Auricular acupuncture at Sympathetic and Subcortex acupoints reduces heart rate while SDNN, rMSSD, and blood pressure are not affected during CPT in healthy volunteers.

Keywords: auricular acupuncture, heart rate, blood pressure, the cold pressor test

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, các nghiên cứu về nhĩ châm đã cho thấy hiệu quả tác động của phương pháp này lên TST và huyết áp thông qua nhánh loa tai dây thần kinh X của hệ thần kinh tự chủ. Các huyết được nghiên cứu thường nằm trên vùng chi phối của nhánh loa tai dây thần kinh X như huyết Tâm, huyết Can⁽¹⁾,... Huyết Thần kinh tự chủ và huyết Dưới vỏ cũng nằm trên vùng chi phối này và thường được sử dụng nhiều trên lâm sàng nhưng hầu như có rất ít nghiên cứu đánh giá tác động của chúng. Nghiệm pháp kích thích thụ thể lạnh được sử dụng như một phương pháp tiêu chuẩn để kích thích hệ thần kinh tự chủ, cụ thể là hoạt hóa hệ giao cảm gây tăng TST và huyết áp; và phương pháp đo biến thiên TST theo miền thời gian được sử dụng để đánh giá hoạt động hệ thần kinh tự chủ lên tim. Nghiên cứu này sử dụng nghiệm pháp kích thích thụ thể lạnh và phương pháp đo biến thiên nhịp tim để đánh

giá tác động của nhĩ châm 2 huyết lên hệ thần kinh chủ. Vì thế câu hỏi đặt ra ở đây là: “Sự kết hợp của hai huyết Thần kinh tự chủ và Dưới vỏ tác động như thế nào lên TST và huyết áp?”

Để trả lời cho câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát sự thay đổi huyết áp và TST của nhĩ châm huyết Thần kinh tự chủ và huyết Dưới vỏ khi thực hiện nghiệm pháp thụ thể lạnh trên người tình nguyện khỏe mạnh.

Mục tiêu:

Xác định tác dụng thay đổi nhịp tim và huyết áp của nhĩ châm huyết Thần kinh tự chủ (AH6) và huyết Dưới vỏ (AT4) trên người khỏe mạnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn

Nam nữ khỏe mạnh, từ đủ 18 – 30 tuổi, BMI từ 18,5 – 23,0 kg/m².

TST 60 – 99 lần/phút, mạch và TST đi đôi với nhau.

Huyết áp <130/80 mmHg, không có hạ huyết áp tư thế.

Vùng da ở loa tai không bị viêm nhiễm, lở loét.

Không tiền sử mắc bệnh tim mạch (tăng huyết áp, bệnh mạch vành, rối loạn nhịp tim, suy tim), đái tháo đường, bệnh lý tuyến giáp.

Ở trạng thái thoải mái trong ngày tiến hành thử nghiệm (đánh giá theo thang điểm DASS 21 với điểm stress <15 điểm).

Người tình nguyện đồng ý tham gia đề tài, được giải thích tường tận và ký tên vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại

Đang mắc các bệnh có tính chất cấp tính, cường giáp, sốt.

Sử dụng chất kích thích: rượu, bia, cà phê, thuốc lá trong vòng 24 giờ trước khi thực hiện đề tài.

Chơi thể thao, vận động trước khi tiến hành thử nghiệm 2 giờ.

Nữ có thai hoặc đang hành kinh.

Lo âu, sợ kim, tiền sử vệt châm.

Sử dụng các thuốc ảnh hưởng huyết áp, nhịp tim trong vòng 1 tháng: thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, ức chế beta; thuốc chống trầm cảm, thuốc an thần (midazolam, propofol, thiopental), digoxin, metformin.

Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu

Xuất hiện các triệu chứng gây khó chịu cho người tình nguyện khởi phát ở bất kỳ giai đoạn nào của quá trình nghiên cứu: buồn nôn, đau đầu, chóng mặt, khó thở, vã nhiều mồ hôi, vệt châm.

Người tình nguyện không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu ở bất kỳ giai đoạn nào của quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp, ngẫu nhiên, trước sau

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức: $n = [2 \times C \times (1 - r)] / (ES)^2$

Trong đó:

n là số lượng cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu.

r là hệ số tương quan giữa hai đo lường. Hệ số tương quan giữa các lần đo lường TST giả định $r = 0,8^{(1)}$.

ES là hệ số ảnh hưởng ước tính bằng công thức: $ES = d/s$. Gọi chỉ số trung bình của TST sau khi thực hiện CPT là d và độ lệch chuẩn sau khi làm CPT của đề tài trước đó là s. Ta có độ lệch chuẩn trong TST ở nghiên cứu của Saab P ở chân là $s = 13,2$ lần/phút⁽³⁾.

Mong muốn nhĩ châm có thể giúp TST giảm 5 lần/phút trong khi làm CPT $\rightarrow d = 5$ lần/phút.

Sai số $\alpha = 0,05$ và $power = 0,9 \rightarrow C = 10,51$.

Như vậy ta tính được $n = 29,3$ làm tròn số ta được cỡ mẫu $n = 30$.

Liệt kê và định nghĩa biến số

Biến số nền

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

Giới tính: là biến nhị giá, gồm 2 giá trị: nam, nữ. Dựa vào chứng minh nhân dân.

BMI (kg/m^2): Là biến định lượng, cách xác định: $(\text{Cân nặng})/(\text{chiều cao})^2$.

Biến số kết cuộc chính

TST, đơn vị: lần/phút, biến định lượng, được đo thiết bị Kyto HRM 2311R – China.

Huyết áp tâm thu (HATT): Áp lực của máu tác động lên một đơn vị diện tích thành mạch thời kỳ tâm thu, đơn vị: mmHg, biến định lượng, được đo máy đo huyết áp cánh tay hiệu Omron HEM – 8712 gắn trên cánh tay.

Huyết áp tâm trương (HATTr): Áp lực của máu tác động lên một đơn vị diện tích thành mạch thời kỳ tâm trương, đơn vị: mmHg, biến định lượng, được đo máy đo huyết áp cánh tay hiệu Omron HEM – 8712 gắn trên cánh tay.

Biến số kết cuộc phụ

SDNN: Độ lệch chuẩn của các khoảng NN bình thường, đơn vị: m/s, biến định lượng, được đo thiết bị Kyto HRM 2511B – China.

rMSSD: Căn bậc hai của bình phương trung bình các khác biệt giữa các khoảng NN liên tiếp, được đo thiết bị Kyto HRM 2511B – China.

Phương pháp can thiệp

Kích thích thụ thể lạnh: Người tham gia nghiên cứu ngâm cùng lúc 2 chân vào cho

nước ngập ngang hai mắt cá chân vào nước ở 5 – 7°C được theo dõi bằng nhiệt kế liên tục trong vòng 3 phút. TST được theo dõi liên tục mỗi 30 giây và huyết áp được theo dõi mỗi 1 phút⁽²⁾.

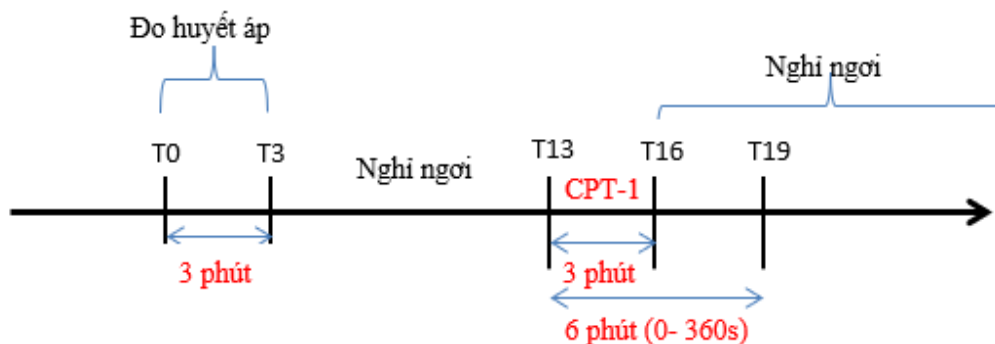
Nhĩ châm: người tham gia nghiên cứu nằm ở tư thế nằm ngửa, tay để thoải mái. Trước khi châm sát vùng da tại cần nhĩ châm, lưu kim trong vòng 16 phút, rút kim và sát trùng sau khi rút kim⁽²⁾.

Phương pháp đánh giá

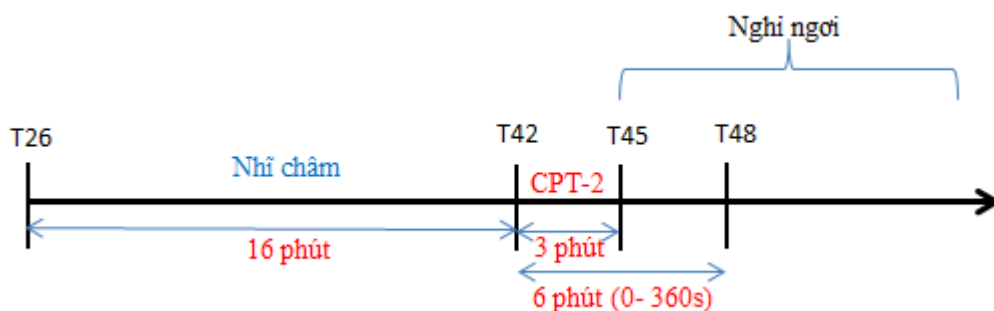
TST và biến thiên TST được đo bằng thiết bị Kyto HRM 2311R, kết nối với điện

thoại di động, phân tích kết quả qua ứng dụng HRV4Training. Thiết bị đo được gắn khít vào da tại phải người tình nguyện. Máy đo huyết áp được đo bằng thiết bị Omron HEM – 8712, gắn vào tay của người tham gia nghiên cứu trong quá trình thực hiện.

Người tham gia nghiên cứu sẽ được nằm nghỉ 10 phút, sau đó lấy số đo TST và huyết áp ban đầu (thời điểm T0) và thực hiện nghiên cứu với các mốc thời gian lấy số liệu như hình 1 và 2. Các giai đoạn nghiên cứu dựa theo nghiên cứu của tác giả Trịnh Yến Nhi⁽¹⁾.



Hình 1. Sơ đồ thời gian trong giai đoạn kích thích thụ thể lạnh lần 1



Hình 2. Sơ đồ thời gian trong giai đoạn kích thích thụ thể lạnh lần 2

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Phân tích các số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20. Kiểm tra biến định lượng có phân phối chuẩn hay không bằng phép kiểm Kolmogorov-Smirnov, biến có phân phối chuẩn khi $p > 0,05$. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ

lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn, hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không phân phối chuẩn. So sánh TST, huyết áp, các thành phần HRV (SDNN, rMSSD) ở các thời điểm trước nhĩ châm, nhĩ châm, sau nhĩ châm từng thời điểm trong nghiên cứu bằng phép kiểm T bắt cặp (nếu phân phối chuẩn) hoặc phép

kiểm Wilcoxon signed rank sum test (nếu phân phối không chuẩn). Mức ý nghĩa được xác định khi $p < 0,05$.

2.4. Ý đức

Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Đối tượng được thông báo là tự nguyện quyết định tham gia vào nghiên cứu hay không. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, hoàn toàn được giữ bí mật.

Nghiên cứu được xem xét và chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí

Minh số 220/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 24/02/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu gồm 30 người tình nguyện khỏe mạnh (12 nam, 18 nữ). Các giá trị ban đầu của người tham gia nghiên cứu gồm TST trung bình, huyết áp tâm thu (HATT) trung bình, huyết áp tâm trương (HATTr) trung bình đều trong giới hạn bình thường (Bảng 1). TST thời điểm sau nhĩ châm (T42) giảm $3,56 \pm 0,30$ lần/phút so với trước nhĩ châm (T26) và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm ban đầu (T3) ($p < 0,01$) (Bảng 2).

Bảng 1. Các đặc điểm ban đầu của mẫu nghiên cứu

Biến số	Tổng
Giới tính	
Nam	12 (40%)
Nữ	18 (60%)
Tuổi	$23,67 \pm 1,90$
BMI (kg/m^2)	$20,80 \pm 1,46$
TST (lần/phút)	$88,37 \pm 7,20$
HATT (mmHg)	$106,27 \pm 13,60$
HATTr (mmHg)	$69,83 \pm 6,60$

Bảng 2. Sự thay đổi TST trước khi nhĩ châm (T26) và sau khi nhĩ châm (T42)

Thời điểm	TST (lần/phút)	Giá trị p
T3	T26	$87,73 \pm 7,0$
	T42	$84,17 \pm 6,7$
		0,00

Bảng 3. Sự thay đổi của TST khi làm CPT lần 2 (sau khi nhĩ châm) so với lần 1

Thời điểm	TST trong CPT lần 1 (lần/phút)	TST trong CPT lần 2 (lần/phút)	Giá trị p*
			So sánh CPT 1 và 2
0	$99,13 \pm 11,06$	$95,80 \pm 8,15$	0,06
30	$93,93 \pm 9,47$	$88,97 \pm 9,94$	0,00
60	$93,37 \pm 10,61$	$90,40 \pm 10,17$	0,09
90	$91,23 \pm 7,92$	$87,70 \pm 8,59$	0,00
120	$93,93 \pm 8,43$	$87,07 \pm 7,47$	0,00
150	$91,73 \pm 9,33$	$86,87 \pm 7,39$	0,00

180	91,00 ± 8,58	86,33 ± 6,75	0,00
210	87,63 ± 7,27	84,60 ± 6,25	0,01
240	87,83 ± 6,55	85,67 ± 7,35	0,04
270	85,63 ± 7,52	83,80 ± 6,56	0,15
300	86,80 ± 7,11	85,13 ± 6,66	0,09
330	86,00 ± 8,17	83,27 ± 6,93	0,00
360	86,23 ± 7,10	85,27 ± 6,31	0,33

*Phép kiểm Independent Samples t test

Có khác biệt có ý nghĩa thống về TST giữa 2 giai đoạn khi kích thích thụ thể lạnh lần 1 và 2 từ giây thứ 30, giây thứ 90 đến 240, giây thứ 330 ($p < 0,05$), không có khác biệt có ý nghĩa thống về TST giữa 2 giai đoạn khi kích thích thụ thể lạnh từ giây thứ 270 đến 360 ($p > 0,05$).

Bảng 4. Sự thay đổi của giá trị SDNN khi làm CPT lần 2 (sau khi nhĩ châm) so với lần 1

Thời điểm	SDNN trong CPT lần 1 (ms)	SDNN trong CPT lần 2 (ms)	Giá trị p*
			So sánh CPT 1 và 2
0 – 60	52,45 ± 20,21	52,28 ± 24,01	0,89
60 – 120	42,56 ± 17,00	46,48 ± 19,34	0,24
120 – 180	43,38 ± 21,60	43,27 ± 15,85	0,97
180 – 240	47,30 ± 19,66	46,61 ± 12,92	0,83
240 – 300	43,69 ± 17,08	48,05 ± 18,85	0,16
300 – 360	46,03 ± 19,03	45,62 ± 16,33	0,89

*Phép kiểm Independent Samples t test

Không có khác biệt có ý nghĩa thống về SDNN giữa 2 giai đoạn khi kích thích thụ thể lạnh từ giây thứ 0 đến 360 ($p > 0,05$).

Bảng 5. Sự thay đổi của giá trị rMSSD khi làm CPT lần 2 (sau khi nhĩ châm) so với lần 1

Thời điểm	rMSSD trong CPT lần 1 (ms)	rMSSD trong CPT lần 2 (ms)	Giá trị p*
			So sánh CPT 1 và 2
0 – 60	40,50 ± 20,74	38,33 ± 20,41	0,42
60 – 120	38,72 ± 20,16	38,56 ± 21,86	0,95
120 – 180	38,68 ± 23,16	37,98 ± 19,53	0,78
180 – 240	40,92 ± 20,81	40,79 ± 19,18	0,96
240 – 300	38,96 ± 22,94	38,89 ± 19,38	0,98
300 – 360	41,12 ± 23,14	40,89 ± 21,41	0,93

*Phép kiểm Independent Samples t test

Không có khác biệt có ý nghĩa thống về rMSSD giữa 2 giai đoạn khi kích thích thụ thể lạnh từ giây thứ 0 đến 360 ($p > 0,05$).

Bảng 6. Sự thay đổi của HATT khi làm CPT lần 2 (sau khi nhĩ châm) so với lần 1

Thời điểm	HATT trong CPT lần 1 (mmHg)	HATT trong CPT lần 2 (mmHg)	Giá trị p**
			So sánh CPT 1 và 2
0 – 60	109,43 ± 12,15	106,90 ± 13,25	0,13

60 – 120	111,13 ± 14,02	108,43 ± 12,80	0,10
120 – 180	107,87 ± 12,34	105,60 ± 12,92	0,06
180 – 240	104,47 ± 12,44	103,90 ± 12,22	0,63
240 – 300	101,67 ± 12,04	101,23 ± 12,64	0,76
300 – 360	102,00 ± 11,23	100,27 ± 12,35	0,08

****** *Phép kiểm Wilcoxon signed rank sum test*

Không có khác biệt có ý nghĩa thống về HATT giữa 2 giai đoạn khi kích thích thụ thể lạnh từ giây thứ 0 đến 360 ($p > 0,05$).

Bảng 7. Sự thay đổi của HATTr khi làm CPT lần 2 (sau khi nhĩ châm) so với lần 1

Thời điểm	HATTr trong CPT lần 1 (mmHg)	HATTr trong CPT lần 2 (mmHg)	Giá trị p ^{**}
			So sánh CPT 1 và 2
0 – 60	73,33 ± 6,87	72,43 ± 7,56	0,38
60 – 120	75,43 ± 7,63	73,83 ± 8,09	0,17
120 – 180	71,53 ± 9,16	71,10 ± 8,02	0,62
180 – 240	68,20 ± 6,53	69,70 ± 7,24	0,15
240 – 300	67,73 ± 6,34	67,37 ± 7,21	0,75
300 – 360	68,20 ± 6,90	67,57 ± 6,64	0,68

****** *Phép kiểm Wilcoxon signed rank sum test*

Không có khác biệt có ý nghĩa thống về HATTr giữa 2 giai đoạn khi kích thích thụ thể lạnh từ giây thứ 0 đến 360 ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Bàn về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 30 người tình nguyện khỏe mạnh. Phần lớn người tham gia nghiên cứu là nữ. Các thông số BMI, TST, huyết áp của người tham gia đều trong giới hạn bình thường, đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

Bàn luận về hiệu quả thay đổi TST ở các thời điểm

Trong nghiên cứu này, TST ở CPT lần 2 giảm hơn CPT lần 1 có ý nghĩa thống kê, cụ thể là ở giây thứ 30, giây thứ 90 đến 240, giây thứ 330, từ đó gợi ý: Nhĩ châm làm tăng hoạt động phó giao cảm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trịnh Yên Nhi:

Điện nhĩ châm ở huyết Tâm làm giảm TST trong suốt CPT lần 2 so với lần 1⁽¹⁾. Điều này có thể giải thích là vì cả 2 huyết Thần kinh tự chủ và Dưới vỏ đều nằm ở vùng loa tai chi phối bởi nhánh của thần kinh X nên khi kích thích hai huyết này sẽ kích thích dây thần kinh X gây tăng hoạt phó giao cảm, làm giảm TST và giảm lực co bóp ở tim ở CPT lần 2. Từ giây thứ 270 trở đi, TST giảm không có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm; kết quả này tương tự nghiên cứu trước đây và có thể giải thích là do tác động hoạt hóa thần kinh giao cảm dẫn đến hiệu quả làm tăng TST của CPT giảm dần sau khi kết thúc nghiệm pháp (từ giây 180 trở đi), đồng thời tác động hoạt hóa thần kinh phó giao cảm dẫn đến hiệu quả làm giảm TST của nhĩ

châm cũng giảm dần sau khi rút kim; từ đó TST dần trở về với giá trị tại thời điểm ban đầu⁽¹⁾. Để khảo sát hiệu quả kéo dài của nhĩ châm, có thể thực hiện thêm các nghiên cứu với thời gian lưu kim lâu hơn đến 30 phút hoặc các hình thức khác như châm kim cài với thời gian lưu kim 4 – 7 ngày, hoặc dán nhĩ áp.

Bàn về sự thay đổi biến thiên TST theo miền thời gian ở các thời điểm

Theo bảng 4 và bảng 5, giá trị SDNN và rMSSD giữa 2 lần CPT thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tuy nhiên giá trị SDNN và rMSSD có xu hướng giảm khi TST tăng và xu hướng tăng khi TST giảm, cụ thể giảm nhanh từ giây thứ 0 đến giây thứ 180 và bắt đầu tăng đến chỉ số nền từ giây thứ 240. Điều này tương tự với kết quả của tác giả Boehmer A: SDNN và rMSSD có xu hướng tăng/giảm ngược chiều với TST⁽⁴⁾. Sự thay đổi ngược chiều này theo lý thuyết là vì khi TST giảm sẽ tạo khoảng trống cho sự thay đổi giữa các TST liên tiếp, khoảng R – R tăng lên nên SDNN và rMSSD sẽ tăng và ngược lại. Tuy nhiên, giá trị SDNN không chỉ phụ thuộc vào nội tiết tố mà còn phụ thuộc nhiều yếu tố khác trong đó có chế độ tập thể dục thường xuyên. Kết quả SDNN và rMSSD tăng không có ý nghĩa thống kê có thể giải thích do cỡ mẫu nhỏ làm sự thay đổi không đủ có ý nghĩa hoặc do sự sai lệch thể chất ở người tình nguyện, cụ thể là chế độ tập thể dục. Theo Boehmer A, những người có thói quen duy trì tập thể dục điều độ có giá trị SDNN xu hướng tăng và ổn định, khó thay đổi khi kích thích nhánh loa tai dây thần kinh X; nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, SDNN vẫn có xu hướng tăng khi TST

giảm, điều này gợi ý có sự tăng hoạt của hệ phó giao cảm⁽⁴⁾. Vì nghiên cứu này chưa ghi nhận vấn đề tập thể dục điều độ của người tình nguyện nên cần có thêm nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn và ghi nhận thêm chế độ tập luyện của người tình nguyện để xác định chính xác hơn.

Bàn luận về hiệu quả thay đổi huyết áp ở các thời điểm

Theo bảng 6 và bảng 7, huyết áp giữa 2 lần CPT thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Theo y văn, kích thích phó giao cảm làm giảm sức bơm của tim nhưng hầu như không có tác dụng gì lên sức cản hệ thống mạch máu nên gây ảnh hưởng không đáng kể lên huyết áp. Nghiên cứu của tác giả Stauss H cũng cho thấy, dây thần kinh X chứa các sợi khác nhau truyền tín hiệu từ tạng tới trung ương khác nhau. Các vị trí và các phương pháp kích thích khác nhau có ảnh hưởng đến cơ quan đích khác nhau⁽⁵⁾. Bên cạnh đó nghiên cứu của Gao X có đề cập các phương pháp kích thích huyết khác nhau sẽ cho các kết quả huyết áp khác nhau⁽⁶⁾. Vì thế, cùng là phương pháp kích thích dây thần kinh X bằng nhĩ châm nhưng lại cho kết quả TST giảm và huyết áp không thay đổi.

Vì thế, cần thêm nghiên cứu khảo sát sự thay đổi huyết áp với các loại kích thích huyết khác nhau.

Hạn chế của đề tài và kiến nghị

Xác định huyết dựa vào thị giác người châm chưa có dụng cụ xác định chính xác (như dụng cụ xác định huyết nhờ đo điện trở da).

Chưa có nhóm chứng để so sánh các huyết khác cùng tiết đoạn thần kinh trên tai

nhưng không có tác dụng làm giảm nhịp tim và huyết áp theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO).

Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, sử dụng nhiều hình thức kích thích huyết khác nhau để làm rõ thêm tác dụng của nhĩ châm huyết Thần kinh tự chủ và Dưới vỏ trên hệ thần kinh tự chủ.

V. KẾT LUẬN

Nhĩ châm huyết Thần kinh tự chủ và Dưới vỏ làm giảm TST trong khi SDNN, rMSSD và huyết áp không thay đổi khi thực hiện CPT ở người khỏe mạnh.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến Khoa Y học cổ truyền đã tạo điều kiện cho sử dụng phòng nghiên cứu thực nghiệm châm cứu để thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Yến Nhi, Nguyễn Văn Đàn** (2018). Tác động của điện nhĩ châm tần số thấp trên đáp ứng thần kinh tự chủ khi thực hiện nghiệm pháp kích thích thụ thể lạnh trên người bình thường. Y Học TP Hồ Chí Minh, 22(4):327-332.
2. **Lê Thanh Hùng, Trịnh Thị Diệu Thường** (2021). Khảo sát sự thay đổi biến thiên nhịp tim khi sử dụng hạt dán loa tai tại huyết thư giãn bên trái trên người tình nguyện khỏe mạnh. Y Học TP Hồ Chí Minh, 25(5):112-118.
3. **Saab PG, Llabre MM, Hurwitz BE, Schneiderman N, Wohlgenuth W, Durel LA, et al.** (1993). The cold pressor test: vascular and myocardial response patterns and their stability. Psychophysiology, 30(4):366-373.
4. **Boehmer AA, Georgopoulos S, Nagel J, Rostock T, Bauer A, and Ehrlich JR.** (2020). Acupuncture at the auricular branch of the vagus nerve enhances heart rate variability in humans: An exploratory study. Heart Rhythm O2, 1(3):215-221.
5. **Stauss HM.** (2017). Differential hemodynamic and respiratory responses to right and left cervical vagal nerve stimulation in rats. Physiological reports, 5(7):e13244.
6. **Gao XY, Zhang SP, Zhu B, and Zhang HQ.** (2008). Investigation of specificity of auricular acupuncture points in regulation of autonomic function in anesthetized rats. Autonomic neuroscience : basic & clinical, 138(1-2):50-56.

KHẢO SÁT TÁC DỤNG THAY ĐỔI NHIỆT ĐỘ BỀ MẶT DA KHI NHĨ CHÂM HUYỆT VAI VÀ NGÓN TAY TRÊN NGƯỜI TÌNH NGUYỆN KHỎE MẠNH

Nguyễn Thị Hương Dương¹, Trương Công Vỹ¹,
Tăng Khánh Huy¹, Lâm Cẩm Tiên¹, Lê Bảo Lưu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi nhiệt độ da tại vùng tương ứng khi nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay trên người tình nguyện khỏe mạnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng trên 60 người tình nguyện khỏe mạnh được phân bố ngẫu nhiên vào 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay, nhóm chứng giả nhĩ châm huyết Trục tràng và Cơ quan sinh dục ngoài. Sau đó thực hiện nhĩ châm rồi kích thích huyết mỗi 5 phút trong vòng 30 phút. So sánh nhiệt độ tại vai và ngón tay sau khi nhĩ châm 15 phút, 30 phút và sau khi rút kim 15 phút với thời điểm trước khi nhĩ châm.

Kết quả: Nhiệt độ tại các ngón tay sau 15 phút, 30 phút và sau khi rút kim 15 phút tăng có ý nghĩa thống kê khi nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay ($p < 0,05$). Nhiệt độ tại vùng vai sau 15 phút, 30 phút và sau khi rút kim 15 phút thay đổi không có ý nghĩa thống kê khi nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay ($p > 0,05$).

Kết luận: Nhiệt độ tại các ngón tay tăng và nhiệt độ tại vùng vai không thay đổi khi nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay.

Từ khóa: nhĩ châm, nhiệt độ, huyết Vai, huyết Ngón tay

SUMMARY

INVESTIGATING THE ADJUSTED EFFECT ON SKIN SURFACE TEMPERATURE WHILE APPLYING AT SHOULDER POINT AND FINGER POINT IN HEALTHY VOLUNTEERS

Objectives: Investigating the adjusted effect on skin surface temperature while auricular acupuncture at Shoulder point and Finger point in healthy volunteers.

Methods: An interventional study was conducted on sixty healthy volunteers randomly assigned to 2 groups: the study group: received auricular acupuncture at the Shoulder point and Finger point, and the control group: received pseudo-auricular acupuncture at the Rectal point and External Genitalia point. After performing auricular acupuncture, acupoints were stimulated per 5 minutes in 30 minutes. The before-after surface temperature's changes at the dorsal and ventral finger surface were recorded after auricular acupuncture 15 minutes, 30 minutes, and after the needle withdrawal 15 minutes compared to before auricular acupuncture.

Results: The temperature in fingers increased significantly after performing auricular acupuncture 15 minutes, 30 minutes, and after the needle withdrawal 15 minutes ($p < 0.05$). The temperature of the Dorsal scapulars and the Fingers conducted by auricular acupuncture did

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Lưu

SĐT: 0857323868

Email: lebaoluu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 23/07/2022

Ngày duyệt bài: 06/08/2022

not have a significant difference in 15 min, 30 min and after needle withdrawal ($p>0.05$).

Conclusion: The temperature of the fingers was increased significantly and the temperature of the dorsal scapulars did not have a significant difference after conducting auricular acupuncture at the Shoulder point and the Finger point.

Keywords: auricular acupuncture, temperature, Shoulder point, Finger point

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhĩ châm là một phương pháp chẩn đoán và điều trị các rối loạn chức năng thực thể và tâm thần bằng cách kích thích một điểm cụ thể trong tai giúp hỗ trợ điều trị nhiều bệnh lý trong cơ thể như các bệnh cơ xương khớp, béo phì, rối loạn tiêu hóa, các rối loạn bệnh lý sau đột quỵ như đau, trầm cảm, mất ngủ, rối loạn nhận thức,...^(1,2,3) Trong một nghiên cứu năm 2019 phân tích gộp 35 công trình nghiên cứu liên quan nhĩ châm sau đột quỵ, kết quả cho thấy để điều trị các triệu chứng rối loạn vận động tay chân sau đột quỵ, huyết Vai và Ngón tay là hai trong số các huyết được sử dụng thường xuyên nhất, các huyết này tương ứng với các bộ phận trên cơ thể, giúp cải thiện chức năng của tứ chi⁽⁴⁾... Nghiên cứu của Miao D năm 2020 nhằm đánh giá hiệu quả nhĩ châm dưới da kết hợp châm cứu thường quy trong phục hồi vận động ở bệnh nhân sau đột quỵ đã sử dụng huyết Vai và Ngón tay trong phục hồi vận động chi trên⁽⁵⁾. Để giải thích cho tác dụng của Nhĩ châm khi sử dụng các huyết tương ứng với các bộ phận trên cơ thể để điều trị bệnh dựa trên bằng chứng YHHĐ, trên thế giới đã có một số nghiên cứu về cơ chế tăng tuần hoàn tại chỗ và vùng cơ thể liên quan thông qua sự thay đổi nhiệt độ khi nhĩ châm. Theo nghiên cứu của Xu D (1996) khi nhĩ châm huyết Cổ đã có sự gia tăng rõ rệt nhiệt

độ tại vùng C3⁽⁶⁾. Tuy nhiên các nghiên cứu tương tự trên Thế giới còn khá ít và ở Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu về tác dụng nhĩ châm làm thay đổi tuần hoàn tại vùng cơ thể tương ứng. Như vậy, câu hỏi nghiên cứu đặt ra là “Tác dụng thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại vai và ngón tay khi nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay trên người tình nguyện khỏe mạnh như thế nào?”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Nam, nữ khỏe mạnh, đủ 18 – 30 tuổi, BMI 18,5 – 23 kg/m² ^(8,9,10,11)

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

Không rối loạn về thân nhiệt như bệnh Cường giáp hay Nhược giáp

Người tham gia nghiên cứu không được điều trị nhiệt trị liệu vùng vai và ngón tay như châm cứu, giác hơi, dán hoặc massage trước đó 01 ngày

Thang điểm đánh giá trầm cảm, lo âu, stress DASS 21 trong giới hạn bình thường⁽¹²⁾

Dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường ^(Error! Reference source not found.,14)

Tần số tim lúc nghỉ: 60 – 100 lần/phút

Huyết áp lúc nghỉ: 90/60 mmHg < Huyết áp đối tượng nghiên cứu < 140/90 mmHg

Nhịp thở lúc nghỉ: 16 ± 3 lần/phút

Nhiệt độ: 36,6 – 37,5°C

SpO₂ ≥ 95%

Tiêu chuẩn loại mẫu

Sử dụng chất kích thích: rượu, bia, cà phê, thuốc lá trong vòng 24 giờ trước khi thực hiện nghiên cứu

Chơi thể thao trước khi tiến hành nghiên cứu 2 giờ

Da vùng nhĩ châm, vùng khảo sát có tổn thương, vết thương chưa phục hồi hoàn toàn, bị lang ben, chàm

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

Dùng kem chống nắng vùng vai và ngón tay

Đang dùng các thuốc gây dẫn mạch

Đã có kiến thức về Nhĩ châm

Tiêu chuẩn nghiên cứu

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

Người bệnh không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu ở bất kỳ giai đoạn nào của quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức⁽⁷⁾:

$$n = \frac{2 \times C \times (1 - r)}{ES^2}$$

Trong đó: n là số lượng cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu.

r là hệ số tương quan giữa hai đo lường. ES là hệ số ảnh hưởng ước tính bằng công thức: $ES = d/s$. Gọi chỉ số trung bình của nhiệt độ sau khi thực hiện là d và độ lệch chuẩn sau khi làm của đề tài trước đó là s. Ta có thay đổi nhiệt độ trung bình ở nghiên cứu của Xu D là $d = 0.54$ độ. Mong muốn nhĩ châm có thể thay đổi nhiệt độ $1,17^\circ\text{C} \rightarrow d = 1,17^\circ\text{C}$. Sai số $\alpha = 0,05$ và $\text{power} = 0,9 \rightarrow C = 10,51$. Hệ số tương quan giữa các lần đo nhiệt độ giả định $r = 0,7$.

Ta được cỡ mẫu 30 người mỗi nhóm.

• Nhóm A: Nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay

• Nhóm B: Giả nhĩ châm huyết Trục tràng và Cơ quan sinh dục ngoài

Liệt kê và định nghĩa biến số

Biến số độc lập

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

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

BMI (kg/m^2): Là biến định lượng, cách xác định: $(\text{Cân nặng})/(\text{chiều cao})^2$.

Biến số kết cuộc

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

Phương pháp can thiệp

Chọn người tham gia nghiên cứu thỏa các tiêu chuẩn chọn, tiêu chuẩn loại. Giải thích và hướng dẫn người tham gia ký vào giấy đồng ý tham gia nghiên cứu. Lập hồ sơ nghiên cứu.

Phân loại người tham gia vào 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng theo phương pháp phân nhóm ngẫu nhiên. Nhóm nghiên cứu được nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay, nhóm chứng được nhĩ châm huyết Trục tràng và Cơ quan sinh dục ngoài.

Vị trí các huyết⁽²⁾:

1. Huyết Vai (SF4): Ở thuyền tai, khoảng cách từ huyết Ngón tay đến xương đòn được chia thành năm phần bằng nhau (cổ tay,

khuyết tay, vai và khớp vai). Tương ứng huyết Vai là phần thứ tư từ trên xuống dưới, ngang với rãnh trên bình tai.

2. Huyết Ngón tay (SF1): Ở phần đỉnh của thuyền tai.

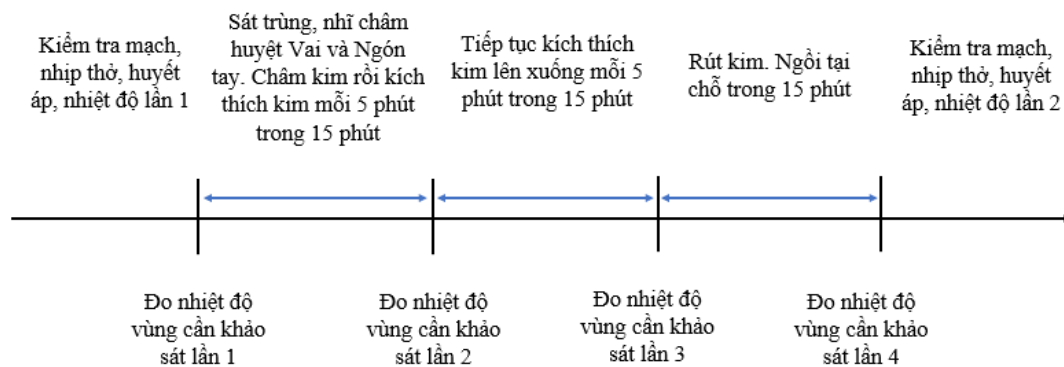
3. Huyết Trục tràng (HX2): Giao điểm giữa vành tai và bình tai

4. Huyết Cơ quan sinh dục ngoài (HX4): Trên vành tai, ngang với đường viền trên của chân dưới đối vành tai.

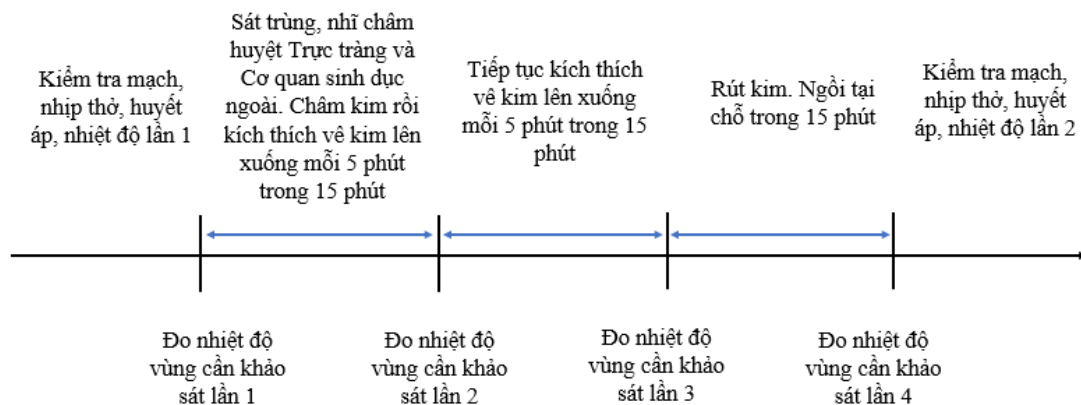
Tiến hành nhĩ châm/giả nhĩ châm.

Người tham gia nghiên cứu sẽ được nghỉ 15 phút ở tư thế ngồi, tay để thoải mái và không được thực hiện hoạt động tại vai, ngón

tay; bộc lộ vùng cơ thể cần khảo sát để nhiệt độ cơ thể ổn định với nhiệt độ phòng đồng thời chỉnh nhiệt độ phòng nghiên cứu về 25°C, sau đó ghi nhận sinh hiệu (huyết áp, tần số tim, nhịp thở, SpO2) trước và sau khi tiến hành. Trước khi châm, sát trùng vùng da tại cần nhĩ châm, lưu kim trong vòng 30 phút, rút kim và sát trùng sau khi rút kim. Nhiệt độ vùng da cần khảo sát sẽ được đo tại các thời điểm trước khi tiến hành nhĩ châm, sau 15 phút, 30 phút và sau khi rút kim 15 phút. Quy trình thực hiện cụ thể theo sơ đồ dưới đây.



Hình 1. Tiến trình nghiên cứu nhóm nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay



Hình 2. Tiến trình nghiên cứu nhóm nhĩ châm huyết Trục tràng và Cơ quan sinh dục ngoài

2.3. Phương pháp đánh giá

Nhiệt độ tại bề mặt da vùng vai và ngón tay được đo bằng máy đo nhiệt hồng ngoại FLIR C5, kết nối với điện thoại di động, phân tích kết quả qua ứng dụng FLIR Tools. Thiết bị đo được đặt cách vùng cần khảo sát của người tình nguyện 20cm.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Phân tích các số liệu qua phần mềm SPSS 20.

Biến số định tính: mô tả bằng tần suất và tỉ lệ %, so sánh 2 tỉ lệ bằng phép kiểm χ^2 hoặc phép kiểm phi tham số.

Biến số định lượng: tính trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh trước sau trong cùng 1 nhóm bằng phép kiểm t bất cặp, so sánh giữa 2 nhóm bằng phép kiểm t hoặc phép kiểm phi tham số.

2.5. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh số 223/HĐĐĐ – ĐHYD ngày 24/02/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm mẫu nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Thông tin nền	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)	
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Tuổi, tần số (%)				
<20	14	46,67	18	60
≥20	16	53,33	12	40
Giới, tần số (%)				
Nam	16	53,33	17	56,67
Nữ	14	46,67	13	43,33
BMI				
BMI <18.5	6	20	5	16,67
18.5 ≤ BMI <23	16	53,33	17	56,76
BMI ≥23	8	26,67	8	26,67

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, giới tính và BMI giữa 2 nhóm nghiên cứu với nhau ($P>0,05$).

Bảng 2. So sánh chỉ số mạch, huyết áp giữa 2 nhóm nghiên cứu

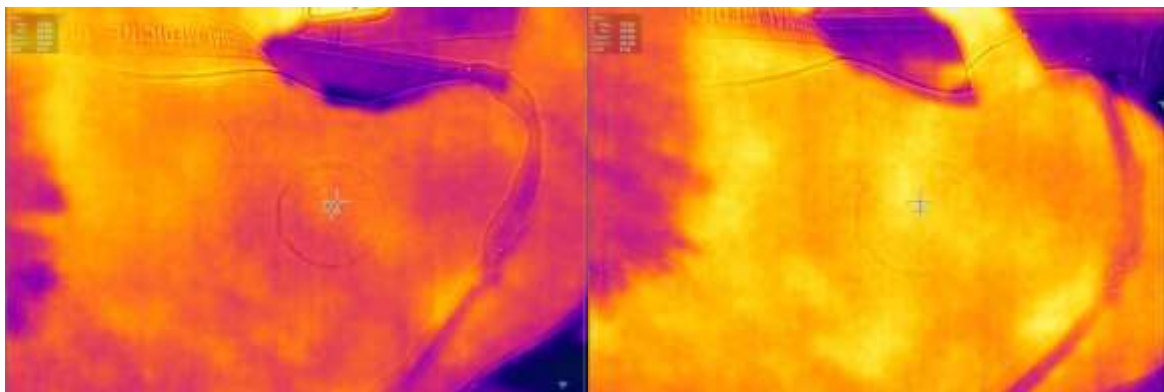
Sinh hiệu	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)	
	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị
Trước khi châm				
Mạch (lần/phút)	82,53 ± 12,86	12,86	86,7 ± 13,23	13,23
P	0,457			
Huyết áp tâm thu (mmHg)	112,07 ± 11,71	11,71	112,67 ± 13,23	14,97
P	0,3			

Huyết áp tâm trương (mmHg)	70 ± 6,73	6,73	72,77 ± 13,23	7,33
P	0,33			
Sau khi châm				
Mạch (lần/phút)	80,43 ± 11,88	11,88	88,77 ± 13,23	9,29
P	0,505			
Huyết áp tâm thu (mmHg)	96,36 ± 6,86	6,86	99,15 ± 13,23	9,11
P	0,468			
Huyết áp tâm trương (mmHg)	65,64 ± 7,46	7,46	70,46 ± 13,23	7,09
P	0,15			

Nhận xét: Không có sự khác biệt về dấu sinh hiệu trước và sau khi nhĩ châm giữa 2 nhóm nghiên cứu với nhau ($P>0,05$).

Bảng 3. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại vùng vai

	Thời gian	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
		Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị
Trước khi châm	T1	36,33 ± 0,85	36,44	36,78 ± 0,76	36,83
Sau khi châm 15 phút	T2	36,36 ± 0,95	36,6	36,73 ± 0,69	36,72
Khác biệt T1 – T2		P=0,890		P=0,674	
Sau khi châm 30 phút	T3	36,16 ± 0,9	36,32	36,4 ± 0,78	36,43
Khác biệt T1 – T3		P=0,197		P=0,263	
Sau khi rút kim 15 phút	T4	36,26 ± 0,9	36,39	36,38 ± 0,83	36,42
Khác biệt T1 – T4		P=0,682		P=0,485	

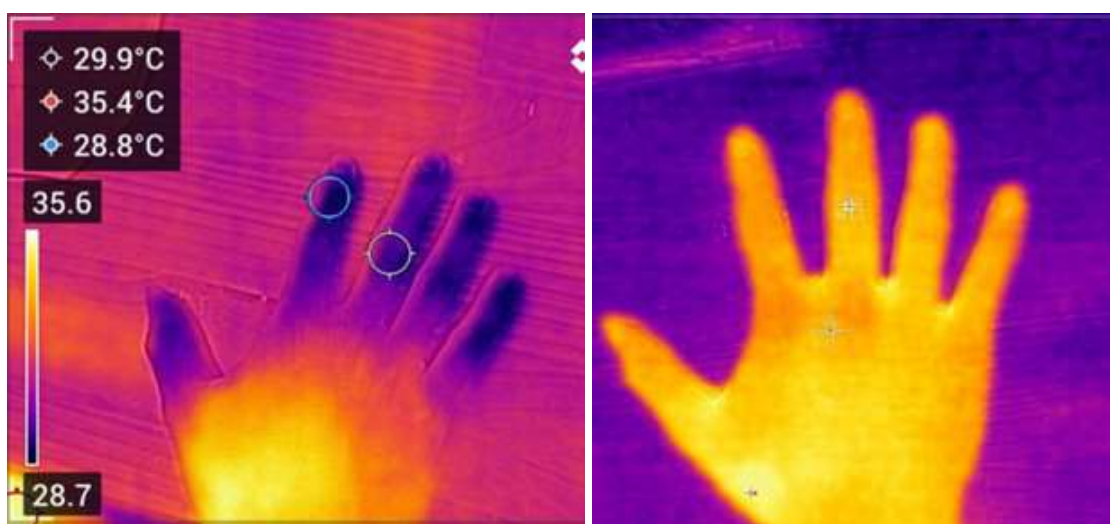


Hình 3. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại vùng vai

Nhận xét: Chỉ số nhiệt độ tại vùng vai sau khi nhĩ châm 15 phút, 30 phút và sau khi rút kim thay đổi không có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau khi châm ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng với $p>0,05$.

Bảng 4. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại mặt mu ngón tay

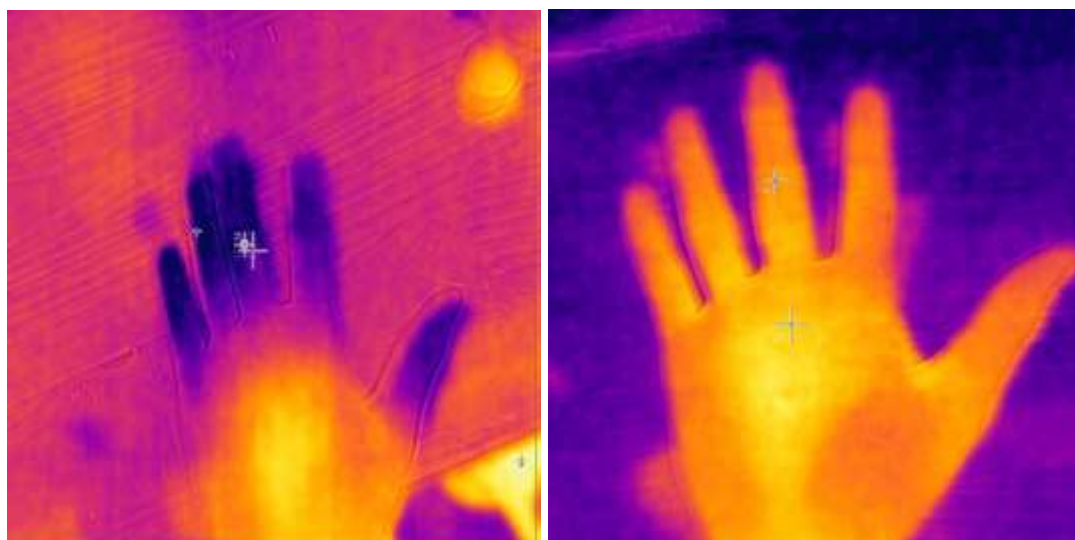
	Thời gian	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
		Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị
Trước khi châm	T1	34,98 ± 1,83	35,20	35,36 ± 1,92	35,36
Sau khi châm 15 phút	T2	35,99 ± 1,28	36,06	35,52 ± 1,59	35,73
Khác biệt T1 – T2		P=0,000		P=0,585	
Sau khi châm 30 phút	T3	36,11 ± 1,16	36,04	35,69 ± 1,34	36,01
Khác biệt T1 – T3		P=0,000		P=0,302	
Sau khi rút kim 15 phút	T4	36,07 ± 1,2	36,01	36,11 ± 1,22	36,34
Khác biệt T1 – T4		P=0,001		P=0,055	

**Hình 4. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại mặt mu ngón tay**

Nhận xét: Chỉ số nhiệt độ tại mặt mu ngón tay sau khi nhĩ châm 15 phút, 30 phút và sau khi rút kim tăng có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau khi châm ở nhóm nghiên cứu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các chỉ số nhiệt độ tại mặt mu ngón tay ở nhóm chứng giữa các lần đo khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại mặt lòng ngón tay

	Thời gian	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
		Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị
Trước khi châm	T1	35,26 ± 1,54	35,38	35,59 ± 1,97	35,74
Sau khi châm 15 phút	T2	36,26 ± 1,16	36,43	35,89 ± 1,38	35,95
Khác biệt T1 – T2		P=0,000		P=0,213	
Sau khi châm 30 phút	T3	36,29 ± 1,12	36,4	35,82 ± 1,27	36,05
Khác biệt T1 – T3		P=0,000		P=0,430	
Sau khi rút kim 15 phút	T4	36,27 ± 1,05	36,42	36,09 ± 1,1	36,46
Khác biệt T1 – T4		P=0,001		P=0,137	



Hình 5. Sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại mặt lòng ngón tay

Nhận xét: Chỉ số nhiệt độ tại mặt lòng ngón tay sau khi nhĩ châm 15 phút, 30 phút và sau khi rút kim tăng có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau khi châm ở nhóm nghiên cứu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các chỉ số nhiệt độ tại mặt lòng ngón tay ở nhóm chứng giữa các lần đo khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Bàn về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 60 người tình nguyện khỏe mạnh. Tuổi trung bình của người tham gia là $20,37 \pm 2$ tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1,2/ 1, BMI trung bình là $21,12 \pm 2,81 \text{ kg/m}^2$. Giới tính, tuổi và BMI khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu. Các thông số mạch, huyết áp của người tình nguyện đều trong giới hạn bình thường, đủ điều kiện tham gia nghiên cứu và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu. Đặc điểm dân số

tương đồng so với nghiên cứu của Vũ Thanh Liêm (2017) có tuổi trung bình người tham gia là $22,6 \pm 1,61$ tuổi, tỉ lệ nam/ nữ là 1/1,3, BMI trung bình là $20,46 \pm 2,71 \text{ kg/m}^2$ (15).

Bàn luận về hiệu quả thay đổi nhiệt độ da tại vùng ngón tay tại các thời điểm

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhiệt độ bề mặt da tại mặt mu và mặt lòng ngón tay tăng rõ rệt sau khi nhĩ châm huyết Ngón tay (từ $0,6 - 1,7 \text{ } ^\circ\text{C}$), sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này giải thích qua hàng loạt các cơ chế dẫn truyền và thuyết phản xạ thần kinh. Theo thuyết phản xạ thần kinh thì các kích thích do châm cứu tạo ra trên các huyết sẽ tạo ra các phản xạ tại chỗ đồng thời xung động kích thích cũng được dẫn truyền qua các sợi thần kinh hướng tâm thụ cảm giác quan thân thể ở da, các tổ chức dưới da, gân, cơ và các tổ chức liên kết ở sâu hơn để đến các sợi rễ thần kinh sau rồi đi vào sừng sau tủy sống (các xung động kích thích xuất phát từ các ổ tổn thương bệnh lý cũng được dẫn truyền theo đường này). Tại noron

tủy sống, các xung động kích thích này một mặt đã tác động qua lại với các sợi thần kinh hướng tâm và ly tâm của một số dây thần kinh cảm giác – vận động, vận mạch và nội tạng cùng nằm trong một tiết đoạn thần kinh của tủy sống để gây ra phản ứng phản xạ thần kinh theo tiết đoạn⁽¹⁶⁾. Loa tai là nơi được phân bố rất nhiều nhánh các dây thần kinh (chủ yếu là nhánh cảm giác) và mạch máu. Vì vậy, da loa tai là vùng thụ cảm giác quan trọng, có thể tiếp nhận mọi cảm giác từ các bộ phận của thân thể và các phủ tạng. Khi châm các huyệt trên loa tai sẽ sinh ra các xung động kích thích mạnh, đi trực tiếp đến các bộ phận thụ cảm giác quan ở các khu vực rộng rãi của não trung gian ở trán, hành não đến hết tiết đoạn C1 – C4 ở dưới, sau khi đi qua và chịu sự điều hòa của thân não để tạo ra những phản xạ có tác dụng chữa bệnh⁽¹⁶⁾. Do đó khi kích thích các huyệt vùng dái tai như huyệt Ngón tay sẽ gây các đáp ứng lên dây phế vị và các dây hạch thần kinh giao cảm. Châm cứu tạo các vi tổn thương, giúp giải phóng các chất ví dụ như P, NO, CGRP gây ra các tác dụng dẫn mạch và làm tăng vi tuần hoàn^(17,18,19).

Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Xu D (1996), sau khi cài kim tại huyệt Cổ trên 32 đối tượng thoái hóa cột sống cổ cho kết quả sau khi tác động tại huyệt này nhiệt độ vùng da cổ tại đốt C3 cao hơn rõ rệt trước khi cài ($p < 0,05$)⁽⁶⁾. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Vũ Thanh Liêm (2017) khảo sát nhiệt độ tại chỗ, tại vùng tương ứng và đường kinh đi qua đã kết luận rằng có sự gia tăng nhiệt độ tại vị trí huyệt, theo đường

kinh đi qua và tại vùng tác dụng đặc hiệu của huyệt, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)⁽¹⁵⁾. Nghiên cứu của Mai Thị Kim Chi (2020) khảo sát sự thay đổi nhiệt độ bề mặt da tại vùng thắt lưng sau khi thực hiện động tác tam giác trong 14 ngày liên tiếp. Kết quả cho thấy có sự gia tăng nhiệt độ tại vùng thắt lưng với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ ⁽²⁰⁾. Nghiên cứu của Ping L (2002) thực hiện hào châm huyệt Túc tam lý sau đó khảo sát nhiệt độ tại thượng vị có đề cập đến 8 phương pháp kích thích bổ tả khác nhau sẽ cho hiệu quả tăng hoặc giảm nhiệt độ khác nhau⁽²¹⁾. Điều này cho thấy có hiệu quả tăng tuần hoàn tại vùng cơ thể tương ứng khi sử dụng các kỹ thuật châm cứu, dưỡng sinh khác nhau, trong đó có phương pháp nhĩ châm.

Bàn luận về hiệu quả thay đổi nhiệt độ da tại vùng vai tại các thời điểm

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi đo nhiệt độ ở vùng vai sau nhĩ châm huyệt Vai tại các thời điểm 15 phút, 30 phút và sau khi rút kim 15 phút so với trước khi châm. Điều này có thể do về mặt giải phẫu vùng vai tương đối rộng nên máy đo nhiệt độ có thể không khảo sát được nhiệt độ ở tất cả các vùng của vai. Một lý do khác là phổ nhiệt của máy camera nhiệt FLIR C5 tương đối rộng nên có thể không khảo sát được sự thay đổi nhiệt độ nhỏ trên bề mặt da. So sánh với nghiên cứu của Ping L (2002) khảo sát sự thay đổi nhiệt độ tại vùng thượng vị khi hào châm huyệt Túc tam lý bằng 8 phương pháp bổ và tả khác nhau trên cùng 1 nhóm đối tượng cách nhau mỗi tuần. Kết quả cho thấy với các thủ pháp

tả khi hào châm huyết Túc tam lý đều cho giảm nhiệt độ tại vùng thượng vị trong khi thủ thuật bổ có thể giúp tăng nhiệt độ tại vùng này⁽²¹⁾. So sánh với nghiên cứu của Vũ Thanh Liêm (2017) khi thực hiện hào châm 2 huyết Liệt khuyết và Ủy trung thủ pháp châm tả sau đó khảo sát nhiệt độ tại vùng. Kết quả cho thấy có sự tăng nhiệt độ tại chỗ, theo vùng và theo đường kinh đi qua và có giảm nhiệt độ tại đường kinh Thủ Thái âm bên trái so với bên phải⁽¹⁵⁾. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp bình châm vì vậy trong tương lai nên tiến hành thêm các phương pháp bổ tả khác nhau khi nhĩ châm để khảo sát sự thay đổi nhiệt độ một cách toàn diện hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế như có khá ít các nghiên cứu liên quan khảo sát nhiệt độ khi nhĩ châm, đa phần là các nghiên cứu về thể châm nên khi so sánh chưa có nhiều sự tương đồng.

V. KẾT LUẬN

Nhĩ châm huyết Vai và Ngón tay làm nhiệt độ tại vùng vai không thay đổi và tăng nhiệt độ tại các ngón tay ở người khỏe mạnh. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu về tác dụng thay đổi nhiệt độ ở các vị trí huyết khác của nhĩ châm. Các nghiên cứu cũng cần tiến hành với cỡ mẫu lớn hơn trên nhóm đối tượng mắc bệnh lý như: di chứng yếu liệt sau đột quỵ, hội chứng Raynaud,... để có thêm giá trị và được ứng dụng trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Thị Diệu Thường** (2018). Châm cứu học 1, Nhà xuất bản Y Học, Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Trịnh Thị Diệu Thường** (2019). Châm cứu học 2, Nhà xuất bản Y Học, Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Wang D, Ji B, Yan M, et al.** Effect of electroacupuncture of Neiguan (PC 6) and Tianquan (PC 2) on skin temperature, blood perfusion, and adrenoceptor response in rats with acute myocardial ischemia. *J Tradit Chin Med.* 2017;37(6):794-803.
4. **缪丹, 姜劲峰, 吴晓亮.** 耳针治疗中风选穴规律探究. *云南中医中药杂志*, 文章编号. 2019;5(6):488-490.
5. **Miao D, Lei KT, Jiang JF, et al.** Auricular Intradermal Acupuncture as a Supplementary Motor Rehabilitation Strategy in Poststroke Patients: A Randomized Preliminary Clinical Study. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2020;2020:5094914. Published 2020 Mar 19. doi:10.1155/2020/5094914
6. **徐冬梅, 曹淑珍, 陈天韵, 程绍鲁.** 按压耳廓颈穴对颈部皮温的影响. *贵阳医学院学报.* 1996;21(3):191-192.
7. **Nguyễn Văn Tuấn** (2013). Phương pháp ước tính cỡ mẫu cho một nghiên cứu y học, Viện nghiên cứu y khoa Garvan, tr. 13.
8. **Phạm Đình Lưu** (2013). Sinh lý học Y khoa, “Chương VII: Chuyển hóa năng lượng và điều nhiệt, Điều hòa thân nhiệt”, Vol. 2, Nhà xuất bản Y Học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 41-47.
9. **Trịnh Hùng Cường** (2007). Sinh lý học. Nhà xuất bản Giáo Dục Hà Nội, tr. 60, 85-89.

10. **Parashar R, Amir M, Pakhare A, Rathi P, Chaudhary L.** Age Related Changes in Autonomic Functions. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(3):CC11-CC15. doi:10.7860/JCDR/2016/16889.7497
11. **Tentolouris N, Liatis S, Katsilambros N.** Sympathetic system activity in obesity and metabolic syndrome. *Ann N Y Acad Sci.* 2006;1083:129-152. doi:10.1196/annals.1367.010
12. **Beaufort IN, De Weert-Van Oene GH, Buwalda VAJ, de Leeuw JRJ, Goudriaan AE.** The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) as a Screener for Depression in Substance Use Disorder Inpatients: A Pilot Study. *Eur Addict Res.* 2017;23(5):260-268. doi:10.1159/000485182
13. **Bộ môn Sinh lý học Đại học Y Dược TP.HCM** (2018). *Sinh lý học y khoa*, Nhà xuất bản Y học, TP. HCM, tr. 260-275.
14. **Nguyễn Tấn Gi Trọng** (1975). *Hàng số sinh học người Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 75, 78, 85.
15. **Vũ Thanh Liêm** (2017). Khảo sát sự thay đổi bề mặt da khi châm tả huyết Liệt huyết, Ủy trung. *Luận văn thạc sĩ Y học*. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 54, 55, 69.
16. **Phạm Văn Cự, Phạm Quang Minh** (1994). *Liệu pháp loa tai*, Nhà xuất bản Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 66, 72, 85, 91, 147.
17. **Sandberg M, Lundeborg T, Lindberg LG, Gerdle B.** Effects of acupuncture on skin and muscle blood flow in healthy subjects. *Eur J Appl Physiol.* 2003;90(1-2):114-119. doi:10.1007/s00421-003-0825-3
18. **Tsuchiya M, Sato EF, Inoue M, Asada A.** Acupuncture enhances generation of nitric oxide and increases local circulation. *Anesth Analg.* 2007;104(2):301-307. doi:10.1213/01.ane.0000230622.16367.fb
19. **Zhang WB, Wang L, Huang T, et al.** Laser Doppler perfusion imaging for assessment of skin blood perfusion after acupuncture. *Med Acupunct.* 2008;20(2):109-118. doi: 10.1089/acu.2007.0618
20. **Mai Thị Kim Chi** (2020). Khảo sát tác động của động tác tam giác đối với nhóm cơ vùng thắt lưng. *Luận văn Tốt nghiệp Đại học*. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 41.
21. **Ping L, Wei G, Fang W, et al.,** 2002, Influence of needling Zusanli with twisting reinforcing and reducing manipulation on skin temperature of epigastrium. *Journal of Traditional Chinese Medicine.* 4, p. 30.

CÁC DẠNG THỂ CHẤT Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH COVID-19

Nguyễn Thị Hải Hà¹, Ngô Thị Kim Oanh¹, Phạm Đức Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: COVID-19 trong quan niệm Y học cổ truyền phụ thuộc nhiều vào sức đề kháng của người bệnh, mà sức đề kháng lại có quan hệ mật thiết với dạng thể chất. Việc xác định tỷ lệ các dạng thể chất Y học cổ truyền trên người bệnh COVID-19 và mối quan hệ giữa thể chất Y học cổ truyền với mức độ bệnh góp phần đề ra phương pháp phòng và điều trị COVID-19 hiệu quả bằng Y học cổ truyền.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện từ 01/2022 đến 04/2022 trên 196 người bệnh COVID-19 đã xuất viện từ bệnh viện dã chiến Thu dung điều trị COVID-19 số 6 tại thành phố Hồ Chí Minh. Các dạng thể chất được ghi nhận dựa vào bộ câu hỏi dạng thể chất Y học cổ truyền.

Kết quả: 68,88% người bệnh có thể chất không cân bằng và thể chất Khí hư chiếm đa số (50%). Ở người bệnh đơn dạng thể chất, người thể chất Thấp nhiệt có khả năng mắc bệnh nặng cao hơn người thể chất Trung tính (OR=10,42; Khoảng tin cậy 95%: 1,13 – 95,83).

Kết luận: Thể chất Khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất. Có mối liên quan giữa dạng thể chất Thấp nhiệt với khả năng mắc COVID-19 mức độ nặng.

Từ khóa: thể chất Y học cổ truyền, COVID-19, CCMQ

SUMMARY

TRADITIONAL MEDICINE CONSTITUTIONAL TYPES IN COVID-19 PATIENTS

Objectives: As stated in Traditional Medicine, COVID-19 depends a lot on the human defense system, which has a close relationship with the body constitution. Research on the prevalence of constitutional types in COVID-19 patients as well as the relationship between the body constitution and the disease severity contributes to the development of prevention and treatment methods of traditional medicine for COVID-19.

Methods: This descriptive cross-sectional study was carried out from January 2022 to April 2022 on 196 COVID-19 patients discharged from Field Hospital No.6 in Ho Chi Minh City. Data on constitutional types were collected using Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ).

Results: 68.88% of COVID-19 patients had an unbalanced constitutional type, and the Qi-deficiency type was the most prevalent (50%). In patients who had a single constitutional type, those with the wetness-heat type were more likely to have a severe level than those with the neutral type (OR=10.42; 95%; confidence interval: 1.13 – 95.83).

Conclusion: Most COVID-19 patients have the Qi-deficiency type and the wetness-heat type is related to the disease severity.

¹Khoa Y học Cổ truyền – Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Thắng

SĐT: 0363811640

Email: pdthang@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 02/08/2022

Keywords: traditional medicine constitutional type, COVID-19, CCMQ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất hiện từ tháng 12/2019, dịch viêm đường hô hấp cấp tính COVID-19 nhanh chóng được xác định là đại dịch cấp độ toàn cầu với tốc độ lây lan mạnh mẽ⁽¹⁾. Trong giai đoạn cấp COVID-19 gây ra những tổn thương đa cơ quan, dẫn đến những triệu chứng nặng nề như suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy đa cơ quan, tử vong⁽²⁾. Thậm chí những biểu hiện này còn kéo dài ngay cả khi người bệnh đã âm tính hoàn toàn với SARS-CoV-2⁽³⁾.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), COVID-19 giống như các bệnh truyền nhiễm khác sinh ra do sự mất cân bằng giữa chính khí và tà khí, khi chính khí cơ thể suy giảm, tà khí nhân đó mà xâm nhập vào gây rối loạn công năng tạng phủ mà sinh bệnh⁽⁴⁾. Mà chính khí của một người lại có mối liên hệ chặt chẽ với dạng thể chất của người đó. Mỗi dạng thể chất khác nhau có khuynh hướng mắc các bệnh lý khác nhau⁽⁵⁾. Câu hỏi được đặt ra là “Tỷ lệ các dạng thể chất YHCT trên người bệnh COVID-19 tại thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) là bao nhiêu và liệu có mối liên hệ nào giữa các dạng thể chất YHCT với mức độ nặng của COVID-19 hay không?”. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu giúp định hướng, phát hiện sớm các đối tượng nhạy cảm với SARS-CoV-2, các đối tượng có xu hướng trở nặng khi nhiễm COVID-19, từ đó đưa ra phương pháp điều chỉnh các rối loạn trong cộng đồng một cách phù hợp để phòng chống COVID-19, đồng thời tạo cơ sở lý luận để áp dụng các phương pháp YHCT trong hỗ trợ điều trị người bệnh COVID-19. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ các dạng thể chất YHCT trên người bệnh COVID-19
- Khảo sát mối liên quan giữa dạng thể chất YHCT với mức độ bệnh COVID-19

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh COVID-19 xuất viện tại bệnh viện Dã chiến Thu dung điều trị COVID-19 số 6.

Tiêu chuẩn chọn

Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên

Từng nhiễm SARS-CoV-2 và đã được điều trị tại Bệnh viện Dã chiến thu dung điều trị COVID-19 số 6 tại TPHCM

Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại

Người bệnh không giao tiếp được, không biết chữ

Người bệnh không đủ năng lực hành vi để trả lời câu hỏi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01/2022 đến tháng 04/2022

Cỡ mẫu

Sử dụng công thức:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} P \times (1 - P)}{d^2} = 384$$

Ước lượng một tỷ lệ trong quần thể với: $\alpha=0,05$, $Z=1,96$, $p=0,5$, $d=0,05$

Trong đó:

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

p: trị số mong muốn của tỷ lệ. Do không có sẵn trị số của p nên giả định $p=0,5$ để có một cỡ mẫu lớn nhất.

α : xác suất sai lầm loại 1

Z: trị số từ phân phối chuẩn

Kỹ thuật chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu được chọn từ những người đã từng nhiễm COVID-19 xuất viện bệnh viện Dã chiến Thu dung số 6 tại TPHCM. Những người thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được giới thiệu và trình bày về mục tiêu, phương pháp nghiên cứu. Sau khi xác nhận đồng ý tham gia, đối tượng nghiên cứu sẽ được mời trả lời bằng khảo sát bằng hình thức phỏng vấn qua link Google Form.

Các biến số dùng trong nghiên cứu

Người bệnh tham gia nghiên cứu được phân thành 3 nhóm tuổi gồm 18 – 29 tuổi, 30 – 59 tuổi và ≥ 60 tuổi dựa trên cách phân chia của Surkalim DL⁽⁶⁾.

Mức kháng thể của người tiêm vắc xin COVID-19 sẽ đạt đỉnh sau 3 tuần kể từ liều đầu tiên, sau đó được duy trì từ liều thứ 2^(7,8). Vì vậy trong nghiên cứu này, mức kháng thể trước nhiễm của người bệnh được phân loại dựa vào số mũi và thời gian tiêm vaccine, gồm 2 giá trị: ổn định (người đã tiêm ≥ 2 mũi vắc xin hoặc 1 mũi vắc xin COVID-19 đủ 3 tuần trước khi nhiễm) và chưa ổn định (người chưa tiêm hoặc tiêm 1 mũi vắc xin COVID-19 chưa đủ 3 tuần trước khi nhiễm).

Mức độ bệnh COVID-19 được xác định dựa vào các phương pháp điều trị đã sử dụng trong giai đoạn cấp, bao gồm 2 giá trị: nhẹ (không cần hỗ trợ hô hấp trong quá trình điều trị COVID-19), nặng (cần hỗ trợ hô hấp trong quá trình điều trị COVID-19)^(9,10).

Bộ câu hỏi dạng thể chất YHCT (CCMQ) đã chuẩn hóa được sử dụng để phân loại một người vào một hoặc nhiều dạng thể chất: Trung tính, Khí hư, Dương hư, Âm hư, Đàm thấp, Thấp nhiệt, Huyết ứ, Khí trệ và thể Đặc biệt. CCMQ bao gồm 60 câu hỏi tự đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ bao gồm không, hiếm khi, ít, thỉnh thoảng, luôn luôn. Mỗi dạng thể chất YHCT nhất định ứng với những câu hỏi nhất định, điểm từ các câu hỏi

này được tính toán thành điểm chuyển đổi tương ứng (điểm số của mỗi thể chất được chuẩn hóa từ 0 đến 100), điểm chuyển đổi này thông qua tiêu chuẩn đánh giá và phân loại các dạng thể chất YHCT giúp xác định người bệnh có hay không có những dạng thể chất YHCT nào⁽¹¹⁾.

2.3. Phân tích dữ liệu

Tiến hành nhập và quản lý số liệu bằng phần mềm Excel và phân tích số liệu dựa vào phần mềm IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc., phát hành năm 2015, SPSS cho Windows, phiên bản 20.0, Hoa Kỳ)

Các biến định lượng có phân phối bình thường được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, các biến định lượng có phân phối không bình thường được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Sử dụng phép kiểm Chi bình phương, phương pháp phân tích hồi quy logistic nhị phân để đánh giá mối liên quan giữa dạng thể chất với mức độ bệnh.

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

2.4. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TPHCM theo Quyết định số 159/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 18/02/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu cần lấy là 384 người. Tuy nhiên vì lý do dịch bệnh diễn biến phức tạp, nghiên cứu chỉ khảo sát được 196 người bệnh từng nhiễm COVID-19 xuất viện bệnh viện Dã chiến Thu dung số 6 tại TPHCM từ tháng 12/2021 đến tháng 04/2022. Đặc điểm mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu và sự phân bố thể chất YHCT trong mẫu nghiên cứu (n=196)

Đặc điểm			Tần số	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm mẫu	Nhóm tuổi	18 – 29 tuổi	101	51,53
		30 – 59 tuổi	82	41,84
		≥60 tuổi	13	6,63
	Giới tính	Nam	90	46,00
		Nữ	106	54,00
	Mức kháng thể	Ổn định	156	79,59
		Không ổn định	40	20,41
	Tuổi		28,5(18)	
Sự phân bố về thể chất YHCT	Nhóm thể chất	Cân bằng	61	31,22
		Không cân bằng	135	68,88
	Dạng thể chất	Dương hư	55	28,10
		Âm hư	46	23,50
		Khí hư	98	50,00
		Đàm thấp	35	17,90
		Thấp nhiệt	56	28,60
		Huyết ứ	47	24,00
		Đặc biệt	52	26,50
		Khí trệ	44	22,40
		Số lượng thể chất không cân bằng	Đơn thể chất	40
	Đa thể chất		95	70,40

Mối liên quan giữa dạng thể chất YHCT với mức độ bệnh COVID-19

Bảng 2. Sự phân bố mức độ bệnh COVID-19

Mức độ bệnh	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	178	90,8
Nặng	18	9,2

Bảng 3. Đặc điểm về tuổi, giới tính, mức kháng thể và dạng thể chất giữa hai nhóm mức độ bệnh ở người bệnh có đơn dạng thể chất (n=101)

Mức độ bệnh						Giá trị p
Đặc điểm	Nhẹ		Nặng			
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)		
Nhóm tuổi						
18 – 29 tuổi	43	95,56	2	4,44	0,778	
30 – 59 tuổi	43	93,48	3	6,52		

≥ 60 tuổi	9	90,00	1	10,00	
Giới tính					
Nữ	47	95,92	2	4,08	0,443
Nam	48	92,31	4	7,69	
Mức kháng thể					
Ổn định	16	84,21	3	15,79	0,044
Không ổn định	79	96,34	3	3,66	
Dạng thể chất YHCT					
Trung tính	58	95,08	3	4,92	0,015
Dương hư	5	100,00	0	0,00	
Âm hư	0	0,00	0	0,00	
Khí hư	21	100,00	0	100,00	
Đàm thấp	0	0,00	0	0,00	
Thấp nhiệt	3	75,00	1	25,00	
Huyết ứ	0	0,00	0	0,00	
Đặc biệt	4	80,00	1	20,00	
Khí trệ	4	100,00	0	100,00	

Qua bảng 2 cho thấy người bệnh COVID-19 chủ yếu ở mức độ nhẹ với 9,2%.

Bảng 4 thể hiện kết quả phân tích hồi quy các yếu tố liên quan với mức độ bệnh COVID-19 ở Bảng 3. Những biến có giá trị $p < 0,05$ được chọn đưa vào phân tích.

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng mức độ bệnh bằng mô hình hồi quy logistic nhị phân

Đặc điểm	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Mức kháng thể		
Chưa ổn định	1	
Ổn định	0,275 (0,043-1,775)	0,175
Dạng thể chất YHCT		
Trung tính	1	
Thấp nhiệt	10,42 (1,133-95,837)	0,038
Đặc biệt	3,582 (0,271-47,367)	0,333

Kết quả phân tích cho thấy dạng thể chất Thấp nhiệt có liên quan thực sự đến mức độ nặng bệnh COVID-19 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Giới tính nữ chiếm ưu thế trong mẫu

nghiên cứu của chúng tôi (54%) tương tự với các khảo sát của Yang J và Yang JY^(12,13).

Tuổi của người bệnh COVID-19 ở nghiên

cứu này thấp hơn đôi chút so với báo cáo trước đó của Klein H⁽¹⁴⁾ (28,5 so với 35). Đa số các đối tượng nghiên cứu đều dưới 60 tuổi (gần 95%). Có lẽ do chúng tôi thu thập dữ liệu bằng hình thức phỏng vấn qua điện thoại và điền biểu mẫu khảo sát trực tuyến nên nghiên cứu không tiếp cận được nhiều người bệnh cao tuổi. Về mức kháng thể, phần lớn người bệnh tham gia nghiên cứu đều đã có mức kháng thể ổn định trước khi nhiễm (khoảng 80%).

Tỷ lệ các dạng thể chất YHCT trên người bệnh COVID-19

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận người bệnh COVID-19 đa số đều có ít nhất 1 dạng thể chất không cân bằng (68,88%), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Yang J và Yang JY^(12,13). Trong số những người bệnh có thể chất không cân bằng ở nghiên cứu này, số người bệnh có từ 2 dạng thể chất trở lên chiếm ưu thế với 70,4%, cao gấp 2,8 lần số người bệnh chỉ mang 1 dạng thể chất. Về vấn đề đa dạng thể chất, nghiên cứu của Sun Y cũng cho thấy có đến 64,7% phụ nữ Hồng Kông có ít nhất từ 2 dạng thể chất không cân bằng trở lên⁽¹⁵⁾. Các dạng thể chất kết hợp này có tính chất rất phức tạp và cần có phương pháp phân loại riêng những người bệnh này ở những nghiên cứu sau. Nghiên cứu ghi nhận 50% người bệnh COVID-19 có dạng thể chất Khí hư. Điều này có sự khác biệt với báo cáo trên người bệnh COVID-19 tại Trung Quốc với dạng thể chất ưu thế là Đàm thấp (tỷ lệ trên 30%)^(12,13). Sự khác biệt này có thể đến từ tỷ lệ các dạng thể chất ở người Việt Nam là khác biệt so với người

Trung Quốc. Hơn nữa, theo lý luận YHCT về cơ chế bệnh sinh của COVID-19, đây là bệnh do lệ khí gây ra, không phải lục dâm ngoại tà (phong, hàn, thử, thấp, táo, hỏa). Tác nhân này thường gây ra những biểu hiện tương tự nhau, dễ lây lan qua đường tiếp xúc và không khí quanh người bệnh. Vì thế lây nhiễm thường biểu hiện trên diện rộng và khó kiểm soát, nhưng khi chính khí sung mãn, bất cứ ngoại tà hay dịch độc nào cũng không dễ xâm nhập vào cơ thể. Khi chính khí không đủ mạnh, Phế vệ suy yếu, tẩu lý sơ hở thì dịch độc thừa cơ xâm nhập vào mà gây bệnh qua đường hô hấp trước tiên. Bệnh này khởi phát khi thỏa mãn đồng thời ba yếu tố là có nguồn lây nhiễm, có đường truyền nhiễm hay môi trường thuận lợi và nhóm người dễ cảm nhiễm hay chính khí hư suy, trong đó chính khí đóng vai trò cốt lõi⁽⁴⁾.

Mối liên quan giữa dạng thể chất YHCT với mức độ bệnh COVID-19

Các nghiên cứu trước đây ghi nhận tuổi, giới tính, mức kháng thể có mối liên quan đến mức độ nặng của bệnh COVID-19^(16,17,18,19). Do đó, các yếu tố này được xem xét đưa vào mô hình phân tích hồi quy Logistic cùng với dạng thể chất YHCT để khảo sát mối liên quan giữa dạng thể chất và mức độ bệnh. Kết quả phân tích hồi quy sau khi hiệu chỉnh các yếu tố liên quan cho thấy trên người bệnh COVID-19 có đơn dạng thể chất, thể chất Thấp nhiệt làm tăng tỷ số chênh mắc bệnh mức độ nặng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với thể chất Cân bằng (Odds ratio [OR] hiệu chỉnh = 10,42). Với phương trình hồi quy thể hiện sự liên quan

giữa thể chất YHCT và mức kháng thể với mức độ nặng của bệnh như sau:

$\ln [(P(Y=1)/ P(Y=0))] = - 2,008 - 1,291$
x (Mức kháng thể) + 2,344 x (thể chất Thấp nhiệt)

Qua đó thấy rằng thể chất Thấp nhiệt có mối quan hệ với mức độ bệnh, cụ thể là những người này có tỷ lệ mắc bệnh mức độ nặng cao hơn gấp 10,42 lần người có thể chất Cân bằng.

Theo lý luận YHCT, người có thể chất thấp nhiệt thường có đặc điểm đắng miệng, khô miệng, phân dính, khó đi hoặc khô, nước tiểu vàng ít, lưỡi đỏ, rêu vàng và nhầy nhớt, mạch hoạt sắc, dễ bị lở loét, mụn nhọt, vàng da, nóng trong người và ôn bệnh⁽²⁰⁾. Mà khí ôn dịch có bản chất hàn, nhiệt, thấp, tính chất đục, nặng, lâu ngày thường có khuynh hướng hóa nhiệt và gây ra các triệu chứng như sốt, cơ thể nặng nề, ngực bụng tức trướng, buồn nôn, đại tiện dính nát, ho đàm, miệng khô, lưỡi đỏ, rêu dày dính,... Do đó trên người bệnh có dạng thể chất thấp nhiệt bệnh có điều kiện thuận lợi để phát triển và gây ra các triệu chứng nặng hơn⁽⁴⁾.

V. KẾT LUẬN

Trên người bệnh COVID-19, dạng thể chất Khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất. Có mối liên quan giữa dạng thể chất Thấp nhiệt với khả năng mắc COVID-19 mức độ nặng theo phương trình hồi quy

$\ln [(P(Y=1)/ P(Y=0))] = - 2,008 - 1,291$
x (Mức kháng thể) + 2,344 x (thể chất Thấp nhiệt)

Cần thiết tiến hành thêm nhiều nghiên cứu sâu hơn, chất lượng hơn để xác định sự liên quan này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cucinotta D, Vanelli M (2020). WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 91(1): 157.
2. Zarbo, Richard J, Peter B, Baker, Howanitz, Peter J (1999). The Autopsy as a Performance Measurement Tool—Diagnostic Discrepancies and Unresolved Clinical Questions: A College of American Pathologists Q-Probes Study of 2479 Autopsies From 248 Institutions. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 123(3):191-198.
3. Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, McLean L, et al (2021). Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *Medical virology*, 93(2):1013-1022.
4. Bộ Y tế (2021). Quyết định 4539/QĐ-BYT Về việc ban hành Hướng dẫn tạm thời sử dụng y dược cổ truyền để phòng, chống dịch COVID-19.
5. 王琦 (2005). 9 种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据. *北京中医药大学学报*, 28(4):1-8.
6. Surkalim DL, Luo M, Gebel K, Buskirk van J, Bauman A, Ding D (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis, *BMJ*, 376:e067068.
7. Velasco M, Galán MI, Casas ML, Pérez-Fernández E, Martínez-Ponce D, González-Piñero B, et al (2021). Impact of previous COVID-19 on immune response after a single dose of BNT162b2 SARS-

- CoV-2 vaccine. Open Forum Infectious Diseases, 8(7).
8. **Lumley SF, Wei J, O'Donnell D, Stoesser NE, Matthews PC, Howarth A, et al** (2021). The duration, dynamics and determinants of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) antibody responses in individual healthcare workers. *Clinical Infectious Diseases*, 73(3):e699-e709.
 9. **Villard O, Morquin D, Molinari N, Raingeard I, Nagot N, Cristol JP, et al** (2020). The plasmatic aldosterone and C-reactive protein levels, and the severity of Covid-19: the Dyhor-19 study. *Clinical medicine*, 9(7):2315.
 10. **Huang CL, Huang LX, Wang YM, Li X, Ren LL, Gu XY, et al.** (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, 397(10270):220-232.
 11. **Nguyen Thi Huong Duong, Le Thu Thao, Tang Khanh Huy, Le Bao Luu, Lam Cam Tien, Hoang Le Thi Linh** (2021). The Vietnamese version of the constitution in Chinese medicine questionnaire (CCMQ): validity and reliability. *MedPharmRes*, 6(2):18-27.
 12. **杨家耀, 苏文, 乔杰, 蔡蓉, 刘欣, 魏力** (2020). 90 例普通型新型冠状病毒肺炎患者中医证候与体质分析. *中国杂*, 61(8):645-649.
 13. **杨继, 张簪, 张春阳, 翟国超, 郭思佳, 王强** (2020). 新型冠状病毒肺炎患者中医证候分布特点. *中国学*, 35(8):1587-1593.
 14. **Klein H, Asseo H, Karni N, Benjamini Y, Nir-Paz R, Mukat M, et al** (2021). Onset, duration and unresolved symptoms, including smell and taste changes, in mild COVID-19 infection: a cohort study in Israeli patients. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(5):769-774.
 15. **Sun Y, Liu P, Zhao Y, Jia L, He Y, Xue SA, et al** (2014). Characteristics of TCM constitutions of adult Chinese women in Hong Kong and identification of related influencing factors: a cross-sectional survey. *Translational Medicine*, 12(1):1-11.
 16. **Hu D, Lou X, Meng N, Li Z, Teng Y, Zou Y, Wang F** (2021). Influence of age and gender on the epidemic of COVID-19. *Wiener klinische Wochenschrift*, 133(7):321-330.
 17. **Sobotka T, Brzozowska Z, Muttarak R, Zeman K, Di Lego V** (2020). Age, gender and COVID-19 infections. *MedRxiv*.
 18. **Garcia-Beltran WF, Lam EC, Astudillo MG, Yang D, Miller TE, Feldman J** (2021). COVID-19-neutralizing antibodies predict disease severity and survival. *Cell*, 184(2):476-488.
 19. **Aydillo T, Rombauts A, Stadlbauer D, Aslam S, Abelenda-Alonso G, Escalera A, et al** (2021). Immunological imprinting of the antibody response in COVID-19 patients. *Nature Communications*, 12(1):1-13.
 20. **杨家耀, 苏文, 乔杰, 蔡蓉, 刘欣, 魏力** (2020). TCM Syndromes and Constitution of 90 Patients with Common COVID-19.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM THIẾT CHẨN TRÊN NGƯỜI BỆNH COVID-19 MỨC ĐỘ NHẸ VÀ VỪA TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Mỹ Linh¹, Nguyễn Trương Minh Thế¹,
Nguyễn Ngô Lê Minh Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Y học cổ truyền (YHCT) đã được chứng minh hiệu quả trong điều trị COVID – 19 và đặc điểm thiết chẩn liên quan đến chẩn đoán và điều trị bệnh bằng YHCT. Do đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định đặc điểm thiết chẩn trên người bệnh COVID-19.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 388 người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa tại thành phố Hồ Chí Minh, thu thập hình ảnh lưỡi và phân tích bằng Hệ thống phân tích thiết chẩn tự động ZMT – 1A.

Kết quả: Màu sắc chất lưỡi chủ yếu là hồng nhạt (38,6%) ở những người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và tím (42,9%) ở người bệnh mức độ vừa. Ở cả 2 mức độ bệnh COVID – 19 lưỡi có hình thái gầy, không có ấn răng, không có đường nứt và có gai lưỡi. Về rêu: đa số là rêu trắng (82,2% ở người bệnh mức độ nhẹ, 80% ở người bệnh mức độ vừa); độ dày/mỏng: không/ít rêu chiếm đa số, lưỡi nhuận, rêu không mục nát và không bong tróc. Châm ứ huyết ở 2 mức độ

bệnh COVID – 19 khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Đặc điểm thiết chẩn gợi ý liên quan đến diễn tiến và mức độ bệnh.

Từ khóa: COVID-19, đặc điểm thiết chẩn, hệ thống phân tích thiết chẩn tự động

SUMMARY

TONGUE FEATURES OF PATIENTS DIAGNOSED AS MILD AND MODERATE COVID-19 IN HO CHI MINH CITY

Background and Aims: Many studies have shown that traditional medicine has been effectively used in the treatment Coronavirus Disease 2019 (COVID – 19). And tongue features should be referred for diagnosis and treatment of diseases in traditional medicine. Therefore, it is necessary to analyze the tongue features of the COVID – 19 patients.

Method: A cross-sectional study with 388 patients diagnosed as mild and moderate COVID – 19 in Ho Chi Minh City, collect tongue pictures and then analyze tongue features by automatic tongue diagnosis system ZMT – 1A

Results: Patients diagnosed as mild COVID – 19 commonly had light red tongue (38.6%) and deep purple tongue (42.9%) was commonly the color tongue of the moderate COVID – 19 patients. The patients had thin tongue, non-tooth-marked tongue, non-fissured tongue and non-prickles tongue. Both of them had white coating (82.2% in the mild COVID – 19 patients and 80% in the moderate one). They commonly had

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngô Lê Minh Anh

SĐT: 0962644648

Email: drminhanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 20/07/2022

Ngày duyệt bài: 02/08/2022

no/less coating, moist coating and no the curdy and peeled coating. Comparing the spot tongue with the level of COVID – 19 showed statistically significant difference ($p < 0,05$).

Conclusions: Tongue features has related in the progress and the level of COVID – 19.

Keywords: COVID – 19, tongue features, automatic tongue diagnosis system

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID – 19 là đại dịch bệnh truyền nhiễm do Coronavirus 2019 gây ra và các biến thể của nó lây lan nhanh chóng đe dọa tới sức khỏe của người dân toàn cầu, cướp đi sinh mạng của hàng triệu người trên thế giới. Ghi nhận nhiều biến chứng như hội chứng suy hô hấp cấp tính, nhiễm trùng huyết, nhồi máu cơ tim cấp tính, nhiễm trùng thứ phát và nhiều biến chứng khác⁽¹⁾. Mặt khác sau khỏi bệnh, nhiều người bệnh phải đối mặt với các hội chứng hậu COVID – 19 như: mệt mỏi hoặc yếu cơ, mất ngủ, lo lắng, trầm cảm,... ảnh hưởng rất lớn đến các hoạt động sống hàng ngày, cần có biện pháp để can thiệp phục hồi lâu dài⁽²⁾. Thuốc điều trị đặc hiệu cho căn bệnh này vẫn đang được nghiên cứu thêm.

Bên cạnh các nghiên cứu về Y học hiện đại (YHHĐ), nhiều nghiên cứu cho thấy Y học cổ truyền (YHCT) giúp rút ngắn thời gian và mức độ nghiêm trọng của COVID – 19; cụ thể là làm giảm tỷ lệ bệnh viêm phổi nặng và tỷ lệ tử vong; cho thấy vai trò của YHCT trong việc kiểm soát đại dịch COVID – 19 là rất lớn^(3,4). Trung Quốc, Đài Loan, Nhật Bản, Hàn Quốc và cả Việt Nam đã đưa YHCT vào dự phòng và điều trị COVID-19 kết hợp YHHĐ.

Trong YHCT, với từng loại bệnh danh sẽ có cách điều trị khác nhau. Hội chứng bệnh YHCT sẽ được người thầy thuốc xác định bằng tứ chẩn và thiết chẩn thuộc phần vọng chẩn là một kỹ năng rất quan trọng trong tứ chẩn. Thiết chẩn là phương pháp chẩn đoán cổ truyền của YHCT, đơn giản, thiết thực, không xâm lấn và nhanh chóng. Đã có nhiều nghiên cứu xác định mối liên quan của đặc điểm thiết chẩn với các căn bệnh như Đái tháo đường type 2⁽⁵⁾, Viêm khớp dạng thấp⁽⁶⁾, Ung thư thực quản⁽⁷⁾,... Và gần đây, nhiều nghiên cứu lâm sàng đã khảo sát thiết chẩn với các triệu chứng của COVID – 19 và nhận thấy các đặc điểm thiết chẩn đóng vai trò là chỉ số tiềm năng để đánh giá tình trạng và tiên lượng của người bệnh COVID – 19^(8,9,10). Những người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa thường có lưỡi đỏ nhạt và rêu trắng, mức độ nặng có chất lưỡi tím và có rêu lưỡi vàng, tỷ lệ người bệnh nguy kịch với lưỡi bệu tăng lên 75%⁽⁹⁾. Nhận thấy tầm quan trọng của thiết chẩn trong điều trị và tiên lượng diễn tiến bệnh COVID – 19; mặt khác nước ta chưa có nghiên cứu nào về thiết chẩn trên đối tượng người bệnh này và thành phố Hồ Chí Minh liên tục tăng cao đứng đầu cả nước về tổng số ca nhiễm và tử vong do COVID – 19, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thiết chẩn trên người bệnh COVID – 19 nhằm thiết lập cơ sở cho việc đánh giá tình trạng và tiên lượng bệnh, ứng dụng YHCT nhiều vào điều trị COVID – 19 sau này đặc biệt nhằm kiểm soát đại dịch tại thành phố Hồ Chí Minh.

Vậy: Đặc điểm thiết chẩn trên người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa ở nước ta như thế nào?

Nhằm mục đích trả lời câu hỏi trên, nhóm nghiên cứu quyết định thực hiện đề tài nghiên cứu: “*Khảo sát đặc điểm thiết chẩn trên người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa tại thành phố Hồ Chí Minh*” với các mục tiêu như sau:

Mục tiêu

- *Xác định tỉ lệ các đặc điểm của thiết chẩn: màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi trên người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa tại Thành phố Hồ Chí Minh.*

- *Khảo sát mối liên quan giữa các đặc điểm thiết chẩn: màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi với phân độ bệnh COVID – 19 nhẹ và vừa trên người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa tại Thành phố Hồ Chí Minh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh đang nhiễm COVID – 19 tại thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn

Người dân trong cộng đồng dân cư thành phố Hồ Chí Minh đủ các tiêu chuẩn sau:

- Người dân từ đủ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Có kết quả RT-PCR hoặc test nhanh dương tính trong 7 ngày khi lấy mẫu.

- Có triệu chứng bệnh COVID – 19 và được phân độ mức độ nhẹ và vừa theo Bộ Y Tế⁽¹⁰⁾

Tiêu chuẩn loại trừ (có 1 trong các tiêu chuẩn sau)

Người dân có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Người bệnh có tình trạng cấp cứu. Dấu hiệu sinh tồn không ổn định hoặc bất tỉnh.

- Không thể há miệng hoặc có nguy cơ bị lệch hàm.

- Không thể nhô ra lưỡi hoặc không đủ độ dài nhô ra để cho phép chụp ảnh lưỡi.

- Hình ảnh lưỡi bị nhiễu: ống thở, mặt nạ thở,... khiến hình ảnh lưỡi không hoàn chỉnh.

- Suy giảm nhận thức hoặc không thể giao tiếp.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2022 – 05/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu nghiên cứu

Tham khảo nghiên cứu của Wentai Pang trên 1034 bệnh nhân COVID cho kết quả đặc điểm lưỡi phổ biến là lưỡi hồng và rêu trắng; với 888 người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa trong nghiên cứu này, lưỡi hồng chiếm 52,7% và rêu trắng chiếm 57,1%⁽⁹⁾. Vì vậy, giá trị p mong muốn là 0,55. Vậy cỡ mẫu tính được là 380 bệnh nhân.

❖ Theo công thức Cochran 1977:

$$n = \frac{\frac{z^2_{\alpha} \times p \times (1-p)}{d}}{d} = \frac{1,96^2 \times 0,55 \times (1-0,55)}{0,05^2} = 380$$

❖ Với: $\alpha = 0,05$; $\frac{z-\alpha}{2} = 1,96$; $p = 0,55$; $d = 0,05$

2.3. Định nghĩa biến số:

Biến số độc lập

Tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, BMI, bệnh nền (Bệnh hô hấp, Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Rối loạn lipid máu, Bệnh tim mạch, Khác), phân độ COVID – 19 nhẹ và vừa.

Biến số phụ thuộc

Được thu thập từ hệ thống phân tích hình ảnh xem lưỡi ZMT – 1A.

Bảng 1. Biến số phụ thuộc trong nghiên cứu

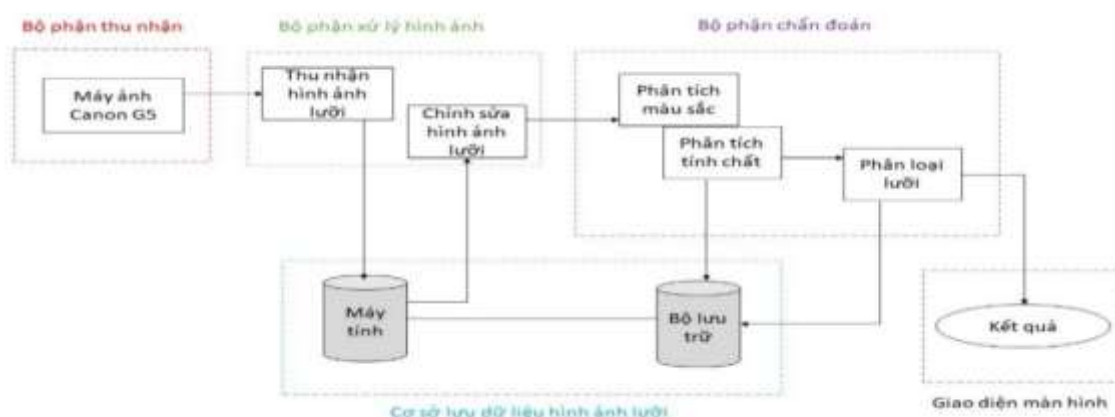
Biến số	Phân loại	Định nghĩa
Màu chất lưỡi	Biến định danh	Có 8 giá trị: Lưỡi nhọt nhợt, lưỡi hồng nhợt, lưỡi hồng, lưỡi đỏ thẫm, lưỡi ám hồng, lưỡi tím nhợt, lưỡi ám tím, rìa lưỡi đỏ.
	Biến nhị giá	Châm ứ huyết. Gồm 2 giá trị: Có và Không.
Tính chất chất lưỡi	Biến định danh	Có 3 giá trị: To, gầy, bình thường.
	Biến nhị giá	Dấu ấn răng, vết nứt, gai lưỡi. Gồm 2 giá trị: Có và Không.
Màu rêu lưỡi	Biến định danh	Có 4 giá trị: Rêu trắng, rêu vàng, rêu trắng vàng, rêu đen xám.
Tính chất rêu lưỡi	Biến định danh	Độ dày mỏng (rêu mỏng, rêu dày, không/ít rêu), độ nhuận táo (ướt, nhuận, khô).
	Biến nhị giá	Rêu mục nát, rêu bong tróc. Gồm 2 giá trị: Có và Không.

2.4. Thiết bị nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện trên Hệ thống phân tích thiết chẩn tự động ZMT – 1A được đặt tại lầu 12A Khoa Y Học Cổ Truyền, ĐH Y Dược thành phố Hồ Chí Minh dưới sự quản lí của bộ môn Y Học Cổ Truyền Cơ Sở.

Cấu tạo máy ZMT – 1A gồm: Bộ phận thu nhận hình ảnh lưỡi gồm máy ảnh Canon G5 cung cấp hình ảnh với tối đa 720×1280 pixel và một đầu vào cổng USB giúp người dùng có thể đưa hình ảnh lưỡi từ bên ngoài vào để phân tích thiết chẩn. Bộ phận xử lý hình ảnh giúp phân cắt khung hình có lưỡi và

phân tách lưỡi ra khỏi phông nền để phân tích màu sắc lưỡi, nhận dạng lớp rêu và phân đoán hình ảnh lưỡi. Việc này được máy tính thực hiện tự động và nếu không chính xác thì hoàn toàn có thể tùy chỉnh bởi người dùng. Máy tính sẽ tự động phân tích các hình ảnh lưỡi thu thập được và đưa ra kết quả. Hệ thống ZMT – 1A cho phép người dùng lưu trữ hình ảnh lưỡi dưới dạng PDF, được đánh số hồ sơ nhằm thuận tiện cho việc truy vấn lại sau này. Nội dung lưu trữ gồm các thông tin cơ bản và các đặc điểm thiết chẩn của người bệnh.



Hình 1. Nguyên lý hoạt động của máy ZMT-1A

[illegible]

Hình 2. Phân tích 1 hình ảnh lưới bệnh nhân trên máy ZMT-1A

2.5. Cách tiến hành thu thập hình ảnh lưới

Chuẩn bị người bệnh tư chup hình lưỡ

Để tránh hình ảnh lưỡi bị nhiễu bởi các yếu tố môi trường cần nhắc nhở người bệnh một số điều sau:

Trước khi chụp lưới, không ăn các thực phẩm có phẩm màu, socola, kẹo, đồ ăn cay nóng, không uống sữa, cà phê, rượu, không uống bất kì loại thuốc gì, không cao lưới.

Trước khi tiến hành chụp lưới, bệnh nhân nên uống 1 ly nước 50ml.

Khi chụp lưới, người bệnh quay mặt hướng ra ngoài ánh sáng tự nhiên ban ngày. Ở tư thế ngồi, sau đó há miệng to và đưa lưới ra ngoài một cách thả lỏng.

Chụp bằng camera thường của thiết bị smartphone.

Tiêu chí chọn ảnh

Hình ảnh lưới đủ sáng, đủ rõ nét, thấy được đầu lưới, thân lưới, rìa lưới và một phần gốc lưới và ảnh đạt 720×1280 pixel.

2.6. Phương pháp tiến hành

- Bước 1: Người dân thỏa tiêu chuẩn chọn và không phạm tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu, hướng dẫn người bệnh tự chụp hình ảnh lưỡi đúng tiêu chuẩn.
- Bước 2: Tiến hành thu thập số liệu, ghi nhận thông tin bằng cách phỏng vấn và thu thập hình ảnh thiết chẩn thông qua link google form.
- Bước 3: Tiến hành phân tích thiết chẩn bằng Hệ thống phân tích thiết chẩn tự động ZMT-1A.
- Bước 4: Tiến hành nhập và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Excel 2020 và SPSS 20.
- Bước 5: Xác định tỉ lệ các đặc điểm thiết chẩn: màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi trên người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa tại Thành phố Hồ Chí Minh.
- Bước 6: Khảo sát mối liên quan giữa các đặc điểm thiết chẩn: màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi với phân độ bệnh COVID – 19 nhẹ và vừa, tuổi, giới tính trên người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa tại Thành phố Hồ Chí Minh

2.7. Phân tích số liệu

Nhập và quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0 và sử dụng phép kiểm chi bình phương và Fisher's test, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.8. Y đức

Nghiên cứu được thông qua hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 77/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/01/2022

Nghiên cứu tiến hành trên 388 người, mức độ nhẹ: 374 người, mức độ vừa 14 người với tuổi nhỏ nhất là 18, tuổi lớn nhất là 90 và tuổi trung vị là $40 \pm 16,54$. Số lượng nam nữ và phân độ BMI khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa 2 mức phân độ bệnh. Về nghề nghiệp và phân nhóm tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa 2 mức phân độ bệnh. Về bệnh nền, có Bệnh hô hấp mạn, Đái tháo đường, Tăng huyết áp, Rối loạn lipid máu khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa 2 mức phân độ bệnh; bệnh tim mạch và loại bệnh khác thì không.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm mẫu nghiên cứu****Bảng 2. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm		Mức độ COVID – 19		Tổng n (%)	P value
		Mức độ nhẹ n (%)	Mức độ vừa n (%)		
Giới tính	Nam	156 (41,7%)	6 (42,9%)	162 (41,8%)	0,932
	Nữ	218 (58,3%)	8 (57,1%)	226 (58,2%)	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	178 (47,6%)	4 (28,6%)	182 (46,9%)	0,002
	Lao động chân tay	155 (41,4%)	4 (28,6%)	159 (41,0%)	
	Khác: Già, nghỉ hưu, ...	41 (11,0%)	6 (42,8%)	47 (12,1%)	
Nhóm tuổi	Tuổi từ 18-35	173 (46,2%)	4 (28,6%)	177 (45,6%)	0,000
	Tuổi từ 36- 64	170 (45,6%)	4 (28,6%)	174 (44,8%)	
	Từ 65 tuổi trở lên	31 (8,2%)	6 (42,8%)	37 (9,5%)	
Phân độ BMI	Gầy	40 (10,7%)	2 (14,3%)	42 (10,8%)	0,084
	Trung bình	205 (54,8%)	7 (50,0%)	212 (54,6%)	
	Thừa cân	73 (19,5%)	0 (0%)	73 (18,8%)	
	Béo phì độ I	56 (15,0%)	5 (35,7%)	61 (15,7%)	
Đái tháo đường	Có	34 (9,1%)	7 (50,0%)	41 (10,6%)	0,000
	Không	340 (90,9%)	7 (50,0%)	347 (89,4%)	
Tăng huyết áp	Có	42 (11,2%)	6 (42,8%)	48 (12,4%)	0,002
	Không	332 (88,8%)	8 (57,1%)	340 (87,6%)	
Bệnh hô hấp mạn tính	Có	10 (2,7%)	6 (42,8%)	16 (4,1%)	0,000
	Không	364 (97,3%)	8 (57,1%)	372 (95,9%)	
Rối loạn	Có	44 (11,8%)	9 (64,3%)	53 (13,7%)	0,000

lipid máu	Không	330 (88,2%)	5 (35,7%)	335 (86,3%)	
Bệnh tim mạch	Có	22 (5,9%)	1 (7,1%)	23 (5,9%)	0,845
	Không	352 (94,1%)	13 (92,9%)	365 (94,1%)	
Khác	Có	2 (0,5%)	0 (0%)	2 (0,5%)	0,784
	Không	372 (99,9%)	14 (100%)	386 (44,8%)	

Đặc điểm thiết chẩn theo mức độ bệnh**Bảng 3. Mối liên quan đặc điểm thiết chẩn với mức độ bệnh COVID – 19**

Đặc điểm			Mức độ COVID – 19		Tổng n (%)	P value
			Mức độ nhẹ n (%)	Mức độ vừa n (%)		
Màu sắc chất lưỡi	Lưỡi nhợt nhạt		17 (4,5%)	1 (7,1%)	18 (4,6%)	0,673
	Lưỡi hồng nhạt		144 (38,6%)	4 (28,6%)	148 (38,1%)	
	Lưỡi hồng		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Lưỡi đỏ thẫm		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Lưỡi ám hồng		64 (17,1%)	1 (7,1%)	65 (16,8%)	
	Lưỡi tím nhạt		37 (9,9%)	2 (14,3%)	118(30,4%)	
	Lưỡi ám tím		112 (29,9%)	6 (42,9%)	39 (10,1%)	
	Rìa lưỡi đỏ		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Chấm ứ huyết	Có	18 (4,8%)	4 (28,6%)	22 (5,4%)	0,001
		Không	356 (95,2%)	10 (71,4%)	366(94,3%)	
Tính chất chất lưỡi	Hình thái	To	10 (2,7%)	0 (0%)	10 (2,6%)	0,440
		Gầy	239 (63,9%)	9 (64,3%)	248 (63,9%)	
		Bình thường	125 (33,4%)	5 (3,6%)	130 (33,5%)	
	Dấu ấn răng	Có	67 (17,9%)	3 (21,4%)	70 (18,0%)	0,737
		Không	307 (82,1%)	11 (78,6%)	318 (82,0%)	
	Đường nứt	Có	128 (34,2%)	5 (3,6%)	133 (34,3%)	0,908
		Không	246 (65,8%)	9 (64,3%)	255 (65,7%)	
	Gai lưỡi	Có	267 (71,4%)	11 (78,6%)	278 (71,6%)	0,558
		Không	107 (28,6%)	3 (21,4%)	110 (28,4%)	
Màu sắc rêu lưỡi	Trắng		139 (82,2%)	4 (80%)	143 (36,9%)	0,911
	Vàng		29 (17,2%)	1 (20%)	30 (7,7%)	
	Trắng vàng		1 (0,6%)	0 (0%)	1 (0,3%)	
	Đen xám		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Không/Ít rêu		205	9	214	
Tính chất rêu lưỡi	Độ dày/mỏng rêu	Rêu dày	93 (24,9%)	4 (28,6%)	97 (25,0%)	0,111
		Rêu mỏng	46 (12,3%)	0 (0%)	46 (11,9%)	
		Không/Ít rêu	235 (62,8%)	10 (71,4%)	245 (63,1%)	
	Độ nhuận/táo	Ướt	142 (38,0%)	2 (14,3%)	141 (36,3%)	0,366
		Nhuận	155 (41,4%)	7 (50,0%)	151 (38,9%)	
		Khô	77 (20,6%)	5 (35,7%)	73(18,8%)	

	Rêu mục nát	Có	2 (0,5%)	0 (0%)	2 (0,5%)	0,784
		Không	372 (95,9%)	14 (100%)	386 (99,5%)	
	Rêu bong tróc	Có	2 (0,5%)	0 (0%)	2 (0,5%)	0,813
		Không	372 (95,9%)	14 (100%)	386 (99,5%)	

Nhận xét:

Ở những người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ: màu sắc chất lưỡi chủ yếu là hồng nhạt (38,6%) và màu sắc chất lưỡi chủ yếu là ánh tím (42,9%). Ở cả 2 mức độ bệnh COVID – 19 lưỡi có hình thái gầy, không có ấn răng, không có đường nứt và có gai lưỡi. Về rêu: màu sắc rêu: đa số là rêu trắng (82,2% ở người bệnh mức độ nhẹ, 80% ở người bệnh mức độ vừa); về độ dày/mỏng của rêu: lưỡi không/ít rêu chiếm đa số, lưỡi nhuận, rêu không mục nát và không có rêu bong tróc. Chấm ứ huyết ở 2 mức độ bệnh COVID – 19 khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

YHCT phân đại dịch COVID – 19 vào phạm trù Ôn dịch bệnh. Trong Ôn dịch bệnh thiết chẩn và mạch chẩn rất được chú trọng, các đặc điểm mạch chẩn và thiết chẩn phản ánh các hội chứng bệnh, độ nông sâu của bệnh tà và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Nhiều nghiên cứu lâm sàng khảo sát thiết chẩn với các triệu chứng của COVID – 19 và nhận thấy các đặc điểm thiết chẩn đóng vai trò là chỉ số tiềm năng để đánh giá tình trạng và tiên lượng của người bệnh COVID – 19^(8,9,10).

Theo nghiên cứu của Cao Yun Song năm 2020⁽¹⁰⁾, người bệnh nhiễm COVID – 19 ở giai đoạn đầu của bệnh, do dịch bệnh ngoại tà xâm phạm, tà khí mới vào phần vệ hoặc khí phân mà chưa tổn thương chính khí, tà khí vẫn còn nhẹ nên lưỡi có màu hồng nhạt màu hoặc hồng hoặc sẫm, trên lưỡi có vết răng, rêu trắng và nhờn, Nếu hàn thấp gây

tắc trở nặng nề hơn, sẽ thấy hình ảnh rêu trắng và dày. Khi bệnh tiến triển, hàn thấp vào lý lâu ngày chuyển hóa nhiệt, thấp nhiều hơn nhiệt cho nên chất lưỡi đỏ, rêu trắng nhờn hoặc hơi vàng. Do thiếu tân dịch hoặc do nhiệt mà lưỡi nhợt nhạt hoặc đỏ, và rêu vàng mỏng hoặc vàng nhờn và khô. Ở giai đoạn nặng, nhiệt độc tà hun đốt tân dịch thành đờm, gây tắc trở mà thấy ý thức không bình thường, đờm tắc trở phế gây nên khó thở, thông khí kém, huyết ứ nên chất lưỡi đỏ sẫm, rêu vàng dày và khô; hoặc phần khí âm tổn thương nặng mà chất lưỡi đỏ trơn, không rêu. Phế và Tỳ Vị hư tổn trong thời kỳ phục hồi, tà khí tồn lưu, thấy chất lưỡi đỏ nhạt, có ấn răng, rêu mỏng màu vàng hoặc hơi nhờn. Tỳ Vị hư nhược, thấp trệ đình đọng, lưỡi đỏ nhạt, có ấn răng và vết nứt trên lưỡi, rêu màu trắng mỏng; Nếu Vị âm hư âm thì chất lưỡi đỏ nhạt, chất lưỡi to béo, rêu bong tróc kèm các triệu chứng: mệt mỏi, chán ăn, phân lỏng...

Kết quả nghiên cứu này cho thấy ở những người bệnh mức độ nhẹ chất lưỡi có màu chủ yếu là hồng nhạt (38,6%) và màu ánh tím (42,9%) ở những người bệnh mức độ vừa. Ở cả 2 mức độ bệnh COVID – 19 lưỡi có hình thái gầy, không có ấn răng, không có đường nứt và có gai lưỡi. Về rêu: màu sắc rêu: đa số là rêu trắng (82,2% ở người bệnh mức độ nhẹ, 80% ở người bệnh mức độ vừa); về độ dày/mỏng của rêu: lưỡi không/ít rêu chiếm đa số, lưỡi nhuận, rêu không mục nát và không có rêu bong tróc. Chấm ứ huyết ở 2 mức độ bệnh COVID – 19 khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Khi mức độ bệnh nặng hơn, nhiệt độc tà gây tắc trở phế nên

khó thở, thông khí kém huyết ứ dẫn đến chất lưỡi sẫm màu, và có các chấm ứ huyết. Tương quan với YHHĐ khi bàn về diễn tiến mức độ bệnh COVID – 19 khi diễn tiến bệnh nặng lên làm gia tăng giải phóng các yếu tố gây viêm như cytokine, chemokine, .. ; xảy ra các phản ứng từ đó gây rối loạn vi tuần hoàn, giảm phân áp oxy động mạch, tăng kết tập tiểu cầu có thể làm cho màu lưỡi chuyển sang màu tím, chấm ứ huyết⁽¹¹⁾. Từ đó giải thích cho mối liên quan giữa chấm ứ huyết và mức độ bệnh COVID – 19 của nghiên cứu. Kết quả này tương đồng với kết quả về màu sắc chất lưỡi và màu sắc rêu lưỡi trên những người bệnh mức độ nhẹ và vừa của Wentai Pang năm 2020 và Chen Rui 2022⁽⁹⁾. Trong nghiên cứu cắt ngang mô tả của Pang và cộng sự với cỡ mẫu: 1043 người bệnh được chẩn đoán là COVID – 19; những người bệnh mức độ nhẹ và vừa thường có lưỡi đỏ nhạt và rêu trắng; mức độ nặng người bệnh có biểu hiện tím lưỡi, rêu vàng, Tỷ lệ bệnh nhân nguy kịch với lưỡi bệu tăng lên 75%. Tỷ lệ rêu lưỡi nhơn lần lượt là 53,33%, 73,30%, 83,67% và 87,5% tương ứng với các thể bệnh nhẹ, vừa, nặng và nguy kịch. Ngoài ra, tỷ lệ lớp rêu lưỡi dày tăng từ nhẹ (24,89%) đến nghiêm trọng (50,00%). Nghiên cứu thiếu dữ liệu về người bệnh mức độ nặng và nguy kịch để so sánh.

Trước đây, tất cả đặc điểm thiết đều được các bác sĩ tiến hành quan sát bằng thị giác, dùng ngôn ngữ cá nhân mô tả và phân biệt theo kinh nghiệm. Kinh nghiệm và kiến thức cá nhân đóng một vai trò thiết yếu trong các kỹ năng lâm sàng liên quan đến thiết chẩn, các chuyên gia YHCT khác nhau sẽ đưa ra các kết luận khác nhau. Do đó, dùng máy thiết chẩn đánh giá dựa trên các tiêu chuẩn được thiết lập để chẩn đoán các đặc điểm lưỡi sẽ tăng mức độ khách quan hơn trong

nghiên cứu, nhóm nghiên cứu sử dụng Hệ thống phân tích thiết chẩn tự động ZMT – 1A trong nghiên cứu này.

Bên cạnh những ưu điểm, nghiên cứu còn một số hạn chế. Nghiên cứu còn một số hạn chế và kiến nghị như sau: Thứ nhất, nghiên cứu chỉ mới thực hiện ở thành phố Hồ Chí Minh với cỡ mẫu nhỏ chưa đại diện được cho dân số, cần thực hiện các nghiên cứu ở địa bàn khác với cỡ mẫu lớn hơn. Thứ hai, nghiên cứu chỉ mới khảo sát những người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa, thiếu mức độ nặng và nguy kịch, mặt khác chênh lệch về số lượng mẫu giữa hai mức độ bệnh là rất lớn (374:14), cho nên hiệu quả so sánh đặc điểm thiết chẩn và mối liên quan giữa hai nhóm bệnh chưa cao, cần làm thêm các nghiên cứu về cả 4 mức độ bệnh COVID – 19. Thứ ba, đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, thiếu sự theo dõi thay đổi các đặc điểm thiết chẩn cùng với diễn tiến bệnh các ngày tiếp theo về sau như thế nào. Thứ tư, nghiên cứu chưa đánh giá các hội chứng bệnh YHCT, cho nên cần đánh giá thêm về đặc điểm cũng như mối liên quan giữa thiết chẩn với các hội chứng bệnh YHCT trên người bệnh COVID – 19 để có cái nhìn rõ hơn, từ đó đề ra các phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, tiết kiệm và nhất là hạn chế hội chứng hậu COVID – 19 cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 388 người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ và vừa ghi nhận kết quả:

- Người bệnh COVID – 19 mức độ nhẹ có chất lưỡi màu hồng nhạt, lưỡi gầy, có gai, rêu lưỡi ít màu trắng chiếm đa số.

- Người bệnh COVID – 19 mức độ vừa có chất lưỡi ánh tím, lưỡi gầy, có gai, rêu lưỡi ít màu trắng chiếm đa số.

- Châm ứ huyết ở 2 mức độ bệnh COVID – 19 khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đặc điểm thiết chẩn và phân nhóm tuổi, giới tính khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al** (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223):497-506.
2. **Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al** (2021). 6-month consequences of COVID – 19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*, 397(10270):220-232.
3. **Luo H, Gao Y, Zou J, Zhang S, Chen H, Liu Q, et al**, (2020). Reflections on treatment of COVID – 19 with traditional Chinese medicine. *Chin Med*, 15:94.
4. **Pang WT, Jin XY, Pang B, Yang FW, Wang H, Liu CX, et al**. (2020). Analysis on pattern of prescriptions and syndromes of traditional Chinese medicine for prevention and treatment of COVID – 19. *China journal of Chinese materia medica* vol.45(6):1242-1247.
5. **Hsu PC, Wu HK, Huang YC, Chang HH, Lee TC, Chen YP, et al**. (2019). The tongue features associated with type 2 diabetes mellitus. *Medicine* (Baltimore), 98(19):e15567.
6. **Lo LC, Chen CY, Chiang JY, Cheng TL, Lin HJ, Chang HH**. (2013). Tongue diagnosis of traditional Chinese medicine for rheumatoid arthritis. *Afr J Tradit Complement Altern Med*, 10(5):360-9.
7. **Song AY, Lou YN, Yang QX, Li DF, Song GH, Huang LQ, et al**. (2020). Diagnosis of Early Esophageal Cancer Based on TCM Tongue Inspection. *Biomed Environ Sci*, 33(9):718-722.
8. **Liang K, Huang X, Chen H, Qiu L, Zhuang Y, Zou C, Bai Y et al**. (2020). Tongue diagnosis and treatment in traditional Chinese medicine for severe COVID – 19: a case report. *Annals of palliative medicine*, 9(4):2400-2407.
9. **Wentai Pang, Dong Zhang, Junhua Zhang, Nan Li, Wenke Zheng, Hui Wang et al**. (2020). Tongue features of patients with coronavirus disease 2019: a retrospective cross-sectional study. *Integrative Medicine Research*, 9(3):100493
10. **曹云松, 张敬锋, 王彤**. (2020). 从舌象论述新型冠状病毒肺炎恢复期的治疗. *中医学报*, 35
11. **Bộ Y tế** (2021), QUYẾT ĐỊNH SỐ 3416/QĐ-BYT: Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID – 19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2).
12. **Dhont S, Derom E, Van Braeckel E, Depuydt P, Lambrecht BN**. (2020). The pathophysiology of 'happy' hypoxemia in COVID-19. *Respiratory research*, 21(1):198.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM THIẾT CHẨN TRÊN NGƯỜI BỆNH HẬU NHIỄM COVID-19 TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Ngọc Duyên¹, Trần Thu Nga¹, Nguyễn Ngô Lê Minh Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm thiết chẩn trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19 tại TP. Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Thu thập 391 mẫu lưỡi của người bệnh hậu nhiễm COVID-19 tại Thành phố Hồ Chí Minh, sau đó phân tích đặc điểm thiết chẩn thông qua hệ thống phân tích hình ảnh thiết chẩn tự động hóa (ATDS).

Kết quả: Tỷ lệ nam:nữ lần lượt là 61,4% và 38,6%. Độ tuổi đa số từ 18 đến 64 tuổi (96,9%). Phần lớn có chỉ số BMI ở mức trung bình. Thời gian trung vị hậu nhiễm COVID-19 là 13(8 – 18) ngày. Tỷ lệ các bệnh mạn tính kèm theo: tăng huyết áp (13,3%); bệnh tim mạch (5,6%); rối loạn lipid máu (5,4%); bệnh khác (3,3%); đái tháo đường (3,1%); bệnh hô hấp mạn (1,3%). Trong số mẫu lưỡi thu được, phổ biến là lưỡi hồng nhợt (33,5%); lưỡi tím (30,4%); rêu lưỡi trắng (30,2%); Có 76% người bệnh không/ít rêu và lưỡi nhợt chiếm tỷ lệ cao (38,6%). Đa số lưỡi gầy (57,0%), lưỡi có đường nứt (74,7%), lưỡi có gai xuất hiện trên 43,5%. Về mối liên quan giữa đặc điểm thiết chẩn và đặc điểm mẫu

nghiên cứu: Lưỡi có gai liên quan với bệnh tim mạch; lưỡi có đường nứt liên quan với bệnh tăng huyết áp có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Ngoài ra, chưa ghi nhận các mối liên quan khác ($P > 0,05$).

Kết luận: Đặc điểm thiết chẩn chủ yếu chất lưỡi hồng nhợt, có đường nứt, rêu màu trắng, nhợt. Có các mối liên quan có ý nghĩa thống kê: giữa lưỡi có gai và bệnh tim mạch; lưỡi có đường nứt và bệnh tăng huyết áp.

Từ khóa: thiết chẩn, hậu nhiễm COVID-19, ATDS

SUMMARY

THE INVESTIGATION OF TRADITIONAL MEDICINE TONGUE FEATURES ON POST-COVID-19 PATIENTS IN HO CHI MINH CITY

Objectives: This study aimed to explore traditional medicine (TM) tongue features in post-COVID 19 patients in Ho Chi Minh City.

Methods: Descriptive cross-sectional study from January 2022 to May 2022. The study collected 391 tongue samples of post-COVID-19 patients in Ho Chi Minh City, then analyzed tongue characteristics: tongue color, tongue coating color, tongue body shape feature, and tongue coating proper feature through the automatic tongue diagnosis system (ATDS).

Results: The male:female ratio was 61.4% and 38.6%. The most patients were from 18 to 64 years old (96.9%). The majority had average BMIs. The median time to recover from COVID-19 infection was 13(8-18) days. The proportion of diseases: hypertension (13.3%); cardiovascular disease (5.6%); dyslipidemia

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngô Lê Minh Anh

SĐT: 0962644648

Email: drminhnh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 20/07/2022

Ngày duyệt bài: 05/08/2022

(5.4%); other diseases (3.3%); diabetes mellitus (3.1%); chronic respiratory disease (1.3%). Among the obtained tongue samples, the most common is the light red tongue (33.5%), deep purple tongue (30.4%), white coating (30.2%). 76% patients had no or less coating and moist coating for a high percentage (38.6%). In addition, almost of tongues had thin tongue (57.0%)

%, fissured tongue (74.7%) and prickles tongue on 43.5% of tongue sample. The relationship between the TM tongue features and the characteristics of patients: prickles tongue was associated with cardiovascular disease; fissured tongue – associated with hypertension had statistical significance ($P < 0.05$). Besides, no other associations had been recorded ($P > 0.05$).

Conclusion: Tongue features are mainly pale pink tongue, fissured tongue, white coating, and moist. There are statistically significant associations ($P < 0.05$): prickles tongue and cardiovascular disease; fissured tongue and hypertension.

Keywords: TM tongue features, post-COVID 19, ATDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 là một bệnh hô hấp cấp tính do SARS-CoV-2 gây ra, dẫn đến khủng hoảng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe người bệnh và gây quá tải cho nền y tế toàn cầu. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) tính đến 25/05/2022 đã có 525.467.084 trường hợp mắc COVID-19, số người tử vong là 6.285.171 trường hợp⁽⁰⁾. Các chuyên gia trên thế giới đã cảnh báo về triệu chứng kéo dài trên người bệnh hậu COVID-19^(0,0,0).

Một nghiên cứu phân tích tổng hợp dựa trên 25 nghiên cứu quan sát với 5440 người tham gia cho thấy tần suất xuất hiện “Hội

chứng hậu COVID-19” dao động từ 4,7% đến 80%⁽⁰⁾. Trên người mắc COVID-19 nhẹ, có 70% trường hợp bị suy giảm một hoặc nhiều cơ quan sau 4 tháng kể từ khi xuất hiện các triệu chứng ban đầu, ảnh hưởng đến sự chăm sóc sức khỏe người bệnh⁽⁰⁾. Một báo cáo khác ghi nhận 87% số người hồi phục và xuất viện có ít nhất một triệu chứng tồn tại ngay cả sau 60 ngày⁽⁰⁾. Chúng ta thấy rằng, hội chứng hậu COVID-19 có thể xuất hiện trên bất kì người bệnh nào và không chắc chắn được thời gian nó xuất hiện.

Y học Cổ truyền từ lâu được biết đến như là một nền y học cá thể hóa. Theo đặc điểm lâm sàng của COVID-19 thì bệnh này thuộc phạm trù “ôn dịch” diễn tiến nhanh, rất dễ lây lan. Loại tà khí này có tính “thấp độc” khi vào cơ thể gây ứ đọng “đàm” dễ hóa “nhiệt”. Nếu “đàm nhiệt” uất lâu ngày thì sinh huyết ứ và hao tổn phần “khí huyết” của cơ thể⁽⁰⁾. Sau giai đoạn cấp của bệnh, dù có hay không có hội chứng hậu COVID-19 thì người thầy thuốc đều cần phải giúp người bệnh bồi bổ cơ thể, tăng sức đề kháng. Thiết chẩn là một trong những phương pháp chẩn đoán quan trọng và được sử dụng rộng rãi trong Y học cổ truyền. Nhiều nghiên cứu trên thế giới về thiết chẩn được tiến hành nhằm hỗ trợ trong việc đưa ra phác đồ điều trị trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19⁽⁰⁾. Trong khi đó, Việt Nam hiện vẫn chưa có nghiên cứu nào được thực hiện mặc dù nhu cầu điều trị phục hồi hậu COVID-19 đang tăng lên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành khảo sát đặc điểm thiết chẩn trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19 tại TP. Hồ Chí Minh thông qua Hệ thống phân tích hình ảnh thiết chẩn tự động hóa (ATDS), được sử dụng giảng dạy tại Khoa Y học Cổ truyền Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.

Mục tiêu tổng quát

Khảo sát đặc điểm thiết chẩn trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19 tại TP. Hồ Chí Minh.

Mục tiêu cụ thể

- *Xác định tỷ lệ đặc điểm màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19 tại TP. Hồ Chí Minh.*

- *Khảo sát mối liên quan giữa đặc điểm thiết chẩn và tuổi, giới tính, phân độ BMI, số ngày hậu nhiễm COVID-19, bệnh mạn tính trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19 tại TP. Hồ Chí Minh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả người bệnh hậu nhiễm COVID-19 tại TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Người bệnh từ 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu và thỏa ít nhất một trong các tiêu chí sau:

Đã từng điều trị COVID-19 tại cơ sở y tế và có giấy xuất viện kèm theo, trong khoảng thời gian 2 tuần sau xuất viện.

Đã từng điều trị COVID-19 tại nhà và có xét nghiệm PCR hoặc test nhanh lần cuối cùng âm tính, trong khoảng thời gian 2 tuần sau âm tính.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh từ chối cung cấp hình ảnh lưỡi hoặc hình ảnh lưỡi không đạt tiêu chuẩn.

Người bệnh mắc các bệnh cấp tính cần xử lý tích cực bằng YHHĐ.

Người bệnh đang trong đợt cấp của bệnh mạn tính.

Người bệnh có rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác, rối loạn tâm thần hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp hoặc hợp tác với thầy thuốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Sử dụng công thức Cochran (1977):

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

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, $P=45\%^{(0)}$.

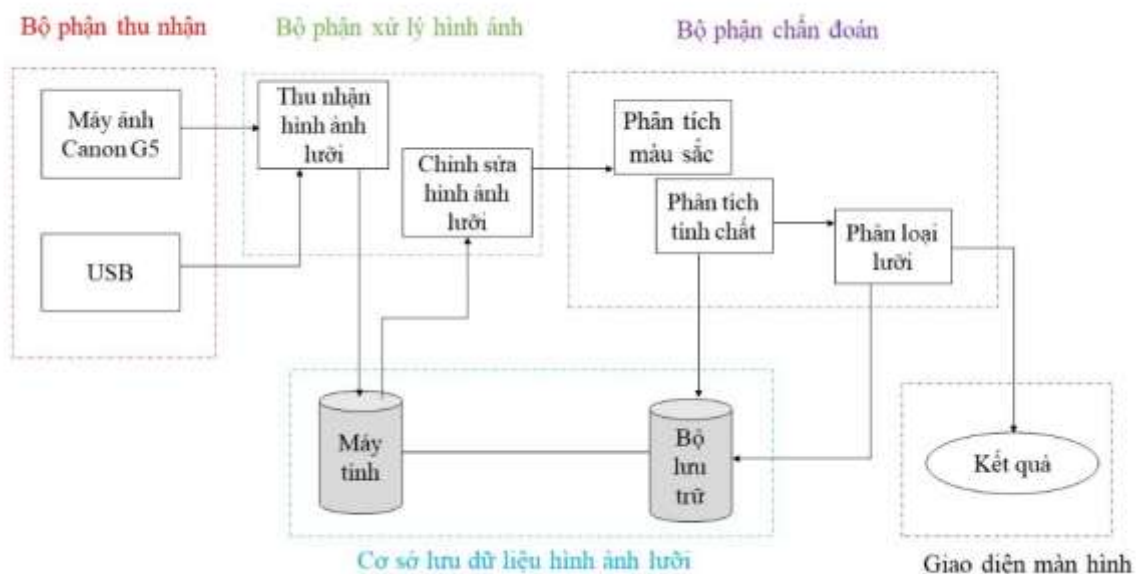
d: khoảng sai lệch, $d = 0,05$.

Tham khảo nghiên cứu Zheng D trên 574 người bệnh hậu COVID sau 5 – 8 tháng cho kết quả đặc điểm thiết chẩn phổ biến hậu nhiễm COVID-19 là lưỡi hồng nhợt chiếm 48,4%, rêu trắng 43%⁽⁰⁾. Do đó, P mong muốn là 0,45. Vậy cần nghiên cứu trên tối thiểu 385 người bệnh.

Biến số nghiên cứu

Biến số nền gồm: giới tính, nhóm tuổi, BMI, số ngày hậu nhiễm COVID-19, bệnh mạn tính được thu thập từ link Google form. Biến số phụ thuộc gồm các đặc điểm thiết chẩn được thu thập từ máy ZMT-1A.

Nghiên cứu phân tích đặc điểm thiết chẩn bằng hệ thống phân tích hình ảnh thiết chẩn tự động hóa (ATDS), cụ thể là dòng máy ZMT-1A, đang được bảo quản tại văn phòng bộ môn Y học Cổ truyền Cơ sở, Khoa Y học Cổ truyền, lầu 12A, Tòa nhà 15 tầng, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh. Tương tự như các hệ thống khác, ZMT-1A có năm thành phần chính: màn hình giao diện, bộ phận thu nhận, bộ phận xử lý ảnh, cơ sở lưu dữ liệu hình ảnh lưỡi, bộ phận chẩn đoán (Hình 1). Từ hình ảnh lưỡi đưa vào, máy phân tích tự động và đưa ra kết quả gồm 4 loại đặc điểm thiết chẩn: màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi.



Hình 1: Nguyên lý hoạt động của máy ZMT-1A

2.3. Phương pháp thống kê – 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 tỷ 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. Để khảo sát mối liên quan giữa các biến số đặc điểm thiết chẩn và giới tính, nhóm tuổi, BMI, bệnh mạn tính dùng phép kiểm định Chi square, Fisher Exact. Khảo sát mối liên quan giữa biến số đặc điểm thiết chẩn và số ngày hậu nhiễm COVID-19 dùng phép kiểm định One-way Anova (nếu sig. Levene $> 0,05$) hoặc Welch

(nếu sig. Levene $< 0,05$). Các sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $P < 0,05$.

2.4. Ý đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh số 74/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát trên 391 người bệnh hậu nhiễm COVID-19 trong cộng đồng dân cư tại TP.HCM, từ 01/2022 đến 05/2022 ghi nhận kết quả như sau.

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm giới tính, tuổi, BMI, bệnh mạn tính của mẫu nghiên cứu (n=391)

Đặc điểm	Phân loại	N	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	151	38,6
	Nữ	240	61,4
Nhóm tuổi	18-64	379	96,9
	≥ 65	12	3,1

Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Gầy	43	11
	Trung bình	188	48,1
	Tiền béo phì	93	23,8
	Béo phì độ I	60	15,3
	Béo phì độ II	7	1,8
	Béo phì độ III	0	0
Bệnh mạn tính	Tăng huyết áp (THA)	52	13,3
	Đái tháo đường (ĐTĐ)	12	3,1
	Rối loạn lipid (RLLP)	21	5,4
	Bệnh tim mạch (BTM)	22	5,6
	Bệnh hô hấp mạn (BHHM)	5	1,3
	Bệnh khác (BK)	13	3,3

Trong 391 mẫu nghiên cứu, nhóm từ 18 đến 64 tuổi chiếm đa số 96,9%, độ tuổi trung vị của mẫu là 28(16) tuổi. Tuổi nhỏ nhất của người bệnh là 18 tuổi và cao nhất là 77 tuổi. Tỷ lệ phân bố giới tính có nữ nhiều hơn nam (Bảng 1).

BMI của mẫu nghiên cứu chiếm nhiều ở nhóm trung bình (48,3%), kể đến là béo phì độ I và béo phì độ II. Số ngày trung vị hậu nhiễm COVID-19 là 13(8-18) ngày. Số ngày

ngắn nhất là 6 ngày, số ngày cao nhất là 32 ngày.

Nhóm dân số khảo sát có tỷ lệ các bệnh mạn tính theo thứ tự từ lớn đến nhỏ: tăng huyết áp (13,3%); bệnh tim mạch (5,6%); rối loạn lipid máu (5,4%); bệnh khác (3,3%); đái tháo đường (3,1%); bệnh hô hấp mạn (1,3%) (Bảng 1).

Đặc điểm thiết chẩn

Bảng 2. Tần số, tỷ lệ đặc điểm thiết chẩn của mẫu nghiên cứu (n=391)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Màu sắc chất lưỡi	Lưỡi tím tím	120	30,4
	Lưỡi tím nhạt	55	14,1
	Lưỡi tím hồng	35	9,0
	Lưỡi hồng nhạt	153	39,1
	Lưỡi nhợt	17	4,3
	Lưỡi hồng	5	1,3
	Lưỡi đỏ thẫm	3	0,8
	Chấm huyết ứ	27	6,9
Màu sắc rêu lưỡi	Rêu trắng	118	30,2
	Rêu vàng	9	2,3
Tính chất chất lưỡi	Lưỡi gầy	223	57,0
	Có dấu ấn răng	77	19,7
	Có đường nứt	292	74,7
	Lưỡi có gai	170	43,5

Tính chất rêu lưỡi	Lưỡi ướt	144	36,8
	Lưỡi nhuận	151	38,6
	Lưỡi khô	38	9,7
	Rêu mỏng	27	6,9
	Rêu dày	67	17,1
	Không, ít rêu	297	76,0
	Cáu bản	3	0,8
	Rêu bong tróc	1	0,3

Trong số màu lưỡi thu được, chiếm tỷ lệ cao nhất là lưỡi hồng nhạt (39,1%), đứng thứ hai là lưỡi ám tím (30,4%), tiếp sau đó lần lượt là lưỡi tím nhạt (14,1%), lưỡi ám hồng (9%), chấm huyết ứ (6,9%), lưỡi nhợt (4,3%), lưỡi hồng (1,3%), lưỡi đỏ thẫm (0,8%) (Bảng 2).

Mẫu nghiên cứu cho thấy rêu lưỡi trắng chiếm ưu thế hơn rêu vàng nhạt với tỷ lệ lần lượt là 30,2% và 2,3%; lưỡi gầy chiếm tỷ lệ

cao (57,0%). Ngoài ra, đa số lưỡi có đường nứt (74,7%). Lưỡi có dấu ấn răng chiếm 19,7% và lưỡi có gai xuất hiện trên 43,5% số mẫu lưỡi. Về độ nhuận tảo của rêu lưỡi, lưỡi nhuận và ướt chiếm ưu thế với tỷ lệ sắp xỉ nhau. Tỷ lệ rêu dày nhiều hơn rêu mỏng, lần lượt là 17,1%; 6,9%. Số lượng rất ít lưỡi có cáu bản và tróc rêu (Bảng 2).

Mối liên quan đặc điểm thiết chẩn và đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 3. Mối liên quan đặc điểm thiết chẩn và giới tính, nhóm tuổi, phân độ BMI, số ngày hậu nhiễm COVID-19 (SNHN), bệnh mạn tính của mẫu nghiên cứu (n=391)

Đặc điểm	Giới	Tuổi	BMI	SNHN	THA	ĐTĐ	RLLP	BTM	BHHM	BK
Màu sắc chất lưỡi	0,417	0,946	0,661*	0,995	0,972*	0,730*	0,562*	0,793*	0,475*	0,211
Chấm ứ huyết	0,792	0,582*	0,800*	0,856	0,770*	1,000*	0,169*	0,187*	1,000*	1,000*
Độ to gầy	0,908	0,275	0,278	0,412	0,686	0,926	0,643	0,520	0,655*	0,420
Dấu ấn răng	0,087	0,474*	0,115	0,991	0,510	0,711*	0,271*	0,406*	0,256*	1,000*
Đường nứt	0,336	0,738*	0,353	0,358	0,035	0,309*	0,497	0,072	0,336*	0,53*
Lưỡi có gai	0,870	0,292	0,270	0,566	0,105	0,292	0,953	0,004	0,657*	0,443
Màu sắc rêu lưỡi	0,748	0,356	0,276*	0,286	0,376	0,277*	0,590	0,597	0,686*	0,110*
Độ dày mỏng	0,598	0,98	0,486*	0,402	0,67	0,173*	0,428*	0,200*	0,462*	0,682*
Độ nhuận tảo	0,383	0,051	0,170*	0,436	0,91	0,899*	0,522*	0,069*	0,831*	0,804*
Rêu cáu bản	0,561*	1,000*	0,710*	0,465	1,000*	1,000*	1,000*	1,000*	1,000*	1,000*
Rêu bong tróc	1,000*	1,000*	0,897*	0,351	1,000*	1,000*	1,000*	1,000*	1,000*	1,000*

*Phép kiểm định Fisher Exact

Có các mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$ (phép kiểm Chi-square, Fisher, One way anova, Welch): lưỡi có gai và bệnh

tim mạch; lưỡi có đường nứt và bệnh tăng huyết áp. Ngoài ra không có mối liên quan nào khác khi khảo sát mối liên quan giữa đặc

điểm thiết chẩn và giới tính, nhóm tuổi, phân độ BMI, số ngày hậu nhiễm COVID-19, bệnh mạn tính trên dân số khảo sát (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số khảo sát

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ giới tính là 61,4% và 38,6% nam; nhóm tuổi từ 18 đến 64 tuổi chiếm 96,9% và nhóm từ 65 tuổi trở lên 3,1%. Khá phù hợp với đa số nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Goertz Y (2020) ghi nhận nữ chiếm đến 85,3%.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tiền béo phì là 23,8%; béo phì độ I là 15,3% và II là 1,8%. Một điều tra dinh dưỡng năm 2006, trên 17,213 đối tượng từ 25 đến 64 tuổi tại 64 tỉnh/thành phố cho thấy tỷ lệ là 16,3%, trong đó tỷ lệ tiền béo phì là 9,7% và tỷ lệ béo phì độ I và II là 6,2% và 0,4%. Bởi vì nghiên cứu chỉ khảo sát trên một nhóm dân số nhỏ, tại một thành phố nên có sự khác biệt so với nghiên cứu thực hiện trên nhóm dân số đại diện cho toàn quốc.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh mạn tính khá thấp, chỉ có 13,3% tăng huyết áp và 3,1% đái tháo đường. Điều này khá tương đồng với nghiên cứu của Li Y (2020) trên người hậu nhiễm COVID-19. Tuy nhiên, một nghiên cứu cắt ngang đã từng được thực hiện trên mẫu đại diện cộng đồng dân cư quận 10 thành phố Hồ Chí Minh có tỷ lệ người ≥ 18 tuổi bị tăng huyết áp qua đo tại nhà và/hoặc hỏi tiền sử bệnh là 33,8%. Trong số những người ≥ 40 tuổi, có 11% có tiền sử đái tháo đường. Sở dĩ khác nhau là bởi vì chúng tôi lấy mẫu thuận tiện trên nhiều quận, số lượng dân số còn nhỏ; còn nghiên cứu

trước đây thực hiện nhóm dân cư quận 10 với mong muốn đại diện cho toàn thành phố.

Đặc điểm thiết chẩn

Kết quả nghiên cứu cho thấy màu sắc lưỡi phổ biến nhất là lưỡi hồng nhạt (33,5%), lưỡi ám tím (30,4%), lưỡi tím nhạt (13,8%); màu sắc rêu lưỡi thì rêu trắng ưu thế (30,2%) hơn rêu vàng (2,3%) phù hợp với nghiên cứu của Zheng D (2021) cho thấy cao nhất là lưỡi hồng nhạt (48,4%), kế đến là lưỡi hồng (15,3%), lưỡi đỏ thẫm (13,9%), thấp nhất là lưỡi tím nhạt (8,4%) và chấm ứ huyết chiếm 9,1%. Ngoài ra, Meng X (2020) đã thực hiện nghiên cứu trên 756 người mắc COVID từ ngày 7 đến ngày 74, có kết quả cao nhất là lưỡi hồng nhạt (57,0%), lưỡi tím chỉ chiếm 5,4%. Như vậy, có sự tương đồng về kết quả lưỡi hồng nhạt, chấm huyết ứ; có sự khác nhau về tỷ lệ lưỡi ám tím, tím nhạt. Có thể lý giải điều này là do các nghiên cứu thực hiện trên nhóm người bệnh, mức độ bệnh, thời gian hậu nhiễm COVID-19 khác nhau.

Theo y văn, lưỡi hồng nhạt thể hiện Tâm khí sung túc, Tỳ khí thịnh vượng, khí huyết điều hòa, thường gặp ở người khỏe mạnh⁽⁰⁾. Nếu có bệnh thì đa phần là nhẹ, chính khí chưa tổn thương. Lưỡi ám tím thường gặp trong trường hợp huyết ứ, khí huyết vận hành bất sướng. Lưỡi tím nhạt xuất hiện do dương hư nội hàn, khí huyết không thông hoặc khí huyết khuỵu hư mà kèm huyết ứ. Rêu lưỡi trắng ưu thế hơn so với rêu lưỡi vàng. Rêu lưỡi trắng có thể là bình thường, cũng có thể biểu hiện tình trạng hư chứng. Rêu lưỡi vàng chủ nhiệt chứng, lý chứng. Kết quả về màu sắc chất lưỡi và màu sắc rêu lưỡi cũng phù hợp với diễn tiến của bệnh tà. Nghiên cứu thực hiện trên người bệnh vừa khỏi bệnh

COVID-19 trong vòng tối đa 2 tuần. Bước vào giai đoạn hồi phục, người bệnh còn dư tà, đàm, ứ, độc, chính khí hư. Đa phần có hội chứng Phế Tỳ khí hư hoặc khí âm lưỡng hư với biểu hiện lưỡi hồng nhạt, rêu trắng hoặc vàng trắng.

Về tính chất chất lưỡi, nghiên cứu cho thấy chiếm tỷ lệ cao gồm có lưỡi gầy (57%), có đường nứt (74,7%), lưỡi có gai (43,3%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Chen R (2022) cho thấy tỷ lệ lưỡi có đường nứt, dấu ấn răng chiếm đa số trên người bệnh ở giai đoạn hồi phục (38,13%), cao hơn nhiều so với giai đoạn khác; sự khác biệt về tính chất chất lưỡi có ý nghĩa thống kê. Lưỡi gầy biểu hiện của lưỡi không được nuôi dưỡng, nếu lưỡi nhạt gầy thì khí huyết lưỡng hư, nếu lưỡi đỏ gầy thì do âm hư hỏa vượng, hư hỏa thượng viêm. Lưỡi có đường nứt thường do tinh huyết hư hao, hoặc âm tân khuy hư làm chất lưỡi mất nuôi dưỡng, cũng có thể là một biểu hiện của sự mất nuôi dưỡng toàn thân. Lưỡi mà có gai tức là huyết phân nhiệt cực hoặc bên trong dương nhiệt kháng thịnh. Sau đợt cảm nhiễm ngoại tà, chính khí cơ thể suy kém, giảm nuôi dưỡng cho nên người bệnh biểu hiện lưỡi gầy, có đường nứt. Lưỡi có gai xuất hiện ở gần một nửa số mẫu lưỡi, thể hiện tình trạng nhiệt còn lưu lại.

Các tính chất rêu lưỡi cho kết quả như sau: về độ nhuận táo, lưỡi đa số là rêu nhuận (38,6%) và rêu ướt (36,8%), thấp hơn là rêu khô (9,7%). Về độ dày mỏng, không/ít rêu có tỷ lệ cao nhất (76%), lưỡi dày (16,3%) ưu thế hơn lưỡi mỏng (6,9%). Lưỡi nhuận là lưỡi của người bình thường, trong bệnh tật thì chứng tỏ tân dịch chưa bị tổn thương. Lưỡi

ướt chứng tỏ có thấp tà nội uẩn, thấy nhiều ở người có Tỳ dương bất chấn, hư hàn nội sinh hoặc đàm ẩm nội đình. Rêu ít hoặc không rêu, thể hiện tình trạng tân dịch khuy hư, doanh huyết thụ tổn. Rêu lưỡi dày: nếu từ mỏng thành dày thì đó là tình trạng tà tiến vào sâu, nếu dày đang chuyển thành mỏng hoặc vừa mỏng vừa dày thì do chính khí thắng tà khí. Kết hợp lưỡi ướt và lưỡi dày, nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh có tình trạng thấp trọc đình trệ. Kết quả này phù hợp trong cơ chế bệnh sinh của COVID-19, ứ trọc khốn trung tiêu xuyên suốt quá trình bệnh và biểu hiện rõ trong giai đoạn hồi phục do Phế Tỳ khí suy hư.

Kết quả về độ nhuận táo của chúng tôi cho thấy tỷ lệ rêu ướt và nhuận chiếm ưu thế hơn so với rêu khô. Điều này khác biệt so với nghiên cứu thiết chẩn của Li Y (2020) đã từng thực hiện trên 53 người bệnh COVID-19 giai đoạn hồi phục cho thấy tỷ lệ rêu khô tới 77,36%, cao hơn nhiều so với rêu nhuận 11,32%. Sự khác nhau này của thể là do nghiên cứu thực hiện trên nhóm dân số khác nhau. Ở nghiên cứu của chúng tôi, số người bệnh biểu hiện thấp trọc đình động nhiều hơn. Trong khi đó, người bệnh trong nghiên cứu của Li Y (2020) đa số người bệnh biểu hiện tân dịch khuy hư nhiều hơn. Kết quả về độ dày mỏng của chúng tôi chưa phù hợp với nghiên cứu của Chen R (2022) ghi nhận tỷ lệ rêu mỏng chiếm tỷ lệ cao (76%) trong giai đoạn hồi phục, trong khi rêu dày lại xuất hiện nhiều trong giai đoạn giữa (7,67%), giai đoạn nguy kịch (54,76%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Trong nghiên cứu của ông còn cho thấy trong tổng số người bệnh ở giai đoạn hồi phục, rêu không/ít rêu chỉ

chiếm 1,25%. Điều này có thể là do nghiên cứu thực hiện trên các nhóm dân số khác nhau, phương pháp thu thập hình ảnh lưỡi khác nhau nên cho kết quả có sự khác biệt.

Mối liên quan giữa đặc điểm thiết chẩn và đặc điểm dân số khảo sát

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lưỡi có đường nứt và bệnh tăng huyết áp ($P=0,035$). Wang H (2017) đã thực hiện một nghiên cứu phân tích tổng hợp thấy rằng đặc điểm thiết chẩn có thể dùng để chẩn đoán sớm và điều trị bệnh tăng huyết áp. Bằng chứng là các nghiên cứu trước đây nhận thấy trên người bệnh tăng huyết áp có sự thay đổi về chất lưỡi; rêu vàng và mỏng có tần suất cao nhất; người càng lớn tuổi và mắc bệnh tăng huyết áp càng lâu thì tĩnh mạch dưới lưỡi nổi rõ hơn⁽⁰⁾. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào ghi nhận mối liên quan giữa lưỡi có đường nứt và bệnh tăng huyết áp. Vì số người bệnh mắc bệnh tăng huyết áp còn thấp nên chúng tôi chỉ ghi nhận kết quả, cần xác định lại sự liên quan này ở các nghiên cứu trong tương lai.

Ngoài ra, chúng tôi thấy có các mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$) giữa lưỡi có gai và bệnh tim mạch. Cho đến hiện tại chưa thấy nghiên cứu liên quan khảo sát về các mối liên hệ này. Do số lượng mẫu nghiên cứu còn ít, ngoài bệnh tim mạch người bệnh có thể mắc các bệnh khác nên chúng tôi dừng lại ở mức ghi nhận, cần tiến hành các nghiên cứu khác trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19, thời gian khỏi bệnh trong vòng 2 tuần, đặc điểm thiết chẩn thu thập được như sau:

Màu sắc chất lưỡi: lưỡi hồng nhạt (33,5%), đứng thứ hai là lưỡi ám tím (30,4%), tiếp sau đó lần lượt là lưỡi tím nhạt (13,9%), lưỡi ám hồng (9,0%), chấm huyết ứ (6,9%), lưỡi hồng nhạt mà tím (5,6%), lưỡi nhợt (4,3%), lưỡi hồng (1,3%), lưỡi đỏ thẫm (0,8%). Màu sắc rêu lưỡi: rêu lưỡi trắng chiếm ưu thế hơn rêu vàng nhạt với tỷ lệ lần lượt là 30,2% và 2,3%. Tính chất chất lưỡi: lưỡi gầy chiếm tỷ lệ cao (57,0%). Ngoài ra, đa số lưỡi có đường nứt (74,7%). Lưỡi có dấu ấn răng chiếm 19,7% và lưỡi có gai xuất hiện trên 43,5% số mẫu lưỡi. Tính chất rêu lưỡi: lưỡi nhuận (38,6%) và ướt (36,8%) chiếm ưu thế, rêu dày (17,1%) nhiều hơn rêu mỏng (6,9%).

Có các mối liên quan có ý nghĩa thống kê với ($P<0,05$): lưỡi có gai và bệnh tim mạch; lưỡi có đường nứt và bệnh tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.** Accessed 01/01/2022. URL: <https://covid19.who.int/>
2. **Higgins V, Sohaei D, Diamandis EP** (2021). COVID-19: from an acute to chronic disease: Potential long-term health consequences. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 58(5):297-310.
3. **Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C** (2021). More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *MedRxiv*.
4. **Cabrera MAL, Pacheco RL, Bagattini AM** (2021). Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A

- systematic review. The International Journal of Clinical Practice, 75(10):e14357.
5. **Dennis A, et al** (2021). Multiorgan impairment in low-risk individuals with post-COVID-19 syndrome: a prospective, community-based study. British Medical Journal Open, 11(3):e048391.
6. **Carfi A, Bernabei R, and Landi F** (2020). Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. The Journal of the American Medical Association, 324(6):603-605.
7. **刘运磊, 景蓉, 惠彩霞** (2020). 基于痰湿毒瘀论对新型冠状病毒肺炎的中医治疗. 延安大学学报 (医学科学版), 18(1):6-9.
8. **郑丹文, 刘慧玲, 徐晓花** (2021). 新型冠状病毒肺炎患者出院 5~8 个月后中医证候分析. 暨南大学学报 (自然科学与医学版), 42.
9. **Goërtz YMJ, et al** (2020). Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome?. European Respiratory Journal, 6(4).
10. **Viện Dinh dưỡng Quốc gia** (2019). Kết quả điều tra Thừa cân – béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25-64 tuổi. URL: <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>
11. **陈瑞, 罗亚萍, 徐勋华** (2020). 武汉地区 52 例新型冠状病毒肺炎中医证治初探及典型病案分析. 中医杂志, 61.
12. **Võ Thị Xuân Hạnh, et al** (2017). Tỷ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường qua khảo sát trên mẫu đại diện cộng đồng dân cư tại quận nội thành thành phố Hồ Chí Minh. Y học Dự phòng, 27(8).
13. **孟宪泽, et al** (2020). 新型冠状病毒肺炎患者中医证候 756 例分析. 第二军医大学学报, 41.
14. **许家佗** (2020). 中医舌诊临床图解. 北京:化学工业出版社, 14-57.
15. **曹云松, et al** (2020). 从舌象论述新型冠状病毒肺炎恢复期的治疗. 中医学报, 35.
16. **陈锐, et al** (2022). 920 例新型冠状病毒肺炎患者舌象特征与中医证候的关系研究. 长春中医药大学学报, 38(03):295-300.
17. **王河宝 吴, 孙悦, 曹征, 丁成华** (2017). 舌诊在高血压病健康风险评估中的作用意义研究. 辽宁中医杂志, 44:2524-2525.

KHẢO SÁT TỶ LỆ MẤT NGỦ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH COVID Kéo DÀI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH TỪNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN DÃ CHIẾN THU DUNG ĐIỀU TRỊ COVID-19 SỐ 6

Nguyễn Lê Việt Hùng¹, Nguyễn Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mất ngủ là một trong các triệu chứng của hội chứng COVID kéo dài, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Mất ngủ là một yếu tố nguy cơ làm suy giảm chức năng, phát triển các rối loạn thể chất và tâm thần khác, làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe. Nghiên cứu nhằm khảo sát tỷ lệ mất ngủ ở COVID kéo dài là bao nhiêu và có những yếu tố nào liên quan đến mất ngủ ở MẮT COVID kéo dài để làm cơ sở học tập, ứng dụng, nghiên cứu khoa học.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang – mô tả thực hiện từ tháng 02/2022 đến tháng 04/2022 trên 150 người bệnh COVID kéo dài từng được điều trị COVID-19 tại Bệnh viện dã chiến Thu dung điều trị COVID-19 số 6, đồng ý tham gia nghiên cứu. Tình trạng mất ngủ được khảo sát dựa trên bộ câu hỏi chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI).

Kết quả: Qua khảo sát 150 đối tượng COVID kéo dài, ghi nhận mất ngủ chiếm 61,4%, chia làm 3 mức độ: nhẹ, trung bình, nặng.

Kết luận: Tỷ lệ mất ngủ mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất. Các yếu tố liên quan đến tình trạng mất ngủ ở người bệnh COVID kéo dài bao gồm

giới tính, tuổi, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, tình trạng bệnh nền, tình trạng tập thể dục, thời gian từ lúc chẩn đoán COVID-19, phương pháp điều trị COVID-19, sự căng thẳng – lo lắng do đại dịch COVID-19.

Từ khóa: Mất ngủ, COVID kéo dài

SUMMARY

SURVEY OF INSOMNIA RATE AND RELATED FACTORS IN LONG-COVID PATIENTS IN HO CHI MINH CITY HAS BEEN TREATED AT FIELD HOSPITAL NO.6

Objectives: Insomnia is one of the symptoms of prolonged COVID syndrome, affecting quality of life. Insomnia is a risk factor for impaired functioning, development of other physical and mental disorders, and increased health care costs. The study aims to investigate how long the prevalence of insomnia in COVID persists and what factors are associated with insomnia in sustained COVID LOS to serve as a basis for learning, application, and scientific research.

Methods: This descriptive cross-sectional study carried out from January 2022 to April 2022 on 150 patients COVID-19 patients discharged from Field Hospital No.6 in Ho Chi Minh City, agree to participate in research. Insomnia was surveyed based on the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaire.

Results: Through the survey of 150 long-term COVID patients, insomnia accounted for

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Việt Hùng

SĐT: 0909452324

Email: viethung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 29/07/2022

Ngày duyệt bài: 19/08/2022

61.4%, divided into 3 levels: mild, moderate, and severe.

Conclusion: The rate of mild insomnia accounted for the highest rate. Factors associated with persistent insomnia in patients with COVID include gender, age, occupation, economic status, underlying medical condition, exercise status, time since COVID-19 diagnosis- 19, treatments for COVID-19, the stress – anxiety caused by the COVID-19 pandemic.

Keywords: Insomnia, Long COVID

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hầu hết những người mắc COVID-19 trở nên khỏe hơn chỉ trong vòng vài tuần kể từ khi nhiễm bệnh, tuy nhiên tình trạng kéo dài các triệu chứng ít nhất 4 tuần tính từ thời điểm khởi phát bệnh được gọi là hội chứng COVID kéo dài⁽¹⁾. Các triệu chứng thường gặp bao gồm mệt mỏi, khó thở, rụng tóc, giảm nhận thức,...^(2,3). Mất ngủ là một trong các triệu chứng của hội chứng COVID kéo dài, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, là một yếu tố nguy cơ làm suy giảm chức năng, phát triển các rối loạn y tế và tâm thần khác, làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe^(4,5). Bên cạnh đó mất ngủ là một triệu chứng phổ biến nhưng thường khó nhận biết⁽⁴⁾. Do có liên quan đến suy giảm chức năng, tình trạng bệnh lý và rối loạn đa cơ quan, mất ngủ cần phải được phát hiện và đưa vào điều trị. Nếu không được điều trị, mất ngủ có thể làm tăng nguy cơ tái phát từng đợt, diễn biến bệnh nặng và đáp ứng điều trị kém và việc cải thiện triệu chứng Mất ngủ sẽ giúp nâng cao sức khỏe, nâng cao chất lượng cuộc sống đồng thời giúp tăng tốc độ hồi phục sức khỏe ở người bệnh COVID kéo dài⁽²⁾. Câu hỏi được đặt ra là “Tỷ lệ mất ngủ ở người bệnh COVID kéo dài tại Thành phố Hồ Chí Minh là bao nhiêu và có những

yếu tố nào liên quan đến tình trạng Mất ngủ ở người bệnh COVID kéo dài”. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu

- *Xác định tỷ lệ mất ngủ trên người bệnh COVID kéo dài*
- *Khảo sát các yếu tố liên quan đến mất ngủ ở người bệnh COVID kéo dài*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh COVID kéo dài tại Thành phố Hồ Chí Minh từng được điều trị COVID-19 tại Bệnh viện dã chiến Thu dung điều trị COVID-19 số 6 cách thời điểm khảo sát ít nhất 4 tuần.

Tiêu chuẩn chọn

Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên

Từng nhiễm SARS-CoV-2 và đã được điều trị tại Bệnh viện Dã chiến thu dung điều trị COVID-19 số 6 tại TPHCM

Còn ít nhất 1 triệu chứng từ lúc mắc COVID-19 đến thời điểm thực hiện khảo sát (ví dụ như ho, khó thở, đau ngực, mất ngủ, mất mùi, mất vị, rụng tóc,...)

Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại

Người bệnh không giao tiếp được, không biết chữ

Người đang có các bệnh lý cấp tính

Người bệnh không đủ năng lực hành vi để trả lời câu hỏi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả

Thời gian nghiên cứu:

Tháng 02/2022 đến tháng 04/2022

Cỡ mẫu

Chọn công thức tính mẫu:

$$N = \frac{z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

Tỷ lệ ước tính: $P=0.264^{(4)}$

d: Độ chính xác tuyệt đối (hay sai số cho phép): $d=0,05$

α : xác suất sai lầm= $0,05$

Z: Độ tin cậy: $Z=95\%$

$\rightarrow Z(1 - \alpha/2)=1,96$.

Cỡ mẫu cần lấy là $N=150$ (người)

Kỹ thuật chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu được chọn theo cách lấy mẫu thuận tiện từ danh sách người bệnh COVID-19 đã xuất viện bệnh viện Dã chiến Thu Dung số 6 tại TPHCM thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Các đối tượng nghiên cứu sau khi xác nhận đồng ý tham gia sẽ được mời trả lời bảng khảo sát bằng hình thức khảo sát bằng bảng câu hỏi hoặc qua biểu mẫu khảo sát trực tuyến. Mất ngủ được xác định dựa trên bảng phân loại chất lượng giấc ngủ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Được sử dụng rộng rãi trên nhiều quốc gia để tầm soát và chẩn đoán mất ngủ.

2.3. Phân tích dữ liệu

Tiến hành nhập và quản lý số liệu bằng phần mềm Excel và phân tích số liệu dựa vào phần mềm IBM SPSS 20.0 (SPSS Inc., phát hành năm 2015, SPSS cho Windows, phiên bản 20.0, Hoa Kỳ)

Các biến định lượng có phân phối bình thường được trình bày dưới dạng trung bình, các biến định lượng có phân phối không bình thường được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Sử dụng phép kiểm Chi bình phương để đánh giá mối liên quan giữa tình trạng mất ngủ với các yếu tố được khảo sát trong nghiên cứu.

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

2.4. Ý đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TPHCM theo Quyết định số 143/HĐĐĐ – ĐHYD ngày 10/02/2022

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu khảo sát trên 150 người bệnh từng nhiễm COVID-19 được điều trị tại Bệnh viện dã chiến Thu Dung điều trị COVID-19 số 6, thời gian thực hiện nghiên cứu từ ngày 10/02/2021 đến tháng 04/2022. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	69	46,0
	Nữ	81	54,0
Nhóm tuổi	18 – 40 tuổi	74	49,3
	>40 – 60 tuổi	41	27,3
	>60 tuổi	35	23,4
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	48	32,0
	Lao động trí óc	62	41,3
	Nghỉ hưu	36	24,0
	Thất nghiệp	4	2,7
Tình trạng kinh tế	Đủ khả năng chi trả mọi nhu cầu	7	4,7

	Đủ khả năng chi trả nhu cầu cơ bản	134	89,3
	Không đủ khả năng chi trả nhu cầu cơ bản	9	6,0
Tình trạng gia đình	Sống một mình	14	9,3
	Sống cùng bạn bè	11	7,3
	Sống cùng gia đình	125	83,4
Bệnh lý nền	Có	58	38,7
	Không	92	61,3
Chỉ số khối cơ thể (IDI & WPRO)	Bình thường	82	54,7
	Tiền béo phì	32	21,3
	Béo phì	36	24,0
Tình trạng tập thể dục	Hoàn toàn không tập	63	42,0
	Vận động cường độ thấp	53	35,3
	Vận động cường độ cao	34	22,7

Tỷ lệ mất ngủ trên người bệnh covid kéo dài

Tỷ lệ mất ngủ trên người bệnh COVID kéo dài được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Tình trạng mất ngủ trên người bệnh COVID kéo dài

Tình trạng mất ngủ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không mất ngủ	58	38,7
Mất ngủ nhẹ	46	30,6
Mất ngủ trung bình	43	28,7
Mất ngủ nặng	3	2,0
Tổng	150	100,0

Mất ngủ chiếm 61,3% trên tổng số mẫu, trong đó mất ngủ mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,6%.

Mối liên quan giữa tình trạng mất ngủ trên người bệnh covid kéo dài với các yếu tố khác được khảo sát trong nghiên cứu

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng mất ngủ trên người bệnh COVID kéo dài với đặc điểm nền của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm nền của mẫu nghiên cứu		Không mất ngủ	Có mất ngủ	Kiểm định chi bình phương P – value
Giới tính	Nam	34 (49,3%)	35 (50,7%)	0,042
	Nữ	24 (29,6%)	57 (70,4%)	
Nhóm tuổi	18 – 40 tuổi	39 (52,7%)	35 (47,3%)	0,0001
	>40 – 60 tuổi	15 (36,6%)	27 (63,4%)	
	>60 tuổi	4 (11,4%)	31 (88,6%)	
Nghề nghiệp	Lao động tay chân	23 (48,0%)	25 (52,0%)	0,013
	Lao động trí óc	29 (46,8%)	33 (53,2%)	
	Nghỉ hưu	5 (13,9%)	31 (86,1%)	
	Thất nghiệp	1 (25,0%)	3 (75,0%)	

Kinh tế	Đủ khả năng chi trả mọi nhu cầu	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0,018
	Đủ khả năng chi trả nhu cầu cơ bản	53 (39,6%)	81 (60,4%)	
	Không đủ khả năng chi trả nhu cầu cơ bản	1 (11,1%)	8 (88,9%)	
Gia đình	Sống một mình	8 (57,1%)	6 (42,9%)	0,422
	Sống cùng bạn bè	5 (45,5%)	6 (54,5%)	
	Sống cùng gia đình	45 (36,0%)	80 (64,0%)	
Bệnh lý nền	Có	12 (20,7%)	46 (79,3%)	0,001
	Không	46 (50,0%)	46 (50,0%)	
BMI	Bình thường	33 (40,2%)	49 (59,8%)	0,829
	Tiền béo phì	12 (37%)	20 (63%)	
	Béo phì	13 (36,1%)	23 (63,9%)	
Tập thể dục	Hoàn toàn không tập	18 (28,6%)	45 (71,4%)	0,017
	Vận động cường độ thấp	18 (34,0%)	35 (66,0%)	
	Vận động cường độ cao	22 (64,5%)	12 (35,3%)	

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng mất ngủ trên người bệnh COVID kéo dài với yếu tố trong giai đoạn nhiễm COVID-19

Yếu tố liên quan đến giai đoạn nhiễm COVID-19		Không mất ngủ	Có mất ngủ	Kiểm định chi bình phương p-value
Thời gian từ lúc mắc COVID-19 đến thời điểm khảo sát	4 – 12 tuần	25 (26,0%)	71 (74,0%)	<0,0001
	>12 tuần	33 (61,0%)	21 (39,0%)	
Thời gian điều trị COVID-19	<14 ngày	49 (42,9%)	68 (58,1%)	0,512
	14 – 21 ngày	9 (28,1%)	23 (71,9%)	
	>21 ngày	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Phương pháp điều trị COVID-19	Cách ly theo dõi	16 (38,1%)	26 (61,9%)	<0,0001
	Điều trị bằng thuốc	36 (53,7%)	31 (46,3%)	
	Hỗ trợ bằng ô-xi liệu pháp	6 (14,6%)	35 (85,4%)	
Số mũi vắc-xin ngừa SARS-CoV2 trước khi nhiễm	0 mũi	0 (0,0%)	2 (100,0%)	0,164
	1 mũi	1 (10,0%)	9 (90,0%)	
	2 mũi	57 (41,3%)	81 (58,7%)	

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng mất ngủ trên người bệnh COVID kéo dài với các yếu tố bị ảnh hưởng do đại dịch COVID-19

Yếu tố bị ảnh hưởng do đại dịch COVID-19		Không mất ngủ	Có mất ngủ	Kiểm định chi bình phương p-value
Ảnh hưởng lên thu nhập / công việc	Không	17 (34,7%)	32 (65,3%)	0,287
	Nhẹ	25 (52,3%)	23 (47,7%)	
	Trung bình	16 (32,0%)	34 (68,0%)	
	Nặng nề	0 (0,0%)	3 (100,0%)	

Ảnh hưởng đến việc tìm kiếm thức ăn	Không	21 (40,4%)	31 (59,6%)	0,690
	Nhẹ	13 (32,5%)	27 (67,5%)	
	Trung bình	23 (42,6%)	21 (57,4%)	
	Nặng nề	1 (25,0%)	3 (75,0%)	
Sự quan tâm và hỗ trợ từ xã hội	Hoàn toàn không	0 (0%)	7 (100%)	0,140
	Hỗ trợ một phần	32 (37,6%)	53 (62,4%)	
	Hỗ trợ đầy đủ	26 (44,8%)	32 (55,2%)	
Những căng thẳng và lo lắng liên quan đến đại dịch COVID-19	Không có	22 (75,9%)	7 (24,1%)	<0,0001
	Thỉnh thoảng	32 (42,1%)	44 (57,9%)	
	Thường xuyên	4 (0,5%)	34 (89,5%)	
	Luôn luôn	0 (0,0%)	7 (100,0%)	

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Kết quả cho thấy người bệnh nữ chiếm ưu thế hơn so với người bệnh nam. Kết quả này phù hợp vì theo nghiên cứu của Huang cho thấy tỷ lệ người bệnh có các triệu chứng kéo dài sau khi nhiễm COVID-19 cao hơn ở nhóm đối tượng nữ⁽⁶⁾.

Nhóm tuổi tham gia nghiên cứu đa số thuộc nhóm 18 – 40 tuổi với gần ½ tổng số mẫu. Điều này là chưa phù hợp với kết quả nghiên cứu của Carole đã cho thấy đa số các mẫu có tình trạng kéo dài các triệu chứng kéo dài ≥ 4 tuần thuộc nhóm >50 tuổi⁽⁷⁾. Sự khác biệt này có thể do phương tiện thu thập mẫu của nghiên cứu, với biểu mẫu google thì nhóm 18 – 40 tuổi dễ dàng tiếp cận hơn và từ đó gây ra sự khác biệt này. Hai nhóm chiếm tỷ lệ lớn trong nghiên cứu là hai nhóm hiện đang lao động (nhóm lao động trí óc và lao động chân tay), điều này cũng phù hợp với độ tuổi tham gia nghiên cứu với nhóm còn trong tuổi lao động (18 – 40 tuổi và $>40 - 60$ tuổi).

Tỷ lệ mẫu hiện có ít nhất một bệnh lý nền chiếm 38,7%, điều này cũng phù hợp với độ tuổi tham gia nghiên cứu vì theo nghiên cứu của Zhu và cộng sự (2017) khảo sát trên năm bệnh lý mạn tính thường gặp là tăng huyết

áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh tim mạch và béo phì trên 2660 người cho thấy độ tuổi trung bình là khoảng 52,54 tuổi⁽⁸⁾.

người bệnh tham gia nghiên cứu thuộc nhóm có BMI ở mức bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này phù hợp với đặc điểm độ tuổi của mẫu nghiên cứu (18 – 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất). Và tỷ lệ người bệnh béo phì cũng phù hợp với tỷ lệ độ tuổi >60 tuổi vì theo nghiên cứu của Dennis LK, Stephen LH (2015) nguy cơ thừa cân – béo phì sẽ tăng theo tuổi, người có chỉ số BMI bình thường có xu hướng tăng cân ở tuổi trung niên và tiếp tục tăng trở thành tiền béo phì hoặc béo phì ở tuổi từ 60 – 65 tuổi⁽⁹⁾.

Có 42,0% người tham gia nghiên cứu hoàn toàn không vận động, điều này phù hợp với đặc điểm về chỉ số khối cơ thể của mẫu nghiên cứu, với tổng tỷ lệ nhóm tiền béo phì và béo phì là 45,3%. Trong nghiên cứu của Arocha Rodulfo cũng chỉ ra lối sống tĩnh tại, không vận động có liên quan đến việc tăng tỷ lệ béo phì và một số bệnh mạn tính khác⁽¹⁰⁾.

Tình trạng mất ngủ trên người bệnh COVID kéo dài

Kết quả cho thấy tỷ lệ mất ngủ chiếm 61,3% tổng số mẫu nghiên cứu. Kết quả này khác biệt với kết quả trong nghiên cứu của

Huang về tỷ lệ các triệu chứng ở người bệnh COVID kéo dài (mất ngủ chỉ chiếm 26% trong các triệu chứng xuất hiện ở người bệnh COVID kéo dài)⁽⁶⁾. Điều này có thể được lý giải bởi sự khác biệt ở thiết kế nghiên cứu, số lượng mẫu và bảng câu hỏi giữa hai nghiên cứu. Trong khi nghiên cứu của Huang có ưu điểm là nghiên cứu đoàn hệ với số lượng mẫu lớn, 1733 đối tượng tham gia được theo dõi trong khoảng thời gian từ 175 – 199 ngày, tuy nhiên việc đánh giá mất ngủ chỉ dựa vào sự đánh giá chủ quan từ người tham gia, điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu. Đối với nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu mô tả cắt ngang với 150 mẫu, ưu điểm của nghiên cứu là sử dụng thang đo PSQI (độ nhạy là 98,7% và độ đặc hiệu là 84,4%) để đánh giá giấc ngủ một cách khách quan hơn, dựa trên câu trả lời của người tham gia để tổng hợp và cho ra kết quả cuối cùng về tình trạng giấc ngủ⁽¹¹⁾.

Mối liên quan giữa tình trạng mất ngủ với các đặc điểm khác của mẫu nghiên cứu

Tỷ lệ mất ngủ ở người bệnh COVID kéo dài có liên quan với các yếu tố giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình trạng kinh tế, tình trạng bệnh nền, tình trạng tập thể dục, thời gian COVID kéo dài, phương pháp điều trị COVID-19, tình trạng căng thẳng – lo lắng do đại dịch COVID-19.

Có thể thấy rằng việc tập thể dục và vận động thể lực có liên quan đến tình trạng mất ngủ ở nhóm người bệnh COVID kéo dài. Kết quả cho thấy Tỷ lệ mất ngủ cao nhất ở nhóm hoàn toàn không tập với 71,4% và giảm dần ở nhóm có hoạt động thể lực, hoạt động cường độ càng cao thì tỷ lệ mất ngủ càng giảm, tỷ lệ mất ngủ ở nhóm vận động cường độ thấp là 66,0% và ở nhóm vận động cường

độ cao là 35,5% (giảm ½ so với nhóm hoàn toàn không tập).

Hạn chế đề tài

Chưa phân nhóm có và không sử dụng nhóm thuốc kháng vi-rút.

Chưa khảo sát được sự ảnh hưởng từ việc người bệnh có điều trị hay không.

Cần mở rộng cỡ mẫu và xét trên nhiều đặc điểm để mẫu có thể đại diện cho nhóm người bệnh COVID kéo dài bị mất ngủ ở thành phố Hồ Chí Minh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mất ngủ ở người bệnh COVID kéo dài chiếm 61,4%, chia làm 3 mức độ: mất ngủ mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 30,7%, mất ngủ mức độ trung bình chiếm 28,7%, mất ngủ mức độ nặng chiếm 2,0% (tỷ lệ được tính trên tổng số mẫu n=150).

Tỷ lệ mất ngủ được báo cáo cao hơn ở các nhóm Nữ (50,7%), >60 tuổi (88,6%), Nghi hưu (86,1%), Không có khả năng chi trả nhu cầu cơ bản (88,9%), Có bệnh lý nền kèm theo (79,3%), Hoàn toàn không tập thể dục (71,4%). Thời gian kéo dài triệu chứng trong 4 – 12 tuần (74%), Điều trị COVID-19 có hỗ trợ bằng ô-xi liệu pháp (85,4%), Luôn luôn có những căng thẳng – lo lắng do đại dịch COVID-19 (100%).

Tỷ lệ mất ngủ có giảm ở nhóm sau nhiễm COVID-19 >12 tuần, tuy nhiên cần có những biện pháp tầm soát và phòng ngừa ở những đối tượng nguy cơ cao. Đặc biệt, tỷ lệ mất ngủ giảm theo cường độ vận động thể lực, vì vậy có thể tổ chức tuyên truyền, giáo dục người bệnh tăng cường các hoạt động thể lực. Ngoài ra, rất cần các nghiên cứu về hiệu quả và các yếu tố tác động cụ thể của các biện pháp can thiệp điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cutler AJ.** (2016). The Role of Insomnia in Depression and Anxiety: Its Impact on functioning, Treatment, and Outcome. *J Clin Psychiatry*, 77(8):e1010. doi: 10.4088/JCP.14076tx3c.
2. **Xiong Q, Xu M, Li J, Liu Y, Zhang J, Xu Y, Dong W.** (2021). Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(1):89-95. DOI: 10.1016/j.cmi.2020.09.023
3. **Halpin SJ, McIvor C, Whyatt G, Adams A, Harvey O, Mclean L, Walshaw C, et al.** (2021). Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation. *Journal of medical virology*, 93(2):1013-1022. DOI: 10.1002/jmv.26368.
4. **Huang CL, Huang LX, Wang YM, Li X, Ren LL, Gu XY, et al.** (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, 397(10270):220-232. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8.
5. **Arocha Rodulfo JI.** (2019) Sedentary lifestyle a disease from xxi century. *Clin Investig Arterioscler*, 31(5):233-240. DOI: 10.1016/j.arteri.2019.04.004.
6. **Richter K, Kellner S.** (2021). ["Coronasomnia"-promoting resilience through insomnia treatment]. *Somnologie* (Berl), 1:1-5. DOI: 10.1007/s11818-021-00322-8.
7. **Sivan M, Taylor S.** (2020). NICE guideline on long covid. *Bmj*, 371. DOI: 10.1136/bmj.m4938
8. **Zhu Y, Shi H, Wang Q, Wang Y, Yu X, Di J, Zhang X, et al.** (2017). Association between Nine Types of TCM Constitution and Five Chronic Diseases: A Correspondence Analysis Based on a Sample of 2,660 Participants. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM* 2017:9439682. DOI: 10.1155/2017/9439682.
9. **Asper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J.** (2015). *Harrison's principles of internal medicine*, 19e(1). McGraw-hill New York, NY, USA.
10. **Xiong Q, Xu M, Li J, Liu Y, Zhang J, Xu Y, Dong W.** (2021). Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(1):89-95. DOI: 10.1016/j.cmi.2020.09.023
11. **Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F.** (2002). Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *Journal of psychosomatic research*, 53(3):737-740. DOI: 10.1016/s0022-3999(02)00330-6.

MỨC ĐỘ PHỔ BIẾN VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUYẾT ĐỊNH LỰA CHỌN SỬ DỤNG Y HỌC CỔ TRUYỀN TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH COVID-19 TẠI PHƯỜNG 17 – QUẬN PHÚ NHUẬN

Trần Thị Mỹ Lệ¹, Nguyễn Hữu Đức Minh¹,
Võ Trọng Tuấn¹, Huỳnh Tấn Vũ¹, Nguyễn Thị Anh Đào¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Năm 2019, đại dịch COVID-19 do virus SARS-CoV-2 lây lan nhanh chóng trên toàn cầu. Kết quả thực tiễn hiện nay đã chứng minh rằng can thiệp bằng Y học cổ truyền (YHCT) là cần thiết và hiệu quả trong quản lý COVID-19. Vì thế, nghiên cứu này khảo sát mức độ phổ biến của YHCT trong hỗ trợ điều trị người bệnh COVID-19 và các yếu tố liên quan đến quyết định lựa chọn sử dụng YHCT của người bệnh tại Phường 17, Quận Phú Nhuận.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 384 người bệnh đã từng nhiễm COVID-19 tại Phường 17, Quận Phú Nhuận, khảo sát thực hiện thông qua Google biểu mẫu hoặc phỏng vấn trực tiếp qua điện thoại.

Kết quả: Kết quả cho thấy có 83,9% người bệnh có sử dụng các phương pháp YHCT trong hỗ trợ điều trị COVID19, trong đó phương pháp có tỉ lệ sử dụng cao nhất là xông hơi (82,9%), tiếp đến là dùng dược liệu - vị thuốc (76,4%), sử dụng phương pháp yoga – dưỡng sinh – khí công là 35,7%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê

giữa trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, đã từng sử dụng YHCT trước đó và tình trạng sử dụng YHCT của người bệnh COVID-19 ($P < 0,05$).

Kết luận: Phần lớn người bệnh có sử dụng YHCT trong quá trình hỗ trợ điều trị COVID-19, trong đó phương pháp xông hơi được sử dụng nhiều nhất. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, đã từng sử dụng YHCT và tình trạng sử dụng YHCT của người bệnh COVID-19.

Từ khóa: Y học cổ truyền, COVID-19

SUMMARY

PREVALENCE AND DETERMINANTS OF CHOOSING TRADITIONAL MEDICINE IN THE COMPLEMENTARY TREATMENT OF COVID-19 AT WARD 17 – PHU NHUAN DISTRICT

Objectives: In 2019, the COVID-19 pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus spread rapidly around the globe. Current practical results have demonstrated that traditional medicine interventions are necessary and effective in the management of COVID-19. Therefore, this study investigates the popularity of traditional medicine in supporting the treatment of COVID-19 patients and the factors related to the patient's decision to choose to use traditional medicine in Ward 17, Phu Nhuan District.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 384 patients who had been

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Đức Minh
SĐT: 0983276267

Email: nhdmnh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 05/08/2022

infected with COVID-19 in Ward 17, Phu Nhuan District, the survey was conducted through the Google Forms survey or face-to-face phone interview.

Results: The results showed that 83.9% of patients used traditional medicine methods in supporting the treatment of COVID19, of which the method with the highest rate of use was sauna (82.9%), followed by the use of herbal medicine (76.4%), using the method of Yoga – Nourishing life – Qigong was 35.7%. Statistically significant differences between education level, economic status, previous use of traditional medicine and traditional medicine use status of patients with COVID-19 ($P < 0.05$).

Conclusion: Most of the patients used Traditional Medicine in the process of supporting the treatment of COVID-19, in which the sauna was used the most. There is a relationship between education level, economic status, use of traditional medicine and traditional medicine use status of COVID-19 patients.

Keywords: traditional medicine, COVID-19

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2019, một đợt bùng phát bệnh giống như viêm phổi đã xảy ra ở Vũ Hán, Trung Quốc. Tác nhân gây ra đợt bùng phát này sau đó được tìm thấy là một Coronavirus mới, sau đó được đặt tên là SARS-CoV-2. Virus này lây lan nhanh chóng trên toàn cầu và được WHO tuyên bố là đại dịch phân tán trên toàn thế giới. Bệnh Coronavirus (COVID-19) biểu hiện chủ yếu là viêm đường hô hấp cấp tính với các triệu chứng bao gồm sốt, đau họng, đau cơ, mệt mỏi, khó thở, mất vị giác hoặc khứu giác...⁽¹⁾. Các kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy các loại thuốc kháng virus như Monupiravir, Remdesivir chưa có bằng chứng đủ mạnh về tính an toàn và hiệu quả lâm sàng⁽²⁾. Phương

pháp điều trị hiện tại vẫn là điều trị cải thiện các triệu chứng cho người bệnh là chủ yếu.

Trong số đó, Y học cổ truyền (YHCT) là một phương pháp điều trị lâu đời đáng được quan tâm chú trọng. Theo YHCT, các triệu chứng của COVID-19 tương tự như các triệu chứng được giải thích trong Hoàng đế nội kinh, thuộc phạm vi “Ôn dịch” của học thuyết “Ôn bệnh học”, có tên “Cảm mạo ôn bệnh”, là bệnh có tính lây nhiễm cao và thành dịch⁽³⁾. Tại Trung Quốc, hơn 85% người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 đang được điều trị theo YHCT⁽⁴⁾. Kết quả thực tiễn hiện nay đã chứng minh rằng can thiệp bằng YHCT là cần thiết và hiệu quả trong quản lý COVID-19, thể hiện qua việc cải thiện tỉ lệ khỏi bệnh, rút ngắn diễn biến bệnh, chậm tiến triển của bệnh và giảm tỉ lệ tử vong⁽⁵⁾. Tại Việt Nam, từ tháng 03 năm 2020, Bộ Y tế đã ban hành công văn 1306/BYT-YHDT về tăng cường các biện pháp phòng, chống bệnh viêm đường hô hấp cấp do SAR-COV-2, đồng thời phát huy thế mạnh của YHCT trong việc phòng và hỗ trợ điều trị bệnh COVID-19⁽⁶⁾. Tuy nhiên, hiện tại vẫn chưa có số liệu thống kê về tình hình sử dụng YHCT trong hỗ trợ điều trị người bệnh COVID-19 ở một địa phương nào, đặc biệt là Thành phố Hồ Chí Minh – thành phố chịu ảnh hưởng nặng nề của dịch bệnh. Do đó, câu hỏi được đặt ra là: “Mức độ phổ biến sử dụng YHCT của người bệnh trong hỗ trợ điều trị bệnh COVID-19 là như thế nào và các yếu tố nào ảnh hưởng đến lựa chọn sử dụng YHCT trong quá trình điều trị bệnh COVID-19 của bản thân người bệnh tại Phường 17 – Quận Phú Nhuận – Thành phố Hồ Chí Minh?”.

Mục tiêu

Xác định tỉ lệ người bệnh có sử dụng YHCT trong điều trị bệnh COVID-19 tại

Phường 17, Quận Phú Nhuận.

Xác định tỉ lệ các phương pháp YHCT được người bệnh áp dụng trong quá trình điều trị bệnh COVID-19 tại Phường 17, Quận Phú Nhuận.

Xác định mối liên quan giữa lựa chọn sử dụng YHCT trong hỗ trợ điều trị COVID-19 với các đặc điểm nền (tuổi, giới, nghề nghiệp, tình trạng chung sống, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn) và việc đã từng sử dụng YHCT trước đó của người bệnh tại Phường 17, Quận Phú Nhuận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn

Người bệnh COVID-19 từ đủ 18 tuổi trở lên, được xác định nhiễm bệnh và đã khỏi bệnh, được quản lý và theo dõi tại trạm y tế Phường 17, Quận Phú Nhuận, Thành phố Hồ Chí Minh, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu từ tháng 01/2022 – 04/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh COVID-19 không liên lạc được hoặc không có khả năng nghe hiểu tiếng Việt hoặc có vấn đề về sức khỏe tâm thần hoặc ngôn ngữ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang mô tả

Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu không theo xác suất, chọn mẫu thuận tiện.

Sử dụng bộ câu hỏi tự điền. Người bệnh sẽ được gửi link bộ câu hỏi, được giải thích về mục đích nghiên cứu và hình thức trả lời thông qua link khảo sát, sau khi hoàn thành bộ câu hỏi kết quả sẽ được gửi về nghiên cứu viên. Những người bệnh không thể tự điền link bộ câu hỏi, nghiên cứu viên phỏng vấn

trực tiếp qua điện thoại thu thập thông tin để điền kết quả vào link bộ câu hỏi.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Sử dụng Google biểu mẫu để thiết kế bộ câu hỏi. Bộ câu hỏi gồm 3 phần:

Phần 1: đặc điểm nền.

Phần 2: đặc điểm sử dụng YHCT trong hỗ trợ điều trị COVID-19.

Phần 3: các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn YHCT.

Biến số nghiên cứu

Biến số phụ thuộc: sử dụng YHCT trong điều trị bệnh COVID-19: là tình trạng người bệnh sử dụng các phương pháp của YHCT cho bản thân trong quá trình điều trị bệnh COVID-19.

Biến số độc lập: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: giới; tuổi; trình độ học vấn; nghề nghiệp; tình trạng chung sống trong quá trình bệnh; tình trạng kinh tế bản thân trong thời gian bị nhiễm bệnh. Đặc điểm liên quan sử dụng YHCT: các triệu chứng COVID-19 người bệnh sử dụng YHCT để hỗ trợ điều trị, nguồn thông tin kiến thức về YHCT. Các phương pháp của YHCT được sử dụng trong hỗ trợ điều trị COVID-19.

2.3. Xử lý số liệu

Nhập liệu, mã hóa, kiểm tra, xử lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.

Mô tả kết quả nghiên cứu bằng cách thống kê tần số, tỉ lệ của các biến định tính.

So sánh sự khác biệt về đặc điểm nhóm tuổi, giới, nghề nghiệp, tình trạng chung sống, tình trạng kinh tế, trình độ học vấn, từng sử dụng YHCT trước khi nhiễm COVID-19 giữa hai nhóm có và không sử dụng YHCT bằng kiểm định Chi bình phương hoặc kiểm định Fisher's exact.

2.4. Ý đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Quyết định số 93/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Có 384 người bệnh tham gia nghiên cứu, các đặc điểm mẫu nghiên cứu được trình bày bảng sau:

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (N=384)

Đặc điểm	Phân loại	Tần số	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	203	52,9
	Nữ	181	47,1
Tuổi	18-39	267	69,5
	40-59	88	22,9
	Từ 60	29	7,6
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	236	61,5
	Lao động tay chân	92	24
	Nghỉ hưu	38	9,9
	Khác	18	4,7
Trình độ học vấn	Tiểu học	10	2,6
	Trung học cơ sở	19	4,9
	Trung học phổ thông	95	24,7
	Trung cấp, cao đẳng, đại học, sau đại học	240	62,5
	Sau đại học	20	5,2
Tình trạng kinh tế bản thân	Khá giả	46	12
	Đủ sống	286	74,5
	Khó khăn	52	13,5
Tình trạng chung sống trong quá trình bệnh	Gia đình	168	43,8
	Người thân	72	18,8
	Bạn bè	100	26,0
	Một mình	44	11,5

Người bệnh tham gia vào nghiên cứu tỉ lệ nam nhiều hơn nữ, độ tuổi thanh niên từ 18 – 39 là chủ yếu. Đa số người bệnh là lao động trí óc; trình độ học vấn chủ yếu là từ trung cấp trở lên, bên cạnh đó học vấn tiểu học chiếm tỉ lệ thấp nhất. Trong giai đoạn nhiễm bệnh, tình trạng kinh tế mức trung bình đủ sống là phổ biến trong nhóm đối tượng nghiên cứu và nhóm khá giả là chiếm tỉ lệ

thấp nhất trong nghiên cứu. Người bệnh chung sống với gia đình chiếm ưu thế trong quá trình bệnh COVID-19 kể đến là sống chung với bạn bè, thấp nhất là sống một mình trong thời gian nhiễm bệnh.

Mức độ phổ biến sử dụng YHCT, các phương pháp YHCT được ứng dụng và các đặc điểm liên quan trong hỗ trợ điều trị COVID-19

Bảng 2. Tỷ lệ sử dụng YHCT và các phương pháp YHCT được sử dụng trong người bệnh COVID-19 (N=384)

		Tần số	Tỷ lệ (%)
Sử dụng YHCT hỗ trợ điều trị COVID-19	Có	322	83,9
	Không	62	16,1
Từng sử dụng YHCT trước nhiễm COVID-19	Có	227	59,1
	Không	157	40,9
Điều trị dùng thuốc	Sử dụng dược liệu, vị thuốc	251	77,9
	Xông hơi	279	86,7
Điều trị không dùng thuốc	Châm cứu	15	4,7
	Xoa bóp – bấm huyệt	51	15,8
	Yoga – dưỡng sinh – khí công	137	35,7
	Giác hơi	45	11,7

Mẫu nghiên cứu cho thấy người bệnh có sử dụng YHCT trong hỗ trợ điều trị COVID-19 chiếm ưu thế cao, đến 83,9%; trong khi đó tỷ lệ người có từng sử dụng YHCT vì bất cứ lý do gì trước đó chỉ chiếm 59,1%. Phương pháp xông hơi được sử dụng nhiều

nhất với 86,7%, tiếp đến là sử dụng các dược liệu vị thuốc (77,9%), thứ ba là các phương pháp yoga – dưỡng sinh – khí công 35,7%. Các phương pháp ít được sử dụng hơn là xoa bóp – bấm huyệt, giác hơi, châm cứu.

Bảng 3. Triệu chứng người bệnh sử dụng YHCT để hỗ trợ điều trị (N=384)

Triệu chứng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sốt, ớn lạnh	135	35,2
Đau họng, ho (ho khan, ho có đờm)	218	56,8
Chảy nước mũi, nghẹt mũi.	201	52,3
Mất khứu giác, mất vị giác.	143	37,2
Khó thở, đau ngực.	81	21,1
Đau đầu, đau mỏi cơ.	15	3,9
Tiêu chảy.	47	12,2
Khác	0	0

Các triệu chứng đau họng, ho chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,8%; tiếp đến là nhóm triệu chứng chảy nước mũi, nghẹt mũi với 52,3%; nhóm triệu chứng đau đầu, đau mỏi cơ có tỷ lệ thấp nhất với 3,9%.

Bảng 4. Nguồn thông tin kiến thức về YHCT

Nguồn thông tin	Tần số	Tỷ lệ (%)
Bác sĩ/dược sĩ/điều dưỡng/nhân viên y tế.	248	64,6
Các trang mạng xã hội như facebook/tiktok/youtube/internet (Google)	189	49,2
Gia đình/bạn bè/người thân.	188	49,0
Kiến thức kinh nghiệm bản thân.	176	45,8
Khác	0	0

Nguồn thông tin kiến thức về YHCT của người bệnh đến chủ yếu từ nhóm bác sĩ/được sĩ/điều dưỡng/nhân viên y tế, các nguồn thông tin còn lại có tỉ lệ gần như nhau trong mẫu nghiên cứu.

Liên quan giữa đặc điểm nền, việc từng sử dụng YHCT trước đây và tình hình sử dụng YHCT trong hỗ trợ điều trị COVID-19.

Bảng 5. Phân bố tỉ lệ giữa lựa chọn sử dụng YHCT và các đặc điểm của người bệnh COVID-19

Đặc tính	Sử dụng các phương pháp YHCT		p
	Không Tần số (Tỉ lệ %)	Có Tần số (Tỉ lệ %)	
Giới tính			
Nam	38 (61,3)	165 (51,2)	0,147
Nữ	24 (38,7)	157 (48,8)	
Nhóm tuổi:			
18 - 39 tuổi	48 (77,4)	219 (68,0)	0,227
40 - 59 tuổi	9 (14,5)	79 (24,5)	
≥60 tuổi	5 (8,1)	24 (7,5)	
Trình độ học vấn:			
Tiểu học	1 (1,6)	9 (2,8)	0,007
Trung học cơ sở	5 (8,1)	14 (4,3)	
Trung học phổ thông	15 (24,2)	80 (24,8)	
Trung cấp, Cao đẳng, Đại học	32 (51,6)	208 (64,6)	
Sau đại học	9 (14,5)	11 (3,4)	
Kinh tế:			
Khá giả	4 (6,5)	42 (13,0)	<0,001
Đủ sống	39 (62,9)	247 (76,7)	
Khó khăn	19 (30,6)	33 (10,2)	
Nghề nghiệp:			
Lao động trí óc	32 (51,6)	204 (63,4)	0,132
Lao động chân tay	17 (27,4)	75 (23,3)	
Nghỉ hưu	7 (11,3)	31 (9,6)	
Khác	6 (9,7)	12 (3,7)	
Người chung sống			
Gia đình	22 (35,5)	146 (45,3)	0,555
Người thân	13 (21,0)	59 (18,3)	
Bạn bè	19 (30,6)	81 (25,2)	
Một mình	8 (12,9)	36 (11,2)	
Đã từng sử dụng YHCT trước nhiễm COVID-19			
Có sử dụng	9 (14,5)	218 (67,7)	<0,001
Không sử dụng	53 (85,5)	104 (32,3)	

Đặc điểm người bệnh về trình độ học vấn, tình trạng kinh tế và đã từng sử dụng YHCT trước đây có sự khác biệt với tình hình sử dụng YHCT trong hỗ trợ điều trị COVID-19 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bệnh nhân nam mắc COVID-19 chiếm 52,9% nhiều hơn so với bệnh nhân nữ chiếm 47,1% trong mẫu nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ là 1,1/1; đặc điểm này tương đồng với các nghiên cứu khác trên bệnh nhân COVID-19 tại Việt Nam, như nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Sơn (2021) có bệnh nhân nam chiếm 54,2%, tỉ lệ nam/nữ là 1,2/1⁽⁷⁾. Nhóm người bệnh trong độ tuổi từ 18 – 39 và 40 – 59 chiếm ưu thế trong mẫu nghiên cứu, tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Như Khuê (2021) trên người bệnh COVID-19, có tỉ lệ người bệnh trong độ tuổi 18-39 là 67,6%⁽⁸⁾. Nhóm người bệnh thuộc lao động trí óc chiếm tỉ lệ cao nhất (61,5%), tiếp đến là nhóm lao động chân tay so với trong nghiên cứu Nguyễn Ngọc Như Khuê (2021), tỉ lệ người tham gia có nghề nghiệp là nông dân và công nhân chiếm tỉ lệ cao nhất với 53,6% và 16,7%⁽⁸⁾; có sự khác biệt giữa các nghiên cứu này do địa điểm thực hiện khác nhau, tình hình kinh tế, ưu thế việc làm và tỉ trọng các ngành nghề trong mỗi vùng là khác nhau. Nhóm người bệnh trung cấp, cao đẳng, đại học chiếm tỉ lệ cao nhất (62,5%), tiếp đến là nhóm trình độ trung học phổ thông (24,7%), thấp nhất là nhóm có trình độ tiểu học chiếm 2,6%; nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Như Khuê (2021) có trình độ Trung học cơ sở là cao nhất với 37,7%, tiếp đến là các nhóm trung học phổ thông, và trung cấp, cao đẳng, đại học, lần lượt là 28,9% và 17,7%⁽⁸⁾; có sự khác biệt này có lẽ do địa điểm nghiên cứu 2 đề tài thuộc hai

khu vực khác nhau, Thành phố Hồ Chí Minh là thành phố lớn nhất cả nước, nơi tập trung nhiều trường đào tạo từ các cấp bậc trung cấp, cao đẳng, đại học hơn cả. Người bệnh của mẫu nghiên cứu chung sống với gia đình chiếm ưu thế trong quá trình bệnh COVID-19 (43,8%), kế đến là sống chung với bạn bè (26%), thấp nhất là sống một mình (11,5%) trong thời gian nhiễm bệnh; đặc điểm phường thực hiện nghiên cứu cũng chủ yếu là các hộ gia đình sinh sống, thời gian dịch bệnh, giãn cách xã hội nên chủ yếu mọi người ở nhà. Tình trạng đủ sống chiếm ưu thế trong người bệnh của mẫu nghiên cứu (74,5%), nhóm khó khăn và khá giả có tỉ lệ khá tương đồng nhau; COVID-19 đã làm nền kinh tế nước ta nói chung và của Thành phố Hồ Chí Minh nói riêng suy giảm, nhất là trong đợt dịch lần thứ 4, chính vì thế mà tình trạng kinh tế của người dân cũng giảm sút, điều này góp phần lý giải cho mức kinh tế đủ sống chiếm ưu thế trong mẫu nghiên cứu này.

Mức độ phổ biến sử dụng YHCT trong hỗ trợ điều trị COVID-19 và các đặc điểm liên quan

Nghiên cứu khảo sát trong 384 người ở một phường của Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỉ lệ người bệnh có sử dụng các phương pháp YHCT trong hỗ trợ điều trị COVID-19 là 83,9%. Tỉ lệ này là khá cao so với một số nghiên cứu về sử dụng YHCT tại các tỉnh thành khác của Việt Nam, như nghiên cứu của Vũ Thị Phượng (2016) tại Thành phố Tuy Hòa tỉ lệ sử dụng YHCT là 80%⁽⁹⁾, Lê Văn Trung (2016) tại Thành phố

Quy Nhơn tỉ lệ sử dụng YHCT là 47,7%⁽¹⁰⁾. So với nghiên cứu của các nước trên thế giới, tỉ lệ này cũng cao hơn so với nghiên cứu ở Ethiopia là 80%⁽¹¹⁾, ở Nigeria là 77,5%⁽¹²⁾, đối với Campuchia là 27%⁽¹³⁾. Còn trong đợt bùng phát COVID-19; tại Hồng Kông, tỉ lệ sử dụng YHCT là 44%⁽¹⁴⁾. Nghiên cứu khảo sát tại Ấn Độ ghi nhận có 25,8% người bệnh có sử dụng YHCT trong quá trình điều trị COVID-19 của họ⁽¹⁵⁾. Việt Nam là một nước có nền YHCT lâu đời và phong phú cùng phát triển với chiều dài lịch sử đất nước. YHCT đã có hàng nghìn năm kinh nghiệm trong việc điều hòa cơ thể và nâng cao sức đề kháng chống lại dịch bệnh, với những hiểu biết và kinh nghiệm phòng chống dịch độc đáo. Đối với những người bệnh COVID-19 nhẹ và có các triệu chứng cảm mạo thông thường, việc can thiệp sớm bằng YHCT có thể ngăn chặn hiệu quả bệnh chuyển biến thành bệnh nặng và nguy kịch vì những cơ chế tác động không chỉ ức chế virus mà còn có thể ngăn chặn nhiễm trùng, điều chỉnh phản ứng miễn dịch, cắt cơn bão viêm và thúc đẩy quá trình sửa chữa tự hồi phục của cơ thể⁽¹⁶⁾, đây cũng là một trong những lý do tỉ lệ sử dụng YHCT trong hỗ trợ điều trị COVID-19 cao hơn so với các nghiên cứu khác vào thời điểm chưa xuất hiện COVID-19. Ghi nhận từ nghiên cứu, chỉ khoảng 59,1% người bệnh từng sử dụng YHCT trước khi bị bệnh COVID-19. Nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ là khoảng 31,6%⁽¹⁷⁾; tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi có số người sử dụng YHCT tăng hơn trong COVID-19. Sự lây lan nhanh chóng của đợt

bùng phát đại dịch COVID-19 gần đây đã làm gia tăng nỗi sợ hãi, hoảng sợ và khó chịu trong cộng đồng dân cư nói chung, điều này càng gia tăng hơn khi thực sự bị bệnh, vì thế nên nhiều người bệnh mặc dù chưa từng sử dụng YHCT, cũng sẽ tìm kiếm và sử dụng nhiều phương pháp kết hợp trong quá trình điều trị, trong đó có YHCT – là một phần trong hệ thống chăm sóc sức khỏe của nước ta. Nghiên cứu cũng cho thấy các triệu chứng đau họng, ho chiếm tỉ lệ cao nhất với 56,8%; tiếp đến là nhóm triệu chứng chảy nước mũi, nghẹt mũi với 52,3%; sốt, ớn lạnh là 35,2%; mất khứu giác, mất vị giác là 37,2% là các triệu chứng xuất hiện được người bệnh sử dụng YHCT để hỗ trợ điều trị. Các triệu chứng này là biểu hiện của viêm long đường hô hấp trên, cũng là các triệu chứng tương tự như bệnh cảm cúm thông thường – bệnh thường gặp ở Việt Nam, nên việc ứng dụng YHCT vào quá trình điều trị càng được chú trọng. Nguồn thông tin kiến thức về YHCT của người bệnh đến chủ yếu từ nhóm bác sĩ/được sĩ/điều dưỡng/nhân viên y tế 64,6%, các nguồn thông tin còn lại có tỉ lệ gần như nhau gồm các trang mạng xã hội như facebook/tiktok/youtube/internet (Google) 49,2%; gia đình/bạn bè/người thân 49%; kiến thức kinh nghiệm bản thân 45,8%, có lẽ do COVID-19 là một dịch bệnh mới xuất hiện, hầu như mọi người đều chưa có nhiều thông tin về nó, nên việc tìm kiếm nguồn thông tin từ các chuyên gia y tế mang lại sự tin tưởng và an toàn hơn; cùng với đó cũng là sự phát triển của công nghệ thông tin, người bệnh cũng có thể dễ dàng tìm kiếm thông tin qua

các nền tảng trực tuyến; kết hợp với kiến thức kinh nghiệm bản thân cũng như từ các thành viên trong gia đình hay bạn bè, người thân trong những bệnh về đường hô hấp tương tự được vận dụng triệt để vào việc điều trị bệnh COVID-19 này.

Các phương pháp YHCT được sử dụng trong hỗ trợ điều trị COVID-19

Phương pháp xông hơi được sử dụng nhiều nhất với 86,7%, tiếp đến là sử dụng các dược liệu, vị thuốc (77,9%), thứ ba là các phương pháp yoga – dưỡng sinh – khí công 35,7%. Các phương pháp ít được sử dụng hơn là xoa bóp – bấm huyệt, giác hơi, châm cứu. Theo nghiên cứu của Vũ Thị Phụng, trong số các phương pháp chữa bệnh bằng YHCT thì phương pháp xông hơi được sử dụng nhiều nhất (64,7%), tiếp đến là các phương pháp uống thuốc (dược liệu, vị thuốc) chiếm 55,1%⁽⁹⁾. Hơi nước kèm thảo dược giúp làm sạch đường hô hấp giúp ngăn chặn virus xâm nhập, sinh sản, làm giảm sự tàn phá của virus, tương tự như ở Ấn Độ, liệu pháp xông hơi bằng thảo dược đã được công nhận là một phương pháp điều trị cảm lạnh thông thường tại nhà⁽¹⁷⁾. Xông hơi là một phương pháp đơn giản, phổ biến và quen thuộc tại Việt Nam, có thể thực hiện tại nhà với các loại thảo dược có sẵn vì thế không khó hiểu khi nó là phương pháp được ứng dụng nhiều nhất. Nghiên cứu tại Cameroon đã ghi nhận tỉ lệ người dân sử dụng thuốc thảo dược để phòng chống COVID-19 là 24,4%⁽¹⁹⁾. Từ hàng nghìn năm nay, người dân Việt Nam đã sử dụng các loại cây thuốc được thu hái từ vườn nhà để chữa các bệnh

khác nhau; nhiều nghiên cứu đã ghi nhận thuốc thảo dược thường được sử dụng với các bệnh lý truyền nhiễm đường hô hấp tương tự trước đây⁽²⁰⁾, không khó để các thảo dược, vị thuốc được ưu tiên hỗ trợ trong quá trình điều trị bệnh COVID-19 nhằm cải thiện các triệu chứng do COVID-19 gây ra. COVID-19 là một hội chứng viêm đường hô hấp, ít nhiều ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, thông khí của người bệnh, vì thế mà các phương pháp yoga – dưỡng sinh – khí công được người bệnh thực hành sử dụng nhiều trong bệnh lý này, đồng thời các phương pháp yoga – dưỡng sinh – khí công còn giúp người bệnh thư giãn, giảm bớt căng thẳng lo lắng về bệnh tật và cải thiện giấc ngủ trong quá trình bệnh. Ngoài ra, các phương pháp khác như châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, giác hơi ít được sử dụng hơn có lẽ vì trong quá trình bệnh cần thực hiện cách ly y tế, mà các phương pháp này cần có bác sĩ thực hiện nên tỉ lệ người sử dụng còn thấp.

Liên quan giữa đặc điểm nền, việc từng sử dụng YHCT trước đây và tình hình sử dụng YHCT trong hỗ trợ điều trị COVID-19

Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, trước đây đã từng sử dụng YHCT và tình trạng sử dụng YHCT của người bệnh COVID-19. Nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ cho thấy, những người tham gia có nhóm tuổi cao hơn (trên 40 tuổi), giới tính nữ, đã lập gia đình, học đại học, thu nhập hàng tháng cao hơn và trước đây đã sử dụng YHCT có nhiều khả năng sử dụng YHCT hơn⁽¹⁷⁾. Nghiên cứu tại Ethiopia cho

thấy có sự liên quan giữa độ tuổi, tình trạng học vấn, nghề nghiệp và hiệu quả của YHCT trong việc hướng tới sử dụng YHCT⁽¹¹⁾. Việc đã từng có kinh nghiệm sử dụng trước đây giúp người bệnh tự tin lựa chọn và có nhiều kiến thức hơn để có thể áp dụng YHCT đúng đắn và hiệu quả. Một điều rõ ràng là COVID-19 đã tác động rất nhiều đến tình trạng kinh tế của hầu hết các quốc gia, mỗi người, mỗi gia đình đều có ảnh hưởng ít nhiều và việc lựa chọn phương pháp nào để điều trị bệnh cũng gắn liền với kinh tế bản thân mỗi người. Cùng với đó là trình độ học vấn, như đã biết, COVID-19 là một dịch bệnh mới xuất hiện, trình độ học vấn có thể ảnh hưởng nhiều đến kết quả tìm kiếm thông tin, kiến thức và hướng điều trị thích hợp cho căn bệnh này.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn người bệnh có sử dụng YHCT trong quá trình hỗ trợ điều trị COVID-19, trong đó phương pháp xông hơi được sử dụng nhiều nhất. Có mối liên quan giữa trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, đã từng sử dụng YHCT và tình trạng sử dụng YHCT của người bệnh COVID-19. Các phương pháp YHCT thực sự có vai trò trong điều trị COVID-19, cần được phổ biến và hướng dẫn người bệnh sử dụng hợp lý, hiệu quả, an toàn và đúng đắn, nhất là các phương pháp có thể thực hiện tại nhà, ít tốn kém như các phương pháp xông hơi, dưỡng sinh – yoga – khí công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO.** Covid-19 Situation in China 2021. Update Date 08/10/ 2021. <https://covid19.who.int/region/wpro/country/cn>.
2. **James MB** (2022). Molnupiravir's authorisation was premature. The BMJ. 376: o443.
3. **Bộ Y Tế** (2020). Công văn về việc tăng cường phòng, chống bệnh viêm đường hô hấp cấp do SARS -Cov-2 bằng thuốc và các phương pháp YHCT. Công văn số 1306/BYT-YDCT ngày 17 tháng 3 năm 2020 của Bộ Y tế.
4. **Yang Y, Islam MS, Wang J, Li Y, Chen X.** (2020). Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Patients Infected with 2019-New Coronavirus (SARS-CoV-2): A Review and Perspective. The International Journal of Biological Sciences.16(10): 1708-1717.
5. **Ren W, Liang P, Ma Y, Sun Q, Pu Q, Dong L. et al** (2021). Research progress of traditional Chinese medicine against COVID-19. Biomed Pharmacother. 137: 111310.
6. **Bộ Y Tế** (2020), Công văn về việc tăng cường phòng, chống bệnh viêm đường hô hấp cấp do SARS -Cov-2 bằng thuốc và các phương pháp YHCT. Công văn số 1306/BYT-YDCT ngày 17 tháng 3 năm 2020 của Bộ Y tế.
7. **Nguyễn Tuấn Sơn, Đào Duy Anh, Lê Thị Nhung, Hoàng Lan, Nguyễn Hữu Sơn, Nông Thị Ngân Giang và cộng sự** (2022). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị của bệnh nhân COVID-19 tại Đồng Tháp. Khoa học - Đại học Quốc gia Hà Nội. 38(1): 90-96.
8. **Nguyễn Ngọc Như Khuê, Vũ Thị Quỳnh Hậu, Nguyễn Anh Khoa, Lê Phúc, Nguyễn Hữu Huyền** (2022). Đặc điểm hậu COVID-

- 19 tại Đắk Lắk, năm 2021. Y học Việt Nam. 513(1).
9. **Vũ Thị Phụng** (2016). Khảo sát tình hình ứng dụng các phương pháp y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe của nhân dân thành phố tuy hòa. Bệnh viện YHCT Phú Yên.
 10. **Lê Văn Trung** (2016). Tình hình sử dụng Y học cổ truyền trong chữa trị một số chứng bệnh thông thường của người dân thành phố Quy Nhơn năm 2016.
 11. **Wassie SM, Aragie LL, Taye BW, Mekonnen LB** (2015). Knowledge, Attitude, and Utilization of Traditional Medicine among the Communities of Merawi Town, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015.
 12. **Chukwuma BD, Kevin CD, Kenechi AU, Chioma AD, Irene AM, Anthony CI et al** (2016). Combined Orthodox and Traditional Medicine Use among Households in Orlu, Imo State, Nigeria: Prevalence and Determinants. *Preventive Medicine*. 4: 5-11.
 13. **Pearson H, Fleming T, Chhoun P, Tuot S, Brody C, Yi S** (2018). Prevalence of and factors associated with utilization of herbal medicines among outpatients in primary health centers in Cambodia. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 18(1): 114.
 14. **Lam CS, Koon HK, Chung VCH, Cheung YT** (2021). A public survey of traditional, complementary and integrative medicine use during the COVID-19 outbreak in Hong Kong. *PLOS ONE*. 16(7).
 15. **Charan J, Bhardwaj P, Dutta S, Kaur R, Bist SK, Detha MD et al** (2020). Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Home Remedies by COVID-19 Patients: A Telephonic Survey. *Indian Journal of Clinical Biochemistry*. 1-4.
 16. **Ren JL, Zhang AH, and Wang XJ** (2020). Traditional Chinese medicine for COVID-19 treatment. *Pharmacological Research*. 155: 104743.
 17. **Karatas Y, Khan Z, Bilen C, Boz A, Ozagil ESG, Abussuutoglu AB et al** (2021). Traditional and Complementary Medicine use and beliefs during COVID-19 outbreak: A cross-sectional survey among the general population in Turkey. *Advances in Integrative Medicine*.
 18. **Gowrishankar S, Muthumanickam S, Kamaladevi A, Karthika C, Jothi R, Boomi P et al** (2021). Promising phytochemicals of traditional Indian herbal steam inhalation therapy to combat COVID-19 - An in silico study. *Food Chem Toxicol*. 148: 111966.
 19. **Charlotte WA, Nana TN, Assob JCN, Dickson NS** (2021). Prevalence and Predictors of Traditional, Complementary/Alternative Medicine use, and types of herbal remedies used for COVID-19 in the South West Region of Cameroon. *Research Square*.
 20. **Mousa HA** (2017). Prevention and Treatment of Influenza, Influenza-Like Illness, and Common Cold by Herbal, Complementary, and Natural Therapies. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 22(1): 166-174.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, SỬ DỤNG CÁC PHƯƠNG PHÁP THỞ TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ COVID – 19

Phạm Thành Minh¹, Nguyễn Thị Anh Đào¹,
Nguyễn Đình Trí², Nguyễn Hữu Đức Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mức độ kiến thức, thái độ và tỉ lệ sử dụng các phương pháp thở của người bệnh trong hỗ trợ điều trị COVID – 19.

Đối tượng - phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả thông qua phỏng vấn trực tuyến (google form), được tiến hành trên 384 người bệnh COVID – 19 sống tại phường 17, quận Phú Nhuận Thành phố Hồ Chí Minh vào tháng 1 năm 2022 theo kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện.

Kết quả: Tỉ lệ người có kiến thức đủ và tốt về phương pháp thở lần lượt là 45,8% và 18%. Tỉ lệ người có thái độ tích cực, trung lập và tiêu cực về phương pháp thở lần lượt là 25,5%, 56,3% và 18,2%. Có 16,4% người có sử dụng phương pháp thở trong quá trình điều trị COVID – 19. Có mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với việc sử dụng phương pháp thở ($p < 0,001$).

Kết luận: Tỉ lệ người có kiến thức đủ và tốt còn thấp, thái độ tiêu cực và trung lập cao cho thấy còn nhiều do dự về hiệu quả của phương pháp thở trong điều trị COVID – 19. Do vậy, các cơ sở y tế cần nâng cao kiến thức và thái độ của

người dân thông qua truyền thông sức khỏe, cải thiện được tỉ lệ thực hành phương pháp thở trong quá trình điều trị.

Từ khóa: phương pháp thở, COVID – 19, kiến thức, thái độ, thực hành

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE, USE OF BREATHING METHODS IN SUPPORTING THE TREATMENT OF COVID – 19

Objective: To determine the level of knowledge, attitude and practice towards breathing methods of patients in supporting treatment of COVID – 19.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted in 384 patients who had been infected with COVID – 19 in Ward 17, Phu Nhuan District, Ho Chi Minh City in January 2022. By convenience sampling technique, the survey was conducted through the Google Form survey link.

Results: The results showed that the proportion of people with sufficient and good knowledge of breathing methods was 45.8% and 18%, respectively. The proportion of people with positive, neutral and negative attitude about breathing methods was 25.5%, 56.3% and 18.2%, respectively. There are 16.4% of people using breathing methods during the treatment of COVID – 19. There was a relationship between knowledge, attitude and using breathing methods ($p < 0.001$).

¹Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Phục hồi Chức năng – Điều trị bệnh Nghề nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Đức Minh
SĐT: 0983276267

Email: nhdminh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 05/08/2022

Conclusion: The proportion of people with sufficient and good knowledge is still low, and the negative and neutral attitudes are high, showing that there are still doubts about the effectiveness of breathing methods in the treatment of COVID – 19. Therefore, it is necessary for medical facilities to improve people's knowledge and attitudes through health communication, and improve the rate of practice of breathing methods during treatment.

Keywords: breathing method, COVID – 19, knowledge, attitude, practice

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Số lượng ca nhiễm COVID – 19 bùng nổ dẫn đến tình trạng quá tải hệ thống y tế. Các kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy các loại thuốc kháng virus không hoặc ít có hiệu quả đối với COVID – 19 và vẫn đang trong quá trình nghiên cứu hoàn thiện. Cùng với tỉ lệ tiêm bao phủ vắc-xin chưa cao thì chiến lược điều trị chính cho COVID – 19 hiện tại là chăm sóc hỗ trợ. Các bằng chứng lâm sàng đều cho thấy các phương pháp Y học cổ truyền giúp cải thiện hiệu quả các triệu chứng của người bệnh mắc COVID – 19, trì hoãn sự tiến triển thành bệnh nặng và giảm tỷ lệ tử vong. Phương pháp tập thở có những cơ chế tiềm năng trong các bệnh truyền nhiễm đường hô hấp như tăng cường cơ hô hấp, giảm phản ứng viêm, tăng cường chức năng miễn dịch, giảm căng thẳng và cân bằng cảm xúc. Một số nghiên cứu trên thế giới khảo sát về kiến thức thực hành phương pháp y học cổ truyền trong hỗ trợ điều trị COVID – 19 cho tỉ lệ cao, nhưng riêng về phương pháp thở thì vẫn còn rất thấp^(6,5).

Trong tình hình dịch COVID – 19 diễn tiến phức tạp và kéo dài, hệ thống y tế quá

tải, thì phương pháp thở với hiệu quả cao, đơn giản, có thể tập được mọi lúc mọi nơi rất cần được phổ biến rộng rãi trong cộng đồng. Do đó để có một chiến lược cụ thể giúp nâng cao kiến thức và sử dụng của người dân đối với các phương pháp thở, việc nắm rõ kiến thức, thái độ và tình hình sử dụng các phương pháp thở của người dân là rất quan trọng. Tuy nhiên trên thế giới và cả ở Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu khảo sát về kiến thức thái độ cũng như sử dụng phương pháp thở của người dân trong hỗ trợ điều trị COVID – 19. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm xác định kiến thức, thái độ và sử dụng các phương pháp thở trong hỗ trợ điều trị COVID – 19 đồng thời xem xét các yếu tố liên quan đến quyết định sử dụng các phương pháp thở ở người bệnh COVID – 19, từ đó đề ra các phương án về truyền thông, giáo dục, ứng dụng rộng rãi trong cộng đồng để nâng cao hiệu quả của phương pháp này, góp phần đẩy lùi đại dịch toàn cầu COVID – 19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh COVID – 19 từ đủ 18 tuổi trở lên, được xác định nhiễm bệnh và đã khỏi bệnh, được quản lý và theo dõi tại trạm y tế Phường 17, Quận Phú Nhuận, Thành phố Hồ Chí Minh, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu từ tháng 01/2022 – 04/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kỹ thuật chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Sử dụng biểu mẫu Google để thiết kế bộ câu hỏi, gồm 4 phần.

Phần 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu : Giới tính; Tuổi; Trình độ học vấn; Nghề nghiệp; Tình trạng kinh tế bản thân.

Phần 2: Kiến thức của người bệnh về các phương pháp thở trong hỗ trợ điều trị COVID – 19. Gồm 10 câu hỏi. Đáp án mỗi câu là một biến số nhị giá (Đúng hoặc Không đúng). Mỗi câu trả lời là đúng khi lựa chọn của đối tượng phù hợp với đáp án được yêu cầu ở từng câu hỏi được tính 1 điểm và trả lời không đúng thì được tính 0 điểm. Ngưỡng cắt của Bloom được sử dụng để xác định mức độ kiến thức về một vấn đề Bloom⁽⁶⁾. Theo đó, kiến thức của người được khảo sát được coi là tốt nếu tổng điểm đạt được từ 80–100%, đủ nếu tổng điểm đạt được từ 60 – <80% và chưa đủ nếu tổng điểm thấp hơn hoặc bằng 60%.

Phần 3: Thái độ của người bệnh về các phương pháp thở trong hỗ trợ điều trị COVID – 19. Gồm 6 câu hỏi. Được đánh giá bằng thang điểm Likert 5 mức độ theo thứ tự tăng dần sự đồng ý với 1 = “Rất không đồng ý”, 2 = “Không đồng ý”, 3 = “Không ý kiến”, 4 = “Đồng ý”, 5 = “Rất đồng ý”.

Để phân loại mức độ thái độ theo ngưỡng cắt Bloom thì điểm trung bình của thái độ được chuyển sang thang điểm 100 bằng công thức:

$$\frac{(\text{điểm trung bình của thái độ} - 1)}{4} \times 100$$

Thái độ của người được khảo sát về việc sử dụng các phương pháp thở trong hỗ trợ điều trị COVID – 19 được coi là tích cực nếu

điểm trung bình đạt được từ 80 – 100; trung lập nếu điểm từ 60 – 79 và tiêu cực nếu điểm thấp hơn 60.

Phần 4: Sử dụng các phương pháp thở trong hỗ trợ điều trị COVID – 19. Khảo sát phương pháp thở người dân thường sử dụng: Thở chúm môi, thở cơ hoành, thở bụng, thở 4 thời,.. và thời điểm người bệnh thường sử dụng phương pháp thở.

2.3. Xử lý số liệu

Chúng tôi nhập liệu, mã hóa, kiểm tra dữ liệu thu được bằng phần mềm Microsoft Excel. Sau đó xử lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS. Mô tả kết quả nghiên cứu bằng cách thống kê tần số, tỉ lệ của các biến định tính. Thống kê các giá trị của biến danh định.

Kiểm định mối liên quan giữa sử dụng phương pháp thở với các biến số đặc điểm dân số, xã hội, kiến thức, thái độ của người bệnh bằng kiểm định chi bình phương với biến kết cục là biến nhị giá sử dụng phương pháp thở (Chi-square test).

Lượng hóa mối quan hệ bằng tỉ số chênh OR (Odds Ratio) với khoảng tin cậy là 95% (KTC 95%) với ý nghĩa thống kê ở mức $p < 0,05$.

Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.4. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Quyết định số 92/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm mẫu nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=384)**

Đặc điểm dân số	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (trung vị, khoảng tứ phân vị)	31 (26 – 44)	
Giới tính		
Nam	204	53,2
Nữ	180	46,8
Nhóm tuổi		
< 25	63	16,4
25-39	206	53,7
40-54	72	18,7
>54	43	11,2
Trình độ học vấn		
Tiểu học	10	2,6
Trung học cơ sở	18	4,7
Trung học phổ thông	95	24,8
Trung cấp, Cao đẳng, Đại học	261	67,9
Kinh tế		
Khá giả	46	12
Đủ sống	285	74,2
Khó khăn	53	13,8
Nghề nghiệp		
Lao động trí óc	236	61,5
Lao động chân tay	91	23,7
Nghỉ hưu	39	10,2
Khác	18	4,6
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	93	24,2
Đã kết hôn	255	66,4
Đã ly hôn	27	7
Góa	9	2,4

Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi 26 – 44 chiếm đa số. Tỉ lệ đạt trình độ học vấn trung cấp trở lên cao nhất chiếm 67,9%, Đa số có tình trạng kinh tế là đủ sống chiếm 74,2%. Phần lớn người tham gia nghiên cứu làm công việc lao động trí óc (61,5%).

Kiến thức về phương pháp thở**Bảng 2. Kiến thức về phương pháp thở (n=384)**

Điểm trung bình kiến thức	6,83 ± 1,88	
Kiến thức tốt	69	18,0%
Kiến thức đủ	176	45,8%
Kiến thức chưa đủ	139	39,2%

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ người kiến thức đủ và kiến thức tốt về phương pháp thở lần lượt là 45,8% và 18%.

Thái độ đối với phương pháp thở

Bảng 3. Thái độ đối với phương pháp thở (n=384)

Điểm trung bình thái độ		70,4 ± 13,4
Thái độ tích cực	98	25,5
Thái độ trung lập	216	56,3
Thái độ tiêu cực	70	18,2

Điểm trung bình thái độ là 70,4 điểm (tính theo thang điểm 100). Kết quả ghi nhận tỉ lệ người bệnh có thái độ tích cực và trung lập về phương pháp thở ở mức lần lượt là 25,5% và 56,3%, tỉ lệ người bệnh có thái độ tiêu cực là 18,2 %. Thái độ tích cực nhất trong việc cho rằng phương pháp thở an toàn trong hỗ trợ điều trị COVID – 19 (82,8%)

Sử dụng phương pháp thở

Bảng 4. Sử dụng phương pháp thở trong hỗ trợ điều trị COVID – 19 (n=384)

Biến	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Có sử dụng phương pháp thở	63	16,4
Không sử dụng phương pháp thở	321	83,6

Kết quả cho thấy chỉ có 16,4% người có sử dụng phương pháp thở trong hỗ trợ điều trị COVID – 19.

Phương pháp thở thường sử dụng (n=63)		
Thở chúm môi	8	12,6
Thở cơ hoành	15	23,8
Thở bụng	7	11,1
Thư giãn	28	44,4
Thở 4 thời	5	8,0
Thời điểm thường sử dụng (n=63)		
Khi khó thở, hụt hơi	8	12,5
Khi căng thẳng, lo lắng	21	33,3
Khi mệt mỏi	10	15,8
Khi mất ngủ	10	15,8
Khi rảnh rỗi	13	20,6

Phương pháp thư giãn được tập nhiều nhất (44,4%). Thời điểm thường được sử dụng phương pháp thở nhất là khi người bệnh lo lắng, căng thẳng (33,3).

Mối liên quan giữa đặc điểm dân số xã hội và sử dụng phương pháp thở

Bảng 5. Mối liên quan giữa đặc điểm dân số xã hội và sử dụng phương pháp thở (n=384)

Đặc tính	Thực hành tập thở (n, %)		p	OR (KTC 95%)
	Có	Không		
Trình độ học vấn				
Tiểu học	1 (10,0)	9 (90,0)		1
Trung học cơ sở	2 (11,1)	16 (88,9)	0,012	1,74 (1,13 – 2,68)
Trung học phổ thông	12 (12,6)	83 (87,4)	0,021	5,32 (1,46 – 19,45)
Trung cấp trở lên	50 (19,2)	211 (80,8)	0,011	9,32 (1,65 – 52,31)
Kinh tế				
Khá giả	11 (23,9)	35 (76,1)		1
Đủ sống	51 (17,9)	234 (82,1)	0,010	0,60 (0,41 – 0,88)
Khó khăn	3 (5,7)	50 (94,3)	0,010	0.22 (0,07 – 0,70)
Nghề nghiệp				
Lao động trí óc	51 (21,6)	185 (78,4)		1
Lao động chân tay	7 (7,7)	84 (92,3)	0,007	0,35 (0,16 – 0,75)
Nghỉ hưu	6 (15,4)	33 (85,6)	0,128	0,47 (0,18 – 1,24)
Khác	1 (5,6)	17 (94,4)	0,166	0,25 (0,03 – 1,75)

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn, kinh tế, nghề nghiệp và sử dụng phương pháp thở ($p < 0,05$). Những người bệnh có trình độ học vấn càng cao có tỉ lệ tập thở càng cao. Tương tự, ở người có tình trạng kinh tế càng cao thì có xu hướng tập thở càng cao. Những người bệnh

làm công việc lao động tay chân có tỉ lệ tập phương pháp thở thấp hơn chỉ bằng 0,35 lần so với những người bệnh làm công việc lao động trí óc (KTC 95% 0,16 – 0,75).

Mối liên hệ giữa kiến thức, thái độ của người bệnh với sử dụng phương pháp thở:

Bảng 6. Mối liên hệ giữa kiến thức, thái độ với sử dụng phương pháp thở (n=384)

Biến	Thực hành tập thở (n, %)		p	PR (KTC 95%)
	Có	Không		
Kiến thức chưa đủ	4 (2,9)	135 (97,1)		1
Kiến thức đủ	23 (13,1)	153 (86,9)	<0,001	4,90 (2,17 – 9,49)
Kiến thức tốt	38 (55,1)	31 (44,9)	<0,001	9,08 (3,49 – 27,05)
Thái độ tiêu cực	3 (3,3)	88 (96,7)		1
Thái độ trung lập	29 (13,8)	181 (86,2)	<0,001	2,86 (1,99 – 4,11)
Thái độ tích cực	33 (39,7)	50 (60,3)	<0,001	23,56 (7,96 – 69,73)

Có mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với sử dụng phương pháp thở ($p < 0,05$). Nhóm có kiến thức đủ và tốt lần lượt có tỉ lệ sử dụng cao gấp 4,9 lần (KTC 95% 2,17 – 9,49) và 9,08 lần (KTC 95% 3,49 – 27,05) ở

nhóm có kiến thức chưa đủ. Nhóm có thái độ tích cực và trung lập lần lượt có tỉ lệ sử dụng phương pháp thở gấp 2,86 lần (KTC 95% 1,99 – 4,11) và 23,56 lần (KTC 95% 7,96 – 69,73) nhóm có thái độ tiêu cực.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ người bệnh có kiến thức đủ và kiến thức tốt về phương pháp thở lần lượt là 45,8% và 18%. Tuy nhiên tỉ lệ người bệnh có kiến thức chưa đủ về phương pháp thở lên đến 39,2%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu ở Ethiopia năm 2020 tỉ lệ kiến thức tốt về phương pháp Y học cổ truyền lên đến 80,1%⁽⁴⁾. Sự khác biệt này có thể do các phương pháp thở còn chưa được phổ biến rộng rãi, đặc biệt là một phương pháp hỗ trợ điều trị một dịch bệnh mới nổi là COVID – 19. Tỉ lệ cao người bệnh trả lời phương pháp thở có thể hỗ trợ điều trị COVID – 19 (88,3%), kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Pu J tại Trung Quốc năm 2021 với 55,2% người tham gia nghiên cứu cho rằng Y học cổ truyền có thể hỗ trợ điều trị COVID – 19⁽⁷⁾. Bên cạnh đó, tỉ lệ người biết phương pháp thở của Nguyễn Văn Hường thấp hơn rất nhiều so với Bộ Y tế. Sự khác biệt này có thể do các phương pháp thở theo bộ Y tế được đề cập trong các văn bản hướng dẫn hỗ trợ điều trị COVID – 19 do đó dễ được tìm kiếm và tiếp cận được nhiều người bệnh hơn phương pháp thở của bác sĩ Nguyễn Văn Hường.

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ người bệnh có thái độ tích cực là 25,5%, trung lập là 56,3%, tiêu cực là 18,2 %. Trong khi ở một nghiên cứu tại Ethiopia tỉ lệ người bệnh có thái độ tốt đối với phương pháp Y học cổ truyền là 36,1%^(Error! Reference source not found.). Điều này có thể lý giải do vẫn chưa có nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả của phương pháp thở trong hỗ trợ điều trị COVID – 19, bên cạnh đó các phương pháp thở này vẫn chưa

được biết đến nhiều so với các phương pháp Y học cổ truyền khác, nên thái độ của người bệnh chưa hoàn toàn ủng hộ. Tỉ lệ cao người bệnh cho rằng phương pháp thở là an toàn (82,8%) và cần thiết trong hỗ trợ điều trị COVID – 19 (72,3%), có thể dựa trên kinh nghiệm của người bệnh về phương pháp thở hỗ trợ điều trị các bệnh đường hô hấp trước đây mà họ cho rằng phương pháp thở sẽ an toàn, có hiệu quả và cần thiết để hỗ trợ điều trị căn bệnh lây truyền qua đường hô hấp mới nổi là COVID – 19. Nhìn vào khía cạnh triển vọng, có tới 2/3 số người tham gia khảo sát đồng ý nên phổ biến phương pháp thở trong hỗ trợ điều trị COVID – 19 và 60% người muốn biết thêm về phương pháp thở.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 16,4% người bệnh sử dụng phương pháp thở trong hỗ trợ điều trị COVID – 19. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Wang C năm 2019 tại Mỹ với tỉ lệ sử dụng các phương pháp tập thở là 14,5%⁽⁵⁾. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau giữa văn hóa sử dụng YHCT từ lâu đời của nước ta và ở các nước phương Tây. Nơi mà các phương pháp thở như Khí công, Yoga mới được du nhập đến trong thời gian gần đây, chưa được nhiều người biết đến và sử dụng, đặc biệt là với một dịch bệnh mới nổi như COVID – 19. Kết quả nghiên cứu cho thấy đối với những người có thực hành phương pháp thở thì phương pháp thư giãn được tập nhiều nhất (44,4%) và phương pháp thở 4 thời chiếm tỉ lệ sử dụng thấp nhất (8,0%). Điều này có thể được giải thích do mức độ phức tạp của bài tập thở, bài tập thở càng đơn giản có xu hướng được người bệnh chọn lựa sử dụng càng nhiều. Đối với phương pháp thở 4 thời

Nguyễn Văn Hưởng mặc dù là phương pháp chính quy được chứng minh là có hiệu quả, đặc biệt là đối với các bệnh lý đường hô hấp, tỉ lệ sử dụng vẫn còn thấp do đây là một bài tập thở tương đối phức tạp hơn các phương pháp khác. Thời điểm người bệnh thường sử dụng phương pháp thở nhiều nhất là khi lo lắng, căng thẳng (33,3%), thời điểm có tỉ lệ sử dụng thấp nhất là khi người bệnh khó thở hụt hơi (12,5%). Cho thấy phương pháp thở giúp hỗ trợ các tác động tiêu cực của đại dịch COVID – 19 đến tâm lý người bệnh nỗi sợ khi lây nhiễm, thất vọng, buồn chán, thiếu nguồn cung cấp, tổn thất tài chính⁽⁸⁾. Hơn nữa các phương pháp thở còn thiếu bằng chứng khoa học về mức độ hiệu quả trong hỗ trợ người bệnh COVID – 19 trong giai đoạn cấp tính. Do đó người bệnh sẽ sử dụng phương pháp thở để hỗ trợ các triệu chứng ít nghiêm trọng hơn và ưu tiên sử dụng các bài tập đơn giản hoặc các phương pháp quen thuộc hơn.

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trình độ học vấn, kinh tế và nghề nghiệp của người bệnh với tỉ lệ sử dụng phương pháp thở. Cụ thể, ở những người bệnh có trình độ học vấn càng cao sẽ có tỉ lệ sử dụng phương pháp thở càng cao. Những người bệnh có công việc liên quan đến lao động trí óc sẽ có tỉ lệ sử dụng phương pháp thở cao hơn nhóm có công việc lao động tay chân. Kết quả này tương đồng nghiên cứu ở thị trấn Merawi, Tây Bắc Ethiopia cho thấy có mối liên hệ giữa tình trạng giáo dục, tình trạng kinh tế và nghề nghiệp của người dân đến việc sử dụng một phương pháp Y học cổ truyền⁽⁹⁾. Điều này hợp lý vì trình độ học vấn liên quan trực tiếp

đến nhận thức và khả năng tìm kiếm thông tin về một phương pháp hỗ trợ sức khỏe trong đại dịch và những người có trình độ học vấn cao thường sẽ làm những công việc liên quan đến lao động trí óc và kinh tế của họ cũng bị ảnh hưởng ít hơn so với những bệnh nhân làm có trình độ học vấn thấp hơn và làm những công việc lao động tay chân.

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) giữa kiến thức, thái độ với thực hành phương pháp thở. Cụ thể, người tham gia nghiên cứu có kiến thức càng tốt và thái độ càng tích cực thì có tỉ lệ thực hành phương pháp thở càng cao. Cho đến nay, vẫn chưa có nghiên cứu nào về phương pháp thở được xác nhận trong các thử nghiệm trên người có hiệu quả đặc biệt đối với COVID – 19. Tuy nhiên, có nhiều bằng chứng gián tiếp cho thấy phương pháp thở có vai trò tiềm năng trong điều trị COVID – 19. Mặc dù vậy, để phương pháp trở nên phổ biến hơn trong thực hành lâm sàng, cần phải tuân theo các quy trình khoa học nghiêm ngặt.

Trong nghiên cứu bộ câu hỏi chưa được nghiên cứu đánh giá ở Việt Nam vì vậy phải so sánh và tham khảo với nghiên cứu của nước ngoài nên còn nhiều thiếu sót và không tương đồng với các đặc điểm ở Việt Nam, mặt khác trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu nghiên cứu cụ thể về phương pháp thở, đặc biệt là phương pháp thở Nguyễn Văn Hưởng chỉ có ở Việt Nam, nên chỉ so sánh được với những chủ đề nghiên cứu gián tiếp về các biện pháp y học cổ truyền điều trị COVID – 19, dẫn đến kết quả trong nghiên cứu có thể bị sai sót. Bảng câu hỏi cần được bổ sung, chỉnh sửa và tham khảo ý kiến của

chuyên gia để có thể thu được nguồn thông tin tốt hơn. Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả không phải là thể mạnh để xác định các mối liên quan. Do đó việc phát hiện những mối liên quan trong nghiên cứu này chưa thật sự có ý nghĩa. Cần sử dụng các phương pháp nghiên cứu khác có thể xác nhận và làm rõ mối tương quan này.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ người có kiến thức đủ và tốt còn thấp, thái độ tiêu cực và trung lập cao cho thấy còn nhiều do dự về hiệu quả của phương pháp thở trong điều trị COVID – 19. Do vậy, các cơ sở y tế cần nâng cao kiến thức và thái độ của người dân thông qua truyền thông sức khỏe, cải thiện được tỉ lệ thực hành phương pháp thở trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jin, Y.H., et al.**, A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia (standard version). *Mil Med Res*, 2020. 7(1): p. 4
2. **An, X., et al.**, The direct evidence and mechanism of traditional Chinese medicine treatment of COVID-19. *Biomed Pharmacother*, 2021. 137: p. 111267.
3. **Yang Y, Islam MS, Wang J, et al** (2020). Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Patients Infected with 2019-New Coronavirus (SARS-CoV-2): A Review and Perspective. *Int J Biol Sci*,16(10): 1708-1717. doi: 10.7150/ijbs.45538
4. **T. J. Aragaw, D. T. Afework, K. A. Getahun** (2020) "Assessment of Knowledge, Attitude, and Utilization of Traditional Medicine among the Communities of Debre Tabor Town, Amhara Regional State, North Central Ethiopia: A Cross-Sectional Study". *Evid Based Complement Alternat Med*, 2020, 6565131.
5. **C. C. Wang, K. Li, A. Choudhury, S. Gaylord** (2019) "Trends in Yoga, Tai Chi, and Qigong Use Among US Adults, 2002-2017". *Am J Public Health*, 109 (5), 755-761.
6. **B. S. Bloom** (1954). Taxonomy of educational objectives, 137:371-390
7. **J. Pu, H. Mei, L. Lei, D. Li, J. Zhao, B. Li, et al.** (2021) "Knowledge of medical professionals, their practices, and their attitudes toward traditional Chinese medicine for the prevention and treatment of coronavirus disease 2019: A survey in Sichuan, China". *PLoS One*, 16 (3), e0234855.
8. **S. K. Brooks, R. K. Webster, L. E. Smith, L. Woodland, S. Wessely, N. Greenberg, et al.** (2020) "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence". *Lancet*, 395 (10227), 912-920.
9. **S. M. Wassie, L. L. Aragie, B. W. Taye, L. B. Mekonnen** (2015) "Knowledge, Attitude, and Utilization of Traditional Medicine among the Communities of Merawi Town, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study". *Evid Based Complement Alternat Med*, 2015.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP XÔNG HƠI HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ COVID-19

Vũ Hoàng Anh Thế¹, Nguyễn Hữu Đức Minh¹,
Châu Đức Hoà¹, Hạ Chí Lộc¹, Nguyễn Thị Anh Đào¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đại dịch COVID-19 lây lan nhanh chóng và ảnh hưởng đến mọi mặt xã hội. Xông hơi có tác dụng hạn chế xâm nhập và giảm các triệu chứng thường gặp COVID-19. Vì vậy, nghiên cứu này khảo sát kiến thức, thái độ, sử dụng phương pháp xông hơi trong hỗ trợ điều trị của người bệnh COVID-19 tại phường 10, quận 3, thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 386 người bệnh COVID-19 đã khỏi bằng bảng câu hỏi khảo sát kiến thức, thái độ, sử dụng.

Kết quả: 61,9% người tham gia đã sử dụng phương pháp xông hơi. 53,6% người tham gia có kiến thức tốt và 56,7% có thái độ tích cực đối với phương pháp xông hơi hỗ trợ điều trị COVID-19. 100% người sử dụng dược liệu chứa tinh dầu. Việc lựa chọn sử dụng phương pháp xông hơi có liên quan tới giới tính, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, tình trạng sống chung, kiến thức và thái độ ($p < 0,05$).

Kết luận: Kiến thức, thái độ về phương pháp xông hơi thấp. Giới tính, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, tình trạng sống chung, tham khảo

thông tin từ nhân viên y tế, tham khảo thông tin từ người thân – bạn bè, kiến thức, thái độ của người bệnh có liên quan tới lựa chọn sử dụng phương pháp xông hơi. Cần đưa ra phương án giáo dục, truyền thông về phương pháp xông hơi, nhất là tác dụng và tác dụng phụ.

Từ khóa: kiến thức, thái độ, sử dụng, xông hơi, COVID-19, SAR-CoV-2

SUMMARY

EVALUATING KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE STEAM INHALATION IN THE COMPLEMENTARY TREATMENT OF COVID-19 PATIENTS

Objectives: The COVID-19 pandemic spreads rapidly and affects all aspects of society. Steam inhalation limits the development and reduces symptoms of COVID-19. Therefore, this study evaluates the knowledge, attitude, practice of steam inhalation in the complementary treatment of COVID-19 patients in Ward 10, District 3, Ho Chi Minh City.

Method: Cross-sectional study on 386 COVID-19 patients using the KAP questionnaire.

Results: 61.9% of the participants used steam inhalation. 53.6% of the participants had good knowledge and 56.7% had a positive attitude towards steam inhalation to treat COVID-19. 100% of people use medicinal herbs containing essential oils. Gender, Academic level, economic status, cohabit status, knowledge and attitude were associated with using steam

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Đức Minh
SĐT: 0983276267

Email: nhdmnh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 05/08/2022

inhalation in complementary treatment in COVID-19 ($p < 0,05$)

Conclusion: A low rate of knowledge and attitude about steam inhalation. Gender, Academic level, economic status, cohabit status, consult information from medical staff, consult information from relatives – friends, knowledge and attitude were associated with using steam inhalation in complementary treatment in COVID-19. A plan to educate and communicate about steam inhalation is necessary, especially its effects and side effects.

Keywords: Knowledge, Attitude, Practice, Steam inhalation, COVID-19, SAR-CoV-2

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch Coronavirus (COVID-19) lây lan nhanh chóng với số ca nhiễm tăng không ngừng đã gây ảnh hưởng rất lớn đến tình trạng kinh tế, xã hội đặc biệt là sức khỏe cộng đồng. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SAR-CoV-2) gây ra các triệu chứng phổ biến như sốt, ho, nghẹt mũi, ... Hiện nay, COVID-19 vẫn chưa có thuốc điều trị cụ thể và điều trị triệu chứng là chính⁽¹⁾.

Tình trạng số ca nhiễm quá tải và không ngừng tăng là thách thức chưa từng có đối với chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Từ đó, việc sử dụng các phương pháp hỗ trợ điều trị thay thế và bổ sung được cân nhắc với các đặc tính như an toàn, hiệu quả và dễ tiếp cận là cần thiết.

Tại Trung Quốc, khoảng 85% người bệnh nhiễm COVID-19 được điều trị bằng Y học cổ truyền (YHCT) và mang lại hiệu quả tích cực⁽²⁾. Xông hơi là một phương pháp sử dụng nhiệt nóng và hơi ẩm kèm với dược liệu để phòng ngừa và hỗ trợ điều trị được đề xuất bởi Bộ Y Tế và Hội Đông Y Việt Nam. SAR-CoV-2 bị biến tính, mất ổn định dẫn

đến bất hoạt mất khả năng xâm nhập, phát tán trong môi trường nhiệt độ và độ ẩm tương đối cao^(3,4).

Phương pháp xông hơi đã có rất nhiều bằng chứng ủng hộ việc sử dụng trong quá khứ và hiện tại trong việc tăng cường chức năng tim mạch, hô hấp, miễn dịch cũng như cải thiện tâm trạng⁽⁵⁾. Đối với COVID-19, xông hơi còn có tác dụng hạn chế sự xâm nhập, phát tán của SARS-CoV-2 và giảm các triệu chứng thường gặp như sổ mũi, nghẹt mũi^(6,7). Tuy nhiên, phương pháp xông hơi hỗ trợ điều trị COVID-19 chưa được cập nhật phổ biến rộng rãi và đầy đủ kiến thức trong thời gian ngắn và giai đoạn dịch bệnh khó khăn.

Do đó, việc đánh giá kiến thức, thái độ và sử dụng phương pháp xông hơi hỗ trợ điều trị COVID-19 là bước đầu trong việc đánh giá tình hình sử dụng phương pháp xông hơi từ đó đưa ra các phương án giáo dục cụ thể và nâng cao hiệu quả truyền thông.

Mục tiêu nghiên cứu:

Xác định tỉ lệ sử dụng, kiến thức, thái độ, sử dụng và mối liên quan của các đặc điểm nền, kiến thức, thái độ với việc sử dụng phương pháp xông hơi hỗ trợ điều trị COVID-19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí chọn vào

Người bệnh COVID-19 trên 18 tuổi đã khỏi bệnh được quản lý bởi trạm y tế phường 10, quận 3, được giải thích về nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra

Người bệnh COVID-19 không liên lạc được hoặc không có khả năng nghe hiểu tiếng Việt hoặc có vấn đề về sức khỏe tâm thần hoặc ngôn ngữ.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện bằng khảo sát trực tuyến người bệnh COVID-19 được trạm y tế tại Phường 10 Quận 3 Thành phố Hồ Chí Minh quản lý và theo dõi từ 01/2022 đến 05/2022.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = z^2 \frac{P(1-P)}{d^2}$$

Cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 384. Trên thực tế, tổng mẫu thu thập là 386 đối tượng người bệnh đã nhiễm và khỏi bệnh COVID 19.

2.2. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Thu thập dữ liệu

Những người bệnh được chọn sẽ được gửi đường dẫn bộ câu hỏi Google biểu mẫu và được giải thích về mục đích nghiên cứu.

Đối với người bệnh không biết đọc, nghiên cứu viên phỏng vấn và thu thập dữ liệu bằng cách đặt câu hỏi trực tiếp qua điện thoại và hỗ trợ điền Google biểu mẫu cho người bệnh.

Bộ câu hỏi Google biểu mẫu được thiết kế gồm 4 phần chính:

Phần 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Giới tính; Tuổi; Trình độ học vấn; Nghề nghiệp; Người chung sống trong quá trình bệnh; Tình trạng kinh tế bản thân; Sử dụng phương pháp xông hơi trong quá trình bệnh; Nguồn thông tin tham khảo phương pháp xông hơi.

Phần 2: Sử dụng phương pháp xông hơi. Bộ câu hỏi gồm 4 câu hỏi: đánh giá mong

muốn khi sử dụng, đã sử dụng như thế nào và tác dụng phụ gặp phải khi sử dụng

Phần 3: Kiến thức phương pháp xông hơi. Bộ câu hỏi gồm 8 câu hỏi về kiến thức phương pháp xông hơi với 3 lựa chọn (Có/ Không/ Không biết).

Phần 4: Thái độ đối với phương pháp xông hơi. Bộ câu hỏi 8 câu hỏi: đánh giá thái độ của người bệnh COVID-19 với phương pháp xông hơi bằng thang điểm Likert-5.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Câu hỏi về kiến thức được đánh giá đúng và không đúng. Mỗi câu trả lời đúng được cho 1 điểm. Theo điểm ngưng cắt Bloom, tổng số câu trả lời đúng $\geq 80\%$ (≥ 7 điểm) được xem là kiến thức tốt⁽⁸⁾.

Câu hỏi về thái độ với mức độ 4 và 5 thể hiện thái độ tích cực và tính là 1 điểm. Tương tự với thang điểm ngưng cắt Bloom, tổng điểm thái độ $\geq 80\%$ (≥ 7 điểm) được xem là có thái độ tích cực⁽⁸⁾.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm IBM SPSS 20.

Mô tả kết quả nghiên cứu bằng cách thống kê tần số, tỷ lệ (%) của các biến định tính.

Phân tích mối liên hệ của các biến số thông qua phép kiểm Chi bình phương với $\alpha=0,05$; độ tin cậy của phép kiểm định là 95%. Đối với trường hợp số ô trong bảng có tần suất mong đợi dưới 5 chiếm tỷ lệ trên 20% thì dùng phép kiểm định Fisher's exact.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM (số 83 HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 20/01/2021).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (N=386)

Đặc điểm	N(%)
Giới	
Nam	185 (47,9)
Nữ	201 (52,1)
Tuổi (TB ± ĐLC)	43,5 ± 15,7
18 – 39	188 (48,7)
40 – 59	129 (33,4)
≥60	69 (17,9)
Trình độ học vấn	
Không	19 (4,9)
Tiểu học	3 (0,8)
Trung học cơ sở	71 (18,4)
Trung học phổ thông	123 (31,9)
Trung cấp, cao đẳng, đại học	163 (42,2)
Sau đại học	7 (1,8)
Nghề nghiệp	
Lao động trí óc	120 (31,1)
Lao động chân tay	193 (50)
Nghỉ hưu	61 (15,8)
Khác	12 (3,1)
Tình trạng sống chung	
Gia đình	171 (44,3)
Người thân	111 (28,8)
Bạn bè	69 (17,9)
Một mình	35 (9,1)
Tình trạng kinh tế	
Khá giả	17 (4,4)
Đủ sống	227 (58,8)
Khó khăn	142 (36,8)
Người bệnh sử dụng phương pháp xông hơi	
Có	239(61,9)
Không	147(38,1)

Qua khảo sát, 61,9% người bệnh tham gia nghiên cứu sử dụng phương pháp xông hơi, đa số đối tượng tham gia là nữ với tuổi trung bình là $43,5 \pm 15,7$. Trình độ học vấn trung cấp/cao đẳng/đại học chiếm tỉ lệ cao nhất (42,2%). Đối tượng tham gia chủ yếu là lao động chân tay (50%). Ngoài ra, phần lớn đối tượng nghiên cứu sống chung với gia đình (44,3%) và tình trạng kinh tế là đủ sống (58,8%).

Bảng 2. Kiến thức về phương pháp xông hơi trên người bệnh COVID-19 (N=386)

Kiến thức phương pháp xông hơi	Tần số - Tỷ lệ N(%)
Tác dụng làm sạch niêm mạc, hạn chế xâm nhập và lây lan SARS-CoV-2	203 (52,6)
Hỗ trợ điều trị triệu chứng sổ mũi, nghẹt mũi	325 (84,2)
Vị trí xông hơi	304 (78,8)
Nguyên liệu xông	321 (83,2)
Tần suất xông	293 (75,9)
Thời gian xông	263(68,1)
Tác dụng phụ mất nước, chóng mặt	318 (82,4)
Tác dụng phụ gây bỏng	81,1(81,1)
Kiến thức tốt	207(53,6)

Kết quả bảng 2 cho thấy người bệnh COVID-19 có kiến thức tốt chiếm 53,6%. Trong đó, kiến thức về tác dụng đối với SARS-CoV-2 chiếm 52,6% và kiến thức về thời gian xông chiếm 68,1%. Các kiến thức về hỗ trợ điều trị triệu chứng, vị trí xông, nguyên liệu xông, tần suất xông, tác dụng phụ đều có tỷ lệ cao (>75%).

Bảng 3. Nguồn thông tin tham khảo kiến thức phương pháp xông hơi

Nguồn tài liệu tham khảo	N(%)
Tham khảo từ nhân viên y tế	114 (18,3)
Tham khảo từ người thân, bạn bè	165(26,6)
Tham khảo từ mạng xã hội, kênh truyền thông	272(43,7)
Tham khảo từ kinh nghiệm bản thân	71(11,4)

Phần lớn người tham gia nghiên cứu nhận thông tin về phương pháp xông hơi từ mạng xã hội, kênh truyền thông (43,7%) và nhận thông tin từ bạn bè người thân (26,6%). Nguồn tham khảo từ nhân viên y tế chỉ chiếm 18,3%.

Bảng 4. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Thái độ về phương pháp xông hơi	N (%)
Cần thiết sử dụng xông hơi hỗ trợ điều trị COVID-19	255 (66,1)
Nhu cầu tìm hiểu thêm về xông hơi trong hỗ trợ điều trị	250 (64,8)
Dự định chia sẻ cho người khác về phương pháp xông hơi	235 (60,9)
Tiếp tục sử dụng xông hơi trong các bệnh lý khác	246 (63,7)
Nguyên liệu xông dễ tìm kiếm	323(83,7)
Chi phí xông rẻ	322(83,4)
Phương pháp xông hơi dễ sử dụng	307(79,5)
Phương pháp xông hơi an toàn	330(85,5)
Thái độ tích cực	216 (56,7)

Người bệnh COVID-19 có thái độ tích cực chiếm 56,7%. Thái độ về cần thiết sử dụng, tìm hiểu thêm, chia sẻ và tiếp tục sử dụng chiếm lần lượt là 66,1%; 64,8%, 60,9% và 63,7%. Thái độ về nguyên liệu dễ tìm kiếm (83,7%), chi phí rẻ (83,4%), dễ sử dụng (79,5%), an toàn (85,5%) lại chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn.

Bảng 5. Thói quen sử dụng phương pháp xông hơi của người bệnh COVID-19 (N=239)

Sử dụng phương pháp xông hơi	N(%)
Triệu chứng mong muốn cải thiện	
Làm sạch niêm mạc hô hấp, hạn chế xâm nhập và lây lan	109(45,6)
Cải thiện triệu chứng sổ mũi, nghẹt mũi	210(87,9)
Khác (Ho)	148(38,3)
Nguyên liệu xông	
Dược liệu không chứa tinh dầu	0(0)
Dược liệu chứa tinh dầu	239(100)
Tần suất xông	
2 lần/ngày	31(13)
1 lần/ ngày	161(67,4)
Cách ngày	40(16,7)
≤2 lần/tuần	7(2,9)
Tác dụng phụ gặp phải	
Chóng mặt, mất nước	19(7,9)
Bỏng	2(0,8)
Không gặp tác dụng phụ	218(92,1)

100% người bệnh sử dụng xông với dược liệu chứa tinh dầu với mong muốn cải thiện triệu chứng sổ mũi, nghẹt mũi chiếm phần lớn 87,9%. Tần suất xông 1 lần/ngày chiếm đa số (67,4%). Người bệnh gặp phải tác dụng phụ chóng mặt, mất nước là 7,9% và bỏng là 0,8%.

Bảng 6: Mối liên quan giữa việc sử dụng phương pháp xông hơi với đặc điểm nền.

Biến	Sử dụng dược liệu, vị thuốc		Giá trị P
	Có, n(%) 239(61,9)	Không, n(%) 147(38,1)	
Giới tính			0,027
Nam	104(43,5)	81(55,1)	
Nữ	135(56,5)	66(44,9)	
Nhóm tuổi			0,677
18 – 39	116(48,5)	72(49)	
40 – 59	83(34,7)	46(31,3)	
≥60	40(16,7)	29(19,7)	
Trình độ học vấn			<0,01
Tiểu học	1(0,4)	2(1,4)	
Trung học cơ sở	44(18,4)	27(18,4)	
Trung học phổ thông	57(23,8)	66(44,9)	
Trung cấp, cao đẳng, đại học	119(49,8)	44(29,9)	
Sau đại học	7(2,9)	0(0)	
Không	11(4,6)	8(5,4)	

Nghề nghiệp			0,191
Lao động trí óc	71(29,7)	49(33,3)	
Lao động chân tay	129(54)	64(43,5)	
Nghỉ hưu	32(13,4)	29(19,7)	
Khác	7(2,9)	5(3,4)	
Tình trạng chung sống			<0,01
Gia đình	121(50,6)	50(34)	
Người thân	66(27,6)	45(30,6)	
Bạn bè	36(15,1)	33(22,4)	
Một mình	16(6,7)	19(12,9)	
Tình trạng kinh tế			<0,01
Khá giả	16(6,7)	1(0,7)	
Đủ sống	182(76,2)	45(30,6)	
Khó khăn	41(17,1)	101(68,7)	
Tham khảo từ nhân viên y tế			<0,01
Có	83(34,7)	31(21,1)	
Không	156(65,3)	116(78,9)	
Tham khảo từ người thân, bạn bè			<0,01
Có	123(51,5)	42(28,6)	
Không	116(48,5)	105(71,4)	
Tham khảo từ mạng xã hội, truyền thông			0,893
Có	169(70,7)	103(70,1)	
Không	70(29,3)	44(29,9)	
Tham khảo từ kinh nghiệm bản thân			0,795
Có	43(18)	29(19)	
Không	196(82)	119(81)	
Mức độ kiến thức			<0,01
Chưa tốt	95(39,7)	116(79)	
Tốt	144(60,3)	31(21)	
Thái độ			<0,01
Tích cực	189(79,1)	30(20,4)	
Tiêu cực – Trung tính	50(20,9)	117(79,6)	

Thông qua phép kiểm Chi bình phương, đánh giá được việc lựa chọn sử dụng phương pháp xông hơi có mối liên quan với giới tính, trình độ học vấn, người sống chung, điều kiện kinh tế, kiến thức và thái độ với giá trị $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát được 386 người bệnh COVID-19 tại Phường 10 Quận 3 Thành phố Hồ Chí Minh, nữ giới chiếm ưu thế với tỉ lệ 52,1% và tỉ lệ nam/nữ là 92:100, xấp xỉ với tỉ lệ giới tính của dân số Việt Nam

và có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Giao và Trần Xuân Bách với tỉ lệ nữ giới chiếm lần lượt là 55,7% và 54%^(9,10). Phần lớn người tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn từ bậc trung học phổ thông trở lên chiếm tỉ lệ 75,9% và sống với gia đình, người thân, bạn bè chiếm tỉ lệ 90,9%. Những kết quả trên cũng phù hợp với kết quả khảo sát trong các nghiên cứu khác và cũng phù hợp với thực trạng dân số tại Việt Nam^(9,10).

Khảo sát ghi nhận 61,9% người bệnh COVID-19 đã sử dụng phương pháp xông hơi trong thời gian nhiễm bệnh, gấp 2,3 lần so với ghi nhận sử dụng xông hơi trước đây (26,8%) của Lê Văn Trung và cũng trong nghiên cứu trên, tỉ lệ người bệnh sử dụng YHCT chỉ ghi nhận 47,7%⁽¹¹⁾. Trong một nghiên cứu khác của Nguyễn Phúc Hưng, tỷ lệ sử dụng YHCT trước đây chỉ chiếm 49%⁽¹²⁾. Điều này cho thấy, COVID-19 đã thúc đẩy người Việt Nam sử dụng các phương pháp YHCT, đặc biệt là lựa chọn sử dụng phương pháp xông hơi hỗ trợ điều trị COVID-19, tránh di chuyển và phòng ngừa lây nhiễm COVID-19.

Người tham gia có kiến thức tốt về phương pháp xông hơi hỗ trợ điều trị COVID-19 là 53,6%. Cho thấy người bệnh có kiến thức của người bệnh về phương pháp xông hơi trong hỗ trợ điều trị COVID-19 còn chưa cao. Tương tự với kết quả của Trần Xuân Bách, tỉ lệ kiến thức đúng về YHCT chỉ chiếm 57,3%⁽¹⁰⁾. Sự chênh lệch này có thể do thói quen sử dụng các phương pháp điều trị ở người bệnh và sự khác biệt về đối tượng mà nghiên cứu khảo sát. Tác dụng của xông hơi lên SAR-CoV-2 là một yếu tố quan trọng trong việc quyết định sử dụng xông hơi

hỗ trợ điều trị COVID-19, tuy nhiên theo kết quả khảo sát chỉ 52,6% người bệnh có kiến thức về tác dụng này. Ngoài ra, người bệnh chưa có kiến thức về các tác dụng phụ của xông hơi như mất nước, chóng mặt (17,6%) và bỏng (18,9%) vẫn còn cao. Việc người bệnh không có kiến thức về các tác dụng phụ sẽ gây nguy hiểm cho chính người sử dụng. Kiến thức chính là rào cản và là yếu tố quyết định sử dụng của bệnh nhân. Vì vậy, phương án giáo dục truyền thông cần nhấn mạnh về tác dụng của phương pháp xông hơi và về các tác dụng phụ và xử trí khi sử dụng.

Nguồn tham khảo từ mạng xã hội và kênh truyền thông chiếm tỉ lệ cao nhất (43,7%), kế tiếp là từ người thân và bạn bè (26,6%) và tham khảo từ nhân viên y tế chỉ chiếm 18,3%. Tương tự trong nghiên cứu của Giao Huỳnh, đa số nguồn tham khảo là từ mạng xã hội/ internet (30,8%), 15% tới từ bạn bè và tương đồng từ nhân viên y tế chỉ chiếm 17%⁽⁹⁾. Trái ngược với kết quả trên, nghiên cứu của Trần Xuân Bách, nguồn tham khảo lại từ nhân viên y tế chiếm tới 73,3% và từ bạn bè người thân chỉ chiếm 19,5%. Sự khác biệt và chênh lệch có thể do khác biệt về thời điểm khảo sát. Trong quá trình giãn cách và hạn chế tiếp xúc theo chỉ thị 16, người dân khó tiếp cận với nhân viên y tế mà chỉ có thể tiếp cận với các nguồn thông tin từ mạng xã hội và trang mạng điện tử là chính. Do đó, những phát hiện này còn cho thấy tiềm năng trong việc truyền thông các thông tin chính thống thông qua kênh mạng xã hội và trang mạng điện tử sẽ dễ dàng tiếp cận và đạt hiệu quả cũng như khuyến khích người dân cập nhật thông tin qua các trang công thông tin điện tử chính thức từ Bộ Y Tế.

Thái độ của người tham gia nghiên cứu đa số là tích cực đối với phương pháp xông hơi (56,7%). Thái độ của người bệnh COVID-19 đối từng mục đều có xu hướng tích cực chiếm hơn 60%. Các mục thái độ về sử dụng: dễ dàng tìm kiếm nguyên liệu, chi phí rẻ, dễ sử dụng và độ an toàn của phương pháp xông hơi có thái độ tích cực lên đến 85%. Điều này cho thấy sự khả quan trong việc tiếp cận và sử dụng phương pháp xông hơi đối với người bệnh COVID-19, kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Xuân Bách (Bách). Thái độ liên quan đến việc đưa ra quyết định sử dụng: cần thiết sử dụng, tìm hiểu thêm, chia sẻ với người khác và tiếp tục sử dụng trong các bệnh lý khác chỉ chiếm từ 60% đến 66%. Sự chênh lệch này có thể ảnh hưởng do kiến thức của người bệnh về phương pháp xông hơi vẫn chưa đầy đủ đặc biệt là tác dụng và lợi ích khi sử dụng phương pháp xông hơi.

Mặc dù tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt vẫn chưa cao nhưng 100% người bệnh COVID-19 đã sử dụng đúng nguyên liệu xông là dược liệu chứa tinh dầu với tần suất xông hơi hằng ngày lên đến 80,4%. Trong đó, 80,7% người bệnh mong muốn cải thiện triệu chứng và chỉ 45,6% người bệnh mong muốn làm sạch niêm mạc hô hấp trên, hạn chế xâm nhập và lây lan SAR-CoV-2. Tuy nhiên, vẫn còn 7,9% người gặp tác dụng phụ mất nước, chóng mặt và bông ở 2 trường hợp. Việc gặp tác dụng phụ trên là do việc xông quá lâu, không uống đủ nước trước và sau khi xông cũng như không cẩn thận trong quá trình xông mà gặp phải các tác dụng phụ trên. Từ đó, việc đưa ra các hướng dẫn về việc chuẩn bị, sử dụng và những điều cần lưu

ý khi sử dụng phương pháp xông hơi là cần thiết.

Nghiên cứu còn cho thấy có sự liên quan giữa việc lựa chọn sử dụng phương pháp xông hơi với các đặc điểm nền như giới tính, trình độ học vấn, tình trạng kinh tế, tình trạng sống chung, tham khảo thông tin từ nhân viên y tế, tham khảo thông tin từ người thân – bạn bè, mức độ kiến thức và thái độ của bệnh nhân. Mối liên quan giữa kiến thức với lựa chọn sử dụng YHCT cũng đã được quan sát thấy ở nghiên cứu của Lê Văn Trung, Hoàng Thị Hoa Lý và Trần Xuân Bách^(10,11,13).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt, thái độ tốt và sử dụng phương pháp xông hơi lần lượt 53,6%; 56,7%; 61,9%. Giới tính, trình độ học vấn, tình trạng sống chung, tình trạng kinh tế, tham khảo thông tin từ nhân viên y tế, tham khảo thông tin từ người thân – bạn bè, mức độ kiến thức và thái độ có liên quan đến lựa chọn sử dụng phương pháp xông hơi hỗ trợ điều trị COVID-19 trên người bệnh phường 10, quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2021). Hướng dẫn tạm thời Sử dụng y dược cổ truyền để phòng, chống dịch COVID-19, Quyết định số 4689/QĐ-BYT ngày 06 tháng 10 năm 2021, Hà Nội.
2. **Yang Y, Islam MS, Wang J, Li Y, Chen X.** (2020), Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Patients Infected with 2019-New Coronavirus (SARS-CoV-2): A Review and Perspective. International Journal of Biological Sciences, 16(10):1708-1717.

3. **Burton J, Love H, Richards K, Burton C, Summers S, Pitman J, et al** (2021). The effect of heat-treatment on SARS-CoV-2 viability and detection. *Journal of Virological Methods*, 290:114087.
4. **Chin AWH, Poon LLM** (2020). Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions - Authors' reply. *Lancet Microbe*, 1(4):e146.
5. **Laukkanen JA, Kunutsor SK** (2019). Is sauna bathing protective of sudden cardiac death? A review of the evidence. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 62(3): 288-293.
6. **Tyrrell D, Barrow I, and Arthur J** (1989). Local hyperthermia benefits natural and experimental common colds. *British Medical Journal (Clinical research edition)*, 298(6683): 1280-1283.
7. **Marca GL, Barp J, Frenos S, Mugelli A, Galli L, Calistri E, et al** (2021). Thermal inactivation of SARS COVID-2 virus: Are steam inhalations a potential treatment?. *Life Sciences*, 265:118801.
8. **Akalu Y, Ayelign B, and Molla MD** (2020). Knowledge, Attitude and Practice Towards COVID-19 Among Chronic Disease Patients at Addis Zemen Hospital, Northwest Ethiopia. *Infection and Drug Resistance*, 13:1949-1960.
9. **Huynh G, Nguyen MQ, Tran TT, Nguyen VT, Nguyen TV, Do THT, et al** (2020). Knowledge, Attitude, and Practices Regarding COVID-19 Among Chronic Illness Patients at Outpatient Departments in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13: 1571-1578.
10. **Tran BX, Nguyen NK, Nguyen LP, Nguyen CT, Nong VM, Nguyen LH** (2016). Preference and willingness to pay for traditional medicine services in rural ethnic minority community in Vietnam. *BMC Complement and Alternative medicine*, 16: 48.
11. **Trung Lê Văn**. Tình hình sử dụng Y học cổ truyền trong chữa trị một số chứng bệnh thông thường của người dân thành phố Quy Nhơn năm 2016. 2016. URL : <https://bvquyhoa.vn/tinh-hinh-su-dung-y-hoc-co-truyen-trong-chua-tri-mot-so-chung-benh-thong-thuong-cua-nguoi-dan-thanh-pho-quy-nhon-nam-2016/>
12. **Nguyen PH, Tran VD, Pham DT, Dao TNP, Dewey RS** (2021). Use of and attitudes towards herbal medicine during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Vietnam. *European Journal of Integrative Medicine*, 44: 101328.
13. **Lý Hoàng Thị Hoa** (2015). Đánh giá thực trạng và hiệu quả can thiệp y học cổ truyền tại tuyến xã ở 3 tỉnh Miền Trung. Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA CHỨNG KHÁI THẤU TRÊN NGƯỜI BỆNH HẬU NHIỄM COVID-19

Lê Thị Huyền Trang¹, Phạm Đức Thắng¹, Ngô Thị Kim Oanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hiện nay, “hậu COVID-19” là vấn đề sức khỏe toàn thế giới. Trong đó, ho dai dẳng luôn gây ra nhiều phiền toái về sức khỏe và kinh tế cho người bệnh và môi trường xung quanh. Vì vậy việc nghiên cứu tỷ lệ các đặc điểm của chứng Khái thấu ở người bệnh hậu nhiễm COVID-19 góp phần đề ra các phương pháp điều trị hiệu quả bằng Y học cổ truyền.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trên 230 người bệnh hậu COVID-19 thỏa tiêu chuẩn chọn đến khám tại bệnh viện Đại học Y Dược cơ sở 3 từ 01/2022 đến 06/2022. Các đặc điểm của chứng khái thấu trong Y học cổ truyền được ghi nhận bằng phiếu khảo sát.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh hậu nhiễm COVID-19 có ho là 57,0%, trong đó ho mức độ nhẹ chiếm 38,2%, trung bình 40,5% và nặng 21,3%. Tỷ lệ các đặc điểm triệu chứng khái thấu lần lượt là ho khan 61,1%, ho vào chiều tối 47,3%, ho từng cơn 90,1%, tiếng ho to vang 54,2%, đàm trắng đục 47,1%, đàm đặc dính 72,5%, đàm lượng ít 64,7%, đàm dễ khạc 56,9%.

Kết luận: Ho khan, ho vào chiều tối, ho từng cơn, mức độ trung bình, tiếng ho to vang, đàm

trắng đục, đặc dính, lượng ít, dễ khạc chiếm ưu thế so với các đặc điểm khác.

Từ khóa: khái thấu, ho, VAS, hậu COVID-19

SUMMARY

SURVEY ON COUGH CHARACTERISTICS IN POST-COVID- 19 PATIENTS

Objectives: "Post-COVID-19" has been a worldwide health problem. In particular, persistent cough always causes many health and economic nuisances to patients and the surrounding environment. Therefore, the study of cough characteristics in post-COVID-19 patients is necessary for the development of effective traditional medicine treatment methods.

Methods: This study was carried out on 230 patients with post-COVID-19 symptoms who met the selection criteria at University of Medical Center HCMC – Branch no.3 from 01/2022 to 06/2022. Traditional medicine characteristics of cough were recorded.

Results: The proportion of post-COVID-19 patients with cough was 57.0%, of which mild cough accounted for 38.2%, moderate cough 40.5%, and severe cough 21.3%. The rate of each characteristic of cough was dry cough 61.1%, nighttime cough 47.3%, intermittent cough 90.1%, loud cough 54.2%, white turbid sputum 47.1%, sticky thick sputum 72.5%, scanty sputum 64.7%, easy expectoration 56.9%.

Conclusion: Dry cough, nighttime cough, intermittent cough, moderate cough, loud cough, white turbid sputum, sticky thick sputum, scanty

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

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Kim Oanh

SĐT: 0964783153

Email: ntkoanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 02/08/2022

sputum, and easy expectoration prevails over other characteristics.

Keywords: kesou, 咳嗽, cough, VAS, post-COVID-19

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tính đến ngày 08/10/2021, thành phố Hồ Chí Minh ghi nhận 404.502 người nhiễm bệnh và 15.603 người chết do COVID-19⁽¹⁾. Phần lớn những người bị nhiễm sẽ khỏi bệnh và hồi phục hoàn toàn⁽²⁾. Tuy nhiên, 20% trong số những người nhiễm bệnh có biểu hiện các triệu chứng trong hơn 5 tuần và 10% có thể có các triệu chứng kéo dài 12 tuần hoặc hơn, bất kể mức độ của bệnh⁽³⁾. Người bệnh “hậu COVID-19” phải trải qua một loạt các triệu chứng ảnh hưởng đến thể xác và tinh thần⁽⁴⁾. Trong nghiên cứu khảo sát COVID-19 của Văn phòng Thống kê Anh quốc, cho thấy ho là triệu chứng dai dẳng phổ biến thứ hai sau một cơn. Tác giả Song WJ (2021) báo cáo, 18% người bệnh có triệu chứng ho hậu COVID-19⁽⁵⁾. Hiện nay, “hậu COVID-19” là vấn đề sức khỏe toàn thế giới, là một căn bệnh mới, các phương pháp điều trị vẫn đang nghiên cứu, trong khi người bệnh đòi hỏi được điều trị⁽⁶⁾. Ho dai dẳng luôn gây ra nhiều phiền toái về sức khỏe và kinh tế cho người bệnh và môi trường xung quanh⁽⁷⁾. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đạt mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm của chứng Khái thẩu trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19 tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3; với các mục tiêu cụ thể:

- Xác định tỷ lệ của triệu chứng ho trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19

- Đánh giá mức độ ho bằng thang điểm nhìn (VAS) trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19

- Xác định tỷ lệ các đặc điểm của chứng Khái thẩu trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên, có triệu chứng hậu COVID-19 đang khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3

Người bệnh xác định mắc COVID-19 (địa phương xác nhận hoặc PCR dương tính) đến thời điểm lấy thông tin từ 4 tuần trở lên theo Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ⁽⁸⁾

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh suy giảm nhận thức theo MMSE (Mini – Mental State Examination)

Người bệnh không thể hoàn thành bảng câu hỏi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang mô tả

Địa điểm nghiên cứu

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

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01/2022 – 06/2022

Cỡ mẫu

Sử dụng công thức:

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

Với 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, $p=0,18^{(7)}$

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 là 227. Cỡ mẫu thực tế khảo sát là 230.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn được mời tham gia, đọc và ký vào Bản thông tin dành cho đối tượng tham gia nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu, sau đó trả lời câu hỏi trên phiếu khảo sát.

Bước 2: Tiến hành nhập và phân tích dữ liệu

Bước 3: Xác định tỷ lệ triệu chứng ho trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19

Bước 4: Xác định tỷ lệ mức độ ho nhẹ, trung bình, nặng theo thang điểm VAS

Bước 5: Xác định tỷ lệ các đặc điểm của chứng Khái thẩu trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19

Các biến số đặc điểm của chứng khái thẩu trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19

Để có dữ liệu nghiên cứu các đặc điểm của chứng khái thẩu trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19, chúng tôi đã tiến hành khảo sát trên y văn liên quan đến chứng Khái thẩu (“咳嗽”kesou) thỏa một trong các tiêu chuẩn sau: (1) sách kinh điển của y học cổ truyền (YHCT); (2) sách giáo khoa dùng giảng dạy của các bộ môn YHCT của các trường đại học y khoa trong và ngoài nước; (3) sách chuyên khảo YHCT của các tác giả là thầy thuốc có hơn 20 năm kinh nghiệm điều trị (tổng cộng 10 y văn)⁽⁹⁾. Có tất cả 23 đặc điểm của chứng khái thẩu được ghi nhận và đưa vào nghiên cứu trên lâm sàng để phân tích bao gồm ho khan, ho đàm, tiếng ho nhỏ yếu, tiếng ho to vang, ho mức độ nhiều, ho

mức độ ít, ho vào chiều tối, ho vào buổi sáng, ho liên tục, ho từng cơn, đàm lượng ít, đàm lượng nhiều, đàm dễ khạc, đàm khó khạc, đàm có mùi tanh hôi, đàm lẫn máu, đàm có bọt, đàm màu trong suốt, đàm màu trắng đục, đàm màu vàng, đàm màu xanh lục, đàm loãng, đàm đặc dính. Các câu hỏi triệu chứng được định nghĩa dựa trên từ điển y khoa của Shiel WC và thuật ngữ YHCT của Tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương^(10,11).

Người bệnh hậu COVID-19 được chia làm 2 nhóm: có triệu chứng ho và không có triệu chứng ho. Người bệnh tự đánh giá mức độ ho bằng thang dạng nhìn (VAS) 100 mm. Điểm VAS cho ho được phân loại với VAS = 0 mm là không ho, VAS từ 10 – 30 mm là ho nhẹ, VAS từ 40 – 70 mm là ho trung bình, VAS trên 70 mm là ho nặng và VAS = 100 mm tương ứng với ho không thể chịu được⁽¹²⁾.

Nhóm tuổi gồm 3 nhóm (nhóm 1: 18 – 29 tuổi, nhóm 2: 30 – 59 tuổi và nhóm 3: ≥ 60 tuổi)⁽¹³⁾.

Bệnh kèm được ghi nhận gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh tim mạch, hen phế quản, COPD⁽¹⁴⁾

Hút thuốc lá có 2 giá trị là có hút thuốc lá hoặc tiếp xúc với khói thuốc lá và không hút thuốc lá.

2.3. Xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2013, xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.

Những biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung vị (độ trải

giữa – IQR) do có phân phối không bình thường.

Mối liên quan giữa 2 biến định tính được phân tích bằng phép kiểm χ^2 . Để so sánh biến định lượng giữa 2 nhóm dùng kiểm định T nếu biến định lượng có phân phối bình thường và kiểm định Mann-Whitney U nếu biến định lượng không có phân phối bình thường.

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

2.4. Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Quyết định số 109/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

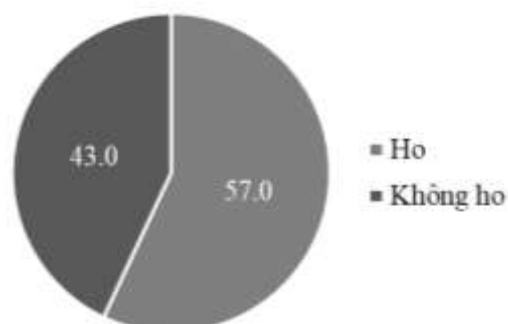
Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Có 230 người bệnh tham gia nghiên cứu, các đặc điểm của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=230)

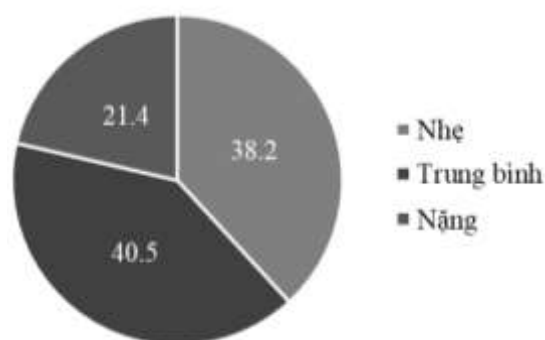
Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	82	35,7
	Nữ	148	64,3
Nhóm tuổi	18 – 29	102	44,3
	30 – 59	106	46,1
	≥ 60	22	9,6
Hút thuốc lá	Có	29	12,6
	Không	201	87,4
Bệnh kèm	Có	55	23,9
	Không	175	76,1
Tuổi		32 (19)	
BMI (kg/m ²)		21,5 (4)	
Thời gian hậu COVID-19 (ngày)		57 (83)	

Tỷ lệ người bệnh hậu COVID-19 có triệu chứng ho



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh hậu COVID-19 có triệu chứng ho (n=230)

Mức độ ho trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19



Biểu đồ 2. Mức độ ho theo VAS trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19 (n=131)

Các đặc điểm của chứng khái thẩu trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19

Bảng 2. Các đặc điểm của chứng khái thẩu ở người bệnh hậu nhiễm COVID-19 có ho (n=131)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Ho vào chiều tối	62	47,3
Ho khi nói chuyện	41	31,3
Ho vào buổi sáng	31	23,7
Không rõ thời điểm	16	12,2
Ho từng cơn	118	90,1
Ho liên tục	13	9,9
Tiếng ho to vang	71	54,2
Tiếng ho nhỏ yếu	60	45,8

Các đặc điểm trên người bệnh có ho chiếm ưu thế là ho từng cơn chiếm tỷ lệ cao nhất 90,1%, tiếng ho to vang 54,2%, ho vào chiều tối 47,3%.

Bảng 3. Các đặc điểm đàm ở người bệnh hậu nhiễm COVID-19 ho đàm (n=51)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Màu sắc đàm		
Trắng đục	24	47,1
Vàng	12	23,5
Trong suốt	12	23,5
Xanh	3	5,9
Tính chất đàm		
Đàm đặc dính	37	72,5
Đàm loãng	14	27,5
Đàm dễ khạc	29	56,9
Đàm khó khạc	22	43,1
Đàm có mùi tanh hôi	15	29,4
Đàm có bọt	15	29,4
Đàm lẫn máu	5	9,8
Đàm lượng ít	33	64,7
Đàm lượng trung bình	10	19,6
Đàm lượng nhiều	8	15,7

Các tính chất đàm chiếm ưu thế là đàm màu trắng đục 47,1%, đặc dính 72,5%, lượng ít 64,7%, dễ khạc 56,9%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận độ tuổi trung vị ở người bệnh có triệu chứng hậu COVID-19 là 32 (19), giới tính nữ chiếm ưu thế. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sudre CH (2020) với tuổi trung bình là $42 \pm 12,56$ và tỷ lệ người bệnh nữ là 71,5%⁽¹⁵⁾.

Người bệnh trong mẫu khảo sát đa phần thuộc nhóm BMI bình thường (tỷ lệ 60,0%) với giá trị trung vị là 21,5 (4), thấp hơn so với nghiên cứu của Vimercati L (2021) và Sudre CH (2020) khi hai tác giả này báo cáo BMI ở người bệnh COVID-19 lần lượt là $25,4 \pm 4,5$ và $26,8 (5,2)$ ^(15,16). Sự khác biệt trên có thể do đặc điểm nhân trắc học của

người Việt Nam, với phần lớn dân số có BMI ở mức trung bình.

Có sự tương đồng về tỷ lệ hút thuốc lá trong nghiên cứu này với ghi nhận của Mandal S tại Anh quốc trên người bệnh COVID-19, trong khi đó tỷ lệ người có bệnh kèm lại thấp hơn đáng kể (23,9% so với 66%)⁽¹⁴⁾. Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng người bệnh trên 60 tuổi khá ít (chưa đến 10%) mà đây lại là nhóm tuổi thường có nhiều bệnh.

Thời gian hậu COVID-19 của người bệnh trong nghiên cứu này là 57 ngày. Mandal S và Sudre CH cũng báo cáo kết quả tương tự với lần lượt 54 và 56 ngày^(14,15).

Tỷ lệ triệu chứng ho ở người bệnh hậu COVID-19

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ho ở người bệnh hậu COVID-19 là 57,0%. Nghiên cứu của Liang L (2020) ghi nhận 59% số người nhiễm COVID-19 được xuất viện tại bệnh viện Vũ Hán có ho, với độ tuổi trung bình là $41,3 \pm 13,8$, thời điểm lấy mẫu sau 3 tháng tính từ lúc khởi phát⁽¹⁷⁾. Nghiên cứu tổng hợp của Song WJ (2021) báo cáo tỷ lệ ho ước tính là 18%, thời gian theo dõi từ 6 tuần đến 6 tháng⁽⁵⁾. Sự khác nhau giữa các nghiên cứu về tỷ lệ ho có thể do sự khác nhau về các đặc điểm mẫu nghiên cứu, thời gian theo dõi, triệu chứng xuất hiện, mức độ nghiêm trọng trong thời điểm mắc COVID-19, định nghĩa triệu chứng, tình trạng tiêm vaccin, loại biến chủng nào của SARS-CoV-2 cũng như về thiết kế nghiên cứu.

Mức độ ho trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19

Nghiên cứu ghi nhận đa số người bệnh hậu nhiễm COVID-19 có mức độ ho nhẹ và trung bình, chiếm khoảng 80%. Mandal S (2020) và D'Cuz RF (2021) báo cáo tỷ lệ người bệnh ho mức độ nặng lần lượt là 10% và 7%, còn lại là mức độ nhẹ và trung bình^(14,18). Điều này có thể được lý giải do (1) người bệnh hậu nhiễm COVID-19 có triệu

chúng ho thường ở mức độ nhẹ và trung bình, ít khi ho nặng khiến người bệnh nhập viện, (2) người bệnh ho mức độ nặng thường kèm theo những triệu chứng khác như khó thở, đau ngực, ...và được điều trị tại các chuyên khoa khác có đầy đủ các thiết bị hỗ trợ.

Các đặc điểm của chứng khái thấu trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19

Có thể thấy từ kết quả nghiên cứu này, đặc điểm ho khan và đàm lượng ít chiếm ưu thế. Điều này cũng tương đồng với báo cáo của Xue HH (2020) và Wan XY (2020)^(19,20). Theo YHCT, COVID-19 thuộc ôn bệnh với các đặc điểm như sốt, yếu tố gây bệnh xâm nhập qua miệng mũi và có xu hướng gây tổn thương phần âm mạnh, có khả năng lây nhiễm, diễn tiến bệnh nhanh. Bệnh thường do “Thấp độc” và “Nhiệt độc” làm cho âm dịch bị hao tổn, Phế âm hư suy dẫn đến các biểu hiện ho khan và ít đàm^(19,20). Cơ chế trên cũng có thể lý giải cho các đặc điểm ho vào chiều tối, từng cơn, đàm đặc dính, đàm màu trắng đục chiếm ưu thế⁽¹⁹⁾. Hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào mô tả các đặc điểm của đàm ở người bệnh hậu COVID-19 như màu sắc, tính chất đàm cũng như thời điểm ho trong ngày và thời gian kéo dài của cơn ho nên chưa có sự đối sánh giữa các nghiên cứu.

Ngoài ra, các đặc điểm khác của Khái thấu như tiếng ho to vang, đàm dễ khạc cũng chiếm ưu thế trên người bệnh hậu nhiễm COVID-19. Khi điều trị các triệu chứng của COVID-19, bác sĩ YHCT thường dùng các vị thuốc tính ấm để trừ đàm thấp, làm suy kiệt âm dịch của Phế và Tỳ. Do đó, người bệnh mắc COVID-19 vào thời kỳ hồi phục thường biểu hiện Phế Tỳ khí hư gây ra triệu chứng đàm dễ khạc. Đồng thời, nếu chính khí hư tổn, bệnh dễ kéo dài hoặc tái phát, khi đó tà khí chưa được giải, biểu hiện hư thực thác tạp gây ra các triệu chứng như tiếng ho to vang⁽²⁰⁾.

Từ những kết quả đạt được, đề tài đã giúp tìm hiểu các đặc điểm và đưa ra nhận định ban đầu về chứng Khái thấu ở người bệnh hậu nhiễm COVID-19 (một căn bệnh mới) làm cơ sở để áp dụng các phương pháp điều trị bằng YHCT. Điểm yếu của nghiên cứu là (1) chưa tiến hành khảo sát thử bộ câu hỏi, (2) thực hiện chỉ tại một bệnh viện nên chưa mang tính đại diện dân số. Vì vậy, cần tiến hành thêm các nghiên cứu có thiết kế chặt chẽ hơn, đa trung tâm, cỡ mẫu lớn, trên người bệnh có triệu chứng hậu COVID-19 trong cộng đồng, trong trường học,...

V. KẾT LUẬN

Với thời gian hậu COVID-19 trung vị là 57 (83) ngày thì tỷ lệ người bệnh có triệu chứng ho vẫn còn chiếm tỷ lệ rất cao 57,0%. Các đặc điểm Khái thấu thường là ho khan, ho vào chiều tối, ho từng cơn, mức độ trung bình (VAS), tiếng ho to vang, đàm trắng đục, đặc dính, lượng ít, dễ khạc chiếm ưu thế so với các đặc điểm khác.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi cảm ơn Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 đã hỗ trợ chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021). Cổng thông tin của Bộ Y tế về đại dịch COVID-19. Ngày truy cập 08/10/2021. <https://covid19.gov.vn/>
2. **WHO**. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard 2021. Access on May 20, 2022. <https://covid19.who.int/>
3. **Office for National Statistics**. **The Prevalence of Long COVID Symptoms and COVID-19 Complications**. Access on May 26, 2022. <https://www.ons.gov.uk/news/statementsandletters/theprevalenceoflongcovidssymptomsandcovid19complications>

4. **Aiyegbusi OL, Hughes SE, Turner G** (2021). Symptoms, complications and management of long COVID: a review. *Royal Society of Medicine*, 114(9):428-442.
5. **Song WJ, Christopher KM, James HH** (2021). Confronting COVID-19-associated cough and the post-COVID syndrome: role of viral neurotropism, neuroinflammation, and neuroimmune responses. *Lancet Respiratory Medicine*, 9(5):533-544.
6. **Raveendran AV, Jayadevan R, Sashidharan S** (2021). Long COVID: An overview. *Diabetes & metabolic syndrome*, 15(3):869-875.
7. **Chopra V, Flanders SA, O'Malley M, Malani AN, Prescott HC** (2021). Sixty-Day Outcomes Among Patients Hospitalized With COVID-19. *Annals of Internal Medicine*, 174(4):576-578.
8. **Ceters for Disease Control and Prevention USA** (2021). Post-COVID Conditions. Access on May 26, 2022. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-conditions.html>
9. **Nguyễn Thị Kim Yến, Nguyễn Thị Bay** (2018). Xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh cảnh Y học cổ truyền trên bệnh nhân thoái hoá khớp. Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
10. **Shiel WC, Stöppler MC, Lee D, Marks JW, Mathur R** (2008). Webster's New World Medical Dictionary 3rd ed, Wiley publishing.
11. **Tổ chức Y tế thế giới, Bệnh viện YHCT Trung ương** (2011). Thuật ngữ Y học cổ truyền của Tổ chức Y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (WHO/WPRO), Nhà xuất bản Y học, TPHCM.
12. **Birring SS** (2011). Controversies in the evaluation and management of chronic cough. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 183(6):708-15.
13. **Surkalim D, Luo M, Eres R** (2021). The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. e067068.
14. **Mandal S, Barnett J, Brill SE** (2021). 'Long-COVID': a cross-sectional study of persisting symptoms, bio-marker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19. *Thorax*, 76(4):396-8.
15. **Sudre CH, Murray B, Varsavsky T** (2020). Attributes and predictors of long COVID. *Nature medicine*, 27(4):626-31
16. **Luigi V, Luigi DM, Marco Q** (2021). Association between Long COVID and Overweight/Obesity. *Clinical Medicine*, 10(18):4143.
17. **Liang L, Yang B, Jiang N, Fu W, He X, Zhou Y** (2020). Three-month Follow-up Study of Survivors of Coronavirus Disease 2019 after Discharge. *Korean Medical Science*, 35(47):e418.
18. **D'Cruz RF, Waller MD, Perrin F, Periselnieris J, Norton S, Smith LJ** (2021). Chest radiography is a poor predictor of respiratory symptoms and functional impairment in survivors of severe COVID-19 pneumonia. *ERJ Open Research*, 7(1).
19. **薛鸿浩, 张惠勇, 鹿振辉** (2020). 66例普通型新型冠状病毒肺炎恢复期患者中医临床特征分析. *上海中医药杂志*. 54(5):46-49.
20. **万旭英, 孟宪泽, 李军昌, 巩小丽, 梁玉清, 高颂凯** (2020). 光谷济生方治疗恢复期新型冠状病毒肺炎的临床效果. *第二军医大学学报*. 41(8):813-817.

KHẢO SÁT CÁC DẠNG THỂ CHẤT Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN SINH VIÊN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH DỄ SAY TÀU XE

Đỗ Thị Ly¹, Phạm Đức Thắng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Say tàu xe là một vấn đề phổ biến, ảnh hưởng xấu đến sinh viên cả về thể chất lẫn tinh thần. Theo Y học cổ truyền, thể chất mỗi cá nhân có liên quan đến biểu hiện say tàu xe, có giá trị trong việc phòng ngừa. Vì vậy, nghiên cứu này khảo sát các dạng thể chất Y học cổ truyền trên sinh viên Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh dễ say tàu xe.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 574 sinh viên Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh dễ say tàu xe. Mức độ say tàu xe được đánh giá bằng thang điểm Graybiel. Các dạng thể chất được ghi nhận dựa vào bộ câu hỏi dạng thể chất Y học cổ truyền đã được chuẩn hóa.

Kết quả: Dạng thể chất Khí hư xuất hiện nhiều nhất (58,2%). 81% sinh viên say tàu xe mức độ từ nghiêm trọng trở lên. Có khác biệt về mức độ say tàu xe giữa những sinh viên có và không có dạng thể chất Dương hư, Khí trệ, Đàm thấp, Trung tính ($p < 0,05$).

Kết luận: Phần lớn sinh viên dễ say tàu xe có thể chất Khí hư và mức độ say tàu xe từ nghiêm trọng trở lên. Có mối liên quan giữa thể

chất Dương hư, Khí trệ, Đàm thấp, Trung tính với mức độ say tàu xe.

Từ khóa: say tàu xe, thể chất Y học Cổ truyền, CCMQ

SUMMARY

TRADITIONAL MEDICINE CONSTITUTIONAL TYPES IN STUDENTS THAT ARE SUSCEPTIBLE TO MOTION SICKNESS AT UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY

Objectives: Motion sickness is a common problem that affects students physically and mentally. As stated in traditional medicine, an individual's body constitution is related to motion sickness manifestations and is the guidance for the prevention of this condition. Therefore, this study investigated the traditional medicine constitutional types in students at University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City who are susceptible to motion sickness.

Methods: The study was conducted on 574 students that were susceptible to motion sickness at University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. The level of motion sickness severity was assessed using the Graybiel scale. Constitutional types of traditional medicine were recorded based on a standardized Constitution in Chinese Medicine Questionnaire.

Results: Qi-deficiency constitution was the most prevalent (58.2%). 81% of the students had severe malaise or frank sickness. Students with Yang-deficiency, Qi-depression, Phlegm-wetness, or Gentleness type significantly differed

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

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Thắng

SĐT: 0363811640

Email: pdthang@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 20/07/2022

Ngày duyệt bài: 02/08/2022

from those without these types in levels of motion sickness severity ($p < 0,05$).

Conclusion: Most students susceptible to motion sickness have Qi-deficiency constitution and severe malaise or frank sickness. There is a relationship between Yang-deficiency, Qi-depression, Phlegm-wetness, Gentleness constitution, and the severity of motion sickness.

Keywords: motion sickness, constitutional type, CCMQ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Say tàu xe là tên gọi chung cho say ô tô, sau tàu thuyền và say do các loại thiết bị thực tế ảo và đây là một vấn đề phổ biến trên thế giới khi nhu cầu và sự phát triển của các loại hình phương tiện giao thông ngày càng gia tăng⁽¹⁾. Tùy thuộc vào mức độ và loại kích thích mà biểu hiện say tàu xe thường đa dạng và khác nhau giữa mỗi cá nhân, phổ biến nhất là buồn nôn và nôn. Những biểu hiện đó ảnh hưởng trực tiếp đến năng suất học tập, lao động, giảm khả năng giao tiếp xã hội, tác động xấu đến cơ thể cả về mặt thể chất lẫn tinh thần^(1,2).

Hiện nay vẫn chưa có sự thống nhất về cơ chế bệnh sinh của say tàu xe nên đa phần là điều trị triệu chứng hoặc phòng ngừa sớm trước khi tiếp xúc với kích thích. Hơn nữa, hiệu quả của các phương pháp điều trị tương đối ngắn và tác dụng phụ đáng kể^(2,3). Theo Y học cổ truyền (YHCT), các biểu hiện của say tàu xe được mô tả trong phạm vi các chứng Hoắc loạn, Vị phản, Huyền vạng và có liên quan mật thiết đến thể chất của từng cá nhân⁽⁴⁾. Thể chất được phân thành 9 dạng và có mối quan hệ mật thiết đến sức khỏe của con người, sự khác biệt về thể chất ảnh hưởng đến sự xuất hiện, phát triển và tiên lượng bệnh⁽⁵⁾. Kết quả sơ bộ của một số nghiên cứu cho thấy việc xác định và điều

chỉnh thể chất có thể dự phòng, hỗ trợ điều trị bệnh⁽⁶⁾. Đây có thể trở thành một cách tiếp cận mới để phòng ngừa và điều trị say tàu xe bằng YHCT. Ở Trung Quốc đã có một số nghiên cứu xác định mối liên quan giữa các dạng Thể chất và chứng say tàu xe^(7,8). Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào khảo sát các dạng thể chất YHCT trên đối tượng dễ say tàu xe, đặc biệt là sinh viên, đối tượng thường sử dụng phương tiện di chuyển là xe buýt và xe khách. Do đó, câu hỏi được đặt ra là “Tỷ lệ các dạng thể chất YHCT và mức độ say tàu xe trên sinh viên Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) dễ say tàu xe là bao nhiêu? Có mối liên hệ nào giữa các dạng thể chất YHCT và mức độ say tàu xe?”

Mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ các dạng thể chất YHCT trên sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe.
- Xác định tỷ lệ mức độ say tàu xe trên sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe.
- Khảo sát mối liên quan giữa các dạng thể chất YHCT và mức độ say tàu xe trên sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

Sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe.

Dân số chọn mẫu

Sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe tham gia nghiên cứu từ tháng 01/2022 – 05/2022.

Cỡ mẫu

Sử dụng công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 P \times (1 - P)}{d^2} = 384$$

Ước lượng một tỷ lệ trong quần thể với:
 $\alpha=0.05$, $Z=1.96$, $p=0.5$, $d=0.05$

Trong đó:

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

p: trị số mong muốn của tỷ lệ. Do không có sẵn trị số của p nên giả định $p=0,5$ để có một cỡ mẫu lớn nhất.

α : xác suất sai lầm loại 1

Z: trị số từ phân phối chuẩn.

Tiêu chuẩn chọn

Sinh viên Đại học Y Dược TP. HCM dễ say tàu xe (tổng điểm ≥ 3 theo thang điểm Graybiel⁽⁹⁾) đồng ý tham gia nghiên cứu từ tháng 01/2022 – 05/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Sinh viên không thể hiểu được câu hỏi.
- Sinh viên không đồng ý trả lời.
- Sinh viên không tiếp cận được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang mô tả

Kỹ thuật chọn mẫu

Sử dụng phương pháp lấy mẫu ngẫu nhiên và tiến hành qua 2 bước:

- Bước 1: Chọn ngẫu nhiên 2 trong 6 Khoa thuộc Đại học Y Dược TPHCM, khảo sát mức độ say tàu xe trên sinh viên thuộc 2 Khoa đã chọn.

- Bước 2: Sinh viên thỏa tiêu chuẩn có say tàu xe trả lời bằng câu hỏi dạng thể chất YHCT (Constitution in Chinese Medicine Questionnaire – CCMQ) đã chuẩn hóa để phân loại các dạng thể chất YHCT.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Bộ câu hỏi CCMQ đã được chuẩn hóa để sử dụng cho người Việt Nam, có độ tin cậy và hiệu lực tốt⁽¹⁰⁾. Bộ câu hỏi phân loại một

người vào một hoặc nhiều dạng thể chất: Trung tính, Khí hư, Dương hư, Âm hư, Đàm thấp, Thấp nhiệt, Huyết ứ, Khí trệ và thể Đặc biệt. CCMQ bao gồm 60 câu hỏi tự đánh giá theo thang đo Likert 5 mức độ bao gồm không, hiếm khi, ít, thỉnh thoảng, luôn luôn. Mỗi dạng thể chất YHCT ứng với những câu hỏi nhất định, điểm từ các câu hỏi này được tính toán thành điểm chuyển đổi tương ứng (điểm số của mỗi thể chất được chuẩn hóa từ 0 đến 100), điểm chuyển đổi này thông qua tiêu chuẩn đánh giá và phân loại các dạng thể chất YHCT giúp xác định sinh viên có hay không có những dạng thể chất YHCT nào⁽¹⁰⁾.

Mức độ say tàu xe theo Graybiel được phân loại dựa vào các triệu chứng nôn, màu sắc da, đổ mồ hôi, tăng tiết nước bọt, buồn ngủ, đau đầu, chóng mặt và các triệu chứng liên quan. Tùy theo loại triệu chứng và mức độ mà các số điểm có thể là 0, 1, 2, 4, 8, 16⁽⁹⁾.

2.3. Xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2013.

Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.

Những biến số định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ %, biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn hoặc dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không có phân phối chuẩn.

Sử dụng phép kiểm chi bình phương để xác định mối liên quan giữa các dạng thể chất YHCT với mức độ say tàu xe.

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

2.4. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TPHCM theo Quyết định số 101/HĐĐĐ – ĐHYD ngày 20/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Có 574 sinh viên tham gia nghiên cứu, vượt yêu cầu về cỡ mẫu đặt ra là 384 sinh viên, đảm bảo kết quả nghiên cứu khách quan và đáng tin cậy. Các đặc điểm của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1 và Bảng 2.

Bảng 1. Đặc điểm về giới tính của mẫu nghiên cứu (n=574)

Giới tính	Tần số (Tỷ lệ %)
Nam	87 (22,7%)
Nữ	297 (77,3%)

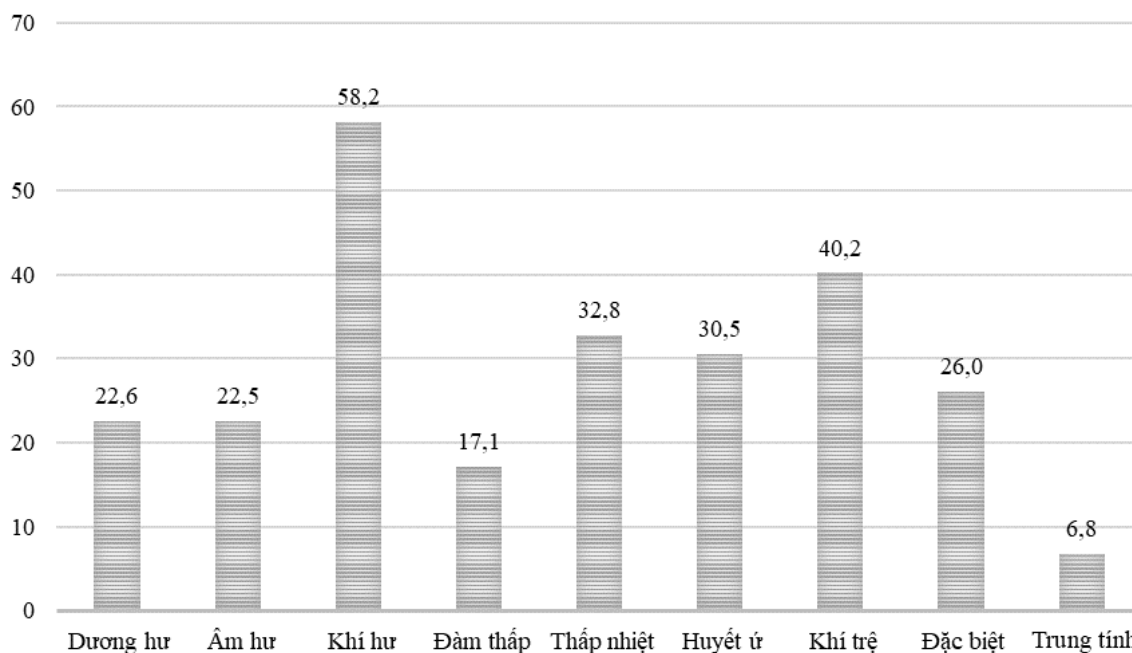
Sinh viên nữ say tàu xe chiếm ưu thế với 77,3%.

Bảng 2. Độ tuổi theo nhóm phân độ say tàu xe và theo giới tính (n=574)

Đặc điểm	Tuổi trung vị	Khoảng tứ phân vị	Tuổi nhỏ nhất	Tuổi lớn nhất	Giá trị p
Mức độ say tàu xe					
Trung bình A	22	2	20	29	0,691
Trung bình B	21	2	20	25	
Nghiêm trọng	21	2	19	26	
Đặc biệt nghiêm trọng	21	1	19	31	
Giới tính					
Nam	21	3	19	29	0,503
Nữ	21	1	19	31	

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 19 – 31 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi giữa nam và nữ cũng như giữa các nhóm mức độ say tàu xe ($p>0,05$).

Tỷ lệ các dạng thể chất YHCT của sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các dạng thể chất YHCT

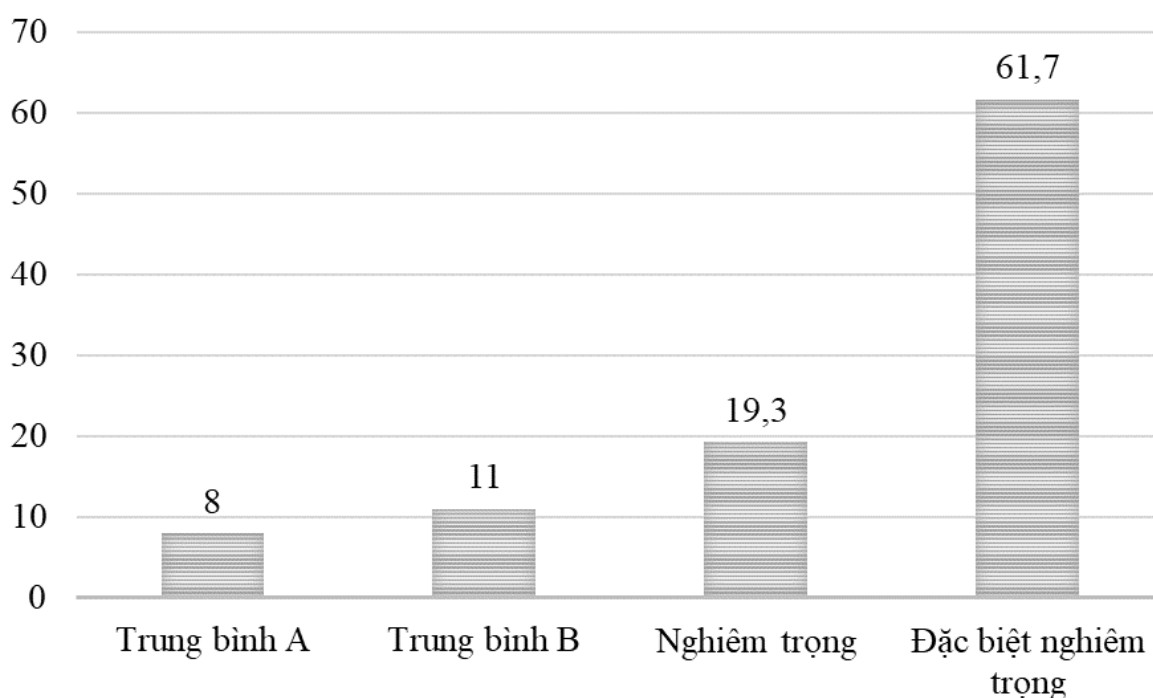
Trong mẫu nghiên cứu tỷ lệ thể chất Khí hư chiếm đa số (58,2%), Khí trệ chiếm thứ hai (40,2%), Thấp nhiệt chiếm thứ ba (32,8%). Thấp nhất là thể chất Trung tính (6,8%).

Bảng 3. Phân bố số lượng các dạng thể chất YHCT

Số lượng các dạng thể chất YHCT	Tần số (Tỷ lệ %)
Không thể chất	101 (17,6%)
Một thể chất	148 (25,8%)
Nhiều thể chất	325 (56,6%)

Tỷ lệ sinh viên có nhiều dạng thể chất (từ 2 thể chất trở lên) chiếm đa số với 56,6%; một dạng thể chất là 25,8% và không phân loại được dạng thể chất là 17,6%.

Tỷ lệ mức độ say tàu xe trên sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe



Biểu đồ 2. Tỷ lệ mức độ say tàu xe

Phần lớn sinh viên trong mẫu nghiên cứu có mức độ say tàu xe Đặc biệt nghiêm trọng (61,7%), tiếp theo là mức độ Nghiêm trọng (19,3%), Trung bình B (11%), thấp nhất là mức độ Trung bình A (8%).

Bảng 4. Phân bố mức độ say tàu xe theo giới tính (n=574)

Giới tính	Phân độ say tàu xe				Tổng	p
	Trung bình A	Trung bình B	Nghiêm trọng	Đặc biệt nghiêm trọng		
Nam	19 (14,5%)	16 (12,2%)	37 (28,2%)	59 (45,1%)	131(100%)	0,000
Nữ	27 (6,1%)	47 (10,6%)	74 (16,7%)	295 (66,6%)	443(100%)	

Có sự khác biệt về mức độ say tàu xe giữa nam và nữ trong mẫu nghiên cứu ($p < 0,05$).

Mối liên quan giữa các dạng thể chất YHCT và mức độ say tàu xe trên sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe

Bảng 5. Phân bố số lượng các dạng thể chất YHCT và mức độ say tàu xe

Số lượng các dạng thể chất YHCT	Phân độ say tàu xe				Tổng	p
	Trung bình A	Trung bình B	Nghiêm trọng	Đặc biệt nghiêm trọng		
Không thể chất	13 (12,9%)	7 (6,9%)	19 (18,8%)	62 (61,4%)	101(100%)	0,056
Một thể chất	16 (10,8%)	21 (14,2%)	30 (20,3%)	81 (54,7%)	148(100%)	
Nhiều thể chất	17 (5,2%)	35 (10,8%)	62 (19,1%)	211 (64,9%)	205(100%)	

Không có sự khác biệt về mức độ say tàu xe giữa các sinh viên có số lượng các dạng thể chất khác nhau ($p>0,05$).

Bảng 5. Phân bố các dạng thể chất YHCT và mức độ say tàu xe

Dạng thể chất YHCT		Phân độ say tàu xe				Tổng	p
		Trung bình A	Trung bình B	Nghiêm trọng	Đặc biệt nghiêm trọng		
Dương hư	Có	4 (3,1%)	11 (8,5%)	17 (13,1%)	98 (75,4%)	130 (100%)	0,002
	Không	42 (9,6%)	52 (11,7%)	94 (21,2%)	256 (57,7%)	444 (100%)	
Âm hư	Có	8 (6,2%)	14 (10,9%)	21 (16,3%)	86 (66,7%)	129 (100%)	0,539
	Không	38 (8,5%)	49 (11%)	90 (20,2%)	268 (60,2%)	445 (100%)	
Khí hư	Có	20 (6%)	37 (11,1%)	58 (17,4%)	219 (65,6%)	334 (100%)	0,053
	Không	26 (10,8%)	26 (10,8%)	53 (22,1%)	135 (56,2%)	240 (100%)	
Đàm thấp	Có	2 (2%)	9 (9,2%)	16 (16,3%)	71 (72,4%)	98 (100%)	0,039
	Không	44 (9,2%)	54 (11,3%)	95 (20%)	283 (59,5%)	476 (100%)	
Thấp nhiệt	Có	10 (5,3%)	20 (10,6%)	38 (20,2%)	120 (63,8%)	188 (100%)	0,410
	Không	36 (9,3%)	43 (11,1%)	73 (18,9%)	234 (60,6%)	386 (100%)	
Huyết ứ	Có	9 (5,1%)	19 (10,9%)	28 (16%)	119 (68%)	175 (100%)	0,128
	Không	37 (9,3%)	44 (11%)	83 (20,8%)	235 (58,9%)	399 (100%)	
Khí trệ	Có	10 (4,3%)	24 (10,4%)	42 (18,2%)	155 (67,1%)	231 (100%)	0,032
	Không	36 (10,5%)	39 (11,4%)	69 (20,1%)	199 (58%)	343 (100%)	
Đặc biệt	Có	9 (6%)	11 (7,4%)	34 (22,8%)	95 (63,8%)	149 (100%)	0,191
	Không	37 (8,7%)	52 (12,2%)	77 (18,1%)	259 (60,9%)	425 (100%)	
Trung tính	Có	7 (17,9%)	5 (12,8%)	10 (25,6%)	17 (43,6%)	39 (100%)	0,039
	Không	39 (7,3%)	58 (10,8%)	101(18,9%)	337 (63%)	535 (100%)	

Những sinh viên có thể chất Dương hư, Khí trệ, Đàm thấp, Trung tính có khác biệt về mức độ say tàu xe so với sinh viên không có các thể chất này ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy sinh viên nữ có say xe tàu xe chiếm ưu thế (tỷ lệ 77,2%). Zhang Q năm 2017 khi khảo sát trên 551 sinh viên dễ say tàu xe sử dụng thang điểm

của Graybiel cũng báo cáo tỷ lệ giới tính nữ là 64,43%, cao hơn so với nam⁽⁸⁾.

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên sinh viên Đại học Y Dược TPHCM nên đối tượng nghiên cứu có sự tương đồng về độ tuổi, nằm trong khoảng 19 – 31 tuổi. Kết quả

cho thấy không có sự khác biệt về tuổi giữa sinh viên nam và sinh viên nữ cũng như giữa các nhóm mức độ say tàu xe trong mẫu nghiên cứu ($p>0,05$). Điều này có thể giúp loại trừ sự ảnh hưởng của độ tuổi lên mức độ say tàu xe.

Tỷ lệ các dạng thể chất YHCT trên sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe

Nghiên cứu ghi nhận sự xuất hiện của cả 9 dạng thể chất YHCT, trong đó thể chất Khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,2%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Zhang Q năm 2017 khi thể chất Khí hư gặp nhiều nhất trong các dạng thể chất (tỷ lệ 32,67%)⁽⁸⁾. Theo YHCT, mỗi cá nhân đều có một hoặc nhiều thể chất biểu hiện khả năng thích ứng với sự thay đổi của môi trường và khả năng mắc bệnh của người đó⁽⁵⁾. Mặt khác, theo Y học hiện đại (YHHĐ) say tàu xe có thể xảy ra ở hầu hết tất cả những người có hệ thống tiền đình hoạt động tốt và kích thích đạt đến ngưỡng thích hợp⁽¹¹⁾. Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên đối tượng sinh viên khỏe mạnh, do đó kết quả xuất hiện cả 9 loại thể chất YHCT.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu thu được đến 82,4% sinh viên có nhiều hơn một dạng thể chất YHCT. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác khi sử dụng bảng câu hỏi CCMQ để phân loại các dạng thể chất. Nghiên cứu của Lê Thu Thảo năm 2021 đã sử dụng bảng câu hỏi CCMQ và tiến hành khảo sát trên sinh viên cũng thu được kết quả tương tự với 79% sinh viên được phân loại vào ít nhất một dạng thể chất⁽¹²⁾.

Tỷ lệ mức độ say tàu xe trên sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe

Phần lớn sinh viên Đại học Y Dược TPHCM có mức độ say tàu xe từ nghiêm trọng trở lên chiếm tỷ lệ 81%. Kết quả này

cũng tương đồng với nghiên cứu của Zhang Q năm 2017 khi khoảng 70% số sinh viên có mức độ say tàu xe từ nghiêm trọng trở lên⁽⁶⁾. Từ việc phân tích tỷ lệ mức độ say tàu xe, có thể nhận thấy hầu hết sinh viên đều có biểu hiện say tàu xe mức độ nghiêm trọng. Do đó, việc tìm kiếm phương pháp giúp phòng và điều trị say tàu xe đóng một vai trò vô cùng quan trọng.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có sự khác biệt về mức độ say tàu xe giữa nam và nữ. Trong cuốn Trừu hậu bị cấp phương của danh Y Cát Hồng có ghi: “Nữ tử tiểu nhi đa chú xa, chú thuyền, tâm muộn loạn, đầu thống, thổ”, tức là phụ nữ và trẻ em thì dễ say tàu xe với các triệu chứng đầy tức ngực, đau đầu, nôn ói”. Điều này cũng đã được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu trên thế giới và đã có rất nhiều lý luận được đưa ra để giải thích. Thứ nhất là sự ảnh hưởng của nội tiết tố trong chu kỳ kinh nguyệt. Thứ hai là sự khác biệt về đặc điểm về nhân trắc học giữa nam và nữ. Thứ ba là giả thuyết về sự thích nghi tiến hóa. Thứ tư là sự sai lệch trong câu trả lời giữa hai giới khi trả lời qua các cuộc khảo sát⁽¹³⁾.

Mối liên quan giữa các dạng thể chất YHCT và mức độ say tàu xe trên sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe

Nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về mức độ say tàu xe giữa sinh viên có dạng thể chất Dương hư, Khí trệ, Đàm thấp, Trung tính ($p<0,05$). Những người có thể chất trung tính đa phần là khỏe mạnh, có khả năng thích ứng tốt với sự thay đổi của môi trường⁽⁵⁾. Có lẽ vì thế mà họ cũng có khả năng thích ứng tốt với các kích thích gây say tàu xe. Những người có thể chất Đàm thấp thường đặc trưng bởi đàm thấp ứ trệ với các biểu hiện đàm nhiều, miệng dính nhớt hoặc có vị ngọt, thích ăn đồ béo ngọt, lâu dần sẽ làm tổn thương Tỳ

Vị. Tỳ thất kiện vận, dẫn đến thủy cốc không vận hóa thành chất tinh vi, thấp tụ sinh đàm, đàm thấp trở trệ trung tiêu, dẫn tới Tỳ Vị thăng giáng thất điều, khí cơ nghịch loạn mà phát sinh huyễn vựng⁽⁵⁾. Hoặc như ở người có thể chất Dương hư, thủy không được khí hóa, lâu ngày khiến thủy thấp đình đọng trong cơ thể, khi đó sẽ xuất hiện nặng đầu, chóng mặt. Những người có thể chất Khí trệ thì đặc trưng bởi khí cơ uất kết nên vận hành khí huyết không thông suốt, từ đó có thể phát sinh chứng Huyễn vựng⁽⁵⁾. Các đặc điểm và biểu hiện của các dạng thể chất tương ứng đều có liên quan đến sự phát sinh chứng Huyễn vựng, vì thế mà có sự khác biệt giữa những người có và không có các dạng thể chất nêu trên về mức độ say tàu xe.

V. KẾT LUẬN

Thể chất YHCT trên sinh viên Đại học Y Dược TPHCM dễ say tàu xe xuất hiện cả 9 loại, trong đó thể chất Khí hư chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Phần lớn sinh viên có mức độ say tàu xe từ nghiêm trọng trở lên. Có mối liên quan giữa thể chất Dương hư, Khí trệ, Đàm thấp, Trung tính với mức độ say tàu xe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Muridin L, Golding J, Bronstein A.** (2011). Managing motion sickness. *British Medical Journal*, 343:d7430.
2. **Golding JF.** (2016). Motion sickness. *Handbook of clinical neurology*, 137:371-390.
3. **Zhang LL, Wang JQ, Qi RR, Pan LL, Li M, Cai YL.** (2016). Motion Sickness: Current Knowledge and Recent Advance. *CNS neuroscience & therapeutics*, 22(1):15-24.
4. **张凡, 李卫红, 李峰.** (2018). 浅析晕动病的中医易感体质特征及其防治策略. *中医药导*, 24(7):20-21,32.
5. **Wang Q.** (2005). Classification and diagnosis basis of nine basic constitutions in Chinese medicine. *Beijing University of Traditional Chinese Medicine*, 28(4):1-8.
6. **李倩茹, 王琦, 李玲孺.** (2019). 中医体质辨识在“治未病”中的应用. *中医学报*, 8:1586-1589.
7. **Mo FF, Zheng GY, Wu LN, Fang FF, Liu CP, Ling CQ, Li M.** (2011). Relationships between constitutional types of traditional Chinese medicine and motion sickness in 145 ocean sailors. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*, 9(4):390-394.
8. **张琼, 张楠, 冯强.** (2017). 新疆地区高校大学生晕动病中医体质调查分析. *张琼 张楠 冯强*, 35(05):97-99.
9. **Graybiel A, Wood CD, Miller EF, Cramer DB.** (1968). Diagnostic criteria for grading the severity of acute motion sickness. *Aerospace medicine*, 39(5):453-455.
10. **Nguyen THD, Le TT, Tang KH, Le BL, Lam CT, Le THL.** (2021). The Vietnamese version of the constitution in Chinese medicine questionnaire (CCMQ): validity and reliability. *MedPharmRes*, 6(2):18-27.
11. **Golding JF.** (2006). Motion sickness susceptibility. *Autonomic neuroscience: basic & clinical*. 129(1-2):67-76.
12. **Lê Thu Thảo, Tăng Khánh Huy, Nguyễn Thị Hướng Dương và Nguyễn Huỳnh Anh Tú.** (2021). Khảo sát các dạng thể chất Y học Cổ truyền của sinh viên Khoa Y học Cổ truyền Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Y Học TP Hồ Chí Minh*, 25(5):143-148.
13. **Mittelstaedt JM.** (2020). Individual predictors of the susceptibility for motion-related sickness: A systematic review. *Vestibular research: equilibrium & orientation*, 30(3):165-193.

ĐẶC ĐIỂM CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ HỘI CHỨNG BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN LIÊN QUAN CỦA SINH VIÊN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HỒ CHÍ MINH

Thái Khánh Ngọc¹, Phạm Huy Kiến Tài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ hiện mắc, đặc điểm chất lượng giấc ngủ, và bước đầu xác định tỉ lệ hội chứng bệnh Y học cổ truyền (YHCT) liên quan đến chất lượng giấc ngủ trên sinh viên y khoa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 390 sinh viên từ 18 tuổi đang học tại khoa Y học cổ truyền Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh bằng chỉ số chất lượng giấc ngủ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Phân loại các hội chứng bệnh YHCT trên sinh viên có rối loạn giấc ngủ theo Hướng dẫn lâm sàng Trung y (TCM) của nhóm nghiên cứu chứng mất ngủ (WHO/WPO).

Kết quả: Tỉ lệ sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI>5) là 27,2%, điểm PSQI trung bình là $4,16 \pm 2,59$ điểm, thời gian ngủ thực sự dao động $6,17 \pm 1,2$ giờ. Tỉ lệ các hội chứng bệnh YHCT gồm Can uất hóa hỏa (46%), Tâm Tỳ lưỡng hư (20%), Vị khí bất hòa (13%), Đàm nhiệt nội nhiệt (9%), Âm hư hỏa vượng (7%), Tâm đờm khí hư (5%).

Kết luận: Tỉ lệ sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI>5) ở sinh viên Y học cổ truyền

khá cao và có khác biệt ý nghĩa về tỉ lệ chất lượng giấc ngủ kém giữa các năm học, tình trạng áp lực học tập và thói quen sinh hoạt lệch múi giờ,

Từ khóa: chất lượng giấc ngủ, PSQI, các hội chứng YHCT, sinh viên, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

SUMMARY

SLEEP QUALITY AND TRADITIONAL MEDICINE SYNDROMES AMONG STUDENTS FROM THE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY

Objective: To determine the prevalence, characteristics of sleep quality and initially identify the syndromes of Traditional Medicine related to sleep quality in students from the University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City.

Methods: A crosssectional study of 390 students aged 18 years and older, studying in the Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City using The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Classification of syndromes of traditional medicine on students with sleep disorders according to TCM clinical guidelines of insomnia research group (WHO/WPO).

Results: The percentage of poor sleep quality (PSQI>5) among students was 27.2% with average PSQI score was 4.16 ± 2.59 points, the actual sleep time fluctuated 6.17 ± 1.2 hours and the average sleep performance attained:

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

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Kiến Tài
SĐT: 0933925532

Email: phktai@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 06/08/2022

88.0±10.1%. The traditional medicine syndromes in students with sleep disorders included Liver-qi stagnation transforming into fire (46%), Deficiency of both the heart and spleen (20%), Stomach-qi disharmony (13%), Internal disturbance of phlegm-heat (9%), Hyperactivity of fire due to yin deficiency (7%), Qi deficiency of the heart and gallbladder (5%).

Conclusion: Poor sleep quality is common among students of the Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. There is a significant difference in the rate of poor sleep quality between school years, student groups with difference of academic pressure and time zone in living habits.

Keywords: sleep quality, PSQI, traditional medicine syndromes, students, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một giấc ngủ tốt là giấc ngủ đảm bảo đầy đủ về chất lượng, số lượng, thời gian; và khi ngủ dậy, người ta cảm thấy khoan khoái dễ chịu về thể chất và tâm thần. Giấc ngủ làm phục hồi lại chức năng của các cơ quan trong cơ thể⁽¹⁾.

Tuy nhiên hiện nay các vấn đề về giấc ngủ đang rất phổ biến trong dân số nói chung. Với tỉ lệ rối loạn giấc ngủ là khoảng 10% đến 20%, và khoảng 50% có một đợt mãn tính⁽²⁾. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, mọi chủng tộc, thấy ở mọi quốc gia và mọi nền văn hóa. Đặc biệt tình trạng rối loạn giấc ngủ này không chỉ thường gặp ở những người lớn tuổi mà hiện nay nó đã và đang ngày càng phổ biến rộng đối với nhóm thanh thiếu niên đặc biệt là đối tượng sinh viên nói chung và sinh viên y khoa nói riêng Thanh thiếu niên cần ngủ từ 8 đến 10 tiếng mỗi đêm. Tuy nhiên, theo báo cáo của Centers for Disease Control and

Prevention (CDC) Mỹ năm 2014 cho thấy hơn 2/3 học sinh trung học Mỹ cho biết họ ngủ ít hơn 8 tiếng vào các đêm ở trường⁽³⁾ và có tới 60% sinh viên đại học có chất lượng giấc ngủ kém, trong đó 7,7% đáp ứng tất cả các tiêu chí của chứng rối loạn mất ngủ⁽⁴⁾. Tỉ lệ này cũng khác nhau tùy theo chủng tộc hoặc dân tộc, và các nước trên thế giới trong đó sinh viên y khoa có chất lượng giấc ngủ kém chiếm tỉ lệ cao hơn các khoa ngành khác⁽⁵⁾.

Ở Việt Nam tình trạng rối loạn giấc ngủ trên sinh viên ngày càng phổ biến. Đã có không ít các nghiên cứu về mất ngủ trên đối tượng này. Tại Hải Phòng ghi nhận có 44,5% sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém và thời gian ngủ trung bình mỗi đêm của sinh viên là 6,2 giờ⁽⁶⁾. Tại Huế ghi nhận số giờ ngủ trung bình của sinh viên là 6,1 giờ, tỉ lệ sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém là 49,4%⁽⁷⁾. Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh cũng ghi nhận tỉ lệ sinh viên có chất lượng giấc ngủ xấu là 78,53%. Nhìn chung mất ngủ thường gặp nhất là trên đối tượng sinh viên y khoa⁽⁵⁾.

Chất lượng giấc ngủ kém lâu ngày sẽ để lại những tác hại vô cùng nghiêm trọng. Ở người trẻ đặc biệt là thế hệ sinh viên đại học nói chung và nhất là sinh viên y khoa nói riêng nếu để thiếu ngủ lâu ngày không chỉ gây ra hậu quả lâu dài có thể xảy ra đối với sức khỏe của từng cá nhân như học tập tiếp thu kém, suy giảm trí nhớ, tăng các nguy cơ mắc các bệnh trầm cảm, stress, lo âu mà còn làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến hiệu suất chung của toàn hệ thống chăm sóc sức khỏe. Ngày nay đã có không ít các phương pháp điều trị trên mọi đối tượng cả về y học hiện đại lẫn y học cổ truyền. Tuy nhiên chưa có một sự thống nhất của cả hai bên trên phương diện điều trị bệnh này. Do đó, để có được một phương pháp điều trị ít tổn kém và

hiệu quả cả về y học hiện đại và y học cổ truyền, chúng ta cần phải có một cơ sở lý luận thống nhất giữa hai phương pháp điều trị trên. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm (1) xác định tỉ lệ hiện mắc, mô tả đặc điểm chất lượng giấc ngủ, (2) mô tả các yếu tố ảnh hưởng chất lượng giấc ngủ (3) xác định tỉ lệ các hội chứng bệnh Y học cổ truyền trên sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém. Từ đó chúng tôi hy vọng sẽ có cái nhìn mới về bệnh này cũng như sẽ có những phương pháp điều trị mới và tốt hơn trong tương lai sắp tới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01/2022 đến tháng 04/2022 tại Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu đạt TẤT CẢ các tiêu chuẩn sau:

- Là sinh viên ≥ 18 tuổi
- Đang học tại khoa Y học cổ truyền, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không hoàn thành bảng câu hỏi khảo sát

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức:

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

Với $\alpha = 0,05$ (tương ứng với KTC 95%), $p=0,5$ và sai số biên hợp lý $d=0,05$, chúng tôi ước lượng cỡ mẫu cần thiết tối thiểu là: $n=385$ người.

Các bước tiến hành

Bước 1: Chọn sinh viên thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Bước 2: Phỏng vấn các đặc điểm nghiên cứu, đánh giá rối loạn giấc ngủ theo thang

điểm PSQI và phân loại hội chứng bệnh YHCT theo phiếu khảo sát.

Bước 3: Nhập liệu vào phần mềm và phân tích số liệu.

Thu thập số liệu

Chất lượng giấc ngủ (CLGN)

Được xây dựng trên bộ câu hỏi chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh Sleep Quality Index PSQI đã được dịch và chuẩn hóa sang tiếng Việt⁽⁸⁾. Tổng điểm $PSQI \leq 5$ được phân loại là CLGN tốt. Tổng điểm $PSQI > 5$ được phân loại CLGN kém. Chỉ số PSQI là tổng hợp điểm của một bảng câu hỏi mà người được hỏi tham gia trả lời gồm 4 câu hỏi có kết thúc mở, 14 câu hỏi khi trả lời cần dựa trên tần suất sự kiện (không, ít hơn 1 lần/tuần, 1 – 2 lần/tuần, 3 hoặc trên 3 lần/tuần) trên 7 phương diện:

TP1. Chất lượng giấc ngủ chủ quan: gồm 4 giá trị của thành phần 5: Rất tốt (0 điểm), tương đối tốt (1 điểm), tương đối kém (2 điểm), rất kém (3 điểm).

TP

2. Thời gian vồ vào giấc: là biến số định lượng, đơn vị là phút, là thời gian từ lúc bắt đầu lên giường ngủ đến lúc ngủ (phút). Gồm 2 câu hỏi: Trong tháng qua, mỗi đêm thường mất bao nhiêu phút mới chợp mắt được: 4 giá trị: ≤ 15 phút (0 điểm), 16 – 30 phút (1 điểm), 31 – 60 phút (2 điểm), > 60 phút (3 điểm).

Vấn đề thường gặp gây mất ngủ: gồm 4 giá trị: Không lần nào (0 điểm), ít hơn 1 lần 1 tuần (1 điểm), 1 – 2 lần 1 tuần (2 điểm), ≥ 3 lần / tuần (3 điểm).

Tổng điểm của 2 câu hỏi trên: 0 = 0 điểm; 1 – 2 = 1 điểm; 3 – 4 = 2 điểm; 5 – 6 = 3 điểm.

TP3. Số giờ ngủ: là thời gian ngủ được mỗi đêm (giờ). Sau đó quy ra 4 giá trị của

thành phần 1 gồm: >7 (0 điểm), 6 – 7 (1 điểm), 5 – 6 (2 điểm), <5 (3 điểm).

TP4. Hiệu quả giấc ngủ (%) = số giờ ngủ/số giờ nằm trên giường x100%. Được quy ra thành 4 giá trị của thành phần 4: >85% = 0 điểm; 75% – 84% = 1 điểm; 65% – 74% = 2 điểm; <65% = 3 điểm.

TP5. Số lần thức giấc mỗi đêm: số lần thức giấc tính từ sau khi rơi vào giấc ngủ đến lúc thức dậy sau cùng

TP6. Sử dụng thuốc ngủ: gồm 4 giá trị của thành phần 6: Không lần nào (0 điểm), ít hơn 1 lần/ tuần (1 điểm), 1 – 2 lần/tuần (2 điểm), ≥ 3 lần/tuần (3 điểm).

TP7. Ảnh hưởng hoạt động ban ngày

Yếu tố liên quan chất lượng giấc ngủ

- Giới tính được chia thành hai giá trị: Nam và Nữ

- Năm học: được chia thành các năm học từ năm 1 đến năm 6

- Áp lực học tập, áp lực tâm lý xã hội, thu nhập thêm hàng tháng, ảnh hưởng môi trường xung quanh, thường sinh hoạt lệch múi giờ, tình trạng sử dụng thiết bị điện tử, sử dụng các chất kích thích được chia thành 2 giá trị: có, không.

Hội chứng bệnh theo YHCT gồm 6 thể: Can uất hóa hỏa, Đàm nhiệt nội nhiễn, Âm hư hỏa vượng, Tâm Tỳ lưỡng hư, Tâm Thận bất giao, Vị khí bất hòa được phân loại dựa vào đặc điểm triệu chứng mất ngủ được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hướng dẫn lâm sàng trung y của nhóm nghiên cứu chứng mất ngủ (TCM clinical guidelines of

insomnia research group - WHO/WPO).

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 14 và Excel 2013. Giá trị $p \leq 0,05$ được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ (%). Biến số định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Khác biệt giữa các biến số được khảo sát bằng phép kiểm chi bình phương cho các biến định tính, phép kiểm t-student cho các biến định lượng.

Y đức

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định số 85/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung và các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ. Trong tổng số 390 đối tượng tham gia nghiên cứu, sinh viên nữ là 263 (chiếm tỉ lệ 67,3%). Tỉ lệ sinh viên YHCT có chất lượng giấc ngủ kém chiếm 27,2% và không có sự khác biệt về tỉ lệ chất lượng giấc ngủ kém giữa nam và nữ (tỉ lệ chất lượng giấc ngủ kém giữa sinh viên nam và sinh viên nữ lần lượt là 31,1% và 68,9%). Trong đó sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém năm 1 và năm 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 20,8% và 24,5%, tỉ lệ các năm học khác tương đương nhau. (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (N = 390)

Yếu tố	Tổng (n = 390)	CLGN tốt (n = 284)	CLGN kém (n = 106)	Giá trị p
Giới tính				
Nam	127 (32,7)	94 (33,1)	33 (31,1)	0,71
Nữ	263 (67,3)	190 (66,9)	73 (68,9)	

Năm học				
1	73 (18,7)	51 (18,0)	22(20,8)	0,66
2	103 (26,4)	77 (27,1)	26 (24,5)	
3	79 (20,3)	62 (21,8)	17 (16,0)	
4	59 (15,1)	42 (14,8)	17 (16,0)	
5	46 (11,8)	30 (10,6)	16 (15,1)	
6	30 (7,7)	22 (7,7)	8 (7,6)	
Áp lực học tập	340 (87,2)	245 (86,3)	95 (89,6)	<0,01
Áp lực tâm lý xã hội	233 (59,7)	166 (58,5)	67 (63,2)	0,39
Thu nhập thêm hàng tháng	98 (25,1)	71 (25,0)	27 (25,5)	0,92
Thường sinh hoạt lệch múi giờ	189 (48,5)	122 (43)	67 (63,2)	<0,01
Tình trạng sử dụng thiết bị điện tử	215 (55,1)	154 (54,2)	61 (57,6)	0,56
Sử dụng các chất kích thích	85 (21,8)	55 (19,4)	30 (28,3)	0,06

Số liệu được trình bày dưới dạng tần số (tỉ lệ%). Sử dụng phép kiểm chi bình phương

Đặc điểm bảy thành phần chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI

Ở nhóm có CLGN kém, thời gian vồ giấc trung bình kéo dài hơn: $24,9 \pm 26,8$ phút, thời gian ngủ thực sự dao động: $6,17 \pm 1,2$ giờ và hiệu suất giấc ngủ trung bình đạt được: $88,0 \pm 10,1\%$.

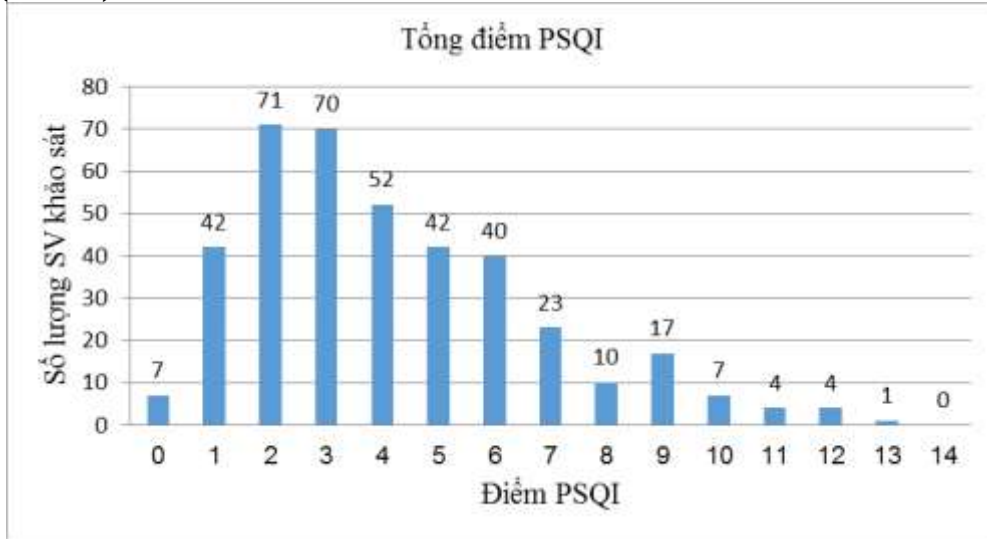
Trong nghiên cứu này, đa số sinh viên có thời gian lên giường ngủ sớm nhất là 20 giờ và muộn nhất là 3 giờ 30 phút. Trong đó số sinh viên thường ngủ sau 23 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất >90% và những sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém thường ngủ từ 0 giờ đến 3 giờ 30 phút chiếm tỉ lệ cao nhất 33,56%. Giờ thức dậy dao động từ 3 giờ đến 14 giờ, trung bình vào khoảng 6,77 giờ. (**Bảng 2**)

Bảng 2. Đặc điểm 7 thành phần chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI (N=390)

Đặc điểm	Tổng (n = 390)	Nữ (n = 263)	Nam (n = 127)	Giá trị p
Tổng điểm PSQI, điểm	$4,16 \pm 2,59$	$4,2 \pm 2,5$	$4,1 \pm 2,7$	0,85
Chất lượng giấc ngủ kém, n (%)	106 (27,2)	73 (68,9)	33 (31,1)	0,64
Số giờ ngủ thực sự, tiếng,	$6,17 \pm 1,2$	$6,2 \pm 1,2$	$6,1 \pm 1,1$	0,81
Thời gian vồ giấc, phút	$24,9 \pm 26,8$	$27,0 \pm 31$	$20,6 \pm 13,9$	0,35
Hiệu suất giấc ngủ, %	$88,0 \pm 10,1$	$87,7 \pm 10,5$	$88,7 \pm 9,1$	0,30
TP1. Chất lượng giấc ngủ chủ quan	$1,1 \pm 0,6$	$1,1 \pm 0,6$	$1,1 \pm 0,6$	0,64
TP2. Thời gian vồ vào giấc, điểm	$0,7 \pm 0,8$	$0,8 \pm 0,8$	$0,6 \pm 0,7$	0,20
TP3. Số giờ ngủ, điểm	$0,9 \pm 0,9$	$0,9 \pm 0,9$	$0,9 \pm 0,9$	0,90
TP4. Hiệu suất ngủ, %	$0,4 \pm 0,8$	$0,4 \pm 0,8$	$0,3 \pm 0,7$	0,66
TP5. Số lần thức mỗi đêm	$0,3 \pm 0,5$	$0,3 \pm 0,5$	$0,3 \pm 0,5$	0,41
TP6. Sử dụng thuốc	$0,1 \pm 0,4$	$0,1 \pm 0,4$	$0,2 \pm 0,5$	0,10
TP7. Ảnh hưởng hoạt động ban ngày	$0,6 \pm 0,6$	$0,6 \pm 0,6$	$0,6 \pm 0,6$	0,54

Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc chú thích cụ thể.

Điểm PSQI trung bình là $4,16 \pm 2,59$. Thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 13 điểm. Điểm chiếm tỉ lệ cao dao động từ 1 đến 6 điểm, trong đó 2 điểm và 3 điểm chiếm tỉ lệ cao nhất 18,2%. (Hình 1).



Hình 1. Phân bố tổng điểm PSQI của mẫu nghiên cứu (N=390)

Vấn đề thường gặp nhất ở đối tượng nghiên cứu là không thể ngủ được trong vòng 30 phút và phải thức giấc lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng chiếm tỉ lệ lần lượt là 74,6% và 61,3%. Ngoài ra vấn đề cảm thấy rất nóng và thường gặp ác mộng <1 lần/tuần cũng chiếm tỉ lệ cao 34,4% và 41,0%.

Tuy có chất lượng giấc ngủ kém nhưng các đối tượng nghiên cứu đều không sử dụng

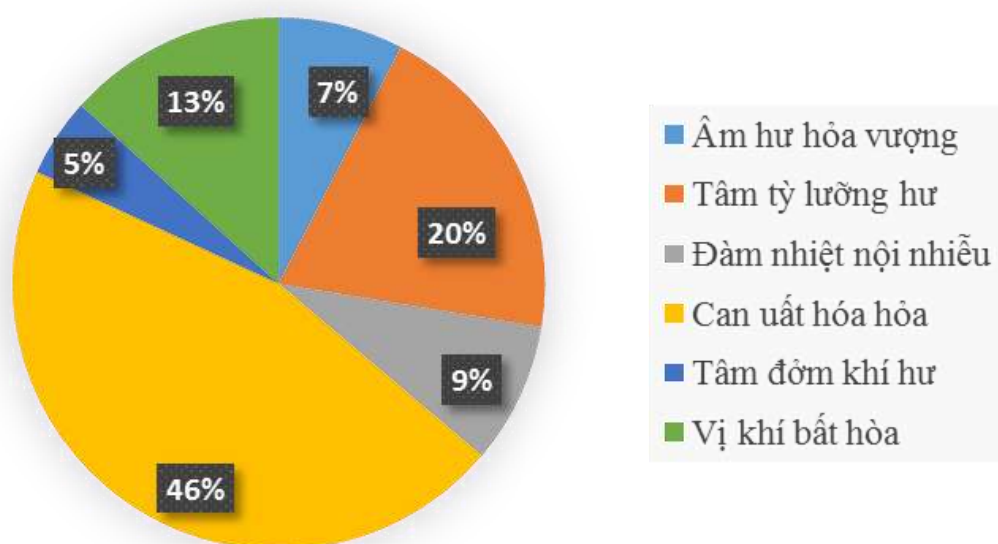
thuốc chiếm tỉ lệ cao 92,6% và đa số đều không cảm thấy khó khăn trong việc giữ đầu óc tỉnh táo chiếm tỉ lệ 56,0%, mặc dù vẫn có một tỉ lệ khoảng 30,2% đối tượng nghiên cứu cảm thấy khó khăn trong việc giữ đầu óc tỉnh táo <1 lần/tuần. Đa số đối tượng nghiên cứu đều cảm thấy chỉ có vấn đề nhỏ khó khăn khi duy trì hứng thú chiếm tỉ lệ 44,2%. (Bảng 3)

Bảng 3. Các yếu tố ảnh hưởng chất lượng giấc ngủ theo bộ câu hỏi PSQI (N = 390)

Yếu tố ảnh hưởng giấc ngủ	Không n (%)	<1 lần/tuần n (%)	1 – 2 lần/tuần n (%)	≥3 lần/tuần n (%)
Không thể ngủ được trong vòng 30 phút	99 (25,4)	117 (30,0)	104 (26,7)	70 (17,9)
Thức giấc lúc nửa đêm hoặc quá sớm buổi sáng	151 (38,7)	121 (31,0)	78 (20,0)	40 (10,3)
Phải thức dậy để tắm	227 (58,2)	102 (26,2)	41 (10,5)	20 (5,1)
Khó thở	293 (75,1)	66 (16,9)	22 (5,6)	9 (2,3)
Ho hoặc ngáy to	290 (74,4)	71 (18,2)	21 (5,4)	8 (2,1)
Cảm thấy rất lạnh	211 (54,1)	109 (27,9)	59 (15,1)	11 (2,8)
Cảm thấy rất nóng	162 (41,5)	134 (34,4)	76 (19,5)	18 (4,6)
Gặp ác mộng	142 (36,4)	160 (41,0)	69 (17,7)	19 (4,9)
Cảm thấy đau	269 (69,0)	82 (21,0)	28 (7,2)	11 (2,8)

Số liệu được trình bày dưới dạng tần số (%)

Tỉ lệ các hội chứng bệnh theo YHCT Trong 6 hội chứng bệnh theo YHCT, thể Can uất hỏa hỏa chiếm tỉ lệ cao nhất 46%, thấp nhất thể Tâm Đờm khí hư và thể Âm hư hỏa vượng chiếm tỉ lệ lần lượt 5% và 7%, còn các thể khác: Vị khí bất hòa, Tâm Tỳ lưỡng hư chiếm tỉ lệ thấp hơn



Hình 2. Tỉ lệ các hội chứng bệnh theo YHCT ở nhóm có chất lượng giấc ngủ kém (n=106)

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ hiện mắc

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ chất lượng giấc ngủ kém chiếm 27,2% ở sinh viên khoa Y học cổ truyền và không có sự khác biệt đáng kể về giới tính. Phát hiện này phù hợp với kết quả từ các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Loayza trên sinh viên y khoa Brazil cho thấy 28,2% sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém⁽⁹⁾. Trong một nghiên cứu của Trung Quốc, 19% sinh viên y khoa được phát hiện có chất lượng giấc ngủ kém theo đánh giá của chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI), với sự khác biệt giữa các năm học chứ không phải giữa các giới tính⁽¹⁰⁾.

Đặc điểm chất lượng giấc ngủ

Thời gian ngủ trung bình về đêm của các sinh viên được khảo sát trong nghiên cứu này chỉ là $6,17 \pm 1,2$ giờ với độ tuổi từ 18-24 tuổi. Trong nghiên cứu này cũng chỉ ra tỉ lệ cao sinh viên khoa Y học cổ truyền có chất lượng giấc ngủ kém là do các nguyên nhân: thời gian ngủ mỗi đêm ít hơn so với khuyến nghị, không thể đi vào giấc ngủ trong 30 phút, trung bình cần $24,9 \pm 26,8$ phút để chớp mắt, và phải thức giấc lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng trung bình thức dậy lúc $6,77 \pm 1,3$ giờ. Phân tích thời gian đi ngủ cho thấy có đến trên 90% sinh viên đi ngủ sau 23 giờ và những sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém thường ngủ từ 0 giờ đến 3 giờ 30 phút chiếm tỉ lệ cao nhất 33,56%. Thời gian

ngủ này ít hơn so với thời gian kiến nghị của CDC Mỹ dành cho nhóm tuổi 18–25 là 7–8 giờ⁽¹²⁾.

Y văn đã ghi nhận năm học càng nhỏ thì chất lượng giấc ngủ càng kém và trong nghiên cứu này chúng tôi tìm thấy tỉ lệ CLGN kém ở sinh viên năm thứ nhất cao hơn so với sinh viên các năm khác. Điều này có thể do sinh viên năm nhất còn nhiều bỡ ngỡ hơn, gặp nhiều khó khăn để thích nghi với cuộc sống mới ở bậc đại học hơn. Do đó, CLGN của họ cũng kém hơn so với những sinh viên năm khác. Kết quả và cách lý giải trên cũng phù hợp với nghiên cứu về CLGN và các yếu tố liên quan ở sinh viên Hồng Kông của nhóm tác giả Lorna và cộng sự. Điểm nổi bật được tìm thấy là mối liên quan giữa tổng số loại áp lực với CLGN. Nghiên cứu này cho biết tỉ lệ sinh viên có CLGN kém vừa có áp lực học tập vừa có áp lực tâm lý xã hội cao hơn so với những sinh viên không có bất kì áp lực nào. Như được biết, giáo dục trong ngành Y được xem là có rất nhiều thách thức và thường liên kết với các mức độ căng thẳng tâm lý trong sinh viên y khoa. Nghiên cứu khác tiến hành trên sinh viên y khoa đã cho thấy rằng căng thẳng có mối liên quan hai chiều giữa căng thẳng với CLGN kém.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh được mối liên quan giữa áp lực học tập với CLGN kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ CLGN kém ở sinh viên có áp lực học tập và áp lực tâm lý xã hội cao hơn so với những sinh viên không có áp lực học tập (89,6% so với 86,3%) và áp lực tâm lý xã hội (63,2% so

với 58,5%). Bên cạnh đó do sinh viên y khoa thường xuyên có lịch trực đêm tại trường, lớp và các bệnh viện khác nên thường có chế độ sinh hoạt lệch múi giờ (63,2% so với 43%). Song song với chế độ sinh hoạt lệch múi giờ là tình trạng sử dụng các chất kích thích (28,3% so với 19,4%) để tạo sự tỉnh táo cũng là một trong những yếu tố gây ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ.

Tỉ lệ hội chứng bệnh YHCT liên quan

Theo Y học cổ truyền, chứng mất ngủ có hư thực khác nhau. Đối với mất ngủ do hư chứng đều do chính khí bất túc. Hải Thượng Lãn Ông cho rằng: Mất ngủ dẫn đến ngũ tạng bị hư, ngũ tạng bị hư gây nên mất ngủ. Còn đối với mất ngủ thuộc thực chứng phần nhiều là do tà quái rối tâm thần, phát sinh đột ngột, khó đi vào giấc ngủ⁽¹²⁾. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, thực hiện trên đối tượng sinh viên chưa ghi nhận các bệnh lý. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 6 hội chứng bệnh mất ngủ theo YHCT, thể Can uất hóa hỏa có tỉ lệ cao nhất chiếm 46%, tỉ lệ các hội chứng bệnh khác lần lượt là Tâm Tỳ lưỡng hư (20%), Vị khí bất hòa (13%), Đàm nhiệt nội nhiệt (9%), Âm hư hỏa vượng (7%), Tâm đởm khí hư (5%). Phát hiện này phù hợp với lý luận của Hải Thượng Lãn Ông.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sinh viên khoa Y học cổ truyền, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI>5) là 27,2% . Có sự khác biệt ý nghĩa về chất lượng giấc ngủ giữa các năm học, nhóm sinh viên có tình trạng áp lực học tập và thói quen sinh hoạt

lệch múi giờ khác nhau. Hội chứng bệnh Y học cổ truyền thường gặp nhất ở nhóm sinh viên có chất lượng giấc ngủ kém gồm: Can uất hóa hỏa, Tâm Tỳ lưỡng hư và Vị khí bất hòa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Đình Lưu** (2008). Quá trình ức chế - giấc ngủ Sinh lý học Y khoa. Nhà xuất bản Y học TP.Hồ Chí Minh
2. **Buyse, J.D.** (2013). Insomnia. JAMA, 309(7), 706–716.
3. **Wheaton AG, Olsen EO, Miller GF, Croft JB** (2016). Sleep duration and injury-related risk behaviors among high school students United States: MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 65(13), 337–341.
4. **Angelika Schlarb, Friedrich Anja, Claßen Merle** (2017). Sleep problems in university students – an intervention. Neuropsychiatric Disease and Treatment,13:1989-2001.
5. **Azad, Chanchal Muhammad, Fraser, Kristin, Rumana, et al.** (2015). Sleep disturbances among medical students: a global perspective. Journal of clinical sleep medicine, 11:69-74.
6. **Hoàng Thị Thuận, Nguyễn Thị Phương Thanh, Nguyễn Quang Hùng, Nguyễn Thị Thùy Linh** (2021). Thực trạng chất lượng giấc ngủ của sinh viên y đa khoa trường đại học y dược Hải Phòng năm 2020.Tạp chí y học dự phòng. 31(1):203-209
7. **Nguyễn Thị Khánh Linh, Đặng Hồng Nhung, Phạm Bá Bảo Ngân, Võ Văn Thắng, Tú. Nguyễn Minh.** (2019). Chất lượng giấc ngủ của sinh viên hệ chính quy Trường Đại học Y Dược Huế năm 2015. Tạp chí y học dự phòng, 27(8)
8. **Tô Minh Ngọc, Nguyễn Đỗ Nguyên, Phùng Khánh Lâm, Nguyễn Xuân Bích Huyền, Trần Thị Xuân Lan** (2014). Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh phiên bản tiếng Việt. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 6(S18):664-668
9. **Loayza HMP, Ponte TS, Carvalho CG, et al** (2001). Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. Arq Neuropsiquiatr. 59:180–5
10. **Feng G, Chen J, Yang X.** (2005). Study on the status and quality of sleep-related influencing factors in medical college students. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 26:328–31
11. **Centers for Disease Control and Prevention** (2017). "How Much Sleep Do I Need?"
12. **Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác** (1997). Hải Thượng Y tông tâm lĩnh, Nxb Y học Hà Nội.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỂ CHẤT CÂN BẰNG VỚI ĐẶC ĐIỂM NHÂN CÁCH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN SINH VIÊN KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

Hạ Chí Lộc¹, Võ Trọng Tuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thể chất y học cổ truyền (YHCT) là biểu hiện đa chiều và tương đối ổn định về hình thái, sinh lý và tâm lý con người. Nhân cách theo Eysenck dựa trên phản ứng sinh lý cơ thể người. Nghiên cứu mối liên quan giữa thể chất cân bằng với đặc điểm nhân cách và yếu tố liên quan nhằm ứng dụng YHCT trong chăm sóc sức khỏe toàn diện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 411 sinh viên đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. TCYHCT và đặc điểm nhân cách lần lượt được đánh giá qua thang đo CCMQ và EPI. Phương pháp Bayesian Models Average để lựa chọn các yếu tố đưa vào phân tích đa biến xác định yếu tố liên quan.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy 68,6% thể chất cân bằng. Phân tích đa biến cho thấy sinh viên có điểm bất ổn thần kinh cao và trải qua biến cố cuộc sống sẽ nhiều khả năng biểu hiện thể chất không cân bằng (TCKCB).

Kết luận: thể chất YHCT có mối liên hệ với đặc điểm nhân cách, điểm bất ổn thần kinh cao làm tăng nguy cơ biểu hiện TCKCB. Nên thiết

lập kế hoạch can thiệp bằng thể chất YHCT để chăm sóc sức khỏe toàn diện kể cả tâm lý.

Từ khóa: Thể chất Y học cổ truyền, thể chất cân bằng, bất ổn thần kinh

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN BALANCE CONSTITUTION, PERSONALITY TRAITS AND RELATED FACTORS ON TRADITIONAL MEDICINE STUDENT

Objective: Traditional Chinese medicine (TCM) constitution is a multidimensional and relatively stable manifestation of human morphology, physiology and psychology. Eysenck proposed a theory of personality based on biological factors. Research on the relationship between TCM constitution, personality and related factors in order to apply traditional medicine in comprehensive health care.

Subjects and methods: A cross sectional study was conducted on 411 students of the University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. TCM constitution and personality traits were assessed through CCMQ and EPI scales, respectively. The Bayesian Models Average method is used to select the factors that are included in the multivariate analysis to determine the relevant factors.

Results: Our results show that 68.6% of students have Balance constitution. Multivariate analysis indicates that students with high neuroticism and eventful life are more likely more unbalance constitution.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hạ Chí Lộc

SĐT: 0979497753

Email: hachiloc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 02/08/2022

Conclusion: TCM constitution is associated with personality traits, neuroticism scores increase the risk of exhibiting unbalanced constitution. Set up a plan with TCM constitution to comprehensive health care even physiology.

Keywords: TCM constitution, traditional medicine, balance constitution, neuroticism

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thể chất y học cổ truyền (YHCT) được phân loại thành thể chất cân bằng (TCCB) hoặc thể chất không cân bằng (TCKCB). Mỗi TCTL có triệu chứng và xu hướng bệnh tật khác nhau, làm giảm chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu của Liu Xuekai năm 2020 chỉ ra TCTL là yếu tố nguy cơ giảm chất lượng cuộc sống đại học của sinh viên trên nhiều phương diện: thể chất, tâm lý, sức khỏe⁽¹⁾.

Học thuyết đặc điểm nhân cách của Hans Eysenck có 3 chiều đặc điểm (hướng ngoại, bất ổn thần kinh và rối loạn tâm thần) diễn giải hành vi hoạt động bắt nguồn từ phản ứng sinh lý các cơ quan trong cơ thể⁽²⁾. Vận dụng đặc điểm nhân cách nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống: giảm stress, trầm cảm, lo âu trong học đường^(3,4).

Sinh viên là đối tượng bước vào giai đoạn định hình và ổn định của nhân cách, tầm soát các yếu tố nguy cơ làm giảm chất lượng cuộc sống là cần thiết nhằm cung cấp môi trường học tập phù hợp. Bên cạnh ứng dụng thể chất trong dự phòng bệnh tật là mô hình đang được thực hiện trên nhiều bệnh lý khác nhau^(1,5,6,7). Kết hợp đặc điểm nhân cách khi vận dụng thể chất YHCT cải thiện chất lượng sống nhằm đảm bảo an toàn tâm lý khi tác động lên yếu tố có thể thay đổi của thể chất YHCT, đồng thời gợi ý phong cách học tập hiệu quả cho từng sinh viên.

Bảng phân loại thể chất YHCT để kịp thời xác định và điều chỉnh các thể trạng. Đồng thời thực hiện các can thiệp bằng YHCT nhằm dự phòng, điều trị và cải thiện tiên lượng không chỉ nhóm bệnh thực thể mà còn các rối loạn tâm lý.

Tại Việt Nam hiện nay, chưa có nghiên cứu mối liên hệ giữa các dạng thể chất và đặc điểm nhân cách trên sinh viên cũng như cộng đồng. Do đó, việc tìm ra mối liên hệ giữa dạng thể chất y học cổ truyền và đặc điểm nhân cách nhằm chứng minh sự tương đồng giữa quan niệm đông tây y và củng cố học thuyết thể chất có chứa yếu tố tâm lý⁽⁷⁾. Đồng thời, cung cấp thông tin dịch tễ về thể chất YHCT và đặc điểm nhân cách trên sinh viên.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định mối liên quan giữa TCCB với các đặc điểm nhân cách theo EPI, đặc điểm sinh viên như: năm học, giới tính, chỗ ở, phương tiện di chuyển, rượu bia, thuốc lá và biến cố cuộc sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả

Công cụ thu thập:

Thang đo EPI gồm 60 câu hỏi đúng sai nhằm xác định các đặc điểm nhân cách hướng nội - hướng ngoại, thần kinh ổn định – không ổn định, yếu tố che đậy.

Bộ câu hỏi xác định thể chất y học cổ truyền gồm 60 câu hỏi, trong đó xác định TCCB (thể bình hòa) và TCKCB (8 thể thiên lệch).

Tiêu chuẩn chọn đối tượng

Dân số chọn mẫu: SV khoa YHCT – Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. Trong thời gian nghiên cứu tiến hành từ 01/2021 đến 05/2022.

Tiêu chuẩn chọn: Sinh viên trên 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia nghiên cứu. Có tiền sử hoặc đang điều trị rối loạn tâm thần.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang phân tích.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ với độ chính xác tuyệt đối:

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

Trong đó, ước lượng một tỉ lệ trong quần thể với: Độ chính xác tuyệt đối $d=0,05$. Độ tin cậy 95%. Tỉ lệ ước tính trong quần thể $P = 25,62\%$. Tỉ lệ thể bình hòa trong nghiên cứu của Tan Jiancheng⁽⁸⁾. Cỡ mẫu tối thiểu là 293.

Phương pháp chọn mẫu: Thu thập danh sách sinh viên, thực hiện chọn mẫu ngẫu nhiên, sử dụng lệnh sample trong R để chọn

đối tượng nghiên cứu. SV thỏa tiêu chuẩn chọn và không thỏa tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp thống kê: sử dụng hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan. Phương pháp Bayesian Models Average để lựa chọn các yếu tố đưa vào phân tích đa biến lựa chọn mô hình.

Nghiên cứu được thực hiện có sự chấp thuận nghiên cứu của Hội Đồng Đạo Đức trong Nghiên cứu y sinh của Đại học Y được TPHCM theo quyết định 689/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 24/11/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau 3 tháng, tổng số sinh viên tham gia nghiên cứu là 411. Số sinh viên TCCB là 250. Số sinh viên thể không cân bằng là 161.

Đặc điểm của sinh viên tham gia vào nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của sinh viên tham gia vào nghiên cứu theo TCCB và TCKCB

	TCKCB	TCCB	P
Tuổi			
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	22,42 ± 1,69	22,98 ± 2,22	0,012 [#]
Giới tính - Số lượng (Tỉ lệ %)			
Nam	45 (28)	91 (36,4)	0,076*
Nữ	116 (72)	159 (63,6)	
Năm học - Số lượng (Tỉ lệ %)			
Năm 1	32 (19,9)	38 (15,2)	0,142**
Năm 2	15 (9,3)	25 (10)	
Năm 3	50 (31,1)	59 (23,6)	
Năm 4	37 (23)	68 (27,2)	
Năm 5	5 (3,1)	20 (8)	
Năm 6	22 (13,7)	40 (16)	
Bệnh lý - Số lượng (Tỉ lệ %)			
Có	7 (4,3)	7 (2,8)	0,398*
Không	154 (95,7)	243 (97,2)	
Biến cố - Số lượng (Tỉ lệ %)			

Có	27 (16,8)	15 (6)	0,000*
Không	134 (83,2)	235 (94)	
Nơi ở - Số lượng (Tỉ lệ %)			
Ký túc xá	8 (5)	19 (7,6)	0,518**
Gia đình	45 (28)	63 (25,2)	
Phòng trọ	108 (67,1)	168 (67,2)	
Phương tiện - Số lượng (Tỉ lệ %)			
Xe buýt	21 (13)	22 (8,8)	0,335**
Xe máy	130 (80,7)	208 (83,2)	
Khác	10 (6,2)	20 (8)	
Rượu bia - Số lượng (Tỉ lệ %)			
Không uống	77 (47,8)	122 (48,8)	0,080**
Mỗi tháng tối đa 1 lần	61 (37,9)	110 (44)	
Mỗi tháng 2 – 4 lần	20 (12,4)	13 (5,2)	
Mỗi tuần 2 – 3 lần	2 (1,2)	2 (0,8)	
Mỗi tuần từ 4 lần trở lên	1 (0,6)	3 (1,2)	
Hút thuốc - Số lượng (Tỉ lệ %)			
Có	2 (1,2)	4 (1,6)	0,768*
Không	159 (98,8)	246 (98,4)	

*: Chi-square test, **: Fisher test, #: Kruskal-Wallis

Nghiên cứu có tỉ lệ giới nữ cao hơn nam, có khảo sát các lớp trong khoa, tập trung ở năm 3, năm 4 và năm 6. Tỉ lệ TCCB chiếm 60,8% và TCKCB bằng 39,2%. Tỉ lệ đang có bệnh lý ở nhóm TCKCB cao hơn. Tỉ lệ đang trải qua biến cố cuộc sống ở nhóm TCKCB cao hơn có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ sinh viên ở ký túc xá ở nhóm TCCB nhiều hơn mặc dù chưa có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ sử dụng các phương tiện di chuyển khác biệt không có ý

nghĩa thống kê. Mức độ uống rượu bia cho thấy sinh viên có uống rượu bia trung bình từ 2-4 lần/tháng nhiều hơn ở nhóm TCKCB, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ hút thuốc tương đương nhau giữa hai nhóm. Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan giữa có ý nghĩa thống kê giữa TCCB và các yếu tố liên quan (Bảng 1).

Các đặc điểm nhân cách của Eysenck phân loại theo TCCB và TCKCB

Bảng 2. Các đặc điểm nhân cách của Eysenck phân loại theo TCCB và không cân bằng

Đặc điểm nhân cách	TCKCB	TCCB	P#
Hướng nội - hướng ngoại	10,01 ± 3,5	9,94 ± 3,4	0,81
Bất ổn thần kinh	17,12 ± 3,6	14,90 ± 4,1	0,00
Yếu tố che đậy	2,71 ± 1,1	2,74 ± 1,0	0,87

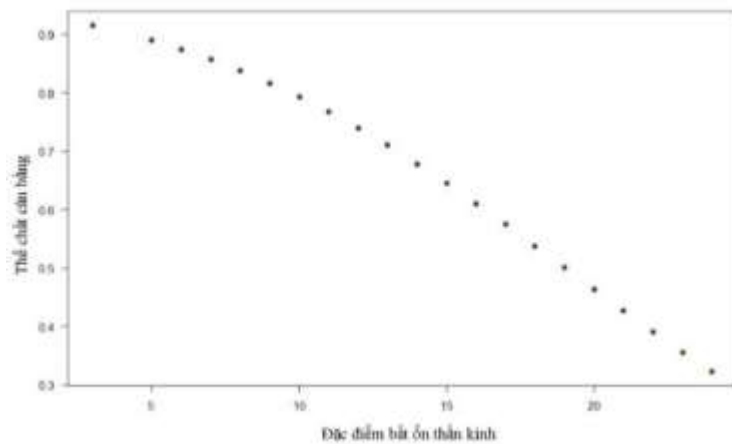
Kruskal-Wallis test

Kết quả bảng 2 cho thấy mức độ các đặc điểm nhân cách có mối liên quan với TCCB. Mặc khác, càng lớn tuổi cho thấy mức độ có TCCB cao hơn. Đặc điểm hướng nội hướng ngoại và yếu tố che đậy có tỉ lệ thể không cân bằng cao hơn, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đặc điểm bất ổn thần kinh càng thấp có tỉ lệ TCCB thấp hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đa biến TCCB

	OR hiệu chỉnh (95% CI)	P (Wald's test)
Đặc điểm nhân cách		
Hướng nội – hướng ngoại	1,02 (0,96,1,09)	0,483
Bất ổn thần kinh	0,87 (0,82,0,92)	0,000
Che đậy	0,91 (0,73,1,13)	0,384
Năm học (Năm 1)		
Năm 2	1,35 (0,54,3,42)	0,52
Năm 3	1,05 (0,52,2,14)	0,889
Năm 4	1,46 (0,68,3,17)	0,334
Năm 5	3,45 (1,03,11,56)	0,045
Năm 6	1,77 (0,77,4,08)	0,179
Giới tính	0,68 (0,42,1,11)	0,127
Nơi ở		
Gia đình	0,72 (0,26,1,98)	0,524
Phòng trọ	0,7 (0,28,1,76)	0,444
Phương tiện (Xe buýt)		
Xe máy	1,75 (0,87,3,55)	0,118
Khác	2,69 (0,91,7,97)	0,074
Rượu bia (Không)		
Mỗi tháng tối đa 1 lần	1,14 (0,69,1,89)	0,612
Mỗi tháng 2 – 4 lần	0,4 (0,17,0,95)	0,037
Mỗi tuần 2 – 3 lần	0,35 (0,04,3,11)	0,344
Mỗi tuần từ 4 lần trở lên	1,24 (0,07,20,62)	0,879
Hút thuốc	0,83 (0,11,6,23)	0,854
Biến cố cuộc sống	2,49 (1,18,5,29)	0,017

Bảng 3 kết quả hồi quy logistic đa biến cho thấy yếu tố bất ổn thần kinh, năm học thứ 5, uống rượu bia 2 – 4 lần/tháng và có biến cố cuộc sống là những yếu tố liên quan đến TCCB.

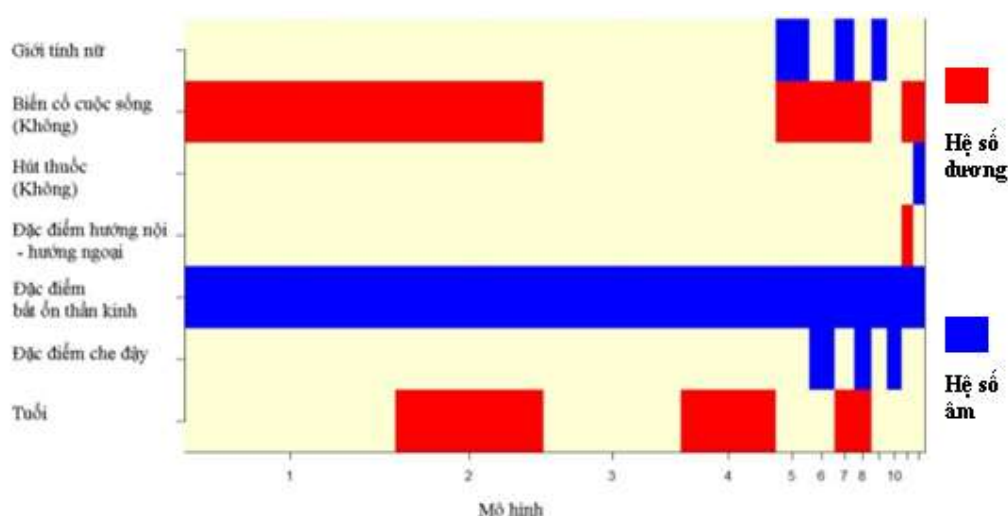
**Biểu đồ 1. Mô tả mối liên hệ giữa đặc điểm bất ổn thần kinh và TCCB**

Biểu đồ 1 mô tả mối liên hệ giữa đặc điểm bất ổn thần kinh có mối liên hệ với nguy cơ biểu hiện TCCB. Mức độ bất ổn thần kinh càng cao thì nguy cơ biểu hiện TCCB càng giảm.

Mô hình tiên lượng TCCB và các yếu tố liên quan

Bằng phương pháp BMA các yếu tố giới tính (nữ), biến cố cuộc sống (không), hút thuốc (không), đặc điểm hướng nội - hướng ngoại, đặc điểm bất ổn thần kinh, đặc điểm che đậy

điểm bất ổn thần kinh, yếu tố che đậy và tuổi. Biểu đồ 2 biểu thị các yếu tố kể cả định tính và định lượng có màu đỏ thể hiện có yếu tố này sẽ làm tăng xác suất TCCB. Ngược lại, màu xanh thể hiện có yếu tố sẽ làm giảm TCCB. Trong 10 mô hình xuất hiện nhiều nhất, lựa chọn được 3 mô hình tối ưu (Biểu đồ 2), trong đó mô hình 1 gồm yếu tố biến cố và đặc điểm bất ổn thần kinh là tối ưu nhất, với xác suất xuất hiện mô hình là 28%.



Biểu đồ 2. Mô hình tiên lượng sinh viên có TCCB theo mô hình BMA

Bảng 4 thể hiện kết quả phân tích đa biến của các yếu tố có liên quan lựa chọn từ mô hình tiên lượng. Kết quả phân tích BMA cho thấy, giảm đặc điểm bất ổn thần kinh và không xuất hiện biến cố cuộc sống thì giảm xác suất biểu hiện TCCB.

Bảng 4. Các mô hình tiên lượng

Mô hình	Yếu tố	Xác suất xuất hiện
Mô hình 1	Bất ổn thần kinh, biến cố cuộc sống	0,28
Mô hình 2	Bất ổn thần kinh, biến cố cuộc sống, tuổi	0,20
Mô hình 3	Bất ổn thần kinh	0,19

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm sinh viên tham gia nghiên cứu giữa nhóm TCCB và TCKCB

Trong nghiên cứu tỉ lệ TCCB chiếm 60,8% và TCKCB chiếm 39,2%, tại khoa Y học cổ truyền sự quan tâm về thể chất trên sinh viên ngày càng cao, các nghiên cứu

khảo sát trên sinh viên nhiều dẫn đến thay đổi nhận thức quan tâm đến thể chất tốt hơn.

Các yếu tố liên quan trong nghiên cứu đề cập gồm giới, chỗ ở sinh viên, phương tiện đi lại và hút thuốc được tiếp nối từ nghiên cứu của Lê Minh Thuận⁽⁹⁾, kết quả cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa

nhóm TCCB và TCKCB. TCCB có tỉ lệ bệnh lý thấp, tập trung nhóm sinh viên ở ký túc xá cao hơn TCKCB tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ sử dụng phương tiện di chuyển, hút thuốc không khác biệt giữa 2 nhóm.

Mức độ uống rượu bia phần lớn khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên, tỉ lệ uống rượu bia trung bình từ 2 – 4 lần/tháng nhiều hơn ở nhóm TCKCB. Kết quả tương tự nghiên cứu của Wanrong Lucho thấy mức độ không uống rượu chiếm 1/2 trong khảo sát, và mức độ uống rượu nhẹ.

Mối liên hệ giữa TCCB và các yếu tố liên quan

Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, nhóm uống rượu 2 – 4 lần/tháng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả khác với nghiên cứu của Tian Wang không có sự khác biệt giữa 2 nhóm sức khỏe tối ưu và không tối ưu⁽¹⁰⁾. Tuy nhiên, tỉ lệ các nhóm mức độ lại tương tự nhau. Cho thấy, sinh viên thuộc nhóm không hoặc ít uống rượu. Nhóm uống rượu 2 – 4 lần/tháng cho thấy mức độ uống rượu này có ảnh hưởng đến sức khỏe tối ưu như nghiên cứu của Tian Wang mặc dù các nhóm tần suất cao hơn không có sự khác biệt do lượng mẫu thu thập ít. Ngoài tác động thay đổi chuyển hóa trong cơ thể, nhóm uống rượu có thời gian học tập cố định vào ban ngày, dẫn đến thời gian uống rượu thường xuyên diễn ra vào buổi tối, thay đổi thời gian sinh hoạt làm tăng thể không cân bằng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ xảy ra biến cố cuộc sống tăng thì tăng nguy cơ biểu hiện TCKCB, kết quả này khác với nghiên cứu của Tang Fang năm 2012⁽¹¹⁾ nhưng gần tương tự kết quả của Nguyễn Thị Thanh Hương năm 2020 về sự kiên cường và chất lượng cuộc sống⁽¹²⁾. Có sự khác biệt giữa văn hóa và lối sống giữa các quốc gia

khác nhau. Biến cố xảy ra trong cuộc sống thuộc hai nhóm là tình yêu và cuộc sống. Mặc khác, năng lực thích ứng môi trường tự nhiên và xã hội là một đặc điểm chi phối thể chất YHCT⁽⁷⁾. Do đó, khi có biến cố cuộc sống xảy ra, sinh viên cần năng lực thích ứng với xã hội và khả năng giải quyết vấn đề.

Đặc điểm bất ổn thần kinh có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của 2 nhóm TCCB và thể không cân bằng. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Tang Fang năm 2012, trong đặc điểm bất ổn thần kinh, TCCB có điểm số thấp nhất và thể không cân bằng (khí trệ) có điểm cao nhất⁽¹⁰⁾. Kết quả nghiên cứu phù hợp với đặc điểm tâm lý của thể chất YHCT. Tâm lý, nhận thức, tính cách góp phần tạo nên đặc điểm thể chất YHCT khác nhau, trong môi trường không đổi, thể chất YHCT quy định các biểu hiện tương tự các đặc điểm nhân cách. Đặc điểm bất ổn thần kinh phản ánh mức độ phản ứng với các tình huống, điểm bất ổn thần kinh càng cao thì mức độ phản ứng càng dữ dội, thái quá. Dễ xúc động và khó bình tĩnh khi có kích thích⁽¹²⁾. Bất ổn thần kinh càng cao dễ bộc phát trạng thái kích động, lo lắng, không vui, phản ứng cảm xúc mạnh và thậm chí là những hành vi vô lý⁽¹²⁾.

Mô hình tiên lượng TCCB dựa trên các yếu tố liên quan

Biểu đồ 2 cho thấy đặc điểm bất ổn thần kinh, sinh viên năm thứ 5, rượu bia mỗi tháng 2 – 4 lần, biến cố cuộc sống có liên quan đến TCCB. Đặc điểm bất ổn thần kinh cao có hệ số âm, mức độ tăng đặc điểm này làm giảm nguy cơ biểu hiện TCCB. Đặc điểm bất ổn thần kinh là yếu tố xuyên suốt trong mô hình. Khi tăng 1 điểm bất ổn thần kinh thì tỉ số OR giảm 13%. Nghĩa là làm giảm nguy cơ biểu hiện TCCB và/hoặc tăng nguy cơ có TCKCB. Tương tự nghiên cứu

của Tang Fang năm 2012, đặc điểm bất ổn thần kinh có mối liên hệ với TCKCB⁽¹¹⁾. Nghiên cứu của Wang Chunyan năm 2019, điểm số đặc điểm bất ổn thần kinh càng cao thì càng liên quan đến TCKCB⁽¹⁶⁾. Tình chí là tác nhân kích thích tinh thần làm suy giảm sự lưu thông của khí và làm rối loạn Thần, Hồn và Phách. Tình chí là một nguyên nhân bên trong của bệnh tật gây tổn thương lục phủ ngũ tạng và là nguyên nhân chính của rối loạn tinh thần và cảm xúc⁽¹⁴⁾. Do đó, mối liên hệ giữa thể chất bằng với đặc điểm nhân cách và yếu tố liên quan diễn tiến bằng mô hình phân bố cảm xúc của Lazarus⁽¹⁵⁾ có sự kết hợp giữa sinh lý y học hiện đại và tinh thần học YHCT.

Sự không xuất hiện biến cố cuộc sống có hệ số dương, nghĩa là không có biến cố cuộc sống làm tăng nguy cơ biểu hiện TCCB. Tương tự nghiên cứu của Mingfan Liu, các biến cố cuộc sống có thể làm tăng thêm bất lợi liên quan đến TCCB; do đó, phụ nữ có thể chất khí trệ dẫn đến dễ bị trầm cảm⁽¹⁷⁾. Các dạng thể chất YHCT có sự ổn định, nghĩa là với biến cố cuộc sống thể chất có thể ổn định, tuy nhiên, sự lặp lại các biến cố cuộc sống khác nhau dẫn đến mất cân bằng chức năng tạng phủ dẫn đến thể chất chuyển biến từ TCCB sang các dạng TCKCB. Điều này cũng giải thích cho việc có sự xuất hiện của biến cố cuộc sống trong cả 2 nhóm TCCB và TCKCB.

Mô hình tiên lượng có 2 yếu tố liên quan đến TCCB là điểm bất ổn thần kinh và biến cố cuộc sống đáp ứng yêu cầu tối ưu của một mô hình tiên lượng.

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa thể chất YHCT và nhân cách Eysenck, TCCB tỉ lệ nghịch với đặc điểm bất ổn thần kinh của nhân cách theo

EPI và biến cố cuộc sống. Kết quả nghiên cứu phù hợp với lý thuyết tâm lý theo thể chất y học cổ truyền. TCCB biểu hiện tâm lý bình hòa, thư thái, dễ dàng thích ứng với sự thay đổi của điều kiện môi trường và xã hội thay đổi.

Tuy nhiên, để đánh giá mức độ tác động trên đối tượng sinh viên qua các năm, cần thực hiện nghiên cứu tiến cứu thời gian dài hơn. Mối liên hệ giữa thể chất YHCT và đặc điểm nhân cách có thể góp phần mở rộng nghiên cứu lĩnh vực tâm lý học bằng các phương pháp YHCT. Trên đối tượng sinh viên, triển khai các chương trình hành động tác động đến thể chất YHCT có thể đo lường bằng các công cụ tâm lý học để đánh giá đa chiều mức độ tác động lên thể trạng, tâm lý sinh viên.

Kết quả đề tài ứng dụng trong các nghiên cứu tác động đến thể chất y học cổ truyền và phù hợp với học thuyết “hình thần kiêm dưỡng” như hoạt động trị liệu, dưỡng sinh. Đồng thời, góp phần phát triển tâm lý y học cổ truyền thông qua học thuyết tạng tượng và ngũ thần dựa trên thể chất y học cổ truyền.

VI. LỜI CẢM ƠN

Bài báo này là một phần kết quả của đề tài Nghiên cứu khoa học cấp cơ sở thuộc Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 方旖旎, 王琦, 张国辉, 李天星, 李竹青, 杨正(2020). 中医体质学在“治未病”中的应用研究. 中医杂志, 61:581-585. (Ứng dụng nghiên cứu trung y thể chất học “trị bệnh khi chưa có bệnh”)
2. Richard J.G (2020). Tâm lý học và đời sống, Nhà xuất bản Hồng Đức, TP.Hồ Chí Minh, tr.431-477.

3. **Võ Phú Toàn** (2021). Mối liên hệ giữa khí chất và nguy cơ trầm cảm của sinh viên trường đại học Sư phạm TP. Hồ Chí Minh. Khoa học Xã hội, Nhân văn và Giáo dục, 11:79-84.
4. **Jasminka B, Adrijana K.B, Marija B, Jelena M** (2020). Personality Traits and Changes in Depression Symptoms in Female University Students. CEPS Journal, 11:169-187.
5. **程文秀 郁, 刁翰林, 丁楠, 陈思儒, 师伟, 徐丽**(2021). 中医体质学说在子宫腺肌病防治方面的应用研究. 现代中医临床, 28:69-72. (Trung y thể chất học ứng dụng phòng bệnh lạc nội mạc tử cung)
6. **马倩 李, 张玉玲**(2016). 应用中医体质学说对临床护士体质辨识与干预研究. 中国实用护理杂志, 32:2533-2535. (Nghiên cứu ứng dụng thể chất trong lâm sàng cho y sĩ)
7. **仲茂凤 黄魏方林**(2017). 运用中医体质学说对心理健康干预的可行性初探. 心理学探新, 37:392-395. (Bước đầu vận dụng thể chất học vào can thiệp tâm lý)
8. **谭健成**(2014). 大学生中医体质类型 ,人格心理与睡眠质量的关系研究. 硕士学位论文, 广州中医药大学. (Phân loại thể chất trong sinh viên)
9. **Lê Minh Thuận** (2011). Một số rối nhiễu tâm lý của sinh viên đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh. Hồ Chí Minh: Thạc sĩ, Trường đại học sư phạm TP. Hồ Chí Minh.
10. **Wang T.** (2015), Effects of TCMC on Transformation of Good Health Status to Suboptimal Health Status: A Nested Case-Control Study, Evidence-based complementary and alternative medicine, 259727:1-8.
11. **唐芳 朱, 邬宁茜**(2012). 大学生中医体质类型的人格心理特征. 中华行为医学与脑科学杂志, 21:63-65. (Đặc điểm tâm lý nhân cách và thể chất trong sinh viên)
12. **Nguyễn Thị Thanh Hương, Dương Viết Tuấn** (2020). Chất lượng cuộc sống của sinh viên năm thứ tư và một số yếu tố liên quan tại Trường Đại học Dược Hà Nội năm 2019. Nghiên cứu Dược & Thông tin thuốc, 11(3):2-9.
13. **姜乾金**(1986). 医学心理学, pp.102-103. 浙江医科大学, 杭州. (Trung y tâm lý học)
14. **Maciocia G** (2009). The Psyche in Chinese Medicine: Treatment of Emotional and Mental Disharmonies with Acupuncture and Chinese Herbs, Elsevier Inc: Churchill Livingstone:385-309.
15. **顾思梦, 荆莉媛, 高梦丹, 王福顺**(2018). 中医情志的现代神经心理学观点. 世界科学技术-中医药现代化, (2):173-182. (Quan điểm tâm lý thần kinh học hiện đại của tình chí trung y)
16. **王春燕** (2019). 女大学生中医体质、人格心理及痛经情况的相关性研究. 山西中医药大学学报. (Tương quan thể chất nữ sinh viên, đặc điểm nhân cách trong thống kinh)
17. **Liu Mingfan** (2017), "The Role of Rumination and Stressful Life Events in the Relationship between the Qi Stagnation Constitution and Depression in Women: A Moderated Mediation Model", Evidence-based complementary and alternative medicine, 7605893:.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM THIẾT CHẨN TRÊN SINH VIÊN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH CÓ BIỂU HIỆN MỤN TRỨNG CÁ THÔNG THƯỜNG

Cao Thị Thúy Hà¹, Huỳnh Đức Lợi¹, Nguyễn Ngô Lê Minh Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh Mụn trứng cá thông thường xuất hiện nhiều ở độ tuổi thanh thiếu niên và có thể để lại sẹo trên người bệnh. Biểu hiện Thiết chẩn ở từng mức độ và diễn tiến của bệnh là khác nhau. Với mong muốn nâng cao khả năng chẩn đoán và điều trị, nghiên cứu này sử dụng hệ thống chẩn đoán lưỡi tự động để phân tích các đặc điểm lưỡi của người có biểu hiện của Mụn trứng cá thông thường.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 385 tình nguyện viên có biểu hiện của Mụn trứng cá thông thường tại Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. Phân tích các đặc điểm của Thiết chẩn bằng máy Thiết chẩn ZMT-1A.

Kết quả: Lưỡi hồng nhợt (42,9%); hình dạng lưỡi bình thường (57,7%), không có dấu ấn răng (74,5%); không có gai lưỡi (57,9%) có đường nứt ở lưỡi (59%); Màu rêu trắng (44,7%); ít/không có rêu (49,6%), rêu dày (36,1%), rêu ướt (55,8%). Sự khác nhau: mức độ mụn nhẹ có lưỡi màu hồng nhợt và ít / không có rêu; mức độ trung bình nặng có lưỡi tím và rêu dày.

Kết luận: Sự diễn tiến và mức độ nặng của Mụn có liên quan với đặc điểm: màu lưỡi, tính chất dày/mỏng của rêu trong Thiết chẩn.

Từ khóa: mụn trứng cá thông thường, hệ thống chẩn đoán lưỡi tự động, đặc điểm lưỡi

SUMMARY

SURVEY OF CHARACTERISTICS OF TONGUE DIAGNOSIS ON STUDENTS OF UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY HAS NORMAL EXPRESSION OF ACNE

Objectives: Acne usually appears more in the teenage years and can leave scars on the patient. Tongue diagnosis at each level and progression of the disease is different. With the desire to improve the ability of diagnosis and treatment, this research uses “Automatic tongue diagnosis system” (ATDS) to analyze tongue features of people with the expression of Acne.

Methods: Cross-sectional study on 385 volunteers who have the signs of Acne, of University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. Analysis of the characteristics of Tongue Diagnosis by using the Tongue Diagnosis machine ZMT-1A.

Results: Light red tongue (42.9%), normal tongue shape (57.7%), non-tooth-marked tongue (74.5%), non-prickles tongue (57.9%), fissured tongue (59%), white coating (44.7%), no/less coating (49.6%), thick coating (36.1%), moist coating (55.8%). Mild Acne has a light red tongue and no/less coating; moderate and severe have purple tongue and thick coating.

¹Khoa Y học Cổ truyền – Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngô Lê Minh Anh

SĐT: 0962644648

Email: drminhanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 07/08/2022

Conclusion: The disease progression and severity of Acne are related to tongue color, and coating thickness in Tongue Diagnosis.

Keywords: acne, automatic tongue diagnosis system (ATDS), tongue feature

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mụn trứng cá (Acne) là bệnh da thông thường gây nên do tăng tiết chất bã và viêm của hệ thống nang lông tuyến bã^(1,1). Và ảnh hưởng đến hơn 90% thanh thiếu niên từ 16 – 20 tuổi⁽³⁾. Trong hầu hết các trường hợp, đó là một bệnh tự giới hạn⁽³⁾. Tuy nhiên, phải mất vài năm để Mụn trứng cá thông thường biến mất một cách tự nhiên ở nhóm người bệnh này. Mụn trứng cá thông thường ở mức độ trung bình đến nặng có khả năng gây sẹo vĩnh viễn⁽⁴⁾. Và tác động sâu sắc đến lòng tự trọng, tâm trạng và trạng thái tâm lý⁽⁴⁾. Nhiều người bệnh đã điều trị bằng Y học cổ truyền (YHCT) và ghi nhận kết quả điều trị bệnh có hiệu quả^(5,6,7).

Trong YHCT mụn trứng cá thông thường được mô tả trong các chứng Phấn thích, Toả sang; thường liên quan: Dương khí, tạng Phế, tạng Tỳ phủ Vị và mạch Xung Nhâm⁽⁷⁾. Ghi nhận các hội chứng bệnh: Phong nhiệt phạm Phế, Tỳ Vị thấp nhiệt, Đàm thấp ú trệ, Xung Nhâm thất điều qua các bước chẩn đoán YHCT⁽⁷⁾. Chẩn đoán trong YHCT dựa vào Tứ chẩn: vọng, văn, vấn và thiết. Thiết chẩn là một phần của Vọng chẩn, đóng một vai trò quan trọng trong việc kiểm tra và giúp phân biệt giữa các hội chứng bệnh. Do đó Thiết chẩn được xem là một phương tiện không xâm lấn phổ biến để cung cấp thông tin lâm sàng một cách đáng tin cậy, đóng một vai trò quan trọng trong chẩn đoán YHCT⁽⁸⁾. Bằng cách quan sát các đặc điểm của lưỡi, các bác sĩ YHCT có thể thăm dò tình trạng của Khí và Huyết của tạng phủ⁽⁹⁾. Kết quả thiết

chẩn ở mỗi hội chứng bệnh của Tả sang được ghi nhận là khác nhau: Phong nhiệt phạm Phế: lưỡi đỏ rêu vàng mỏng; Tỳ Vị thấp nhiệt: lưỡi đỏ, rêu vàng dày; Đàm thấp ú trệ: lưỡi sẫm, rêu vàng hoặc vàng nhầy; Xung Nhâm thất điều: lưỡi có điểm ú huyết, rêu vàng⁽⁷⁾. YHCT dựa vào kết quả chẩn đoán để luận trị. Để điều trị đạt kết quả tốt nhất thì phải chẩn đoán chính xác. Tuy nhiên kết quả thiết chẩn thường phụ thuộc vào phán đoán chủ quan và các yếu tố môi trường⁽¹⁰⁾. Để có được chẩn đoán khách quan và định lượng, nhiều hệ thống chẩn đoán lưỡi tự động (ATDS) gần đây đã được phát triển⁽⁹⁾. ATDS là một thiết bị quan trọng đã được nghiên cứu để cải thiện tính định lượng và tính khách quan trong chẩn đoán lưỡi^(11,12,13). Một số nghiên cứu đã sử dụng ATDS để đánh giá mối liên hệ giữa các biểu hiện ở lưỡi và các bệnh khác nhau, bao gồm ung thư vú⁽¹⁴⁾; bệnh đái tháo đường type 2⁽¹⁵⁾; hội chứng chuyển hóa⁽¹⁶⁾; và đau bụng kinh⁽¹⁷⁾,... nhưng chưa có nghiên cứu tập trung vào bệnh Mụn trứng cá thông thường. Vì vậy, chúng tôi xin tiến hành đề tài nghiên cứu “Khảo sát Đặc điểm thiết chẩn trên sinh viên tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (ĐHYD TPHCM) có biểu hiện Mụn trứng cá thông thường” với câu hỏi nghiên cứu là: “Đặc điểm thiết chẩn của sinh viên ĐHYD TPHCM có biểu hiện của Mụn trứng cá thông thường được biểu hiện như thế nào?” Mục tiêu cụ thể bao gồm:

- Khảo sát tỉ lệ đặc điểm Thiết chẩn (màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi) trên sinh viên ĐHYD TPHCM có biểu hiện Mụn trứng cá thông thường.

- Khảo sát mối liên quan giữa mức độ bệnh Mụn trứng cá thông thường theo Karen McCoy (2008) với các đặc điểm Thiết chẩn

(màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả Sinh viên ĐHYD TPHCM có biểu hiện Mụn trứng cá thông thường từ tháng 01/2022 đến tháng 05/2022.

Tiêu chuẩn chọn

Tình nguyện viên (TNV) đang có biểu hiện bệnh Mụn trứng cá thông thường trên lâm sàng như: mụn cám, sẩn, mụn viêm, mụn mủ tập trung chủ yếu ở vùng như mặt, lưng, ngực^(1,1), trên 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Về hình ảnh: đủ sáng, đủ rõ nét, thấy được đầu lưỡi, thân lưỡi, rìa lưỡi và một phần gốc lưỡi.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các thể bệnh khác của Mụn trứng cá thông thường^(1,1):

- Mụn trứng cá dạng cục, kén: được xác định trên lâm sàng có tổn thương sâu hơn trứng cá thường và hình thành các kén có nguồn gốc nang lông. Ví trí thường gặp là mặt, cổ, xung quanh tai.

- Mụn trứng cá dạng bọc: được xác định dựa trên lâm sàng là loại trứng cá mủ mạn tính, dai dẳng có tổn thương dạng cục.

Đang mắc các bệnh cần chẩn đoán phân biệt với Mụn trứng cá thông thường^(1,1):

- Viêm nang lông: được xác định dựa trên lâm sàng có tổn thương là những sẩn nhỏ ở nang lông, trên có vảy tiết, không đau, sau vài ngày tiến triển, tổn thương có thể khỏi không để lại sẹo.

- Dày sừng nang lông: được xác định dựa trên lâm sàng có tổn thương là các sẩn màu đỏ, màu da hay màu nâu ở vị trí nang lông.

Không thể nhô ra lưỡi hoặc không đủ độ dài nhô ra để cho phép chụp ảnh lưỡi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Địa điểm nghiên cứu

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01/2022 đến 05/2022.

Cỡ mẫu

Sử dụng công thức:

$$n = Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}^2 \times \frac{P \times (1-P)}{d^2} = 384.$$

Trong đó:

- Độ chính xác tuyệt đối (hay sai số cho phép): $d=0,05$.

- Độ tin cậy 95%.

- Tỷ lệ ước tính trong quần thể: $p=50\%$ vì chưa có đề tài ước lượng tỷ lệ Sinh viên có biểu hiện Mụn trứng cá thông thường trước nên sử dụng $p=50\%$ để có cỡ mẫu lớn nhất.

Phương pháp tiến hành

Bước 1: Chọn TNV thỏa tiêu chuẩn chọn và không phạm tiêu chuẩn loại trừ tại ĐHYD TPHCM từ tháng 01/2022 đến tháng 5/2022.

Bước 2: Tiến hành thu thập số liệu bằng cách ghi nhận thông tin và chụp hình ảnh lưỡi.

Bước 3: Tiến hành phân độ bệnh Mụn trứng cá thông thường theo Karen McCoy (2008).

Bước 4: Tiến hành phân tích lưỡi nhờ hệ thống phân tích hình ảnh lưỡi ZMT-1A.

Bước 5: Tiến hành nhập liệu vào phần mềm Microsoft Excel 2016, IBM SPSS 22.0.

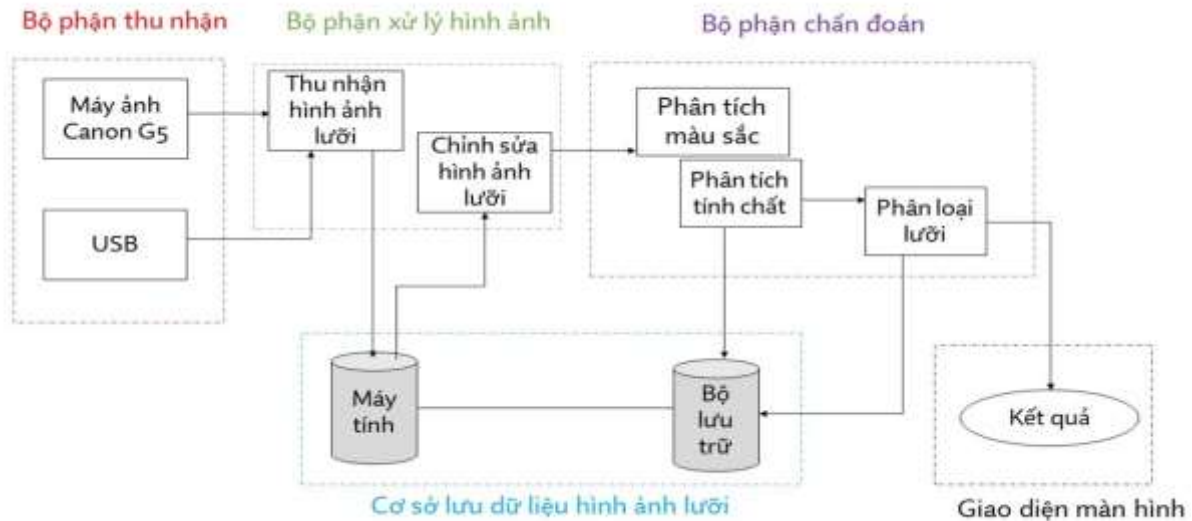
Bước 6: Xác định tỷ lệ đặc điểm Thiết chẩn (màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi) trên sinh viên ĐHYD TPHCM có biểu hiện Mụn trứng cá thông thường.

Bước 7: Khảo sát mối liên quan giữa mức độ bệnh Mụn trứng cá thông thường

theo Karen McCoy (2008) với các đặc điểm Thiết chẩn (màu sắc chất lưỡi, tính chất chất

lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi).

Máy thiết chẩn ZMT - 1A



Hình 1. Cơ chế hoạt động máy thiết chẩn ZMT – 1A

Kết quả ghi nhận được bao gồm: màu chất lưỡi, màu rêu lưỡi, tính chất chất lưỡi, chất rêu lưỡi.

2.3. Xử lý số liệu

Các dữ liệu được mã hóa, nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2016.

Phân tích thống kê bằng phần mềm IBM SPSS 22.

Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm.

Kiểm định Chi-square hoặc kiểm định Fisher so sánh tỉ lệ và sự liên quan giữa các nhóm.

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

2.4. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 76/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2022 đến tháng 05/2022 tại ĐHYD TPHCM, khảo sát 385 TNV tham gia nghiên cứu.

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=385)

Đặc điểm	Phân loại	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	134	34,8
	Nữ	251	65,2
Tổng trạng	Gầy	87	22,6
	Bình thường	214	55,6
	Thừa cân	84	21,8

Vị trí Mụn	Mặt	318	82,6
	Ngực	7	1,8
	Lưng	60	15,6
Mức độ Mụn	Nhẹ	290	75,3
	Trung bình – Nặng	95	24,7

Tổng cộng 385 TNV tham nghiên cứu trình bày chi tiết tại Bảng 1.

Giới tính: tỉ lệ giới tính Nữ chiếm đa số 65,2% (251 TNV), gấp 1,87 lần với giới tính Nam 34,8% (134 TNV).

Tổng trạng: Bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 55,6%, tiếp theo là nhóm Gầy với

22,6%; thấp nhất là nhóm thừa cân chiếm tỉ lệ 21,8%.

Vị trí phân bố Mụn chiếm tỉ lệ cao nhất là Mặt chiếm 82,6%, thứ hai là Lưng với 15,6% và thấp nhất là Ngực với 1,8%.

Mức độ mụn thì mụn mức độ nhẹ 75,3% chiếm tỉ lệ ưu thế, gấp 3 lần mức độ trung bình – nặng 24,7%.

Bảng 2. Phân bố các đặc điểm của lưỡi ở mức độ mụn

Đặc điểm thiết chẩn		Đặc điểm thiết chẩn	Mối liên quan giữa mức độ Mụn và đặc điểm thiết chẩn		
		Mẫu nghiên cứu (n=385, 100%)	Mức độ nhẹ (n = 290,100%)	Mức độ trung bình – nặng (n = 95, 100%)	P - value
Màu chất lưỡi (n,%)	Nhợt	18 (4,7 %)	15 (5,2%)	3 (3,2%)	0,000
	Hồng nhợt	165 (42,9 %)	146 (50,3%)	13 (4,5%)	
	Hồng	13 (3,4 %)	13 (4,5%)	0 (0,0%)	
	Ám hồng	29 (7,5%)	22 (7,6%)	7 (7,4%)	
	Ám tím	131 (34 %)	66 (22,8%)	65 (68,4%)	
	Tím nhạt	29 (7,5%)	28 (9,7%)	1 (1,1%)	
Hình dạng lưỡi (n,%)	To	3 (0,8 %)	1 (0,3%)	2 (2,1%)	0,092*
	Gầy	160 (41,6 %)	116 (40,0%)	44 (46,3%)	
	Bình thường	222 (57,7%)	173 (59,7%)	49 (51,6%)	
Dấu ấn răng (n,%)	Có	98 (25,5%)	74 (25,5%)	24 (25,3%)	1,000
	Không	287 (74,5%)	216 (74,5%)	71 (74,7%)	
Gai lưỡi (n,%)	Có	162 (32,1%)	127 (43,8%)	35 (36,8%)	0,281
	Không	223 (57,9%)	163 (56,2%)	60 (63,2%)	
Đường nứt ở lưỡi(n,%)	Có	227 (69%)	170 (58,6%)	57 (60,0%)	0,904
	Không	158 (41%)	120 (41,4%)	38 (40,0%)	
Màu rêu lưỡi (n,%)	Trắng	172 (44,7%)	131 (45,2%)	41 (43,2%)	0,743
	Vàng	7 (1,8%)	6 (2,1%)	1 (1,1%)	
	Ít/Không có rêu	206 (53,5%)	153 (52,8%)	53 (55,8%)	
Độ dày mỏng (n,%)	Dày	139 (36,1%)	74 (25,5%)	65 (68,4%)	0,000
	Mỏng	55 (14,3%)	50 (17,2%)	5 (5,3%)	
	Ít/Không có rêu	191 (49,6)	166 (57,2%)	25 (26,3%)	

Độ nhuận táo (n,%)	Ướt	215 (55,8%)	160 (55,2%)	55 (57,9%)	0,407
	Nhuận	116 (30,1%)	92 (31,7%)	24 (25,2%)	
	Táo	54 (14,1%)	38 (13,1%)	16 (16,9%)	

(*: Fisher's Test)

Chi tiết về sự phân bố các đặc điểm của lưỡi ở mẫu nghiên cứu và ở các mức độ Mụn được trình bày chi tiết ở Bảng 2. Các đặc điểm Thiệt chân chiếm tỉ lệ cao: lưỡi hồng nhợt (42,9%); hình dạng lưỡi bình thường (57,7%), không có dấu ấn răng (74,5%); không có gai lưỡi (57,9%) có đường nứt ở lưỡi (59%); màu rêu trắng (44,7%); ít/không có rêu (49,6%), rêu dày (36,1%), rêu ướt (73%).

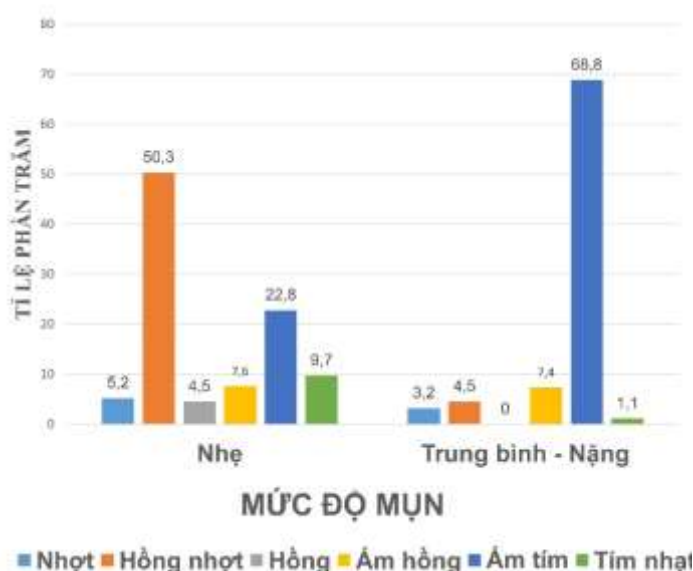
Về màu sắc chất lưỡi có 50,3% người bệnh mức độ nhẹ có màu hồng nhợt, khi bệnh tiến triển, tỉ lệ người bệnh lưỡi tím tăng từ 22,8% lên 68,4%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa màu sắc lưỡi của người bệnh có mức độ Mụn khác nhau ($p=0,000$) (Biểu đồ 1A).

Tính chất chất lưỡi, về hình dạng lưỡi người bệnh có mức độ nhẹ và mức độ trung bình – nặng đều lưỡi gầy có tỉ lệ cao lần lượt

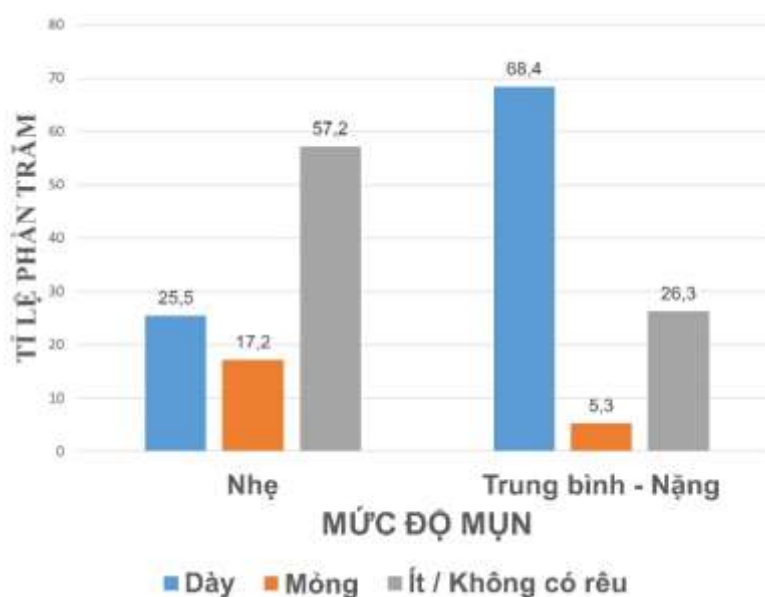
là 59,7% và 51,6% và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,114$); Ngoài ra, về dấu ấn răng, gai lưỡi, đường nứt ở lưỡi cũng đều cho kết quả là sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=1,000$; $p=0,281$; $p=0,904$ lần lượt.

Về màu sắc rêu lưỡi, theo kết quả ghi nhận về màu sắc rêu lưỡi thì theo mức độ nặng của bệnh màu sắc rêu không có sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p=0,743$).

Tính chất rêu lưỡi, về độ dày của rêu lưỡi ở mức độ nhẹ chỉ có 25,5% người bệnh có rêu lưỡi dày khi bệnh tiến triển thành mức độ trung bình – nặng tỉ lệ người bệnh có rêu lưỡi dày tăng lên 68,4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$ (Biểu đồ 2). Về độ nhuận táo ở các mức độ bệnh khác nhau thì không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p=0,407$).



Biểu đồ 1. Sự phân bố màu sắc chất lưỡi ở các mức độ mụn



Biểu đồ 2. Sự phân bố độ dày mỏng rêu lưỡi ở các mức độ mụn

IV. BÀN LUẬN

Về mẫu nghiên cứu

Tỉ lệ mắc bệnh Mụn trứng cá thông thường phân bố ở giới tính là khác nhau ở các nghiên cứu, nhưng đều ghi nhận rằng nữ giới có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới^(Error! Reference source not found.). Và nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận tỉ lệ nữ giới có Mụn trứng cá thông thường cao hơn nam giới 1,87 lần. Theo YHCT ghi nhận các nguyên nhân gây Mụn trứng cá thông thường ở 2 giới liên quan tới tạng Phế, tạng Tỳ, phủ Vị, Dương khí và riêng ở nữ giới có thêm sự rối loạn của mạch Xung Nhâm⁽⁷⁾. Và ở nữ giới mức độ quan tâm tới biểu hiện của mụn cũng cao hơn nam giới.

Theo nghiên cứu của Di A (2012), chỉ số khối cơ thể tác động rõ rệt lên nguy cơ mắc bệnh mụn trứng cá thông thường mức độ trung bình – nặng ở người có chỉ số khối cơ thể cao so với người có chỉ số cơ thể thấp⁽¹⁹⁾. Điều này có thể giải thích tỉ lệ phân bố mức độ mụn trung bình – nặng là 24,7% và tổng

trạng thừa cân là 21,8% sắp xỉ nhau trong mẫu nghiên cứu.

Vị trí xuất hiện Mụn trứng cá thông thường liên quan trực tiếp tới sự phân bố nang lông tuyến bã trên cơ thể. Đặc biệt vùng mặt có mật độ cao nhất⁽²⁰⁾. Và nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận rằng tỉ lệ vị trí tổn thương ở vùng mặt 82,6% là cao nhất.

Về đặc điểm Thiệt chẩn

Đặc điểm Thiệt chẩn ở sinh viên ĐHYD TPHCM sau khi phân tích hình ảnh Lưỡi bằng hệ thống phân tích Lưỡi tự động (ATDS) và thống kê, trình bày chi tiết ở Bảng 2.

Màu sắc bình thường của chất lưỡi là màu hồng. Chất lưỡi hồng nhợt (42,9%) biểu hiện cho tình trạng Dương hư hoặc Huyết hư, chất lưỡi tím (34%) dấu chỉ đáng tin cậy của tình trạng Huyết ứ trong cơ thể.

Hình dạng lưỡi bình thường chiếm tỉ lệ cao (57,7%): cho thấy chưa xuất hiện tình trạng khí huyết hư ở các TNV có mụn trứng cá thông thường. Có thể hiểu là do thời gian

mắc bệnh ngắn, hay tỉ lệ mức độ mụn nhẹ trong mẫu nghiên cứu 75,3%.

Rêu màu trắng (44,7%) chiếm tỉ lệ cao. Rêu trắng chủ về tà khí phong hàn thấp. Ngoài ra rêu lưỡi còn chủ về biểu chứng. Rêu lưỡi trắng dày, ướt (nhớt) là biểu hiện của Tỳ Vị dương hư gây tình trạng ẩm thực, đàm thấp tích trệ. Rêu lưỡi trắng mỏng mà khô là do tân dịch của tạng Phế đã bị hao tổn. Rêu lưỡi trắng dày, khô là biểu hiện sớm của các bệnh về nhiệt, gây tổn hao tân dịch của cơ thể.

Ít/không có rêu (49,6%) do tình trạng Vị khí suy yếu không thể tiếp tục tạo rêu. Rêu dày (36,1%) là chỉ điểm của sự xuất hiện yếu tố gây bệnh nào đó, rêu càng dày thì yếu tố đó càng mạnh và còn có thể cho biết độ nông sâu của bệnh.

Mức độ ẩm trên bề mặt lưỡi phản ánh tính trạng tân dịch của cơ thể. Lưỡi bình thường sẽ có độ ẩm ướt nhẹ, điều này thể hiện tân dịch trong cơ thể còn nguyên vẹn đồng thời đang được cơ thể chuyển hóa và vận chuyển một cách hợp lý. Rêu lưỡi ướt (55,8%) cho thấy có đàm thấp.

Về sự liên quan giữa mức độ mụn và đặc điểm thiết chẩn

Người bệnh mức độ nhẹ có tỉ lệ màu chất lưỡi hồng nhạt cao nhất, khi bệnh tiến triển tỉ lệ người bệnh lưỡi lưỡi tím tăng dần và chiếm tỉ lệ cao nhất. Theo Lý Nhật Khánh trong sách “Trung Y ngoại khoa học”⁽²¹⁾ ghi nhận nguyên nhân gây Tỏa sang: do ăn uống không điều độ, thích ăn đồ cay nóng và béo ngọt lâu ngày sinh thấp nhiệt, làm Tỳ khí bất túc dẫn đến vận hóa thủy cốc, thủy thấp thất điều, lâu ngày uất mà hóa nhiệt. Tỳ có vai trò quan trọng trong việc hóa sinh huyết dịch, về bản chất là thông qua chức năng vận hóa thủy cốc. Tỳ là cơ quan đóng vai trò trung tâm, thiết yếu để sản sinh ra cả Khí và Huyết

cho cơ thể. Vì vậy Tỳ là nguồn để sinh hóa khí huyết, Tỳ hư thì nguồn tinh hoa cung cấp tạo ra khí huyết không đủ. Và biểu hiện ra ở lưỡi là màu sắc lưỡi hồng nhạt hoặc nhợt. Khí hư lâu ngày không hành được huyết có thể dẫn đến Huyết ứ. Hay ở nữ giới Xung Nhâm thất điều lâu ngày, kinh mạch không thông sướng dẫn đến khí huyết ứ trệ. Thận âm bất túc, Phế Vị huyết nhiệt, lâu ngày chung đốt tân dịch tích tụ thành đàm, âm hư huyết không lưu thông mà ứ lại. Biểu hiện ra ở lưỡi là màu sắc tím hoặc ám tím. Và sự khác biệt về màu sắc chất lưỡi có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% và $p=0,000$.

Vị chủ chức năng nhận và chứa đồ ăn uống, cùng phần khí phụ trách vận hóa thủy cốc của Tỳ làm chín đồ ăn uống rồi đưa phần tinh hoa lên tạng Phế, phần cặn bã được đưa xuống Tiểu trường. Do ăn uống không điều độ, no đói thất thường, thích ăn các đồ cay nóng và béo ngọt ảnh hưởng lên Vị khí, lâu ngày Vị khí suy giảm; Tỳ khí bất túc, vận hóa thất điều, thấp trọc ứ trệ bên trong cơ thể, lâu ngày uất mà hóa nhiệt ảnh hưởng lên Vị khí; Phế Vị có quan hệ mật thiết, nhiệt ở Phế kinh dễ dàng truyền kinh đến Tỳ Vị⁽²²⁾. Tình trạng Vị khí suy yếu không thể tiếp tục tạo rêu nên tỉ lệ rêu ít/không có rêu ở nhóm TNV có mụn mức độ nhẹ. Rêu dày là chỉ điểm của sự xuất hiện yếu tố gây bệnh nào đó, rêu càng dày thì yếu tố đó càng mạnh⁽²³⁾. Ở nhóm mức độ mụn trung bình – nặng tỉ lệ rêu dày chiếm tỉ lệ 57,2%. Rêu dày ở đây có thể biểu hiện ra tình trạng cơ thể có nhiệt hay ứ nhiều. Từ các y văn cổ có thể thấy, bệnh trứng cá phát sinh có liên quan mật thiết với mối quan hệ giữa tạng Phế, tạng Tỳ, phủ Vị và Khí Huyết⁽⁷⁾. Mụn trứng cá thông thường chủ yếu phát sinh ở mặt, nguyên nhân chủ yếu do Phế khí không thanh hoặc Phế kinh

huyết nhiệt, thêm cảm phải ngoại tà phong hàn thấp. Theo Lý Nhật Khánh trong sách “Trung Y ngoại khoa học”⁽²¹⁾: trong cơ thể vốn có phần Dương hoặc nhiệt thịnh; Phế kinh uất nhiệt, lại cảm phải phong tà, phong và nhiệt chung đốt vùng mặt mà sinh bệnh. Người bị bệnh này thường do phế kinh dương nhiệt thiên thịnh, ăn chất béo cay, vị trường tích nhiệt, bốc hỏa, tích tụ làm phát mụn trên mặt ngực hoặc lưng. Hoặc cảm thụ phong nhiệt tà, Phế khí thất tuyên. Hoặc chất rửa mặt không phù hợp, hấp thụ nhiều chất béo, do bụi bặm, lỗ chân lông bị tắc đều có thể gây nên Tỏa sang. Ta thấy rằng độ dày rêu lưỡi có liên quan tới sự tiến triển của bệnh. Và sự khác biệt về sự dày mỏng rêu lưỡi có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% và $p=0,000$.

V. KẾT LUẬN

Màu sắc chất lưỡi và độ dày mỏng của rêu lưỡi có liên quan tới sự tiến triển của Mụn trứng cá thông thường và mức độ nặng của bệnh. Ở mức độ nhẹ: lưỡi màu hồng nhợt và ít/không có rêu; mức độ trung bình nặng: lưỡi ám tím và rêu dày.

Nghiên cứu này là nghiên cứu về đặc điểm thiết chẩn đầu tiên trên bệnh Mụn trứng cá thông thường nên còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Nhưng là tiền đề cho những nghiên cứu sâu hơn về các đặc điểm hội chứng lâm sàng của Mụn trứng cá thông thường và phân biệt chúng dựa vào đặc điểm thiết chẩn; chẩn đoán và dự đoán nguy cơ diễn tiến mức độ nặng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Út (2005). Bài giảng Bệnh da liễu, Nhà xuất bản Y học, TPHCM, tr.253-261.
2. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị các bệnh Da liễu, Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13 tháng 01 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, tr.23-27.
3. Hsu PC, Huang YC, Chiang JY, Chang HH (2016). The association between arterial stiffness and tongue manifestations of blood stasis in patients with type 2 diabetes. BMC Complementary Medicine and Therapies, 16(1):324.
4. Koo J (1995). The psychosocial impact of acne: patients' perceptions. American Academy of Dermatology, 32(5 Pt 3):S26-30.
5. Baroni A, Ruocco E, Russo T, Piccolo V (2015). The use of traditional Chinese medicine in some dermatologic diseases: Part I-Acne, psoriasis, and atopic dermatitis. Skinmed Journal, 13(1):32-38.
6. Yang JF (2001). Syndrome differentiation and typing of traditional Chinese medicine and the clinical efficacy in 148 cases of acne vulgaris. Bulletin of Hunan Medical University, 26(3):219-220.
7. 吴谦 (2006). 医宗金鉴, 北京: 人民卫生出版社.
8. Yu Z, Zhang H, Fu L, Lu X (2017). Objective research on tongue manifestation of patients with eczema. Technology and Health Care, 25(S1):143-149.
9. Anastasi J K, Currie L M, Kim G H (2009). Understanding diagnostic reasoning in TCM practice: tongue diagnosis", Alternative therapies in health and Medicine, 15(3):18-28.
10. Lo LC, Chen CY, Chiang JY, Cheng TL, et al (2013). Tongue diagnosis of traditional Chinese medicine for rheumatoid arthritis. African Journal of Traditional,

- Complementary, and Alternative Medicines, 10(5):360-369.
11. **Chiu CC** (2000). A novel approach based on computerized image analysis for traditional Chinese medical diagnosis of the tongue. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 61(2):77-89.
 12. **Jung CJ, Jeon YJ, Kim JY, Kim KH** (2012). Review on the current trends in tongue diagnosis systems. *Integrative Medicine Research*, 1(1):13-20.
 13. **Zhang H, Wang K, Zhang D, Pang B** (2005). Computer aided tongue diagnosis system. *Conference proceedings - IEEE engineering in medicine and biology society*, 2005:6754-6757.
 14. **Lo LC, Cheng TL, Chen YJ, Natsagdorj S** (2015). TCM tongue diagnosis index of early-stage breast cancer. *Complementary Therapies in Medicine*, 23(5):705-713.
 15. **Hsu PC, Huang YC, Chiang JY, Chang HH** (2016). The association between arterial stiffness and tongue manifestations of blood stasis in patients with type 2 diabetes. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 16(1):324.
 16. **Lee TC, Lo LC, Wu FC** (2016). Traditional Chinese Medicine for Metabolic Syndrome via TCM Pattern Differentiation: Tongue Diagnosis for Predictor. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2016:1971295.
 17. **Kim J, Lee H, Kim H** (2017). Differences in the Tongue Features of Primary Dysmenorrhea Patients and Controls over a Normal Menstrual Cycle. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2017:6435702.
 18. **Trần Thị Song Thanh** (2001). Nhận xét tình hình điều trị bệnh trứng cá tại Bệnh viện Da liễu Khánh Hòa. *Nội san Da Liễu*, 2:10-12.
 19. **Di Landro A, Cazzaniga S, Parazzini F, Ingordo V** (2012). Family history, body mass index, selected dietary factors, menstrual history, and risk of moderate to severe acne in adolescents and young adults. *American Academy of Dermatology*, 67(6):1129-1135.
 20. **Layton AM, Morris C, Cunliffe WJ, Ingham E** (1998). Immunohistochemical investigation of evolving inflammation in lesions of acne vulgaris. *Experimental dermatology*, 7(4):191-197.
 21. **李日庆** (2008). 座疮. *中医外科学[M]*, 中国中医药出版社, 北京, pp.90-192.
 22. **范瑞强** (2003). 座疮. *中西医结合临床皮肤性病学*, 广东世界图书出版公司, 中, pp.755-765.
 23. **Trịnh Thị Diệu Thường, Nguyễn Thái Linh** (2021). Chẩn đoán Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, TPHCM, tr.69-81.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM THIẾT CHẨN TRÊN SINH VIÊN KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH CÓ BIỂU HIỆN ĐAU BỤNG KINH GIAI ĐOẠN HÀNH KINH

Nguyễn Thái Linh¹, Trịnh Thị Khánh¹, Nguyễn Ngô Lê Minh Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đau bụng khi hành kinh là tình trạng phụ khoa phổ biến, gây nhiều ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống của phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Các phương pháp điều trị đau bụng kinh bằng Y Học Cổ Truyền ngày càng được chứng minh có hiệu quả cao. Để điều trị tốt, việc chẩn đoán đúng là cần thiết, trong đó Thiết chẩn là 1 phương pháp quan trọng, khách quan giúp chẩn đoán, theo dõi diễn tiến và đánh giá hiệu quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm bước đầu khảo sát đặc điểm thiết chẩn của sinh viên Khoa Y học cổ truyền Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh có biểu hiện đau bụng kinh giai đoạn hành kinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 188 sinh viên Khoa Y học cổ truyền có biểu hiện đau bụng khi hành kinh. Hình ảnh lưỡi được chụp trong 24 – 36 giờ từ khi bắt đầu giai đoạn hành kinh, sau đó được phân tích bằng máy thiết chẩn ZMT – 1A.

Kết quả: Tỷ lệ đau bụng kinh: 47,9%. Chất lưỡi nhạt 11,7%, hồng nhạt 19,7%, hồng 9,6%, ám hồng 9%, ám tím 30,3%, tím nhạt 19,7%; có

điểm ứ huyết 4,26%, lưỡi gầy 51,6%, có dấu ấn răng 20,7%, có vết nứt 66,5%, có gai lưỡi 31,9%; rêu trắng 33,5%, rêu vàng 3,2%; Rêu khô 4,3%, rêu ướt 41%, rêu nhuận 36,7%; độ bong tróc 0,5%, rêu mỏng 4,8%, rêu dày 17,6%, rêu ít 69,7%. Có sự khác biệt về màu sắc chất lưỡi giữa nhóm sinh viên có mức độ đau bụng kinh vừa và nặng ($p < 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ đau bụng kinh là 47,9%. Chất lưỡi tím nhạt và ám tím, lưỡi gầy, có vết nứt, rêu lưỡi ít màu trắng chiếm đa số. Có mối liên quan giữa màu sắc chất lưỡi và mức độ đau bụng kinh.

Từ khóa: đau bụng kinh, hệ thống chẩn đoán lưỡi tự động, đặc điểm lưỡi.

SUMMARY

A SURVEY OF CHARACTERISTICS OF TONGUE DIAGNOSIS ON STUDENTS WITH DYSMENORRHEA OF THE FACULTY OF TRADITIONAL MEDICINE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY

Objectives: Abdominal pain during menstruation is a common gynecological condition with a high rate, causing many negative impacts on the quality of life of women of reproductive age. Traditional medicine treatments are increasingly proven to be highly effective in treating menstrual pain. For good treatment, correct diagnosis is necessary; in conventional medical diagnostic methods, confirmed diagnosis is one of the essential and

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngô Lê Minh Anh

SĐT: 0962644648

Email: drminhanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 12/08/2022

objective methods to help diagnose, monitor progress, and evaluate treatment effectiveness. Therefore, this study investigates tongue features of students from the Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City, who present with dysmenorrhea during menstruation.

Methods: A cross-sectional descriptive study on 188 students of the Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. Tongue imaging was collected within 24 – 36 hours of the start of the menstrual period. The selected images were analyzed using the tongue image ZMT – 1A system.

Results: The rate of dysmenorrhea was 47.9%. Pale tongue 11.7%, light red tongue 19.7%, red tongue 9.6%, deep red tongue 9%, deep purple tongue 30.3%, light purple tongue 19.7%; spots tongue 4.26%, thin tongue 51.6%, tooth-marked tongue 20.7%, fissured tongue 66.5%, prickles tongue 31.9%; white coating 33.5%, yellow coating 3.2%; dry coating 4.3%, greasy coating 41%, moist coating 36.7%; peeled coating 0.5%, thin coating 4.8%, thick coating 17.6%, less coating 69.7%. There was a relationship between pain level and tongue color ($p < 0.05$).

Conclusion: The rate of dysmenorrhea is 47.9%. Light purple tongue and deep purple tongue, thin tongue, has fissured tongue, and less coating, white coating is the majority. There is a relationship between the tongue color and the degree of pain.

Keywords: dysmenorrhea, automatic tongue diagnosis system (ATDS), tongue features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bụng kinh là là tình trạng phụ khoa phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và là một trong những nguyên nhân thường

xuyên nhất gây đau vùng chậu⁽¹⁾. Tỷ lệ đau bụng kinh cao nhất ở trẻ em gái vị thành niên và phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, với ước tính dao động từ 20 – 90%⁽²⁾. Đau bụng kinh có thể ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của người phụ nữ và cản trở các hoạt động hàng ngày⁽¹⁾. Các phương pháp Y học hiện đại (YHHĐ) điều trị phổ biến nhất cho đau bụng kinh là thuốc chống viêm không steroid (NSAID), và thuốc tránh thai nội tiết tố. Tuy nhiên, những phương pháp điều trị này có tác dụng tạm thời và nhiều tác dụng phụ không mong muốn khác^(3,4,5). Vì vậy, hiện nay phụ nữ bị đau bụng kinh có xu hướng chuyển sang các liệu pháp điều trị y học thay thế ở nhiều quốc gia⁽⁶⁾.

Theo Y học cổ truyền (YHCT) các triệu chứng của đau bụng kinh được mô tả thuộc phạm trù chứng “thống kinh”. Ngày nay khi y học được tiếp cận dựa trên bằng chứng khoa học thì YHCT ngày càng có nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả cao trong điều trị đau bụng kinh thông qua các liệu pháp YHCT như châm cứu, nhĩ châm, xoa bóp, thảo dược, dưỡng sinh^(7,8,9). Để có phương pháp điều trị hiệu quả, YHCT hướng đến chẩn đoán và điều trị theo cá thể hóa. Mỗi hội chứng YHCT được chẩn đoán dựa trên thông tin lâm sàng thu được thông qua Tứ chẩn: vọng, văn, vấn và thiết⁽⁸⁾. Trong đó, Thiết chẩn thuộc Vọng chẩn là một phương pháp khách quan để chẩn đoán, phân loại hội chứng bệnh, theo dõi điều trị và tiên lượng bệnh. Theo lý thuyết YHCT, những thay đổi trong chất lưỡi và rêu lưỡi có thể cho thấy tình trạng chức năng của cơ quan, sự cân bằng của khí và huyết, sự tiến triển của tình trạng sức khỏe và mức độ nghiêm trọng của

bệnh⁽¹⁰⁾. Đã có nhiều mô hình nghiên cứu về thiết chẩn và đưa ra kết luận về mối liên hệ giữa hình ảnh lưỡi và các bệnh như viêm khớp dạng thấp, ung thư vú, trào ngược dạ dày thực quản^(11,12)... Một nghiên cứu khảo sát sự khác biệt về đặc điểm Thiết chẩn trên phụ nữ bị đau bụng kinh nguyên phát và phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt bình thường đã chỉ ra rằng rêu lưỡi mỏng hơn ở nhóm đau bụng kinh nguyên phát, khi mức độ đau tăng lên thì màu sắc chất lưỡi đỏ và tối hơn, rêu lưỡi giảm⁽²⁾. Tuy nhiên, để hiểu rõ hơn về đặc điểm lưỡi của sinh viên có biểu hiện đau bụng kinh giai đoạn hành kinh, đồng thời cung cấp thông tin hữu ích cho chẩn đoán đau bụng kinh trên lâm sàng, chúng tôi tiến hành “Khảo sát đặc điểm thiết chẩn trên sinh viên Khoa YHCT Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) có biểu hiện đau bụng khi hành kinh”.

Mục tiêu:

- Xác định tỉ lệ sinh viên Khoa YHCT Đại học Y dược TPHCM có biểu hiện đau bụng kinh trong giai đoạn hành kinh.

- Xác định tỉ lệ các đặc điểm màu sắc chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất chất lưỡi và tính chất rêu lưỡi trên sinh viên Khoa YHCT có biểu hiện đau bụng kinh giai đoạn hành kinh.

- Khảo sát mối liên quan giữa các đặc điểm lưỡi với mức độ đau (theo thang điểm VAS) của sinh viên Khoa YHCT Đại học Y dược TPHCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn

- Sinh viên nữ Khoa YHCT Đại học Y dược TPHCM, từ 18 tuổi trở lên.

- Khả năng tự nguyện đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Có chu kỳ kinh nguyệt đang hoạt động bình thường, có 3 chu kỳ kinh gần nhất lặp lại hàng tháng, mỗi chu kỳ dao động 21 – 35 ngày.

Tiêu chuẩn loại

- Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Không thể há miệng hoặc có nguy cơ bị lệch hàm, không thể nhô lưỡi ra và giữ lưỡi ổn định trong lúc chụp hình lưỡi.

- Người bệnh cung cấp hình ảnh lưỡi không đủ tiêu chuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Địa điểm nghiên cứu

Khoa YHCT Đại học Y dược TPHCM

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 01/2022 đến 05/2022

Cỡ mẫu:

Ước lượng một tỉ lệ trong quần thể với:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{P \times (1-P)}{d \times d} = 188 \text{ (sinh viên)}$$

($\alpha = 0.05$, $Z_{0.975} = 1.96$, $P = 0.857$, $d = 0.05$)

Tham khảo theo nghiên cứu của tác giả Potur DC (2014) tỉ lệ nữ sinh viên có đau bụng kinh là 85,7%. Do cùng đối tượng là sinh viên nên chúng tôi chọn giá trị (P) là 0.857. Vậy cỡ mẫu tính được là 188 sinh viên⁽¹³⁾.

Kỹ thuật chọn mẫu

Tiến hành qua 2 bước:

Bước 1: Khảo sát tỉ lệ sinh viên nữ Khoa YHCT có biểu hiện đau bụng kinh giai đoạn hành kinh.

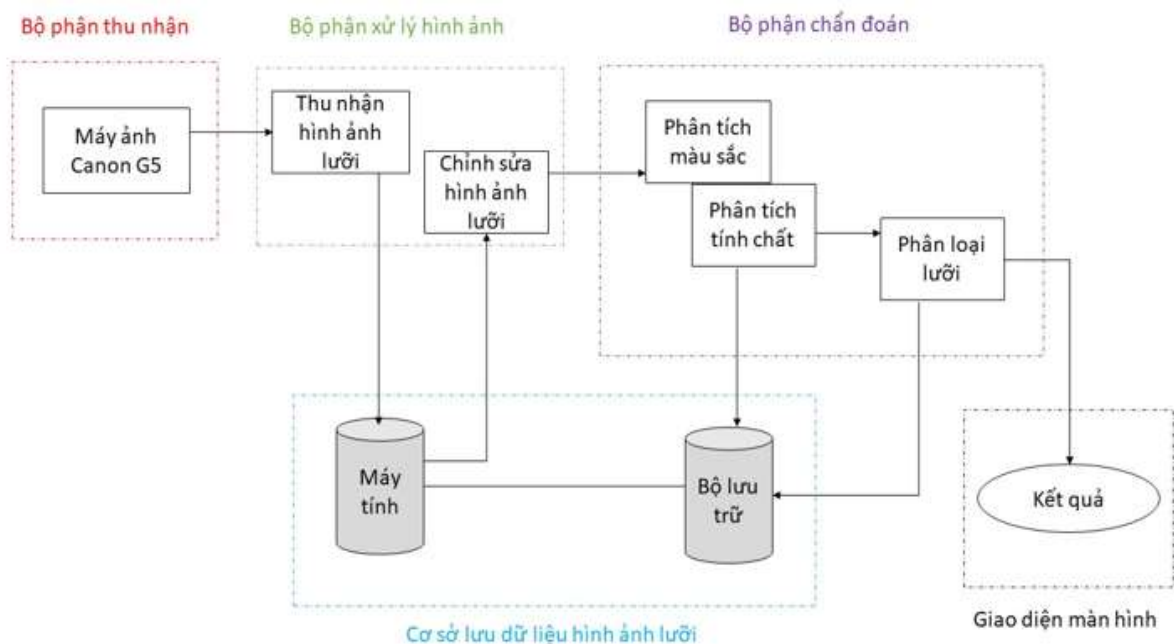
Bước 2: Chọn ngẫu nhiên 188 sinh viên trong tổng số sinh viên nữ có biểu hiện đau bụng kinh giai đoạn hành kinh, tiến hành thu thập hình ảnh lưỡi.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Máy Thiết chẩn ZMT – 1A sử dụng các phương pháp khoa học hiện đại để thiết lập các chỉ số khách quan cho chẩn đoán hình

ảnh lưỡi, sau khi phân tích kết quả trả ra sẽ bao gồm các đặc điểm về màu sắc chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất chất lưỡi, tính chất rêu lưỡi.

Tiêu chuẩn thu thập hình ảnh lưỡi: Lưỡi đủ sáng, đủ rõ nét, thấy được đầu lưỡi, thân lưỡi, rìa lưỡi và một phần gốc lưỡi. Những hình ảnh lưỡi không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu viên sẽ tiến hành loại bỏ trực tiếp.



Hình 1. Nguyên lý hoạt động của máy Thiết chẩn ZMT-1A

2.3. Xử lý số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2016.

Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0.

Mô tả kết quả bằng cách thống kê tần số, tỉ lệ của các biến định tính. Thống kê các giá trị của biến định danh.

Phân tích mối liên hệ của các biến số thông qua phép kiểm định Chi bình phương, với mức ý nghĩa là $\alpha=0,05$; độ tin cậy của phép kiểm định là 95%.

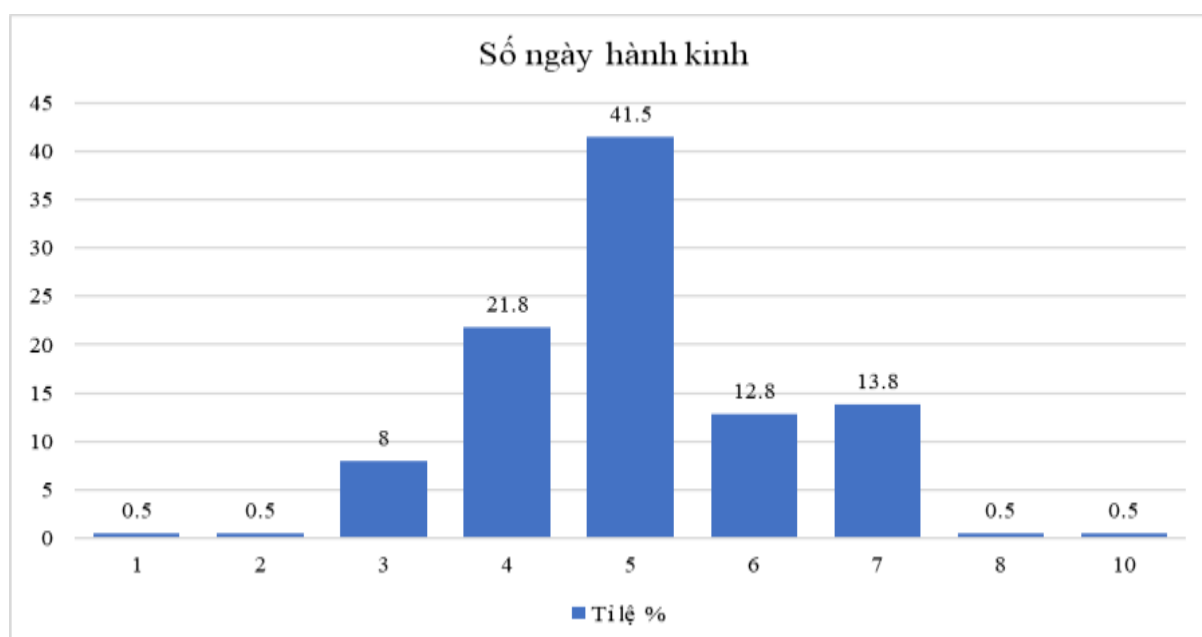
2.4. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y dược TPHCM theo Quyết định số 78/HĐĐĐ – ĐHYD ngày 20/1/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Có 188 sinh viên tham gia nghiên cứu, đặc điểm của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1 và Biểu đồ 1.

**Biểu đồ 1. Thời gian hành kinh**

Đa số số ngày hành kinh của sinh viên là từ khoảng 4 – 7 ngày, trong đó 5 ngày là khoảng hành kinh thường gặp nhất.

Bảng 1. Đặc điểm về chu kì hành kinh đều hay không đều và mức độ đau theo thang điểm VAS

Đặc điểm	Mức độ	Tần số (Tỉ lệ %)
Chu kỳ kinh nguyệt có đều hay không?	Đều	108 (57,4%)
	Không đều	80 (42,6%)
Mức độ đau (VAS)	4	27 (14,4%)
	5	43 (22,9%)
	6	31 (16,5%)
	7	33 (17,6%)
	8	33 (17,6%)
	9	13 (6,9%)
	10	8 (4,3%)

Số sinh viên có chu kì kinh nguyệt đều nhiều hơn số sinh viên có chu kì kinh nguyệt không đều, nhưng chênh lệch là không lớn.

Mức độ đau phân bố khá đồng đều trong khoảng từ 4 – 8 điểm, trong đó mức 5 điểm là nhiều nhất. Một số ít đau mức độ nặng 9 – 10 điểm. Trung bình là $6,39 \pm 1,688$ điểm.

Tỉ lệ sinh viên Khoa YHCT Đại học Y dược TPHCM có đau bụng khi hành kinh

Tỉ lệ đau bụng kinh của sinh viên Khoa YHCT Đại học Y dược TPHCM có biểu hiện đau bụng giai đoạn hành kinh là 47,9%.

Đặc điểm thiết chẩn và mối liên quan giữa mức độ đau bụng kinh theo thang điểm VAS với các đặc điểm thiết chẩn

Bảng 2. Tỷ lệ các đặc điểm thiết chẩn và mối liên quan giữa mức độ đau bụng kinh theo thang điểm VAS với các đặc điểm thiết chẩn

Đặc điểm thiết chẩn		Đặc điểm thiết chẩn	Mối liên quan giữa mức độ đau bụng kinh và các đặc điểm thiết chẩn		
		Mẫu nghiên cứu (n=188, 100%)	Mức độ trung bình (n=134, 100%)	Mức độ nặng (n=54, 100%)	P - value
Màu chất lưỡi (n, %)	Nhọt	22 (11,7 %)	22 (11,7%)	0 (0%)	0,000
	Hồng nhọt	37 (19,7 %)	37 (19,7%)	0 (0%)	
	Hồng	18 (9,6 %)	18 (9,6%)	0 (0,0%)	
	Ám hồng	17 (9 %)	16 (8,5%)	1 (0,5%)	
	Ám tím	57 (30,3 %)	9 (4,8%)	48 (25,5%)	
	Tím nhạt	37 (19,7%)	32 (17%)	5 (2,7%)	
Tính chất chất lưỡi: Hình dạng lưỡi (n, %)	To	27 (14,4 %)	20 (10,6%)	7 (3,7%)	0,433
	Gầy	97 (51,6 %)	68 (36,2%)	29 (15,4%)	
	Bình thường	64 (34%)	46 (24,5%)	18 (9,6%)	
Tính chất chất lưỡi: Ấn răng (n, %)	Có	39 (20,7%)	25 (13,3%)	14 (7,4%)	0,266
	Không	149 (79,3%)	109 (58%)	40 (21,3%)	
Tính chất chất lưỡi: Gai lưỡi (n, %)	Có	60 (31,9%)	38 (20,2%)	22 (11,7%)	0,099
	Không	128 (68,1%)	96 (51,1%)	32 (17%)	
Tính chất chất lưỡi: Vết nứt (n, %)	Có	125 (66,5%)	86 (45,7%)	39 (20,7%)	0,29
	Không	63 (33,5%)	48 (25,5%)	15 (8%)	
Màu rêu lưỡi (n, %)	Trắng	63 (33,5%)	47 (25%)	16 (8,5%)	0,743
	Vàng	6 (3,2%)	4 (2,1%)	2 (1,1%)	
	Không ghi nhận [□]	119 (63,3%)	83 (44,1%)	36 (19,1%)	
Tính chất rêu lưỡi: Độ dày mỏng (n, %)	Dày	33 (17,6%)	26 (13,8%)	7 (3,7%)	0,415
	Mỏng	9 (4,8%)	8 (4,3%)	1 (0,5%)	
	Ít/Không rêu.	146 (77,6%)	100 (53,2%)	46 (24,5%)	
Tính chất rêu lưỡi: Độ nhuận táo (n, %)	Rêu khô	8 (4,3%)	6 (3,2%)	2 (1,1%)	0,374
	Rêu ướt	77 (41%)	59 (31,4%)	18 (9,6%)	
	Rêu nhuận	69 (36,7%)	44 (23,4%)	25 (13,3%)	
	Không ghi nhận [□]	34 (18%)	25 (13,3%)	9 (4,7%)	

[□] Không ghi nhận: máy không phân tích ra màu sắc rêu và độ nhuận táo của rêu lưỡi với những hình ảnh lưỡi có rêu lưỡi quá mỏng hay không rêu.

Tỷ lệ lưỡi ám tím và tím nhạt là 50% chiếm đa số, chiếm phần lớn là hình ảnh lưỡi

có hình thể gầy (51,6%), không có dấu ấn răng (79,3%), có vết nứt (66,5%) và không có gai lưỡi (68,1%). Tỷ lệ lưỡi có rêu trắng chiếm cao nhất 33,5%, một số nhỏ có rêu vàng. Chiếm đa số là lưỡi ít rêu 69,7%, rêu ướt 41%.

Chỉ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các sinh viên có đau bụng kinh (đánh giá theo thang điểm VAS) với màu sắc chất lưỡi ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Kết quả của nghiên cứu cho thấy 99% số lượng các bạn sinh viên có thời kì hành kinh kéo dài dưới 7 ngày, và số bạn có kì kinh nguyệt đều cao gấp 1,35 lần so với những bạn có chu kì kinh nguyệt không đều. Thời gian hành kinh kéo dài hay kì hành kinh không đều đặn là một yếu tố thuận lợi cho tình trạng đau bụng kinh. Thời gian chảy máu kéo dài hơn 1 tuần làm tăng khả năng bị đau đặc biệt ở những phụ nữ có độ tuổi có kinh nguyệt sớm và chu kì kinh nguyệt kéo dài. Tần suất xảy ra các cơn đau và các cơn đau xuất hiện trước khi hành kinh cũng tăng theo độ dài của chu kì kinh nguyệt⁽¹⁴⁾.

Thang điểm VAS được sử dụng để đánh giá mức độ đau của các sinh viên, kết quả khảo sát cho thấy mức độ đau bụng kinh của các sinh viên bao gồm cả ba mức độ: không đau hay đau nhẹ, đau trung bình và đau nặng. Trong đó, đau mức độ trung bình chiếm đa số. Trung bình mức độ đau là $6,39 \pm 1,688$ cm. Nghiên cứu của Vincenzo De S năm 2015 chỉ ra rằng mức độ đau bụng kinh càng nặng càng mang đến những ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống của những người phụ nữ⁽¹⁵⁾. Kết quả này cũng tương đồng so với nghiên cứu của Jihye K năm 2017 khi khảo sát sự khác biệt giữa đặc điểm lưỡi của phụ nữ bị đau bụng kinh và phụ nữ có chu kì kinh nguyệt bình thường cho thấy mức độ đau trung bình (theo thang VAS) là $6,63 \pm 1,34$ cm⁽²⁾.

Tỉ lệ sinh viên nữ Khoa YHCT có biểu hiện đau bụng kinh giai đoạn hành kinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ sinh viên nữ Khoa YHCT Đại học Y dược TP.HCM là 47,9%, như vậy gần một nửa số sinh viên nữ Khoa YHCT có biểu hiện đau bụng khi hành kinh. Tỉ lệ đau bụng kinh là khá khác nhau trong nhiều nghiên cứu, dao động từ 20 – 90%. Có sự khác biệt này có thể là do các nghiên cứu này đã chọn các nhóm mẫu khác nhau, với số lượng mẫu chênh lệch nhau.

Tỉ lệ các đặc điểm thiết chẩn và mối liên quan giữa mức độ đau bụng kinh với các đặc điểm thiết chẩn

Sau khi phân tích hình ảnh lưỡi cho thấy hình ảnh lưỡi có màu sắc chất lưỡi tím nhạt (19,7%) và ám tím (30,3%), lưỡi gầy (51,6%), có vết nứt (66,5%), rêu lưỡi ít (69,7%), rêu lưỡi trắng (33,5%) là chiếm đa số, bên cạnh đó màu sắc chất lưỡi cũng thể hiện có liên quan với mức độ đau được đánh giá theo thang điểm VAS ($p < 0,05$). Theo quan điểm của YHCT thì mức độ đau bụng kinh càng nặng, khí trệ, hàn ngưng, huyết ứ, cũng càng nặng. Khi hành kinh, lấy sự thông lợi làm thuận, bất thông tắc thống. Năm 2021, nghiên cứu của Yang C về các thể lâm sàng thường gặp của đau bụng kinh đã chỉ ra rằng hai hội chứng thường gặp nhất trong đau bụng kinh là khí trệ huyết ứ và hàn thấp ngưng trệ, hai thể lâm sàng này cũng thường kết hợp với nhau⁽¹⁶⁾. Biểu hiện màu sắc chất lưỡi khi có khí trệ huyết ứ sẽ có màu ám tím, tím nhạt, ám hồng, kết quả nghiên cứu thể hiện ở mức độ đau nặng thì màu sắc lưỡi chủ yếu là ám tím, như vậy là phù hợp với lý thuyết YHCT, điều này cho chúng ta thấy mối liên quan rõ giữa màu sắc chất lưỡi và mức độ đau bụng kinh. Từ đó gợi ý rằng màu sắc chất lưỡi ngoài là một đặc điểm khách quan để hiểu được căn nguyên và bệnh sinh của đau bụng kinh thì còn là một chỉ số để dự

đoán về mức độ và độ nặng của đau bụng kinh, giúp đưa ra hướng chẩn đoán và điều trị kịp thời cho đau bụng kinh trên phụ nữ.

Điều này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Jihye Kim cùng các cộng sự về sự khác biệt trong đặc điểm lưỡi của bệnh nhân đau bụng kinh nguyên phát (PD) và phụ nữ có chu kì kinh nguyệt bình thường. Hình ảnh lưỡi trong nghiên cứu này được chụp bằng cách sử dụng hệ thống phân tích hình ảnh lưỡi trên máy tính (CTIS). Kết quả cho thấy tổng giá trị màu rêu lưỡi và độ dày lớp rêu lưỡi ở khu vực trung tâm trong giai đoạn hành kinh của nhóm PD thấp hơn đáng kể so với nhóm đối chứng ($p=0,031$ và $p=0,029$, resp), có mối liên quan giữa mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS và màu sắc chất lưỡi, độ dày rêu lưỡi. Khi mức độ đau tăng lên thì màu sắc chất lưỡi trở lên đỏ và tối hơn, rêu lưỡi giảm⁽²⁾. Như vậy, các đặc điểm lưỡi thu được từ CTIS hay ZMT – 1A đã gián tiếp chứng minh được sự khác biệt trong màu sắc chất lưỡi, rêu lưỡi của phụ nữ đau bụng kinh và tính chất lưỡi cũng có liên quan đến mức độ đau (đánh giá theo thang VAS).

Nghiên cứu này sử dụng mô hình Thiết chẩn ZMT – 1A để phân tích hình ảnh lưỡi mang lại tính chính xác và khách quan cao. Từ đó sẽ cung cấp thông tin hữu ích và là tài liệu tham khảo cho các nghiên cứu tiếp theo. Các đặc điểm lưỡi thu được từ ZMT – 1A có thể đóng vai trò như một phương tiện bổ sung để phân loại hội chứng và đánh giá hiệu quả điều trị cũng như tiên lượng trong điều trị đau bụng kinh.

Bên cạnh những ưu điểm trên, nghiên cứu này còn một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu này thiếu các quan sát về mối tương quan của các đặc điểm lưỡi với các triệu chứng hoặc hội chứng liên quan đến

đau bụng kinh. Thứ hai, đây chỉ là nghiên cứu cắt ngang mô tả, không ngẫu nhiên, không nhóm chứng nên kết quả có thể khó xác nhận hơn, nên tiến hành nghiên cứu có nhóm đau bụng kinh và không đau bụng kinh để kết quả được phản ánh rõ ràng hơn. Thứ ba, cỡ mẫu còn nhỏ nên kết quả chưa phản ánh rõ ràng sự thay đổi trong tính chất lưỡi của sinh viên đau bụng kinh. Tuy rằng nghiên cứu còn một số nhược điểm như trên, nhưng lại là tiền đề cho mở ra một số nghiên cứu mới trong phân biệt các hội chứng lâm sàng của đau bụng kinh, cũng như theo dõi điều trị và tiên lượng đau bụng kinh trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Sau thống kê tỉ lệ đau bụng kinh và phân tích hình ảnh lưỡi của sinh viên Khoa YHCT Đại học Y được TPHCM có biểu hiện đau bụng kinh giai đoạn hành kinh cho thấy tỉ lệ đau bụng kinh: 47,9%. Những sinh viên đau bụng kinh có biểu hiện hình ảnh lưỡi có màu sắc chất lưỡi tím nhạt và ám tím, lưỡi gầy, có vết nứt, rêu lưỡi ít màu trắng là chiếm đa số. Có sự liên quan giữa mức độ đau bụng kinh trung bình và nặng (đánh giá theo thang điểm VAS) và màu sắc chất lưỡi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Inês G, Margarida PA** (2020). Primary dysmenorrhea: assessment and treatment. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42:501-507.
2. **Kim JH, Lee HB, Kim HH, et al** (2017). Differences in the tongue features of primary dysmenorrhea patients and controls over a regular menstrual cycle. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2017.
3. **Chen HY, Lin YH, Su IH, et al** (2014).

- Investigation on Chinese herbal medicine for primary dysmenorrhea: implication from a nationwide prescription database in Taiwan. *Complementary therapies in medicine*, 22(1):116-125.
4. **Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS** (2020). Primary dysmenorrhea: diagnosis and therapy. *Obstetrics & Gynecology*, 136(5):1047-1058.
 5. **Romano ME, Braun-Courville DK** (2019). Assessing weight status in adolescent and young adult users of the etonogestrel contraceptive implant. *Pediatric and adolescent gynecology*, 32(4):409-414.
 6. **Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, et al** (2016). Dietary supplements for dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3):CD002124.
 7. **Gao L, Jia CH, Zhang H, Ma CL** (2017). Wenjing decoction (herbal medicine) for the treatment of primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 296(4):679-689.
 8. **Lin PY, Tsai YT, Lai JN, et al** (2014). Bian zheng lun zhi as a complementary and alternative treatment for menstrual cramps in women with dysmenorrhea: a prospective clinical observation. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 28(4):1-8.
 9. **Wang YJ, Hsu CC, Yeh ML, Lin JG** (2013). Auricular acupressure to improve menstrual pain and menstrual distress and heart rate variability for primary dysmenorrhea in youth with stress. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 24(7):30-31, 42.
 10. **Kim M, Deirdre C, Zaslowski C** (2008). Traditional Chinese medicine tongue inspection: an examination of the inter-and intrapractitioner reliability for specific tongue characteristics. *Alternative and Complementary Medicine*, 14(5):527-536.
 11. **Jiang M, Zha QL, Lu C, et al** (2011). Association between tongue appearance in Traditional Chinese Medicine and effective response in treatment of rheumatoid arthritis. *Complementary therapies in medicine*, 19(3):115-121.
 12. **Lo LC, Cheng TL, Chiang JY, Damdinsuren N** (2013). Breast cancer index: a perspective on tongue diagnosis in traditional chinese medicine. *Traditional and complementary medicine*, 3(3):194-203.
 13. **Potur DC, Bilgin NC, and Komurcu N** (2014). Prevalence of dysmenorrhea in university students in Turkey: effect on daily activities and evaluation of different pain management methods. *Pain Management Nursing*, 15(4):768-777.
 14. **Ju H, Jones M, and Mishra G** (2014). The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. *Epidemiologic reviews*, 36(1):104-113.
 15. **De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, et al** (2015). Primary dysmenorrhea in adolescents: prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatric Endocrinology Reviews (PER)*, 13(2).
 16. **杨翠玉, 卢军, 陈燕芬, et al** (2021). 原发性痛经患者中医体质分类与中医证型相关性研究. *中国中医药现代远程教育*, 19(11):40-43.

KHẢO SÁT NHẬN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI CỦA SINH VIÊN KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN – ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH VỀ NGÀNH HỌC Y HỌC CỔ TRUYỀN

Lâm Cẩm Tiên¹, Tăng Khánh Huy¹,
Nguyễn Phạm Thanh Huyền¹, Huỳnh Lê Trường¹, Lê Bảo Lưu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nhận thức, thái độ, hành vi của sinh viên khoa Y học cổ truyền (YHCT) – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (ĐHYD TPHCM) về ngành học YHCT.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 411 sinh viên chuyên ngành YHCT đang học tập từ năm 1 đến năm 6 tại ĐHYD TPHCM. Khảo sát bằng bộ câu hỏi có 30 câu gồm 4 phần nhằm đánh giá nhận thức, thái độ, hành vi của sinh viên về ngành học YHCT.

Kết quả: Điểm trung bình nhận thức về ngành học YHCT, thái độ về ngành học YHCT và hành vi về ngành học YHCT lần lượt là 7,55; 30,64; và 5,03. Tổng cộng 370 sinh viên có nhận thức, thái độ, hành vi đúng về ngành học YHCT, chiếm tỷ lệ rất cao (90%). Có mối liên quan giữa nhận thức và hành vi ($p < 0,001$), năm học ($p = 0,029$), học lực ($p = 0,01$) của sinh viên.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy khuynh hướng tích cực trong môi trường đào tạo ngành học YHCT tại Khoa Y học cổ truyền – ĐHYD TPHCM. Tuy nhiên, vẫn còn một số rào

cản trong học tập của sinh viên đã được tìm thấy, điều này gợi ý nhà trường và Khoa cần hướng sự quan tâm đến nhu cầu của sinh viên nhiều hơn.

Từ khóa: sinh viên Y học Cổ truyền, ngành học Y học Cổ truyền

SUMMARY

PERCEPTION, ATTITUDE, BEHAVIOR OF STUDENTS AT FACULTY OF TRADITIONAL MEDICINE – UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY ABOUT THE BRANCH OF TRADITIONAL MEDICINE

Objectives: To survey the perception, attitude, and behavior of students of the Faculty of Traditional Medicine (TM) – University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City (UMP) about the branch of traditional medicine.

Methods: A descriptive cross-sectional study on 411 students in TM – UMP studying from year 1 to year 6. The survey was conducted with a 30-question questionnaire consisting of 4 parts to assess students' perceptions, attitudes and behaviors about the branch of traditional medicine.

Results: The average scores for perception, attitude, and behavior about the branch of traditional medicine are 7.55, 30.64, and 5.03, respectively. A total of 370 students have the proper perception, attitude, and behavior for the branch of traditional medicine, accounting for a very high percentage (90%). There is a

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

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Lưu

SĐT: 0857323868

Email: lebaoluu@ump.edu.com

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 23/07/2022

Ngày duyệt bài: 08/08/2022

relationship between perception and behavior ($p < 0.001$), school year ($p = 0.029$), and academic performances ($p = 0.01$) of students.

Conclusion: The findings of this study revealed a positive trend in the training environment of the traditional medicine major at the Faculty of Traditional Medicine – UMP. However, some barriers to student learning have been discovered, implying that school leaders and faculty need to pay more attention to the needs of students.

Keywords: students of Traditional Medicine, major of Traditional Medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học cổ truyền (YHCT) đang dần trở nên phổ biến, đóng một vai trò quan trọng trong mô hình chăm sóc sức khỏe của hơn 170 quốc gia với ước tính khoảng 1,4 triệu người đang hành nghề YHCT trên toàn cầu tính đến năm 2020⁽¹⁾. Thế nhưng, những tác động tiêu cực lên sức khỏe cũng như sự công nhận của cộng đồng y khoa đến từ sự bóp méo kiến thức YHCT của những người hành nghề thiếu đạo đức, không được đào tạo bài bản trong nghiên cứu gần đây tại Colombia đã cho thấy sự phát triển bền vững YHCT luôn đòi hỏi việc tìm kiếm nguồn nhân lực chất lượng, được giảng dạy một cách khoa học và có hệ thống⁽²⁾. Bên cạnh đó, các nghiên cứu thực hiện tại Hong Kong, Trung Quốc cũng cho thấy những tương quan đáng kể giữa kiến thức đúng, thái độ tích cực và hành vi đối với YHCT^(3,4). Điều này chỉ ra rằng, đẩy mạnh giáo dục YHCT kết hợp thực hiện các công tác nhằm đánh giá, hỗ trợ và khuyến khích sinh viên khi còn học tập trong môi trường đại học là việc vô cùng cần thiết, nhằm nâng cao chất lượng giảng dạy, hình thành thái độ đúng đắn để sinh viên có những hành vi phù hợp.

Hướng dẫn của WHO về Đảm bảo Chất lượng giáo dục YHCT đề ra mục tiêu: sinh viên YHCT sau khi tốt nghiệp sẽ tiếp tục nghiên cứu chuyên sâu, phát triển kỹ năng lâm sàng, nâng cao giá trị văn hóa truyền thống và thái độ nghề nghiệp⁽⁵⁾. Mặc dù đã có một số nghiên cứu đánh giá nhận thức, thái độ, hành vi về YHCT của sinh viên trên thế giới, nhưng tại Việt Nam, vẫn chưa có khảo sát các khía cạnh này của sinh viên YHCT đối với ngành học của bản thân, khiến cho việc tiến hành nghiên cứu cụ thể trở nên vô cùng cấp thiết. Khoa Y học cổ truyền, trực thuộc ĐHYD TPHCM là một trong những cơ sở đào tạo chính quy YHCT hàng đầu miền nam, được thành lập từ năm 1998. Trải qua quá trình hình thành và phát triển, Khoa YHCT đã đào tạo hơn 1615 Bác sĩ hệ chính quy, 1645 Bác sĩ hệ liên thông, xây dựng và phát triển nguồn nhân lực khoa học cho các tỉnh phía Nam và cả nước. Hiện nay, Khoa đào tạo Bác sĩ Y học cổ truyền với thời gian đào tạo là 6 năm, loại hình đào tạo là chính quy bằng chương trình giảng dạy và nghiên cứu khoa học về Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại với tầm nhìn phát triển thành trường chuyên ngành Y học cổ truyền hàng đầu Việt Nam, với chương trình giảng dạy và nghiên cứu khoa học về Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại ngang tầm các đại học trong khu vực Châu Á – Thái Bình Dương. Câu hỏi nghiên cứu đặt ra là “Tỷ lệ sinh viên khoa Y học cổ truyền – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh có nhận thức, thái độ và hành vi đúng về ngành học Y học cổ truyền là bao nhiêu?” Đây chính là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Khảo sát nhận thức, thái độ, hành vi của sinh viên khoa Y học cổ truyền – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh về ngành học Y học cổ truyền”.

Mục tiêu nghiên cứu:

Khảo sát nhận thức, thái độ, hành vi của sinh viên khoa Y học cổ truyền – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh về ngành học Y học cổ truyền.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****Tiêu chuẩn chọn mẫu**

Sinh viên chuyên ngành YHCT từ đủ 18 tuổi trở lên, đang học tập từ năm 1 đến năm 6 tại ĐHYD TP.HCM và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Một trong các tiêu chuẩn sau:

- Người không thể hiểu được câu hỏi.
- Người không đồng ý trả lời.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thời gian thực hiện từ tháng 01/2022 – 07/2022 tại khoa YHCT, ĐHYD TPHCM.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p(1-p)}{d^2} = 384$$

Trong đó, n: cỡ mẫu nghiên cứu; Z: trị số phân phối chuẩn với độ tin cậy 95% (Z=1,96); α : xác suất sai lầm loại 1 ($\alpha=0,05$); d: độ chính xác hay sai số cho phép (d=0,05); p: trị số mong muốn của tỷ lệ (p=0,5). Do không có sẵn trị số của p nên giả định p=0,5 để có một cỡ mẫu lớn nhất. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu được 411 mẫu.

Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn ngẫu nhiên phân tầng theo lớp (n=411). Sau khi tính được số sinh viên lấy mẫu mỗi lớp, phần mềm Excel được sử dụng để chọn số ngẫu nhiên đúng với số mẫu tương ứng dựa trên danh sách mỗi lớp. Sau

đó, nhờ lớp trưởng hoặc bí thư thông báo và gửi link khảo sát đến các bạn được chọn để các bạn nhận và tự điền bộ câu hỏi vào link khảo sát.

Biến số phụ thuộc

- Biến số về nhận thức: Tổng số điểm tối đa của nhận thức là 12 điểm. Sinh viên được xem là có nhận thức đúng khi đạt từ 6 điểm trở lên.

- Biến số về thái độ: Tổng số điểm tối đa của thái độ là 40 điểm. Sinh viên được xem là có thái độ phù hợp khi đạt ít nhất 20 điểm.

- Biến số về hành vi: Tổng số điểm tối đa của hành vi là 6 điểm. Sinh viên được xem là có hành vi đúng khi đạt ít nhất 3 điểm.

- Biến số về nhận thức, thái độ, hành vi đúng: Sinh viên được xem là có nhận thức, thái độ, hành vi đúng khi đáp ứng đồng thời 3 yếu tố: nhận thức đúng, thái độ phù hợp và hành vi đúng.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng Google biểu mẫu để thiết kế bộ câu hỏi. Bộ câu hỏi phỏng vấn soạn sẵn, dựa trên nghiên cứu của Zhang Q (2020) tiến hành đánh giá khóa học Y học cổ truyền Trung Quốc trực tuyến dành cho Cử nhân Y học và Cử nhân Phẫu thuật (MBBS)^(Error! Reference source not found.), được điều chỉnh lại cho phù hợp với bối cảnh giáo dục tại ĐHYD, gồm 4 phần:

Phần A: Đặc điểm của sinh viên (6 câu hỏi về thông tin nền)

Phần B: Nhận thức về ngành học YHCT (6 câu hỏi có/không/không biết và 2 câu hỏi 4 chọn 1)

Phần C: Thái độ về ngành học YHCT (10 câu hỏi dựa trên 5 mức độ của Thang đo Likert)

Phần D: Hành vi đối với ngành học YHCT (6 câu hỏi có/không)

Những bạn sinh viên được chọn sẽ được gửi bộ câu hỏi, được giải thích về mục đích nghiên cứu và hình thức trả lời thông qua link khảo sát, sau khi hoàn thành bộ câu hỏi kết quả sẽ được gửi về nghiên cứu viên.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Phần mềm SPSS V.20.0 được sử dụng để phân tích thống kê, mức ý nghĩa được đặt là $p < 0,05$.

Các giá trị được trình bày dưới dạng % hoặc trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn tùy theo từng biến số.

Xác định mối liên quan bằng phép kiểm chi bình phương với $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy của phép kiểm định là 95%.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được xem xét và chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 140/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 10/02/2022.

Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Đối tượng được thông báo là tự nguyện quyết định tham gia vào nghiên cứu hay không. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, hoàn toàn được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 411 sinh viên YHCT đang học tập từ năm 1 đến năm 6 tại ĐHYD TP.HCM, nghiên cứu thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm của sinh viên YHCT đang học tập từ năm 1 đến năm 6 tại ĐHYD TP.HCM (N=411)

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Năm học	Năm 1	74	18
	Năm 2	82	20
	Năm 3	77	18,7
	Năm 4	58	14,1
	Năm 5	64	15,6
	Năm 6	56	13,6
Giới tính	Nam	146	35,5
	Nữ	265	64,5
Học lực tích lũy	Không có (sinh viên năm 1)	74	18
	Yếu	3	0,7
	Trung bình	80	19,5
	Khá	200	48,7
	Giỏi	54	13,1
Dân tộc	Kinh	363	88,3
	Thiểu số	46	11,2
	Ngoại quốc	2	0,5
Tuổi	Trung bình = 21,68 $\pm$ 2. Min:19, Max:31		

Sinh viên năm 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (20%), năm 6 có tỷ lệ thấp nhất (13,6%); về giới tính, số lượng sinh viên nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ nam:nữ=1:1,8; về học lực tích lũy, 74 sinh viên năm 1 không có xếp hạng bậc

học lực, 3/5 số lượng sinh viên tham gia có học lực từ mức khá trở lên (61,8%) và đa số sinh viên tham gia là dân tộc Kinh (88,3%). Tuổi trung bình của sinh viên là 21,68.

Bảng 2. Mối liên quan với nhận thức, thái độ, hành vi về ngành học Y học cổ truyền

Đặc điểm		Nhận thức đúng		Thái độ phù hợp		Hành vi đúng	
		n	%	n	%	n	%
Năm học	Năm 1	64	86,5	72	97,3	71	95,9
	Năm 2	73	89	80	97,6	81	98,8
	Năm 3	71	92,2	76	98,7	74	96,1
	Năm 4	55	94,8	57	98,3	57	98,3
	Năm 5	62	96,9	63	98,4	64	100
	Năm 6	56	100	54	96,4	56	100
	p	0,029*		0,963*		0,308*	
Giới tính	Nam	134	91,8	142	97,3	142	97,3
	Nữ	247	93,2	260	98,1	261	98,5
	p	0,595*		0,572*		0,388*	
Học lực	Không	64	86,5	72	97,3	71	95,9
	Yếu	2	66,7	3	100	3	100
	Trung bình	72	90	80	100	79	98,8
	Khá	189	94,5	193	96,5	196	98
	Giỏi	54	100	54	100	54	100
	p	0,01**		0,243**		0,384**	

*: phép kiểm Chi bình phương, **: phép kiểm Fisher

Có mối liên quan giữa nhận thức của sinh viên về ngành học YHCT và năm học, học lực. Phân bố tỷ lệ nhận thức đúng của sinh viên theo năm học và học lực khác nhau có ý nghĩa thống kê (p lần lượt là 0,029 và 0,01).

Bảng 3. Tỷ lệ nhận thức, thái độ, hành vi về ngành học Y học cổ truyền

n=411	Nhận thức		Thái độ		Hành vi		Nhận thức, thái độ, hành vi	
Đúng/ Phù hợp	n	%	n	%	n	%	n	%
	381	92,7	402	97,8	403	98,1	370	90
TB±DLC	7,55±1,38		30,64±5,36		5,03±1,05			

Nhìn chung, sinh viên có điểm trung bình tương đối cao ở nhận thức (7,55±1,38 tối đa 12 điểm), thái độ (30,64±5,36 tối đa 40 điểm) và hành vi (5,03±1,05 tối đa 6 điểm). Tỷ lệ sinh viên có nhận thức đúng, thái độ phù hợp, hành vi đúng đều lớn hơn 92%. 370 sinh viên có nhận thức, thái độ, hành vi đúng về ngành học YHCT, chiếm tỷ lệ rất cao (90%).

Bảng 4. Mối liên quan giữa nhận thức với thái độ, hành vi về ngành học Y học cổ truyền

n=411		Nhận thức		P
		Đúng (n, %)	Không đúng (n, %)	
Thái độ	Phù hợp	373 (97,9%)	29 (96,7%)	0,657**
	Chưa phù hợp	8 (2,1%)	1 (3,3%)	
Hành vi	Đúng	378 (99,2%)	25 (83,3%)	<0,001**
	Chưa đúng	3 (0,8%)	5 (16,7%)	

**: phép kiểm Fisher

Không có mối liên quan giữa nhận thức và thái độ của sinh viên về ngành học YHCT ($p>0,05$) nhưng có mối liên quan giữa nhận thức và hành vi của sinh viên về ngành học YHCT. Sinh viên có nhận thức đúng về ngành học YHCT thì có tỷ lệ hành vi đúng (99,2%) cao hơn so với sinh viên có nhận thức không đúng (83,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm của sinh viên, sự phân bố cỡ mẫu giữa các năm học tương ứng với sự chênh lệch về số lượng sinh viên đang theo học ở từng khối lớp, cụ thể là giảm dần từ năm 1 đến năm 6. Điều này có thể giải thích bởi số lượng chỉ tiêu tuyển sinh Đại học của Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh tăng lên qua từng năm. Ngoài ra, số lượng sinh viên nữ cao gấp 1,5 – 2,5 lần sinh viên nam tùy theo từng năm học dẫn đến sự chênh lệch về tỷ lệ sinh viên nam và nữ trong nghiên cứu. Từ năm 2 đến năm 6 có hơn 3/5 số lượng sinh viên có mức học lực từ khá trở lên và điều này cho thấy các bạn sinh viên là những người có năng lực và chú trọng trong học tập, có khả năng nắm bắt thông tin, kiến thức tốt. Đây là điểm thuận lợi để thực hiện các biện pháp giáo dục kết hợp nhóm giữa các sinh viên có năng lực học tập tốt và chưa tốt nhằm tăng động lực, thúc đẩy tinh thần và qua đó nâng cao nhận thức của sinh viên. Ngoài ra, đó

cũng là kết quả tích cực của quá trình cố gắng hoàn thiện và nâng cao chất lượng chương trình đào tạo của Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Phần lớn sinh viên tham gia là dân tộc Kinh, kết quả này phù hợp với tình hình phân bố các dân tộc hiện nay tại Việt Nam (85,3% dân tộc Kinh). Hầu hết sinh viên tham gia có tuổi từ 19 – 24 tuổi, đây cũng là độ tuổi tương ứng với độ tuổi chính của sinh viên đại học từ năm 1 đến năm 6.

Có 90% sinh viên tham gia nghiên cứu có nhận thức, thái độ, hành vi đúng về ngành học YHCT. Kết quả này phù hợp với kết quả tỷ lệ sinh viên có nhận thức đúng, thái độ phù hợp, hành vi đúng đều trên 92% và điểm trung bình tương đối cao của nhận thức (TB=7,55 tối đa 12 điểm), thái độ (TB=30,64 tối đa 40 điểm), hành vi (TB=5,03 tối đa 6 điểm). Trong khi đó, nghiên cứu của Chang Y (2004) cho thấy tỷ lệ kiến thức đúng về YHCT là 67,42%, điểm trung bình cho thái độ đối với YHCT là $60,40 \pm 6,13$ (tối đa 90 điểm) và cho hành vi đối với YHCT là $12,34 \pm 10,10$ (tối đa 80 điểm)⁽⁶⁾. Điều này cho thấy có sự chênh lệch về nhận thức, thái độ và hành vi giữa những nghiên cứu trước đây so với nghiên cứu của chúng tôi. Lý do có thể giải thích là vì các nghiên cứu trước đây chưa thực hiện trên nhóm đối tượng là sinh viên chuyên ngành YHCT. Đây là những sinh viên được tiếp cận, đào tạo xuyên suốt và có sự hiểu biết hơn về YHCT, qua đó

có thể có sự nhìn nhận tích cực, phù hợp và sử dụng YHCT một cách hợp lý hơn. Ngoài ra, có thể sinh viên cũng đã tìm hiểu ngành học trước khi vào trường và môi trường đào tạo của Khoa YHCT, ĐHYD TPHCM giúp sinh viên ngày càng nâng cao tầm nhận thức, thái độ, hành vi về ngành học đang theo đuổi cũng là lợi thế trong nghiên cứu này. Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ 10% sinh viên chưa có nhận thức, thái độ, hành vi đúng và điều này có thể lý giải bởi một số sinh viên chưa tìm hiểu, tiếp xúc với YHCT trước khi nhập học kết hợp môi trường học tập lạ lẫm, nhiều kiến thức mới, áp lực thi cử cùng một số rào cản về ngành YHCT mà hơn 65% sinh viên tham gia nghiên cứu phản ánh như lý thuyết và thực hành lâm sàng mơ hồ, sự công nhận của Y học hiện đại, bằng chứng khoa học về YHCT, định hướng nghề nghiệp và cơ hội việc làm, học phí, sự tin tưởng của người bệnh,... khiến cho sinh viên có cái nhìn tiêu cực hơn về ngành học của bản thân. Điều này cho thấy, nhà trường và Khoa cần hướng sự quan tâm giáo dục vào nhu cầu của sinh viên nhiều hơn. Bên cạnh việc giảng dạy, sinh viên nên được hỗ trợ, lắng nghe, giải đáp thắc mắc và khuyến khích bày tỏ những khúc mắc của bản thân.

Mặc dù không có mối liên quan giữa nhận thức và thái độ của sinh viên về ngành học YHCT ($p > 0,05$) nhưng có mối liên quan giữa nhận thức và hành vi của sinh viên về ngành học YHCT. Điều này có thể do quá trình đào tạo chuyên ngành giúp sinh viên có nhiều động lực, cái nhìn khách quan hơn về YHCT, qua đó có thái độ tích cực hơn. Ngoài ra, việc được đào tạo khoa học, giảng dạy có hệ thống bởi Khoa YHCT cũng giúp phần lớn sinh viên có sự hiểu biết đúng đắn về ngành học, từ đó giúp sinh viên sử dụng YHCT một cách hợp lý, bài bản, biết ứng

dụng vào trong sinh hoạt, đời sống hằng ngày, thông qua đó tác động mạnh mẽ đến hành vi đúng về YHCT. Bên cạnh đó, tất cả sinh viên tham gia nghiên cứu đều nhận thấy “bằng chứng về YHCT dựa trên thực nghiệm lâm sàng rất có giá trị” cũng là tiền đề cho việc đẩy mạnh lòng ghép kiến thức về y học thực chứng trong các chương trình giảng dạy, cũng như khuyến khích sinh viên tăng cường phối hợp cùng giảng viên thực hiện các đề tài nghiên cứu nhằm giúp sinh viên làm quen, đồng thời tăng cường khả năng tìm tòi, hiểu biết phương pháp khoa học về YHCT cũng như sự tin tưởng của sinh viên đối với ngành học này. So sánh với một số nghiên cứu được hiện ngoài nước cũng cho thấy một số điểm tương đồng với kết quả của chúng tôi. Nghiên cứu cắt ngang của Hon K (2004) khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi của sinh viên Dược khoa đối với ngành học YHCT tại Hong Kong cho thấy những tương quan đáng kể giữa kiến thức đúng (67,42%), thái độ tích cực ($60,40 \pm 6,13$ điểm, tối đa 90 điểm) và hành vi đối với YHCT ($12,34 \pm 10,10$ điểm, tối đa 80 điểm)⁽³⁾. Tương tự, một nghiên cứu phân tích trước sau của Zhang Q (2020) ở Trung Quốc khảo sát nhận thức, thái độ và hành vi của cử nhân y học sau khóa học YHCT cho thấy mối liên quan giữa gia tăng kiến thức YHCT, nhận thức về sự cần thiết của giáo dục YHCT ($p = 0,042$) và thái độ tích cực đối với YHCT, qua đó có những cải thiện đáng kể trong hành vi thảo luận, tư vấn về YHCT ($P < 0,001$). Nghiên cứu của Chang Y (2004) cũng cho kết quả tương tự với tương quan tích cực đáng kể giữa kiến thức và hành vi của sinh viên về Y học cổ truyền⁽⁶⁾.

Nhận thức, thái độ, hành vi về ngành học YHCT không liên quan đến giới tính của sinh viên nhưng có mối liên quan giữa nhận

thức với năm học và học lực, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p lần lượt là 0,029 và 0,01). Điều này là hợp lý, mặc dù ngành học YHCT có tỷ lệ sinh viên nữ nhiều hơn nam nhưng việc nhận thức cũng như thái độ, các hành vi liên quan của sinh viên không liên quan với giới tính nên kết quả đánh giá trên tại Khoa YHCT cũng sẽ không bị ảnh hưởng. Đồng thời, tiếp xúc với YHCT ngay từ khi nhập học tại Khoa và quá trình đào tạo xuyên suốt sẽ giúp sinh viên có thái độ tích cực, hành vi đúng đắn ngày càng tăng và độc lập với các yếu tố như học lực, năm học. Mặc khác, khối lượng kiến thức, thời lượng và số môn học dành cho chuyên ngành Y học cổ truyền tăng dần cùng khả năng tiếp cận, xử lý, nắm bắt thông tin cải thiện theo mức học lực và từng năm học giúp sinh viên có hiểu biết một cách rõ ràng, khách quan, cụ thể hơn về ngành học của bản thân. Nhờ vậy, sinh viên có nhận thức đúng hơn về YHCT. Tương tự, nghiên cứu của Khorasgani R (2014) cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và kiến thức chung của sinh viên về YHCT ($p=0,11$),

giữa thái độ đối với YHCT và số học kỳ nhưng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung của sinh viên về YHCT và số học kỳ họ được đào tạo ($p=0,00$)⁽⁷⁾.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy khuynh hướng tích cực trong môi trường đào tạo ngành học Y học cổ truyền tại Khoa Y học cổ truyền – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh với tỷ lệ sinh viên có nhận thức, thái độ, hành vi đúng về ngành học Y học cổ truyền rất cao (90%). Sự gia tăng về tỷ lệ cũng như số lượng sinh viên có nhận thức đúng qua từng năm học và bậc học lực thể hiện phần nào mức độ hiệu quả trong việc giáo dục ngành học này ở Khoa.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới các sinh viên đã tham gia nghiên cứu và các Thầy Cô Bộ môn Y học cổ truyền cơ sở đã hỗ trợ tận tình trong quá trình thực hiện nghiên cứu này.

VII. PHỤ LỤC

Bảng câu hỏi khảo sát

Câu hỏi	Nội dung trả lời
Phần A: Đặc điểm sinh viên	
Họ - tên	
Năm sinh	
Giới tính	Nam Nữ
Học lực tích lũy.	Không (Sinh viên năm 1) Yếu Trung bình Khá Giỏi
Năm đang theo học.	Năm 1 Năm 2

	Năm 3 Năm 4 Năm 5 Năm 6
Dân tộc.	Kinh Thiểu số Ngoại quốc
Phần B: Nhận thức về ngành học YHCT	
Trước đây, bạn đã từng sử dụng các phương pháp điều trị (dùng thuốc và không dùng thuốc) của YHCT trong sinh hoạt hằng ngày chưa?	Có Không
Nếu câu trả lời là CÓ, liệt kê ra:	
Bạn có tìm hiểu các thông tin về ngành YHCT trước khi chính thức trở thành sinh viên YHCT không?	Có Không
Hiện tại, mức độ hiểu biết của bạn về các kiến thức liên quan đến YHCT như thế nào so với trước khi bắt đầu học tập?	Nhiều Vừa Ít Không có
Mức độ hiệu quả điều trị bằng phương pháp YHCT theo đánh giá chủ quan của bạn?	Hiệu quả cao Hiệu quả Ít hiệu quả Không hiệu quả
Bạn cho rằng lý thuyết chuyên ngành YHCT khá phức tạp và mơ hồ?	Có Không Không biết
Các bằng chứng về YHCT dựa trên thực nghiệm lâm sàng rất có giá trị?	Có Không Không biết
Theo bạn, các kỹ năng thực hành lâm sàng trong YHCT có tính ứng dụng, thực tế?	Có Không Không biết
YHCT là động lực thúc đẩy quá trình hội nhập, giao lưu văn hóa giữa các quốc gia?	Có Không Không biết
Phần C: Thái độ đối với ngành học YHCT	
Bạn rất coi trọng việc học các nền tảng lý thuyết của YHCT?	Hoàn toàn không đồng ý Không đồng ý Chưa rõ (Đồng ý 1 phần) Đồng ý Hoàn toàn đồng ý

Đối với bạn, việc học các kỹ năng thực hành của YHCT là rất cần thiết?	Hoàn toàn không đồng ý Không đồng ý Chưa rõ (Đồng ý 1 phần) Đồng ý Hoàn toàn đồng ý
Bạn cảm thấy học tập ngành YHCT mang lại cho bạn nhiều lợi ích?	Hoàn toàn không đồng ý Không đồng ý Chưa rõ (Đồng ý 1 phần) Đồng ý Hoàn toàn đồng ý
Bạn cảm thấy yêu thích YHCT?	Hoàn toàn không đồng ý Không đồng ý Chưa rõ (Đồng ý 1 phần) Đồng ý Hoàn toàn đồng ý
Bạn hài lòng với chuyên ngành YHCT bạn đã lựa chọn?	Hoàn toàn không đồng ý Không đồng ý Chưa rõ (Đồng ý 1 phần) Đồng ý Hoàn toàn đồng ý
Bạn có những nhìn nhận tích cực hơn về tính hợp lý và hiệu quả của các phương pháp điều trị bằng YHCT sau khi theo học ngành YHCT?	Hoàn toàn không đồng ý Không đồng ý Chưa rõ (Đồng ý 1 phần) Đồng ý Hoàn toàn đồng ý
Theo bạn, YHCT là một phần không thể thiếu trong Hệ thống y tế Quốc gia?	Hoàn toàn không đồng ý Không đồng ý Chưa rõ (Đồng ý 1 phần) Đồng ý Hoàn toàn đồng ý
Ngành YHCT đáp ứng mong đợi của bạn?	Hoàn toàn không đồng ý Không đồng ý Chưa rõ (Đồng ý 1 phần) Đồng ý Hoàn toàn đồng ý
Bạn cảm thấy có những rào cản nhất định để theo đuổi ngành YHCT trong tương lai?	Hoàn toàn không đồng ý Không đồng ý Chưa rõ (Đồng ý 1 phần) Đồng ý Hoàn toàn đồng ý
Nếu đồng ý, liệt kê ra:	

Theo bạn, ngành YHCT sẽ phát triển hơn nữa trong tương lai?	Hoàn toàn không đồng ý Không đồng ý Chưa rõ (Đồng ý 1 phần) Đồng ý Hoàn toàn đồng ý
Phần D: Hành vi đối với ngành học YHCT	
Bạn đã có những cuộc bàn luận, trao đổi về YHCT với bạn bè hoặc gia đình của mình chưa?	Có Không
Bạn đã thực hành các kỹ năng lâm sàng được học về YHCT với gia đình, bạn bè, người quen... chưa?	Có Không
Bạn đã thử tìm kiếm/làm các công việc liên quan đến YHCT chưa?	Có Không
Bạn có nghĩ sẽ giới thiệu gia đình hoặc bạn bè của mình đến khám tại các cơ sở YHCT không?	Có Không
Bạn mong muốn được truyền bá kiến thức YHCT đến mọi người?	Có Không
Trong tương lai, bạn mong muốn tiếp tục học tập/làm việc/nghiên cứu chuyên sâu về YHCT?	Có Không

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Li J, Graham D.** (2020). The importance of regulating the education and training of Traditional Chinese Medicine practitioners and a potential role for ISO/TC 249. *Pharmacological research*, 161:105217.
2. **Pimentel J, Sarmiento I, Zuluaga G, Andersson N.** (2020). What motivates medical students to learn about traditional medicine? A qualitative study of cultural safety in Colombia. *International journal of medical education*, 11:120-126.
3. **Hon EK, Lee K, Tse HM, Lam LN, Tam KC, Chu KM, et al.** (2004). A survey of attitudes to Traditional Chinese Medicine in Hong Kong pharmacy students. *Complementary therapies in medicine*, 12(1):51-56.
4. **Zhang Q, He YJ, Zhu YH, Dai MC, Pan MM, Wu JQ, et al.** (2020). The evaluation of online course of Traditional Chinese Medicine for MBBS international students during the COVID-19 epidemic period. *Integrative medicine research*, 9(3):100449.
5. **World Health Organization** (2005). WHO guidelines for quality assurance of traditional medicine education in the Western Pacific Region. WHO Publications Office, 1st ed, pp.11-12. Philippines.
6. **Chang MY, Lin HS, Tsai CF.** (2004). Student nurses' knowledge, attitude, and behavior toward chinese medicine and related factors. *The journal of nursing research*, 12(2):103-118.
7. **Khorasgani SR, Moghtadaie L.** (2014). Investigating knowledge and attitude of nursing students towards Iranian traditional medicine-case study: universities of Tehran in 2012-2013. *Global journal of health science*, 6(6):168-177.

SỰ ẢNH HƯỞNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID-19 LÊN MÔ HÌNH BỆNH TẬT VÀ TỈ LỆ NHẬP VIỆN CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN Y DƯỢC CỔ TRUYỀN TỈNH ĐỒNG NAI NĂM 2019, 2020 VÀ 2021

Ngô Thanh Hùng¹, Nguyễn Thị Bay¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm về mô hình bệnh tật và phân tích sự ảnh hưởng của dịch COVID-19 lên tỉ lệ nhập viện của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Y dược cổ truyền (YDCT) Đồng Nai năm 2021 so với năm 2019 và 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu hồ sơ bệnh án tất cả bệnh nhân nhập viện trong thời gian 01/01/2021 – 31/12/2021 và cùng kỳ năm 2019, 2020 để làm dữ liệu so sánh. Dữ liệu sẽ được thống kê bằng phần mềm STATA 14.0 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

Kết quả: Số lượng bệnh nhân nhập viện năm 2020 và 2021 giảm lần lượt 28,14% và 14,29% so với năm 2019. Ghi nhận việc giảm có ý nghĩa thống kê số lượng bệnh nhân nhập viện trong thời điểm giãn cách xã hội (tháng 7, 8, 9 năm 2021) so với cùng kỳ năm 2020. Đáng chú ý là chương IX (Bệnh hệ tuần hoàn) năm 2021 thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($P=0,004$), trong khi chương VI (Bệnh hệ thần kinh) cao hơn có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$) so với năm 2020.

Kết luận: Mô hình bệnh tật tại bệnh viện YDCT Đồng Nai chủ yếu là các bệnh không lây

thuộc ba chương VI, VIII và IX. Đại dịch COVID-19 và biện pháp giãn cách xã hội đã làm giảm đáng kể số lượng người bệnh nhập viện nội trú và thay đổi cơ cấu bệnh tật.

Từ khóa: COVID-19, mô hình bệnh tật, bệnh nhân nội trú.

SUMMARY

THE IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC ON HOSPITALIZATION AND MORBIDITY PATTERNS OF INPATIENTS AT DONGNAI PROVINCE'S HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE IN 2019, 2020 AND 2021: A RETROSPECTIVE STUDY

Objectives: Describe the characteristics of morbidity patterns and investigate the impact of the COVID-19 on the hospitalization rate of inpatients at Dongnai province's hospital of traditional medicine in 2021 compared to 2019 and 2020.

Methods: We conducted a retrospective descriptive study of the medical records of all patients admitted to the hospital during a three-year period from January 1, 2019 to December 31, 2021. Data will be analyzed by using STATA 14.0 software and the statistical significance level applied was < 0.05 .

Results: The number of hospitalized patients in 2020 and 2021 decreased by 28.14% and 14.29% compared to 2019, respectively. In addition, the data showed a statistically

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thanh Hùng
SĐT: 0912508290

Email: thanhhung2606@hotmail.com

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 12/08/2022

Ngày duyệt bài: 18/08/2022

significant reduction in the number of hospitalized patients during the social distancing (July, August, September, 2021) compared to the same period in 2020. Noting that the difference in chapter IX in 2021 was statistically significant ($P=0.004$), while chapter VI was statistically significantly higher ($P<0.001$) compared with 2020.

Conclusion: The morbidity patterns are mainly non-communicable diseases belonging to three chapters: VI, VIII and IX. The COVID-19 pandemic and social distancing have significantly reduced the number of inpatient hospitalizations and changed the morbidity pattern.

Keywords: COVID-19, the morbidity pattern, inpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 đã gây những tác động đến mọi mặt của xã hội với nhiều tổn thất nặng nề về kinh tế, xã hội và y tế. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy khi đại dịch COVID-19 xảy ra, số lượng bệnh nhân nhập viện giảm rõ rệt so với khoảng thời gian cùng kỳ trước đó, đồng thời kéo dài thời gian bệnh nhân nhận được can thiệp điều trị cần thiết⁽³⁾, thay đổi mô hình bệnh tật của bệnh viện⁽⁴⁾. Theo thống kê chung của Sở Y Tế TPHCM, tổng số lượt khám, chữa bệnh ngoại trú trong quý 1/2020 giảm 15,7%, nội trú giảm 12% so với cùng kỳ năm 2019⁽⁵⁾. Tuy nhiên tại Đồng Nai thì chưa có dữ liệu về sự thay đổi số lượng bệnh nội trú và ngoại trú. Việc mô tả đặc điểm về mô hình bệnh tật và phân tích sự ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 lên tỉ lệ nhập viện của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện YDCT tỉnh Đồng Nai sẽ là cơ sở khoa học cho bệnh viện và các cơ sở y tế xây dựng chiến lược ứng phó thích hợp trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dữ liệu điện tử và hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện YDCT tỉnh Đồng Nai trong ba năm 2019, 2020 và 2021.

Tiêu chuẩn chọn

Những hồ sơ của bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú tại bệnh viện YDCT tỉnh Đồng Nai, có ngày nhập viện và xuất viện trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2019 đến 31/12/2021, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ các thông tin cần khảo sát.

Tiêu chuẩn loại

Hồ sơ hồi cứu không đủ dữ liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả. Chúng tôi tiến hành báo cáo dựa trên hướng dẫn STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) dành cho các nghiên cứu dịch tễ học quan sát⁽⁶⁾ bao gồm các tiêu chí về phương pháp nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, xác định cỡ mẫu, tiêu chuẩn chọn và loại mẫu, định nghĩa biến số, phương pháp thống kê, nguy cơ sai lệch (bias), cách trình bày kết quả và bàn luận.

Phương pháp thu thập thông tin

Lấy mẫu toàn bộ, chọn tất cả hồ sơ bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện YDCT tỉnh Đồng Nai từ ngày 01/01/2019 đến 31/12/2021. Các thông tin về mặt hành chính (tuổi, giới, nghề nghiệp, có hay không có bảo hiểm y tế, ngày nhập và xuất viện) và tình trạng bệnh (tên và mã chẩn đoán ICD-10 của bệnh chính và bệnh đi kèm theo y học hiện đại và y học cổ truyền) sẽ được thu thập theo mẫu Phiếu thu thập thông tin nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu

Các đặc điểm người bệnh như độ tuổi, giới tính, bảo hiểm y tế (BHYT), nơi sinh sống, tên chẩn đoán, tổng số ngày nằm viện sẽ được đưa vào phân tích thống kê. Biến số độ tuổi được chia thành ba nhóm là ≤ 15 tuổi, 16 – 59 tuổi, ≥ 60 tuổi; giới tính chia thành hai nhóm là nam và nữ; BHYT chia thành hai nhóm là có hoặc không có BHYT; tên chẩn đoán là biến danh định dựa theo phân loại của ICD-10; số ngày nằm viện là biến định lượng được tính bằng cách lấy ngày ra viện trừ ngày vào viện cộng cho 1.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Thông tin nghiên cứu sẽ được nhập liệu và quản lý bằng MS. Excel 2016, xử lý bằng phần mềm STATA 14.0. Biến số định tính sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm, 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). Đối với các biến định tính, sử dụng kiểm định Chi square. Nếu trong bảng 2x2 có số ô có giá trị kỳ vọng < 5 chiếm tỉ lệ $\geq 20\%$ và/hoặc số ô có giá trị nhỏ nhất < 1 , chọn phép kiểm định chính xác Fisher. Đối với các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày: trung bình, độ lệch chuẩn phép kiểm T. Đối với các biến số định lượng khác phân phối chuẩn, sử dụng phép kiểm Wilcoxon – MannWhitney. Các phân tích thống kê được thực hiện với độ tin cậy 95%. Ngưỡng chấp nhận là khi $P < 0,05$.

2.4. Ý đức

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TPHCM, số 84/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/01/2022.

2.5. Sai lệch thông tin

Một số nhân viên y tế có khuynh hướng nhập mã bệnh ICD-10 mà họ quen thuộc hơn là bệnh chính là lý do nhập viện, do đó sẽ ước lượng quá mức những bệnh thường gặp. Ngoài ra một số trường hợp không liệt kê đầy đủ mã ICD-10 những bệnh của bệnh nhân trong hồ sơ tổng kết bệnh án nên tổng số bệnh trên một bệnh nhân sẽ phản ánh thấp hơn thực tế. Chúng tôi khắc phục những dữ liệu trống (missing data) này bằng cách chọn chẩn đoán phù hợp với phương thức điều trị (bệnh phải sử dụng nhiều nguồn lực nhất) và bổ sung mã ICD-10 đối với những bệnh đi kèm.

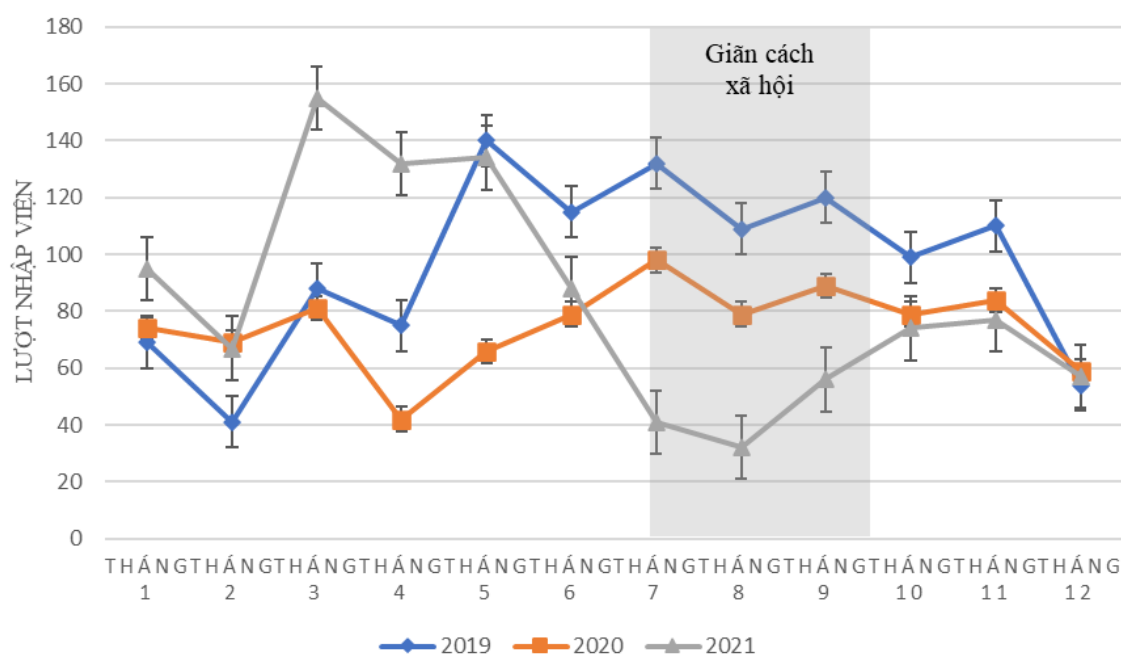
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số hồ sơ chúng tôi tiếp cận được trong ba năm là 3209 hồ sơ, trong đó chúng tôi tiến hành thu thập thông tin từ 3059 hồ sơ người bệnh nội trú trong ba năm (năm 2019 có 1152 hồ sơ, năm 2020 và 2021 lần lượt là 899 hồ sơ và 1008 hồ sơ). Những hồ sơ bị loại là những hồ sơ của cùng một người bệnh trong cùng một đợt nhập viện nhưng bị tách riêng do có những phương pháp điều trị không được hưởng BHYT hoặc những hồ sơ được chẩn đoán bệnh mà không có trong bảng phân loại ICD-10.

Lượt nhập viện

Số lượng bệnh nhân nhập viện năm 2020 và 2021 giảm lần lượt 28,14% và 14,29% so với năm 2019. Năm 2021, số bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú trong năm tháng đầu năm cao hơn so với năm 2020 và các tháng 3, tháng 4 và tháng 5 cao hơn có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Khi áp dụng giãn cách xã hội theo Chỉ Thị 16 (CT16) cho thấy sự sụt giảm mạnh lượt nhập viện và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$) khi so với cùng kỳ năm 2019 và

2020. Xu hướng người bệnh nhập viện trong ba năm được thể hiện ở Hình 1.



Hình 1. Xu hướng người bệnh nhập viện trong ba năm

Mô hình bệnh tật

Hơn 95% người bệnh nội trú được chẩn đoán bệnh thuộc ba chương VIII (Bệnh cơ, xương khớp và mô liên kết), chương VI (Bệnh hệ thần kinh) và chương IX (Bệnh hệ tuần hoàn). Ghi nhận sự khác biệt về chương Bệnh hệ tuần hoàn năm 2021 thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($P=0,004$), trong khi chương Bệnh hệ thần kinh cao hơn có ý nghĩa thống kê ($P<0,001$) so với năm 2020. Có 6 chương không có trong mẫu nghiên cứu là chương III

(Bệnh máu, cơ quan tạo máu và các rối loạn liên quan đến cơ chế miễn dịch), chương VIII (Bệnh của tai và xương chũm), chương XV (Thai nghén, sinh đẻ và hậu sản), chương XVI (Một số bệnh lý khởi phát trong thời kỳ chu sinh), chương XVII (Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể), chương XXI (Các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe và tìm kiếm dịch vụ y tế) (Bảng 1).

Bảng 1. Cơ cấu bệnh tật của người bệnh nội trú trong ba năm theo ICD-10

Chương	Tên chương	2019 (n=1152)	2020 (n=899)	P ¹	2021 (n=1008)	P ²
XIII	Bệnh hệ cơ, xương khớp và mô liên kết	610 (52,95)	537 (59,73)	0,002	594 (58,93)	0,72
VI	Bệnh hệ thần kinh	259 (22,48)	112 (12,46)	<0,001	188 (18,65)	<0,001

IX	Bệnh hệ tuần hoàn	229 (19,88)	222 (24,69)	0,3	194 (19,25)	0,004
XIX	Vết thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân từ bên ngoài	22 (1,91)	4 (0,44)	0,003	3 (0,3)	0,71
I	Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	12 (1,04)	2 (0,22)	0,025		
VII	Bệnh mắt và phần phụ	5 (0,43)	3 (0,33)	1,00	16 (1,59)	0,006
II	U tân sinh	4 (0,35)				
V	Rối loạn tâm thần và hành vi	4 (0,35)	1 (0,11)	0,39	1 (0,1)	1,00
XI	Bệnh hệ tiêu hóa	3 (0,26)	1 (0,11)	0,64		
XVIII	Các triệu chứng, dấu hiệu và những bất thường lâm sàng, cận lâm sàng chưa được phân loại ở nơi khác	2 (0,17)	5 (0,56)	0,25	4 (0,4)	0,74
XX	Các nguyên nhân từ bên ngoài của bệnh tật và tử vong	2 (0,17)	2 (0,22)	1,00	4 (0,4)	0,69
IV	Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa		6 (0,67)			
X	Bệnh hệ hô hấp		2 (0,22)		3 (0,3)	1,00
XII	Bệnh của da và tổ chức dưới da		1 (0,11)		1 (0,1)	1,00
XIV	Bệnh hệ sinh dục, tiết niệu		1 (0,11)			

¹Giá trị P của nhóm 2019 và 2020

²Giá trị P của nhóm 2020 và 2021

Ảnh hưởng của việc giãn cách xã hội lên đặc điểm bệnh tật

Bảng 2. Đặc điểm các bệnh thường gặp ở giai đoạn trước – trong – sau giãn cách xã hội năm 2021

Mã ICD-10	Trước giãn cách xã hội (n=671)	Giãn cách xã hội (n=129)	P ¹	Sau giãn cách xã hội (n=208)	P ²
M54	270 (40,24)	29 (22,48)	<0,001	52 (25,00)	0,59
G51.0	14 (2,09)	20 (15,5)	<0,001	12 (5,77)	0,003
I69.3	46 (6,86)	16 (12,4)	0,03	23 (11,06)	0,71
I69	47 (7,00)	14 (10,85)	0,13	8 (3,85)	0,01
I69.1	17 (2,53)	11 (8,53)	0,002	11 (5,29)	0,24
M54.3	110 (16,39)	11 (8,53)	0,02	35 (16,83)	0,03

¹Giá trị P của nhóm trước và trong khi giãn cách

²Giá trị P của nhóm trong và sau giãn cách

Như đã trình bày ở Bảng 2, trong thời điểm giãn cách xã hội theo CT16 có tổng cộng mười sáu mã được sử dụng để chẩn đoán bệnh. Trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là chẩn đoán Đau lưng (M54) với 22,48%, kế

đến là Liệt Bell (G51) với 15,5% và Bệnh lý mạch máu não nói chung (I69, I69.1, I69.3) chiếm 31,78%. Có sự sụt giảm có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$) về các mặt bệnh thường gặp ở thời điểm trước so với trong khi giãn

cách xã hội (Đau lưng [M54], Đau thần kinh tọa [M54.3], Di chứng nhồi máu não [I69.3] và Di chứng xuất huyết nội sọ [I69.1]), tuy nhiên ghi nhận sự gia tăng có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$) chẩn đoán Liệt Bell (G51) trong thời điểm giãn cách xã hội. Ở thời điểm sau giãn cách xã hội không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê các chẩn đoán Đau lưng, Di chứng nhồi máu não (I69.3) và Di chứng xuất huyết nội sọ (I69.1). Tuy nhiên chẩn đoán Liệt Bell ($P = 0,003$) và Di chứng bệnh mạch máu não ($P = 0,01$) giảm có ý nghĩa so với thời điểm giãn cách, song song đó chẩn đoán đau thần kinh tọa bắt đầu có sự gia tăng lại có ý nghĩa thống kê ($P = 0,03$).

IV. BÀN LUẬN

Năm 2021, số bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú trong năm tháng đầu năm cao hơn so với năm 2020 và các tháng 3, tháng 4 và tháng 5 cao hơn có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Sự khác biệt này có thể do tình hình dịch bệnh tại các tỉnh thành phía nam tại thời điểm đó cơ bản đã được kiểm soát, người dân cũng đã quen với khái niệm “bình thường mới”⁽⁷⁾, cộng thêm việc chưa thể đi khám bệnh vào năm 2020 khiến người bệnh tập trung dồn vào các tháng đầu năm 2021 khi dịch bệnh tương đối ổn định. Tuy nhiên, từ sau tháng 5 khi mà xuất hiện biến chủng Delta, số lượt nhập viện có xu hướng giảm mạnh và chạm đáy vào tháng 8 chỉ với 32 lượt điều trị nội trú. So với năm 2020 thì số bệnh nhân điều trị nội trú tháng 7, tháng 8 và tháng 9 năm 2021 thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Theo kết quả của Cục thống kê sức khỏe quốc gia Hoa Kỳ (2020), ước tính

có khoảng 41% người trưởng thành ở Mỹ cho biết họ đã trì hoãn hoặc né tránh việc tìm kiếm chăm sóc y tế trong thời kỳ đại dịch vì lo ngại COVID-19, do việc đóng cửa tạm thời một số cơ sở y tế, đồng thời ở nhà để tuân thủ các lệnh giãn cách xã hội⁽⁸⁾. Tương tự, một nghiên cứu khác tại các trung tâm y khoa Mayo Clinic Mỹ (2021) cũng cho thấy số lượng bệnh nhân xuất viện trong thời điểm đại dịch từ tháng 2/2020 – 7/2020 giảm tới 20,2% so với cùng kỳ khi chưa có dịch; lý do chủ yếu là việc sụt giảm số lượng bệnh nhân nhập viện⁽⁹⁾.

Về mô hình bệnh tật, tuy thứ tự tỉ lệ cao thấp của các chương bệnh có sự khác nhau tại các khoa/bệnh viện y học cổ truyền (YHCT) nói chung nhưng đều có điểm tương đồng là ba chương Bệnh hệ cơ xương khớp và mô liên kết, Bệnh hệ thần kinh và Bệnh hệ tuần hoàn đều đứng vị trí hàng đầu trong mô hình bệnh tật^(10,11,12), và có vẻ như mô hình bệnh tật này không có sự thay đổi qua thời gian. Bằng chứng là trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù có sự khác biệt về tỉ lệ ba chương này trong ba năm 2019, 2020 và 2021 nhưng ba chương VI, IX và XIII vẫn chiếm hơn 90% trong mô hình bệnh tật của bệnh viện qua các năm. Tóm lại chủ yếu mô hình bệnh tật của bệnh viện YDCT Đồng Nai là các bệnh không lây nhiễm.

Đối với các mặt bệnh khiến người bệnh nhập viện trong thời điểm giãn cách xã hội, có thể thấy hai lý do chính yếu khiến người bệnh phải đến khám và nhập viện là đau và yếu liệt. Tuy không phải là những bệnh cấp tính ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng người bệnh nhưng đều là những vấn đề ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của họ.

Đau mạn tính được coi là một vấn đề y tế ngày càng phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tình trạng khuyết tật trên toàn cầu, gây ra gánh nặng đáng kể về kinh tế và xã hội⁽¹³⁾. Đau mạn tính tác động tiêu cực lên chất lượng của sống của người bệnh, và việc quản lý đau cần phối hợp các phương pháp điều trị đa mô thức (vật lý trị liệu, phục hồi chức năng, tâm lý liệu pháp...). Tuy vậy với những chính sách hạn chế sự lây lan của dịch bệnh đã khiến cho người bệnh gặp khó khăn trong việc tiếp cận các phương pháp quản lý đau hiệu quả. Do đó, những bệnh nhân đau mạn tính được coi là những đối tượng dễ bị tổn thương trong bối cảnh đại dịch COVID-19⁽¹³⁾. Trong nghiên cứu của tác giả Bilen A (2022) nhằm đánh giá cường độ đau, mức độ trầm cảm và lo âu ở những bệnh nhân đau mạn tính trong đại dịch COVID-19 cho thấy rằng 60% bệnh nhân cần tăng nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau, trong khi 40% báo cáo rằng họ bị hạn chế trong khả năng tiếp cận được thuốc giảm đau. Trong số 110 bệnh nhân được khảo sát thì các nguyên nhân đau thường gặp nhất là bệnh ác tính chiếm 34%, kế đến là đau lưng chiếm 26%, còn lại là đau hỗn hợp (thụ thể và thần kinh). Khi đánh giá bằng thang điểm VAS (Visual Analog Scale) ghi nhận điểm VAS trong thời gian xảy ra đại dịch cao hơn có ý nghĩa thống kê ($P=0,001$) so với thời điểm trước khi xảy ra đại dịch⁽¹⁴⁾.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận sự gia tăng có ý nghĩa thống kê ($P<0,001$) chẩn đoán Liệt Bell trong thời điểm giãn cách xã hội, cũng là thời điểm số ca mắc đang tăng cao. Nhiều y văn trên thế giới đã ghi nhận mối liên quan giữa COVID-19 và

bệnh thần kinh như hội chứng Guillain-Barre, liệt vận nhãn, giảm/mất khứu giác và liệt Bell⁽¹⁵⁾. Trong nghiên cứu của tác giả Tamika A (2021) ghi nhận tỉ lệ liệt Bell ở những người mắc COVID-19 cao hơn trong dân số chung (82/100.000 dân so với 15-30/100.000 dân)⁽¹⁵⁾. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống khác cho thấy 37% liệt Bell là biểu hiện ban đầu của mắc COVID-19; 71,7% các trường hợp sẽ hồi phục hoàn toàn và 21,7% chỉ hồi phục một phần⁽¹⁷⁾. Tuy nhiên mối liên quan nhân quả giữa COVID-19 và liệt Bell vẫn còn chưa rõ ràng. Nghiên cứu của tác giả Mutlu A (2021) cho thấy không có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê số lượng bệnh nhân liệt Bell, và 98% bệnh nhân liệt Bell có kết quả xét nghiệm RT-PCR âm tính với virus SARS-CoV-2⁽¹⁸⁾. Do đó cần tiến hành những nghiên cứu lớn hơn với đa trung tâm, đa quốc gia để xác định mối liên quan này.

Ưu điểm của nghiên cứu là nghiên cứu đầu tiên tiến hành khảo sát trên số lượng lớn người bệnh nhập viện trong ba năm liên tiếp tại một bệnh viện YHCT để so sánh sự thay đổi đặc điểm mô hình bệnh tật trong bối cảnh đại dịch COVID-19. Tuy nhiên nghiên cứu cũng có nhiều mặt hạn chế do chỉ tiến hành tại một trung tâm nên chưa thể mang tính đại diện cho dân số. Mặt khác hiện vẫn chưa có nghiên cứu tương tự tiến hành ở các khoa/bệnh viện YHCT nên gặp nhiều hạn chế khi so sánh và lý giải. Bên cạnh đó chưa khảo sát được sự tác động của đại dịch lên hiệu quả điều trị và kết cục người bệnh nội

trú ở thời điểm trước và khi xảy ra dịch COVID-19.

V. KẾT LUẬN

Với đặc trưng của người bệnh điều trị bằng YHCT là bệnh mắc phải cao, đã hoặc đang điều trị bệnh lý nền ở các tuyến y tế khác, nhập viện nhằm phối hợp YHCT để quản lý các vấn đề ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống. Có thể thấy mô hình bệnh tật tại bệnh viện YDCT Đồng Nai chủ yếu thuộc ba chương: chương VIII (Bệnh cơ, xương khớp và mô liên kết), chương VI (Bệnh hệ thần kinh) và chương IX (Bệnh hệ tuần hoàn). Đại dịch COVID-19 và biện pháp giãn cách xã hội đã làm giảm đáng kể số lượng người bệnh nhập viện nội trú. Các bệnh là lý do nhập viện chính yếu trong thời điểm giãn cách xã hội hầu hết là đau và yếu liệt (Đau lưng, liệt Bell, Di chứng bệnh mạch máu/nhồi máu/xuất huyết não, Đau thần kinh tọa).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen, J. L., Benigno, M., Malhotra, D., Khan, F., Angulo, F. J., Hammond, J., Swerdlow, D. L., Reimbaeva, M., Emir, B., & McLaughlin, J. M.** (2022). Pandemic-related declines in hospitalization for non-COVID-19-related illness in the United States from January through July 2020. *PloS one*, 17(1), e0262347.
2. **Becker, N. V., Karmakar, M., Tipirneni, R., & Ayanian, J. Z.** (2022). Trends in Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions During the COVID-19 Pandemic. *JAMA network open*, 5(3), e222933.
3. **Ma T, Huang Y, Li W, et al.** (2021), The Number of Patients with Acute Myocardial Infarction Decreased and Door-to-Balloon Time Delayed in COVID-19. *Cardiology Research and Practice*, 2021, pp. 6673313.
4. **Nguyen J L, Benigno M, Malhotra D, et al.** (2022). Pandemic-related declines in hospitalization for non-COVID-19-related illness in the United States from January through July 2020. *PLoS One*, 17 (1), pp. e0262347.
5. **Sở Y Tế TPHCM.** “Số lượt khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú và nội trú trên địa bàn thành phố đều giảm”. [Ngày truy cập 29/07/2021]. Truy cập tại: <http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/quan-ly-chat-luong-kham-chua-benh/so-luat-kham-benh-chua-benh-ngoai-tru-va-noi-tru-tren-dia-ban-thanh-pho-deu-giam-c8-26686.aspx>.
6. **Elm E v, Altman D G, Egger M, et al.** (2007). Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, 335 (7624), pp. 806-808.
7. **Tổ chức Y Tế Thế Giới Tây Thái Bình Dương.** “COVID-19: bình thường mới”. [Ngày truy cập 25/04/2022]. Truy cập tại: <https://www.who.int/vietnam/vi/emergencies/covid-19-in-vietnam/information/new-normal>.
8. **CDC - National Center for Health Statistics.** Excess deaths associated with COVID-19. Atlanta, GA: US Department of

- Health and Human Services, CDC. [Ngày truy cập 25/04/2022]. Truy cập tại: www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm.
9. **Chinn J, Ramirez A, Hohmann S, et al.** (2021). The Impact of COVID-19 on Volume of Inpatient Hospitalization Through General Medicine and Medicine Subspecialty Services at US Medical Centers. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 5 (2), pp. 516-519.
 10. **Lê Cẩm Tiên** (2020). Đặc Điểm Bệnh Tật Và Nguồn Nhân Lực Tại Khoa Y Học Cổ Truyền Của Bệnh Viện Quân Y 175. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam.
 11. **Nguyễn Tuệ Nguyên Tâm** (2021). Khảo Sát Mô Hình Bệnh Tật Của Bệnh Nhân Là Người Cao Tuổi Điều Trị Nội Trú Tại Bệnh Viện Y Học Cổ Truyền Thành Phố Hồ Chí Minh. Luận văn Thạc Sĩ y học, Đại học Y Dược TPHCM.
 12. **Nhan Hồng Tâm** (2016). 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 sỹ y học, Đại học Y Dược TPHCM.
 13. **Li L W, Chew A M K, Gunasekeran D V** (2020). Digital health for patients with chronic pain during the COVID-19 pandemic. *British journal of anaesthesia*, 125 (5), pp. 657-660.
 14. **Bilen A, Kucukkepeci H** (2022). Pain Intensity, Depression, and Anxiety Levels Among Patients With Chronic Pain During COVID-19 Pandemic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210 (4), pp. 270-275.
 15. **Valiuddin, H. M., Kalajdzic, A., Rosati, J., Boehm, K., & Hill, D.** (2020). Update on Neurological Manifestations of SARS-CoV-2. *The western journal of emergency medicine*, 21(6), pp. 45–51.
 16. **Tamaki A, Cabrera C I, Li S, et al.** (2021). Incidence of Bell Palsy in Patients With COVID-19. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 147 (8), pp. 767-768.
 17. **Gupta, S., & Jawanda, M. K.** (2022). Surge of Bell's Palsy in the era of COVID-19: Systematic review. *European journal of neurology*, 29(8), pp. 2526–2543.
 18. **Mutlu, A., Kalcioğlu, M. T., Gunduz, A. Y., Bakici, B., Yilmaz, U., & Cag, Y.** (2021). Does the SARS-CoV-2 pandemic really increase the frequency of peripheral facial palsy?. *American journal of otolaryngology*, 42(5), 103032.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TÍNH HÀN NHIỆT VÀ THÀNH PHẦN DINH DƯỠNG CƠ BẢN CỦA MỘT SỐ THỰC PHẨM Ở VIỆT NAM

Lê Thu Thảo¹, Ngô Hoàng Mai Quyên¹, Lê Phương Linh¹,
Nguyễn Trương Minh Thế¹, Lâm Cẩm Tiên¹, Lê Bảo Lưu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tính hàn/nhiệt của thực phẩm là một trong những nguyên tắc cơ bản của Y học cổ truyền (YHCT) và đã được sử dụng làm cơ sở để lựa chọn thực phẩm trong hàng nghìn năm qua. Điều được quan tâm hiện nay là tính hàn/nhiệt có liên quan như thế nào đến thành phần dinh dưỡng của thực phẩm. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm phân tích mối quan hệ giữa tính hàn/nhiệt với các thành phần dinh dưỡng của thực phẩm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thống kê thực hiện trên 92 thực phẩm ở Việt Nam được mô tả tính hàn/nhiệt trong các tài liệu YHCT. 6 thành phần dinh dưỡng cho mỗi loại thực phẩm lấy từ Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam. Phân tích phương sai ANOVA được sử dụng để phân tích sự khác biệt của giá trị trung bình từng thành phần dinh dưỡng với các nhóm hàn, nhiệt và bình.

Kết quả: Nước và Năng lượng có mối liên quan đến tính hàn, bình và nhiệt của thực phẩm ($p < 0,05$). Thực phẩm có tính hàn có lượng nước cao hơn và giá trị năng lượng thấp hơn thực phẩm có tính bình và tính nhiệt.

Kết luận: Thành phần dinh dưỡng của thực phẩm có thể là một trong những yếu tố quyết định để phân loại tính hàn/nhiệt của thực phẩm.

Từ khóa: thực phẩm, tính hàn/nhiệt, thành phần dinh dưỡng

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN COLD-HOT PROPERTIES AND NUTRITIONAL COMPOSITION OF FOODS IN VIETNAM

Objectives: Food cold/hot properties are one of the basic principles of traditional medicine (TM) and have been used as a basis to make food choices for thousands of years. It is of great interest at present how cold/hot properties are related to food nutritional composition. Therefore, this study aims to analyze the relationship between cold/hot properties and the nutritional composition of these foods.

Methods: A statistical study was conducted on 92 foods in Vietnam described for cold/hot properties in TM literature. The 6 nutritional components for each food are taken from Vietnamese food composition table. Analysis of variance ANOVA was used to analyze the difference in the mean value of each nutrient with the cold, hot, and neutral groups.

Results: Water and Energy are related to cold, hot, and neutral of food ($p < 0,05$). Cold foods have higher Water content and lower Energy than neutral and hot foods.

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

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Lưu

SĐT: 0857323868

Email: lebaoluu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 23/07/2022

Ngày duyệt bài: 07/08/2022

Conclusion: The nutritional composition of foods may be one of the determining factors for the classification of the cold/hot properties of foods.

Keywords: food, cold/hot properties, nutritional composition

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển nhanh chóng của mức sống và nhịp độ làm việc của con người, ngày càng có nhiều sự chú ý và công nhận đối với tác dụng của ẩm thực dưỡng sinh và dinh dưỡng đối với cơ thể con người trong việc duy trì sức khỏe, phòng ngừa và điều trị bệnh tật. Trong những năm gần đây, cả liệu pháp ẩm thực dưỡng sinh và dinh dưỡng ngày càng được áp dụng nhiều hơn trong liệu pháp dinh dưỡng lâm sàng⁽¹⁾. Liệu pháp thực dưỡng theo Y học cổ truyền (YHCT) và khoa học dinh dưỡng của Y học hiện đại (YHHĐ) có hệ thống cơ sở khoa học và nguyên tắc ứng dụng lâm sàng khác nhau. Khoa học dinh dưỡng YHHĐ nhấn mạnh việc phân tích và định lượng đặc tính của thực phẩm, tập trung vào số lượng và thành phần của carbohydrate, chất béo, chất đạm, vitamin, khoáng chất và các nguyên tố vi lượng... Trong khi YHCT, triết học phương Đông cổ đại đã phát triển khái niệm định tính, tổng thể về thuyết âm dương và ngũ hành để nêu vai trò của thực phẩm đối với sức khỏe con người⁽²⁾. Tính chất hàn nhiệt của thực phẩm là một trong những yếu tố cốt lõi trong lý thuyết cơ bản của YHCT⁽³⁾. Thực phẩm được phân thành tính hàn, nhiệt, ôn và lương tùy theo tác dụng đối với cơ thể: thực phẩm tính nhiệt hay ôn có tác dụng nâng cao nhiệt

lượng bên trong cơ thể, cải thiện tuần hoàn và sinh năng lượng cho cơ thể; thực phẩm có tính hàn hoặc lương có tác dụng làm dịu máu, thanh thải độc tố và giảm nhiệt cơ thể⁽⁴⁾.

Như vậy, có thể tồn tại mối quan hệ giữa tính hàn nhiệt theo YHCT và thành phần dinh dưỡng theo YHHĐ của thực phẩm hay không và một nghiên cứu về mối quan hệ này sẽ nâng cao hiểu biết của chúng ta về ảnh hưởng của thực phẩm đối với sức khỏe con người. Do đó, mục tiêu của nghiên cứu này là khảo sát mối liên quan giữa tính hàn nhiệt với các thành phần dinh dưỡng cơ bản của thực phẩm. Thông tin thu được từ nghiên cứu nhằm đem đến một nguồn dữ liệu, cơ sở lựa chọn thực phẩm, bổ sung dinh dưỡng đúng cách theo YHCT và giải thích được cơ chế đó theo góc nhìn YHHĐ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11/2021 đến tháng 06/2022. Quy trình nghiên cứu gồm 5 bước như sau:

Bước 1: Xác định các thực phẩm ở Việt Nam từ Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam, Nhà xuất bản y học, Hà Nội⁽⁵⁾.

Bước 2: Tổng hợp tài liệu, thống kê đặc tính hàn nhiệt của các thực phẩm ở Việt Nam theo 5 tài liệu YHCT Việt Nam: Tuệ Tĩnh toàn tập⁽⁶⁾, Hải Thượng y tông tâm lĩnh⁽⁷⁾, Cây thuốc và động vật làm thuốc⁽⁸⁾, Cây thuốc và vị thuốc Việt Nam⁽⁹⁾ và Công dụng của 101 loại thực phẩm thông thường trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng⁽¹⁰⁾.

Bước 3: Lựa chọn các thực phẩm có 3 đặc tính hàn, nhiệt, bình rõ ràng và thống nhất giữa các tài liệu YHCT phân thành 3 nhóm thực phẩm. Nhóm hàn gồm các thực phẩm có tính hàn, tính lương và tính hơi hàn. Nhóm nhiệt gồm các thực phẩm tính nhiệt, tính ôn và tính hơi ôn. Nhóm trung tính chỉ bao gồm các loại thực phẩm có tính bình.

Bước 4: Thống kê dữ liệu 6 thành phần dinh dưỡng cơ bản gồm nước, năng lượng, protein, lipid, glucid và cellulosa của các thực phẩm đã lựa chọn từ Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam⁽⁵⁾.

Bước 5: Phân tích phương sai ANOVA 1 chiều được sử dụng để phân tích sự khác biệt của giá trị trung bình từng thành phần dinh dưỡng ở các nhóm hàn, nhiệt và trung tính.

Tất cả các phép kiểm thống kê có ý nghĩa với ngưỡng $p < 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu được thực hiện trên y văn, không can thiệp lâm sàng nên không vi phạm y đức. Nghiên cứu không can thiệp trên người nên không trình qua hội đồng y đức. Các đặc tính được mã hoá không làm sai lệch thông tin. Xử lý và phân tích số liệu cẩn thận, trung thực.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 156 thực phẩm được mô tả trong các tài liệu YHCT, trong đó có 92 thực phẩm được mô tả thống nhất về tính hàn nhiệt được đưa vào nghiên cứu gồm 31 thực phẩm có tính hàn, 31 thực phẩm có tính bình và 30 thực phẩm có tính nhiệt.

Bảng 1. Danh sách 92 thực phẩm thống nhất về tính hàn nhiệt trong tài liệu YHCT được đưa vào nghiên cứu

Tính hàn nhiệt	Tên thực phẩm
Hàn	Bầu, bí đao, cải cúc, cải soong, cam, củ sắn dây, cua đồng, dầu mè, đậu xanh, dưa bở, dưa chuột, dưa hấu, hến, măng tre, muối, mướp đắng, nghệ, ốc bươu, ốc đá, rau đay, rau diếp, rau diếp cá, rau giền, rau mồng tơi, rau muống, rau ngổ, rau ngót, rau rút, rau sam, thịt trâu, thịt vịt.
Bình	Cá bóng, cá chép, cá quả, cà rốt, cá trạch, cá trắm cỏ, cá trôi, cần ta, củ ấu, củ sùng, củ ừ, đậu tương (đậu nành), gạo tẻ, hành củ, khế, khoai lang, khoai môn, khoai sọ, khoai tây, mật ong, mơ, mộc nhĩ, mực, nho, táo ta, táo tây, thịt bò, thịt lợn, thịt thỏ, trứng cút, trứng gà.
Nhiệt	Cá chày, cá diếc, cá mè, cải xanh, đào, đậu trắng hạt (đậu ván), gấc, gạo nếp, gừng, hẹ lá, lá lốt, lươn, lựu, ngải cứu, quất chín, quýt, rau kinh giới, rau mùi, rau răm, riềng, rượu, thìa là, thịt bò, thịt chó, thịt dê, thịt hươu, tía tô, tiêu, tỏi ta, tôm biển

Bảng 2. Phân bố thành phần dinh dưỡng cơ bản của ba nhóm thực phẩm hàn, nhiệt và bình

Thành phần dinh dưỡng	Hàn (n=31)			Bình (n=31)			Nhiệt (n=30)			P
	TB	TV	KTPV	TB	TV	KTPV	TB	TV	KTPV	
Nước (g/100 g)	85,34	91,50	17,00	68,45	74,40	19,20	75,32	79,40	17,13	0,015
Năng lượng (kcal/100g)	51,93	22,0	48,00	138,59	109,00	110,00	98,72	76,00	101,50	0,003
Protein (g/100g)	4,93	1,70	4,20	9,59	3,60	15,50	8,42	4,05	16,13	0,051
Lipid (g/100g)	1,15	0,20	0,40	4,28	0,50	3,40	3,12	0,65	3,65	0,100
Glucid (g/100g)	5,45	2,40	2,20	15,41	3,10	24,60	9,07	2,45	6,80	0,103
Celluloza (g/100g)	2,81	1,00	2,00	0,95	0,70	1,30	1,76	1,65	3,60	0,107

6 thành phần dinh dưỡng cơ bản của ba nhóm thực phẩm hàn, nhiệt và bình do không có phân phối chuẩn nên được trình bày dưới dạng trung bình (TB), trung vị (TV) và khoảng tứ phân vị (TKPV) (bảng 2). Các hàm lượng dinh dưỡng được xác định từ Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam; hàm lượng Glucid được tính toán theo công thức: $\text{Glucid} = 100 - (\text{nước} + \text{protein} + \text{lipid} + \text{Celluloza} + \text{tro})$. Phép kiểm ANOVA được sử dụng để so sánh hàm lượng chất dinh dưỡng giữa ba nhóm thực phẩm, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được tìm thấy đối với thành phần nước và năng lượng giữa các nhóm thực phẩm ($p < 0,05$). Nhóm thực phẩm tính hàn có lượng nước cao hơn nhóm thực phẩm tính bình và tính nhiệt ($p < 0,05$). Nhóm thực phẩm tính hàn có giá trị năng lượng thấp hơn nhóm thực phẩm tính bình và tính nhiệt ($p < 0,01$). Lượng protein, lipid, glucid và celluloza ở các nhóm thực phẩm hàn, bình và nhiệt khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thống kê trên 5 tài liệu YHCT, kết quả có tổng cộng 156 thực phẩm được mô tả trong các tài liệu

YHCT và 92 thực phẩm có tính hàn nhiệt thống nhất giữa các tài liệu được đưa vào nghiên cứu. Kết quả này cho thấy số lượng tài liệu YHCT về đặc tính hàn nhiệt của thực phẩm ở Việt Nam còn hạn chế và số lượng các thực phẩm ở Việt Nam mô tả trong các tài liệu chưa đầy đủ và còn có sự không thống nhất giữa các tài liệu.

Về kết quả mối liên quan giữa tính hàn nhiệt với 6 thành phần dinh dưỡng cơ bản của thực phẩm, cho thấy 2 thành phần là nước và năng lượng có liên quan với tính hàn nhiệt của thực phẩm. Thành phần nước được tìm thấy đóng góp vào tính hàn của thực phẩm, thực phẩm tính hàn chứa lượng nước cao nhất (giá trị trung bình $85,34 \pm 16,85$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Xie A năm 2020 và nghiên cứu của Liu C năm 2012^(11,12). Nước là chất pha loãng quan trọng nhất của thực phẩm. Nước trong thực phẩm có một số ảnh hưởng đến các đặc tính vật lý, tính chất của thực phẩm trong quá trình chế biến, sự phát triển của vi sinh vật, sự ổn định, sự ngon miệng⁽¹³⁾. Nghiên cứu của Donovan JW cho kết quả khi hàm lượng nước tăng thì nhiệt độ thực phẩm giảm, đồng thời sự thu nhiệt cũng giảm và ngược lại, sự

thu nhiệt giảm theo hàm lượng nước trong thực phẩm⁽¹⁴⁾.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy năng lượng có ảnh hưởng tới tính hàn nhiệt của thực phẩm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Xie A năm 2020 và nghiên cứu của Liu C năm 2012^(11,12). Người ta đã công nhận rằng việc hấp thụ các chất năng lượng có thể thúc đẩy quá trình sinh nhiệt của cơ thể và có khả năng làm tăng nhiệt độ cơ thể⁽¹⁵⁾. Nghiên cứu của Zhou N năm 2019 cho kết quả thực phẩm tính nhiệt thúc đẩy quá trình lưu trữ và tăng tốc sản xuất ATP trong các mô cơ, phân giải lipid trong tế bào mỡ và oxy hoá axit béo trong mỡ và cơ xương, thúc đẩy quá trình đường phân ở gan và quá trình chuyển hoá tryptophan⁽¹⁶⁾. Nghiên cứu Zhao YL năm 2011 cũng kết luận rằng thực phẩm tính nhiệt có thể cải thiện khả năng chịu lạnh của con người và động vật⁽¹⁷⁾. Từ đó suy ra rằng sự thay đổi nhiệt độ cơ thể do tác động của thức ăn lên cơ thể có thể phản ánh khách quan bản chất và độ mạnh của tác dụng hàn/nhiệt của thực phẩm. Tất nhiên, nhiệt độ cơ thể không phải là chỉ số duy nhất cho thấy thức ăn hàn hoặc nhiệt tác động lên cơ thể và gây ra những thay đổi khác nhau. Việc đánh giá bản chất và độ mạnh của thức ăn hàn và nhiệt chỉ dựa trên tác động lên nhiệt độ cơ thể là không toàn diện và cần có những nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này.

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy có thể giải thích các đặc tính hàn nhiệt của thực phẩm từ quan điểm dinh dưỡng và các thành phần hóa học. Đặc tính hàn nhiệt của thực phẩm được hình thành từ các thành phần cấu tạo nên thực phẩm. Tuy nhiên, trong nghiên

cứ này do dữ liệu về tính hàn nhiệt của các thực phẩm ở Việt Nam trong các tài liệu y văn YHCT còn hạn chế, số lượng lớn thực phẩm ở Việt Nam không được đưa vào nghiên cứu và chỉ mới phân tích 6 thành phần dinh dưỡng cơ bản mà chưa phân tích hết toàn bộ thành phần dinh dưỡng. Do đó nghiên cứu này là nghiên cứu tiền đề cho những nghiên cứu tiếp theo về cơ sở lựa chọn thực phẩm, bổ sung dinh dưỡng đúng cách theo YHCT và giải thích được cơ chế đó theo góc nhìn YHHD.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thống kê trên 5 tài liệu YHCT gồm 92 thực phẩm có tính hàn nhiệt thống nhất giữa các tài liệu được đưa vào nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 6 thành phần dinh dưỡng cơ bản của thực phẩm có 2 thành phần là nước và năng lượng có mối liên quan đến tính hàn nhiệt của thực phẩm ($p < 0,05$).

Lượng nước và giá trị năng lượng ở các nhóm thực phẩm lạnh, trung bình và nóng khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Lượng Protein, Lipid, Glucid và Celluloza ở các nhóm thực phẩm lạnh, trung bình và nóng khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nghiên cứu cho thấy có thể giải thích các đặc tính hàn nhiệt của thực phẩm từ quan điểm dinh dưỡng và các thành phần hóa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li Q, Wu X, Liang C (2018). Food therapy and medical diet therapy of Traditional Chinese Medicine. Clinical Nutrition Experimental, 18:1-5.

2. **Kastner** (2004). Chinese nutrition therapy: dietetics in traditional Chinese medicine (TCM). Georg Thieme Verlag.
3. **Dai CM, Xiao XH, Cheng P, Yuqi Sun YQ** (2010). An overview of the four studies on traditional Chinese Medicine. Chinese Traditional Patent Medicine, 32(3):480-482.
4. **Shen LS** (1981). Discussion on four properties of traditional Chinese medicine (two) - part of the drug are cold (or cool) two-way problem. Chinese Traditional Patent Medicine, 5:40-42.
5. **Bộ Y Tế - Viện Dinh Dưỡng** (2007). Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.1-526.
6. **Tuệ Tĩnh** (2007). Tuệ Tĩnh toàn tập. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
7. **Hải Thượng Lãn Ông** (1991). Hải Thượng y tông tâm lĩnh. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung và Bùi Xuân Chương** (2006). Cây thuốc và động vật làm thuốc. Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội.
9. **Đỗ Tất Lợi** (2000). Cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. Nhà Xuất Bản Y Học và Nhà Xuất Bản Hiện Đại, Hà Nội.
10. **Nguyễn Đức Đoàn** (2019). Liệt kê tính chất hàn-nhiệt-ôn-lương, công dụng của 101 loại thực phẩm thông thường trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Nhà xuất bản Hồng Đức, Hà Nội.
11. **Xie A, Huang H & Kong F** (2020). Relationship between food composition and its cold/hot properties: A statistical study. Agri and Food Research, 2:100043.
12. **Liu C, Sun Y, Li Y** (2012). The relationship between cold-hot nature and nutrient contents of foods. Nutrition & Dietetics, 69(1):64-68.
13. **Roos YH** (1995). Water and phase transitions. Phase transitions in foods. Academic Press, 73-107.
14. **Donovan JW** (1979). Phase transitions of the starch-water system. Biopolymers: Original Research on Biomolecules, 18(2):263-275.
15. **赵兴业** (2007). 中药寒热药性生理生化评价指标的初步研究. 北京. 北京中医药大学, 253-254.
16. **Zhou N, Yang Y, Li K** (2019). Integrating strategies of chemistry, biochemistry and metabolomics for characterization of the medication principle of “treating cold/heat syndrome with hot/cold herbs”. Ethnopharmacol, 239:111899.
17. **Zhao YL, Wang JB, Xiao XH** (2011). Study on the cold and hot properties of medicinal herbs by thermotropism in mice behavior. Ethnopharmacol, 133(3):980-985.

NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ VÀ PHÂN TÍCH CÓ HỆ THỐNG CÁC LOẠI THẢO DƯỢC HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRÍ NHỚ DỰA TRÊN TÀI LIỆU Y HỌC CỔ TRUYỀN

Nguyễn Thị Hương Dương¹, Tăng Khánh Huy¹,
Trần Thị Ngô Quyên¹, Nguyễn Thái Hiền Trang¹,
Huỳnh Thị Thu Trúc¹, Lê Bảo Lưu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các bài thuốc điều trị bệnh lý rối loạn trí nhớ của y học cổ truyền dựa trên tài liệu y học cổ truyền được xuất bản tại Việt Nam trước và sau năm 1980, thống kê phân bộ thực vật, đặc điểm dược học cổ truyền và tác dụng dược lý y học hiện đại của các thảo dược trong tất cả bài thuốc điều trị bệnh lý rối loạn trí nhớ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tổng quan dựa trên 394 thư tịch thư viện Hán Nôm và các tài liệu y học cổ truyền được xuất bản tại Việt Nam trước – sau 1980. Phương pháp thống kê mô tả, tính tần số số lần xuất hiện của các biến định tính bằng phần mềm phân tích thống kê Microsoft Excel.

Kết quả: Ghi nhận trong 73 bài thuốc y học cổ truyền có tác dụng hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ có 12 bài thuốc trùng lặp trước – sau 1980; 24 bài thuốc trong tài liệu giai đoạn trước 1980 nhưng hiện không còn khuyến cáo; 116 thảo dược; 56 phân bộ thực vật, Bộ Mao lương (Ranunculales) chiếm ưu thế. Đa số thảo dược tính Hàn, vị Cam, quy kinh Can. Hầu hết có tác

dụng dược lý y học hiện đại: kháng acetylcholinesterase/giảm acetylcholinesterase, an thần, chống oxy hóa.

Kết luận: Đề tài đã đánh giá, phân tích có hệ thống các thảo dược hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ, bước đầu cung cấp cơ sở lý luận khai thác tiềm năng ứng dụng của các bài thuốc, vị thuốc cho các khuyến cáo điều trị rối loạn trí nhớ trên lâm sàng hiện nay.

Từ khóa: rối loạn trí nhớ, thảo dược

SUMMARY

EVALUATION AND SYSTEM ANALYSIS OF HERBALS SUPPORTING THE TREATMENT OF MEMORY DISEASE BASED ON TRADITIONAL MEDICINE DOCUMENTS IN VIETNAM

Objectives: Identification of traditional medicine for treating memory disorders of traditional medicine based on Vietnamese traditional medicine documents before and after 1980, statistics of plant subdivisions, traditional pharmacological characteristics and pharmacological effects of modern medicine of herbal medicine in all medicines to treat memory disorders.

Methods: A Scoping review based on 394 documents of the Han Nom library and Vietnamese traditional medicine documents before and after 1980s, meeting the criteria. All data will be entered in Microsoft Excel, selected,

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Lưu

SĐT: 0857323868

Email: lebaoluu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 23/07/2022

Ngày duyệt bài: 07/08/2022

extracted, tabulated and evaluated the pharmacological effects of modern medicine of herbal medicine.

Results: A total of 73 prescriptions were obtained, of which 12 prescriptions were duplicated in the period before and after 1980; 24 prescriptions were found in the pre-1980s period but now they are no longer recommended. Totally 116 herbs and 56 plant orders were obtained, in which the order Ranunculales had the highest frequency; The herbs mostly featured cold properties in four natures, sweetness in five flavors and enter liver meridians. Most have been proven to have one of the pharmacological effects of modern medicine: anti-acetylcholinesterase/reduce acetylcholinesterase, sedative, anti-oxidation.

Conclusion: The research partly shows that herbal remedies and herbs have therapeutic effects, helping traditional medicine to have a common voice with modern medicine in supporting the treatment of memory disorders for patients.

Keywords: memory disorders, herbal medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn trí nhớ là một trong những dạng suy giảm nhận thức thường gặp nhất ở các nhóm bệnh thần kinh. Mức độ suy giảm trí nhớ càng nặng càng gây ra tàn tật và khuyết tật, có ảnh hưởng sâu sắc đến khả năng sống độc lập người bệnh⁽¹⁾. Việt Nam là một trong 10 quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới, kéo theo những chuyển dịch về gánh nặng bệnh tật⁽²⁾. Sa sút trí tuệ (SSTT) là bệnh lý thường gặp nhất trong rối loạn trí nhớ, đồng thời là một trong những bệnh điển hình nhất mà người cao tuổi ở Việt Nam thường mắc phải. Theo số liệu điều tra dân số và nhà ở năm 2019, ước đoán Việt Nam

có khoảng 300000 – 500000 người bệnh SSTT⁽³⁾. Như vậy rối loạn trí nhớ là tình trạng phổ biến trong cộng đồng, gây ra tình trạng khuyết tật và tàn tật nặng, ảnh hưởng lớn đến khả năng sống độc lập của người bệnh, ảnh hưởng đến cá nhân, gia đình và toàn xã hội ở Việt Nam và cả trên thế giới. Các liệu pháp y học cổ truyền (YHCT) trong điều trị rối loạn trí nhớ ngày càng được áp dụng rộng rãi. Đã có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới về điều trị hội chứng rối loạn trí nhớ bằng các phương pháp YHCT, đặc biệt là các phương pháp dùng thuốc⁽⁴⁾. Tuy nhiên, các hướng dẫn thực hành lâm sàng tại các quốc gia có nhiều khác biệt trong việc sử dụng thuốc thảo dược, đặc biệt là các phương pháp đa mô thức kết hợp YHCT và y học hiện đại (YHHĐ) trong quản lý các bệnh liên quan đến rối loạn trí nhớ với mức độ bằng chứng khác nhau. Năm 1980, Hiến pháp của nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam đã xác định kết hợp YHHĐ và YHCT là nội dung cơ bản để xây dựng nền YHHĐ Việt Nam. Từ đây nền YHCT được đưa vào hệ thống y tế Việt Nam, các phương pháp YHCT chính thức được đưa vào phác đồ điều trị tại các bệnh viện và các cơ sở y tế cơ sở. Trong những năm gần đây, các nghiên cứu tổng quan về các loại thảo dược hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ càng ngày càng phát triển, góp phần hỗ trợ tạo ra nguồn dữ liệu khoa học cho các khuyến cáo lâm sàng. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào về cơ sở dữ liệu thảo dược để hỗ trợ điều trị bệnh lý này. Vì vậy nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá và phân tích có hệ thống các loại thảo dược hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ dựa trên tài liệu YHCT Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tổng quan được tiến hành từ tháng 11/2021 đến tháng 06/2022. Quy trình nghiên cứu gồm 5 bước như sau:

Bước 1: Xác định nguồn tìm kiếm tài liệu giai đoạn trước và sau năm 1980.

Tài liệu bao gồm 394 thư tịch của thư viện Hán Nôm và các tài liệu YHCT Việt Nam thỏa tiêu chí chọn vào và loại ra như sau:

- Tiêu chuẩn chọn là sách chuyên khảo YHCT của các tác giả là Lương Y hoặc Phó Giáo sư, Tiến sĩ, Thạc sĩ, Bác sĩ, Dược sĩ có hơn 20 năm kinh nghiệm điều trị YHCT; sách giáo khoa, giáo trình giảng dạy hoặc tham khảo của các bộ môn YHCT của các trường Đại học Y khoa cho các bậc đại học và sau đại học trong nước; khuyến cáo điều trị của Bộ Y tế.

- Tiêu chuẩn loại trừ là tài liệu dân gian chưa được kiểm chứng.

Bước 2: Xác định và lựa chọn các thuật ngữ tìm kiếm. Thuật ngữ “Sa sút trí tuệ”, “Si ngốc”, “Mất trí nhớ”, “Trí nhớ giảm”, “Kém trí nhớ”, “Hay quên”, “Kiện vong”, “Thiện vong”, “Hảo vong”, “Hi vong”, “Đa vong”, “Dịch vong”, “Bất vong”, “Chóng quên”, “Cải thiện trí nhớ”, “Nhớ lâu”, “Trí nhớ lâu quên”, “Tăng thêm trí nhớ”, “Tăng cường trí nhớ” được sử dụng để tìm kiếm tài liệu. Kết quả tìm kiếm bị loại trừ nếu có một trong các tình trạng sau:

- (1) Khởi phát đột ngột hoặc gần đây (có kèm sốt, dịch bệnh hoặc rối loạn theo mùa)
- (2) Dành riêng cho trẻ em, hoặc phụ nữ
- (3) Bệnh lý tâm thần kinh khác

Bước 3: Tìm kiếm, sàng lọc, phân loại và trích xuất dữ liệu. Tất cả các đoạn văn bản về bài thuốc, công dụng, thành phần, đường dùng,... được xác định bởi thuật ngữ này sẽ được sao chép vào bảng tính Microsoft Excel. Các bài thuốc cùng tên hoặc giống thành phần chính thì được nhóm lại với nhau. Trong khi các bài thuốc khác tên hoặc thành phần chính khác nhau được tách ra. Những 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.

Bước 4: Đối chiếu kết quả tìm kiếm về sự tương đồng của các bài thuốc chỉ định điều trị rối loạn trí nhớ từ hai nhóm tài liệu trước và sau 1980

Bước 5: Tra cứu tìm kiếm trong các tài liệu, nghiên cứu khoa học, trích xuất, lập bảng thống kê bằng Microsoft Excel. Loại trừ các vị thuốc không phải là thực vật ra khỏi bảng, tiếp theo là chọn các vị thuốc có tác dụng hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ theo Dược điển IV. Sao chép vào bảng tính Microsoft Excel các dữ liệu về phân bộ thực vật, đặc tính dược học cổ truyền (tên khoa học; tên vị thuốc; tính, vị, quy kinh; bộ phận dùng; đường dùng; dạng bào chế) và đánh giá tác dụng dược lý YHHĐ của các vị thuốc sau sàng lọc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả cho thấy có 73 bài thuốc YHCT có tác dụng trong hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ, trong đó có 12 bài thuốc có tần số xuất hiện thường xuyên, trùng lặp nhiều lần trong các tài liệu trước và sau năm 1980 theo thứ tự lần lượt là:

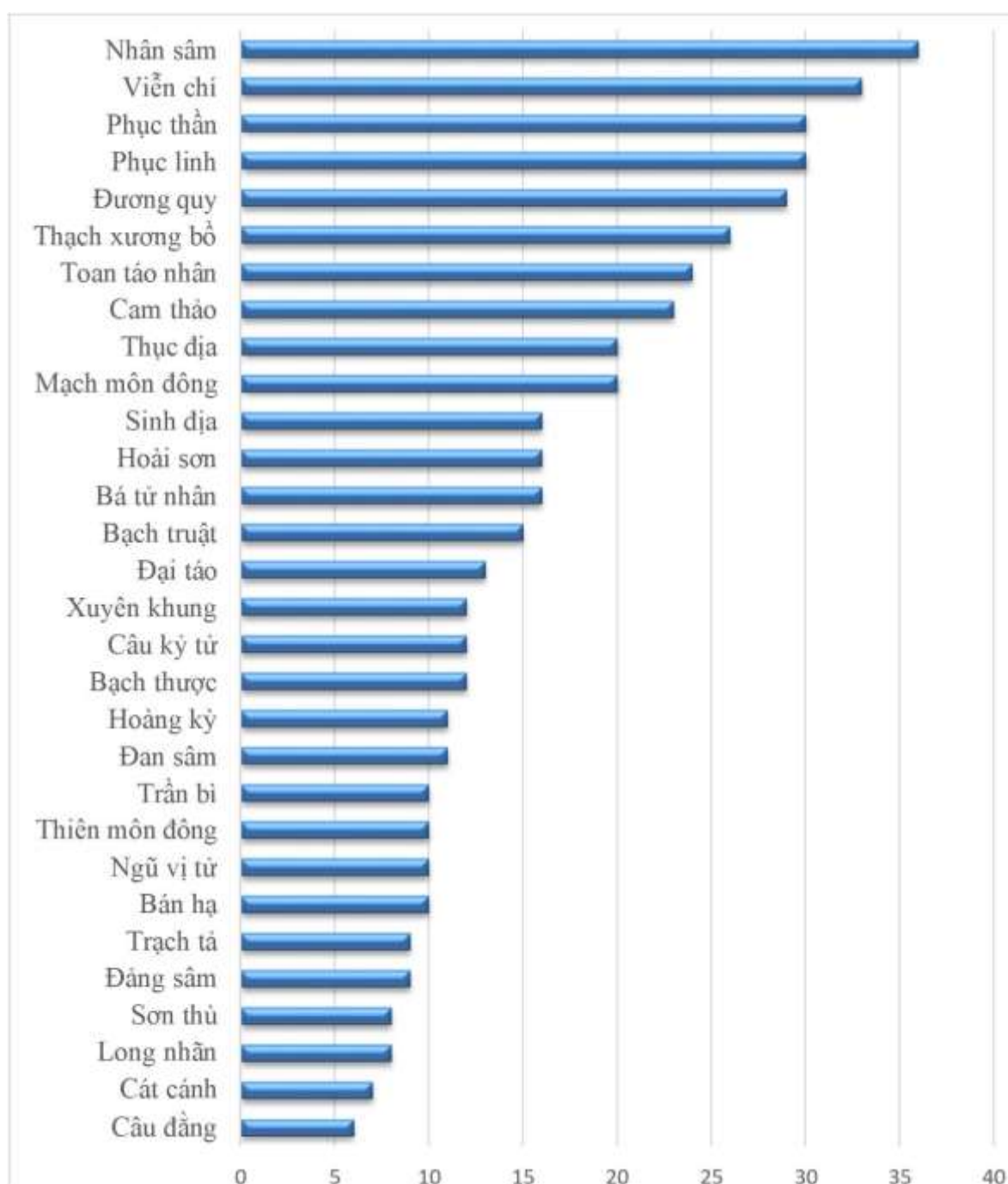
Bảng 1. 12 Bài thuốc trùng lặp qua các giai đoạn trước – sau 1980 trong điều trị rối loạn trí nhớ

STT	Tên bài thuốc	Tần số xuất hiện
1	Quy tỳ thang	13
2	Thiên vương bổ tâm đan	12
3	Bá tử dưỡng tâm hoàn	10
4	Bổ tâm đan	4
5	Nhân sâm dưỡng vinh thang	3
6	Tang phiêu tiêu tán	3
7	BT01	2
8	Dự tri tử hoàn	2
9	Gia giảm thần tiên kỷ tế đơn	2
10	Ngưu hoàng thiết phần hoàn	2
11	Thần minh bổ tâm đan	2
12	Trân châu mẫu hoàn	2

Có 24 bài thuốc có trong tài liệu giai đoạn trước 1980 nhưng không xuất hiện trong các tài liệu giai đoạn sau 1980 bao gồm: An thần định chí hoàn, Bát vật định chí hoàn, Chu tước hoàn, Đan sa phục thần hoàn, Định chí hoàn, Gia vị định chí hoàn, Dưỡng mệnh khai tâm ích trí phương, Dưỡng thần hoàn, Hồ phách đa mị hoàn, Hồ phách định chí hoàn, Hồ phách dưỡng tâm đan, Long xỉ trấn tâm đan, Nhị đan hoàn, Ninh chí hoàn, Phục thần hoàn, Tâm thận lưỡng giao thang, Tăng giảm định chí hoàn, Trấn tâm thang, Xương bồ ích trí hoàn, Vương thị kiện não an miên thang, Trương thị ninh Tâm an miên thang, Sài thị kiện não thực liệu phương, Mã thị linh ở nhĩ nhân cao, Dương thị kiện vong

phương. 100% các bài thuốc đều dùng đường uống, dạng thuốc thang chiếm đa số với 63,01%.

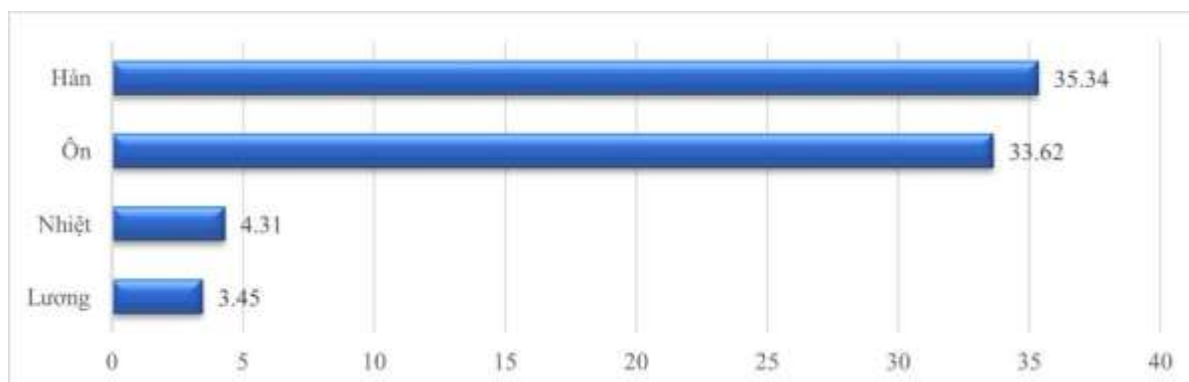
Từ 73 bài thuốc có tác dụng điều trị rối loạn trí nhớ, loại bỏ 33 vị thuốc không phải là thảo dược, thu được 117 thảo dược được đề cập đến; 60 thảo dược có tác dụng hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ, đa phần các thảo dược này được sử dụng bộ phận rễ (22,16%) và thuộc nhóm thuốc bổ, thuốc thanh nhiệt, thuốc lý huyết theo lý luận YHCT. 10 thảo dược xuất hiện với tỉ lệ cao nhất trong các bài thuốc là Phục linh, Nhân sâm, Viễn chí, Đương quy, Thạch xương bồ, Toan táo nhân, Cam thảo, Thục địa, Mạch môn đông, Sinh địa.



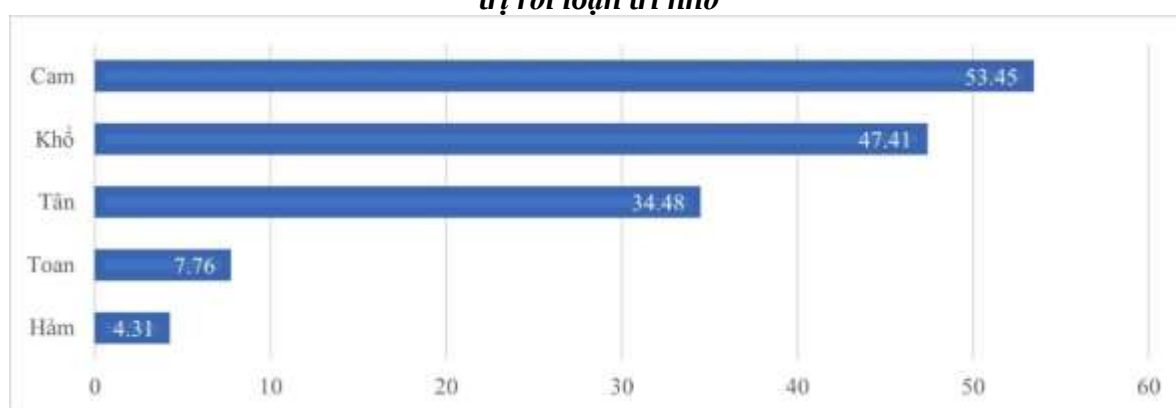
Hình 1. Biểu đồ tần số xuất hiện 30 loại thảo dược thường gặp trong các bài thuốc có tác dụng hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ

Ghi nhận được 56 bộ thực vật, trong đó chiếm nhiều nhất là Bộ Mao lương (Ranunculales).

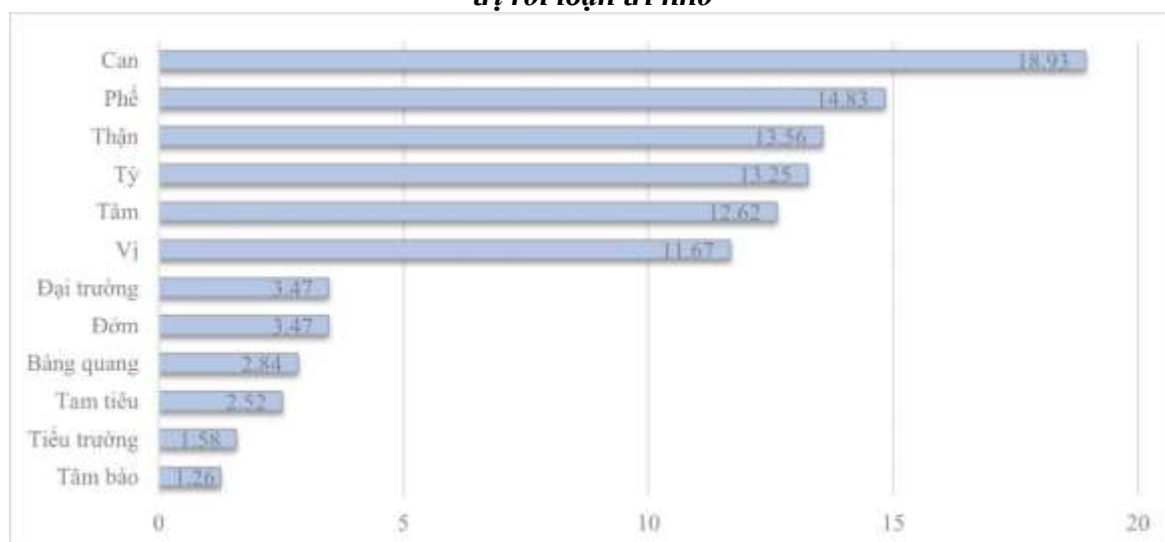
Các thảo dược có tính Hàn (35,34%), vị Cam (53,45%), quy kinh Can (18,93%) chiếm ưu thế.



Hình 2. Biểu đồ tỉ lệ tần suất xuất hiện tứ khí trong các thảo dược có tác dụng hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ



Hình 3. Biểu đồ tỉ lệ tần suất xuất hiện ngũ vị trong các thảo dược có tác dụng hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ



Hình 4. Biểu đồ tỉ lệ tần suất quy kinh của các thảo dược có tác dụng hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ

Các thảo dược hầu hết đều được chứng minh có một trong các tác dụng: kháng acetylcholinesterase, giảm acetylcholinesterase (AChE), an thần, chống oxy hóa theo dược lý YHHĐ. Trong đó, Phục thần (*Poria cocos* (sclerotium with pine root inclusions)); Phục linh (*Poria cocos* (sclerotium)); Viễn chí (*Radix Polygalae*); Đan sâm (*Radix et Rhizoma Salviae miltiorrhizae*) có cả 3 tác dụng kháng AChE, an thần, chống oxy hóa. Đại táo (*Fructus Ziziphi jujubae*) có tác dụng giảm AChE, an thần, chống oxy hóa. Nhân sâm (*Rhizoma et Radix Ginseng*); Đương quy (*Radix Angelica sinensis*); Thục địa (*Radix Rehmanniae glutinosae praeparata*); Sinh địa (*Radix Rehmanniae glutinosae*); Bạch truật (*Rhizoma Atractylodis macrocephalae*); Câu kỷ tử (*Fructus Lycii*); Hoàng kỳ (*Radix Astragali membranacei*); Ngũ vị tử (*Fructus Schisandrae chinensis*); Thiên môn đông (*Radix Asparagi cochinchinensis*); Trần bì (*Pericarpium Citri reticulatae perettne*); Sơn thù (*Fructus Comi officinalis*) có tác dụng kháng acetylcholinesterase và chống oxy hóa.

IV. BÀN LUẬN

Trong 73 bài thuốc YHCT có tác dụng trong hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ thu được qua nghiên cứu, có 3 bài thuốc tương đồng với nghiên cứu của Lin SK (2014) dựa trên kết quả điều tra cộng đồng tại Đài Loan về đặc điểm thể lâm sàng và bài thuốc của những người sử dụng YHCT Trung Quốc trong số bệnh nhân SSTT là Bán hạ bạch truật thiên ma thang, Thiên vương bổ tâm đơn, Kỳ cúc địa hoàng thang⁽⁵⁾. Điều này phù hợp với lý thuyết YHCT trong điều trị rối loạn trí nhớ, pháp trị các bài thuốc đa phần liên quan đến Tâm, Tỳ, Thận, đàm trọc,

khí uất. Có 12 bài thuốc được sử dụng xuyên suốt từ trước và sau năm 1980, đều phù hợp với sinh bệnh học YHCT về rối loạn trí nhớ (chức năng Tâm chủ huyết mạch, Thận tàng tinh, Tỳ chủ vận hóa thủy cốc, thủy thấp, Can chủ sơ tiết). Tuy nhiên vẫn có sự khác biệt về liều lượng và chỉ định ở giai đoạn trước và sau năm 1980. Giai đoạn trước 1980, các bài thuốc như Thiên vương bổ tâm đơn, Quy tỳ thang, Bá tử dưỡng tâm hoàn, Nhân sâm dưỡng vinh thang, Trần châu mẫu hoàn được dùng liều cao hơn; Các bài thuốc như Tang phiêu tiêu tán có thêm chỉ định Thận bất túc, suy nhược thần kinh, Trần châu mẫu hoàn có thêm chỉ định Âm huyết hư, phong dương động ở trong. Có 24 bài thuốc được chỉ định điều trị rối loạn trí nhớ chỉ xuất hiện giai đoạn trước năm 1980. Những bài thuốc này đa phần dùng khoáng vật liệu cao hoặc có các vị thuốc gây độc như Phục thần hoàn, Đan sa phục thần hoàn dùng thủy ngân (có tính độc); Tê giác, Xạ hương, Lộc nhung, Linh dương giác (vị thuốc từ động thực vật cấm săn bắt được liệt kê trong sách đỏ Việt Nam)⁽⁶⁾. Tuy nhiên, có một số bài thuốc như Trương thị ninh Tâm an miên thang, Xương bồ ích trí hoàn, Tâm Thận lưỡng giao thang với thành phần bài thuốc dễ tìm kiếm và có pháp trị phù hợp với cơ chế bệnh sinh YHCT trong điều trị rối loạn trí nhớ (Tâm huyết hư và Tâm Thận bất giao). Kết quả nghiên cứu này có thể là nguồn dữ liệu khoa học cho các khuyến cáo lâm sàng trong điều trị rối loạn trí nhớ giai đoạn sau 1980.

Kết quả thống kê 10 thảo dược xuất hiện với tỉ lệ cao nhất trong các bài thuốc điều trị rối loạn trí nhớ cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. So sánh với nghiên cứu của May BH (2013) tại Trung Quốc, Viễn chí (*Radix Polygalae*), Phục linh

(*Poria cocos* (*sclerotium*)), Thạch xương bồ (*Rhizoma Acori*) đều là những vị thuốc thường xuất hiện trong các bài thuốc có tác dụng điều trị rối loạn trí nhớ⁽⁷⁾. Nghiên cứu dược lý hiện đại cho thấy Phục linh (*Poria cocos* (*sclerotium*)) có khả năng điều hòa và hỗ trợ điều trị liên quan đến một số bệnh tâm thần⁽⁸⁾. Viễn chí (*Radix Polygalae*) và các thành phần hoạt tính của nó đã được chứng minh có tác dụng dược lý in vitro và in vivo giúp bảo vệ tế bào thần kinh thường được sử dụng để điều trị rối loạn chức năng trí nhớ, mất ngủ và suy nhược thần kinh⁽⁸⁾. Sinh địa (*Radix Rehmanniae glutinosae*) có tác dụng bảo vệ thần kinh đáng kể chống lại sự suy giảm tế bào thần kinh và rối loạn chức năng trí nhớ do scopolamine gây ra ở chuột⁽⁹⁾. Nhân sâm (*Rhizoma et Radix Ginseng*) có tác dụng chống viêm, chống oxy hóa và chống ung thư, có thể cải thiện chức năng tâm lý⁽¹⁰⁾.

Kết quả cho thấy các thảo dược trong điều trị rối loạn trí nhớ đa phần có tính Hàn, vị Cam và quy kinh Can. Điều này phù hợp với lý thuyết YHCT trong điều trị rối loạn trí nhớ, thảo dược tính Hàn có tác dụng thanh nhiệt, ức chế, giảm trương lực; vị Cam có tác dụng bổ dưỡng, hòa hoãn⁽¹¹⁾. Vì vậy các thảo dược có tính Hàn, vị Cam có tác dụng bổ Tâm huyết, thanh huyết nhiệt, dưỡng huyết, an thần. Tạng Can có chức năng sơ tiết, trong đó có sơ tiết khí cơ và tình chí; Can còn có chức năng tàng huyết mà huyết là nơi trú ngụ của thần chí⁽¹²⁾. Chính vì vậy các vị thuốc quy kinh Can đóng vai trò quan trọng trong điều trị các bệnh lý liên quan đến thần như rối loạn trí nhớ.

Những thảo dược có tác dụng dược lý kháng AChE/giảm AChE và/hoặc an thần và/hoặc chống oxy hóa cũng có tác dụng hỗ

trợ điều trị rối loạn trí nhớ theo cơ chế YHHD.

Trong các thảo dược một số vị thuốc tuy không thuộc nhóm thuốc an thần theo phân loại YHCT⁽¹¹⁾ nhưng theo nghiên cứu dược lý hiện đại, những thảo dược này có tác dụng kháng AChE/giảm AChE và/hoặc an thần và/hoặc chống oxy hóa như Nhân sâm (*Rhizoma et Radix Ginseng*); Đương quy (*Radix Angelica sinensis*); Thực địa (*Radix Rehmanniae glutinosae praeparata*); Sinh địa (*Radix Rehmanniae glutinosae*); Bạch truật (*Rhizoma Atractylodis macrocephalae*); Câu kỷ tử (*Fructus Lycii*); Đan sâm (*Radix et Rhizoma Salviae miltiorrhizae*); Hoàng kỳ (*Radix Astragali membranacei*); Ngũ vị tử (*Fructus Schisandrae chinensis*); Thiên môn đông (*Radix Asparagi cochinchinensis*); Trần bì (*Pericarpium Citri reticulatae perettne*); Sơn thù (*Fructus Comi officinalis*); Đào nhân (*Semen Persicae*), Cát cánh (*Radix Platycodi grandiflori*), Trạch tả (*Rhizoma Alismatis*), Bạch thược (*Radix Paeonia lactiflora*), Thạch xương bồ (*Rhizoma Acori*); Đại táo (*Fructus Ziziphi jujubae*). Đây đều là các tác dụng dược lý hiện đại trong điều trị rối loạn trí nhớ, trong đó AChE và chất chống oxy hóa là hai chiến lược phổ biến để điều trị trong giai đoạn đầu của Bệnh Alzheimer⁽¹³⁾. Kết quả nghiên cứu này có thể là nguồn dữ liệu khoa học cho các khuyến cáo lâm sàng trong điều trị rối loạn trí nhớ.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận được 73 bài thuốc YHCT có tác dụng trong hỗ trợ điều trị bệnh rối loạn trí nhớ, trong đó có 12 bài thuốc được sử dụng thường xuyên, trùng lặp từ các tài liệu trước – sau năm 1980. Nghiên cứu cũng ghi nhận được 60 thảo dược có tác dụng hỗ trợ điều trị rối loạn trí nhớ trong

tổng số 117 thảo được thống kê từ 73 bài thuốc YHCT được nêu trên. Đa phần các thảo dược thuộc nhóm: Thuốc bổ, thuốc thanh nhiệt, thuốc lý huyết theo lý luận YHCT. Các thảo dược có tính Hàn, vị Cam, quy kinh Can chiếm ưu thế. Phân bộ thực vật chiếm nhiều nhất là Bộ Mao lương (Ranunculales) trong số 56 bộ thực vật được thống kê. Các vị thuốc hầu hết đều được chứng minh có một trong các tác dụng: Kháng AChE/giảm AChE, an thần, chống oxy hóa theo dược lý YHHĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Matthews BR** (2015). Memory dysfunction. *Continuum* (Minneapolis);21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):613-626.
2. **Hứa Hoàng Oanh, Trần Thị Thúy Quỳnh** (2021). Thực vật dược (Sách đào tạo bác sĩ Y học cổ truyền). NXB Y học thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Trần Công Thắng** (2020). Suy giảm trí nhớ và nhận thức. Lê Văn Tuấn. Giáo trình thần kinh học. NXB Y học TP.HCM.
4. **Margaret OC, Mieke V** (2004). The Amnesic Syndrome: Overview and Subtypes. Baddeley AD, Michael DK, Barbara AW, eds. *The Handbook of Memory Disorders*, 2nd ed, pp.145-167. John Wiley & Sons, Ltd.
5. **Lin SK, Tsai YT, Lai JN, Wu CT** (2015). Demographic and medication characteristics of traditional Chinese medicine users among dementia patients in Taiwan: a nationwide database study. *Ethnopharmacol*, 161:108-115.
6. **Bộ Khoa học Công nghệ và Môi trường** (2007). Sách đỏ Việt Nam. NXB Khoa học Tự nhiên và Công nghệ Hà Nội.
7. **May BH, Lu C, Lu Y, Zhang AL, Xue CC** (2013). Chinese herbs for memory disorders: a review and systematic analysis of classical herbal literature. *Acupuncture and Meridian Studies*, 6(1):2-11.
8. **Lee CY, Lee CT, Tzeng IS, Kuo CY, Tsai FM, Chen ML** (2021). Poria cocos Regulates Cell Migration and Actin Filament Aggregation in B35 and C6 Cells by Modulating the RhoA, CDC42, and Rho Signaling Pathways. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 38(7):1098-1102.
9. **Deng X, Zhao S, Liu X, et al.** (2020). Polygala tenuifolia: a source for anti-Alzheimer's disease drugs. *Pharm Biol*, 58(1):410-416.
10. **Lee B, Shim I, Lee H, Hahm DH** (2011). Rehmannia glutinosa ameliorates scopolamine-induced learning and memory impairment in rats. *Microbiology and Biotechnology*, 21(8):874-883.
11. **Kiefer D, Pantuso T** (2003). Panax ginseng. *American Family Physician*, 68(8):1539-1542.
12. **Lê Bảo Lưu, Tăng Khánh Huy** (2021). Lý luận cơ bản Y học cổ truyền (Sách đào tạo bác sĩ Y học cổ truyền). NXB Đại học Quốc gia Thành Phố Hồ Chí Minh.
13. **Song X, Wang T, Guo L, et al.** (2020). In Vitro and In Vivo Anti-AChE and Antioxidative Effects of Schisandra chinensis Extract: A Potential Candidate for Alzheimer's Disease. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, (11):1-10.

KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI SPO₂, VO₂ MAX KHI TẬP ĐỘNG TÁC XEM XA XEM GẦN CỦA BÁC SĨ NGUYỄN VĂN HƯỜNG

Võ Trọng Tuấn¹, Hạ Chí Lộc¹, Huỳnh Thị Thuỷ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi SpO₂, VO₂ max khi tập động tác Xem xa xem gần của bác sĩ Nguyễn Văn Hường

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tổng 36 sinh viên khoẻ mạnh, tuổi từ 18 – 25 (23 nữ, 13 nam) khoa Y học cổ truyền tham gia vào nghiên cứu một cách tình nguyện. Tập động tác Xem xa xem gần 30 phút/lần, 1 lần/ngày, 3 ngày/tuần, kéo dài 8 tuần (từ 14/3/2022 đến 6/5/2022). Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả, không nhóm chứng. Phân tích thống kê dữ liệu được sử dụng phần mềm SPSS 25.

Kết quả: Giá trị SpO₂ trung bình cao nhất được đo tại ngón giữa bàn tay phải (98,89 ± 0,32%) và có ý nghĩa thống kê khi so sánh với trước tập (p<0,01) và so sánh với ngón trỏ bàn tay phải (p<0,05). Giá trị VO₂ max trước tập là 34,62 ± 3,43 ml/kg/phút, sau tập là 39,69 ± 4,31 ml/kg/phút (p<0,01).

Kết luận: Tập động tác Xem xa xem gần có thể làm tăng chỉ số SpO₂, và VO₂ max.

Từ khoá: SpO₂, VO₂ max, xem xa xem gần, dưỡng sinh

SUMMARY

CHANGES IN SPO₂ AND VO₂ MAX AFTER PRACTICING ‘XEM XA XEM GAN’ OF DOCTOR NGUYEN VAN HUONG

Objectives: Survey the change of SpO₂ and VO₂ max when practicing ‘Xem xa xem gan’ of Dr. Nguyen Van Huong.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study with no control group conducted on 36 healthy students aged between 18 and 25 (23 females, 13 males) at the Faculty of Traditional Medicine. The volunteers practiced ‘Xem xa xem gan’ 30 minutes/time, 1 time/day, 3 days/week in 8 weeks (from March 14, 2022 to May 6, 2022). SPSS 25 was used for data analysis.

Results: The highest average SpO₂ value was measured at the middle finger of the right hand (98.89 ± 0.32%) and it was statistically significant compared with pre-training (p<0.01), and compared with the index finger of the right hand (p<0.05). VO₂ max value pre-training was 34.62 ± 3.43 mL/kg/min and post-training was 39.69 ± 4.31 mL/kg/min (p<0.01).

Conclusion: Practicing ‘Xem xa xem gan’ can increase SpO₂ and VO₂ max.

Keywords: SpO₂, VO₂ max, xem xa xem gan, duong sinh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong quá trình hoạt động thể chất SpO₂, VO₂ max là một trong những chỉ số quan trọng rất được quan tâm. SpO₂ hay còn gọi là độ bão hoà oxy trong máu ngoại vi đã dần

¹Khoa Y học Cổ truyền – Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Thuỷ

SĐT: 0973385040

Email: htthuy164129@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 07/08/2022

trở thành một tiêu chuẩn chăm sóc trong y học và được coi là chỉ số sinh hiệu thứ 5 bên cạnh 4 chỉ số sinh hiệu truyền thống⁽¹⁾. VO₂ max là tốc độ oxy tối đa mà cơ thể có thể hấp thụ và sử dụng oxy trong quá trình luyện tập. VO₂ max là tiêu chuẩn vàng để đánh giá thể lực tim mạch và năng lực chức năng thể chất⁽²⁾. Người có VO₂ max càng cao thì sức chịu đựng càng tốt, càng có thể làm các động tác nặng hơn và có sức tập trung cao hơn so với người có VO₂ max thấp.

Tác dụng của tập Dưỡng sinh có nhiều lợi ích cho sức khoẻ con người đối với hệ tuần hoàn và hô hấp đã được biết đến⁽³⁾. Tuy nhiên, đối với chỉ số SpO₂, VO₂ max các bài tập Dưỡng sinh vẫn chưa tìm thấy nghiên cứu có liên quan.

Xem xa xem gần là một trong 63 động tác Dưỡng sinh của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng.

Câu hỏi nghiên cứu đặt ra: tập động tác Xem xa xem gần có làm tăng SpO₂ và VO₂ max trên người khoẻ mạnh hay không?

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh giá trị SpO₂, VO₂ max trước và sau khi tập động tác Xem xa xem gần trên đối tượng là người khoẻ mạnh. Ghi nhận thân phiền trong quá trình luyện tập.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn

Sinh viên khoa Y học cổ truyền, đủ 18 tuổi trở lên, khoẻ mạnh, tình nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại

Chấn thương, dị dạng cột sống, đau lưng cấp, bệnh khớp cấp tính, đau khớp chi trên, hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, lao phổi, suy tim, bệnh van tim, sơn móng tay, đang học dưỡng sinh, yoga, hoặc đã học trước đó

5 tháng.

Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu

Tự ý bỏ tập, không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả, không nhóm chứng.

Địa điểm

Phòng Skill lab – Khoa Y học cổ truyền – Đại học Y Dược TP. HCM.

Thời gian

11/2021-05/2022, thời điểm theo dõi: 14/3/2022 đến 6/5/2022.

Phương pháp chọn cỡ mẫu

Phát phiếu thông tin tham gia nghiên cứu cho từng lớp. Sử dụng excel để chọn cỡ mẫu, thỏa tiêu chuẩn chọn và không thỏa tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu.

2.3. Động tác Xem xa xem gần

Ngồi hoa sen, hai bàn tay đan vào nhau và để trước bụng dưới, mắt nhìn vào ngón tay. Đưa hai tay lên trời mắt vẫn nhìn vào một điểm cố định của bàn tay, đồng thời hít vào tối đa; giữ hơi mở thanh quản (bằng cách hít thêm), đồng thời giao động thân qua lại từ 2 – 6 cái, thở ra triệt để, hạ tay xuống trước bụng, mắt vẫn nhìn theo tay, nghỉ.

2.4. Phương pháp tập

Thực hiện 30 phút/lần, 1 lần/ngày, 3 ngày/tuần, kéo dài trong 8 tuần.

Tập vào khung 16 giờ 30 phút – 18 giờ 30 phút.

2.5. Phương tiện nghiên cứu:

Cân điện tử, đồng hồ đếm giờ, phiếu thông tin

SpO₂ được đo bằng máy Beureu PO30

VO₂ max được đo gián tiếp dựa trên nhịp tim tối đa và lúc nghỉ qua công thức: VO₂ max $\approx$ (HR_{max}/HR_{rest}) x 15,3 ml/kg/phút.

HR_{max} = 208 – (0,7 x tuổi) ở lứa tuổi 18-25 tuổi

Nhịp tim lúc nghỉ được đo bằng máy Beureu PO30

2.6. Tiêu chuẩn đánh giá

Chỉ số SpO_2 , VO_2 max trước và sau tập động tác Xem xa xem gần.

2.7. Phương pháp thống kê

Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel. Xử lý thống kê số liệu bằng phần mềm SPSS 25. Dữ liệu được phân tích bằng kiểm định chi bình phương với các biến số định tính; bằng student's t-test (biến số phân phối bình thường) hoặc kiểm định Wilcoxon Rank Sum (biến số phân phối không bình thường) với các biến số định lượng.

2.8. Y đức

Nghiên cứu được thực hiện có sự chấp thuận nghiên cứu của Hội Đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh của Đại học Y dược TPHCM theo quyết định: Số 222/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 24/02/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát trên 36 sinh viên khoa Y học cổ truyền, thỏa tiêu chuẩn chọn và không thỏa tiêu chuẩn loại trừ, tiến hành thực hiện tập từ tháng 3/2022 đến tháng 5/2022.

Đối tượng nghiên cứu

Tổng số đối tượng: 36 đối tượng, trong đó giới nữ chiếm 63,9%, giới nam chiếm 36,1%.

Tuổi trung bình của nghiên cứu là $20,58 \pm 1,75$ tuổi, tuổi lớn nhất là 24, nhỏ nhất là 19.

Cân nặng: Trước tập là $55,25 \pm 11,02$ kg, sau tập là $53,94 \pm 10,40$ kg.

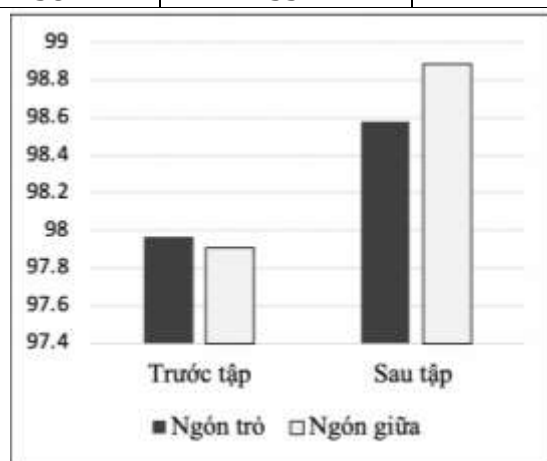
Nhận xét: Cân nặng giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

SpO_2

Sự thay đổi SpO_2 ở ngón giữa và ngón trỏ sau quá trình tập

Bảng 1. SpO_2 ở ngón giữa và ngón trỏ sau quá trình tập

SpO_2 (%)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Ngón trỏ			
Trước tập	96	99	$97,97 \pm 0,85$
Sau tập	98	99	$98,58 \pm 0,5$
Ngón giữa			
Trước tập	96	98	$97,91 \pm 0,87$
Sau tập	98	99	$98,89 \pm 0,32$



Biểu đồ 1. SpO_2 được đo ở ngón giữa và ngón trỏ

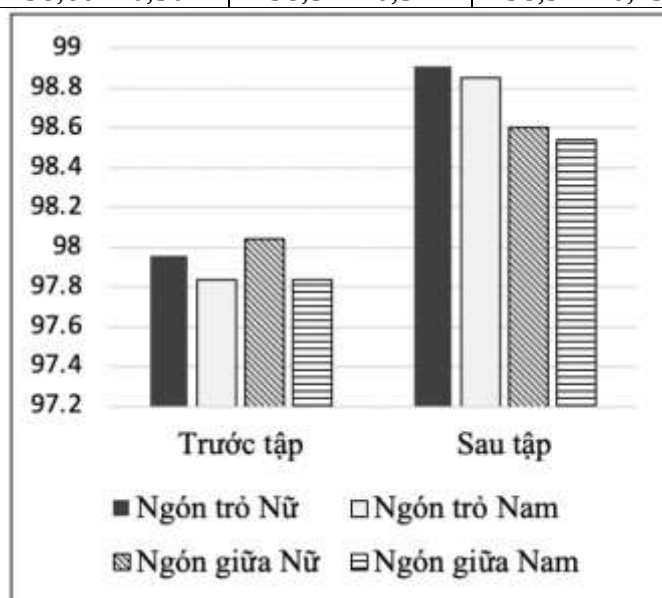
Giá trị SpO₂ trung bình sau quá trình tập tăng 0,61% so với trước tập được đo ở ngón trỏ và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Giá trị SpO₂ trung bình sau quá trình tập tăng 0,98% so với trước tập được đo ở ngón trỏ và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Giá trị SpO₂ trung bình trước tập ở ngón trỏ và ngón giữa thu

được khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), sau tập giá trị SpO₂ trung bình ngón giữa cao hơn ngón trỏ, và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Sự thay đổi SpO₂ ở ngón giữa và ngón trỏ theo giới tính sau quá trình tập

Bảng 2. SpO₂ của ngón giữa và ngón trỏ theo giới tính sau quá trình tập

SpO ₂ (%)	Ngón trỏ		Ngón giữa	
	Nữ	Nam	Nữ	Nam
Trước tập	98,04 ± 0,88	97,84 ± 0,80	97,96 ± 0,88	97,84 ± 0,90
Sau tập	98,60 ± 0,50	98,54 ± 0,52	98,91 ± 0,29	98,85 ± 0,38



Biểu đồ 2. SpO₂ được đo ở ngón giữa và ngón trỏ theo giới tính sau quá trình tập

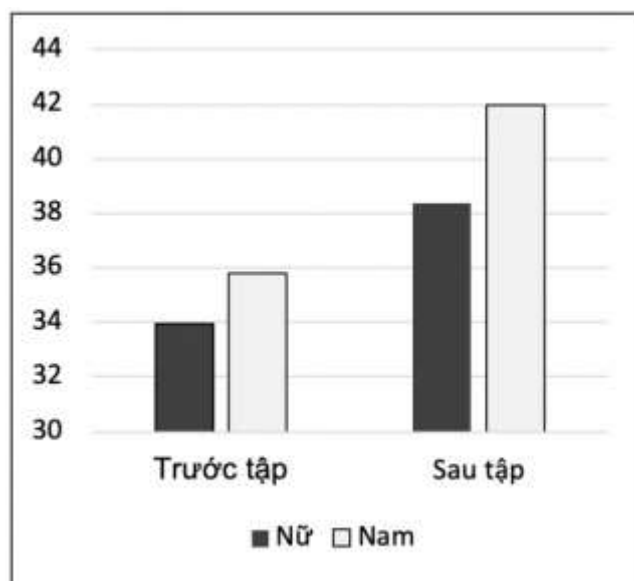
Ở giới nữ, giá trị SpO₂ trung bình sau quá trình tập ở ngón trỏ tăng 0,56% so với trước tập, ở ngón giữa tăng 0,96% so với trước tập và có ý nghĩa thống kê ở cả 2 ngón ($p < 0,01$). Ở giới nam, giá trị SpO₂ trung bình sau quá trình tập ở ngón giữa tăng 0,7% so với trước tập, ở ngón trỏ tăng 0,7% so với trước tập

và có ý nghĩa thống kê ở cả 2 ngón ($p < 0,05$). Giá trị SpO₂ trung bình ở giới nữ cao hơn giới nam ở cả ngón trỏ và ngón giữa nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

VO₂ max thay đổi VO₂ max sau quá trình tập 8 tuần

Bảng 3. VO₂ max sau quá trình tập

VO ₂ (ml/kg/phút)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình ± độ lệch chuẩn
Trước tập	25,46	40,78	34,62 ± 3,43
Sau tập	34,47	58,20	39,69 ± 4,31



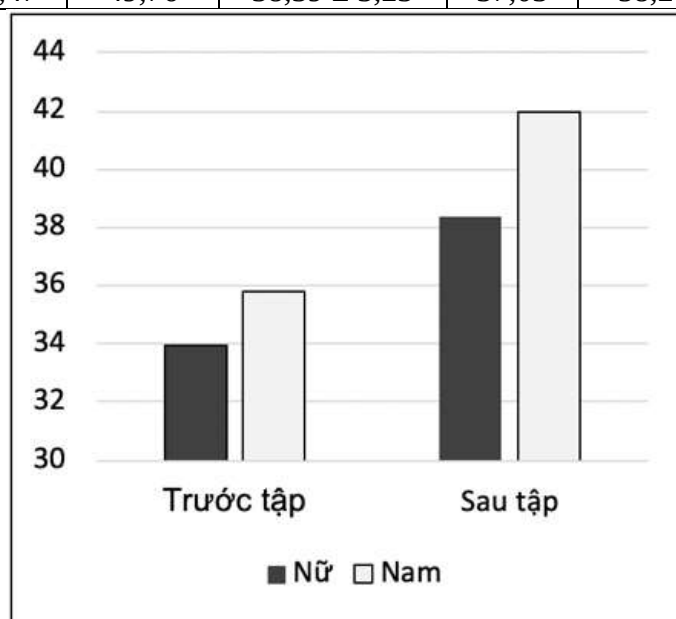
Biểu đồ 3. VO_2 ở ngón giữa và ngón trỏ

Giá trị VO_2 max trung bình sau quá trình tập tăng 1,15 lần so với trước tập và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

VO_2 max theo giới tính sau quá trình tập

Bảng 4. VO_2 max theo giới tính sau quá trình tập

VO_2 (ml/kg/phút)	Nữ			Nam		
	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Trước tập	25,46	40,78	$33,94 \pm 3,72$	28,84	38,55	$35,82 \pm 2,56$
Sau tập	34,47	49,76	$38,39 \pm 3,23$	37,03	58,20	$41,98 \pm 5,11$



Biểu đồ 4. VO_2 max theo giới tính sau quá trình tập

Giá trị VO_2 max trung bình ở giới nữ sau quá trình tập tăng gấp 1,13 lần so với trước tập và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Giá trị VO_2 max trung bình ở giới nam sau quá trình tập tăng gấp 1,17 lần so với trước tập và có ý

nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Giá trị VO_2 max trung bình ở nam và nữ thu được trước tập và sau tập khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ghi nhận than phiền trong quá trình tập

Bảng 5. Ghi nhận than phiền trong quá trình tập (n=36)

Than phiền	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tư thế ngồi hoa sen	0	0
Thời gian tập	0	0
Tê chân	0	0
Khó thở	0	0
Mệt mỏi	0	0
Choáng	0	0

Không ghi nhận than phiền trong quá trình tập.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc trưng đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy cỡ mẫu tập trung chủ yếu ở độ tuổi từ 19 – 24, độ tuổi trung bình $20,58 \pm 1,75$ tuổi, có sự tương đồng với nghiên cứu mà Yilmaz T năm 2018 thực hiện khảo sát ảnh hưởng của aerobic đến hoạt động của tim phổi và độ bão hoà oxy⁽⁴⁾.

Tỷ lệ giới nữ chiếm ưu thế, chiếm 63,9%, giới nam chiếm 36,1%. Trong nghiên cứu Shaw I năm 2010 đưa ra trước đó, nam chiếm ưu thế 67,3%, giới nữ chiếm 32,7%, điều này có thể liên quan đến công tác chọn mẫu⁽⁵⁾.

Giá trị trung bình cân nặng giảm 1,31 kg so với trước tập và có ý nghĩa thống kê, trong nghiên cứu của Shaw I năm 2010 cân nặng giảm 3,80 kg sau 8 tuần tập⁽⁵⁾. Nghiên cứu của Yilmaz T năm 2018 cân nặng giảm 0,43 kg sau 8 tuần tập⁽⁴⁾. Cân nặng giảm trong các nghiên cứu không giống nhau có thể là do mức độ tiêu hao năng lượng của từng bài tập ảnh hưởng đến cân nặng là khác nhau.

Về kết quả nghiên cứu

Sau 8 tuần tập động tác Xem xa xem gần, giá trị SpO_2 tăng 0,61% ở ngón trỏ, tăng 0,98% ở ngón giữa, có ý nghĩa thống kê ở cả hai ngón ($p < 0,01$). Giá trị VO_2 sau quá trình tập tăng gấp 1,15 lần so với trước tập và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Sự tăng đồng đều các chỉ số SpO_2 , VO_2 max phản ánh sức cơ hô hấp mạnh hơn, các khớp lồng ngực dẻo hơn, do đó hít vào, thở ra thể tích lồng ngực có thể co giãn nhiều hơn. Khi thể tích lồng ngực nở lớn, áp suất lồng ngực sẽ thấp đi, nên máu về tim dễ dàng. Khi hít vào khí nhiều nhất, áp suất phổi và lồng ngực sẽ âm nhất, máu về phổi nhiều nhất, sự trao đổi khí tốt hơn, tăng vận chuyển oxy đến các cơ, làm tăng sức mạnh của các cơ hô hấp, giảm phản ứng giao cảm, có thể là thông qua việc cung cấp oxy được cải thiện đến các mô⁽³⁾

Động tác Xem xa xem gần nhờ tập thở sâu, tối đa mà khí huyết lưu thông đến toàn thân, đến đến các tạng phủ Phế, Thận, Tỳ cải thiện công năng chủ khí, nạp khí, sinh khí của các tạng phủ đó⁽⁶⁾.

Nói đến luyện khí, luyện thở là nhắc đến vai trò của tạng Phế, hoạt động của toàn thân do tạng Tâm phụ trách nhưng phải có sự hỗ trợ của tạng Phế. Luyện khí giúp cho quá trình chuyển hoá tinh biến thành khí, khí biến thành thần được tốt đẹp. Tinh khí đầy đủ, khí dồi dào, thần mới có cơ sở để vững mạnh⁽⁶⁾.

SpO₂

Kết quả SpO₂ tăng lên sau quá trình tập trong nghiên cứu chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Sharma K năm 2014, tiến hành thực hiện tập Yoga trên 22 tình nguyện viên khoẻ mạnh, độ tuổi 21 – 26 trường đại học Mangalore, tập 36 ngày liên tục vào khung giờ 6 giờ 30 phút đến 7 giờ 30 phút thu được giá trị SpO₂ trung bình từ $97,5 \pm 1,4\%$, tăng lên $98,5 \pm 0,8\%$ ($p < 0,01$)⁽⁷⁾. Cụ thể, hai nghiên cứu tương đồng về đối tượng tham gia nghiên cứu, cùng tập vào một khung giờ nhất định. Tuy nhiên nghiên cứu của Sharma K tập liên tục trong 36 ngày, thì nghiên cứu của chúng tôi tập cách ngày trong tuần và kéo dài 8 tuần.

SpO₂ – độ bão hoà trong máu ngoại vi, là sự kết hợp giữa hemoglobin với oxy, tương ứng với Y học cổ truyền là sự hoà hợp giữa khí và huyết.

Sau 8 tuần tập, thu được giá trị SpO₂ ngón giữa cao hơn ngón trỏ (0,98%) và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu mà Kirtikumar C năm 2015 đưa ra. Điều này có thể là do ngón giữa được cả động mạch trụ và động mạch quay cung cấp máu, còn ngón trỏ được nuôi dưỡng từ cung gan tay sâu động mạch. Về lý luận mà Y học cổ truyền đưa ra, thủ kinh Dương minh Đại trường xuất phát từ góc ngoài gốc móng ngón trỏ, chạy dọc theo bờ ngón trỏ (huyết Thương dương), là kinh đa khí đa huyết. Thủ kinh Quyết âm Tâm bào bắt đầu từ trong lòng ngực (Tạng Tâm bào- mà tạng

Tâm bào là màng ngoài của tạng Tâm, thông hành khí huyết, tạng Tâm chủ huyết mạch) và kết thúc ở đầu ngón tay giữa (tại huyết Trung xung), thuộc nhóm kinh đa huyết. Kinh đa khí đa huyết ở ngón trỏ cũng phải chịu sự chi phối của tạng Tâm chủ huyết mạch, vậy nên giá trị SpO₂ đo ở ngón giữa sẽ cao hơn ở ngón trỏ. Trong nghiên cứu của chúng tôi SpO₂ được đo ở bàn tay phải, theo nghiên cứu Basaranoglu G năm 2015 đưa ra kết quả giá trị SpO₂ bàn tay bên phải cao hơn bàn tay bên trái, có thể là vì hệ thống động mạch bên phải xuất phát từ thân động mạch cánh tay đầu, vị trí gần tim hơn so với hệ động mạch ở bên tay trái, vậy nên khi tim co bóp, hệ động mạch bên tay phải sẽ có áp suất cao hơn dẫn đến giá trị SpO₂ bàn tay bên phải cao hơn bàn tay bên trái. Về Y học cổ truyền, trong một cơ thể thì phía bên phải thuộc âm, phía bên trái thuộc dương, huyết thuộc âm vì vậy bên phải huyết sẽ nhiều hơn bên trái^(6,8,9).

Giá trị SpO₂ còn phụ thuộc vào giới tính, kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giá trị SpO₂ trung bình ở nhóm nữ cao hơn nhóm nam, điều này phù hợp với kết luận mà nghiên cứu của Levental S năm 2018 nữ thanh niên khoẻ mạnh có SpO₂ cao hơn so với nam giới cùng độ tuổi. Sự khác biệt không tồn tại ở trẻ sơ sinh, có thể là do sự khác biệt về nội tiết tố liên quan đến tuổi tác, các hormone này có thể có ảnh hưởng trực tiếp đến các trung tâm trung ương hoặc ngoại vi chịu trách nhiệm điều khiển nhịp thở hoặc gián tiếp gây ra những thay đổi về hình thái và chức năng của hệ hô hấp, hoặc có thể phụ nữ có đường dẫn khí nhỏ hơn nam giới, ngay cả khi phù hợp với kích thước phổi, điều này làm giảm không gian chết cho phụ nữ so với nam giới⁽¹⁰⁾. Về mặt Y học cổ truyền, giới nữ thuộc về âm, giới nam thuộc về dương, cho

nên giới nữ sẽ nhiều huyết hơn giới nam, vì thế nên chỉ số SpO₂ ở giới nữ sẽ cao hơn giới nam⁽⁶⁾.

Một nghiên cứu Yilmaz T năm 2018, thực hiện tập aerobic trên 22 tình nguyện nam từ 18 – 25 tuổi, tập trong 20 phút, 1 lần/ngày, 3 ngày/tuần, kéo dài trong 8 tuần thu được giá trị SpO₂ trung bình từ $96,7 \pm 0,12\%$ tăng lên $97,8 \pm 1,52\%$ ($p < 0,01$)⁽⁴⁾. Nghiên cứu Yilmaz T và nghiên cứu của chúng tôi cùng khảo sát cả SpO₂ và VO₂ max. Về độ tuổi tình nguyện viên tham gia, tần suất tập, thời lượng tập tương đồng với nhau, kết quả sau 8 tuần tập đều làm tăng chỉ số SpO₂ và VO₂ max.

VO₂ max

Kết quả giá trị VO₂ max sau tập tăng lên gấp 1,15 lần so với trước tập trong nghiên cứu của chúng tôi, phù hợp phù hợp với nghiên cứu của Shaw I năm 2010 đưa ra trước đây, Shaw I tiến hành thực hiện tập aerobic kết hợp thở bằng cơ hoành trên 22 người, tập trong 30 phút, 1 lần/ngày, 3 ngày/tuần, kéo dài trong 8 tuần, thu được giá trị VO₂ max trung bình từ $37,39 \pm 9,56$ tăng lên $47,32 \pm 8,34$ ⁽⁵⁾. Nghiên cứu của Shaw I và nghiên cứu của chúng tôi đều chú trọng luyện thở cơ hoành trong quá trình luyện tập, về tần suất, thời lượng tập tương đồng ở hai nghiên cứu, kết quả sau 8 tuần tập đều làm tăng chỉ số VO₂ max.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thu được giá trị VO₂ max ở cả giới nam và nữ đều tăng so với ban đầu, giá trị VO₂ max ở giới nam cao hơn giới nữ điều này có thể do dung tích sống của nam cao hơn của nữ. Về Y học cổ truyền nam thuộc dương, nữ thuộc âm, nên khí của nam giới sẽ nhiều hơn của nữ giới^(3,6), kết quả này phù hợp với nghiên cứu Herdy năm 2016 đưa ra trước đây⁽¹²⁾.

Một nghiên cứu Yilmaz T năm 2018, thực hiện tập aerobic trên 22 tình nguyện nam từ 18 – 25 tuổi, tập trong 20 phút, 1 lần/ngày, 3 ngày/tuần, kéo dài trong 8 tuần thu được giá trị VO₂ max trung bình từ $44,22 \pm 1,56$ tăng lên $45,32 \pm 1,69$ ⁽⁴⁾. Nghiên cứu Yilmaz và nghiên cứu của chúng tôi đều khảo sát cả SpO₂, VO₂ max, về tần suất tập, thời lượng tập, về độ tuổi tập có sự tương đồng nhau, kết quả sau 8 tuần tập đều làm tăng chỉ số SpO₂, VO₂ max.

Than phiền trong quá trình tập

Không ghi nhận than phiền trong suốt quá trình tập, điều này phản ánh đối tượng tham gia nghiên cứu đã tuân thủ đúng hướng dẫn tập ban đầu.

Ưu điểm và hạn chế của đề tài

Ưu điểm: Nội dung bài báo mang tính thời sự, rất đáng quan tâm. Đề tài này là một trong số ít các đề tài nghiên cứu can thiệp, tiền cứu, đánh giá khách quan tác động của các động tác Xem xa xem gần.

Hạn chế: Số lượng mẫu còn nhỏ, chưa có nhóm chứng để so sánh.

V. KẾT LUẬN

Giá trị SpO₂ trung bình sau quá trình tập tăng 0,61% so với trước tập được đo ở ngón trỏ, tăng 0,98% được đo ở ngón giữa và cả hai ngón đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Giá trị VO₂ max trung bình sau quá trình tập tăng gấp 1,15 lần so với trước tập và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Không ghi nhận than phiền trong quá trình tập động tác Xem xa xem gần.

Để tăng chất lượng của nghiên cứu, đề xuất mở rộng cỡ mẫu, đa dạng tuổi, đa dạng bệnh lý, đa dạng đối tượng tham gia nghiên cứu, quan sát nhóm nghiên cứu sau 8 tuần tập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hafen BB, Sharma S.** Oxygen Saturation. [Updated 2021 Aug 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525974/>.
2. **Strassnig M, Brar JS, Ganguli R** (2011). Low cardiorespiratory fitness and physical functional capacity in obese patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 126(1-3):103-109.
3. **Phạm Huy Hùng** (1996), Nghiên cứu sự thay đổi của một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở người tập dưỡng sinh theo phương pháp của BS. Nguyễn Văn Hường. Luận án phó tiến sĩ Đại học Y Dược TP.HCM, tr.1-150.
4. **Yilmaz T, Daglioglu O** (2018). The effect of aerobic training program on cardiopulmonary parameters and oxygen saturation in elite judokas. *Turkish Journal of Sport and Exercise*, 20(3):333-337.
5. **Shaw I, Shaw BS, Brown GA.** (2010). Role of diaphragmatic breathing and aerobic exercise in improving pulmonary function and maximal oxygen consumption in asthmatics. *Science & Sports*, 25(3):139-145.
6. **Trần Quốc Bảo** (2010). Lý luận cơ bản Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.19-410.
7. **Sharma K, Thirumaleshawara PH, Udayakamara K** (2014). The Effect of Yoga Therapy on Blood Oxygen level. *Paripex Indian journal of Resenarch*, 3(7).
8. **Kirtikumar CB, Badgujar A B., Dhangar DV, et al** (2020). Importance and use of pulse oximeter in COVID-19 pandemic: general factors affecting the sensitivity of pulse oximeter. *Indian Chemical Engineer*, 62(4):374-384.
9. **Nguyễn Quang Quyền** (2016). Bài giảng giải phẫu học tập 2, ấn bản lần thứ 18, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.60-93.
10. **Levrini L, Paola L, Alberto C, et al** (2014). Model of oronasal rehabilitation in children with obstructive sleep apnea syndrome undergoing rapid maxillary expansion: Research review. *Sleep science*, 7(4):225-233.
11. **Levental S, Picard E, Mimouni F, et al** (2018). The sex-linked difference in blood oxygen saturation. *Clinical Respiratory Journal*, 12(5):1900-1904.
12. **Herdy AH, Caixeta A** (2016). Brazilian Cardiorespiratory Fitness Classification Based on Maximum Oxygen Consumption. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 106(5):389-395.

KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI SINH HIỆU SAU THỞ 4 THỜI TRÊN SINH VIÊN KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN ĐẠI HỌC Y DƯỢC SAU GẮNG SỨC

Châu Đức Hòa¹, Trần Thu Thủy¹, Trịnh Bá Tiên¹,
Vũ Thị Loan¹, Nguyễn Hữu Đức Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu so sánh tác động của phương pháp thở 4 thời với phương pháp thở thông thường trên sinh hiệu (tần số tim, nhịp thở, huyết áp, nhiệt độ cơ thể), đánh giá bằng nghiệm pháp gắng sức trên người khỏe mạnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đối chứng trên 100 sinh viên Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh (mỗi nhóm 50 sinh viên). Các biến số thu thập bao gồm đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới), các chỉ số sinh hiệu, sự biến thiên trước và sau nghiệm pháp gắng sức.

Kết quả: Tỷ lệ nữ nhóm nghiên cứu (chiếm 55%) cao hơn nam (chiếm 45%), không có sự khác biệt ở hai nhóm... Nhóm can thiệp có tần số tim, nhịp thở trở về bình thường nhanh hơn so với nhóm chứng. Nhiệt độ và huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương tương đương với nhóm chứng. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn ở cả 2 nhóm.

Kết luận: Phương pháp thở 4 thời giúp tần số tim và nhịp thở về giá trị bình thường nhanh

hơn so với phương pháp thở thông thường; không thấy được sự hiệu quả trong việc hạ huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và nhiệt độ cơ thể; nghiệm pháp an toàn, cho dù là sau gắng sức.

Từ khóa: thở 4 thời, nghiệm pháp gắng sức

SUMMARY

CHANGES IN VITAL SIGNS AFTER PRACTICING 4-TERM BREATHING IN STUDENTS AT FACULTY OF TRADITIONAL MEDICINE IN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY AFTER EXERCISE TEST

Objectives: The study aimed to compare the effects of 4-term breathing method with conventional breathing method on vital signs (heart rate, respiratory rate, blood pressure, body temperature), assessed by stress test and conducted in healthy volunteers.

Methods: A controlled intervention study on 100 students of the Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City (each group of 50 students), conducted in May 2019 with a convenient sample size. Variables include the characteristics of the study subjects (age, gender), vital signs, the variation before and after exercise test. Quantitative variables are presented as Mean $\pm$ SD and t-test is used. Qualitative variables were presented as percentages and used chi-square or Fisher's exact tests.

¹Bệnh viện Phục hồi Chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Đức Minh
SĐT: 0983276267

Email: nhdminh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 08/08/2022

Results: The percentage of women in the study group (55%) was higher than that of men (45%), and there was no difference between two groups. Heart rate, breathing rate returned to normal faster than the control group. Temperature and systolic, diastolic blood pressure were similar to those of the control group. No adverse effects were observed in both groups.

Conclusion: 4-term breathing method: helps heart rate and breathing rate return to normal values faster than conventional breathing method; found not significant effect in lowering systolic blood pressure, diastolic blood pressure and body temperature; proved to be safe, even after exertion

Keywords: 4-term breathing, exercise test, stress test

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Y học hiện đại (YHHĐ) nói chung, sức khỏe là trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tinh thần và xã hội, không phải chỉ bao gồm có tình trạng không có bệnh hay thương tật. Trong đó, tập luyện để phòng bệnh và chữa bệnh là cấp bách và cần thiết trong công cuộc đảm bảo sức khỏe⁽¹⁾. Theo Y học cổ truyền (YHCT), sự tập luyện thể dục thể thao rất quan trọng trong việc giữ gìn sức khỏe thể chất bằng các hoạt động nhằm giúp khí huyết được lưu thông⁽²⁾. Những người tập vận động thể lực nếu hít thở sai cách và không hiệu quả, sẽ dẫn đến tập luyện không đạt được hiệu suất thậm chí gặp những tai biến như vỡ mạch máu não hoặc chèn ép tim,...^(1,3). Ngoài ra, còn có những bài tập vận dụng chủ yếu hơi thở là chính, như trong yoga, khí công,... phù hợp với từng độ tuổi và mục tiêu tập khác nhau⁽⁴⁾.

Tập luyện thể dục thể thao là việc thực hành các động tác nhằm phát triển và duy trì sức khỏe thể chất và sức khỏe toàn diện. Nhìn chung, luyện tập thể dục có thể chia thành hai nhóm theo tác động nói chung lên cơ thể con người: nhóm thứ nhất tác động lên cơ bắp, chẳng hạn như uốn dẻo, nhằm chăm sóc chức năng vận động của cơ và các khớp (các bài tập Aerobic như đi bộ và chạy tập trung vào việc tăng sức chịu đựng của hệ tuần hoàn, bài tập Anaerobic chẳng hạn nâng tạ hoặc chạy nước rút tăng sức mạnh của cơ trong thời gian ngắn); nhóm thứ hai tác động lên khí huyết, tinh thần, chẳng hạn như việc hô hấp, hít thở, nhằm chăm sóc chức năng vận động khí huyết, thư giãn và tập trung tinh thần⁽⁵⁾ (các bài tập thái cực quyền, khí công, yoga làm tăng sự lưu thông khí huyết và hướng tinh thần vào các động tác tập luyện⁽⁴⁾).

Từ những năm 60 – 70, nổi bật lên những nhà nghiên cứu dưỡng sinh tiên phong Việt Nam, đã vận dụng những phương pháp tập luyện YHCT kết hợp với kiến thức YHHĐ, chữa được những bệnh ngặt nghèo, như Bác sĩ Nguyễn Khắc Viện, Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng; xây dựng thành những hệ thống tập luyện hoàn chỉnh, phổ biến rộng rãi cho đông đảo quần chúng nhân dân, bệnh nhân, gây thành phong trào tập luyện dưỡng sinh trong cả nước. Những cơ sở thực nghiệm, tác dụng của phương pháp đang cần được tìm hiểu và chứng minh thêm. Trong đó, Thở 4 thời có kê móng và giờ chân là phương pháp luyện tổng hợp về thần kinh, khí và huyết, trọng tâm là luyện thần kinh, chủ động về ức chế và hưng phấn nhằm mục đích ngủ tốt, đồng thời cũng làm cho khí huyết lưu thông. Thở 4

thời do BS. Nguyễn Văn Hưởng sáng tạo, là kỹ thuật cơ bản của phương pháp dưỡng sinh: Yoga - khí công. Với mong muốn kế thừa, phát huy vốn quý của YHCT và góp phần nghiên cứu lĩnh vực này, đề tài được tiến hành nhằm khảo sát tác dụng của thở 4 thời lên sinh hiệu sau gắng sức ở sinh viên khoa YHCT Đại học Y Dược TP.HCM và tính an toàn của phương pháp thở 4 thời.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Khảo sát sự thay đổi tần số tim (TST), huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HATTr), nhiệt độ, nhịp thở khi thở 4 thời trên người khỏe mạnh sau gắng sức
- Tần số xuất hiện những tác dụng không mong muốn (nếu có) khi thở 4 thời

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả sinh viên khỏe mạnh từ 18 tuổi trở lên thuộc khoa Y học cổ truyền trường Đại học Y Dược TP.HCM đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thực nghiệm

Cỡ mẫu nghiên cứu

Đây là nghiên cứu thực nghiệm, ta chọn 50 người khỏe mạnh cho mỗi nhóm.

Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn không theo xác suất, chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình và công cụ thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu

Dữ liệu được ghi nhận bằng máy đo nhịp tim, HA Omron HEM-7121, nhiệt kế điện tử đo tai Omron TH839S, nhịp thở bởi nghiên cứu viên với các biến số sau:

Biến số nền: Giới tính; tuổi.

Biến số phụ thuộc: Tần số tim; Huyết áp tâm thu, Huyết áp tâm trương; Nhiệt độ cơ thể; Nhịp thở, Biến thiên TST, HATT, HATTr, nhịp thở, nhiệt độ sau thở 4 thời so với lúc đầu, liệu trình trước ở mỗi lần khảo sát, đơn vị: lần/phút

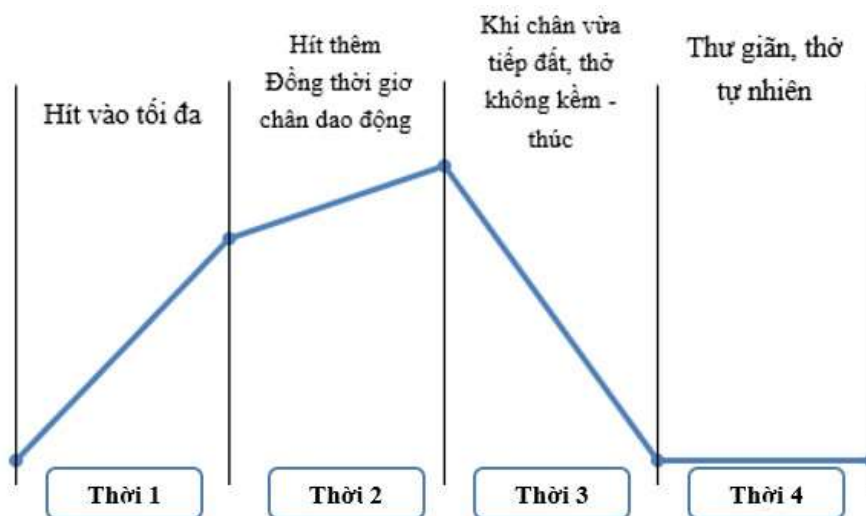
Với x đứng sau các biến là phút thứ mấy sau test gắng sức. Ví dụ: HATT1 là huyết áp tâm thu đo ở phút thứ 1 sau khi làm test gắng sức

$x=0$, biến thu được trước khi làm test gắng sức

Quy trình tiến hành



Sơ đồ 1. Các bước tiến hành nghiên cứu



Thời 1: Hít vào tối đa; Thời 2: giữ hơi mở thanh quản – hít thêm, giờ chân dao động chân qua lại;
Thời 3: Thở ra, không kèm, không thúc; Thời 4: Thư giãn hoàn toàn

Sơ đồ 2. Các bước thở 4 thời

Người tham gia nằm nghỉ tại giường trong phòng yên tĩnh, nhiệt độ 26°C, mặc áo thun, cởi bỏ giày dép, tất.

Phút thứ 10: Đo sinh hiệu (TST, HATT, HATTr, nhiệt độ, nhịp thở) ở tư thế nằm.

Phút thứ 17: Ngồi dậy và đo HATT, HATTr, ghi nhận TST trong vòng 3 phút nhằm phát hiện hạ HA tư thế, sau đó nằm xuống nghỉ 5 phút.

Phút thứ 25: Ngồi dậy thực hiện nghiệm pháp gắng sức (chạy trên máy chạy bộ với vận tốc 5 km/h cài đặt sẵn) trong 5 phút sau đó ngồi xuống ghế, lấy đo sinh hiệu HATT, HATTr, TST, nhịp thở và nhiệt độ.

Phút thứ 30: Đối với nhóm can thiệp, bắt đầu thở 4 thời ở tư thế ngồi, không kê gối, giờ chân. Đối với nhóm chứng, người tham gia thở theo nhịp thở và nhu cầu.

Phút thứ 31 đến 34: Đo HATT, HATTr, TST mỗi phút.

Phút thứ 35: Đo HATT, HATTr, TST. Ngừng thở 4 thời trong 1 phút và lấy số đo bộ sinh hiệu ở các phút thứ 35, 40, 45, 50, 55, 60.

Phút 61: nằm nghỉ ngơi 5 phút.

Phút 66: kết thúc nghiên cứu⁽⁶⁾

Xử lý và phân tích số liệu

Thống kê mô tả thông tin nền (giai đoạn nghỉ): Các biến định lượng được trình bày dưới dạng Mean $\pm$ SD và sử dụng phép kiểm t-test. Các biến định tính được trình bày dưới dạng phần trăm và sử dụng phép kiểm chi bình phương hoặc phép kiểm Fisher' exact.

Thống kê phân tích sau giai đoạn gắng sức và giai đoạn thở:

So sánh biến phụ thuộc (TST trung bình, HATT/TTTr trung bình, nhiệt độ cơ thể trung bình, nhịp thở trung bình và sự biến thiên các biến trên của đối tượng nghiên cứu trước và sau gắng sức, trước và sau thở): phép kiểm t-test bất cặp.

So sánh HA trung bình của đối tượng nghiên cứu trước và sau thở 4 thời: phép kiểm t-test bất cặp.

Nhập & quản lý dữ liệu: Excel 2010

Phân bố ngẫu nhiên: Stata 14.0

Phân tích số liệu: Stata 14.0

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM (số 229/ ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 24/04/2019). Thông tin của người tham gia chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

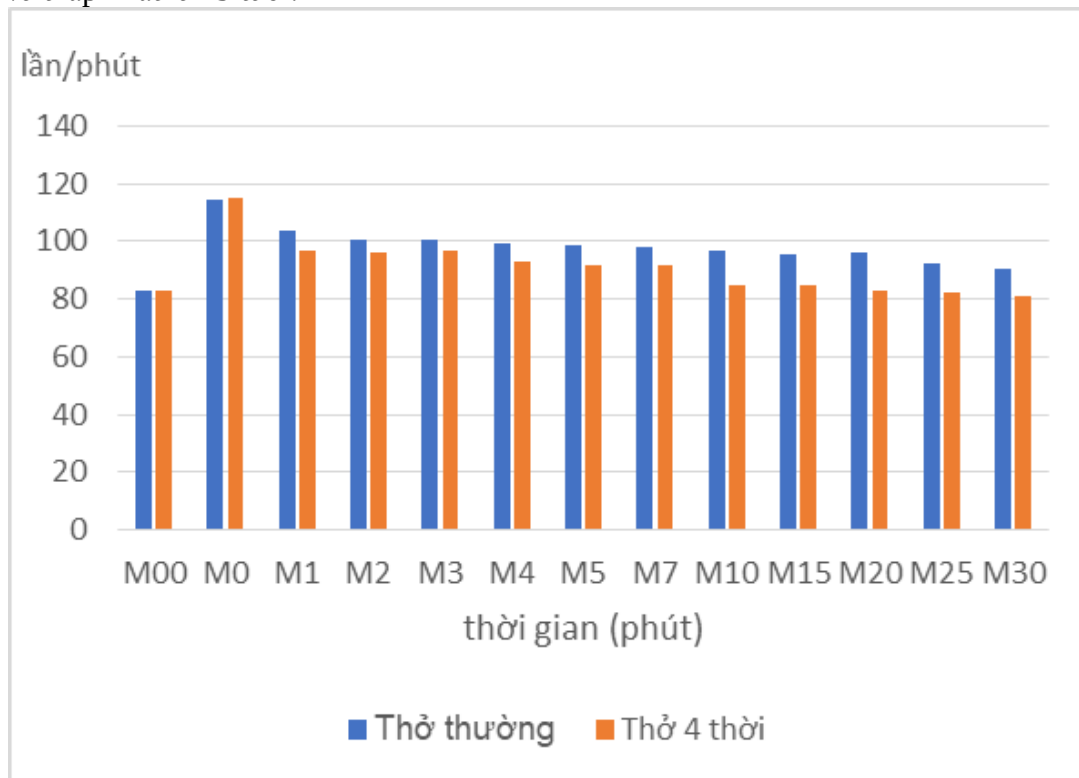
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (N=100)

	Đặc điểm	Nam	Nữ	Tổng	Giá trị p (χ^2)	p tuổi 2 nhóm (χ^2)
Nhóm Bốn thời	N	22	28	50	0,230	0,532
	Tuổi	23,95 $\pm$ 0,84	23,68 $\pm$ 0,9	23,8 $\pm$ 0,88	0,276	
Nhóm thở thường	N	23	27	50	0,424	
	Tuổi	21,13 $\pm$ 2,12	20,48 $\pm$ 1,19	20,78 $\pm$ 1,69	0,180	
p tỷ lệ nam nữ 2 nhóm (χ^2)		0,157				

Tỷ lệ nữ nhóm nghiên cứu (chiếm 55%) cao hơn nam (chiếm 45%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ ở hai nhóm nghiên cứu thở 4 thời và thở thường.

Tuổi trung bình trong cả nhóm nghiên cứu của tôi là 22,49 $\pm$ 1,94, độ tuổi cao nhất là 26 tuổi và thấp nhất là 19 tuổi.



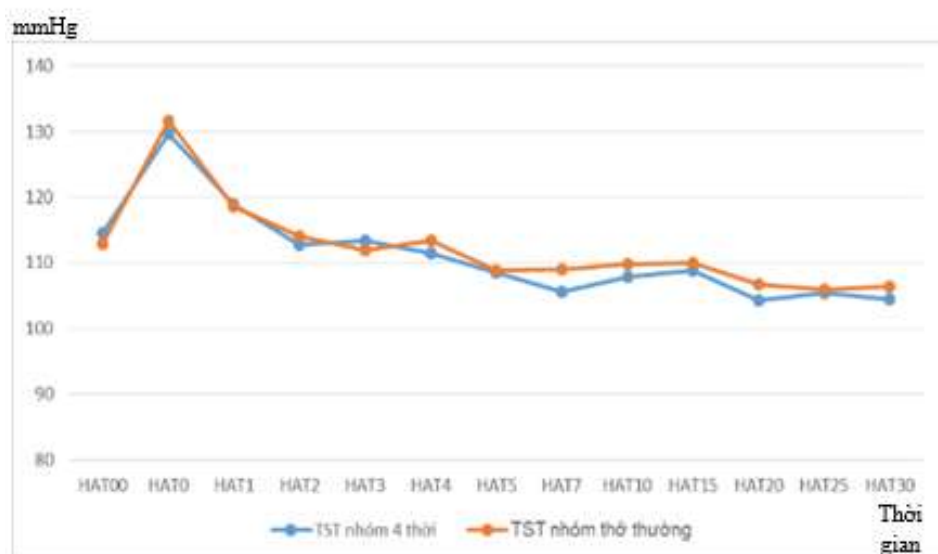
Hình 1. Biểu đồ biến thiên TST

Nhận xét:

- So với TST tại thời điểm M0 trước khi thở ở cả hai nhóm, TST sau thở ở M1, M2, M3, M4, M5, M7, M10, M15, M20, M25, M30 lớn hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- M1, M2, M3, M4, M5, M7, M10 ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Tần số M15, M20, M25, M30 ở hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Hình 2. Biểu đồ biến thiên HATT



Hình 3. Biểu đồ biến thiên HATTr

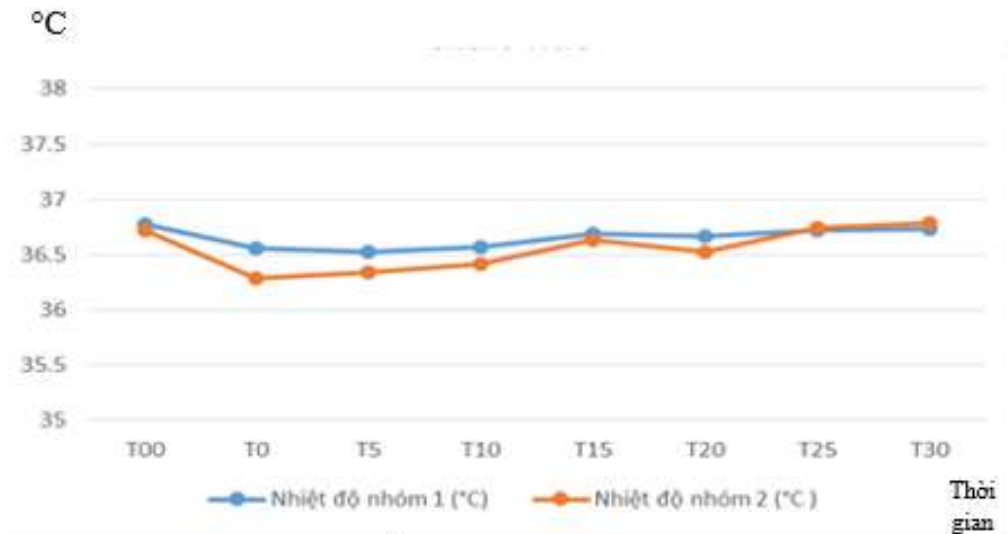
Nhận xét:

- So với HATT tại thời điểm HAT0 trước khi thở ở cả hai nhóm thở 4 thời và nhóm thở thường, trị số HATT sau thở ở HAT1, HAT2, HAT3, HAT4, HAT5, HAT7, HAT15, HAT20, HAT25, HAT30 lớn hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

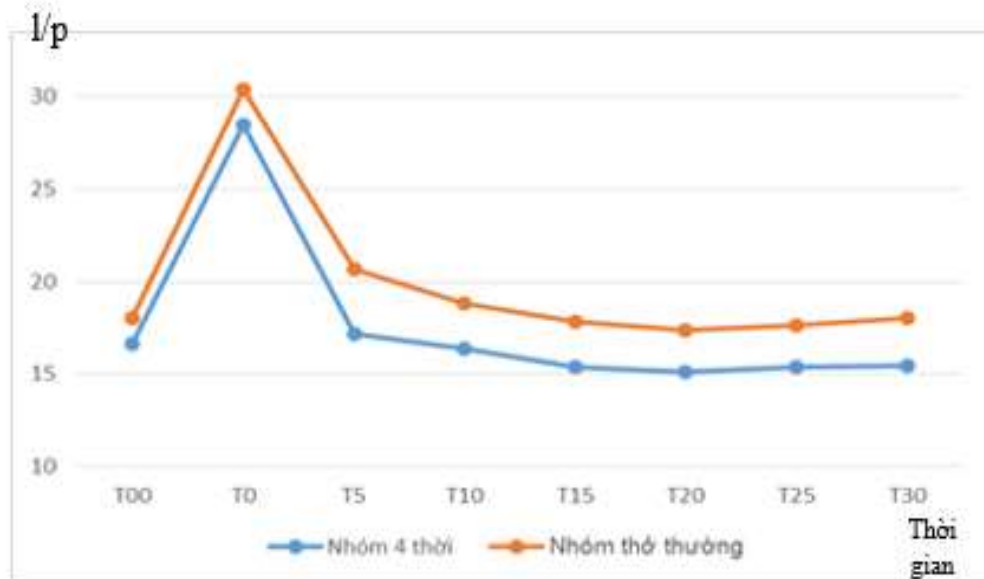
- Trị số HAT1, HAT2, HAT3, HAT4, HAT5, HAT7, HAT10, HAT15, HAT20, HAT25, HAT30 ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- So với thời điểm HATR0 trước khi thở ở cả hai nhóm thở 4 thời và nhóm thở thường, trị số HATTr sau thở ở HATR1, HATR2, HATR3, HATR4, HATR5, HATR7, HATR10, HATR15, HATR20, HATR25, HATR30 lớn hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- HATR1, HATR2, HATR3, HATR4, HATR5, HATR7, HATR10, HATR15, HATR20, HATR25, HATR30 ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Hình 4. Biểu đồ biến thiên nhiệt độ



Hình 5. Biểu đồ biến thiên Nhịp thở

Nhận xét:

- So với nhiệt độ cơ thể tại thời điểm T0 trước khi thở ở cả hai nhóm thở 4 thời và nhóm thở thường, nhiệt độ cơ thể sau thở ở T5, T10, T15, T20, T25, T30 lớn hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- T5, T10, T15, T20, T25, T30 ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- So với nhịp thở tại thời điểm T0 trước khi thở ở cả hai nhóm thở 4 thời và nhóm thở thường, nhịp thở sau thở ở TH5, TH10, TH15, TH20, TH25, TH30 lớn hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Nhịp thở TH5, TH10, TH15, TH20, TH25, TH30 ở hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tác dụng không mong muốn của phương pháp thở 4 thời.

Không ghi nhận trường hợp xảy ra tác dụng không mong muốn nào trong quá trình thực hiện thở 4 thời (nhịp tim tăng quá nhiều, hạ huyết áp, chóng mặt, hoa mắt).

IV. BÀN LUẬN

Cơ chế của việc giảm TST nhanh hơn nhóm thở thường được nhắc đến trong bài nghiên cứu của Phạm Huy Hùng⁽³⁾: Phương pháp thở 4 thời có thể điều hòa hơi thở, điều hòa thần kinh, giúp người tập có thể đạt được cân bằng giữa hưng phấn và ức chế, cân bằng hệ thần kinh thực vật. Từ đó gián tiếp điều hòa nhịp tim bằng cơ thể cân bằng hệ thần kinh thực vật. Hiệu quả giảm nhịp tim tương đương với tác dụng ổn định nhịp tim trong nghiên cứu của Trương Hồng Tuấn và Nguyễn Văn Huy^(7,8).

Trong nghiên cứu của Ferrigno M, khảo sát ở những người thợ lặn, đặc tính công việc bắt buộc họ phải giữ hơi thở lâu hơn ở dưới nước trong một khoảng thời gian khá dài. Lúc này ghi nhận được TST sẽ giảm nhanh, việc giữ hơi thở liên quan đến cơ chế giảm áp suất trong lồng ngực, giúp máu đổ về tim nhanh hơn và nhiều hơn, từ đó giảm công co bóp ở tim giúp tim đập chậm lại⁽⁹⁾.

Trong rối loạn hệ thần kinh tự chủ, chức năng thần kinh giao cảm ức chế chức năng thần kinh phó giao cảm⁽¹⁰⁾. Trong gắng sức, khi nhịp tim và huyết áp tăng sẽ kích hoạt phó giao cảm và ức chế giao cảm để làm hạ huyết áp và giảm nhịp tim⁽¹¹⁾. Ngoài ra, việc hít thở sâu làm giảm nồng độ CO₂ trong máu, từ đó làm giảm nhịp tim⁽¹²⁾.

Tại vùng cổ (trong bao động mạch cảnh và tĩnh mạch cảnh), ngực trên (dọc khí quản), ngực dưới và cơ hoành (dọc thực quản), khoang bụng

có chứa các tế bào thần kinh có các thụ thể nhận cảm áp (baroreceptors), giúp phát hiện tình trạng hạ huyết áp và truyền tín hiệu thần kinh đến não. Khi hít thở sâu kích hoạt dây thần kinh phế vị kết nối với tim của bạn để giảm huyết áp và nhịp tim. Thở chậm và sâu, với lượng thời gian thở vào và thở ra gần bằng nhau (hít thở khoảng 5-6 nhịp thở mỗi phút ở người trưởng thành bình thường có thể làm giảm nhịp tim) làm tăng độ nhạy cảm của baroreceptors và kích hoạt phế vị⁽¹³⁾. Khi dây thần kinh phế vị bị kích thích sẽ làm tăng trương lực phó giao cảm (dây thần kinh phế vị cấu tạo 20% ly tâm chủ yếu từ hệ phó giao cảm, 80% hướng tâm), từ đó giảm nhịp tim^(15,16).

Việc hít nhiều khí O₂ và kích thích thụ thể nhận cảm áp sẽ làm tăng kích thích hệ cholinergic, từ đó làm giảm nhịp tim. Ngoài ra, việc hít thở sâu với thể tích tối đa sẽ làm giảm tác dụng co thắt phế quản của phó giao cảm⁽¹⁷⁾.

Trong thông khí phổi (Pulmonary ventilation) sẽ gồm thông khí phế nang (Alveolar ventilation) và khoảng chết phế nang (Dead space). Mà bằng hít thở sâu với tần số thấp và thể tích khí lưu thông cao sẽ làm tăng thông khí phế nang và làm giảm khoảng chết phế nang⁽¹⁷⁾. Từ hai điều trên suy ra việc hít thở sâu và chậm sẽ làm tăng thông khí phổi, tăng hiệu quả hô hấp.

So với nghiên cứu của Bilo G về thở chậm và sâu ở người khỏe mạnh lần đầu tiên được đưa lên vùng núi cao, hiệu quả sau 5 phút thở sâu⁽¹⁸⁾. Ở nghiên cứu này chỉ ra với cả hai cách thở, thở nhanh nông và thở chậm sâu, với cùng một thể tích khí lưu thông, nhưng ở những người thở chậm và sâu, thể tích khí lưu thông hiệu quả cao hơn so với nhóm thở nhanh nông. Từ đây ta thấy kiểu thở nhanh nông, chủ yếu khí không đến được

phế nang, nên hiệu quả của hô hấp sẽ kém hơn so với thở sâu chậm.

Hạn chế của đề tài ghi nhận: Vì không phân bố ngẫu nhiên và làm mù được nên không đủ sức thuyết phục; vì cỡ mẫu chưa đủ lớn nên chưa thể phân nhóm các ĐTNC vào các nhóm có sinh hiệu đáp ứng với nghiệm pháp gắng sức tăng lên hay giữ nguyên hay giảm xuống; chỉ khảo sát trên sinh viên nên chưa đại diện được cho dân số; thời gian khảo sát sau thở còn ngắn, chưa khảo sát được thời gian các sinh hiệu trở về mức bình thường; chưa khảo sát được tác dụng lâu dài của phương pháp thở 4 thời; chưa khảo sát HA liên tục trong 30 giây đầu lúc những phản ứng xảy ra nhanh và tối đa sau thở 4 thời; là nghiên cứu thực nghiệm nên chưa có nhiều nghiên cứu tương quan để bàn luận thêm

V. KẾT LUẬN

Phương pháp thở 4 thời: giúp TST và nhịp thở về giá trị bình thường nhanh hơn so với phương pháp thở thông thường; không thấy được sự hiệu quả trong việc hạ huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và nhiệt độ cơ thể; an toàn, cho dù là sau gắng sức

VI. KIẾN NGHỊ

Tăng số lượng đối tượng nghiên cứu, tiến hành theo dõi phân tích theo nhóm tuổi và giới tính.

Tiến hành nghiên cứu can thiệp trên các bệnh nhân có rối loạn chức năng thần kinh tự chủ và huyết động để tăng tính thuyết phục hơn như: nhịp xoang nhanh do stress, rối loạn thần kinh thực vật sau đái tháo đường, do cường giáp, COPD, suy tim sung huyết...

Nghiên cứu có thêm nhóm chứng, tập thở bằng những phương pháp thở khác như trong khí công, yoga...

Có thêm nhóm chứng, so sánh với các động tác dưỡng sinh khác trên hiệu quả hạ nhịp tim, HA, nhiệt độ, nhịp thở.

Kéo dài thời gian nghiên cứu để đánh giá tác dụng của thở 4 thời khi tập trong thời gian dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Đình Lưu** (2009). Sinh lý học Y khoa, Bộ môn sinh lý học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tr. 250 -271.
2. **Ngô Anh Dũng** (2008). Y lý y học cổ truyền: Sách đào tạo Bác sĩ y học cổ truyền, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh, tr.67.
3. **Phạm Huy Hùng** (1996). Nghiên cứu sự thay đổi của một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở người tập dưỡng sinh theo phương pháp của BS. Nguyễn Văn Hường, Luận án Phó giáo sư khoa học Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh, tr.32-48
4. **Phạm Huy Hùng** (2001). Sách Dưỡng sinh, Bộ môn dưỡng sinh, Đại học y dược Tp Hồ Chí Minh, 2001, tr. 18.
5. **Nguyễn Tấn Gia Trọng** (1975). Hàng số sinh học người Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.78, 85.
6. **Pollock ML, Bohannon RL, Cooper KH, Ayres JJ, Ward A, White SR, et al** (1976). A comparative analysis of four protocols for maximal treadmill stress testing. American heart, 92(1):39–46.
7. **Nguyễn Văn Huy, Nguyễn Văn Đàn, Trịnh Thị Diệu Thường** (2018). Khảo sát sự thay đổi TST và huyết áp sau nhĩ áp huyết Tâm tai trái và phải trên người bình thường khi thực hiện nghiệm pháp kích thích thụ thể lạnh. Khoa học và Công nghệ Việt Nam, 60(7):13-20.
8. **Trương Hồng Tuấn** (2017). Khảo sát sự thay đổi TST khi châm huyết Cực Tuyền và Thanh Linh trên người bình thường sau gắng

- sức. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học cổ truyền, tr.67-69.
9. **Ferrigno M, Ferretti G, Ellis A, Warkander D, Costa M, Ceretelli P, et al** (1997). Cardiovascular changes during deep breath-hold dives in a pressure chamber. *Applied Physiology of American physiology society*, 83(4):1282-1290.
 10. **Zygmunt A, Stanczyk J** (2010). Methods of evaluation of autonomic nervous system function. *Archives of medical science*, 6(1):11-18.
 11. **Scheuer J, Tipton CM** (1977). Cardiovascular adaptations to physical training. *Annual review of physiology* 39: 221-251.
 12. **Shield RW** (2009). Heart rate variability with deep breathing as a clinical test of cardiovagal function. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 76(2):37-40.
 13. **Lanfranchi PA, Somers VK** (2002). Arterial baroreflex function and cardiovascular variability: interactions and implications. *American Journal of Physiology Regulatory Integrative and comparative Physiology*, 283(4):R815-26.
 14. **Bernasconi P, Kohl J** (1993). Analysis of co-ordination between breathing and exercise rhythms in man. *Physiology*, 471:693-706.
 15. **Schwartz PJ, De Ferrari GM, Sanzo A, Landolina M, Rordorf R, Raineri C, et al** (2008). Long term vagal stimulation in patients with advanced heart failure: first experience in man. *European Journal of Heart Failure*, 10(9):884-891.
 16. **Zannin E, Pellegrino R, Di Toro A, Antonelli A, Dellacà RL, Bernardi L** (2015). Parasympathetic Stimuli on Bronchial and Cardiovascular Systems in Humans. *PLoS One*, 10(6):e0127697.
 17. **Mateika JH, Duffin J** (1995). A review of the control of breathing during exercise. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, 71(1):1-27.
 18. **Bilo G, Revera M, Bussotti M, Bonacina D, Styczkiewicz K, Caldara G, et al** (2012). Effects of slow deep breathing at high altitude on oxygen saturation, pulmonary and systemic hemodynamics. *PLoS One*, 7(11):e49074.

SÀNG LỌC TÁC DỤNG ỨC CHẾ ENZYM α -GLUCOSIDASE CỦA MỘT SỐ BÀI THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN CÓ TÁC DỤNG DƯỠNG ÂM SINH TÂN

Nguyễn Thái Linh¹, Trần Đại Nhân¹, Nguyễn Thành Triết¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Ức chế α -glucosidase là một trong những nhóm thuốc kiểm soát tốt đường huyết sau ăn trên bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2. Bên cạnh đó điều trị bệnh ĐTĐ bằng thảo dược đang ngày càng phổ biến, theo đó thúc đẩy các nghiên cứu về tác dụng hạ đường huyết từ thảo dược và các bài thuốc Y học cổ truyền (YHCT). Qua khảo sát trên lâm sàng về các thể YHCT của các bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2, chỉ ra rằng tỉ lệ thể Âm hư chiếm đa số. Theo quan niệm điều trị YHCT, đối với thể bệnh Âm hư nên lấy phép trị chính là Dưỡng âm sinh tân làm chính. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm sàng lọc khả năng ức chế enzym α -glucosidase trên một số bài thuốc y học cổ truyền có tác dụng dưỡng âm sinh tân được sử dụng trên lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Cao chiết nước của 10 bài thuốc có công dụng dưỡng âm sinh tân được thử nghiệm qua mô hình ức chế enzym α -glucosidase in vitro.

Kết quả: Sự khác biệt về khả năng ức chế enzym α -glucosidase của 10 cao này ở nồng độ 100 μ g/ml và 500 μ g/ml có ý nghĩa thống kê. Tại nồng độ 100 μ g/ml, M5, M6, M8, M9 có khả

năng ức chế α -glucosidase, M1, M2, M3, M4, M7, M10 gần như không cho khả năng ức chế. Tại nồng độ 500 μ g/ml, M1, M2, M5, M6, M8, M9 có khả năng ức chế α -glucosidase, M3, M4, M7, M10 thể hiện khả năng ức chế ở mức rất yếu ở nồng độ này.

Kết luận: Khả năng ức chế α -glucosidase của 10 bài thuốc y học cổ truyền được xếp vào các nhóm. Tại nồng độ 100 μ g/ml: Nhóm trung bình (M9), Nhóm yếu (M5, M6, M8), Nhóm rất yếu và không ức chế (M1, M2, M3, M4, M7, M10). Tại nồng độ 500 μ g/ml: Nhóm khá (M9), nhóm trung bình (M5, M6), nhóm yếu (M1, M2, M8), Nhóm rất yếu và không ức chế (M3, M4, M7, M10). Kết quả nghiên cứu cung cấp thông tin cơ sở dữ liệu để mở rộng nghiên cứu trên chuột và lâm sàng.

Từ khóa: ức chế enzym α -glucosidase, dưỡng âm sinh tân, đái tháo đường

SUMMARY

SCREENING α -GLUCOSIDASE INHIBITORY ACTIVITIES OF SOME TRADITIONAL MEDICINE FORMULAS WHICH CAN NOURISH YIN AND GENERATE BODY FLUID

Background and Aims: Inhibition of α -glucosidase plays a key role in the reduction in postprandial blood glucose. In addition, herbal medicine is becoming increasingly popular, inspiring studies on the hypoglycemic effect of herbs and traditional medicine formulas. A clinical survey on Traditional Medicine Syndromes of patients diagnosed with diabetes type 2 showed the percentage of Yin deficiency

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Triết
SĐT: 0393966053

Email: nguyenthantriet1702@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 08/08/2022

syndrome was major. In terms of Traditional Medicine (TM), the treatment for Yin deficiency syndrome should be nourishing yin and generating the body fluid. Therefore, this research was conducted in order to screen α -glucosidase inhibitory activities of some traditional medicine formulas which can nourish yin and generate body fluid.

Materials and Methods: Water extracts of 10 formulas that can nourish yin and generate body fluid were tested for its α -glucosidase inhibitory activities in vitro.

Results: The difference of α -glucosidase inhibitory activities of 10 water extracts at the concentration of 100 μ g/ml and 500 μ g/ml is statistically significant. At the concentration of 100 μ g/ml M5, M6, M8, M9 exhibit α -glucosidase inhibitory activities, while M1, M2, M3, M4, M7, M10 do not have the α -glucosidase inhibition. At the concentration of 500 μ g/ml M1, M2, M5, M6, M8, M9 exhibit α -glucosidase inhibitory activities, while the α -glucosidase inhibition of M3, M4, M7, M10 was very weak.

Conclusion: The results of α -glucosidase inhibition of 10 formulas are divided into categories. At the concentration of 100 μ g/ml: Moderate inhibition (M9), Low inhibition (M5, M6, M8), Very low and no inhibition (M1, M2, M3, M4, M7, M10). At the concentration of 500 μ g/ml: High inhibition (M9), Moderate inhibition (M5, M6), Low inhibition (M1, M2, M8), Very low and no inhibition (M3, M4, M7, M10). The research provides a database of further research on mice and on patients.

Keywords: inhibition of α -glucosidase enzyme, nourish yin and generate body fluid, diabetes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý nội tiết mạn tính, gây hậu quả nặng nề cho sức

khỏe và gánh nặng bệnh tật của xã hội. Về điều trị dùng thuốc, ngoài các thuốc uống đầu tay như Metformin hoặc các nhóm DPP-IV và SGLT2, các thuốc thuộc nhóm ức chế enzym α -glucosidase là nhóm thuốc được sử dụng trong phối hợp điều trị ĐTĐ. Thuốc ức chế α -glucosidase là một trong những nhóm thuốc kiểm soát tốt đường huyết sau ăn trên bệnh nhân đái tháo đường bằng cách ức chế enzym phân giải đường đa thành đường đơn dễ hấp thụ vào cơ thể. Cơ chế hạ đường huyết này đặc biệt có hiệu quả với khẩu phần ăn có nhiều tinh bột ở Việt Nam, không gây tác dụng phụ hạ đường huyết và không gây tăng cân. Bên cạnh đó điều trị bệnh ĐTĐ bằng thảo dược đang ngày càng phổ biến ở nước ta, theo đó thúc đẩy các nghiên cứu về tác dụng hạ đường huyết từ thảo dược và các bài thuốc Y học cổ truyền (YHCT). Theo quan điểm YHCT, không có bệnh danh tương đương với ĐTĐ của y học hiện đại, nhưng biểu hiện lâm sàng của bệnh được YHCT mô tả qua chứng tiêu khát, hư lao, ma mịch. Qua khảo sát trên lâm sàng về các thể YHCT của các bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2, chỉ ra rằng tỉ lệ thể Âm hư chiếm đa số (63,3%)⁽¹⁾. Theo quan niệm điều trị YHCT, đối với thể bệnh Âm hư nên lấy phép trị Dưỡng âm sinh tân làm chính.

Mặc dù đã có một số nghiên cứu ghi nhận khả năng ức chế enzym α -glucosidase của thảo dược y học cổ truyền, tuy nhiên hầu hết là những nghiên cứu về dược liệu riêng lẻ và rất ít nghiên cứu về tác dụng này trên toàn bài thuốc YHCT. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm sàng lọc tác dụng hạ đường huyết thông qua một trong các cơ chế góp phần vào tác dụng hạ đường huyết đó là ức chế enzym α -glucosidase của một số bài thuốc YHCT có tác dụng Dưỡng âm sinh tân.

Mục tiêu nghiên cứu:

Sàng lọc tác dụng hạ đường huyết qua ức chế enzym α -glucosidase của 10 bài thuốc YHCT có tác dụng dưỡng âm sinh tân.

10 bài thuốc được tham khảo trong các sách cổ điển, các sách phương tễ học và sách điều trị theo nghiệm phương, có tác dụng dưỡng âm sinh tân và được ghi nhận có hiệu quả về điều trị trên lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bảng 6. Các bài thuốc chọn trong nghiên cứu

Ký hiệu bài thuốc	Bài thuốc	Thành phần
M1	Tăng dịch thang	Huyền sâm (<i>Radix Scrophulariae</i>) 40g, Mạch môn (<i>Radix Ophiopogonis</i>) 32g, Sinh địa (<i>Radix Rehmanniae glutinosae</i>) 32g
M2	Ngọc nữ tiên	Thạch cao (<i>Gypsum Fibrosum</i>) 20g, Thục địa (<i>Radix Rehmanniae glutinosae</i>) 12g, Mạch môn (<i>Radix Ophiopogonis</i>) 8g, Ngưu tất (<i>Radix Achyranthis bidentatae</i>) 6g, Tri mẫu (<i>Rhizoma Anemarrhenae</i>) 6g
M3	Ích vị thang	Sa sâm (<i>Radix Glehniae</i>) 12g, Mạch môn (<i>Radix Ophiopogonis</i>) 12g, Sinh địa (<i>Radix Rehmanniae glutinosae</i>) 12g, Ngọc trúc (<i>Rhizoma Polygonati odorati</i>) 6g
M4	Bài thuốc nghiệm phương	Đậu đen (<i>Semen Vigna cylindrica</i>) 30g, Thiên hoa phần (<i>Radix Trichosanthis kirilowii</i>) 30g
M5	Bài thuốc nghiệm phương	Mẫu lệ (<i>Concha ostreae</i>) 30g, Thiên hoa phần (<i>Radix Trichosanthis kirilowii</i>) 30g
M6	Ngọc trúc mạch môn thang	Ngọc trúc (<i>Rhizoma Polygonati odorati</i>) 8g, Mạch môn (<i>Radix Ophiopogonis</i>) 6g, Bắc Sa sâm (<i>Radix Glehniae</i>) 4g, Cam thảo (<i>Radix Glycyrrhizae</i>) 3g, Đại táo (<i>Fructus Jujubae</i>) 8g
M7	Hoàng tinh hoa phần thang	Hoàng tinh (<i>Rhizoma Polygonati cyrtoneura</i>) 20g, Thiên hoa phần (<i>Radix Trichosanthis kirilowii</i>) 15g, Hoài sơn (<i>Rhizoma Dioscoreae</i>) 15g, Tri mẫu (<i>Rhizoma Anemarrhenae</i>) 12g, Mạch môn (<i>Radix Ophiopogonis</i>) 12g
M8	Ngọc trúc khổ qua sinh địa thang	Ngọc trúc (<i>Rhizoma Polygonati odorati</i>) 10g, Khổ qua (<i>Fructus Momordica charantia</i>) 20g, Sinh địa (<i>Radix Rehmanniae glutinosae</i>) 10g, Phá cố chỉ (<i>Fructus Psoraleae</i>) 12g, Thỏ Ty tử (<i>Semen Cuscutae</i>) 10g
M9	Hoài sơn diên thảo thang	Hoài sơn (<i>Rhizoma Dioscoreae</i>) 20 g, Tứ diệp thảo (<i>Marsilea quadrifolia</i>) 20 g, Nhàu quả (<i>Fructus morinda citrifolia</i>) 12g, Thỏ ty tử (<i>Semen Cuscutae</i>) 10g
M10	Thiên hoa tri mẫu thang	Thiên hoa phần (<i>Radix Trichosanthis kirilowii</i>) 12g, Tri mẫu (<i>Rhizoma Anemarrhenae</i>) 12g, Hoài sơn (<i>Rhizoma Dioscoreae</i>) 12g, Cát căn (<i>Radix Puerariae</i>) 9g, Hoàng Kỳ (<i>Radix Astragali</i>) 9g, Ngũ vị tử (<i>Fructus Schisandrae</i>) 6g

Các bài thuốc trên được chiết bằng cách nấu (sắc) thuốc cổ truyền. Dung môi để sắc là nước sạch. Tỷ lệ nước/dược liệu = 10/1. Sắc sôi trong thời gian 2 giờ. Sắc 2 lần, dịch sắc được gom lại và cô đặc bằng nồi cách thủy thành cao đặc (độ ẩm $\leq 20\%$). Các cao thuốc được giữ ở ngăn mát tủ lạnh (khoảng 4°C) cho đến khi sử dụng.

Dược liệu, dụng cụ, hóa chất

Dược liệu

Các dược liệu được mua từ Cơ sở 3 khoa Y học cổ truyền Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, nguồn cung cấp từ công ty cổ phần Dược liệu Trung ương I, chất lượng theo tiêu chuẩn cơ sở (TCCS) của công ty.

Dụng cụ nghiên cứu

Máy đọc đĩa Elisa đa năng (Biotek, USA)

Nồi cách thủy Memmert WB – 14

Nồi sắc thuốc

Cân xác định độ ẩm MA – 45 (Sartorius)

Cân phân tích Sartorius độ nhạy 0,1 mg BP – 221S

Ống nghiệm, pipet và các dụng cụ thủy tinh khác

Hóa chất

Acarbose (Sigma, $\geq 95\%$ HPLC) là thuốc thuộc nhóm ức chế α -glucosidase, được sử dụng như chứng dương trong mô hình nghiên cứu đề tài này.

DMSO (Merck)

p-nitrophenyl- α -D-glucopyranoside (pNPG, Sigma)

Dung dịch K_3PO_4 0,1M

α -glucosidase (Saccharomyces cerevisiae, Sigma)

Phương pháp nghiên cứu

Mô hình nghiên cứu ức chế α -glucosidase

Hỗn hợp phản ứng trong dung dịch đệm phosphat 0,1 M (pH 6,8), bao gồm 60 μ l dịch chiết ở các nồng độ khảo sát 100 μ g/ml và 500 μ g/ml (cao chiết được hòa tan trong DMSO (Merck) tuyệt đối, sau đó pha loãng thành dãy nồng độ sao cho nồng độ DMSO không quá 5%) và 50 μ l dung dịch đệm có chứa α -glucosidase (từ Saccharomyces cerevisiae, Sigma) 0,2 U/ml. Hỗn hợp này được ủ ở 37°C trong 10 phút, sau đó thêm 50 μ l dung dịch p-nitrophenyl- α -D-glucopyranoside (pNPG, Sigma). Hỗn hợp phản ứng tiếp tục được ủ ở 37°C trong 20 phút, sau đó độ hấp thụ quang của hỗn hợp sau phản ứng được đo ở bước sóng 405 nm bằng máy đọc đĩa Elisa đa năng (Biotek, USA) và so sánh với một mẫu chứng chứa 60 μ l dung môi pha mẫu thay cho mẫu thử. Acarbose (Sigma, $\geq 95\%$ HPLC) được sử dụng làm chứng dương. Mỗi phép đo được lặp lại 3 lần.

Phần trăm ức chế α -glucosidase của mẫu thử được tính theo công thức:

$$\text{Khả năng ức chế (\%)} = \left(1 - \frac{\text{Abs (mẫu thử)} - \text{Abs (mẫu thử trắng)}}{\text{Abs (mẫu chứng)} - \text{Abs (mẫu chứng trắng)}}\right) \times 100\%$$

Abs: Độ hấp thụ đo được ở bước sóng 405 nm.

Phương pháp phân tích dữ liệu

Kết quả của thí nghiệm được biểu diễn bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn của 3 lần tiến hành thí nghiệm độc lập. Sử dụng phép kiểm One-way ANOVA để so sánh sự khác biệt về khả năng ức chế của các bài thuốc ở các nồng độ, các bài thuốc tiếp tục

được phân tích hậu định bằng phương pháp Tukey để so sánh sự khác biệt về khả năng ức chế giữa mỗi cặp bài thuốc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Dữ liệu được xuất nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel, sau đó xử lý thống kê và vẽ biểu đồ bằng phần mềm Rstudio.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chất lượng cao thuốc

Độ ẩm, độ tro và hiệu suất chiết của 10 bài thuốc được thể hiện ở bảng 2.

Bảng 7. Độ ẩm, độ tro và hiệu suất chiết của 10 bài thuốc

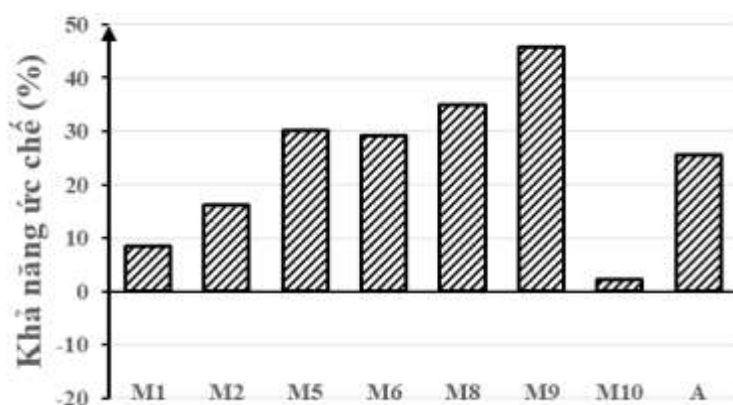
Cao	Độ ẩm	Tro toàn phần	Lượng dược liệu	Lượng cao thu được	Hiệu suất chiết
M1	6,99 ± 0,03%	3,21 ± 0,04%	104 g	66,91 g	67,86%
M2	7,76 ± 0,04%	5,25 ± 0,04%	52 g	10,32 g	19,84%
M3	7,15 ± 0,02%	3,74 ± 0,04%	42 g	18,78 g	47,94%
M4	15,66 ± 0,04%	11,97 ± 0,03%	60 g	16,56 g	21,89%
M5	15,80 ± 0,05%	21,47 ± 0,02%	60 g	11,35 g	9,86%
M6	6,56 ± 0,04%	3,38 ± 0,02%	58 g	21,53 g	57,12%
M7	9,26 ± 0,05%	6,22 ± 0,04%	74 g	38,62 g	56,71%
M8	13,31 ± 0,04%	9,26 ± 0,05%	62 g	17,95 g	25,86%
M9	12,52 ± 0,04%	16,21 ± 0,03%	62 g	10 g	14,39%
M10	16,55 ± 0,04%	8,07 ± 0,03%	60 g	26,84 g	42,73%

Khả năng ức chế α -glucosidase ở nồng độ 100 μ g/ml

Bảng 8. Khả năng ức chế enzyme α -glucosidase tại nồng độ 100 μ g/ml

Mẫu	Ức chế (%)
M1	8,49 ± 4,14
M2	16,34 ± 3,35
M3	(-)
M4	(-)
M5	30,17 ± 3,02
M6	29,27 ± 3,51
M7	(-)
M8	35,02 ± 1,15
M9	46,01 ± 7,86
M10	2,31 ± 1,53
Acarbose (A)	25,55 ± 1,42

$p=1,6 \times 10^{-14}$



Biểu đồ 3. Ức chế enzyme α -glucosidase ở nồng độ 100 μ g/ml

(-): Không tác dụng

Bảng 9. Sự khác biệt giữa các bài thuốc ở nồng độ 100 μ g/ml

M1	M2	M5	M6	M8	M9	M10
0,2693						
<0,05	<0,05					
<0,05	<0,05	1,0000				
<0,05	<0,05	0,8324	0,6524			
<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05		
0,5939	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	

Bài thuốc

Giá trị p

Cao thuốc M9 có tác dụng ức chế enzym α -glucosidase ở mức trung bình với khả năng ức chế là $46,01 \pm 7,86\%$ tại nồng độ 100 $\mu\text{g/ml}$. Các cao thuốc M5, M6, M8 cho khả năng ức chế yếu khoảng từ 29,27% đến 35,02%. Các cao thuốc M1, M2, M3, M4, M7, M10 cho khả năng ức chế enzym ở mức rất yếu dưới 20% hoặc không ức chế.

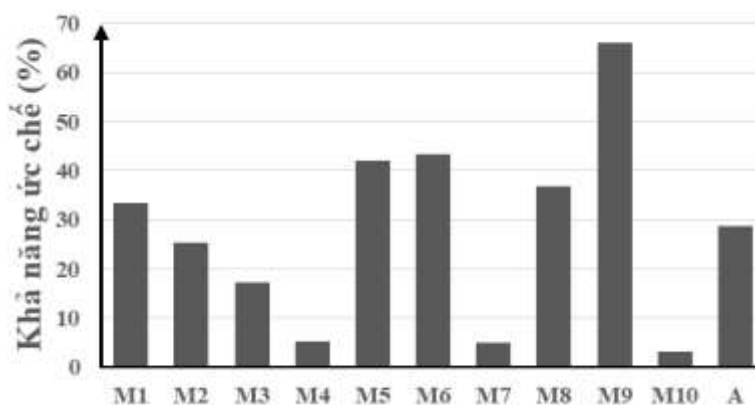
Tại nồng độ 100 $\mu\text{g/ml}$, trong 10 bài thuốc có sự khác biệt về khả năng ức chế enzym α -glucosidase của 10 cao này có ý

nghĩa thống kê với $p=1,6 \times 10^{-14}$. Trong đó, khả năng ức chế của cao M9 khác biệt có ý nghĩa thống kê so với những cao thuốc còn lại. Các cặp thuốc gồm M1 – M2, M5 – M6, M5 – M8, M6 – M8, M1 – M10 không có khác biệt về khả năng ức chế ($p>0,05$). Sự khác biệt về khả năng ức chế enzym α -glucosidase của những cặp thuốc còn lại có ý nghĩa với $p<0,05$.

Khả năng ức chế α -glucosidase ở nồng độ 500 $\mu\text{g/ml}$

Bảng 10. Khả năng ức chế enzym α -glucosidase tại nồng độ 500 $\mu\text{g/ml}$

Mẫu	Ức chế (%)
M1	$33,37 \pm 0,76$
M2	$27,45 \pm 2,15$
M3	$17,38 \pm 3,08$
M4	$5,24 \pm 2,21$
M5	$42,11 \pm 4,11$
M6	$43,38 \pm 2,51$
M7	$4,87 \pm 1,68$
M8	$36,74 \pm 1,29$
M9	$66,12 \pm 4,57$
M10	$3,05 \pm 1,65$
Acarbose (A)	$24,79 \pm 1,64$



Biểu đồ 4. Ức chế enzym α -glucosidase ở nồng độ 500 $\mu\text{g/ml}$

$$p=4,81 \times 10^{-15}$$

Bảng 11. Sự khác biệt giữa các bài thuốc ở nồng độ 500 $\mu\text{g/ml}$

M1										
<0,05	M2									
<0,05	<0,05	M3								
<0,05	<0,05	<0,05	M4							
<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	M5						
<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	0,9999	M6					
<0,05	<0,05	<0,05	1,0000	<0,05	<0,05	M7				
0,8701	<0,05	<0,05	<0,05	0,3323	0,1182	<0,05	M8			
<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	M9		
<0,05	<0,05	<0,05	0,9906	<0,05	<0,05	0,9979	<0,05	<0,05	M10	

Bài thuốc
 Giá trị p

Tại nồng độ 500 µg/ml, cao M9 có tác dụng ức chế enzyme α -glucosidase ở mức khá với khả năng ức chế là $66,12 \pm 4,57\%$. Các cao thuốc M5, M6 cho khả năng ức chế ở mức trung bình lần lượt là $42,11 \pm 4,11\%$ và $43,38 \pm 2,51\%$. Cao thuốc M1, M2 và M8 có khả năng ức chế enzyme ở mức yếu lần lượt là $33,37 \pm 0,76\%$, $27,45 \pm 2,15\%$ và $36,74 \pm 1,29\%$. Cao thuốc M3, M4, M7, M10 cho khả năng ức chế enzyme ở mức rất yếu dưới 20%.

Tại nồng độ 500 µg/ml, sự khác biệt về khả năng ức chế enzyme α -glucosidase của 10 cao này có ý nghĩa thống kê với $p=4,81 \times 10^{-15}$. Trong đó, khả năng ức chế của cao M9 khác biệt có ý nghĩa thống kê so với những cao thuốc còn lại. Các cặp thuốc gồm M1 – M8, M5 – M8, M5 – M6, M4 – M7, M6 – M8, M4 – M10, M7 – M10 không có khác biệt về khả năng ức chế ($p>0,05$). Sự khác biệt về khả năng ức chế enzyme α -glucosidase của những cặp thuốc còn lại có ý nghĩa với $p<0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Bài thuốc M9 cho kết quả ức chế enzyme α -glucosidase tốt nhất trong 10 cao thuốc ở cả 2 nồng độ 100 µg/mL và 500 µg/mL với khả năng ức chế lần lượt là $46,01 \pm 7,86\%$ và $66,12 \pm 4,57\%$. Trái nhàu chứa những alkaloid và những hợp chất dimethyl ether có khả năng ức chế enzyme α -glucosidase⁽²⁾, ngoài ra chiết xuất ethanol của trái nhàu cho khả năng ức chế enzyme α -glucosidase là 57% ở nồng độ 1 mg/ml⁽³⁾. Khả năng ức chế enzyme α -glucosidase của cao chiết ethyl acetat Thổ ty tử là 85,3% ở nồng độ 10 mg/ml⁽⁴⁾. Trong khi đó, khả năng ức chế cao

chiết nước M9 là 66,12% ở nồng độ 0,5 mg/ml. Sự khác biệt có thể do dung môi chiết và số lượng dược liệu của cao thuốc M9 so với cao chiết của từng dược liệu riêng lẻ.

Biểu đồ 1 và biểu đồ 2 cho thấy khả năng ức chế enzyme α -glucosidase của cao M5 cao hơn nhiều so với M4 ở cả hai nồng độ 100 µg/ml và 500 µg/ml. Khả năng ức chế α -glucosidase của cao M5 ở hai nồng độ 100 µg/ml và 500 µg/ml lần lượt là $30,17 \pm 3,02\%$ và $42,11 \pm 4,11\%$. Trong khi đó, hoạt tính kháng enzyme α -glucosidase ở cao M4 rất thấp ở cả hai nồng độ và được xem như không có khả năng ức chế. Hai bài thuốc chỉ khác nhau một vị thuốc lại cho kết quả rất khác biệt, M4 gồm vị Thiên hoa phấn và Đậu đen, M5 gồm Thiên hoa phấn và Mẫu lệ. Mặc dù chưa tìm thấy các nghiên cứu về khả năng ức chế enzyme α -glucosidase của các vị thuốc Thiên hoa phấn, Đậu đen và Mẫu lệ, nhưng sự khác biệt về hiệu quả ức chế của hai cao thuốc gợi ý giả thiết Mẫu lệ có khả năng ức chế enzyme α -glucosidase, tuy nhiên giả thiết này cần được chứng minh qua những nghiên cứu khác.

Tại nồng độ 100 µg/ml, cao M6 thể hiện hoạt tính ức chế enzyme α -glucosidase là $29,27 \pm 3,51\%$, ngược lại cao M3 không ghi nhận khả năng ức chế. Khi nâng nồng độ các cao lên 500 µg/ml, khả năng ức chế enzyme của M6 ở mức trung bình $43,38 \pm 2,51\%$, cao M3 ghi nhận khả năng ức chế ở mức rất yếu là $17,38 \pm 3,08\%$. Những polysaccharid của Sa sâm có thể ức chế enzyme α -glucosidase với IC_{50} là 5,23 mg/dL và hiệu suất chiết nước của Sa sâm trong 4 giờ chỉ ở mức 15,59%⁽⁵⁾ nên gợi ý rằng hiệu quả ức chế

enzym của vị thuốc Sa sâm trong bài thuốc M6 và M3 không cao. Ở bài thuốc M6 có Cam thảo và Đại táo, đây là điểm khác biệt giữa cao M6 và M3. Cam thảo có các flavonoid ức chế enzym α -glucosidase với IC_{50} từ 10,845 – 31,303 $\mu\text{g/mL}$, ức chế tốt hơn so với Acarbose với $IC_{50}=38,995 \pm 1,324 \mu\text{g/mL}$ ⁽⁶⁾. Cao chiết n-BuOH từ Đại táo cũng cho kết quả ức chế enzym α -glucosidase với $IC_{50}=25,03 \mu\text{g/mL}$ ⁽⁷⁾. Ngoài ra nhiều flavonoid trong Đại táo như myricetin, kaempferol, luteolin cũng được báo cáo có khả năng ức chế enzym này⁽⁸⁾. Điều này có thể lý giải khả năng ức chế enzym α -glucosidase M6 cao hơn M3. Mặt khác, Cam thảo và Đại táo cũng là thuốc kiện tỳ bổ khí theo Đông y, trị chứng tiêu chảy, điều này đưa ra giả thiết rằng bài thuốc M6 có khả năng ức chế enzym α -glucosidase và có ít tác dụng phụ rối loạn tiêu hóa hơn thuốc Acarbose. Giả thiết trên cần được chứng minh qua những nghiên cứu tiếp theo.

Ở nồng độ 100 $\mu\text{g/mL}$ khả năng ức chế enzym α -glucosidase của cao M1 là $8,49 \pm 4,14 \%$, khả năng ức chế này tăng lên $33,37 \pm 0,76\%$ ở nồng độ 500 $\mu\text{g/mL}$. Huyền sâm chứa những hoạt chất flavonoid như pectolinarigenin, iridoid và phenylpropanoid glycoside có khả năng kháng enzym α -glucosidase^(9,10). Sinh địa chứa các glycoside như acteoside, leucosceptoside, brachynoside, jionoside A1, jionoside B1 cho tác dụng ức chế enzym α -glucosidase⁽¹¹⁾. Mạch môn có khả năng ức chế enzym α -glucosidase với khả năng ức chế α -glucosidase là $36,2\%$ ở nồng độ 1 mg/mL ⁽¹²⁾, trong khi đó nghiên cứu này cho thấy khả năng ức chế của cao M1 là $33,37\%$ tại nồng

độ là 0,5 mg/mL . Sự khác biệt này gợi ý sự kết hợp nhiều dược liệu có khả năng cho tác dụng ức chế cao hơn, hoặc do sự tương tác của các chất trong dược liệu.

Bài thuốc M8 ghi nhận khả năng ức chế α -glucosidase ở nồng độ 100 $\mu\text{g/mL}$ và 500 $\mu\text{g/mL}$ lần lượt là $35,02 \pm 1,15\%$ và $36,74 \pm 1,29\%$. Một nghiên cứu về các glycoside phân lập từ chiết xuất ethyl acetate của Khổ qua cho thấy khả năng kháng enzym α -glucosidase của dược liệu này cao hơn so với Acarbose⁽¹³⁾. Ngoài ra, Khổ qua còn là dược liệu tiềm năng điều trị đái tháo đường qua các cơ chế khác như bảo vệ tế bào β tụy, tăng tiết insulin, ức chế quá trình tân tạo glucose và quá trình chuyển glycogen thành glucose, tăng tổng hợp glycogen nội bào, tăng độ nhạy cảm của insulin. Các flavonoid và coumestan của Phá cố chỉ có tác dụng ức chế enzym α -glucosidase^(14,15). Khả năng ức chế enzym α -glucosidase của cao chiết ethyl acetat Thỏ ty tử là $85,3\%$ ở nồng độ 10 mg/mL ⁽⁴⁾.

Khả năng ức chế α -glucosidase của bài thuốc M2 trong nghiên cứu này ở mức rất yếu lần lượt là $16,34 \pm 3,35\%$ và $27,45 \pm 2,15\%$ ở nồng độ 100 $\mu\text{g/mL}$ và 500 $\mu\text{g/mL}$. Đối với cao M7 và M10 khả năng ức chế chỉ dưới 5% ở cả hai nồng độ khảo sát và được xem như không có khả năng ức chế α -glucosidase. Dược liệu Tri mẫu trong ba bài thuốc này được kỳ vọng có khả năng ức chế enzym α -glucosidase khá tốt, bởi trong Tri mẫu chứa thành phần mangiferin có khả năng ức chế enzym α -glucosidase mạnh với $IC_{50}=96,1 \mu\text{g/mL}$ ^(10,16). Tuy nhiên mangiferin tan trong dung môi nước kém hơn so với dung môi ethanol và methanol⁽¹⁷⁾ và nhiệt độ

chiết tối ưu chỉ khoảng 60 – 80°C⁽¹⁸⁾ trong khi các bài thuốc trong nghiên cứu này được sắc ở nhiệt độ sôi. Do đó, việc sắc thuốc nước các bài thuốc có vị Tri mẫu trong nghiên cứu này có thể không hiệu quả bằng việc chiết bằng dung môi methanol ở nhiệt độ thường. Điều này có thể lý giải khả năng ức chế kém của cao M2, M7, M10. Tuy nhiên nghiên cứu này chỉ dừng lại ở mức sàng lọc, nên chưa có điều kiện định tính mangiferin trong các cao này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả sàng lọc về khả năng ức chế α -glucosidase của 10 bài thuốc y cổ truyền có tác dụng dưỡng âm sinh tân được xếp vào các nhóm (1) tại nồng độ 100 μ g/ml: ức chế mức trung bình: M9, ức chế mức yếu: M5, M6, M8 và ức chế rất yếu và không ức chế: M1, M2, M3, M4, M7, M10; (2) tại nồng độ 500 μ g/ml: ức chế mức khá: M9, ức chế mức trung bình: M5, M6, ức chế mức yếu: M1, M2, M8 và ức chế rất yếu hoặc không ức chế: M3, M4, M7, M10.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự ức chế của α -glucosidase trên 10 bài thuốc khi được chiết bằng cách sắc thuốc truyền thống. Kết quả sàng lọc tại hai nồng độ 100 μ g/ml và 500 μ g/ml là tiền đề vững chắc cho những nghiên cứu ứng dụng sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Bay, Nguyễn Đô Vinh, Lý Lương (2007). Tiêu chuẩn hóa chẩn đoán các thể lâm sàng Y học cổ truyền bệnh đái tháo đường type 2. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Zhang B, Yu ZX, Zhou XM, Nong XH, Li XB, Wang H, et al (2021). New alkaloids from the noni juice with potential α -glucosidase inhibitory activity, *Fitoterapia*, 153:104946.
3. Khamis M, Talib F, Rosli NS, Dharmaraj S (2015). In vitro α -amylase and α -glucosidase inhibition and increased glucose uptake of *Morinda citrifolia* fruit and scopoletin. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 8(2):189.
4. Shin SM, Park DW, Kim GT, Kim T, Sohn EH, Koo HJ (2012). Screening for anti-diabetic effects of prescribed Korean traditional medicines. *Korean Journal of Plant Resources*, 25(6):670-681.
5. Wang LL, Yuan Z (2020). Research progress in polysaccharide compositions of *Glehnia littoralis*. *Asian Journal of Traditional Medicines*, 15(3):136-143.
6. Gou SH, Liu J, He M, Qiang Y, Ni JM (2016). Quantification and bio-assay of α -glucosidase inhibitors from the roots of *Glycyrrhiza uralensis* Fisch. *Natural Product Research*, 30(18):2130-2134.
7. Şöhretoğlu D, Bakir SD, Barut B, Şoral M, Sari S (2022). Multiple biological effects of secondary metabolites of *Ziziphus jujuba*: isolation and mechanistic insights through in vitro and in silico studies. *European food research and technology*, 248(4):1059-1067.
8. Trifonova D, Stoilova I, Marchev AS, Denev P (2021). Phytochemical constituents of pressurized liquid extract from *Ziziphus jujuba* Mill. (Rhamnaceae) fruits and in vitro inhibitory activity on α -glucosidase, pancreatic α -amylase and lipase. *Bulgarian Journal of Agricultural Science*, 27(2):391-402.
9. Hua J, Qi J, Yu BY (2014). Iridoid and phenylpropanoid glycosides from

- Scrophularia ningpoensis Hemsl. and their α -Glucosidase inhibitory activities. Fitoterapia, 93:67-73.
10. **Ye XP, Song CQ, Yuan P, Mao RG.** α -Glucosidase and α -amylase inhibitory activity of common constituents from Traditional Chinese Medicine used for Diabetes Mellitus. Chinese Journal of Natural Medicines, 8(5):349-352.
 11. **Vu Kim Thu, Nguyen Thi Thoa, Nguyen Thi Thu Hien, Dan Thi Thuy Hang, Phan Van Kiem** (2021). Iridoid glycosides link with phenylpropanoids from Rehmannia glutinosa. Natural product research. DOI: 10.1080/14786419.2021.1931189
 12. **Wang YC, Liu F, Liang ZS** (2015). Nutritional Composition, α -glucosidase inhibitory and antioxidant activities of Ophiopogon japonicus Tubers. Chemistry, 2015(3):1-7.
 13. **Gao Y, Chen JC, Peng XR, Li ZR, Su HG, Qiu MH** (2020). Cucurbitane-type triterpene glycosides from Momordica charantia and their α -glucosidase inhibitory activities. Natural Products and Bioprospecting, 10:153-161.
 14. **Chai MY** (2020). A new bioactive coumestan from the seeds of Psoralea corylifolia. Asian Natural Products Research, 22(3):295-301.
 15. **Zhu GH, Luo YH, Xu XJ, Zhang HJ, Zhu M.** Anti-diabetic compounds from the seeds of Psoralea corylifolia (2019). Fitoterapia; 139:104373.
 16. **Ichiki H, Takeda O, Sakakibara I, Terabayashi S, Takeda S, Sasaki H** (2007). Inhibitory effects of compounds from Rhizoma Anemarrhenae on α -glucosidase and aldose reductase and its contents by drying conditions. Natural Medicines, 61:146-153.
 17. **Acosta J, Sevilla I, Salomón S, Nuevas L** (2016). Determination of mangiferin solubility in solvents used in the biopharmaceutical industry. Pharmacy & Pharmacognosy Research, 4(2):49-53.
 18. **Zou TB, Xia EQ, He TP, Huang MY, Jia Q, Li HW** (2014). Ultrasound-assisted extraction of mangiferin from mango (Mangifera indica L.) leaves using response surface methodology. Molecules, 19(2):1411-1421.

KHẢO SÁT LIỀU VÀ THỜI GIAN UỐNG HYDROCORTISON GÂY RỐI LOẠN LIPID MÁU THỂ ÂM HƯ TRÊN CHUỘT NHẮT TRẮNG

Nguyễn Thị Mộng Kha¹, Lê Thị Lan Phương¹, Nguyễn Thị Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hội chứng âm hư là một trong những hội chứng bệnh y học cổ truyền (YHCT) thường gặp trong rối loạn lipid máu (RLLPM). Các nghiên cứu dùng hydrocortison gây mô hình âm hư đồng thời có RLLPM đã tiến hành trên chuột cống Sprague Dawley, chuột nhắt Côn Minh. Tuy nhiên, sử dụng hydrocortison gây mô hình RLLPM thể âm hư trên chuột nhắt trắng Swiss albino hiện vẫn chưa được công bố. Nghiên cứu này nhằm khảo sát liều và thời gian cho uống hydrocortison gây RLLPM thể âm hư trên chuột nhắt trắng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chuột nhắt trắng Swiss albino đực, sau khi nuôi ổn định, được chia ngẫu nhiên thành bốn nhóm, mỗi nhóm sáu chuột. Nhóm chứng uống nước cất, ba nhóm còn lại uống hydrocortison lần lượt các liều 100 mg/kg (L100), 125 mg/kg (L125), 150 mg/kg (L150) vào lúc 15 – 16 giờ từ ngày 1 đến ngày 9. Vào các ngày 0, 4, 6, 9: Thu thập số liệu về các thông số chuyển hóa: Trọng lượng, lượng thức ăn 24 giờ, lượng nước uống 24 giờ, lượng nước tiểu 24 giờ bằng lồng chuyển hóa; Đo nhiệt độ hậu môn (sáng – chiều) bằng máy đo nhiệt độ KTM-607; Đo độ hoạt động tự nhiên

bằng máy đếm vận động hồng ngoại. Vào ngày 0 và 6: định lượng lipid máu (Cholesterol toàn phần, LDL-c, Triglycerid, HDL-c) bằng mẫu máu đuôi chuột.

Kết quả: Sau khi uống liên tục hydrocortison 6 ngày, ở nhóm L100 tăng LDL-c có ý nghĩa ($p < 0,05$) nhưng tăng cholesterol toàn phần (Cholesterol TP), giảm triglycerid (TG) và giảm HDL-c đều không có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p > 0,05$); ở nhóm L125 và L150 gây tăng có ý nghĩa cả cholesterol TP và LDL-c ($p < 0,05$) so với nhóm chứng, tăng không ý nghĩa cả HDL-c và TG ($p > 0,05$) so với nhóm chứng. Ở ngày 4, trọng lượng 3 nhóm uống hydrocortison tăng không có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p > 0,05$); Ở 3 nhóm uống hydrocortison đều gây tăng tỷ lệ lượng thức ăn 24 giờ/thể trọng (TA24h/TT), lượng nước uống 24 giờ/thể trọng (NU24h/TT), lượng nước tiểu 24 giờ/thể trọng NT24h/TT và giảm độ hoạt động tự nhiên (ĐHĐTN), tăng nhiệt độ hậu môn (NĐHM) buổi sáng không có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p > 0,05$). NĐHM buổi chiều ở nhóm L125 và L150 tăng có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Ở ngày 6, uống hydrocortison liều 125 mg/kg và 150 mg/kg gây giảm trọng lượng, tăng tỷ lệ TA24h/TT, tăng NT24h/TT, tăng NU24h/TT, giảm ĐHĐTN, tăng NĐHM buổi chiều có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$); Uống hydrocortison liều 100 mg/kg chỉ gây giảm trọng lượng, giảm ĐHĐTN, tăng NĐHM buổi chiều có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$); Uống hydrocortison liều 125 mg/kg làm tăng NĐHM buổi chiều và giảm ĐHĐTN có ý nghĩa so với liều 100 mg/kg ($p < 0,05$). Ở ngày 9, trọng lượng, ĐHĐTN của chuột ở 3 nhóm

¹Khoa Y học Cổ truyền – Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Sơn

SĐT: 0913972908

Email: nguyenthyson20@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 19/07/2022

Ngày duyệt bài: 04/08/2022

uống hydrocortison so với nhóm chứng đều giảm có ý nghĩa ($p < 0,05$), tỷ lệ TA24h/TT, NU24h/TT và NT24h/TT tăng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So với nhóm chứng, uống hydrocortison liều 100 mg/kg làm tăng NĐHM buổi sáng – chiều không có ý nghĩa ($p > 0,05$); uống hydrocortison liều 125 mg/kg và 150 mg/kg làm giảm NĐHM buổi sáng và chiều không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Kết luận: Hydrocortison dùng liều 125 mg/kg và 150 mg/kg uống liên tục trong 6 ngày gây được mô hình rối loạn lipid thể âm hư trên chuột nhắt trắng. Tuy nhiên hydrocortison liều 125 mg/kg gây biến đổi nhiệt độ hậu môn chiều và độ vận động tự nhiên tốt hơn so với liều 150 mg/kg.

Từ khoá: âm hư, hydrocortison, rối loạn lipid.

SUMMARY

INVESTIGATING THE DOSAGE AND DURATION OF TAKING HYDROCORTISONE TO CAUSE DYSLIPIDEMIA WITH YIN DEFICIENCY MODEL IN MICE

Objectives: Yin deficiency syndrome is one of the common traditional medicine syndromes in dyslipidemia. Previous studies using hydrocortisone to induce a yin deficiency model with dyslipidemia were conducted on Sprague Dawley rats, Kunming mice. However, using hydrocortisone to induce dyslipidemia with yin deficiency model in mice has not yet been published.

The study aimed to investigate the dose and duration of hydrocortisone causing dyslipidemia with yin deficiency model in mice.

Methods: Swiss albino male mice, after stable caring, were randomly divided into four groups of six mice each. The control group took distilled water, the remaining three groups took

hydrocortisone with doses of 100 mg/kg (D100), 125 mg/kg (D125), and 150 mg/kg (D150) at 15 – 16 hours from day 1 to day 9. On days 0, 4, 6, 9, data on metabolic parameters were collected including weight, 24-hour food intake, 24-hour water intake, 24-hour urine output with metabolic cages; anal temperature (AT) morning-afternoon was measured with KTM-607 device; natural activity with infrared movement counter. On days 0 and 6, mice tail blood samples were collected to quantify blood lipids (Total cholesterol, LDL-c, Triglycerides, HDL-c).

Results: After taking hydrocortisone continuously for 6 days, there was a significant increase in LDL-c in the D100 group ($p < 0.05$), but no significant increase in total cholesterol (TC) and decrease in either triglyceride (TG) or HDL-c compared with the control group ($p > 0.05$); in the D125 and D150 groups, a significant increase was seen in both TC and LDL-c ($p < 0.05$) but no significant increase in either HDL-c or TG ($p > 0.05$) compared with the control group. On day 4, in the 3 groups taking hydrocortisone, weight, increase in the ratio of 24-hour food intake/body weight (F24h/BW), 24-hour water intake/body weight (W24h/BW), 24-hour urine output/bodyweight (U24h/BW) and decrease in spontaneous activity (SA), increase in anal temperature (AT) in the morning did not differ from those in the control group ($p > 0.05$). AT in the afternoon in the D125 and D150 groups increased significantly compared with the control group ($p < 0.05$). On day 6, hydrocortisone at doses of 125 mg/kg and 150 mg/kg caused weight loss, an increase in F24h/BW, U24h/BW, W24h/BW, AT in the afternoon and a decrease in SA compared with the control group ($p < 0.05$); hydrocortisone at a dose of 100 mg/kg only caused weight loss, decreased SA, and increased AT in the afternoon significantly compared with the control group ($p < 0.05$); a dose of 125 mg/kg

increased AT in the afternoon and decreased SA significantly compared with a dose of 100 mg/kg ($p < 0.05$). On day 9, in groups taking hydrocortisone the weight and SA decreased significantly ($p < 0.05$), F24h/BW, W24h/BW and U24h/BW increased significantly ($p > 0.05$) compared with the control group, taking hydrocortisone at a dose of 100 mg/kg did not significantly increase AT morning-afternoon ($p > 0.05$). Hydrocortisone at doses of 125 mg/kg and 150 mg/kg did not significantly reduce AT morning-afternoon ($p > 0.05$) compared with the control group ($p > 0.05$).

Conclusion: Hydrocortisone administered at doses of 125 mg/kg and 150 mg/kg orally continuously for 6 days caused dyslipidemia with yin deficiency model in mice. However, hydrocortisone at a dose of 125 mg/kg caused a better change in AT and SA than a dose of 150 mg/kg.

Keywords: Yin deficiency, hydrocortisone, dyslipidemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chứng âm hư là tình trạng tinh, khí, huyết, tân dịch của cơ thể hao thương, âm khí bất túc thời công năng tư nhuận, ninh tĩnh, tiềm giáng và chế ước dương nhiệt suy giảm, và do âm không chế được dương nên dương khí thịnh, xuất hiện tảo nhiệt, thăng động và hóa khí thái quá với sinh nhiệt gia tăng, tăng trao đổi chất,... Đây là một hội chứng bệnh Y học cổ truyền (YHCT) thường gặp trong nhiều loại bệnh, với các triệu chứng thường gặp gồm: Sốt kéo dài, ngũ tâm phiền nhiệt, miệng khô họng táo, triều nhiệt, gò má đỏ về chiều, sụt cân, chóng mặt, đạo hãn, lưỡi đỏ ít rêu ít tân dịch, tiểu tiện ngắn vàng, phân khô, mạch tế sác,...⁽¹⁾. Trong bệnh rối loạn lipid máu (RLLPM) theo

YHCT thì biểu hiện hội chứng âm hư chiếm tỷ lệ cao (31,96%)⁽²⁾. Ở Việt Nam, có nhiều mô hình gây RLLPM phổ biến trên động vật như dùng chế độ ăn giàu cholesterol, dùng tyloxapol,... đều mang lại hiệu quả gây RLLPM nhưng chưa thể hiện mô hình RLLPM trên một hội chứng YHCT cụ thể⁽³⁾. Hydrocortison là glucocorticoid được sử dụng phổ biến nhất để gây mô hình âm hư. Sử dụng hydrocortison liều cao gây các triệu chứng lâm sàng giống với biểu hiện âm hư trong YHCT, đồng thời gây nên RLLPM, nên hydrocortison khả thi để tái tạo mô hình RLLPM thể âm hư⁽³⁾. Trên thế giới, việc sử dụng hydrocortison gây mô hình RLLPM thể âm hư đã được thực hiện trên chuột cống Sprague Dawley (SD, chuột nhắt Côn Minh)⁽⁵⁾. Ở Việt Nam, chuột nhắt trắng Swiss albino là động vật rất thường được sử dụng trong nghiên cứu thực nghiệm và vì chúng có kích thước nhỏ nên khá vô hại khi thao tác. Chuột nhắt Swiss albino và chuột cống SD gần như tương đồng về các chỉ số huyết học, sinh hóa máu, điều kiện nuôi dưỡng nhưng kích thước chuột cống lớn hơn, chi phí cho chuột cống cao hơn so với chuột nhắt nên khó khăn khi tái tạo mô hình động vật cần số lượng lớn để khảo sát⁽⁷⁾. Chuột nhắt Côn Minh là dòng chuột được sử dụng phổ biến trong nghiên cứu y sinh học ở Trung Quốc, thuộc dòng chuột Swiss, khi dùng gây mô hình đòi hỏi phải nhập về Việt Nam⁽⁹⁾. Cho nên, với mong muốn góp phần tạo thuận tiện cho những nghiên cứu trong nước có thể nghiên cứu các thuốc YHCT điều trị RLLPM thể âm hư, nghiên cứu này thực hiện khảo sát liều và thời gian cho uống hydrocortison gây RLLPM thể âm hư trên chủng chuột nhắt trắng Swiss albino.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Nguyên liệu nghiên cứu**

Hydrocortison 10 mg (Huhajo Tab. – JRP, Hàn Quốc, lô sản xuất X013, hạn dùng 01/12/2023).

Phương tiện

Lồng chuyển hoá đã được chuẩn hoá thiết kế bởi Phòng thí nghiệm Y dược cổ truyền – Khoa Y học cổ truyền Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, máy đếm vận động hồng ngoại UGO-Basils (Italia), máy đo nhiệt độ hậu môn chuột (KTM-607, Viện Vật lý Thành phố Hồ Chí Minh), cân điện tử, các dụng cụ thông thường để chăm sóc và cho chuột uống thuốc.

Động vật thử nghiệm

Chuột nhắt trắng, phái đực, chủng Swiss albino, 6 – 8 tuần tuổi, khối lượng 18 – 22 g được mua ở Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh. Chuột được nuôi ổn định trong lồng nhựa (28 cm x 17 cm x 14 cm) bằng thức ăn cám viên với thành phần bột gạo, bột bắp và vitamin bổ sung trong 3 ngày. Sau đó được nuôi làm quen trong lồng chuyển hoá mỗi lồng 1 chuột, được ăn uống tự do 4 ngày trước khi tiến hành thí nghiệm. Lồng được duy trì ở nhiệt độ ổn định 25 – 27 °C với chu kỳ 12 giờ sáng và 12 giờ tối.

Phương pháp nghiên cứu

Sau nuôi ổn định 3 ngày và làm quen lồng 4 ngày, lấy số liệu nền (ngày 0): Nhốt riêng từng con vào lồng chuyển hóa, ghi nhận các thông số hóa, nhiệt độ hậu môn, đo độ vận động, lấy máu đuôi xét nghiệm các thông số lipid máu ban đầu bao gồm cholesterol toàn phần (TP), triglycerid (TG), HDL-c, LDL-c. Sau đó chia ngẫu nhiên thành 4 nhóm, mỗi nhóm 6 con, được uống nước cất hoặc hydrocortison vào buổi chiều lúc 15 – 16 giờ từ ngày 1 đến ngày 9 như sau:

Nhóm chứng (C): uống nước cất 0,1 ml / 10 g.

Nhóm (L100): uống hydrocortison liều 100 mg/kg, 0,1 ml/ 10 g chuột

Nhóm (L125): uống hydrocortison liều 125 mg/kg, 0,1 ml/ 10 g chuột

Nhóm (L150): uống hydrocortison liều 150 mg/kg, 0,1 ml/ 10 g chuột

Ghi nhận số liệu về các thông số chuyển hóa: trọng lượng chuột, trọng lượng thức ăn 24 giờ, trọng lượng nước uống 24 giờ, trọng lượng nước tiểu 24 giờ, nhiệt độ hậu môn (sáng – chiều), đo độ hoạt động các ngày 0, 4, 6, 9 và lấy máu đuôi lấy máu đuôi xét nghiệm các chỉ số lipid máu (Cholesterol toàn phần, LDL-c, TG, HDL-c) vào ngày 0, ngày 6^(5,10,11).

Tiêu chuẩn đánh giá âm hư

Gầy hoặc sụt cân: tỷ số lượng thức ăn trong 24 giờ/thể trọng (g/g) cho thấy lượng thức ăn tiêu thụ trên mỗi gam chuột, nếu tỷ số tăng có ý nghĩa so với nhóm chứng, chứng tỏ chuột cần tiêu thụ lượng thức ăn nhiều hơn cho mỗi gam thể trọng, để đánh giá triệu chứng gầy hoặc sụt cân.

Khát, uống nhiều: tỷ số lượng nước uống trong 24 giờ/thể trọng (g/g) cho thấy lượng nước uống tiêu thụ trên mỗi gam thể trọng, nếu tăng có ý nghĩa so với nhóm chứng, chứng tỏ chuột cần lượng nước nhiều hơn trên mỗi gam thể trọng.

Tiểu nhiều: tỷ lệ lượng nước tiểu trong 24 giờ/thể trọng (g/g), nếu tăng có ý nghĩa so với nhóm chứng, chứng tỏ chuột tiểu nhiều hơn.

Triệu nhiệt: đánh giá dựa trên nhiệt độ hậu môn sáng, chiều. Chuột được nuôi ở điều kiện ổn định về nhiệt độ (25°C) do đó tránh được ảnh hưởng từ nhiệt độ môi trường đến thân nhiệt, tăng nhiệt độ hậu môn vào buổi

chiều có ý nghĩa so với nhóm chứng thì chứng tỏ chuột có biểu hiện triệu nhiệt.

Một mỗi yếu sức: đánh giá dựa trên tần số vận động trong 5 phút, nếu tần số vận động giảm có ý nghĩa so với nhóm chứng thì chứng tỏ chuột một mỗi yếu sức⁽¹⁰⁾.

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu

Các thông số Cholesterol TP, TG, HDL-c, LDL-c giữa các nhóm tăng/giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.

Phương pháp thu thập số liệu

Các thông số chuyển hóa: Mỗi chuột được nuôi riêng trong lồng chuyển hóa, lúc 8 giờ sáng mỗi ngày lấy số liệu (ngày A), đưa máng thức ăn, ống nước uống, lọ lấy nước tiểu vào mỗi lồng chuyển hóa (các dụng cụ này đã cân xác định trọng lượng) → 8 giờ sáng hôm sau (ngày B), lấy máng ăn, ống nước uống, lọ lấy nước tiểu cân lại, đồng thời cân trọng lượng chuột.

Nhiệt độ hậu môn sáng, chiều: đo vào lúc 8 giờ và 16 giờ ngày B, đo bằng cách đưa đầu dò của máy đo nhiệt độ vào hậu môn chuột, đưa sâu và chậm đến lúc chỉ số hiện trên máy không thay đổi nữa. Ghi nhận chỉ số đó.

Đo độ vận động: Vào 9 giờ ngày B, đưa từng chuột vào lồng của máy đo vận động tự nhiên để chuột làm quen trong lồng 5 phút, sau đó thiết lập máy đo số lần vận động của chuột trong 5 phút tiếp theo. Đo xong 1 chuột thì làm sạch lồng bằng cồn 90 độ, rồi đo con tiếp theo. Trong suốt quá trình đo thì

điều kiện ánh sáng, nhiệt độ phòng và tiếng ồn được giữ ổn định. Độ vận động tự nhiên của chuột = số lần vận động trong 5 phút⁽¹⁰⁾.

Chỉ số lipid máu: Sau khi đo độ vận động thì lấy máu đuôi chuột đem xét nghiệm các chỉ số lipid máu (Cholesterol TP, HDL-c, LDL-c, TG) bằng máy xét nghiệm sinh hóa tự động AU 480 – Beckman coulter, Mỹ.

Xử lý số liệu

Tất cả số liệu được biểu diễn ở dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (Mean $\pm$ SD). Dùng phép kiểm t-test với phần mềm Stata 14.0 để so sánh hai nhóm độc lập. Dùng phép kiểm ANOVA để so sánh sự khác nhau giữa các nhóm, nếu phương sai các nhóm không bằng nhau dùng phép kiểm Kruskal-Wallis, so sánh từng nhóm bằng phép kiểm Bonferroni. Vẽ đồ thị bằng phần mềm Microsoft Excel 365.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Liều và thời gian uống hydrocortison gây âm hư

Ảnh hưởng trên trọng lượng

Ở ngày 0, trọng lượng ở các nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Ở ngày 4, trọng lượng ở 3 nhóm uống hydrocortison đều tăng, nhưng tăng không có ý nghĩa so với ngày 0 và so với nhóm chứng ($p>0,05$). Ở ngày 6 và ngày 9 trọng lượng của chuột ở 3 nhóm uống hydrocortison đều giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p<0,05$) (Bảng 1).

Bảng 12. Trọng lượng cơ thể chuột

Nhóm (n=6)	Trọng lượng (g)			
	Ngày 0	Ngày 4	Ngày 6	Ngày 9
Chứng	22,31 $\pm$ 1,61	25,30 $\pm$ 2,16	26,00 $\pm$ 2,68	26,91 $\pm$ 3,72
L100	21,81 $\pm$ 2,02	23,10 $\pm$ 1,89	22,68 $\pm$ 2,28*	22,06 $\pm$ 2,78*
L125	23,16 $\pm$ 1,42	24,25 $\pm$ 1,40	22,90 $\pm$ 1,28*	21,98 $\pm$ 1,67*
L150	23,65 $\pm$ 2,25	24,48 $\pm$ 2,21	22,67 $\pm$ 2,49*	21,18 $\pm$ 3,06*

Ghi chú: $P < 0,05$ so với nhóm chứng

Đối với tỷ lệ lượng thức ăn 24 giờ/thể trọng

Ở ngày 0, tỷ lệ TA24h/TT ở các nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Ở ngày 4 và ngày 9, tỷ lệ TA24h/TT ở 3 nhóm uống hydrocortison đều tăng không có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p > 0,05$). Ở ngày 6, ở 3 nhóm uống hydrocortison đều gây tăng tỷ lệ TA24h/TT có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,05$) (Bảng 2).

Bảng 13. Tỷ lệ lượng thức ăn 24 giờ/ thể trọng

Nhóm (n=6)	Tỷ lệ lượng thức ăn/thể trọng (g/24 giờ/g)			
	Ngày 0	Ngày 4	Ngày 6	Ngày 9
Chứng	0,20±0,01	0,18±0,01	0,16±0,02	0,16±0,01
L100	0,20±0,03	0,20±0,02	0,20±0,04*	0,21±0,06
L125	0,20±0,05	0,19±0,03	0,19±0,01*	0,17±0,02
L150	0,20±0,03	0,19±0,02	0,19±0,02*	0,17±0,03

Ghi chú: * $P < 0,05$ so với nhóm chứng

Đối với tỷ lệ lượng nước uống 24 giờ/thể trọng và tỷ lệ lượng nước tiểu 24 giờ/thể trọng

Ở ngày 0, tỷ lệ NU24h/TT và tỷ lệ NT24h/TT ở các nhóm đều khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở ngày 4, tỷ lệ NU24h/TT và tỷ lệ NT24h/TT ở 3 nhóm uống hydrocortison đều tăng không có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p > 0,05$). Ở ngày 6, tỷ lệ

NU24h/TT và tỷ lệ NT24h/TT ở nhóm L125 và L150 đều tăng có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$), nhưng ở nhóm L100 gây tăng không có ý nghĩa cả tỷ lệ NU24h/TT và tỷ lệ NT24h/TT so với nhóm chứng ($p > 0,05$). Ở ngày 9, tỷ lệ NU24h/TT và tỷ lệ NT24h/TT ở cả 3 nhóm uống hydrocortison đều tăng không có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p > 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 14. Tỷ lệ lượng nước uống/thể trọng (g/24 giờ/g) và tỷ lệ lượng nước tiểu/thể trọng (g/24 giờ/g) của các nhóm

Nhóm (n=6)	Tỷ lệ lượng nước uống/thể trọng (g/24 giờ/g)				Tỷ lệ lượng nước tiểu/thể trọng (g/24 giờ/g)			
	Ngày 0	Ngày 4	Ngày 6	Ngày 9	Ngày 0	Ngày 4	Ngày 6	Ngày 9
Chứng	0,28±0,03	0,21±0,02	0,17±0,04	0,14±0,04	0,06±0,05	0,06±0,03	0,05±0,01	0,05±0,02
L100	0,24±0,06	0,22±0,05	0,20±0,03	0,17±0,05	0,04±0,01	0,07±0,03	0,08±0,02	0,06±0,03
L125	0,22±0,06	0,23±0,07	0,25±0,06*	0,16±0,01	0,06±0,02	0,11±0,06	0,09±0,01*	0,06±0,01
L150	0,23±0,05	0,23±0,02	0,25±0,05*	0,20±0,06	0,05±0,01	0,07±0,02	0,10±0,04*	0,07±0,04

Ghi chú: $P < 0,05$ so với nhóm chứng

Ảnh hưởng trên nhiệt độ hậu môn buổi sáng, chiều

Ở ngày 0, NDHM chuột buổi sáng và buổi chiều ở các nhóm đều khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở ngày 4: NDHM chuột buổi sáng ở 3 nhóm uống hydrocortison đều tăng không có ý nghĩa so

với nhóm chứng ($p > 0,05$); NDHM chuột buổi chiều ở nhóm L125 và L150 đều tăng có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$), nhưng NDHM buổi chiều ở nhóm L100 tăng không có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p > 0,05$). Ở ngày 6: ở 3 nhóm uống hydrocortison đều làm tăng NDHM buổi

sáng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) và tăng NDHM buổi chiều có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p<0,05$). Nhóm L125 có NDHM buổi chiều tăng có ý nghĩa so với L100 ($p<0,05$). Ở ngày 9: NDHM buổi sáng

và buổi chiều ở nhóm L100 tăng không có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p>0,05$); NDHM buổi sáng và buổi chiều ở nhóm L125 và L150 giảm không có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p>0,05$) (Bảng 3).

Bảng 15. Nhiệt độ hậu môn buổi sáng và chiều của các nhóm.

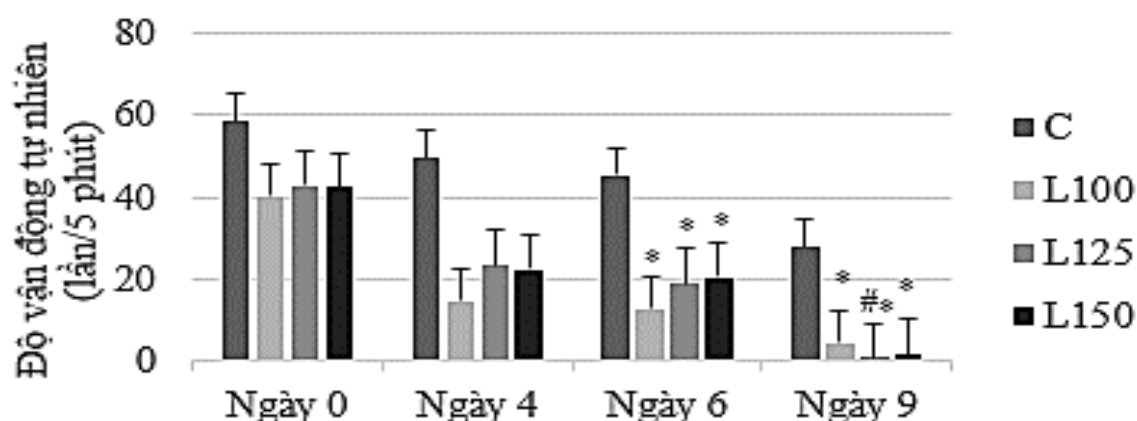
Nhóm (n=6)	Nhiệt độ hậu môn buổi sáng (°C)				Nhiệt độ hậu môn buổi chiều (°C)			
	Ngày 0	Ngày 4	Ngày 6	Ngày 9	Ngày 0	Ngày 4	Ngày 6	Ngày 9
Chứng	38,52 ±0,25	38,25 ±0,26	38,50 ±0,49	38,07 ±0,70	37,67 ±0,33	37,3 ±0,48	37,55 ±0,63	37,45 ±0,36
L100	38,40 ±0,16	38,42 ±0,51	38,70 ±0,23	38,72 ±0,24	37,60 ±0,50	37,82 ±0,56	38,22 ±0,21*	37,70 ±0,43
L125	38,57 ±0,39	38,47 ±0,33	39,02 ±0,29	36,13 ±2,74	37,88 ±0,45	38,47 ±0,63*	39,00 ±0,42*#	35,83 ±2,72
L150	38,70 ±0,12	38,63 ±0,72	38,77 ±0,64	37,52 ±2,50	37,60 ±0,15	38,15 ±0,55*	38,50 ±0,80*	36,05 ±2,42

Ghi chú: $P^*<0,05$ so với nhóm chứng; $\#<0,05$ so với nhóm L100

Ảnh hưởng trên độ hoạt động tự nhiên trong 5 phút

Ở ngày 0, ĐHĐTN ở các nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Ở ngày 4, ở 3 nhóm uống hydrocortison đều làm giảm ĐHĐTN không có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p>0,05$). Ở ngày 6 và ngày 9 thì 3

nhóm uống hydrocortison đều làm giảm ĐHĐTN có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p<0,05$). Nhóm uống hydrocortison liều 125 mg/kg còn làm giảm ĐHĐTN ở ngày 9 có ý nghĩa thống kê so với nhóm uống hydrocortison liều 100 mg/kg ($p<0,05$). (Hình 1).



Hình 1. Độ hoạt động tự nhiên (lần/5 phút) của các nhóm, mỗi nhóm 6 chuột. $P^*<0,05$ so với nhóm chứng; $\#<0,05$ so với nhóm L100)

Liều hydrocortison gây rối loạn lipid máu

Hydrocortison sử dụng đường uống liên tục trong 6 ngày ở nhóm L100 gây tăng LDL-c có ý nghĩa ($p<0,05$), nhưng tăng cholesterol TP, giảm TG, giảm HDL-c không

có ý nghĩa ($p>0,05$) so với nhóm chứng. Hydrocortison dùng liều 125 mg/kg và 150 mg/kg gây tăng LDL-c và cholesterol TP có ý nghĩa ($p<0,05$), nhưng tăng TG và HDL-c không có ý nghĩa ($p>0,05$) so với nhóm chứng (Bảng 3).

Bảng 16. Nồng độ lipid máu của các lô trong thử nghiệm

Nhóm (n=6)	Ngày 0 (mmol/L)				Ngày 6 (mmol/L)			
	Cholesterol	TG	HDL-c	LDL-c	Cholesterol	TG	HDL-c	LDL-c
Chứng	3,09±0,44	1,64±0,42	2,06±0,43	0,80±0,28	3,04±0,19	1,99±0,84	2,12±0,17	0,70±0,15
L100	2,84±0,27	1,54±0,46	2,07±0,13	0,61±0,15	3,52±0,84	1,69±0,56	2,06±0,50	1,16±0,34*
L125	3,28±0,77	1,57±0,48	2,09±0,49	0,97±0,42	4,19±0,59*	2,17±0,86	2,43±0,32	1,28±0,50*
L150	3,18±0,53	1,57±0,32	2,06±0,28	0,90±0,34	3,50±0,40*	2,03±0,61	2,23±0,29	1,01±0,23*

Ghi chú: $P^*<0,05$ so với nhóm chứng

IV. BÀN LUẬN

Hydrocortison gây rối loạn lipid máu

Ở người, việc điều trị bằng glucocorticoid các liều khác nhau sẽ gây thay đổi một hoặc tất cả các thành phần lipid sau: tăng cholesterol toàn phần và triglyceride, lipoprotein tỷ trọng rất thấp (VLDL), tăng hoặc giảm HDL-c và LDL-c⁽¹²⁾. Sử dụng glucocorticoid cho chuột cống đã được báo cáo là dẫn đến tăng kết hợp hoặc chọn lọc cholesterol toàn phần và triglycerid⁽¹²⁾. Theo nghiên cứu của Lin C (2011) cho chuột cống SD uống hydrocortison liều 50 mg/kg (tương đương với liều 100 mg/kg khi quy đổi cho chuột nhắt) liên tục 6 ngày làm tăng cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-c có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p<0,05$), tăng LDL-c không có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p<0,05$)⁽⁵⁾. Nghiên cứu của chúng tôi cho chuột nhắt trắng uống hydrocortison liên tục trong 6 ngày, ở liều 100 mg/kg đã gây tăng LDL-c có ý nghĩa ($p<0,05$) nhưng gây tăng

cholesterol, giảm triglycerid và HDL-c không có ý nghĩa ($p>0,05$) so với nhóm chứng. Cho thấy có sự không tương đồng về rối loạn các thông số lipid so với nghiên cứu của Lin Changsong có thể do sự khác biệt về động vật thí nghiệm ở 2 mô hình. Nghiên cứu của chúng tôi khi sử dụng hydrocortison ở 125 mg/kg và 150 mg/kg đã gây tăng cholesterol toàn phần và LDL-c có ý nghĩa ($p<0,05$) so với nhóm chứng, tăng triglycerid và HDL-c nhưng không có ý nghĩa ($p>0,05$) so với nhóm chứng. Cho thấy ở liều 125 mg/kg và 150 mg/kg có sự tương đồng về tác dụng gây rối loạn các chỉ số lipid so với nghiên cứu của Lin Changsong, và phù hợp với sinh lý gây rối loạn lipid của glucocorticoid dù sử dụng liều cao hơn. Glucocorticoid là chất điều hòa quan trọng của cân bằng nội môi lipid toàn cơ thể. Sử dụng glucocorticoid gây giảm điều hòa thoái qua các thụ thể LDL ở chuột, gây tăng LDL-c và cholesterol toàn phần. Dùng

glucocorticoid liều trên sinh lý kéo dài kích thích sự phân giải lipid mô mỡ, tạo ra các acid béo tự do (FFAs) và glycerol. Cơ và gan đều sử dụng năng lượng có được từ quá trình oxy hóa FFAs, còn glycerol được gan sử dụng như một tiền chất để tạo gluconeogenesis. Với những tác động này, dùng liều cao glucocorticoid kéo dài có thể dẫn đến rối loạn lipid máu và gan nhiễm mỡ⁽¹³⁾.

Thời gian uống và liều hydrocortison gây triệu chứng âm hư

Nghiên cứu của Liu X (2002) sử dụng hydrocortison liều 50mg/kg cho chuột cống SD uống vào lúc 17 giờ chiều liên tục trong 4 ngày đã gây mô hình âm hư⁽¹⁴⁾. Nghiên cứu của Lin C (2011)⁽⁵⁾ cho chuột cống SD uống hydrocortison liều 50 mg/kg (tương đương liều 100 mg/kg quy đổi cho chuột nhắt) trong 6 ngày thì trọng lượng cơ thể tăng dần những ngày đầu và giảm vào ngày thứ 4 và thứ 6, đồng thời gây được mô hình âm hư với các biểu hiện chuột gầy đi, khát nước nhiều hơn, phân khô,... vào ngày 6. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trọng lượng cơ thể chuột ở mỗi nhóm đều tăng dần những ngày đầu nhưng ở các nhóm mô hình uống hydrocortison thì trọng lượng cơ thể bắt đầu giảm sau ngày thứ 4, cơ thể có xu hướng giảm cân, rõ nhất từ ngày 6 trở đi, cho thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của Lin C (2011) và sự phù hợp với tác dụng phụ của dùng glucocorticoid (GC) liều cao giai đoạn đầu gây tăng cân do gây giữ nước, natri và thải kali dẫn đến tình trạng phù và nhược cơ; giai đoạn dùng GC liều cao thời gian kéo dài sẽ gây ra suy thượng thận thứ phát do GC ức chế trục hạ đồi – tuyến yên – tuyến thượng

thận với các triệu chứng yếu mệt, sút cân, sốt,... biểu hiện rõ khi có stress, đồng thời biểu sệt cân trong thí nghiệm này có thể do liên quan thời gian thử nghiệm ngắn, GC thúc đẩy quá trình ly giải protein của mô cơ và lipid của mô mỡ chiếm ưu thế trong khi sự tái phân bố lại chất béo chưa hoàn chỉnh, sự suy giảm trọng lượng cơ thể này cũng phù hợp với triệu chứng âm hư.

Quan sát lâm sàng của YHCT Trung Quốc đã phát hiện ra rằng trong giai đoạn sử dụng GC liều cao, do uống một lượng lớn GC trong thời gian dài, khiến âm dịch bị tổn thương, âm hư không điều khiển được dương, xuất hiện các triệu chứng như nóng trong người, bứt rứt, khó ngủ, hưng phấn, bốc hỏa và đổ mồ hôi ban đêm, rậm lông, miệng khô họng khát, lưỡi đỏ ít tân, mạch tế sác,... tương tự biểu hiện hội chứng bệnh âm hư^(1,5). Trong nghiên cứu chúng tôi cho chuột nhắt trắng uống hydrocortison liều 125 mg/kg và 150 mg/kg đã gây được mô hình RLLPM thể âm hư vào ngày 6, đã làm biến đổi có ý nghĩa trên các thông số chuyển hoá bao gồm trọng lượng cơ thể giảm - phản ánh tình trạng chuột gầy đi, tăng tỷ lệ lượng nước uống 24 giờ/ thể trọng, tăng tỷ lệ lượng nước tiểu 24 giờ/thể trọng phản ánh tình trạng khát, uống nhiều, tiểu nhiều; tăng nhiệt độ hậu môn buổi chiều phản ánh tình trạng triều nhiệt, độ vận động tự nhiên trong 5 phút giảm, phản ánh tình trạng mệt mỏi yếu sức có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Cho thấy so với nghiên cứu của Lin CS có sự tương đồng về triệu chứng của các mô hình âm hư và tương đồng về thời gian gây mô hình âm hư (6 ngày), nhưng chúng tôi dùng liều hydrocortison cao hơn. Hydrocortison ở

liều 125 mg/kg còn làm tăng nhiệt độ hậu môn buổi chiều có ý nghĩa so với liều 100 mg/kg ($p < 0,05$) ở ngày 6 và giảm độ vận động tự nhiên có ý nghĩa so với liều 100 mg/kg ($p < 0,05$) ở ngày 9, cho thấy hydrocortison liều 125 mg/kg gây mô hình âm hư tốt hơn liều 150 mg/kg.

Theo nghiên cứu của Liu Xin và cộng sự (2011) dùng tiêm hydrocortison cho chuột cống SD gây dương hư từ ngày 8 và mô hình dương hư ổn định từ ngày 15 đến 22⁽¹⁵⁾. Nghiên cứu của tác giả Liu XG (2002) cho chuột cống uống hydrocortison liều 50mg/kg lúc 17 giờ chiều liên tục trong 9 ngày và ngừng hydrocortison 3 ngày gây mô hình dương hư⁽¹⁴⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi sau khi uống các liều hydrocortison liên tục đến ngày 9 thì thấy các biểu hiện của triệu chứng âm hư đã bị biến đổi có thể tiến thêm một bước chuyển sang giai đoạn âm dương lưỡng hư, là giai đoạn nặng, với các biểu hiện chuột vẫn gầy yếu, mệt mỏi rõ của âm hư, nhưng nhiệt độ cơ thể có xu hướng giảm, giảm khát uống nhiều và tiểu nhiều của dương hư. Cho thấy nghiên cứu này giai đoạn từ ngày 4 đến ngày 6 mô hình chuyển sang âm hư chưa rõ, từ ngày 6 đến ngày 9 mô hình biểu hiện âm hư rõ, từ ngày 9 trở đi mô hình âm hư có thể bị biến đổi sang âm dương lưỡng hư. Do đó, nếu sử dụng thuốc YHCT điều trị RLLPM thể âm hư để can thiệp ở giai đoạn từ trước ngày 0 đến ngày 6 để ngăn ngừa tác phụ của GC (hay một thuốc khác) không để đưa đến tình trạng âm hư và làm RLLPM thì đây sẽ là một mô hình dự phòng bệnh RLLPM thể âm hư thích hợp. Nếu sử dụng thuốc YHCT để can thiệp ở giai đoạn từ ngày 6 đến ngày 9 để cải thiện triệu

chứng âm hư và điều chỉnh RLLPM do tác dụng phụ của GC (hay một thuốc khác) gây ra và để không dẫn đến tình trạng âm dương lưỡng hư thì đây có thể là một mô hình thích hợp cho thuốc YHCT điều trị RLLPM thể âm hư, dù thời gian thử thuốc ngắn (3 ngày). Vì vậy, phải tiến hành đúng điều kiện thời gian gây được mô hình RLLPM thể âm hư trên chuột nhắt trắng là 6 ngày và liều hydrocortison là 125 mg/kg để gây RLLPM và các triệu chứng âm hư ổn định và tái lập, không nên kéo dài thêm thời gian uống hydrocortison quá 9 ngày, nếu không sẽ gây rất tổn hại đến độ an toàn của thử nghiệm.

V. KẾT LUẬN

Hydrocortison dùng liều 125 mg/kg và 150 mg/kg uống liên tục trong 6 ngày gây được mô hình rối loạn lipid thể âm hư trên chuột nhắt trắng, thời gian âm hư kéo dài là 3 ngày. Tuy nhiên hydrocortison liều 125 mg/kg gây biến đổi nhiệt độ hậu môn chiều và độ vận động tự nhiên tốt hơn so với liều 150 mg/kg.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin cảm ơn sự hỗ trợ của Phòng thí nghiệm y dược cổ truyền Khoa Y học cổ truyền Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li NZ (2009). Re- recognition of animal model of both yin and yang deficiency induced by glucocorticoid. Beijing University of Traditional Chinese Medicine, 32(5):327-330.
2. Liu Fang, et al (2017). An exploration on TCM syndrome differentiation rules and

- clinical syndromes distribution of hyperlipidemia. *Clinical Journal of Chinese Medicine*, 9(7):47-48.
3. **Viện dược liệu** (2006). Phương pháp nghiên cứu tác dụng dược lý của thuốc từ dược thảo. Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội, tr.131-138,377-387.
 4. **Fu XL, Fang ZQ** (2004). Modeling Methods and Appraisal of Yin-Deficiency Syndrome in Animals. *Shanghai University of Traditional Chinese Medicine*, 18(2):51-54.
 5. **Lin CS** (2011). Effect of Zhibai Yangyin Decoction on Glucose and Lipid Metabolism of Rats with Yin-deficiency Induced by Glucocorticosteroid. *Lishizhen medicine and materia medica research*, 22(10):2404-2405.
 6. **Zhu XY, et al** (1995). Effects of Liuwei Dihuang Granules on CAMP, E2, T, Zn⁺⁺, Cu⁺⁺ contents in plasma of mice with kidney yin deficiency. *Chinese Medicine*, 1:51-52.
 7. **Đỗ Văn Phúc** (2016). Xác định một số chỉ tiêu sinh sản, chỉ tiêu huyết học của chuột nhắt trắng giống Swiss nhân nuôi trong một số cơ sở nghiên cứu tại Hà Nội. Luận văn Thạc sỹ Học viện nông nghiệp Việt Nam, tr.5- 8,28-47.
 8. **Sprague Dawley Rat Model**. Access on August 07, 2021. <https://www.taconic.com/rat-model/sprague-dawley>.
 9. **Li J, Wu H, Liu Y** (2020). High fat diet induced obesity model using four strains of mice: Kunming, C57BL/6, BALB/c and ICR. *Experimental Animals*, 69(3):326-335.
 10. **Võ Thanh Phong, Lê Thị Lan Phương** (2017). Kiểm chứng mô hình âm hư bằng Levothyroxine trên chuột nhắt trắng. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
 11. **Đỗ Trung Đàm** (1996). Phương pháp xác định độc tính cấp của thuốc. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.6-24,50-57.
 12. **Staels B, van Tol A, Chan L, Verhoeven G, Auwerx J** (1991). Variable effects of different corticosteroids on plasma lipids, apolipoproteins, and hepatic apolipoprotein mRNA levels in rats. *Arteriosclerosis Thrombosis*, 11(3):760-769.
 13. **Magomedova L, Cummins CL** (2016). Glucocorticoids and metabolic control. *Metabolic Control*, 233:73-93.
 14. **Liu XG, et al** (2002). Differential study on the circadian rhythm of adrenocorticotrophic hormone and corticosterone in rats with yin deficiency and yang deficiency. *Sichuan Traditional Chinese Medicine*, 20(1):6-8.
 15. **Liu X, et al** (2011). Dynamic experimental study on rat's analogue yang deficiency syndrome induced by hydrocortisone. *Chinese Pharmacy Department of Beijing University of Chinese Medicine*, 26(1):126-128.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÁNG VIÊM CỦA CAO CHIẾT BNTL TRÊN CHUỘT NHẮT TRẮNG

Hứa Hoàng Oanh¹, Nguyễn Thị Phương Thùy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát khả năng kháng viêm của cao BNTL với thành phần là các dược liệu dân gian Bìm bịp, Ngũ trảo, Thanh táo và Lá lốt. Nghiên cứu bước đầu thực hiện trên mô hình chuột nhắt trắng bị gây viêm bởi carrageenan làm cơ sở cho các thử nghiệm lâm sàng tiếp theo để đánh giá tác dụng kháng viêm của cao BNTL dùng tại chỗ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đánh giá tác dụng kháng viêm của cao BNTL trên mô hình gây viêm bằng carrageenan trên chuột nhắt trắng sau 1, 2, 24 và 48 giờ.

Kết quả: Cao BNTL dùng tại chỗ với liều 0,2 g có tác dụng làm giảm độ phù chân chuột có ý nghĩa thống kê sau 1 giờ và 48 giờ gây viêm ($p < 0,05$).

Kết luận: Cao BNTL dùng tại chỗ có tác dụng kháng viêm cấp trên chuột nhắt trắng gây viêm bởi carrageenan sau 1 giờ và 48 giờ gây viêm.

Từ khóa: kháng viêm cấp, carrageenan, BNTL, Bìm bịp, Ngũ trảo, Thanh táo, Lá lốt

SUMMARY

ANTI-INFLAMMATORY ACTIVITY OF BNTL EXTRACT IN MICE

Objectives: The aim of this study was to investigate anti-inflammatory effect of BNTL extract from four folk medicinal herbs: Clinacanthus nutans (Burm. f.) Lindau, Vitex negundo L., Justicia gendarussa L., Piper lolot L.. This initial research of BNTL extract for anti-inflammatory activity in rat model of carrageenan-induced paw edema was conducted as the basis for further clinical trials to evaluate the anti-inflammatory effects of topically applied BNTL.

Methods: Assess the therapeutic anti-inflammatory activities of BNTL extract in carrageenan-induced paw edema in mice after 1, 2, 24 and 48 hours.

Results: BNTL extract with 0.2 g dose which was topical applied could reduce edema in carrageenan-induced paw edema in mice after 1 hour and 48 hours.

Conclusion: This study exhibited that the BNTL extract applied topically possesses anti-inflammatory activity.

Keywords: Anti-inflammatory effects, carrageenan, BNTL extract, Clinacanthus nutans (Burm. f.) Lindau, Vitex negundo L., Justicia gendarussa L., Piper lolot L.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm là một phản ứng tự vệ của cơ thể đối với các kích thích như chất gây dị ứng và/hoặc tổn thương các mô. Mặt khác, phản ứng viêm không kiểm soát được là nguyên

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

Chịu trách nhiệm chính: Hứa Hoàng Oanh

SĐT: 0334205210

Email: hhoanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 27/07/2022

Ngày duyệt bài: 04/08/2022

nhân chính của một loạt các chuỗi rối loạn bao gồm dị ứng, rối loạn chức năng tim mạch, hội chứng chuyển hóa, ung thư và các bệnh tự miễn, tạo ra gánh nặng kinh tế lớn cho cá nhân và xã hội⁽¹⁾. Có nhiều loại thuốc khác nhau để kiểm soát và ngăn chặn các phản ứng viêm đã được sử dụng phổ biến: Steroid, thuốc kháng viêm không steroid và thuốc ức chế miễn dịch. Đây là những loại thuốc có liên quan đến nhiều tác dụng phụ không mong muốn và trên thực tế lâm sàng, mục tiêu của người thầy thuốc là dùng liều điều trị tối thiểu để đạt hiệu quả cao nhất với ít tác dụng phụ nhất. Do đó, cho thấy cần có các yếu tố chống viêm tự nhiên trong điều trị bằng thuốc để tăng hiệu quả trị liệu và hạn chế ở mức độ thấp nhất các tác dụng phụ không mong muốn^(1,1). Thuốc được liệu và thuốc cổ truyền là nguồn quan trọng trong điều trị viêm, nhưng cần thiết phải chứng minh tác dụng của các bài thuốc này thông qua các phương pháp khoa học để có y học chứng cứ. Đó là lý do thực hiện nghiên cứu về tác dụng chống viêm trên chuột nhắt trắng của cao BNTL có nguồn gốc từ bài thuốc dân gian⁽³⁾ được chiết từ Bìm bịp (*Clinacanthus nutans* (Burm. f.) Lindau), Ngũ trảo (*Vitex negundo* L.), Thanh táo (*Justicia gendarussa* L.) và Lá lốt (*Piper lolot* L.) (nên gọi tắt là cao BNTL).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Cao BNTL được chiết xuất từ hỗn hợp các dược liệu Bìm bịp, Ngũ trảo, Thanh táo, Lá lốt với tỷ lệ 1:1:1:1⁽³⁾. Các dược liệu khô được cung cấp bởi Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh đạt tiêu chuẩn cơ sở. Cao BNTL được chiết xuất bằng phương pháp ngâm kiệt với dung môi còn 70% theo tỷ lệ 10:1 (dung môi: dược

liệu), sau đó dịch chiết còn được cô quay thu hồi dung môi và cô cách thủy đến dạng cao đặc có độ ẩm 18,1%, độ tro toàn phần 8%, độ tro không tan trong acid 0,05%, hiệu suất chiết thu được là 11,1% (xác định theo ĐĐVN V – PL9.6, PL9.7 và PL9.8).

Động vật thí nghiệm

Chuột nhắt trắng Swiss albino, khỏe mạnh, cả 2 phái, 5 – 6 tuần tuổi, trọng lượng trung bình 20 ± 2 g, được cung cấp bởi Viện Pasteur TP.HCM và được nuôi ổn định ở điều kiện tiêu chuẩn 1 tuần trước khi tiến hành thí nghiệm.

Thuốc thử nghiệm và trang thiết bị

Hóa chất gây mô hình: Carrageenan (Sigma-Aldrich, USA)

Thuốc đối chiếu:

- Voltaren Emulgel (GSK, lô sản xuất RD4H-A, HSD: 07/2023). Hoạt chất: Diclofenac diethylamine 1,16%.

- Salonpas gel (Histamitsu, lô sản xuất 3971,HSC: 03/2026). Hoạt chất: Methyl Salicylate 15%, 1 – menthol 7%.

Trang thiết bị:

- Thiết bị đo thể tích chân chuột (Plethysmometer của UgoBasile, Italy).

- Cân phân tích 4 số lẻ (Mettler AE, Germany), cân điện tử 2 số lẻ (Tanita KD 420).

- Băng keo lụa Urgo Strong Adhesive Tape.

Địa điểm nghiên cứu

Phòng Thí nghiệm Y Dược cổ truyền, Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Phương pháp nghiên cứu

Định tính sơ bộ các hợp chất tự nhiên trong cao BNTL

Cao BNTL được chiết xuất trong dung môi thích hợp để thực hiện các phản ứng định tính sơ bộ các nhóm hoạt chất bằng các phản ứng hóa học đặc trưng theo bảng 1⁽⁴⁾.

Bảng 1. Phương pháp phân tích các nhóm hợp chất có trong cao chiết

Nhóm hợp chất	Thuốc thử/ Cách thực hiện	Phản ứng dương tính
Tinh dầu	Bốc hơi tới cạn	Có mùi thơm
Alkaloid	Thuốc thử chung alkaloid	Kết tủa
Coumarin	Phát quang trong kiềm	Phát quang mạnh hơn
Anthraquinon	KOH 10%	Dung dịch kiềm có màu hồng tới đỏ
Flavonoid	Mg/HCl đậm đặc	Dung dịch có màu hồng tới đỏ
Polyphenol	Thuốc thử Folin-Ciocalteu	Phức màu xanh
Tannin	FeCl ₃	Xanh rêu hay xanh đen (polyphenol)
	Dung dịch gelatin muối	Tủa bông trắng (tannin)
Saponin	Lắc mạnh với nước	Tạo bọt
	Thuốc thử Liebermann	Có vòng tím nâu
Acid hữu cơ	Bột Na ₂ CO ₃	Sủi bọt

Kết quả phân tích được đánh giá theo các mức sau: (-) không có, (±) không rõ, (+) có ít, (++) có nhiều, (+++) có rất nhiều.

Đánh giá tác dụng kháng viêm trên chuột nhắt trắng bằng mô hình carrageenan^(4,6,7)

Bước 1: Chuột nhắt trắng được chia ngẫu nhiên thành 4 lô, mỗi lô 6 con.

- Lô 1: (lô bệnh lý): không bôi thuốc.
- Lô 2: bôi Voltaren vào gan bàn chân phải chuột (0,2 g)
- Lô 3: bôi Salonpas gel vào gan bàn chân phải chuột (0,2 g)
- Lô 4: bôi Cao BNTL vào gan bàn chân phải chuột (0,2 g)

Chuột sau khi bôi thuốc được dán băng keo lụa urgo để tránh hao hụt lượng thuốc. Băng dán được tháo ra trước khi tiến hành thử nghiệm.

Bước 2: Đo thể tích chân phải chuột ban đầu (V_0). Sau đó tiến hành gây viêm bằng cách tiêm dưới da gan bàn chân phải chuột 0,025 ml carrageenan 1%.

Bước 3: Bôi thuốc ngay sau khi tiêm carrageenan. Các lô chuột sau khi bôi thuốc tại chỗ sẽ dùng băng dán để tránh làm hao hụt lượng thuốc. Chuột được tiếp tục bôi thuốc 3 lần trong 2 ngày liên tục sau khi tiêm

carrageenan (vào lúc 8 giờ sáng và 16 giờ chiều).

Bước 4: Đo lại thể tích chân phải chuột sau khi tiêm 1 giờ, 2 giờ, 24 giờ, 48 giờ

Bước 5: Đánh giá kết quả tác dụng kháng viêm được biểu diễn bằng % mức độ giảm sưng phù chân chuột trong lô thử nghiệm so với lô chứng và lô đối chiếu bôi Voltaren. Độ sưng phù chân chuột biểu thị mức độ viêm, được tính theo công thức:

$$X \% = (V_t - V_0) / V_0 \times 100\%$$

X: độ phù tính theo %

V_0 : thể tích chân chuột trước khi gây viêm.

V_t : thể tích chân chuột sau khi gây viêm ở thời điểm t.

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng Excel. Kết quả được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ sai số chuẩn ($M \pm SE$). Sự khác biệt giữa các lô được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Định tính sơ bộ các hợp chất tự nhiên trong cao BNTL

Cao BNTL sau khi thực hiện các phản ứng hóa học đặc trưng để xác định các nhóm hợp chất có trong cao chiết thì thu được kết quả được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Kết quả định tính sơ bộ các hợp chất hữu cơ trong cao BNTL

Nhóm hợp chất	Thuốc thử/ Cách thực hiện	Kết quả	Kết luận
Tinh dầu	Bốc hơi tới cạn	Có mùi thơm	++
Alkaloid	Thuốc thử chung alkaloid	Không kết tủa	-
Coumarin	Phát quang trong kiềm	Phát quang mạnh hơn	+++
Anthraquinon	KOH 10%	Dung dịch kiềm không có màu hồng tới đỏ	-
Flavonoid	Mg/HCl đậm đặc	Dung dịch có màu hồng tới đỏ	++
Polyphenol	Thuốc thử Folin-Ciocalteu	Phức màu xanh	+++
Tannin	FeCl ₃	Xanh rêu (polyphenol)	+
	Dung dịch gelatin muối	Tủa bông trắng (tannin)	
Saponin	Lắc mạnh với nước	Tạo bọt	+++
	Thuốc thử Liebermann	Có vòng tím nâu	
Acid hữu cơ	Bột Na ₂ CO ₃	Không sủi bọt	-

Ghi chú: (-): không có, (+): có ít, (++): có nhiều, (±): không rõ, (+++): có rất nhiều

Sau khi tiến hành định tính sơ bộ các hợp chất hữu cơ có trong cao BNTL thì sơ bộ xác định được các nhóm hợp chất như: Tinh dầu, saponin, coumarin, flavonoid, tannin, polyphenol.

Đánh giá tác dụng kháng viêm trên chuột nhắt trắng bằng mô hình carrageenan

Đánh giá trên mô hình gây phù chân chuột nhắt trắng bằng carrageenan: Sau khi tiêm carrageenan, tất cả các chuột ở lô chứng bệnh lý đều xuất hiện phù bàn chân tại các thời điểm 1, 2, 24 và 48 giờ.

Bảng 3. Thể tích bàn chân phải chuột trước khi gây viêm và sau gây viêm bằng carrageenan tại các thời điểm 1, 2, 24 và 48 giờ (n=6, Mean ± SD)

	V0	V1	V2	V24	V48
Chứng bệnh lý	0,585 ± 0,09	0,960 ± 0,17	0,690 ± 0,09	0,612 ± 0,04	0,773 ± 0,06
ΔV		0,38 ± 0,12	0,11 ± 0,04	0,06 ± 0,11	0,19 ± 0,13
p		0,0002*	0,0008*	0,11	0,008*

*: $p < 0,05$: khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng bàn chân chuột ở lô gây viêm nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Số liệu thu được cho thấy tại các thời điểm 1, 2 và 48 giờ, chuột ở lô chứng bệnh lý đều xuất hiện phù bàn chân có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với lô chứng sinh lý. Riêng tại thời điểm 24 giờ cũng có xuất hiện phù

Kết quả thử tác dụng chống viêm cấp của cao BNTL trên mô hình gây phù chân chuột bằng carrageenan được thể hiện qua bảng dưới đây:

Bảng 4. Trung bình độ tăng thể tích bàn chân chuột của các lô thử nghiệm sau gây viêm tại các thời điểm khảo sát (n=6, Mean $\pm$ SD)

Các lô thí nghiệm	Trung bình độ tăng thể tích bàn chân chuột (ΔV) ở các thời điểm sau gây viêm			
	1 giờ	2 giờ	24 giờ	48 giờ
Chứng bệnh lý	0,39 $\pm$ 0,12	0,11 $\pm$ 0,04	0,06 $\pm$ 0,11	0,19 $\pm$ 0,13
Tham chiếu Voltaren	0,15 $\pm$ 0,16*	0,17 $\pm$ 0,14	0,06 $\pm$ 0,19	0,03 $\pm$ 0,13*
Tham chiếu Salopas	0,16 $\pm$ 0,13*	0,29 $\pm$ 0,19	0,30 $\pm$ 0,22	0,19 $\pm$ 0,23
Cao BNTL	0,216 $\pm$ 0,14*	0,36 $\pm$ 0,17	0,32 $\pm$ 0,16	0,11 $\pm$ 0,13*/**

* $p < 0,05$: khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng

** $p < 0,05$: khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô tham chiếu dùng Voltaren

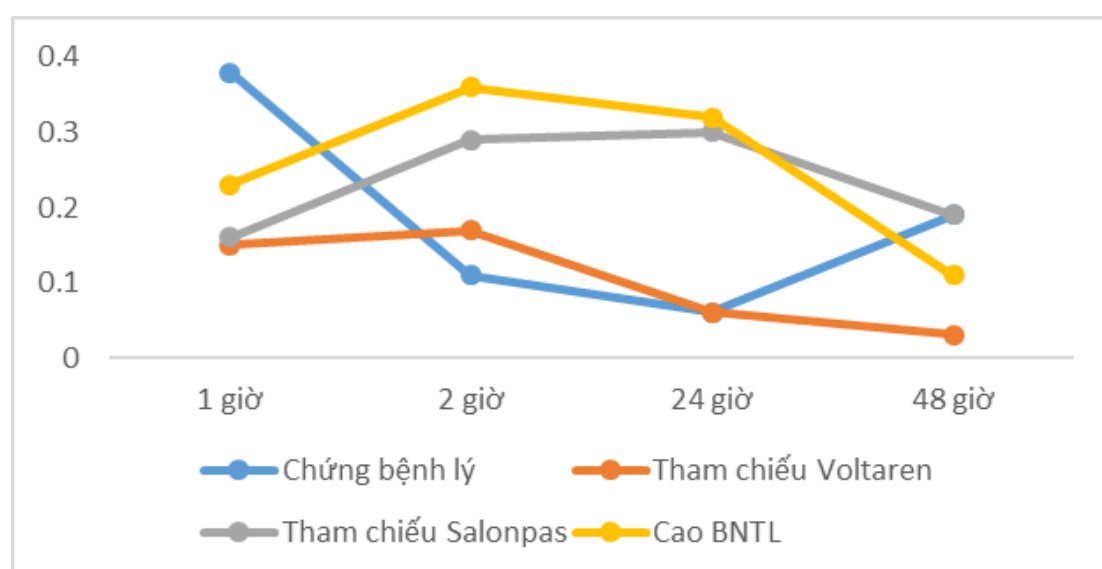
So với lô chứng bệnh lý:

- Tại thời điểm 1 giờ sau gây viêm: Lô dùng thuốc Voltaren, Salopas và cao BNTL đều làm giảm độ tăng thể tích bàn chân chuột tại thời điểm sau gây viêm 1 giờ có ý nghĩa thống kê so với lô chứng bệnh lý. Độ tăng thể tích bàn chân chuột sau gây viêm 1 giờ ở cả 3 lô dùng thuốc Voltaren, Salopas và cao BNTL khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

- Tại thời điểm 2 giờ và 24 giờ: Cả 3 lô dùng thuốc Voltaren, Salopas và cao BNTL lại không làm giảm độ tăng thể tích bàn chân

chuột có ý nghĩa thống kê so với lô chứng bệnh lý.

- Tại thời điểm 48 giờ: Lô dùng thuốc Voltaren và cao BNTL có tác dụng làm giảm độ tăng thể tích bàn chân chuột so với lô chứng bệnh lý ($p < 0,05$), trong khi lô dùng thuốc Salopas không làm giảm độ tăng thể tích bàn chân chuột so với lô chứng bệnh lý ($p > 0,05$). Lô dùng thuốc Voltaren có độ tăng thể tích bàn chân chuột ít hơn lô dùng cao BNTL.



Hình 1. Biểu đồ trung bình độ tăng thể tích bàn chân chuột của các lô thử nghiệm sau gây viêm tại các thời điểm khảo sát

Như vậy, Voltaren và cao BNTL có tác dụng làm giảm thể tích bàn chân chuột tại thời điểm 1 giờ và 48 giờ sau gây viêm, trong khi Salonpas chỉ làm giảm thể tích bàn chân chuột tại thời điểm 1 giờ sau gây viêm so với lô chứng bệnh lý.

IV. BÀN LUẬN

Định tính sơ bộ các hợp chất hữu cơ có trong cao BNTL đã sơ bộ xác định được các nhóm hợp chất như: Tinh dầu, saponin, coumarin, flavonoid, tannin, polyphenol. Các hợp chất chính có tác dụng kháng viêm của các dược liệu trong cao BNTL đã được công bố trong các nghiên cứu trước đây^(8,9,10,11), cụ thể trong Bìm bịp là các flavonoid (vitexin, orientin) và các polyphenol (clinacosid A, clinacosid B); Ngũ trảo có tinh dầu (sabinen, viridiflorol) và flavonoid (casticin, vitexicarpin); flavonoid (aromadendrin) của Thanh táo và tinh dầu (benzyl benzoat, benzyl alcohol) trong Lá lốt, đây là các hợp chất tan tốt dung môi cồn. Như vậy, nghiên cứu sử dụng cồn 70% là phù hợp để chiết được các thành phần hợp chất tự nhiên có hoạt tính kháng viêm trong các dược liệu Bìm bịp, Ngũ trảo, Thanh táo, Lá lốt tương ứng với các tài liệu đã công bố trước đây^(8,9,10,11).

Trong các mô hình thực nghiệm được sử dụng để sàng lọc các loại thuốc chống viêm, mô hình gây phù chân sau của chuột bằng cách tiêm một chất có khả năng gây viêm (chất kích ứng) là một trong những mô hình được sử dụng phổ biến nhất. Carrageenan là một polysaccharid được sulfat hóa có nguồn

gốc từ một số loài tảo. Tiêm carrageenan vào gan bàn chân sau của chuột sẽ xuất hiện rất nhanh hiện tượng tăng tính thấm thành mạch, hình thành dịch rỉ viêm và bạch cầu thoát mạch, chủ yếu là bạch cầu trung tính, vào mô viêm. Trong suốt quá trình viêm do carrageenan gây ra, có sự giải phóng lần lượt các chất trung gian hóa học của quá trình viêm, như histamin, 5-hydroxytryptamin, bradykinin, và cuối cùng là các prostaglandin. Các bạch cầu trung tính di chuyển vào mô viêm sẽ giải phóng vào khoảng gian bào các gốc tự do oxygen gây độc (như $O_2^{\cdot-}$, H_2O_2 và $OH^{\cdot-}$), các gốc oxygen này sẽ phản ứng với nitơ oxit hình thành các gốc tự do phản ứng (như $ONOO^{\cdot-}$, $NO_2^{\cdot-}$ và $NO_3^{\cdot-}$) làm tăng cường và khuếch đại phản ứng viêm⁽⁶⁾. Mô hình này dễ áp dụng và khá nhạy trong dược lý thực nghiệm để bước đầu đánh giá về khả năng chống viêm của một thuốc, kết quả bước đầu này sẽ cho phép đánh giá sơ bộ cũng như mở ra hướng nghiên cứu trên mô hình tiếp theo. Kết quả đánh giá mô hình cho thấy chân chuột ở lô bệnh lý bị tăng thể tích, phù to tại thời điểm 1, 2 và 48 giờ sau gây viêm bằng carrageenan và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thể tích chân chuột ban đầu trước khi gây viêm ($p < 0,05$).

So với lô chứng bệnh lý, các lô dùng cao BNTL, lô dùng thuốc tham chiếu Voltaren và lô dùng thuốc tham chiếu Salonpas đều cho thấy có tác dụng kháng viêm tại thời điểm 1 giờ sau gây viêm. Tác dụng kháng viêm được đánh giá thông qua mức độ ức chế tăng thể tích phù viêm. Tác dụng làm giảm độ phù chân chuột giữa các lô tham chiếu dùng

Voltaren và Salonpas với lô dùng cao BNTL không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) tại thời điểm 1 giờ sau gây viêm, chứng tỏ cao BNTL có tác dụng kháng viêm nhanh, thể hiện ngay sau 1 giờ trên chân chuột bị gây viêm. Thời điểm 2 giờ và 24 giờ sau gây viêm, cả Voltaren, Salonpas và cao BNTL đều không thể hiện tác dụng kháng viêm. Tại thời điểm 48 giờ sau gây viêm, Voltaren và cao BNTL lại thể hiện tác dụng kháng viêm. Như đã nói ở trên, mô hình gây phù chân chuột bằng carrageenan được dùng để khảo sát hoạt tính ức chế của thuốc chống lại các autacoid. Các autacoid, như nitric oxide, histamin, serotonin, kinin, các prostaglandin... là những chất trung gian thần kinh hoặc điều hòa thần kinh, đóng vai trò trong một số quá trình bệnh lý viêm đau, dị ứng. Tác dụng chống phù viêm ở giai đoạn đầu (0 – 2 giờ) được xem là tác dụng ức chế các chất trung gian amino acid và hoạt tính ở giai đoạn sau được xem là tác dụng ức chế các dẫn xuất của acid arachidonic, chủ yếu là các prostaglandin⁽¹²⁾. Cao BNTL làm giảm phù có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 1 giờ và 48 giờ sau gây viêm, chứng tỏ cao BNTL có tác dụng ức chế đối với nhiều loại chất trung gian autacoid.

V. KẾT LUẬN

Cao BNTL (Bìm bịp, Ngũ trảo, Thanh táo, Lá lốt) dùng tại chỗ với liều 0,2 g có tác dụng kháng viêm cấp sau 1 giờ và 48 giờ gây viêm trên chuột nhắt trắng bị gây viêm bằng carrageenan.

Đề tài mới chỉ bước đầu khảo sát hoạt tính kháng viêm cấp của cao BNTL, một cao được điều chế từ 4 dược liệu được phối hợp theo bài thuốc dân gian với cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ. Để định hướng phát triển sản phẩm có hoạt tính kháng viêm từ dược liệu, cần có những nghiên cứu tiếp theo trên cao BNTL với cỡ mẫu lớn hơn.

VI. LỜI CẢM ƠN

Đề tài nghiên cứu được tài trợ một phần bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bagad AS, Joseph JA, Bhaskaran N, and Agarwal A** (2013). Comparative evaluation of anti-inflammatory activity of curcuminoids, turmerones, and aqueous extract of *Curcuma longa*. *Advances in Pharmacological Sciences*, 2013(4):805756.
2. **Ghasemian M, Owlia MB** (2015). A different look at pulsed glucocorticoid protocols: is high dose oral prednisolone really necessary just after initiation of pulse therapy? *Case Reports in Practice*, 3(1):1-3.
3. **Hoàng Sơn** (2018). Bài thuốc từ thiên nhiên. Trong: Hoàng Sơn. *Y học cổ truyền – Cây thuốc nam – Bài thuốc từ thiên nhiên*, Nhà xuất bản Thanh Hóa, tr.189-191.
4. **Nguyễn Văn Đàn, Nguyễn Viết Tựu** (1985). *Phương pháp nghiên cứu hóa học cây thuốc*, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr.11-48.
5. **Đoàn Thị Nhu** (2006). *Phương pháp nghiên cứu dược lý thuốc chống viêm*. Trong: Viện dược liệu. *Phương pháp nghiên cứu tác dụng*

- được lý của thuốc từ dược thảo, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật, Hà Nội, tr.140-142.
6. **Winter CA, Risley EA, Nuss GW** (1962). Carragenin-induced edema in hind paw of the rat as an assay for anti-inflammatory drugs. *Proceedings Society of Experimental Biological Medicine*, 111:544-547.
7. **Đinh Thị Lam** (2017). Nghiên cứu tính an toàn, tác dụng chống viêm, giảm đau của cao xoa Bách xà trên thực nghiệm và lâm sàng bệnh viêm khớp dạng thấp. Luận án Tiến sĩ, trường Đại học Y Hà Nội, tr.40-81.
8. **Khoo LW, Audrey Kow S, Lee MT, Tan CP, Shaari K, Tham CL, Abas F** (2018). A comprehensive review on phytochemistry and pharmacological activities of *Clinacanthus nutans* (Burm.f.) Lindau. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2018(2):1-39.
9. **Zheng CJ, Li HQ, Ren SC, Xu CL, Rahman K, Qin LP, Sun YH** (2015). Phytochemical and pharmacological profile of *Vitex negundo*. *Phytotherapy Research*, 29(5):633-647.
10. **Sangeetha Sr, Kavitha K, Sujatha K, Umamaheswari S** (2014). Phytochemical and pharmacological profile of *Justicia gendarussa* Burm f. – Review. *Pharmacy Research*, 8:990-997.
11. **Gutierrez RMP, Gonzalez AMN, Hoyo-Vadillo C** (2013). Alkaloids from Piper: A review of its phytochemistry and pharmacology. *Mini-Reviews in Medicinal Chemistry*, 13:163-193.
12. **Lingadurai S, Nath LK, Kar PK, Besra SE, Joseph RV** (2007). Anti-inflammatory and anti-nociceptive activities of methanolic extract of the leaves of *Fraxinus floribunda* Wallich. *African journal of traditional, complementary, and alternative medicines*, 4(4):411-416.

TÁC DỤNG CẢI THIỆN TRÍ NHỚ GẦN CỦA VIÊN NÉN DSTT TRÊN CHUỘT NHẮT TRẮNG SUY GIẢM TRÍ NHỚ BẰNG SCOPOLAMIN

Đỗ Thanh Sang¹, Trần Thị Thanh Loan¹
Nguyễn Lê Việt Hùng¹, Nguyễn Phương Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Sa sút trí tuệ là mối quan tâm lớn của cộng đồng với biểu hiện là suy giảm trí nhớ tuy nhiên các thuốc điều trị hiện tại còn nhiều hạn chế. Nghiên cứu nhằm đánh giá tác dụng hồi phục trí nhớ của viên nén DSTT trên các mô hình suy giảm trí nhớ. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu khảo sát khả năng cải thiện trí nhớ gần của viên nén DSTT trên chuột nhắt trắng bị gây suy giảm trí nhớ bằng scopolamin.

Đối tượng và phương pháp: Chuột nhắt trắng, chủng Swiss albino, trọng lượng 20 ± 2 g, mua tại Viện Pasteur Hồ Chí Minh. Viên nén DSTT chứa cao Đan sâm 52,5 mg, cao Tam thất 20 mg. Trong nghiên cứu sử dụng mô hình khám phá vật thể và mô hình chữ Y để đánh giá tác dụng hồi phục trí nhớ trên chuột bị gây suy giảm trí nhớ.

Kết quả: Viên nén DSTT liều 1 viên/kg; 1,5 viên/kg và 2 viên/kg làm tăng chỉ số khám phá 24,9%; 26,9%; 28,2% lần lượt sau 15 ngày so với lô chứng bệnh lý, tăng tỷ lệ chuyển 14,6%; 22,7%; 22,4% lần lượt vào ngày thứ 17 so với lô chứng bệnh lý.

Kết luận: Viên nén DSTT với mức liều 1 viên/kg; 1,5 viên/kg; 2 viên/kg có khả năng khôi

phục trí nhớ gần trên chuột nhắt bị gây suy giảm trí nhớ bởi scopolamin.

Từ khóa: Đan sâm, Tam thất, scopolamin

SUMMARY

THE ANTIAMNESIC EFFECTS OF DSTT TABLETS ON SCOPOLAMINE-INDUCED MEMORY IMPAIRMENT IN MICE

Objectives: Dementia is a major concern of the community with the manifestation of memory loss but the current drugs for treatment are still limited. The study aimed to evaluate the memory recovery effect of DSTT tablets on models of memory impairment. This study aimed to investigate the ability to improve near memory of DSTT tablets in memory-impaired white mice with scopolamine.

Materials and methods: Swiss albino mice, 20 ± 2 g, were purchased from the Pasteur Institute – Ho Chi Minh City. DSTT tablets includes: Radix Salviae miltiorrhizae contents 52.5 mg/tablet and Radix Panaxis notoginseng contents 20 mg/tablet. This study used Novel object recognition and the Y-maze model to evaluate the effect of memory recovery on memory impairment mice.

Results: DSTT tablets with dose levels of 1 tablet/kg; 1.5 tablets/kg; 2 tablets have the ability to restore short – term memory through increasing discovery rate by 24.9%, ($p < 0.05$); 26.9% ($p < 0.05$); 28.2% ($p < 0.05$), respectively, compared with the group of pathological controls after 15 days of using reagents. At the same time, the rate alteration increased by 14.6%, ($p < 0.05$);

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

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Sang

SĐT: 0948561030

Email: thanh sang.do.01@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 20/07/2022

Ngày duyệt bài: 04/08/2022

22.7% ($p < 0.05$); 22.4% ($p < 0.05$) compared with the group of pathology at day 17.

Conclusion: DSTT tablets with dose levels of 1 tablet/kg; 1.5 tablets/kg; 2 tablets/kg has the ability to restore proximal memory in patients with memory impairment caused by scopolamine.

Keywords: Radix Salviae miltiorhizae, Radix Panasis notoginseng, scopolamine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ là một mối quan tâm lớn về sức khỏe của cộng đồng, bệnh tiến triển làm tổn thương não và cuối cùng ảnh hưởng nghiêm trọng tới các hoạt động sinh hoạt hàng ngày⁽¹⁾. Tỷ lệ mắc chứng sa sút trí tuệ khởi phát sớm được ước tính là 40 đến 100 trên 100.000 người ở các nước phát triển^(2,3). Các biểu hiện lâm sàng đặc trưng là sự suy giảm trí nhớ⁽⁴⁾. Hiện nay, các nhóm thuốc đang được sử dụng để cải thiện trí nhớ chủ yếu là nhóm thuốc ức chế enzym Acetylcholinesterase (AChE) như: tacrin, donepezil, rivastigmin và galantamin nhưng thường gây một số tác dụng phụ như buồn nôn, nôn mửa, tiêu chảy, chóng mặt⁽⁵⁾. Những tác dụng tác dụng bất lợi này phụ thuộc vào liều lượng sử dụng gây hạn chế đáng kể trong ứng dụng điều trị sa sút trí tuệ⁽⁶⁾. Việc tìm kiếm các giải pháp mới an toàn, hiệu quả để cải thiện tình trạng suy giảm trí nhớ, cải thiện chất lượng sống đang được quan tâm. Đặc biệt là trong bối cảnh tuổi thọ loài người đang gia tăng cùng với nhiều loại áp lực gây stress trong cuộc sống hiện đại.

Đan sâm và Tam thất là những vị thuốc được sử dụng phổ biến ở các nước châu Á với mục đích hoạt huyết và làm lành vết

thương⁽⁷⁾. Một số nghiên cứu cho thấy khi sử dụng riêng biệt Đan sâm hoặc Tam thất đều thể hiện hoạt tính chống suy giảm trí nhớ thông qua nhiều cơ chế^(8,9,10). Tuy nhiên, chưa có công bố về tác dụng cải thiện trí nhớ của chế phẩm kết hợp 2 vị thuốc này. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát tác dụng cải thiện trí nhớ gần của viên nén Đan sâm – Tam thất trên chuột nhắt trắng bị suy giảm trí nhớ bởi scopolamin.

Mục tiêu nghiên cứu

Đánh giá ảnh hưởng của viên nén Đan sâm – Tam thất đối với trí nhớ hình ảnh gần của chuột nhắt suy giảm trí nhớ bằng scopolamin thông qua tỉ số khám phá vật thể.

Đánh giá ảnh hưởng của viên nén Đan sâm – Tam thất đối với trí nhớ không gian gần của chuột nhắt suy giảm trí nhớ bằng scopolamin thông qua tỉ lệ chuyển tiếp trong mô hình chữ Y.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Viên nén bao phim Đan sâm – Tam thất (DSTT). Mỗi hộp gồm 4 vỉ x 10 viên, khối lượng trung bình mỗi viên khoảng 326,34 mg được sản xuất bởi Công ty Cổ phần Xuất nhập khẩu Y tế DOMESCO. Nguyên liệu thô được chiết xuất dưới dạng cao còn. Đạt yêu cầu theo tiêu chuẩn cơ sở: Định tính bằng sắc ký lớp mỏng, có sự hiện diện của Đan sâm và Tam thất; hàm lượng tanshinon IIA không ít hơn 0,05 mg/viên, ginsenosid Rg1 không ít hơn 0,2 mg/viên và ginsenosid Rb1 không ít hơn 0,5 mg/viên. Liều dùng trên người: mỗi lần uống 2 – 3 viên ngày 3 lần. Liều thấp nhất là 2 viên x 3 lần/ngày = 6 viên/ngày. Liều cao nhất là 3 viên x 3 lần/ngày = 9

viên/ngày. Quy đổi liều từ người sang liều dùng tương ứng trên chuột nhất trắng dựa trên hệ số quy đổi làm tròn là 12, được ba mức liều thử nghiệm trên chuột nhất trắng là 1 viên/kg/ngày; 1,5 viên/kg/ngày; 2 viên/kg/ngày.

2.2. Động vật nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào

Chuột nhất trắng 2 phái (50% đực, 50% cái), trưởng thành (5 – 6 tuần tuổi), chủng Swiss abino, nặng 18 – 22 g, khỏe mạnh, mua tại Viện Pasteur, TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bất kỳ con chuột nào không khám phá các đối tượng 20 giây trong khoảng thời gian 5 phút đều được loại trừ khỏi các thử nghiệm⁽¹¹⁾.

Hóa chất

Thuốc gây mô hình: Scopolamin HBr (APP pharmaceuticals, Mỹ); Số lô: NCD 63323-268-01.

Thuốc đối chiếu: Donepezil (Rizax) 5 mg (DAVIPHARM, Việt Nam); Số lô: 201174.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp đánh giá tác dụng cải thiện trí nhớ hình ảnh gần của viên nén Đan sâm – Tam thất trên mô hình khám phá vật thể

Chuột được chia ngẫu nhiên làm 6 lô (8 con mỗi lô, 50% đực, 50% cái) cho uống nước hoặc thuốc (theo lô) liên tục 15 ngày⁽¹²⁾. Mỗi ngày cho uống 1 lần vào khoảng 8 – 9 giờ. Thể tích uống 0,1 ml/10 g thể trọng.

- Lô 1 – BT (chứng sinh lý): Uống nước cất.

- Lô 2 – BL (chứng bệnh lý): Uống nước cất.

- Lô 3 – DON (chứng dương): Uống donepezil liều 3 mg/kg⁽¹³⁾.

- Lô 4 – DSTT1 (liều thấp): Uống Đan sâm – Tam thất liều 1 viên/kg.

- Lô 5 – DSTT2 (liều trung bình): Uống Đan sâm – Tam thất liều 1,5 viên/kg.

- Lô 6 – DSTT3 (liều cao): Uống Đan sâm – Tam thất liều 2 viên/kg.

Ngày thứ 14, sau uống thuốc 1 giờ, tất cả chuột được làm quen với mô hình khám phá vật thể. Ngày thứ 15⁽¹²⁾, sau uống thuốc 1 giờ, gây mô hình suy giảm trí nhớ bằng scopolamin (liều 1 mg/kg tiêm phúc mô, thể tích 0,1 ml/10 g)^(10,12), riêng lô BT (chứng sinh lý) tiêm phúc mô NaCl 0,9% (0,1 ml/10g), 30 phút sau khi gây mô hình, tiến hành thử nghiệm mô hình khám phá vật thể.

Khả năng ghi nhớ của chuột được đánh giá thông qua chỉ số khám phá với công thức⁽¹²⁾:

$$\text{Chỉ số khám phá (\%)} = \frac{To3}{To3 + To1} \times 100$$

Trong đó, To1 là thời gian khám phá vật thể cũ O1, To3 là thời gian khám phá vật thể mới O3. Mẫu thử được coi là có tác dụng cải thiện trí nhớ nhận diện gần khi chỉ số khám phá của lô dùng mẫu thử cao hơn lô BL có ý nghĩa thống kê.

Phương pháp đánh giá tác dụng cải thiện trí nhớ không gian gần của viên nén Đan sâm – Tam thất trên mô hình chữ Y

Bố trí thí nghiệm tương tự như phần trên (phương pháp đánh giá tác dụng cải thiện trí nhớ gần của viên nén Đan sâm – Tam thất trên mô hình khám phá vật thể) với 6 lô, mỗi lô 10 chuột. Thời gian uống thuốc liên tục 17 ngày⁽¹²⁾.

Ngày 16, tất cả chuột được làm quen với mô hình chữ Y sau uống thuốc (theo lô) 1 giờ.

Ngày 17⁽¹²⁾, sau khi uống thuốc 1 giờ, gây suy giảm trí nhớ bằng scopolamin (liều 1 mg/kg, thể tích 0,1 ml/10 g)^(10,12), riêng lô BT (chứng sinh lý) tiêm phúc mô NaCl 0,9% (0,1 ml/10 g). Sau 30 phút, tiến hành thử nghiệm với mô hình chữ Y.

Mô hình chữ Y gồm 3 nhánh được đánh dấu theo trình tự A – B – C. Sau khi đưa chuột vào mô hình, ghi nhận số lần chuột di chuyển qua nhánh. Ở trung tâm mô hình có kẻ 3 đường ranh giới để đánh dấu, khi nào chuột bước cả 4 chân qua vạch thì mới tính là chuột đi vào nhánh đó.

Đánh giá tác dụng khả năng cải thiện trí nhớ không gian gần thông qua tỷ lệ chuyển tiếp (Alteration, %)⁽¹²⁾:

$$\% \text{ Alteration} = \frac{\text{Alteration number}}{(\text{Total entry} - 2)} \times 100$$

Trong đó: “Alteration number” là số tổ hợp chuyển tiếp, ghi nhận khi chuột đi vào

các nhánh của mô hình, theo tổ hợp A, B, C; “Total entry” là tổng số lần chuột đi vào các nhánh của mô hình. Ví dụ: CABABCAB thì Total entry là 8 và Alteration number là 4 (CAB, ABC, BCA và CAB). Mẫu thử được coi là có tác dụng cải thiện trí nhớ không gian gần khi tỷ lệ chuyển tiếp của lô dùng mẫu thử cao hơn lô BL có ý nghĩa thống kê.

Phương pháp thống kê

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Sigmaplot 14.5. Với mẫu liên tục, phân bố chuẩn, dữ liệu được biểu diễn dưới dạng $X \pm SD$ (X là giá trị trung bình, SD độ lệch chuẩn) và sử dụng kiểm định ANOVA kèm hậu kiểm LSD hoặc Dunnett’s T3 để so sánh sự khác biệt giữa các lô. Với mẫu không tuân theo phân bố chuẩn, dữ liệu được biểu diễn dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị) và sử dụng kiểm định Kruskal wallis kèm hậu kiểm Dunn để so sánh sự khác biệt giữa các lô. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

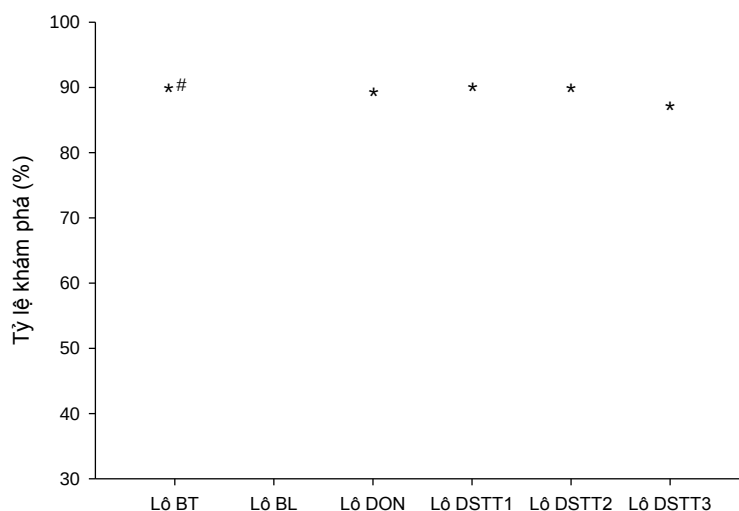
Tác dụng của viên nén Đan sâm – Tam thất đối với trí nhớ hình ảnh gần của chuột nhắt trắng thông qua mô hình khám phá vật thể

Bảng 17. Chỉ số khám phá (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) của chuột nhắt bị suy giảm trí nhớ bằng scopolamin trong mô hình khám phá vật thể sau ngày 15 dùng thuốc

Lô	Liều dùng	N	Chỉ số khám phá (%)	Chênh lệch so với BT	Chênh lệch so với BL
BT	Nước cất	8	71,3 $\pm$ 9,38*	-	26,2
BL	Scopolamin 1mg/kg	8	45,1 $\pm$ 7,05 ^{#a}	26,2	-
DON	Donepezil 3mg/kg	8	72 $\pm$ 10,1*	0,7	26,9
DSTT1	Đan sâm – Tam thất 1 viên/kg	8	70 $\pm$ 12*	1,3	24,9
DSTT2	Đan sâm – Tam thất 1,5 viên/kg	8	72 $\pm$ 11,7*	0,7	26,9
DSTT3	Đan sâm – Tam thất 2 viên/kg	8	73,3 $\pm$ 7,47*	2	28,2

[#] $p < 0,05$ so với lô BT, * $p < 0,05$ so với lô BL,

^a $p < 0,05$ so với lô chứng dương



Biểu đồ 5. Chỉ số khám phá của chuột nhất suy giảm trí nhớ bằng scopolamin trong mô hình khám phá vật thể sau ngày 15 dùng thuốc

Chuột trong lô BL có chỉ số khám phá vật thể thấp hơn lô BT 26,2% ($p < 0,001$), như vậy scopolamin 1 mg/kg đã gây được tình trạng suy giảm trí nhớ gần trên chuột nhất trắng tương tự với các công bố trước đây⁽¹⁴⁾.

Chuột trong lô DON (donepezil 3 mg/kg) có chỉ số khám phá vật thể cao hơn lô BL 26,9% ($p < 0,001$). Như vậy, donepezil (uống 3 mg/kg) đã thể hiện khả năng khôi phục trí nhớ gần trên chuột nhất trắng tương tự với các công bố trước đây^(13,15).

Chuột trong các lô DSTT3, DSTT2, DSTT1 có chỉ số khám phá tăng lần lượt

28% ($p < 0,001$); 26% ($p < 0,001$); 24% ($p < 0,001$) so với lô BL và tương đương với lô BT. Kết quả này cho thấy viên nén Đan sâm – Tam thất có khả năng khôi phục trí nhớ hình ảnh gần trên chuột nhất trắng ở 3 mức liều 1 viên/kg; 1,5 viên/kg và 2 viên/kg sau khi uống liên tục 15 ngày, tương đương với donepezil (3 mg/kg).

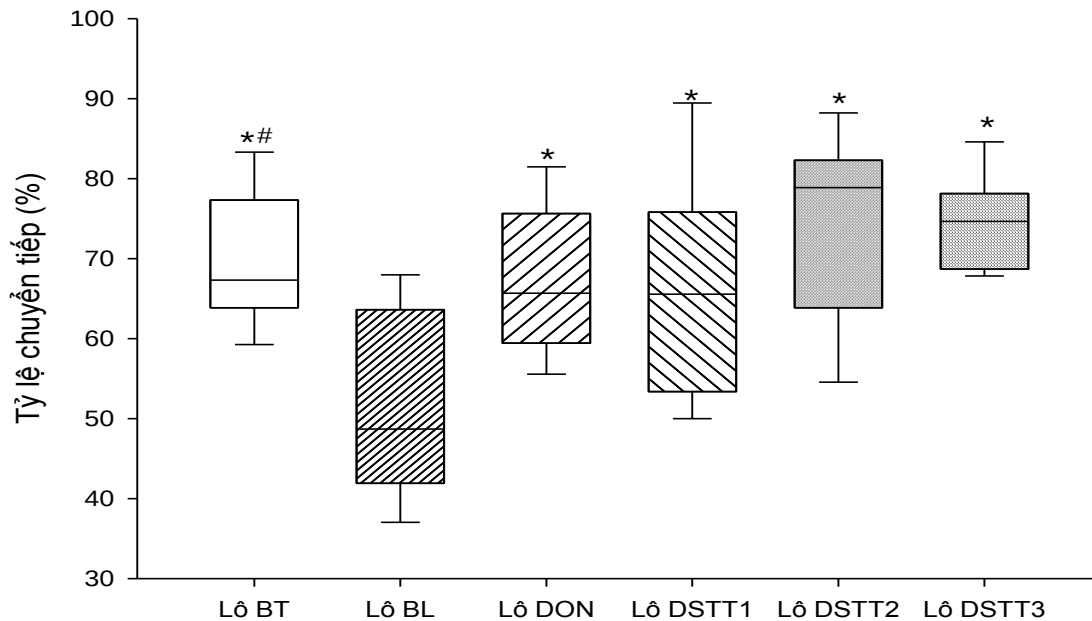
Tác dụng của viên nén Đan sâm – Tam thất đối với trí nhớ không gian gần của chuột nhất trắng thông qua mô hình chữ Y

Bảng 18. Tỷ lệ chuyển tiếp (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn) của chuột nhất suy giảm trí nhớ bằng scopolamin trong mô hình chữ Y sau 17 ngày dùng thuốc

Lô	Thuốc thử và liều dùng	N	Tỷ lệ chuyển tiếp (%)	Chênh lệch so với BT	Chênh lệch so với BL
BT	Nước cất	8	70,1 $\pm$ 8,16*	-	$\uparrow$ 18,1
BL	Scopolamin 1mg/kg	8	52,0 $\pm$ 11,6 ^{#a}	$\downarrow$ 18,1	-
DON	Donepezil 3mg/kg	8	67,2 $\pm$ 8,94*	$\downarrow$ 2,9	$\uparrow$ 15,2
DSTT1	Đan sâm – Tam thất 1 viên/kg	8	66,6 $\pm$ 13,3*	$\downarrow$ 3,5	$\uparrow$ 14,6
DSTT2	Đan sâm – Tam thất 1,5 viên/kg	8	74,7 $\pm$ 11,5*	$\uparrow$ 4,6	$\uparrow$ 22,7
DSTT3	Đan sâm – Tam thất 2 viên/kg	8	74,4 $\pm$ 5,78*	$\uparrow$ 4,3	$\uparrow$ 22,4

[#] $p < 0,05$ so với lô BT, * $p < 0,05$ so với lô BL,

^a $p < 0,05$ so với lô chứng dương



Biểu đồ 6. Tỷ lệ chuyển tiếp của chuột nhất suy giảm trí nhớ bằng scopolamin trong mô hình chữ Y sau 17 ngày dùng thuốc (%)

Chuột trong lô BL có tỷ lệ chuyển tiếp thấp hơn lô BT 18,1% ($p < 0,01$); cho thấy scopolamin 1 mg/kg đã gây được tình trạng suy giảm trí nhớ không gian gần trên chuột nhất trắng tương tự với các công bố trước đây⁽¹⁶⁾.

Chuột trong lô DON (liều donepezil 3 mg/kg) có tỷ lệ chuyển tiếp cao hơn lô chứng bệnh lý 15,2 % ($p < 0,05$). Như vậy, donepezil (uống 3 mg/kg) đã thể hiện khả năng khôi phục trí nhớ gần trên chuột nhất trắng tương tự với các công bố trước đây⁽¹³⁾.

Chuột trong các lô DSTT1, DSTT2, DSTT3 làm tăng tỷ lệ chuyển tiếp tăng lần lượt 14,6%; 22,7% ($p < 0,001$); 22,4% ($p < 0,001$) so với lô BL và tương đương với lô BT. Kết quả này cho thấy viên nén Đan sâm – Tam thất có khả năng khôi phục trí nhớ không gian gần trên chuột nhất trắng ở 3 mức liều 1 viên/kg; 1,5 viên/kg và 2 viên/kg sau khi uống liên tục 17 ngày.

Tỷ lệ chuyển tiếp của chuột trong các lô uống mẫu thử (DSTT1, DSTT2, DSTT3) không khác biệt so với lô đối chứng uống donepezil ($p > 0,05$). Kết quả này cho thấy, ở liều 1 viên/kg; 1,5 viên/kg và 2 viên/kg của viên nén Đan sâm – Tam thất đều thể hiện tác dụng hồi phục trí nhớ không gian ngắn hạn của chuột nhất tương đương với donepezil 3 mg/kg.

IV. BÀN LUẬN

Mô hình khám phá vật thể lạ được sử dụng để đánh giá nhận thức, đặc biệt là trí nhớ hình ảnh gần trên các mô hình chuột bị rối loạn thần kinh trung ương. Thử nghiệm này dựa trên khuynh hướng tự nhiên của chuột dành nhiều thời gian khám phá một vật lạ hơn là một vật quen thuộc^(11,14). Tương tự như thế mô hình chữ Y cũng được sử dụng để đánh giá trí nhớ không gian ngắn hạn của chuột thử nghiệm. Bằng cách cho chuột tự do khám phá ba nhánh của mô hình chữ Y nhằm

thúc đẩy hành vi tò mò bẩm sinh của của loài gặm nhấm muốn khám phá các khu vực chưa được khám phá⁽¹⁷⁾. Nghiên cứu này tiến hành trên 2 mô hình khám phá vật thể lạ và mô hình chữ Y để đánh giá trí nhớ ngắn hạn (hình ảnh, không gian) dựa trên bản năng tò mò khám phá của chuột nhắt.

Ảnh hưởng của scopolamin lên trí nhớ được đánh giá thông qua các thử nghiệm hành vi. Trong nghiên cứu, scopolamin 1 mg/kg tiêm phúc mô làm suy giảm trí nhớ hình ảnh trên mô hình khám phá vật thể, chỉ số khám phá thấp hơn lô bình thường 26,2% ($p<0,01$). Đồng thời trên mô hình chữ Y, scopolamin 1mg/kg tiêm phúc mô cũng làm suy giảm trí nhớ không gian với tỷ lệ chuyển tiếp thấp hơn lô bình thường 18,1% ($p<0,01$). Kết quả của nghiên cứu này tương đồng với công bố của nhiều tác giả trước đây, chẳng hạn như Eunjin S năm 2018, Spowart-Manning L năm 2004^(16,18).

Trong nghiên cứu này, các mức liều của mẫu thử, viên nén Đan sâm – Tam thất được lựa chọn dựa vào khoảng liều được sử dụng trên người, quy đổi ra liều dùng cho chuột nhắt trắng trong khoảng 1 viên/kg đến 2 viên/kg. Trên mô hình khám phá vật thể lạ và mô hình chữ Y, viên nén Đan sâm – Tam thất (2 viên/kg; 1,5 viên/kg; 1 viên/kg) đều thể hiện tác dụng khôi phục trí nhớ gần thông qua sự gia tăng chỉ số khám phá vật thể và tỷ lệ chuyển tiếp so với nhóm bệnh lý (scopolamin 1 mg/kg) và tương đương với nhóm chứng bình thường và nhóm đối chứng (donepezil 3 mg/kg).

Cho đến nay, chưa có công bố nào đánh giá hiệu quả hồi phục trí nhớ của chế phẩm kết hợp Đan sâm – Tam thất. Chỉ có một số

nghiên cứu đánh giá từng vị thuốc thành phần Đan sâm hoặc Tam thất được thực hiện bởi các nhóm nghiên cứu khác nhau như: Nghiên cứu của tác giả Ozarowski K năm 2017 cho thấy cao Đan sâm (200 mg/kg, uống 28 ngày) cải thiện trí nhớ gần không đáng kể trên chuột nhắt⁽¹⁰⁾; tác giả Trần Thị Loan năm 2020 cao ethanol Đan sâm (600, 1200 và 2400 mg/kg, uống 14 ngày) cải thiện tỷ lệ chuyển tiếp trên mô hình khám phá vật thể, cải thiện chỉ số khám phá chỉ thể hiện sau 17 ngày uống với 2 mức liều 600 và 1200 mg/kg⁽¹²⁾; Hui HM năm 2022 đã ghi nhận tanshinone IIa trong Đan sâm có tác dụng cải thiện trí nhớ của chuột đột biến gây bệnh Alzheimer (APP/PS1) trên mô hình chữ Y và mê cung nước⁽¹⁹⁾; ginsenosid Rg1 và ginsenosid Rb1 có thể đóng vai trò bảo vệ thần kinh, hạn chế tình trạng thiếu máu cục bộ do thiếu oxy và glucose gây ra sau 7 ngày uống thuốc⁽⁹⁾; nghiên cứu của Lili G năm 2022 về hiệu quả của notoginsenosid (Rg1) trên 5 loài chuột đột biến gây bệnh Alzheimer cho thấy hợp chất này sau uống 2 tháng làm tăng khả năng ghi nhớ của chuột trong thử nghiệm trên mô hình Y so với lô bệnh lý ($p<0,05$)⁽²⁰⁾; Zhou-Liang X năm 2022 cũng nhận định rằng ginsenosid có khả năng cải thiện sự suy giảm trí do propofol qua thử nghiệm mô hình chữ Y⁽²¹⁾. Như vậy, tác dụng cải thiện trí nhớ gần của chuột nhắt chế phẩm kết hợp 2 vị thuốc (Đan sâm – Tam thất) trong nghiên cứu này cũng có chiều hướng tương tự như những công bố trước đây. Để có thể đưa ra nhận định về lợi ích của công thức kết hợp, cần tiếp tục các thử nghiệm so sánh khả năng cải thiện trí

nhớ của viên nén Đan sâm – Tam thất với từng loại cao Đan sâm, Tam thất riêng biệt.

Về cơ chế tác dụng, theo nghiên cứu của Trần Thị Loan năm 2020, Đan sâm có khả năng ức chế enzym AChE, một enzym có vai trò thủy phân và làm mất tác dụng của acetylcholin. Mặt khác, acetylcholin là chất dẫn truyền thần kinh có vai trò quan trọng trong điều hòa hoạt động trí nhớ. Ức chế enzym AChE làm bền vững và tăng nồng độ acetylcholin ở thần kinh trung ương nên có khả năng cải thiện trí nhớ⁽¹²⁾. Nghiên cứu của Ozarowski K năm 2017 cũng cho kết quả tương tự⁽¹⁰⁾. Ginsenosid Rb1, một hợp chất có trong Tam thất, có khả năng ức chế sản xuất các gốc oxy hóa, tăng tỷ lệ Bcl-2/Bax và giảm hoạt động caspase-3, chống lại tổn thương tế bào gây ra bởi thể beta amyloid⁽²²⁾. Ngoài ra sự ứ trệ của huyết dịch tại tâm và não là một trong các cơ chế gây chứng Kiện vong đã được ghi nhận trong Y học cổ truyền. Trong chế phẩm này Đan sâm là thành phần hoạt huyết, Tam thất có vai trò tăng tác dụng hoạt huyết của Đan sâm, phù hợp với cơ chế bệnh sinh của chứng Kiện vong. Với khả năng hoạt huyết tiêu ứ, Đan sâm và Tam thất có thể làm tăng lưu lượng máu não, một trong những cơ chế để hạn chế tình trạng suy giảm trí nhớ⁽²³⁾. Một nghiên cứu khác thực hiện trên công thức phối hợp Đan sâm và Cát căn thể hiện tác dụng làm giãn động mạch não nền của chuột thông qua cơ chế chất trung gian nội môi, bằng cách ức chế kênh canxi trong tế bào cơ trơn mạch máu, mở kênh KATP, từ đó tạo khả năng bảo vệ và hồi phục thần kinh⁽²⁴⁾.

Theo tiêu chuẩn cơ sở của nhà sản xuất, trong viên nén Đan sâm – Tam thất có sự

hiện diện của Tam thất, xác định hàm lượng tối thiểu trong mỗi viên của ginsenosid Rg1 (0,2 mg) và ginsenosid Rb1 (0,5 mg). Những ginsenosid này có thể đóng vai trò bảo vệ thần kinh, cải thiện tình trạng thiếu máu não cục bộ, chống oxy hóa, ức chế AChE^(9,21,22). Đây có thể là những cơ chế tác động liên quan đến tác dụng cải thiện trí nhớ gần của viên nén Đan sâm – Tam thất. Bên cạnh đó, trong chế phẩm có sự hiện diện của Đan sâm với đại diện là tanshinon IIA (không ít hơn 0,05 mg/viên), thành phần này có thể liên quan đến tác dụng hoạt huyết, tăng lưu lượng tuần hoàn não, cải thiện tình trạng suy giảm trí nhớ^(10,23). Những khảo sát về ảnh hưởng của chế phẩm đối với nồng độ AChE, oxid nitric, giãn mạch, các yếu tố đông máu, chống kết tập tiểu cầu... cần được tiếp tục để xác định cơ chế tác động, cũng như đưa ra các khuyến cáo phù hợp trong hướng dẫn sử dụng viên nén Đan sâm – Tam thất. Trong phạm vi nghiên cứu này mới chỉ dừng lại ở 2 thực nghiệm đánh giá trí nhớ gần, cần tiếp tục khảo sát tác động hồi phục trí nhớ xa, tăng cường khả năng học tập... để mở rộng phạm vi ứng dụng của chế phẩm.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy ở 3 mức liều khảo sát trên chuột nhất là 1 viên/kg; 1,5 viên/kg; 2 viên/kg (tương ứng với khoảng liều sử dụng trên người 6 viên/ngày – 9 viên/ngày) viên nén Đan sâm – Tam thất thể hiện tác dụng khôi phục trí nhớ gần của chuột nhất không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Từ kết quả thu được từ thực nghiệm, nhóm tác giả khuyến nghị liều thấp nhất 6 viên/ngày/người 60 kg để cải thiện sa sút trí tuệ liên quan đến thể huyết ứ.

V. KẾT LUẬN

Viên nén Đan sâm – Tam thất với 3 mức liều khảo sát (1 viên/kg; 1,5 viên/kg; 2 viên/kg) có khả năng khôi phục trí nhớ gần trên chuột nhất suy giảm trí nhớ bởi scopolamin sau uống 15 – 17 ngày.

LỜI CẢM ƠN

Bài báo này là một phần kết quả của đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở thuộc Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 139/2022/HD-DHYD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adlimoghaddam A, Neuendorff M, Roy B, Albensi BC.** (2018). A review of clinical treatment considerations of donepezil in severe Alzheimer's disease. *CNS neuroscience & therapeutics*, 24(10):876-888.
2. **Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor MN.** (2003). The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *Journal of Neurology. Neurosurgery & Psychiatry*, 74(9):1206-1209.
3. **Nordström P, Nordström A, Eriksson M, Wahlund LO, Gustafson Y.** (2013). Risk factors in late adolescence for young-onset dementia in men: a nationwide cohort study. *JAMA Internal Medicine*, 173:1612.
4. **Gale SA, Acar D, Daffner KR.** (2018). Dementia. *The American Journal of Medicine*, 131(10):1161-1169.
5. **Li Q, He S, Chen Y, Feng F, Qu W, Sun H.** (2018). Donepezil-based multi-functional cholinesterase inhibitors for treatment of Alzheimer's disease. *European Journal of Medicinal Chemistry*, 158:463-477.
6. **Hansen RA, Gartlehner G, Webb AP, Morgan LC, Moore CG, et al.** (2008). Efficacy and safety of donepezil, galantamine, and rivastigmine for the treatment of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Clinical interventions in aging*, 3(2):211-225.
7. **Zhou X, Razmovski-Naumovski V, Kam A, Chang D, Li C, Bensoussan A, et al.** (2017). Synergistic effects of Danshen (*Salvia Miltiorrhizae Radix et Rhizoma*) and Sanqi (*Notoginseng Radix et Rhizoma*) combination in angiogenesis behavior in EAhy 926 cells. *Medicines*, 4(4):85.
8. **Liu T, Jin H, Sun QR, Xu JH, Hu HT.** (2010). The neuroprotective effects of tanshinone IIA on β -amyloid-induced toxicity in rat cortical neurons. *Neuropharmacology*, 59(7-8):595-604.
9. **Nguyen Thi Thanh Loan, Hang Pham Thi Nguyet, Van Tai Nguyen.** (2021). Contribution of ginsenosides Rg1, Rb1 to the neuroprotective effect of *Panax notoginseng* in mouse organotypic hippocampal slice cultures exposed to oxygen and glucose deprivation. *Vietnam Journal of Science*, 63(2):64-69.
10. **Ozarowski M, Mikolajczak PL, Piasecka A, Kujawski R, Bartkowiak-Wieczorek J, Bogacz A, et al** (2017). Effect of *Salvia miltiorrhiza* root extract on brain acetylcholinesterase and butyrylcholinesterase activities, their mRNA levels and memory evaluation in rats. *Physiology & Behavior*, 173:223-230.
11. **Lueptow LM** (2017). Novel object recognition test for the investigation of learning and memory in mice. *Visualized Experiments*, 2017(126):e55718.
12. **Nguyễn Thành Hải, Trần Thị Loan, Đào Thị Vui** (2020). Đánh giá tác dụng của cao ethanol rễ Đan sâm trên mô hình chuột nhất bị suy giảm trí nhớ bằng scopolamin. *Nghiên cứu dược và thông tin thuốc*, 5(11):19-26.

13. **Shin CY, Kim HS, Cha KH.** (2018). The effects of donepezil, an acetylcholinesterase inhibitor, on impaired learning and memory in rodents. *Biomolecules & therapeutics*, 26(3):274.
14. **Kim DH, Ryu JH** (2008). Differential effects of scopolamine on memory processes in the object recognition test and the Morris water maze test in mice. *Biomolecules & Therapeutics*, 16(3):173-178.
15. **Mugwagwa AT, Gadaga LL, Pote W** (2015). Antiamnesic effects of a hydroethanolic extract of *Crinum macowanii* on scopolamine-induced memory impairment in mice. *Neurodegenerative Diseases*, 2015(2015):242505.
16. **Sohn E, Lim HS, Kim YJ, Kim BY, Kim JH, Jeong SJ** (2019). *Elaeagnus glabra* F. oxyphylla attenuates scopolamine-induced learning and memory impairments in mice by improving cholinergic transmission via activation of CREB/NGF signaling. *Nutrients*, 11(6):1205.
17. **Lalonde R** (2002). The neurobiological basis of spontaneous alternation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 26(1):91-104.
18. **Spowart-Manning L, van der Staay FJ** (2004). The T-maze continuous alternation task for assessing the effects of putative cognition enhancers in the mouse. *Behavioural brain research*, 151(1-2):37-46.
19. **Ma HH, Wan C, Zhang LD, Zhang RR, Peng D** (2022). Sodium tanshinone IIA sulfonate improves cognitive impairment via regulating A β transportation in AD transgenic mouse model. *Metabolic Brain Disease*, 37(4):989-1001.
20. **Guo L, Li K, Zhou J** (2022). Panax Notoginseng Saponin Rg1 Can Effectively Improve the Cognitive Function of 5 $\times$ FAD Mice. *Healthcare Engineering*, 2022(2022):5152761.
21. **Xu ZL, Chen G, Liu X** (2022). Effects of ginsenosides on memory impairment in propofol-anesthetized rats. *Bioengineered*, 13(1):617-623.
22. **Xie X, Wang HT, Li CL, Gao XH, Ding JL, Zhao HH, et al.** (2010). Ginsenoside Rb1 protects PC12 cells against β -amyloid-induced cell injury. *Molecular Medicine Reports*, 3(4):635-639.
23. **Hanif K, Kumar M, Singh N** (2015). Effect of homeopathic *Lycopodium clavatum* on memory functions and cerebral Blood flow in memory-impaired rats. *Homeopathy*, 104(01):24-28.
24. **Lam FF, Deng SY, Ng ES, Yeung JH, Kwan YW, Lau CB, et al.** (2010). Mechanisms of the relaxant effect of a Danshen and Gegen formulation on rat isolated cerebral basilar artery. *Ethnopharmacology*, 132(1):186-192.

KHẢO SÁT HIỆU QUẢ CẢI THIỆN CÁC TRIỆU CHỨNG CỦA HỘI CHỨNG VIÊM KHỚP QUA CÁC SẢN PHẨM ĐÔNG DƯỢC ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP TRÊN THỊ TRƯỜNG HIỆN NAY TỪ BẢNG CÂU HỎI NGƯỜI BỆNH

Lý Thị Kim Nguyên¹, Trần Thị Thúy Quỳnh¹, Trần Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh lý viêm khớp hiện đang là một vấn đề thách thức tại Việt Nam và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật không chỉ ở Việt Nam mà còn trên toàn thế giới. Nghiên cứu này nhằm khảo sát hiệu quả cải thiện các triệu chứng của sản phẩm đông dược điều trị viêm khớp tại bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh và bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 3.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 171 người bệnh viêm khớp. Ghi nhận hiệu quả giảm đau theo VAS, giảm cứng khớp, sưng nóng đỏ khớp và tác dụng kèm theo sau khi sử dụng sản phẩm đông dược thời gian 2 tuần và 4 tuần do bác sĩ điều trị thực hiện đánh giá.

Kết quả: Sau 4 tuần, tất cả NB đều giảm sưng nóng đỏ khớp. Nhóm sử dụng sản phẩm đông dược (n=29) điểm VAS trung bình (TB) từ 6,10cm xuống 3,21 cm, thời gian cứng khớp từ 9,97 phút xuống 7,55 phút. Nhóm kết hợp đông dược, y học hiện đại (YHHĐ) và phương pháp không dùng thuốc (PPKDT) (n=77) điểm VAS TB từ 7,13cm xuống 3,21cm, thời gian cứng

khớp từ 9,31 phút xuống 6,94 phút. Nhóm kết hợp thuốc đông dược và PPKDT (n=28) điểm VAS TB từ 6,46 cm xuống 3,04cm, thời gian cứng khớp từ 6,18 phút xuống 4,82 phút. Nhóm kết hợp thuốc đông dược và YHHĐ (n=37) điểm VAS TB từ 7,14cm xuống 3,14cm, thời gian cứng khớp từ 15,68 phút xuống 12,49 phút. Không phát hiện tác dụng không mong muốn

Kết luận: Hiệu quả giảm đau của nhóm sử dụng đông dược và YHHĐ tốt hơn 4 cm so với các nhóm khác. Hiệu quả giảm cứng khớp của nhóm sử dụng đông dược và YHHĐ tốt hơn 3,19 phút so với các nhóm khác. Hiệu quả giảm sưng nóng đỏ khớp của các nhóm là như nhau.

Từ khóa: viêm khớp, sản phẩm đông dược, VAS

SUMMARY

SURVEY ON THE EFFECTIVENESS OF IMPROVING SYMPTOMS OF ARTHRITIS SYNDROME THROUGH TRADITIONAL ARTHRITIS TREATMENT PRODUCTS ON THE MARKET CURRENTLY FROM PATIENT QUESTIONNAIRES

Objectives: Arthritis is currently a challenging problem in Vietnam and is a leading cause of disability not only in Vietnam but also worldwide. This study aims to investigate the effectiveness of improving symptoms of traditional medicine products for arthritis treatment at HCM City Traditional Medicine Hospital and University of Medical Center HCM City - Branch no.3.

³⁰ ¹Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Quỳnh
SĐT: 0973266958

Email: thuyquynhtran31@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 29/07/2022

Ngày duyệt bài: 10/08/2022

Methods: The study was conducted on 171 people with arthritis. The effectiveness of pain relief according to VAS, joint stiffness, swelling, redness, and associated effects was recorded after using traditional medicine for 2 weeks and 4 weeks, and was evaluated by attending doctor.

Results: After 4 weeks, all patients reduced swelling, hot, red joints. The group using traditional medicines (n=29) average VAS score (TB) from 6.10cm to 3.21cm, time of stiffness from 9.97 minutes to 7.55 minutes. Group combining traditional medicine, modern medicine (YHHD) and non-drug method (PPKDC) (n=77) average VAS score from 7.13cm to 3.21cm, stiffness time from 9.31 minutes down 6.94 minutes. The group of combination of traditional medicines and PPKDC (n=28) average VAS score from 6.46cm to 3.04cm, time of stiffness from 6.18 minutes to 4.82 minutes. The group combining traditional medicine and modern medicine (n=37) average VAS score from 7.14cm to 3.14cm, stiffness time from 15.68 minutes to 12.49 minutes. No side effects were observed during the treatment

Conclusion: The pain relief effect of the group using traditional medicine and traditional medicine was 4cm better than that of the other groups. The effectiveness of reducing stiffness in the group using traditional medicine and modern medicine was 3.19 minutes better than that of the other groups. The effectiveness of reducing joint swelling and redness of the groups was the same.

Keywords: arthritis, traditional medicine, VAS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý viêm khớp hiện đang là một thách thức và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật⁽⁰⁾. Việc điều trị bệnh rất tốn kém, hiệu quả chưa cao trong khi nhiều tác dụng phụ nặng nề⁽⁰⁾.

Hiện nay có rất nhiều quốc gia sử dụng thuốc y học cổ truyền như Singapore tới 76% và Hàn Quốc có tới 86% dân số sử dụng y học cổ truyền⁽⁰⁾. Ở Việt Nam việc sử dụng thuốc có nguồn gốc từ dược liệu đặc biệt là thành phẩm đông dược đang ngày càng ưa chuộng ước tính có khoảng 59 – 90% người sử dụng⁽⁰⁾. Bệnh viêm khớp điều trị YHHD rất hiệu quả nhưng có nhiều tác dụng phụ kèm theo. Các sản phẩm đông dược gồm nhiều vị thuốc phổ biến được bán rất nhiều trên thị trường để điều trị viêm khớp nhưng chưa có nghiên cứu về nó. Nhằm mục đích đánh giá các sản phẩm thuốc đông dược điều trị viêm khớp thực sự có hiệu quả cải thiện các triệu chứng hay không, đề tài tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu sau: Ghi nhận hiệu quả cải thiện triệu chứng đau khớp, cứng khớp và sưng nóng đỏ khớp của người bệnh sau 2 tuần và 4 tuần có sử dụng và không sử dụng sản phẩm đông dược hỗ trợ điều trị viêm khớp. Đánh giá các tác dụng không mong muốn của thuốc mà người bệnh đang dùng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Chọn ngẫu nhiên người bệnh có tuổi từ đủ 18 trở lên.

Người bệnh được chẩn đoán bệnh lý viêm khớp (cụ thể như bệnh thoái hóa khớp, viêm khớp dạng thấp,...).

Các người bệnh này được khám ngoại trú hoặc điều trị nội trú (sau khi khám ngoại trú được chỉ định nhập viện) tại bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3, bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh và người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh mắc các chứng rối loạn tâm thần.

Người bệnh không thể đọc hiểu câu hỏi.

Người bệnh mắc các bệnh cấp tính cần được xử trí tích cực bằng y học hiện đại.

Người bệnh không điều trị liên tục 2 tuần và 4 tuần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{P(1-P)}{d^2}} = 96$, đây là số lượng tối thiểu. Ước lượng một tỷ lệ trong quần thể với: Độ chính xác tuyệt đối (hay sai số cho phép) $d=0,1$, độ tin cậy 95%⁽⁰⁾.

Phương pháp tiến hành

Lấy mẫu liên tiếp trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2022. Tất cả người bệnh đáp ứng các tiêu chuẩn đều được mời tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn đánh giá

Do bác sĩ điều trị thực hiện đánh giá bao gồm

Tiêu chuẩn đánh giá giảm đau: sử dụng thang điểm đau VAS

Tiêu chuẩn đánh giá giảm cứng khớp: là triệu chứng cơ năng

Tiêu chuẩn đánh giá giảm sưng nóng đỏ khớp: là triệu chứng cơ năng

Tiêu chuẩn đánh giá tác dụng không mong muốn: là những triệu chứng cơ năng hoặc thực thể xuất hiện sau khi sử dụng thuốc 2 tuần và 4 tuần.

2.3. Phương tiện phân tích số liệu

Các số liệu được thu thập dựa vào phiếu khảo sát, được nhập bằng phần mềm Epidata. Các phân tích thống kê bằng phần mềm Epidata. Dữ liệu được mô tả bằng tần số (tỷ lệ %) đối với biến số định tính và trung bình (độ lệch chuẩn) đối với biến định lượng. So sánh kết quả trước và sau điều trị bằng phép kiểm Paired-Sample T Test. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê được chọn là 0,1.

2.4. Y đức

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức trường Đại học Y dược TPHCM số 79/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong quá trình nghiên cứu từ tháng 1/2022 đến tháng 5/2022, thu thập được 171 người bệnh

Nhóm sử dụng thuốc đông dược

Bảng 1. Mức độ giảm đau theo thang điểm VAS trước và sau 4 tuần điều trị ở nhóm chỉ sử dụng thuốc đông dược

Thời điểm		Trước điều trị		Sau 2 tuần điều trị		Sau 4 tuần điều trị	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ							
Không đau	< 1cm	0	0%	0	0%	0	0%
Đau nhẹ	1 – 3cm	0	0%	2	6,90%	20	68,97%
Đau vừa	4 – 7cm	26	89,66%	27	93,10%	9	31,03%
Đau nặng	8 – 10cm	3	10,34%	0	0%	0	0%
Tổng		29	100%	29	100%	29	100%
Điểm VAS trung bình(±ĐLC)		6,10 ± 1,113		5,24 ± 1,123		3,21 ± 1,264	
Độ chênh điểm VAS		2,897 ± 0,900					
p		<0,05					

Bảng 2. Mức độ giảm cứng khớp trước và sau 4 tuần điều trị ở nhóm chỉ sử dụng thuốc đông dược

Thời điểm Mức độ		Trước điều trị		Sau 2 tuần điều trị		Sau 4 tuần điều trị	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không cứng khớp		13	44,83%	13	44,83%	15	51,72%
Mức độ nhẹ	<30 phút	11	37,93%	11	37,93%	10	34,48%
Mức độ vừa	30–60 phút	4	13,79%	4	13,79%	4	13,79%
Mức độ nặng	>60 phút	1	3,45%	1	3,45%	0	0%
Tổng		29	100%	29	100%	29	100%
Thời gian cứng khớp trung bình (±ĐLC)		9,97 ± 16,809		9,28 ± 15,975		7,55 ± 13,076	
Độ chênh thời gian cứng khớp		2,414 ± 4,355					
p		<0,05					

Bảng 3. Mức độ giảm sưng nóng đỏ khớp sau 2 tuần và 4 tuần điều trị ở nhóm chỉ sử dụng thuốc đông dược.

Thời điểm Mức độ		Sau điều trị 2 tuần		Sau điều trị 4 tuần	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hết sưng nóng đỏ		1	3,45%	3	10,34%
Giảm nhiều		3	10,34%	2	6,90%
Giảm ít		1	3,45%	1	3,45%
Không giảm		1	3,45%	0	0,00%
Không sưng nóng đỏ		23	79,31 %	23	79,31%
Tổng		29	100%	29	100%

Nhóm sử dụng thuốc đông dược và YHHĐ**Bảng 4. Mức độ giảm đau theo thang điểm VAS trước và sau 4 tuần điều trị ở nhóm thuốc đông dược và YHHĐ**

Thời điểm Mức độ		Trước điều trị		Sau 2 tuần điều trị		Sau 4 tuần điều trị	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không đau	<1cm	0	0%	0	0%	0	0%
Đau nhẹ	1 – 3cm	0	0%	0	0%	25	67,56%
Đau vừa	4 – 7cm	25	67,56%	35	94,59%	12	32,43%
Đau nặng	8 – 10cm	12	32,43%	2	5,41%	0	0%
Tổng		37	100%	37	100%	37	100%
Điểm VAS trung bình(±DLC)		7,14 ± 0.918		5,78 ± 1,058		3,14 ± 1,084	
Độ chênh điểm VAS		4,000 ± 0,882					
p		<0,05					

Bảng 5. Mức độ giảm cứng khớp trước và sau 4 tuần điều trị ở nhóm thuốc đông dược và YHHĐ

Thời điểm		Trước điều trị		Sau 2 tuần điều trị		Sau 4 tuần điều trị	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ							
Không cứng khớp		16	43,24%	16	43,24%	16	43,24%
Mức độ nhẹ	<30 phút	14	37,84%	14	37,84%	16	43,24%
Mức độ vừa	30–60 phút	6	16,22%	6	16,22%	5	13,51%
Mức độ nặng	>60 phút	1	2,70%	1	2,70%	0	0,00%
Tổng		37	100%	37	100%	37	100%
Thời gian cứng khớp trung bình (±ĐLC)		15,68 ± 19,761		14,59 ± 18,796		12,49 ± 15,973	
Độ chênh thời gian cứng khớp		3,189 ± 4,678					
p		<0.05					

Bảng 6. Mức độ giảm sưng nóng đỏ khớp sau 2 tuần và 4 tuần điều trị ở nhóm thuốc đông dược và YHHĐ

Thời điểm		Sau điều trị 2 tuần		Sau điều trị 4 tuần	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hết sưng nóng đỏ		0	0,00%	5	13,51%
Giảm nhiều		6	16,22%	8	21,62%
Giảm ít		4	10,81%	5	13,51%
Không giảm		8	21,62%	0	0,00%
Không sưng nóng đỏ		19	51,35%	19	51,35%
Tổng		37	100%	37	100%

Nhóm sử dụng đông dược và PPKDT**Bảng 7. Mức độ giảm đau theo thang điểm VAS trước và sau 4 tuần điều trị ở nhóm kết hợp thuốc đông dược và PPKDT**

Thời điểm		Trước điều trị		Sau điều trị 2 tuần		Sau điều trị 4 tuần	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không đau	<1cm	0	0%	0	0%	1	3,57%
Đau nhẹ	1 – 3cm	1	3,57%	1	3,57%	19	67,86%
Đau vừa	4 – 7cm	22	78,57%	27	96,43%	8	28,57%
Đau nặng	8 – 10cm	5	17,86%	0	0%	0	0%
Tổng		28	100%	28	100%	28	100
Điểm VAS trung bình (±ĐLC)		6,46 ± 1,1770		5,25 ± 1,175		3,04 ± 1,036	
Độ chênh điểm VAS		3,429 ± 0,790					
p		<0,05					

Bảng 8. Mức độ giảm cứng khớp trước và sau 4 tuần điều trị ở nhóm kết hợp thuốc đông dược và PPKDT

Thời điểm		Trước điều trị		Sau 2 tuần điều trị		Sau 4 tuần điều trị	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ							
Không cứng khớp		15	53,57%	15	53,57%	16	57,14%
Mức độ nhẹ	<30 phút	12	42,86%	12	42,86%	11	39,29%
Mức độ vừa	30–60 phút	0	0%	0	0%	1	3,57%
Mức độ nặng	>60 phút	1	3,57%	1	3,57%	0	0%
Tổng		28	100%	28	100%	28	100%
Thời gian cứng khớp trung bình (±ĐLC)		6,18 ± 12,693		5,36 ± 11,541		4,82 ± 10,615	
Độ chênh thời gian cứng khớp		1,357 ± 2,642					
p		<0,05					

Bảng 9. Mức độ giảm sưng nóng đỏ khớp sau 2 tuần và 4 tuần điều trị ở nhóm kết hợp thuốc đông dược và PPKDT

Thời điểm		Sau điều trị 2 tuần		Sau điều trị 4 tuần	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hết sưng nóng đỏ		0	0,00%	2	7,14%
Giảm nhiều		2	7,14%	0	0,00%
Giảm ít		0	0,00%	2	7,14%
Không giảm		2	7,14%	0	0,00%
Không sưng nóng đỏ		24	85,72%	24	85,72%
Tổng		28	100%	28	100%

Nhóm sử dụng thuốc đông dược, YHHĐ và PPKDT

Bảng 10. Mức độ giảm đau theo thang điểm VAS trước và sau 4 tuần điều trị ở nhóm kết hợp thuốc đông dược, YHHĐ và PPKDT

Thời điểm		Trước điều trị		Sau 2 tuần điều trị		Sau 4 tuần điều trị	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không đau	<1cm	0	0%	0	0%	4	5,19%
Đau nhẹ	1 – 3cm	0	0%	7	9,09%	41	53,25%
Đau vừa	4 – 7cm	42	54,54%	63	81,82%	32	41,56%
Đau nặng	8 – 10cm	35	45,46%	7	9,09%	0	0%
Tổng		77	100%	77	100%	77	100%
Điểm VAS trung bình (±DLC)		7,13 ± 1,239		5,66 ± 1,465		3,21 ± 1,567	
Độ chênh điểm VAS		3,922 ± 1,048					
p		<0,05					

Bảng 11. Mức độ giảm cứng khớp trước và sau 4 tuần điều trị ở nhóm kết hợp thuốc đông dược, YHHĐ và PPKDT

Thời điểm		Trước điều trị		Sau điều trị 2 tuần		Sau điều trị 4 tuần	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ							
Không cứng khớp		32	41,56%	32	41,56%	34	44,16%
Mức độ nhẹ	<30 phút	36	46,75%	37	48,05%	42	54,55%
Mức độ vừa	30–60 phút	7	9,09%	6	7,79%	1	1,29%
Mức độ nặng	>60 phút	2	2,60%	2	2,60%	0	0,00%
Tổng		77	100%	77	100%	77	100%
Thời gian cứng khớp trung bình (±ĐLC)		9,31 ± 13,701		8,32 ± 12,713		6,94 ± 10,663	
Độ chênh thời gian cứng khớp		2,377 ± 3,685					
p		<0.05					

Bảng 12. Mức độ giảm sưng nóng đỏ khớp sau 2 tuần và 4 tuần điều trị ở nhóm kết hợp thuốc đông dược, YHHĐ và PPKDT

Thời điểm		Sau điều trị 2 tuần		Sau điều trị 4 tuần	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hết sưng nóng đỏ		2	2,60%	15	19,48%
Giảm nhiều		13	16,88%	7	9,09%
Giảm ít		7	9,09%	5	6,49%
Không giảm		5	6,49%	0	0,00%
Không sưng nóng đỏ		50	64,94%	50	64,94%
Tổng		77	100%	77	100%

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Trong quá trình điều trị, không có người bệnh nào gặp phải các tác dụng như buồn nôn, chóng mặt.

IV. BÀN LUẬN**Kết quả điều trị**

Về hiệu quả giảm đau thì sau 4 tuần điều trị, nhóm kết hợp đông dược, YHHĐ và PPKDT giảm điểm VAS từ 7,13cm xuống 3,21cm, giảm 3,92cm nhiều nhất trong các nhóm còn lại.

Về thời gian cứng khớp thì sau 4 điều trị, nhóm sử dụng kết hợp đông dược và YHHĐ giảm từ 15,68 phút xuống 12,49 phút, giảm 3,19 phút.

Về hiệu quả giảm sưng nóng đỏ khớp thì các nhóm đều cho thấy người bệnh đều giảm.

Đau khớp thường là triệu chứng đầu tiên của viêm khớp biểu hiện trên lâm sàng và đây cũng là triệu chứng khiến bệnh nhân phải đến bệnh viện điều trị. Thang điểm VAS là thang điểm đánh giá mức độ đau dựa trên cảm nhận chủ quan của người bệnh và được sử dụng khá phổ biến trong các nghiên cứu. Cứng khớp thường đi kèm với đau khớp hoặc sưng nóng đỏ khớp, có thể gây khó khăn trong sinh hoạt và thực hiện các công việc cần đến sự vận động của các khớp.

Người bệnh tham gia nghiên cứu đã sử dụng sản phẩm đông dược như Phong tê

thấp, viên nang cứng độc hoạt tang ký sinh, Khang minh phong thấp nang, thuốc khớp Phong Đan, Tuzamin, thuốc Artex, Rheumapain-F và trong đó các vị thuốc có tác dụng giảm đau, kháng viêm như Độc hoạt, Quế nhục, Phòng phong, Đương quy, Tế tân, Tần giao,...

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Bay năm 2019 ghi nhận sau 4 tuần dùng trà PT5 mức độ giảm đau đạt 67,5% so với ban đầu và mức độ cải thiện khả năng vận động đạt tỷ lệ 63,8% tốt hơn so với nhóm dùng Meloxicam⁽⁰⁾. Nghiên cứu của Tạ Đăng Quang năm 2020 ghi nhận sau 3 tuần uống thuốc, nhóm nghiên cứu sử dụng viên nang cứng TDGV có tác dụng giảm đau thể hiện qua việc giảm số khớp trung bình, điểm VAS trung bình so với trước điều trị và tốt hơn so với nhóm dùng Allopurinol⁽⁰⁾.

Mặc dù nghiên cứu của đề tài khảo sát chung cho các bệnh viêm khớp những cũng ghi nhận kết quả tương tự. Chứng tỏ việc sử dụng đơn thuần thuốc đông dược vẫn có tác dụng giảm đau, giảm thời gian cứng khớp và giảm sưng nóng đỏ đau nhưng tác dụng chậm hơn so với việc kết hợp các phương pháp điều trị khác

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. Trong quá trình điều trị, nhận thấy không có người bệnh nào gặp phải các tác dụng phụ như buồn nôn, chóng mặt.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng sưng nóng đỏ có giảm ở cả 4 nhóm người bệnh. Triệu chứng cứng khớp: Nhóm người bệnh sử dụng thuốc đông dược và YHHĐ có thời gian giảm cứng khớp nhiều hơn ở các nhóm còn lại với thời gian trung bình là 3,189 phút. Triệu chứng đau: Nhóm người bệnh sử dụng kết hợp thuốc đông dược và YHHĐ giảm đau nhanh hơn các nhóm còn lại với điểm VAS trung bình là

4,000. Trong quá trình điều trị không có người bệnh nào có tác dụng phụ.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn tới Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 đã giúp đỡ và tạo điều kiện trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shayan Senthelal, Jinpu Li, et al** (2021). Arthritis. StatPearls. Updated October 11,2021. October 20, 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518992>
2. **WHO** (2019). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019, 2019: 1-228. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>
3. **Leigh F C, Elizabeth K W, Thelma J M, Teresa J B, Shannon S C, Betsy L S, Robert F D, Joseph S** (2009). Use of Complementary and Alternative Medicine Among Patients with Arthritis. Preventing Chronic Disease, 6(2):A44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19288987>.
4. **Hoàng Văn Minh, Lưu Ngọc Hoạt** (2020). Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức khỏe, tr. 31-32. 1/8/2022. <http://cphs.huph.edu.vn/uploads/tintuc/2020/Phuongphapchonmauvatinhtoancomau.pdf>
5. **Nguyễn Thị Bay, Huỳnh Anh Kiệt, Tăng Hà Nam Anh** (2019). Đánh giá hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động của trà PT5 trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 23(4):152-158.
6. **Tạ Đăng Quang** (2020). Nghiên cứu độc tính và tác dụng điều trị bệnh gút mạn tính của viên nang cứng tam diệp gia vị trên thực nghiệm và lâm sàng. Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC THANG TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH – CƠ SỞ 3

Võ Ngọc Đan Tâm¹, Nguyễn Ngô Lê Minh Anh¹, Trần Thu Nga¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng sử dụng thuốc thang trên người bệnh đến khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – cơ sở 3.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn tất cả các hồ sơ bệnh án có toa thuốc chỉ định dùng thuốc thang tại phòng khám ngoại trú từ tháng 12/2021 đến tháng 4/2022.

Kết quả: Trong thời gian nghiên cứu, phòng khám ngoại trú đã có 2098 đơn thuốc có chỉ định dùng thuốc thang. Về đặc điểm lâm sàng: tập trung ở độ tuổi 30 -59 tuổi (47%), đa phần là giới nữ (62,3%). Đơn thuốc có số lượng vị thuốc từ 10 – 15 vị chiếm ưu thế (72,12%). Vị thuốc được sử dụng nhiều nhất là Cam thảo (4,7%), Đương quy (4,5%). Nhóm thuốc được dùng nhiều nhất là nhóm bổ khí (17,2%), bổ huyết (10,4%).

Kết luận: Nghiên cứu đã cung cấp những thông tin liên quan đến tình hình sử dụng thuốc thang trên người bệnh đến khám ngoại trú, góp phần trong công tác lên kế hoạch dự trữ và bảo quản thuốc dược liệu. Qua đó cũng giúp hiểu rõ

hơn về nguyên tắc và đặc điểm của thuốc thang dùng trong điều trị tại phòng khám ngoại trú của cơ sở khám chữa bệnh.

Từ khóa: tình hình sử dụng, thuốc thang

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE SITUATION OF USING TRADITIONAL CHINESE MEDICINE DECOCTION AT THE OUTPATIENT DEPARTMENT OF THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY – BRANCH NO 3

Objective: To assess the situation of using decoction on patients who come for outpatient examination at University Medical Center Ho Chi Minh City – Branch No 3.

Methods: Cross-sectional descriptive study. Select all medical records with prescriptions for the decoction at the outpatient clinic from December 2021 to April 2022.

Results: During the study period, the outpatient clinic had 2098 prescriptions indicated for decoction. Clinical features: patients are concentrated in the age group of 30-59 years old (47%), and most of them are female (62.3%). Prescriptions with a number of ingredients from 10 to 15 predominate (72.12%). The most used herbs are Radix Glycyrrhizae (4.7%), and Radix Angelica Sinensis (4.5%). The group of drugs used the most was the tonify qi (17.2%), and tonify blood (10.4%).

Conclusion: The study has provided information related to the situation of using decoction in outpatient, contributing to the

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngô Lê Minh Anh

SĐT: 0886725372

Email: drminhanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 25/07/2022

Ngày duyệt bài: 04/08/2022

planning and preservation of herbal medicines. Thereby, it also helps to better understand the principles and characteristics of decoctions used in treatment in the outpatient clinic of the medical facility.

Keywords: situation of use, decoction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc thang (thuốc sắc) là một trong những hình thức điều trị đầu tiên của con người. Mặc dù đã xuất hiện từ lâu nhưng thuốc thang vẫn luôn giữ cho mình vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe và ngày càng phát triển. Với thuốc thang, sự đặc biệt chính là nguyên tắc cấu thành bài thuốc, sự gia giảm và phối hợp giữa các vị thuốc trong bài thuốc với nhau sao cho phù hợp với thể trạng của người bệnh, từ đó sẽ đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất⁽¹⁾. Chính vì vậy mà khi ta nhìn vào vị thuốc của một bài thuốc ta có thể nhận định được căn bản hướng điều trị của người bệnh đó và đặc điểm hướng điều trị của thuốc y học cổ truyền. Nghiên cứu của Zhang J (1998 – 1999) tại Bệnh viện (BV) Y học cổ truyền (YHCT) Trung Quốc với 40.000 đơn thuốc đã thống kê rằng nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là thanh nhiệt, thuốc bổ, thuốc lợi tiểu và tiêu thũng. Nghiên cứu cho thấy được đặc điểm của YHCT Trung Quốc trong điều trị là tăng cường sức khỏe, điều hòa âm dương, nâng cao thể trạng⁽²⁾. Với mong muốn khảo sát được “Tình hình sử dụng thuốc thang trên người bệnh đến khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh – cơ sở 3 thông qua tỷ lệ tần suất các vị thuốc, nhóm thuốc trong các đơn thuốc thang được chỉ định” đồng thời cũng giúp ích cho việc lên kế hoạch quản lý và phân phối, dự trữ các dược liệu tại cơ sở

khám chữa bệnh nên nghiên cứu đã được thực hiện với các mục tiêu sau:

- Xác định tần suất đơn thuốc có sử dụng thuốc thang trong điều trị tại phòng khám ngoại trú.
- Xác định tỷ lệ các vị thuốc và nhóm thuốc trong các đơn thuốc thang được sử dụng để điều trị tại phòng khám ngoại trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các đơn thuốc được chỉ định dùng thuốc thang (là cho các dược liệu trong toa để người bệnh sắc lấy nước uống, không bao gồm thuốc thang được bào chế đóng gói sẵn thành phẩm và có thể kết hợp với các phương pháp điều trị khác) khi đến khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh – cơ sở 3.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu

Tất cả các đơn thuốc có chỉ định dùng thuốc thang trong thời gian nghiên cứu (từ tháng 12/2021 đến tháng 4/2022)

Kỹ thuật chọn mẫu

Bước 1: Tiến hành lựa chọn các đơn thuốc có đủ tiêu chuẩn (được chỉ định sử dụng thuốc thang trong toa thuốc).

Bước 2: Nhập các thông tin cần thu thập vào phiếu thu thập thông tin.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Phiếu thu thập gồm một số thông tin có trong toa thuốc có chỉ định thuốc thang. Bao gồm các đặc điểm như tuổi, giới tính, nghề nghiệp, sự kết hợp của thuốc thang với các phương pháp điều trị (kết hợp thuốc y học hiện đại (YHHĐ), chế phẩm YHCT, phương pháp điều trị không dùng thuốc

(PPDTKDT)). Các bệnh được chẩn đoán theo YHHĐ. Các vị thuốc và nhóm thuốc trong các đơn thuốc thang.

Các vị thuốc và nhóm thuốc được phân loại dựa vào Giáo trình Thuốc YHCT của

Trường đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh⁽³⁾.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Office Excel. Các biến số được tính bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 2098 lượt khám có toa thuốc được chỉ định dùng thuốc thang.

Đặc điểm của đối tượng trong đơn thuốc nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng trong đơn thuốc nghiên cứu

Đặc điểm		N (n=2098)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	791	37,7%
	Nữ	1307	62,3%
	Tổng	2098	100%
Độ tuổi	≥18	90	4,3%
	19-29	424	20,2%
	30-59	987	47%
	≥60	597	28,5%
	Tổng	2098	100%
Nghề nghiệp	Hành chính – CNVC*	72	3,4%
	Học sinh – Sinh viên	123	5,9%
	Hưu trí	76	3,6%
	Nội trợ	59	2,8%
	Khác	1768	84,3%
	Tổng	2098	100%

*CNVC: Công nhân viên chức

Trong tổng số lượt khám được chỉ định dùng thuốc thang, nữ giới chiếm tỷ lệ cao với 62,3%. Độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 30 – 59 tuổi với 47%. Lao động khác chiếm phần lớn 84,3%.

Tình hình sử dụng thuốc thang

Bảng 2. Tình hình thuốc thang được chỉ định từ tháng 12/2021 đến tháng 4/2022

Bảng 2: Hình thức thuốc thang được sử dụng từ tháng 12/2021 đến tháng 7/2022					
Tháng	Số lượt khám có sử dụng thuốc thang (số đơn)				Tổng
	Thuốc thang đơn thuần	Kết hợp (Chế phẩm YHCT**, YHHĐ***, PPDTKDT****)			
		Kết hợp một phương pháp	Kết hợp hai phương pháp	Kết hợp ba phương pháp	
12/2021	121	142	115	49	427
	28,34%	33,25%	26,93%	11,48%	100%

1/2022	119	136	99	46	400
	29,75%	34%	24,75%	11,5%	100%
2/2022	102	110	115	39	366
	27,87%	30,05%	31,42%	10,66%	100%
3/2022	177	140	134	33	484
	36,57%	28,93%	27,68%	6,82%	100%
4/2022	140	143	105	33	421
	33,25%	33,97%	24,94%	7,84%	100%
Tổng	659	671	568	200	2098
	31,41%	31,99%	27,07%	9,53%	100%

** YHCT: Y học cổ truyền

***YHHĐ: Y học hiện đại

****PPDTKDT: Phương pháp điều trị không dùng thuốc

Trong thời gian khảo sát, tổng số lượt khám có sử dụng thuốc thang qua từng tháng kết hợp trong điều trị cùng với thuốc thang, lần lượt tháng 12 có 427 lượt khám, tháng 1 đối với từng tháng thì có nhiều kết quả khác có 400 lượt khám, tháng 2 có 366 lượt khám, nhau nhưng chiếm tỷ lệ cao với điều trị thuốc tháng 3 có 484 lượt khám – chiếm tỷ lệ cao thang đơn thuần và kết hợp với một phương pháp điều trị khác. nhất, và tháng 4 có 421 lượt khám. Với sự

Bảng 3. Thuốc thang kết hợp với các phương pháp điều trị khác

	Thuốc thang đơn thuần	Kết hợp thuốc YHHĐ***	Kết hợp chế phẩm YHCT**	Kết hợp PPDTKDT****
Tần suất (N)	659	1035	807	572
Tỷ lệ (%) N/n (2098)	31,41%	49,33%	38,47%	27,26%

** YHCT: Y học cổ truyền

***YHHĐ: Y học hiện đại

****PPDTKDT: Phương pháp điều trị không dùng thuốc

Đối với sự kết hợp thuốc thang với các phương pháp điều trị khác trong các đơn thuốc thang, thì thuốc thang kết hợp với thuốc YHHĐ chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,33%.

Bảng 4. Số lượng vị thuốc có trong đơn thuốc thang

Số lượng vị thuốc	N (đơn thuốc)	Tỷ lệ (%)
< 10 vị	69	3,29%
10 – 15 vị	1513	72,12%
> 15 vị	516	24,59%

Trong số các đơn thuốc thang được sử dụng, số đơn thuốc có vị thuốc từ 10 – 15 vị chiếm tỷ lệ cao nhất 72,12%. Chiếm tỷ lệ ít nhất là số đơn < 10 vị với 3,29%.

Bảng 5. Danh sách 10 bệnh đứng đầu được chẩn đoán theo y học hiện đại giai đoạn 12/2021 đến 4/2022

	Bệnh YHHĐ	N (đơn thuốc)	Tỷ lệ (%) (n=2098)
1	Thoái hóa khớp (cột sống, gối...)	258	12,2%
2	Rối loạn giấc ngủ	189	8,9%
3	Mệt mỏi sau nhiễm virus	153	7,2%
4	Trào ngược dạ dày- thực quản	105	5%
5	Viêm da (Viêm da cơ địa, Viêm da dị ứng)	91	4,3%
6	Bệnh đĩa đệm gian đốt sống	74	3,5%
7	Viêm họng	62	2,9%
8	Tăng huyết áp	61	2,9%
9	Đau đầu	59	2,8%
10	Viêm dạ dày tá tràng	50	2,4%

Trong khảo sát, từ tháng 12/2021 đến tháng 4/2022, bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là các bệnh và cơ xương khớp như thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp... chiếm 12,2%, rối loạn giấc ngủ 8,9%, mệt mỏi sau nhiễm virus chiếm 7,2%.

Vị thuốc và nhóm thuốc trong các đơn thuốc thang

Bảng 6. Thống kê 20 vị thuốc có tần suất sử dụng phổ biến trong tổng tần suất các vị thuốc được sử dụng tại phòng khám ngoại trú trong giai đoạn tháng 12/2021 đến tháng 4/2022

STT	Tên thuốc	N (tần suất)	Tỷ lệ (%) (n=29187)	STT	Tên thuốc	N (tần suất)	Tỷ lệ%
1	Cam thảo	1384	4,7%	11	Thục địa	647	2,21%
2	Đương quy	1307	4,5%	12	Bạch truật	632	2,16%
3	Bạch linh	1057	3,6%	13	Ngưu tất	517	1,77%
4	Đảng sâm	931	3,2%	14	Can khương	510	1,74%
5	Bạch thược	872	2,9%	15	Hương phụ	503	1,72%
6	Hoàng kỳ	801	2,7%	16	Sài hồ	492	1,68%
7	Đại táo	768	2,6%	17	Bán hạ bắc	480	1,65%
8	Xuyên khung	742	2,54%	18	Hoàng cầm	428	1,47%
9	Trần bì	735	2,51%	19	Bá tử nhân	415	1,42%
10	Táo nhân	724	2,4%	20	Đỗ trọng	414	1,41%

Ở khảo sát từ tháng 12/2021 đến tháng 4/2022, vị thuốc được sử dụng nhiều nhất lần lượt là Cam thảo (4,7%), Đương quy (4,5%), Bạch linh (3,6%)

Bảng 7. Thống kê 10 nhóm thuốc có tần suất sử dụng phổ biến trong tổng tần suất các nhóm thuốc được sử dụng tại phòng khám ngoại trú từ tháng 12/2021 đến tháng 4/ 2022

	Nhóm thuốc	N (tần suất)	Tỷ lệ (%) (n = 29187)
1	Bổ khí	5021	17,2%
2	Bổ huyết	3045	10,4%
3	Hoạt huyết, khử ứ	2400	8,2%

4	Phát tán phong thấp	2072	7,1%
5	An thần	2047	7%
6	Hành khí	2001	6,9%
7	Thâm thấp lợi thủy	1755	6%
8	Thanh nhiệt giải độc	1233	4,22%
9	Phát tán phong nhiệt	1061	3,63%
10	Thanh nhiệt táo thấp	1004	3,43%

Qua khảo sát, nhóm thuốc được dùng nhiều nhất trong các đơn thuốc thang là nhóm bổ khí với 17,2%. Tiếp đến là các nhóm bổ huyết (10,4%), hoạt huyết, khử ú (8,2%) ...

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 30-59 tuổi (47%) thuộc độ tuổi lao động theo cơ cấu tuổi của Việt Nam⁽⁴⁾. Do đặc thù phòng khám ngoại trú thường tiếp nhận người bệnh không có thời gian điều trị nội trú nên chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi lao động là phù hợp. Tỷ lệ nữ giới chiếm gấp 1,7 lần so với nam giới (62,3% ở nữ và 37,7% ở nam). Nghiên cứu của Pinkhasov RM (2010) về hành vi chăm sóc sức khỏe ở nam và nữ đã cho kết quả rằng ở nam giới có xu hướng ít đến phòng khám, hay các dịch vụ chăm sóc hơn so với nữ⁽⁵⁾. Nghiên cứu của Hee YL cho kết quả rằng ở phụ nữ, họ hiểu biết và tìm hiểu về sức khỏe (hình thức y tế, các dịch vụ chăm sóc sức khỏe) nhiều hơn so với nam giới⁽⁶⁾. Điều này mang lại cho phụ nữ sự tự nhận thức trong việc chăm sóc sức khỏe như đi khám bệnh định kỳ. Nghiên cứu của Trương Công Hiếu (2012) đã cho ra kết quả rằng ở nữ giới (62%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với nam giới về nhu cầu kiểm tra sức khỏe định kỳ⁽⁷⁾. Theo lý luận YHCT, phụ nữ 35 tuổi và nam giới 49 tuổi thiên quý bắt đầu suy; nữ đến 49 tuổi và nam đến 56 tuổi thiên quý cạn kiệt, thận tinh không được nuôi dưỡng. Mà cốt tủy là do thận tinh hóa sinh. Nếu thận tinh sung túc thì cốt tủy đầy đủ, vững chắc. Thận tinh bất túc thì xương cốt không vững, người già thì

xương giòn, dễ gãy⁽⁸⁾. Ngoài ra theo YHCT, sự suy giảm của thận tinh xảy ra cùng lúc với thời kỳ mãn kinh ở phụ nữ (sau 45 tuổi)⁽⁸⁾. Có thể vì vậy mà kết quả khảo sát trong 5 tháng qua, một trong những bệnh dẫn đầu trong khám chữa bệnh ở phòng khám là những bệnh về cơ xương khớp (thoái hóa khớp, đau khớp...) chiếm 12,2%. Đối với nghề nghiệp, vì là khám ngoại trú nên không được cụ thể và rõ ràng, chủ yếu được đưa về nghề nghiệp loại khác chiếm 84,3%. Tuy nhiên nghiên cứu vẫn cho thấy được rằng có sự phân bố hầu hết ở các nghề nghiệp. Không những vậy, đối tượng học sinh, sinh viên cũng chiếm tỷ lệ một phần (5,4%), đề tài đã thể hiện được giới trẻ đã quan tâm đến phương pháp điều trị YHCT nhiều hơn, và YHCT đã ngày càng nhận được sự tin tưởng không chỉ ở những người lớn tuổi mà còn cả ở những người trẻ tuổi.

Tình hình sử dụng thuốc thang và các vị thuốc, nhóm thuốc trên các đơn thuốc thang của người bệnh

Ở khảo sát này, số đơn thuốc có sử dụng thuốc thang có 2098 đơn. Bên cạnh đó, nghiên cứu còn thấy được rằng việc trị liệu không những chỉ bằng thuốc thang đơn thuần mà còn có thuốc thang kết hợp với các phương pháp điều trị khác (thuốc YHHĐ, PPĐTKDT, chế phẩm YHCT...). Trong những phương pháp được kết hợp, chiếm tỷ lệ cao nhất là thuốc thang kết hợp với thuốc YHHĐ với 49,33%. Việc kết hợp hài hòa hai

nền y học trong khám chữa bệnh ngoài việc mang lại lợi ích cho người bệnh, còn góp phần xây dựng cơ sở thực tiễn và khoa học để đáp ứng với nhu cầu thời đại hiện nay.

Về các mặt bệnh đến khám, đứng đầu là các bệnh về thoái hóa (chiếm 12,2%). Nhiều thống kê nghiên cứu đã chỉ ra rằng các bệnh về cơ xương khớp là một trong những bệnh đến khám nhiều nhất tại các cơ sở YHCT. Ở Pháp đã ghi nhận được nhiều người bệnh tổn thương cơ xương khớp mạn tính tìm đến các bác sĩ điều trị y học cổ truyền nhiều hơn là đến với y học hiện đại⁽⁹⁾. Tại Trung Quốc, theo số liệu giám sát dịch vụ YHCT quốc gia, năm loại bệnh đứng đầu trong những bệnh được các bệnh viện YHCT tiếp nhận điều trị (2008) gồm: tai biến mạch máu não, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, trĩ, bệnh tim thiếu máu cục bộ và tăng huyết áp nguyên phát⁽⁹⁾. Đứng ở vị trí thứ 2, là các bệnh về rối loạn giấc ngủ. Với xu hướng phát triển của thế giới hiện nay, các rối loạn liên quan đến stress gặp ngày càng nhiều, trong đó có các rối loạn dạng cơ thể⁽¹⁰⁾. Một trong những triệu chứng thường xuyên được bắt gặp trong các nghiên cứu về rối loạn cơ thể hóa là rối loạn giấc ngủ. Giấc ngủ có vai trò quan trọng trong việc phục hồi các chức năng sống trong cơ thể sau một ngày làm việc. Tổ chức Y tế thế giới đã chỉ ra rằng có tới 50% người lớn bị ảnh hưởng bởi một hoặc một vài vấn đề về giấc ngủ⁽¹¹⁾. Kèm với thời gian khảo sát là giai đoạn sau dịch covid 19, một trong những triệu chứng hậu covid khiến cho người bệnh lo lắng nhất là mất ngủ. Và bệnh mệt mỏi sau nhiễm virus cũng đứng ở vị trí thứ 3 trong những bệnh được khám nhiều nhất tại phòng khám ngoại trú. Với YHCT ưu thế hơn chính là các bệnh về mãn tính như là các bệnh về cơ xương khớp, tai biến mạch máu não, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, bệnh tim thiếu máu cục bộ... Nhưng ở khảo sát này, xuất hiện thêm một dạng bệnh mới được điều trị nhiều, đứng ở vị

trí thứ 5 trong 10 các bệnh được chẩn đoán nhiều chiếm 4,3% chính là các bệnh về da (viêm da cơ địa, viêm da dị ứng...). Đây có thể được xem như một hướng phát triển mới hơn cho ngành YHCT. Tuy nhiên, đề tài vẫn cho thấy có sự dàn trải các bệnh về ngũ quan, bệnh mạn tính như tăng huyết áp, dạ dày tá tràng... đến khám với một số lượng lớn. Điều đó vẫn thấy được sự đa dạng hóa của YHCT trong điều trị bằng thuốc thang.

Qua khảo sát trong 5 tháng với 2098 đơn thuốc có sử dụng thuốc thang của phòng khám. Thấy được rằng ở từng tháng sẽ có những vị thuốc dẫn đầu khác nhau. Trong đó Cam thảo (4,7%), Đương quy (4,5%), Bạch linh (3,6%) là những vị thuốc dẫn đầu trong các vị thuốc được sử dụng. Ở Cam thảo có chứa các thành phần hóa học như Saponin (glycyrrhizin), Flavonoid (liquiritigenin, liquiritin), đường (glucose) với nhiều tác dụng dược lý như tác dụng điều hòa miễn dịch⁽¹²⁾, Saponin trong Cam thảo còn giúp giảm ho, long đờm, kèm thêm tác dụng chống loét dạ dày, ức chế tác dụng gây tiết dịch vị của Histamin⁽¹³⁾. Với YHCT, Cam thảo là một vị thuốc có tính bình, công dụng trong bổ khí, kiện tỳ và thông 12 kinh mạch. Không những vậy, Cam thảo còn có vai trò trong điều hòa tính vị của các vị thuốc trong bài thuốc. Vì thế Cam thảo thường là vị thuốc dẫn đầu trong các vị thuốc được sử dụng nhiều nhất. Kết quả này giống với kết quả nghiên cứu của Wang HL (2010) đã khảo sát với 50,000 đơn thuốc – Cam thảo là vị thuốc dẫn đầu⁽¹⁴⁾. Cũng giống với kết quả nghiên cứu của Huang Z (2012), Cam thảo dẫn đầu với 169,000 mẫu⁽¹⁵⁾. Đứng ở vị trí thứ 2 trong số những vị thuốc được dùng nhiều nhất – Đương quy (chiếm 4,5%). Đương quy là vị thuốc đặc biệt với công dụng vừa bổ huyết, vừa hoạt huyết nên thường được dùng trong nhiều bài thuốc thang để điều trị bệnh như các trường hợp thiếu máu, hoặc là đau khớp do ứ huyết, đau

đầu cũng có thể dùng Đương quy... Theo YHHĐ, Đương quy còn góp phần điều hòa miễn dịch, tăng cường trí nhớ, bảo vệ thần kinh, an thần, và kháng khuẩn. Thứ 3 là Bạch linh (3,6%), Bạch linh là vị thuốc tác dụng lợi thủy, thẩm thấp giúp tăng cường bài tiết nước tiểu, dùng trong điều trị các loại bệnh về thận niệu như bí tiểu, tiểu buốt, nhức, lượng nước tiểu ít. Mặc dù thuộc nhóm lợi thủy nhưng Bạch linh là vị thuốc có thành phần ở hai bài cổ phương giúp bổ khí và bổ huyết (bài thuốc Tứ quân và bài Bát trân thang). Điều này cũng phù hợp với kết quả thống kê là nhóm bổ khí, bổ huyết là hai nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất trong thời gian khảo sát. Những vị thuốc khác như Đảng sâm, Hoàng kỳ, Đại táo, Thục địa... cũng là những vị thuốc dẫn đầu trong số những vị thuốc được dùng nhiều. Nhìn chung những vị thuốc này đều nằm trong các nhóm thuốc bổ. Tuy nhiên, có các vị thuốc thuộc các nhóm thuốc khác như Táo nhân thuộc nhóm thuốc an thần. Kết quả cũng phù hợp với khảo sát bệnh rối loạn giấc ngủ được khám và điều trị nhiều tại phòng khám (8,9%).

Đối với nhóm thuốc, qua khảo sát và thống kê, những nhóm thuốc dẫn đầu là bổ khí, bổ huyết, hoạt huyết khứ ứ, an thần... với tỷ lệ lần lượt là 17,2%, 10,4%, 8,2%. Ở nghiên cứu này, nữ giới chiếm phần trăm cao hơn. Nữ đa phần thuộc thể trạng huyết hư nhưng kết quả nhóm bổ khí lại chiếm tỷ lệ cao hơn. Đề lý giải điều này là do ảnh hưởng từ bệnh cảnh, thể chất của người bệnh đến khám và điều trị. Thể trạng, thể chất của mỗi người có mối liên quan chặt chẽ với tiên thiên và hậu thiên. Ngoài các yếu tố giới tính và tuổi tác không thay đổi được thì lối sống, thói quen ăn uống, thể thao, môi trường làm việc, khí hậu, bệnh tật, tinh thần và giáo dục... cũng ảnh hưởng không ít đến với người bệnh. Như khảo sát này, trong số các bệnh được chẩn đoán đứng đầu là các bệnh

về cơ xương khớp (thoái hóa khớp, đau khớp...) với tỷ lệ 12,2%. Trong YHCT, những bệnh về cơ xương khớp đa số thuộc về chứng Tỳ, chủ yếu do tuổi cao, chính khí suy yếu, tà khí (phong, hàn, thấp) xâm nhập vào gây bệnh, nữ giới thì huyết thường bất túc. Vì vậy khi điều trị, ngoài các triệu chứng hiện có của người bệnh cần phải giúp người bệnh nâng cao thể trạng của chính mình, mà cụ thể hơn chính là bổ khí, bổ huyết, hoạt huyết khứ ứ cho người bệnh. Một mối sau nhiễm virus – hậu covid thường mệt mỏi, đau đầu, đau nhức xương khớp, ho...Bản chất những trạng thái trên là do sự suy giảm chức năng của cơ thể (thiếu khí, huyết hư, khí hư...). Với YHCT, khí là vật chất cơ bản cấu thành và duy trì hoạt động sống của con người. Khi cơ thể thiếu khí, năng lượng không đủ, gây ra “hư”. Chính khí hư nhược, hay độc lực quá mạnh, tà khí sẽ xâm nhập làm rối loạn công năng sinh lý cơ thể mà sinh ra bệnh tật⁽⁸⁾. Huyết cũng chính là một trong những vật chất cơ bản tạo nên cơ thể sống và duy trì hoạt động sống. Huyết theo mạch tuần hoàn đi toàn thân và là chất dinh dưỡng cung cấp cho các hoạt động chức năng của cơ quan tạng phủ. Huyết còn là vật chất dinh dưỡng cung cấp cho hoạt động về thần của ngũ tạng. Huyết dịch hư hao sẽ gây nên các bệnh về thần chí, mất ngủ, hồi hộp⁽⁸⁾. Từ những điều trên, kết hợp với nhóm bổ khí, bổ huyết, hoạt huyết khứ ứ được sử dụng nhiều tại phòng khám ngoại trú đã thể hiện được một phần đặc điểm trong điều trị bằng thuốc thang tại phòng khám là điều trị từ sâu bên trong, nâng cao thể trạng, nâng cao sức đề kháng của cơ thể.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát, nghiên cứu thu được kết quả như sau: số đơn thuốc được chỉ định sử dụng thuốc thang từ tháng 12/2021 đến tháng 4/2022 tại phòng khám ngoại trú của Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM – cơ sở 3 là

2098 đơn. Những vị thuốc được dùng nhiều nhất: Cam thảo (4,7%), Đương quy (4,5%), Bạch linh (3,6%), Đảng sâm (3,2%), Bạch thược (2,9%), Hoàng kỳ (2,7%), Đại táo (2,6%), Xuyên khung (2,54%), Trần bì (2,51%), Táo nhân (2,4%)... Những nhóm thuốc được dùng nhiều nhất: bổ khí (17,2%), bổ huyết (10,4%), hoạt huyết khử ứ (8,2%), phát tán phong thấp (7,1%), an thần (7%).

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi cảm ơn Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Cơ sở 3 đã hỗ trợ chúng tôi trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Bảo Lưu, Nguyễn Trương Minh Thế** (2021). Phương Tễ học, Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh, tr.1-11.
2. **Zhang J** (1998-1999). Analysis of 40,000 Chinese herbal medicine prescriptions in our hospital. Lishizhen Medicine and Materia Medica Research, 10(10):11.
3. **Hứa Hoàng Oanh, Nguyễn Thành Triết** (2021). Thuốc YHCT, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr.53-239
4. **Quốc hội. Nghị quyết số 51/2001/QH10** (2012). Bộ Luật lao động. Chương 1, điều 3, Chương 12, điều 187.
5. **Pinkhasov RM, Wong J, Kashanian J, Lee M** (2010). Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. International Journal of Clinical Practice, 64(4):475-487.
6. **Hee YL, Jiwoo L** (2015). Gender differences in health literacy among Korean adults: Do women have a higher level of health literacy than men? American Journal of Men's Health. 9(5):370.
7. **Trương Công Hiếu, Lê Hồ Thị Quỳnh Anh** (2017). Tình hình thực hiện và nhu cầu kiểm tra sức khỏe định kỳ của người dân thành phố Huế. Y Dược học – trường đại học Y Dược Huế. 7(3):93-97.
8. **Lê Bảo Lưu, Tăng Khánh Huy** (2021). Lý luận cơ bản Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Đại học quốc gia TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh, tr.278-329.
9. **WHO** (2013). WHO traditional medicine strategy:2014-2023:15.
10. **Trần Hữu Bình** (2003). Các rối loạn dạng cơ thể. Trong: Các rối loạn liên quan đến stress và điều trị trong tâm thần. Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr.50-60.
11. **Bùi Thanh Tùng, Nguyễn Văn Dũng, Nguyễn Văn Tuấn** (2021). Đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân rối loạn cơ thể hóa. Y học Việt Nam, 506(1):205-208.
12. **Mazumder PM, Pattnayak S, Parvani H, Sasmal D, Rathinavelusamy P** (2012). Evaluation of immunomodulatory activity of Glycyrrhiza glabra L roots in combination with zing. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine, 2(1):15-20.
13. **Sharma V, Katiyar A, Agrawal RC** (2018). Glycyrrhiza glabra: Chemistry and pharmacological activity, Sweeteners:87-100.
14. **Wang HL** (2009). 年我院中药饮片使用情况分析. 中文科技期刊数据库. 2010:7.
15. **Huang Z** (2012). 我院 2009 - 2011 年中药饮片的临床应用分析. China Pharmacy. 23(27):2574-2575.

THỂ CHẤT Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ KẾT QUẢ HỌC TẬP CỦA SINH VIÊN KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Ngô Lê Minh Anh¹, Nguyễn Thái Linh¹, Lê Thị Lan Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thể chất Y học cổ truyền liên quan đến tính nhạy cảm của cơ thể đối với bệnh tật, chất lượng cuộc sống và kết quả học tập. Vì vậy nghiên cứu khảo sát 9 loại thể chất Y học cổ truyền (Trung tính, Khí hư, Dương hư, Âm hư, Đàm thấp, Thấp nhiệt, Huyết ứ, Khí trệ, Đặc biệt) phân bố trên đối tượng sinh viên như thế nào và có ảnh hưởng gì đến kết quả học tập của sinh viên?

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 812 sinh viên các khối lớp bác sĩ YHCT – Đại học Y Dược TP.HCM năm học 2020 – 2021 từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 4 năm 2022. Công cụ thu thập số liệu dựa vào bảng câu hỏi CCMQ được ban hành bởi Hiệp hội Y học cổ truyền Trung Quốc (China Association for Traditional Chinese Medicine).

Kết quả: Thể chất khí hư chiếm tỉ lệ cao nhất (53,8%), thể chất trung tính chỉ chiếm 23,4% dân số nghiên cứu. Odds ‘có học lực trung bình trở xuống’ ở người có thể chất dương hư cao gấp 1,71 lần so với odds có học lực cùng mức ở người không có thể chất dương hư. Ngược lại, so với người có thể chất không cân bằng, odds ‘có học lực mức trung bình trở xuống’ ở sinh viên có thể chất trung tính (cân bằng) chỉ

bằng 0,63, tức giảm 37% và mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Kết luận: Thể chất YHCT ảnh hưởng đến kết quả học tập của sinh viên. Các yếu tố có thể thay đổi để điều chỉnh thể chất YHCT: thể trạng, cảm xúc và tình trạng giấc ngủ.

Từ khóa: Thể chất YHCT, kết quả học tập, thể chất Trung tính, Khí hư, Dương hư, Âm hư, Đàm thấp, Thấp nhiệt, Huyết ứ, Khí trệ, Đặc biệt

SUMMARY

CONSTITUTION OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE AND LEARNING OUTCOMES IN TRADITIONAL MEDICINE STUDENTS

Objective: The constitutional type of Traditional Chinese medicine deals with the susceptibility of the body to disease. Based on the theory of constitution of traditional Chinese medicine (TCM), the human population can be classified into 9 constitutions: Qi-deficiency, Yang-deficiency, Yin-deficiency, Phlegm-dampness, Blood-stasis, Qi-depression, Heat-dampness, Special, and Gentleness. What are the distribution characteristics of these 9 constitutions on students and how do they affect students' learning results? This study aimed to investigate the association between TCM body constitution and learning results for students of the faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city.

Methods: A cross-sectional study on 812 students studying at the faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city from October, 2020 to April,

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Lan Hương
SĐT: 0983506700

Email: lanhuong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 08/06/2022

Ngày phản biện khoa học: 20/07/2022

Ngày duyệt bài: 12/08/2022

2022. Students were asked to complete a questionnaire via Google form software.

Results: Research shows that Qi-deficiency 53.8%, Gentleness 23.4%. Odds of 'average education or less' in people with yang-deficit physique are 1.71 times higher than the odds of having the same level of education in people with no yang-deficits. In contrast, the odds of 'average academic performance or less' in students with Gentleness was only 0.63, which is a 37% decrease and the relationship statistically significant ($p < 0.01$).

Conclusion: TCM body constitution affects the learning results of students. BMI, emotions, and sleep status effect TCM body constitution

Keywords: TCM body constitution, learning results, gentleness type, qi-deficiency type, yang-deficiency type, yin-deficiency type, phlegm-dampness type, dampness-heat type, blood-stasis type, qi-depression type, and special diathesis type.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh viên là nguồn nhân lực trí thức quan trọng, chịu sự tác động của các quy luật phát triển tâm sinh lý lứa tuổi, môi trường sống xã hội. Nhất là sinh viên Y Dược, thời gian học dài, áp lực việc học lớn, cần đầu tư nhiều về thể lực và trí lực. Trong một khảo sát thực trạng về thể lực của sinh viên Y năm 1 ghi nhận đến 45% sinh viên nữ, 32,1% sinh viên nam suy dinh dưỡng, nghi ngờ suy dinh dưỡng, Theo Trần Kim Trang (2012) nghiên cứu trên 483 sinh viên năm thứ 2 khoa y và răng hàm mặt Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh (ĐHYD TPHCM) tỉ lệ sinh viên bị stress, trầm cảm và lo âu lần lượt là 71,4%, 28,8%, 22,4%, đa số ở mức độ nhẹ và vừa, 52,8% sinh viên có cùng 3 dạng rối loạn trên. Nghiên cứu tại khoa y tế công cộng - ĐHYD TPHCM năm 2010 trên 182 - cho thấy tỉ lệ

sinh viên bị stress bệnh lý là 24,2% và hơn 80% sinh viên được khảo sát cảm thấy căng thẳng vì các yếu tố môi trường học tập. Khảo sát 990 sinh viên Dược hệ chính quy từ năm 1-5 bằng thang đo DASS – 21 ghi nhận tỷ lệ sinh viên có mức độ stress, lo âu và trầm cảm từ nhẹ trở lên lần lượt là 48,08%; 68,79%; 52,63%. ĐHYD TPHCM với sứ mệnh đào tạo nguồn nhân lực y tế chất lượng cao, lấy người học làm trung tâm thì việc quan tâm đến sức khỏe từng sinh viên từ đó hỗ trợ, dự phòng các nguy cơ nhằm đạt được sức khỏe tối ưu, thể chất tốt, tinh thần tốt, suy nghĩ tích cực đem đến kết quả học tập tốt, đủ năng lực là vấn đề cần quan tâm trong giáo dục, vì vậy chúng tôi làm đề tài nhằm bước đầu khảo sát thể chất theo Đông y trên các đối tượng sinh viên khoa YHCT nhằm góp phần định hướng cho hoạch định kế hoạch can thiệp trong tương lai.

Bảng câu hỏi thể chất Y học cổ truyền (Constitution in Chinese Medicine Questionnaire – CCMQ) được phát triển bởi Wang và cộng sự tại Trung Quốc đại lục, được sự đồng thuận giữa các chuyên gia về phân loại các loại thể chất y học cổ truyền. Có 60 câu hỏi để phân loại chín loại thể chất gồm Trung tính, Khí hư, Dương hư, Âm hư, Đàm thấp, Thấp nhiệt, Huyết ứ, Khí trệ, Đặc biệt.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định tỷ lệ 9 loại thể chất theo YHCT trên sinh viên các khối lớp bác sĩ Y học cổ truyền niên khóa 2020 – 2021 – ĐHYD TP. HCM bằng bộ câu hỏi CCMQ

- Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến thể chất YHCT trên sinh viên các khối lớp bác sĩ YHCT niên khóa 2020 – 2021.

- Xác định mối tương quan giữa thể chất theo YHCT với kết quả học tập của sinh viên các khối lớp niên khóa 2020 – 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu****Tiêu chí chọn mẫu**

Sinh viên Khoa Y học cổ truyền, ĐHYD TPHCM các khối lớp trong niên khóa 2020 – 2021 đồng ý tham gia nghiên cứu, từ tháng 10/2020 đến tháng 4/2022

Phiếu phản hồi **ĐẦY ĐỦ** các mục trong biểu mẫu khảo sát.

Tiêu chí loại trừ

- Sinh viên không đồng ý trả lời bảng câu hỏi

- Sinh viên không thể hiểu được câu hỏi

- Sinh viên đang điều trị các bệnh lý cấp tính

2.2. Phương pháp nghiên cứu**Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu

Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện chọn tất cả những đối tượng đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Tổng số sinh viên được khảo sát có phản hồi và đạt yêu cầu: 812 sinh viên.

Phương pháp thực hiện

Bộ câu hỏi dạng thể chất YHCT (CCMQ) được ban hành bởi Hiệp hội Y học cổ truyền Trung Quốc (China Association for Traditional Chinese Medicine), đây là bảng câu hỏi tự đánh giá có độ tin cậy và được sử dụng rộng rãi. Bảng câu hỏi bao gồm 9 bảng, mỗi bảng tương đương với mỗi thể lâm sàng gồm: Trung tính, khí hư, dương hư, âm hư, đàm thấp, thấp nhiệt, huyết ứ, khí trệ và thể đặc biệt.

Bảng CCMQ gồm 60 câu hỏi, điểm số của mỗi thể lâm sàng được chuẩn hóa từ 0 đến 100. Sinh viên trả lời 60 câu hỏi, mỗi câu hỏi được gán vào 5 mức độ tương ứng với 5 câu trả lời (Không, hiếm khi, ít, thỉnh thoảng,

luôn luôn), sau đó tính tổng điểm và thực hiện điều chỉnh điểm số.

$$AS = \frac{TS - \text{Số mục}}{\text{Số mục} \times 4} \times 100$$

TS là tổng số điểm (điểm của mỗi mục được cộng lại)

AS là điểm hiệu chỉnh

Bảng thu thập số liệu bao gồm 60 câu hỏi thuộc bảng CCMQ và các câu hỏi thu thập về quê quán, nơi ở, tình trạng cảm xúc, chất lượng giấc ngủ, BMI, điều trị thuốc, luyện tập, làm thêm... để đánh giá các yếu tố ảnh hưởng lên thể chất YHCT.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập qua Google form, quản lý bằng phần mềm Excel.

Xử lý số liệu bằng phần mềm R.

Những biến định lượng có phân phối bình thường được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, những biến định lượng không có phân phối bình thường được trình bày dưới dạng trung vị [khoảng tứ phân vị]. Các biến định tính thể hiện dưới dạng tần số và tỷ lệ.

Sự khác biệt về tỷ lệ sinh viên ở các nhóm thể chất YHCT, các khối lớp được phân tích bằng phép kiểm χ^2 .

Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến thể chất YHCT, ảnh hưởng của thể chất YHCT lên kết quả học tập dùng hồi quy Logistic và hồi quy Logistic thứ tự.

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

2.4. Vấn đề y đức

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 189/2020/HĐ-ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm dân số nghiên cứu****Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu**

	YHCT2015 (N=94)	YHCT2016 (N=113)	YHCT2017 (N=110)	YHCT2018 (N=135)	YHCT2019 (N=170)	YHCT2020 (N=190)	Tổng (N=812)	P*
Giới tính	Tần số (Tỷ lệ %)							
Nam	27 (28,7%)	40 (35,4%)	31 (28,2%)	43 (31,9%)	43 (25,3%)	66 (34,7%)	250 (30,8%)	0,35
Nữ	67 (71,3%)	73 (64,6%)	79 (71,8%)	92 (68,1%)	127 (74,7%)	124 (65,3%)	562 (69,2%)	
Tuổi	24,0 [24,0, 28,0]	23,0 [22,0, 34,0]	22,0 [22,0, 25,0]	21,0 [19,0, 33,0]	20,0 [19,0, 29,0]	19,0 [19,0, 30,0]	21,0 [19,0, 34,0]	<0,001
Quê quán	Tần số (Tỷ lệ %)							
Khác	66 (70,2%)	87 (77,0%)	77 (70,0%)	89 (65,9%)	121 (71,2%)	114 (60,0%)	554 (68,2%)	<0,05
TP.HCM	28 (29,8%)	26 (23,0%)	33 (30,0%)	46 (34,1%)	49 (28,8%)	76 (40,0%)	258 (31,8%)	
Nơi ở	Tần số (Tỷ lệ %)							
KTX	8 (8,5%)	17 (15,0%)	9 (8,2%)	19 (14,1%)	12 (7,1%)	6 (3,2%)	71 (8,7%)	<0,05
Nhà riêng	11 (11,7%)	17 (15,0%)	26 (23,6%)	40 (29,6%)	39 (22,9%)	64 (33,7%)	197 (24,3%)	
Nhà trọ	75 (79,8%)	79 (69,9%)	75 (68,2%)	76 (56,3%)	119 (70,0%)	120 (63,2%)	544 (67,0%)	
Sống cùng nhà	Tần số (Tỷ lệ %)							
Một mình	16 (17,0%)	12 (10,6%)	14 (12,7%)	14 (10,4%)	9 (5,3%)	12 (6,3%)	77 (9,5%)	<0,01
Bạn bè	44 (46,8%)	35 (31,0%)	30 (27,3%)	34 (25,2%)	58 (34,1%)	41 (21,6%)	242 (29,8%)	
Gia đình	30 (31,9%)	58 (51,3%)	52 (47,3%)	75 (55,6%)	86 (50,6%)	117 (61,6%)	418 (51,5%)	
Họ hàng	4 (4,3%)	8 (7,1%)	14 (12,7%)	12 (8,9%)	17 (10,0%)	20 (10,5%)	75 (9,2%)	
Tôn giáo	Tần số (Tỷ lệ %)							

Công giáo	8 (8,5%)	11 (9,7%)	13 (11,8%)	17 (12,6%)	27 (15,9%)	17 (8,9%)	93 (11,5%)	P=0,91
Khác	3 (3,2%)	3 (2,7%)	2 (1,8%)	6 (4,4%)	5 (2,9%)	6 (3,2%)	25 (3,1%)	
Không	62 (66,0%)	75 (66,4%)	74 (67,3%)	83 (61,5%)	108 (63,5%)	128 (67,4%)	530 (65,3%)	
Phật giáo	21 (22,3%)	24 (21,2%)	21 (19,1%)	29 (21,5%)	30 (17,6%)	39 (20,5%)	164 (20,2%)	

* Kruskal-Wallis rank sum test

Nghiên cứu thu vào được 812 phiếu khảo sát hợp lệ, đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ (69,2%), độ tuổi trung bình 21,0 [19,0, 34,0], 68,2% sinh viên trong nghiên cứu đến từ các tỉnh, sống tại nhà trọ (67,0%).

Sự phân bố 9 loại thể chất YHCT

Bảng 2. Sự phân bố 9 loại thể chất YHCT theo các khối lớp

	YHCT2015 (N=94)	YHCT2016 (N=113)	YHCT2017 (N=110)	YHCT2018 (N=135)	YHCT2019 (N=170)	YHCT2020 (N=190)	Tổng (N=812)
Khí hư	41 (43,6%)	62 (54,9%)	53 (48,2%)	68 (50,4%)	103 (60,6%)	110 (57,9%)	437 (53,8%)
Dương hư	18 (19,1%)	26 (23,0%)	26 (23,6%)	26 (19,3%)	54 (31,8%)	36 (18,9%)	186 (22,9%)
Âm hư	29 (30,9%)	45 (39,8%)	42 (38,2%)	36 (26,7%)	64 (37,6%)	62 (32,6%)	278 (34,2%)
Đàm thấp	31 (33,0%)	43 (38,1%)	23 (20,9%)	29 (21,5%)	49 (28,8%)	51 (26,8%)	226 (27,8%)
Huyết ú	27 (28,7%)	25 (22,1%)	26 (23,6%)	27 (20,0%)	42 (24,7%)	46 (24,2%)	193 (23,8%)
Khí trệ	36 (38,3%)	39 (34,5%)	34 (30,9%)	30 (22,2%)	51 (30,0%)	54 (28,4%)	244 (30,0%)
Đặc biệt	20 (21,3%)	23 (20,4%)	24 (21,8%)	28 (20,7%)	38 (22,4%)	43 (22,6%)	176 (21,7%)
Thấp nhiệt	34 (36,2%)	53 (46,9%)	43 (39,1%)	40 (29,6%)	82 (48,2%)	88 (46,3%)	340 (41,9%)
Cân bằng (trung tính)	25 (26,6%)	24 (21,2%)	25 (22,7%)	37 (27,4%)	36 (21,2%)	43 (22,6%)	190 (23,4%)

Thể chất YHCT có tỷ lệ cao nhất là khí hư (53.8%), tiếp theo là các thể chất thấp nhiệt (41,9%) âm hư (34,2%), khí trệ (30%), đàm thấp (27,8%), huyết ú (23,8%), trung tính 23,4%), dương hư (22,9%), thấp nhất là thể chất đặc biệt (21,7%).

Bảng 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến thể chất Y học cổ truyền

Thể chất YHCT		Khí hư		Dương hư		Âm hư		Đàm thấp		Huyết ứ		Khí trệ		Thấp nhiệt		Đặc biệt		Trung tính	
		OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Giới tính	Nam	-		-		-		-		-		-		-		-		-	
	Nữ	1,34	0,99 - 1,8	1,58	1,09 - 2,31	1,47	1,06 - 2,03	1,29	0,92 - 1,81	3,46*	2,23 - 5,37	1,69*	1,15 - 2,47	1,74*	1,27 - 2,38	1,01	0,7 - 1,45	0,49*	0,35 - 0,68
BMI	BT															-			
	Thiếu cân	1,93*	1,35 - 2,74	1,57	1,08 - 2,28	1,4	0,99 - 1,98	1,1	0,76 - 1,59	1,44	0,99 - 2,09	1,37	0,96 - 1,95	1,32	0,94 - 1,85	1,27	0,86 - 1,88	0,49	0,31 - 0,77
	Thừa cân	0,89	0,55 - 1,43	0,98	0,55 - 1,74	0,97	0,59 - 1,61	0,81	0,47 - 1,41	0,64	0,34 - 1,21	0,87	0,51 - 1,49	0,82	0,5 - 1,35	1,03	0,57 - 1,83	1,28	0,76 - 2,18
	Béo phì	0,37*	0,21 - 0,65	0,36	0,15 - 0,85	0,49	0,26 - 0,92	0,82	0,45 - 1,49	0,58	0,29 - 1,18	0,65	0,35 - 1,21	0,71	0,41 - 1,22	0,67	0,33 - 1,36	2,03	1,19 - 3,47
Điều trị thuốc	Không	-		-		-		-		-		-		-		-		-	
	Có	1,54	0,82 - 2,89	2,23*	1,19 - 4,19	0,89	0,46 - 1,71	2,27*	1,23 - 4,2	1,71	0,9 - 3,27	2,74*	1,39 - 5,4	1,72	0,93 - 3,16	3,27*	1,76 - 6,07	0,31	0,11 - 0,89
Cảm xúc	Bình thường	-		-		-		-		-		-		-		-		-	
	Buồn	1,84	0,47 - 7,17	2,2	0,61 - 7,9	2,74	0,76 - 9,79	3,98	1,11 - 14,28	3,16	0,9 - 11,07	1,23	0,22 - 6,81	1,96	0,55 - 7,02	2,34	0,65 - 8,4	0,41	0,05 - 3,27
	Trống rỗng	2,03	0,84 - 4,92	1,28	0,53 - 3,13	1,98	0,89 - 4,4	5,64*	2,39 - 13,3	2,49	1,11 - 5,59	4,94*	1,82 - 13,41	1,67	0,75 - 3,72	1,11	0,43 - 2,82	0,32	0,08 - 1,38
	Vui vẻ	0,46*	0,31 - 0,69	0,75	0,46 - 1,23	0,51*	0,32 - 0,81	0,64	0,39 - 1,03	0,6	0,36 - 1,01	0,48*	0,27 - 0,86	0,55*	0,36 - 0,83	0,71	0,42 - 1,19	2,42*	1,6 - 3,65
Điểm	Bình	-		-		-		-		-		-		-		-		-	

thườn g																		
Tệ	1,57	0,32 -7,6	2,07	0,58 -7,36	10,09 *	1,26 -80,9 7	3,69	0,93 -14,6 3	2,65	0,73 -9,67	4,1	0,77 -21,7 8	1,34	0,37 -4,87	2,91	0,81 -10,4 3	0	0
Tốt	0,34* *	0,24 -0,47	0,47* *	0,33 -0,67	0,44* *	0,32 -0,6	0,47* *	0,33 -0,65	0,4** *	0,28 -0,56	0,52* *	0,35 -0,76	0,53	0,39 -0,72	0,71	0,5- 1,02	5,32* *	3,14 -8,99

* $P < 0,05$; ** $P < 0,001$

So với thể trạng bình thường, thể trạng thiếu cân có odds thể chất khí hư tăng gấp 1,93 lần ($p < 0,05$), thể trạng béo phì có odds khí hư giảm 63% ($OR = 0,37$) ($p < 0,05$).

Sinh viên ‘thường cảm thấy vui vẻ’ có odds khí hư giảm 54% ($OR = 0,46$); odds âm hư giảm 49% ($OR = 0,51$); odds khí trệ giảm 48% ($OR = 0,52$) ($p < 0,05$); odds trung tính cao gấp 2,42 lần ($p < 0,001$). Sinh viên ‘thường có cảm giác buồn/trông rỗng’ có odds thể chất đàm thấp cao gấp 5 lần; odds thể chất khí trệ cao gấp 3,8 lần ($p < 0,001$).

Chất lượng giấc ngủ tốt làm giảm odds khí hư 66% ($OR = 0,34$); giảm odds dương hư 53% ($OR = 0,47$); giảm odds âm hư 56% ($OR = 0,44$); giảm odds đàm thấp 53% ($OR = 0,47$); giảm odds huyết ứ 60%

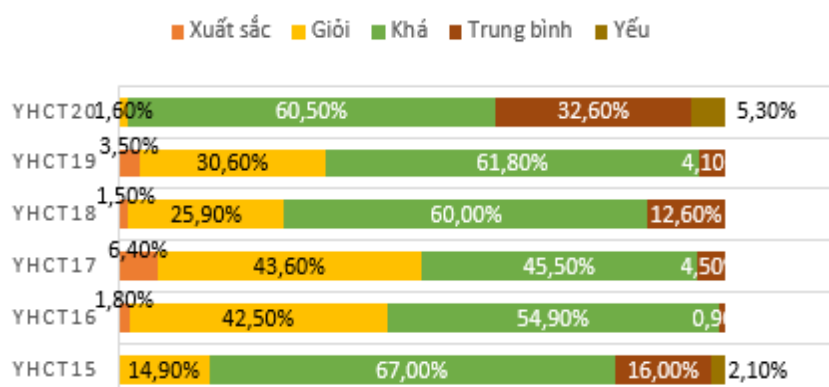
($OR = 0,4$); giảm odds khí trệ 52% ($OR = 0,48$); tăng odds trung tính cao gấp 5,32 lần ($p < 0,001$). Ngược lại chất lượng giấc ngủ không tốt làm tăng odds thể chất âm hư gấp 10 lần ($p = 0,03 < 0,05$).

Những sinh viên có đang sử dụng thuốc điều trị có odds dương hư cao gấp 2,23 lần ($p = 0,042 < 0,05$); odds đàm thấp cao gấp 2,27 lần ($p = 0,021 < 0,05$); odds khí trệ cao gấp 2,46 lần ($p = 0,008 < 0,05$); odds đặc biệt cao gấp 3,27 lần ($p < 0,001$).

So với nữ, nam sinh viên có odds huyết ứ giảm 71% ($OR = 0,29$); odds khí trệ giảm 53% ($OR = 0,47$); odds trung tính cao gấp 2 lần ($p < 0,001$).

Tác động của thể chất YHCT đến kết quả học tập

TỈ LỆ XẾP LOẠI HỌC LỰC CÁC LỚP



Biểu đồ 1. Xếp loại học tập và khối lớp

Bảng 3. Mức độ tác động của thể chất YHCT đến kết quả học tập của sinh viên

Loại thể chất	Xuất sắc	Giỏi	Khá	Trung bình	Yếu	OR (KTC 95% CI)	P
Khí hư	8 (1,8%)	110 (25,2%)	256 (58,6%)	56 (12,8%)	7 (1,6%)	1,33 (0,97,1,81)	0,072
Dương hư	4 (2,2%)	53 (28,5%)	106 (57%)	21 (11,3%)	2 (1,1%)	1,71 (1,14,2,55)	0,007 <0,01
Âm hư	6 (2,2%)	75 (27%)	162 (58,3%)	31 (31%)	4 (1,4%)	1,44 (1,02,2,02)	0,033 <0,05
Đàm thấp	3 (1,3%)	57 (25,2%)	137 (60,6%)	26 (11,5%)	3 (1,3%)	1,37 (0,95,1,96)	0,084
Huyết ứ	3 (1,6%)	48 (24,9%)	110 (57%)	29 (15%)	3 (1,6%)	1,28 (0,88,1,86)	0,2
Khí trệ	5 (2,0%)	67 (27,5%)	141 (57,8%)	27 (11,1%)	4 (1,6%)	1,43 (1,2,03)	0,044 <0,05
Đặc biệt	5 (2,8%)	44 (25%)	105 (59,7%)	21 (11,9%)	1 (0,6%)	1,43 (0,96,2,14)	0,071
Thấp nhiệt	6 (1,8%)	84 (24,7%)	207 (60,9%)	38 (11,2%)	5 (1,5%)	1,31 (0,95,1,8)	0,098
Trung tính	3 (1,6%)	46 (24,2%)	106 (55,8%)	31 (16,3%)	4 (2,1%)	0,63 (0,44,0,89)	0,009 <0,01

Phân tích trên cho thấy thể chất dương hư và trung tính có ảnh hưởng lớn nhất đến kết quả học tập của sinh viên. Odds có học lực trung bình trở xuống ở người có thể chất dương hư cao gấp 1,71 lần so với odds có học lực cùng mức ở người không có thể chất dương hư. Ngược lại, so với người có thể chất không cân bằng, odds có học lực mức trung bình trở xuống ở sinh viên có thể chất trung tính (cân bằng) chỉ bằng 0,63, tức giảm 37% và mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Các sinh viên có thể chất âm hư, khí trệ cũng làm tăng odds có học lực trung bình trở xuống cao hơn lần lượt là 1,44, 1,43 lần so với những sinh viên không có những thể chất này ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận thể chất YHCT có tỷ lệ cao nhất là khí hư (53,8%), thể chất

trung tính (bình hòa) chỉ chiếm 23,4%, tiếp theo là các thể chất thấp nhiệt (41,9%) âm hư (34,2%), khí trệ (30%), đàm thấp (27,8%), huyết ứ (23,8%), dương hư (22,9%), thấp nhất là thể chất đặc biệt (21,7%). So với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Wang Q và cộng sự năm 2009 tiến hành khảo sát thể chất YHCT trên 8448 người trong cộng đồng, trung tâm y khoa và các trường đại học tại Trung Quốc đại lục ghi nhận 2715 người (32,1%) có thể chất bình hòa, thể chất khí hư (1134 người, 13,4%), thể chất đàm nhiệt (767 người, 9,1%), thể chất dương hư (764 người, 9,0%) hay nghiên cứu của Xu YH và cộng sự năm 2011 khảo sát thể chất YHCT trên 1032 sinh viên đại học ở Nam Kinh – Trung Quốc độ tuổi trung bình $20,2 \pm 1,3$ ghi nhận 42,3% (436 sinh viên) có thể chất bình hòa, thể chất đàm nhiệt chiếm 15,3% (158 sinh viên), thể chất khí hư chiếm 11,1% (115

sinh viên), thể chất khí trệ 9,3% (96 sinh viên). Tương tự với nghiên cứu của Li JW và cộng sự tiến hành nghiên cứu cùng năm trên sinh viên tại một trường đại học tại Quảng Châu – Trung Quốc cũng ghi nhận thể chất bình hòa 42.3%, khí hư 42%, đàm nhiệt 37,7%, âm hư 36,4. Thì tỉ lệ thể chất khí hư trong nghiên cứu này cao hơn và thể chất trung tính thấp hơn.

Về các yếu tố ảnh hưởng lên thể chất YHCT: chất lượng giấc ngủ có ảnh hưởng lên 8/9 loại thể chất (ngoại trừ thể chất đặc biệt), điều này cũng phù hợp với những lý thuyết về vai trò của giấc ngủ lên cơ thể. Một giả thuyết cho rằng giấc ngủ quan trọng đối với việc bảo tồn năng lượng, được hỗ trợ bởi những phát hiện rằng mức ATP và glycogen trong não giảm khi thức và được phục hồi trong khi ngủ. Lý thuyết phục hồi cho rằng giấc ngủ là thời gian phát triển và sửa chữa cho cơ thể và não bộ. Các phát hiện cho thấy giấc ngủ tăng lên sau khi tập luyện nghiêm ngặt và hormone tăng trưởng chủ yếu được tiết ra khi ngủ sâu ủng hộ lý thuyết này. Một chức năng được công nhận khác của giấc ngủ là tổ chức và xử lý một lượng lớn thông tin đầu vào thu thập được trong ngày. Các giả thuyết khác bao gồm điều chỉnh nhiệt độ và cơ chế bảo vệ miễn dịch. Nhiều lý thuyết về giấc ngủ chỉ ra rằng giấc ngủ không có một chức năng duy nhất. Khi thiếu ngủ, các nhiệm vụ nhận thức bậc cao bị ảnh hưởng sớm và không cân xứng. Các thử nghiệm yêu cầu tốc độ và độ chính xác cho thấy tốc độ chậm lại đáng kể giữa những người tham gia trước khi độ chính xác bắt đầu xuống dưới ngưỡng. Các nghiên cứu chụp cắt lớp phát xạ glucoza-positron ở những người thiếu ngủ cho thấy sau 24 giờ liên tục tỉnh táo, hoạt động trao đổi chất của não giảm đáng kể, đặc biệt là ở các khu vực liên kết trước trán và

đỉnh, quan trọng nhất đối với khả năng phán đoán, kiểm soát xung động, chú ý và liên tưởng thị giác. Trong các nghiên cứu trên động vật, thiếu ngủ làm giảm cân mặc dù lượng calo tăng lên, có thể thứ phát do tăng nhu cầu năng lượng. Ở người, thiếu ngủ dẫn đến giảm nhiệt độ cơ thể, chức năng hệ thống miễn dịch được đo bằng số lượng và hoạt động của tế bào chất trắng, và giải phóng hormone tăng trưởng 16. Sinh viên Y với đặc thù ngành học thường xuyên đối mặt với Stress, lo lắng, tình trạng thiếu ngủ nên các thể chất không cân bằng chiếm ưu thế.

Về tác động của thể chất YHCT lên kết quả học tập: thể chất cân bằng đảm bảo sinh viên có đủ năng lượng để học tập và làm việc, trong khi các thể chất không cân bằng ít nhiều ảnh hưởng đến kết quả học tập của sinh viên, đặc biệt là thể chất dương hư. Theo YHCT, những người có thể chất dương hư, có đặc điểm giảm năng lượng (khí) của cơ thể, thường gặp các biểu hiện như dễ mệt mỏi, hơi thở ngắn, sợ lạnh, dễ tiêu lỏng, hay thường xuyên đi tiểu nhiều, họ có xu hướng giảm năng lượng, giảm khả năng thích nghi. Sinh viên YHCT với cường độ học tập cao, chính vì vậy những sinh viên có thể chất dương hư cũng là khó khăn trong quá trình học tập tại trường.

V. KẾT LUẬN

Thể chất YHCT trên sinh viên khoa YHCT, Đại học Y Dược TP. HCM chủ yếu là thể chất khí hư.

Giới tính, thể trạng, đang sử dụng các loại thuốc, cảm xúc, và tình trạng giấc ngủ có ảnh hưởng đến thể chất YHCT, đặc biệt là chất lượng giấc ngủ.

Sinh viên có thể chất bình hòa (trung tính) có nhiều khả năng học tập đạt kết quả tốt hơn sinh viên ở các nhóm thể chất không cân bằng, đặc biệt là thể chất dương hư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thu Huyền, Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh.** (2010). Tình trạng stress của sinh viên y tế Công Cộng Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố liên quan năm 2010. Y học TP Hồ Chí Minh, 15(1):87-92.
2. **Trương Thị Sao Mai.** (2017). Thực trạng thể lực và các yếu tố liên quan của sinh viên năm thứ 1 hệ 6 năm tại Đại học y Dược TPHCM năm 2016-2017. Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, ĐHY Dược TPHCM.
3. **Lê Hoàng Thanh Nhung.** (2018). Stress và các yếu tố liên quan ở sinh viên khoa Y tế công cộng trường ĐH Y Dược Huế. Y Dược học, 6(3):66-72.
4. **Phan Thanh Trúc Uyên, Hoàng Bích Thủy, Tôn Nữ Thuỳ Anh.** (2016). Đánh giá mức độ stress, lo âu, trầm cảm của sinh viên chính quy khoa dược - đại học y dược TPHCM. Y học TP. Hồ Chí Minh, 20(2):217-225.
5. **Wang Q.** (2006). Compiling and application of constitution in Chinese medicine questionnaire. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy, 54-57.
6. **Trần Kim Trang.** (2012). Stress, lo âu và trầm cảm ở sinh viên y khoa. Y học TP Hồ Chí Minh, 16(1):356-362.
7. **Wang Q, Zhu YB.** (2009). Epidemiological investigation of constitutional types of Chinese medicine in general population: based on 21,948 epidemiological investigation data of nine provinces in China. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy, 24(1):7-13.
8. **Wang J, Li Y, Ni C, Zhang H, Li L and Wang Q.** (2011). Cognition research and constitutional classification in Chinese medicine. The American journal of Chinese medicine, 39(4):651-660.
9. **Wang Q.** (2005). Classification and diagnosis basis of nine basic constitutions in chinese medicine. Beijing University of Traditional Chinese Medicine, 28(4):1-8.
10. **Wong W, Lam CLK, Wong VT, Yang ZM, Ziea ETC, & Kwan AKL.** (2013). Validation of the Constitution in Chinese Medicine Questionnaire: Does the Traditional Chinese Medicine Concept of Body Constitution Exist? Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2013: 481-491
11. **Su YC, Lai JX, Chen LL.** (2009). The evaluation of traditional Chinese medical constitutional scale and classification index. Yearbook of Chinese Medicine Pharmacy, 27(6):69-144.
12. **Sun YZ, Zhao Y, Xue SA, Chen JP.** (2018). The theory development of traditional Chinese medicine constitution: a review. Journal of Traditional Chinese Medical Sciences, 5(1):16-28.
13. **Zhu Y** (2007). Evaluation on reliability and validity of the constitution in Chinese medicine questionnaire (CCMQ). Chinese Journal of Behavioral Medical Science, 16(7):651-654.
14. **李健薇,庞杰,张丽玉,叶良基.** (2011). 南方医科大学学生中医体质分型调查分析. 光明中医, 26(1):1-3.

CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ, STRESS VÀ KẾT QUẢ HỌC TẬP TRÊN SINH VIÊN KHOA Y HỌC CỔ TRUYỀN

Nguyễn Thị Kim Chi¹, Phạm Long Thủy Tú¹,
Lê Thị Lan Hương¹, Phạm Huy Kiến Tài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ (CLGN), stress và kết quả học tập của sinh viên (SV) y khoa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 368 SV khoa Y học cổ truyền (YHCT), Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh (ĐHYD HCM). Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI), thang đo căng thẳng tâm lý Kessler (K10) và kết quả trung bình học kỳ I năm học 2021-2022 được sử dụng.

Kết quả: 343 SV đủ tiêu chuẩn nhận vào. Tổng điểm trung bình PSQI, K10 và kết quả học kỳ I của SV lần lượt là $6,45 \pm 2,80$; $20,03 \pm 6,66$ và $2,86 \pm 0,51$ với 59,2% số SV có CLGN kém (PSQI > 5); 48,1% số SV có khả năng stress ở mọi mức độ. Có sự khác biệt ý nghĩa thống kê về kết quả học tập giữa nhóm có CLGN tốt và kém, không có dấu hiệu stress và có khả năng stress ở mọi mức độ.

Kết luận: Tỷ lệ SV có CLGN kém và có khả năng stress khá cao. Có mối tương quan nghịch giữa điểm số CLGN với kết quả học tập và giữa điểm stress tâm lý và kết quả học tập. Điều này cho thấy cần có những biện pháp giúp cải thiện CLGN và giải tỏa stress cho SV.

Từ khóa: chất lượng giấc ngủ, sinh viên y khoa, PSQI, kết quả học tập, stress

SUMMARY

SLEEP QUALITY, STRESS AND ACADEMIC PERFORMANCE ON STUDENTS OF THE FACULTY OF TRADITIONAL MEDICINE

Objectives: This study determine the association between sleep quality, stress and academic performance of medical students.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 368 students of the Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi minh city. The Pittsburgh Sleep Quality Scale (PSQI), the Kessler Psychological Stress Scale (K10) and the students's average score in the first semester were used.

Results: 343 students are met study's standards. The average score of PSQI, K10 and the students's average score in the first semester is 6.45 ± 2.80 ; 20.03 ± 6.66 and 2.86 ± 0.51 respectively. There are 59.2% of students having poor sleep quality (PSQI score > 5); 48.1% of students have stress at all levels. There were statistically significant differences in the average score between groups of students who have good and poor sleep quality; stress and free-stress.

Conclusion: This study shows that the percentage of students who have poor sleep quality and being stress is high. There is an inverse correlation between PSQI and academic performance; K10 and academic performance.

¹Khoa Y học Cổ truyền, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Long Thủy Tú
Email: thuytu314@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/05/2022

Ngày phản biện khoa học: 23/07/2022

Ngày duyệt bài: 04/08/2022

There should be solutions improve sleep quality and relieve stress for students.

Keywords: sleep quality, medical students, PSQI, academic results, stress

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giấc ngủ như một phương tiện giúp phục hồi sức khỏe thể chất và tinh thần. SV y khoa là một bộ phận của dân số chung, những người dường như đặc biệt ngủ quá ngắn so với nhu cầu, thường xuyên mắc phải tình trạng CLGN kém và / hoặc có lịch trình ngủ-thức thất thường⁽¹⁾, mất ngủ, khó bắt đầu và duy trì giấc ngủ⁽²⁾, do thời gian học dài và cường độ cao, nhiệm vụ lâm sàng bao gồm nhiệm vụ trực ban đêm, công việc có thể thách thức về mặt tinh thần và lối sống⁽³⁾. Trong một nghiên cứu trên đối tượng SV y khoa tại Đại học Y Dược (ĐHYD) Huế năm 2015, có 49,4% SV có CLGN kém⁽⁴⁾ và tỷ lệ này ở SV Y6 ĐHYD HCM là 78,5%^(Error! Reference source not found.). Rối loạn giấc ngủ có thể làm hạn chế hoạt động học tập, ngoại khóa và có lẽ thậm chí là sự lựa chọn nghề nghiệp của một số SV⁽⁶⁾. Hạn chế ngủ trong một lớp học mô phỏng, dẫn đến điểm số bài kiểm tra thấp hơn⁽⁷⁾. Trong một nghiên cứu trên 244 SV y khoa Iran, 40,6% cho biết CLGN kém; điều này có liên quan đáng kể đến điểm thấp hơn so với những SV khác⁽⁸⁾.

Ngoài ra, một số vấn đề về giấc ngủ có thể làm trầm trọng thêm căng thẳng tinh thần ở SV y khoa với những hậu quả lâu dài có thể xảy ra đối với sức khỏe của cả cá nhân và hoạt động chung của hệ thống chăm sóc sức khỏe. Các nghiên cứu cho thấy hơn 60% SV đại học ngủ không ngon giấc, dẫn đến sự gia tăng các vấn đề sức khỏe tâm lý và thể chất, các triệu chứng trầm cảm⁽⁷⁾. Tỷ lệ có CLGN kém ở những SV có khả năng stress

là 86%, và 64% SV không có dấu hiệu stress là những học SV kém⁸.

Với tầm quan trọng và sự gia tăng nhận thức về tác động của rối loạn giấc ngủ lên sức khỏe cộng đồng, cụ thể ở đây là SV y khoa tại Việt Nam, việc đánh giá tình hình, xem xét, tìm hiểu đặc điểm của rối loạn giấc ngủ sẽ góp phần đổi mới phương pháp phòng tránh và điều trị chứng bệnh này. Tuy nhiên hiện nay, số lượng nghiên cứu về yếu tố giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở SV y khoa Việt Nam còn nhiều hạn chế và chưa ghi nhận nghiên cứu nào trên đối tượng SV YHCT. Do đó, nghiên cứu được thực hiện để có cái nhìn rõ hơn về CLGN của SV từ đó có những phương pháp phòng tránh, cải thiện tình trạng giấc ngủ kém, cũng như xây dựng môi trường, chương trình học phù hợp cho đối tượng này. Nghiên cứu gồm 3 mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ SV có CLGN kém ở khoa YHCT, ĐHYD HCM. (2) Xác định tỷ lệ SV có stress và mức độ biểu hiện ở khoa YHCT, ĐHYD HCM. (3) Xác định mối liên quan giữa kết quả học tập - CLGN, kết quả học tập - stress.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào đạt TẤT CẢ các tiêu chuẩn sau:

- Là SV năm 1-6 khoa YHCT, ĐHYD HCM
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Trả lời đầy đủ các câu hỏi trong Phiếu khảo sát.

Tiêu chuẩn loại ra

- SV có vấn đề về tâm lý đã được chẩn đoán hoặc thăm khám tâm lý trước đây;

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức

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

Với $\alpha = 0,05$ (tương ứng với KTC 95%), $p=78,53\%$ theo nghiên cứu của Nguyễn Tân Phước năm 2020 và sai số biên hợp lý $d=0,05$, chúng tôi ước lượng cỡ mẫu cần thiết là: $n \geq 259$ đối tượng.

Kỹ thuật chọn mẫu

SV được chọn tham gia nghiên cứu bằng phương pháp thuận tiện liên tiếp không xác suất. Mỗi SV sẽ được cung cấp một mẫu thông tin giải thích chi tiết về mục đích của nghiên cứu, vai trò của người tham gia, cũng như những gì tác giả dự định làm. Sau khi đọc, họ sẽ được yêu cầu hoàn thành một mẫu đơn đồng ý trước khi trả lời bảng câu hỏi.

Các bước tiến hành:

Bước 1: Chọn SV thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Bước 2: Phỏng vấn các đặc điểm nghiên cứu theo phiếu khảo sát và đánh giá rối loạn giấc ngủ theo thang điểm PSQI.

Bước 3: Nhập liệu vào phần mềm và phân tích số liệu gồm 4 phần: các câu hỏi về thông tin người tham gia (năm học, giới tính, mức độ tiêu thụ caffeine), bộ câu hỏi theo thang điểm chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI), bộ câu hỏi về tình trạng stress theo thang điểm Kessler (K10) và kết quả học tập từ Tổ quản lý Đào tạo khoa YHCT, ĐHYD HCM.

Công cụ nghiên cứu

Chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI)

Là một công cụ đánh giá được thiết kế để đo CLGN trong tháng qua. PSQI bao gồm 5 câu hỏi do người cùng giường hoặc bạn cùng phòng đánh giá (chỉ được sử dụng cho thông tin lâm sàng, không được lập thành bảng cho điểm của PSQI) và 19 câu hỏi tự đánh giá -

được đóng khung theo kiểu Likert 4 điểm, nhóm thành bảy điểm thành phần, mỗi điểm có giá trị như nhau trên thang điểm 0 - 3. Sau đó được cộng lại để xác định điểm CLGN toàn cầu (GSQ), có phạm vi 0 - 21; điểm cao hơn cho thấy CLGN kém hơn. Bảy thành phần của PSQI là các phiên bản tiêu chuẩn hóa của các lĩnh vực được đánh giá thường xuyên trong các cuộc phỏng vấn lâm sàng đối với người bệnh có phàn nàn về giấc ngủ / thức. Những thành phần này đo lường CLGN chủ quan, thời gian vỗ giấc, thời gian ngủ cả đêm, hiệu suất giấc ngủ, rối loạn giấc ngủ, sử dụng thuốc ngủ và rối loạn chức năng ban ngày. PSQI có hệ số tương quan là 0,85 ($p < 0,001$) và hệ số độ tin cậy (Cronbach alpha) là 0,83; khi phân biệt giữa người ngủ kém (> 5 điểm) và người ngủ tốt (≤ 5 điểm) (9). Phiên bản tiếng Việt có thể được sử dụng trong nghiên cứu lượng giá trên bệnh nhân rối loạn giấc ngủ và dùng trên sàng lọc rối loạn giấc ngủ trong cộng đồng tại Việt Nam (10).

Thang điểm Căng thẳng Tâm lý Kessler10 (K10)

K10 bao gồm 10 câu hỏi dưới dạng "tần suất bạn cảm thấy trong tháng qua ..." và đưa ra các triệu chứng cụ thể. Năm câu trả lời có thể có cho mỗi câu hỏi nằm trong khoảng từ "không phải lúc nào" đến "mọi lúc" và được cho điểm tương ứng từ 1 - 5. Các mức điểm gắn với 10 câu trả lời của người bệnh được cộng lại và tổng là điểm trong Thang điểm Căng thẳng Tâm lý Kessler (K10). Điểm sẽ nằm trong khoảng từ 10 - 50 (11).

Kết quả học tập

Là điểm trung bình của HKI, thu được từ bảng điểm kết quả học tập do Tổ quản lý Đào tạo khoa YHCT, ĐHYD HCM. Có giá trị từ 0,0 - 4,0

Phân tích dữ liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel và IBM SPSS 26.0. Các biến phân loại được trình bày theo số lượng và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng sẽ được mô tả theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng kiểm định chi bình phương, mô hình Hồi quy logistic để xác định các yếu tố dự đoán CLGN; mô hình Hồi quy tuyến tính để phân tích mối quan hệ giữa biến phụ thuộc là kết quả học tập với các biến độc lập, CLGN, stress và các biến số nền với mức ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh số 102/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/01/2022.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên bảng câu hỏi khảo sát trực tuyến. Thời gian thực hiện từ tháng 02/2022 đến tháng 05/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tổng cộng có 368 bạn SV khoa YHCT tham gia khảo sát và sàng lọc được 343 SV đạt tiêu chuẩn chọn mẫu, tỷ lệ 93,2%. Hầu hết SV khoa YHCT trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc năm 2 (n=86; 25,1%). Trong khi SV năm 6 có số lượng SV tham gia ít nhất (n=30; 8,7%). 52,5% số SV là nam và hơn 60% SV ghi nhận có sử dụng caffeine ít nhất 1 lần trong tháng qua.

Chất lượng giấc ngủ

Tổng điểm chỉ số CLGN PSQI trung bình của SV là $6,45 \pm 2,80$ (tối đa =15, tối thiểu =1), hai giá trị xuất hiện thường xuyên nhất là 5 (n=57; 16,6%) và 6 (n=55; 16,0%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 59,2% số SV (n=203) có CLGN kém (điểm PSQI >5). Đa số SV (n=253; 73,8%) có thời gian ngủ ít hơn bảy giờ mỗi đêm với trung bình là $6,163 \pm 1,188$ giờ của giấc ngủ thực tế (dao động từ 2,5 - 11 giờ). Phần lớn số SV có CLGN tốt có hiệu suất giấc ngủ trên 85% (n=81; 97,6%).

Bảng 1. Đặc điểm 7 thành phần cấu thành nên CLGN theo thang điểm PSQI

Mức điểm	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)
CLGN chủ quan	Rất tốt	Khá tốt	Khá tệ	Rất tệ
	46 (13,4)	228 (66,5)	68 (19,8)	1 (0,3)
Thời gian vỗ giấc	53 (15,5)	151 (44,0)	104 (30,3)	35 (10,2)
Thời gian ngủ cả đêm	>7 giờ	6 - 7 giờ	5 - 6 giờ	<5 giờ
	91 (26,5)	141 (41,1)	71 (20,7)	40 (11,7)
Hiệu suất giấc ngủ	>85%	75-84%	65 - 74%	<65%
	258 (75,2)	48 (14)	26 (7,6)	11 (3,2)
Rối loạn giấc ngủ	12 (3,5)	235 (68,5)	94 (27,4)	2 (0,6)
Sử dụng thuốc ngủ (tự mua hoặc được bác sĩ chỉ định)	Không có	<1 lần/tuần	1 - 2 lần/tuần	≥3 lần/tuần
	318 (92,7)	16 (4,7)	6 (1,7)	3 (0,9)
Rối loạn chức năng ban ngày	65 (19,0)	189 (55,1)	77 (22,4)	12 (3,5)

*** Mức điểm tăng dần tương ứng với các thành phần CLGN kém hơn**

Các rối loạn giấc ngủ phổ biến nhất được thống kê trong khảo sát ở SV khoa YHCT dựa trên tần suất xảy ra là: không thể đi vào giấc ngủ trong vòng 30 phút (n=254; 74,1%), thức dậy giữa đêm và sáng sớm (n=208; 60,6%), gặp ác mộng (n=215; 62,7%) và những lý do khác, phổ biến nhất là do sử dụng smartphone (n=267, 77,8%) hay ảnh hưởng bởi chuyện công việc, học hành (n=283; 82,5%). Ngoài ra, có 11 SV thấy khó ngủ vì các yếu tố liên quan đến các mối quan hệ xã hội (2,91%), sử dụng trà hay cà phê, nước tăng lực, nhớ nhà, đói, hoặc do

ngủ nhiều vào ban ngày. Khoảng 7,3% SV báo cáo có sử dụng thuốc để hỗ trợ giấc ngủ ít nhất 1 lần trong tháng. Khoảng 42,6 % SV gặp khó khăn để giữ tỉnh táo khi lái xe, ăn cơm hoặc tham gia vào hoạt động xã hội. Hơn 75% SV báo cáo họ gặp vấn đề trong việc giữ đủ nhiệt huyết để hoàn thành công việc trong đó khoảng 6,4% Sv gặp vấn đề này 3 lần trở lên trong 1 tuần. Có 20,12% (n=69) SV nói rằng CLGN của họ khá tệ (19,8%; n=68) hoặc rất tệ (n=1; 0,3%) với phần lớn (n=274; 79,9%) đánh giá CLGN của họ là khá tốt (n=228; 66,5%) hoặc rất tốt (n=46; 13,4%).

Bảng 2. Mối liên quan giữa CLGN và các biến nghiên cứu

	CLGN Tốt (n=140)	CLGN Kém (n=203)	Giá trị p*
Giới			0,918
Nam (n (%))	73 (40,6)	107 (59,4)	
Nữ (n (%))	67 (41,1)	96 (58,9)	
Năm học			0,252
Năm 1 (n (%))	20 (31,3)	44 (68,8)	
Năm 2 (n (%))	39 (45,3)	47 (54,7)	
Năm 3 (n (%))	32 (47,8)	35 (52,2)	
Năm 4 (n (%))	25 (45,5)	30 (54,5)	
Năm 5 (n (%))	13 (31,7)	28 (68,3)	
Năm 6 (n (%))	11 (36,7)	19 (63,3)	
Mức tiêu thụ Caffeine			0,011
Không (n (%))	63 (47,7)	69 (52,3)	
<3 lần/tuần (n (%))	55 (42,3)	75 (57,7)	
≥3 lần/tuần (n (%))	22 (27,2)	59 (72,8)	
Tình trạng stress			<0,001
Không có dấu hiệu stress (n (%))	100 (56,2)	78 (43,8)	
Có khả năng stress nhẹ (n (%))	26 (31,7)	56 (68,3)	
Có khả năng stress trung bình (n (%))	13 (26,5)	36 (73,5)	
Có khả năng stress nặng (n (%))	1 (2,9)	33 (97,1)	

* Phép kiểm Chi bình phương

Như trong bảng 2, không có mối liên hệ đáng kể nào được tìm thấy giữa CLGN và giới tính, năm học. Có một mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng buồn ngủ và stress và mức tiêu thụ caffeine.

Tình trạng stress

Tỷ lệ có khả năng stress ở tất cả các mức độ ở SV là 48,1% (n=165). Có khả năng stress nhẹ 82 SV (23,9%), có khả năng stress trung bình 49 SV (14,3%) và có khả năng stress nặng 34 học sinh (9,9%). Điểm K10 trung bình của người tham gia là $20,3 \pm 6,663$ (tối đa =47, tối thiểu =10).

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng stress và các biến nghiên cứu

	Không có dấu hiệu stress (n=178)	Có khả năng stress (n=165)	Giá trị p*
Giới			0,437
Nam (n (%))	97 (53,9)	83 (46,1)	
Nữ (n (%))	81 (49,7)	82 (50,3)	
Năm học			0,812
Năm 1 (n (%))	38 (59,4)	26 (40,6)	
Năm 2 (n (%))	42 (48,8)	44 (51,2)	
Năm 3 (n (%))	32 (47,8)	35 (52,2)	
Năm 4 (n (%))	29 (52,7)	26 (47,3)	
Năm 5 (n (%))	21 (51,2)	20 (48,8)	
Năm 6 (n (%))	16 (53,3)	14 (46,7)	
Mức tiêu thụ Caffeine			0,006
Không (n (%))	82 (62,1)	50 (37,9)	
<3 lần/tuần (n (%))	63 (48,5)	67 (51,5)	
≥3 lần/tuần (n (%))	33 (40,7)	48 (59,3)	
CLGN			<0,001
Tốt (n (%))	100 (71,4)	40 (28,6)	
Kém (n (%))	78 (38,4)	125 (61,6)	

* Phép kiểm Chi bình phương

Như trong, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa stress với mức tiêu thụ caffeine và CLGN. Ngoài ra, không có khác biệt tình trạng stress giữa giới tính, năm học.

Các yếu tố liên quan đến kết quả học tập

Điểm HKI trung bình của SV là $2,86 \pm 0,51$; cao nhất là 3,97; thấp nhất là 1,24.

Từ bảng 5 cho thấy có sự tương quan giữa kết quả học kỳ I với điểm PSQI, điểm K10 và năm học. Cụ thể khi tăng 1 điểm PSQI, điểm trung bình học kỳ I sẽ giảm 0,02

điểm. Ở nhóm SV có dấu hiệu stress (ở mọi mức độ) điểm trung bình HKI của SV thấp hơn so với điểm trung bình chung của toàn bộ SV. Khi tăng mỗi điểm K10 tăng lên, điểm trung bình sẽ giảm 0,01 điểm. Kết quả

học tập của năm 1 thấp hơn của năm 2 và năm 3 nhưng thấp hơn năm 5. Ngoài ra, không tìm thấy mối quan hệ có ý nghĩa thống kê nào giữa kết quả học tập với giới và mức độ sử dụng caffeine.

Bảng 4. Phân tích hồi quy tuyến tính các yếu tố liên quan đến kết quả học tập

	Hồi quy đơn biến (TB $\pm$ SSC)	Hồi quy đa biến (TB $\pm$ SSC)	Giá trị p*
Điểm PSQI	-0,03 $\pm$ 0,01 ^b	-0,02 $\pm$ 0,01	0,020
Điểm K10	-0,01 $\pm$ 0,00 ^c	-0,01 $\pm$ 0,00	0,047
Giới (Nữ so với nam)	-0,02 $\pm$ 0,06	-0,04 $\pm$ 0,05	0,490
Năm học	(ref)	(ref)	
Năm 1	(ref)	(ref)	
Năm 2	-0,46 $\pm$ 0,08	-0,46 $\pm$ 0,07	<0,001
Năm 3	-0,18 $\pm$ 0,08 ^a	-0,19 $\pm$ 0,08	0,018
Năm 4	-0,11 $\pm$ 0,08	-0,11 $\pm$ 0,08	0,169
Năm 5	0,22 $\pm$ 0,09 ^a	0,22 $\pm$ 0,09	0,017
Năm 6	-0,04 $\pm$ 0,10	-0,04 $\pm$ 0,10	0,715
Mức độ sử dụng caffeine			
Không	(ref)	(ref)	
<3 lần/tuần	-0,08 $\pm$ 0,06	-0,02 $\pm$ 0,06	0,723
≥ 3 lần/tuần	-0,06 $\pm$ 0,07	0,01 $\pm$ 0,07	0,828

^a p<0.05, ^b p<0.01, ^c p<0.001. *Giá trị p của hồi quy đa biến. Viết tắt: TB: trung bình, SSC: sai số chuẩn.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong khoảng thời gian thực hiện khảo sát, SV năm 2 chiếm tỷ lệ cao nhất, SV năm 6 chiếm tỷ lệ thấp nhất trong toàn khoa. Bên cạnh đó, do lịch trình học tập phù hợp nên nhóm nghiên cứu dễ tiếp cận với đối tượng SV năm 2 hơn các khóa khác. Đây là những nguyên nhân khiến cho nhóm này có tỷ lệ tham gia khảo sát nhiều nhất.

CLGN của SV

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hơn ½ số SV có CLGN kém (điểm PSQI >5) (n=203; 59,2%). Kết quả này tương đồng với

nghiên cứu của Trần Ngọc Trúc Quỳnh năm 2016, ghi nhận 59,1% SV có CLGN kém ⁽¹²⁾, tuy cao hơn kết quả của Đỗ Thế Bon năm 2021 với 39,6% SV có CLGN kém ⁽¹³⁾ nhưng thấp hơn với kết quả thu được từ nghiên cứu của Nguyễn Tấn Phước năm 2020, với tỷ lệ SV có CLGN kém chiếm 78,53% ⁽⁵⁾ và Almojali AI. năm 2017 là 76% ⁽⁸⁾. Theo tác giả, kết quả này do tình trạng làm việc với nhiều yêu cầu học tập và kỹ năng xã hội cũng như vấn đề về môi trường cư trú ⁽⁸⁾. Trong nghiên cứu này cũng ghi nhận tỷ lệ SV tự nhận xét về CLGN của mình là rất tệ hay khá tệ (32,3%) ⁽⁸⁾, thấp hơn nhiều so với

tỷ lệ SV có CLGN kém theo thang điểm PSQI. Tương tự với ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 20,12% số SV tự nhận xét rằng CLGN của họ là rất tệ hoặc khá tệ. Điều này có thể đến từ nhận thức của SV về CLGN của SV chưa đầy đủ.

Trong số bảy thành phần của PSQI thu được từ nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình của CLGN chủ quan, thời gian vỗ giấc, thời gian ngủ cả đêm, rối loạn giấc ngủ và rối loạn chức năng ban ngày đều >1 , khiến chúng trở thành điểm số đóng góp cao nhất cho điểm PSQI toàn cầu. Tuy nhiên, hiệu suất giấc ngủ và việc sử dụng thuốc ngủ có điểm trung bình <1 . Kết quả trên cũng khá tương đồng với kết quả thu được từ nghiên cứu của Brick C. năm 2010, riêng thành phần thời gian vỗ giấc trong nghiên cứu này là $0,81 \pm 0,81$ ⁽¹⁴⁾, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là $1,35 \pm 0,86$. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về đặc điểm lối sống sinh hoạt giữa các nước. SV Việt Nam hiện nay thường dành nhiều thời gian sử dụng các thiết bị điện tử ngay trước khi đi ngủ, điều này khiến cho thời gian đi vào giấc ngủ của họ kéo dài hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 74,1% SV không thể ngủ trong 30 phút và $>77\%$ SV nói rằng họ khó ngủ do sử dụng smartphone.

Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm của SV là $6,16 \pm 1,19$ giờ, và khoảng $5,88 \pm 1,17$ giờ mỗi đêm ở nhóm có CLGN kém. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phạm Bá Bảo Ngân năm 2017 là $6,12 \pm 1,05$ giờ trên tổng số SV tham gia và $5,65 \pm 0,98$ giờ với nhóm có CLGN kém ⁽⁴⁾, nhưng thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Đỗ Thế Bon năm 2021 là $6,62 \pm 1,36$ giờ ⁽¹³⁾ và cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Almojali AI. năm 2017 là $5,8 \pm 1,3$ giờ ⁽⁸⁾. Sự khác biệt này có thể đến từ thói quen sinh hoạt, đặc

điểm lối sống giữa các nước. Tuy nhiên, khoảng thời gian này đều thấp hơn so với khuyến cáo từ Tổ chức Nghiên cứu Giấc ngủ Hoa Kỳ dành cho nhóm tuổi từ 18-25 tuổi là 7-9 giờ ⁽¹⁵⁾. Các kết quả này cho thấy tình trạng chung đáng lo ngại về thời lượng giấc ngủ của SV y khoa.

Gần 50% SV trong nghiên cứu của chúng tôi (42,6%) cho biết họ gặp khó khăn để giữ tỉnh táo khi tham gia vào hoạt động xã hội. Hơn 75% SV báo cáo họ gặp vấn đề trong việc giữ đủ nhiệt huyết để hoàn thành công việc trong đó khoảng 6,4% SV gặp vấn đề này 3 lần trở lên trong 1 tuần. Điều này có thể ảnh hưởng lớn đến việc học của SV y, những người cần phải ghi nhớ lượng kiến thức khá lớn và có thao tác cần độ tập trung và chính xác cao.

Không tìm thấy mối liên hệ đáng kể nào giữa CLGN với năm học hay giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này cũng tương tự với một nghiên cứu của Brick CA. năm 2010⁽¹⁴⁾. Phù hợp với quan điểm caffeine vẫn được xem là một chất có thể ảnh hưởng đến mô hình giấc ngủ. Một nghiên cứu cho thấy lượng tiêu thụ caffeine cao có nguy cơ khó ngủ cao hơn 1,9 lần và có khả năng bị mệt mỏi vào buổi sáng cao hơn 1,8 lần so với lượng tiêu thụ thấp ⁽¹⁶⁾16, trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CLGN và mức độ sử dụng caffeine ($p < 0,05$).

Tình trạng stress trong SV

Tỷ lệ có khả năng stress ở tất cả các mức độ của SV là 48,1%. Có khả năng stress nhẹ là 23,9%, trung bình là 14,3% và nặng là 9,9%. Tuy kết quả này thấp hơn so với tỷ lệ 53,2% SV có stress trong nghiên cứu của Almojali AI. năm 2017 là 53,2% ⁽⁸⁾ nhưng vẫn cho thấy tỷ lệ stress trong SV y khoa là

khá cao, cho thấy tầm quan trọng của các biện pháp giúp cải thiện tình trạng này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy mối quan hệ giữa stress và năm học, stress và giới tính, giống với nghiên cứu của Almojali AI. năm 2017⁽⁸⁾. Điều này có thể lý giải tuy càng lên cao SV càng phải đối mặt với nhiều áp lực từ các môn học đòi hỏi nhiều kiến thức và kỹ năng cũng như dần đảm nhận nhiều trách nhiệm hơn đối với việc chăm sóc người bệnh nhưng với các SV, năm đầu tiên mang đến sự xáo trộn về môi trường cùng với nhận thức rằng không thể nắm vững giáo dục hoàn toàn cũng gây sức ép lớn đối với nhóm này.

Có nhiều báo cáo về mối quan hệ giữa caffeine và tình trạng stress cả tiêu cực lẫn tích cực⁽¹⁷⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất SV sử dụng caffeine càng nhiều tỷ lệ có dấu hiệu stress càng tăng. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tương tự, trong nghiên cứu của Samaha A. năm 2019⁽¹⁸⁾.

Mối liên quan giữa kết quả học tập, CLGN và stress

Phù hợp với các nghiên cứu trước đây^(4,8), trong nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa CLGN và tình trạng stress. Tỷ lệ SV có khả năng stress cao hơn ở nhóm có CLGN tốt so với nhóm có CLGN kém.

Tương tự với một nghiên cứu khác của Nguyễn Tấn Phước năm 2020⁽⁵⁾ và Trần Ngọc Trúc Quỳnh năm 2016⁽¹²⁾, trong nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối tương quan nghịch giữa kết quả học tập và điểm số CLGN của SV ($p < 0,05$). Cụ thể khi tăng 1 điểm PSQI, điểm trung bình học kỳ I sẽ giảm 0,02 điểm. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận phần lớn SV gặp khó khăn để giữ tinh thần khi tham gia vào hoạt động xã hội

hay giữ đủ nhiệt huyết để hoàn thành công việc. Yếu tố này có thể góp phần ảnh hưởng đến khả năng tập trung, chú ý gây khó khăn trong quá trình tiếp nhận và xử lý thông tin của SV. Đây cũng có thể là hệ quả xuất phát từ sự rối loạn trong giai đoạn này của giấc ngủ. Khi mà một số nghiên cứu cho thấy giai đoạn N3 của giấc ngủ NREM, là giai đoạn ngủ sâu mà con người cần để cảm thấy sảng khoái vào buổi sáng đóng một vai trò quan trọng trí nhớ diễn đạt bằng cách xử lý và củng cố thông tin mới thu được và liên quan đến hình thức học tập trực quan⁽²⁰⁾.

Ở nhóm SV có dấu hiệu stress (ở mọi mức độ) điểm trung bình HKI của SV thấp hơn so với điểm trung bình chung của toàn bộ SV. Khi tăng mỗi điểm K10 tăng lên, điểm trung bình sẽ giảm 0,01 điểm. Trái ngược với nghiên cứu của Shah (2010)⁽¹⁹⁾, không có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê giữa kết quả học tập và tình trạng stress của SV y khoa. Theo nhóm tác giả, chỉ stress cấp tính mới có thể ảnh hưởng đến điểm học tập trong các kỳ thi⁽¹⁹⁾. Một số nghiên cứu khác cho thấy, stress có tác động đến vùng não như hồi hải mã, hạch hạnh nhân và vỏ não trước – có liên quan đến học tập và trí nhớ⁽²¹⁾. Trong khi các stress cấp tính có thể thúc đẩy sự hình thành trí nhớ thì những stress xảy ra trước khi học ≥ 30 phút hoặc trong bối cảnh cụ thể khác có thể cản trở việc mã hóa thông tin mới, làm giảm khả năng truy xuất trí nhớ, giảm khả năng cập nhật ký ức – một điều khá quan trọng, đặc biệt đối với ngành y, nơi kiến thức có thể không ngừng đổi mới. Việc trải qua stress còn khiến việc học diễn ra theo xu hướng cứng nhắc theo một thói quen (dù có thể không đem lại hiệu quả cao) thay vì học tập linh hoạt, sáng tạo trước các vấn đề mới, làm giảm hiệu suất của học tập⁽²¹⁾.

Hạn chế

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian 1 tháng của khảo sát không bao trùm hết cả quá trình học. Ngoài ra, mẫu nghiên cứu của chúng tôi chỉ đại diện cho một khoa tại một trường y khoa tại TP.HCM và kết quả không nhất thiết tổng quát cho dân số SV y khoa tại Việt Nam. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mặt cắt ngang, do đó, các biến số về giấc ngủ, stress, kết quả học tập và mức độ tiêu thụ caffeine đã được thu thập tại cùng một thời điểm và được hỏi về quá khứ gần đây. Yếu tố này hạn chế khả năng rút ra các suy luận nhân quả do không thể thiết lập được thời gian của các mối quan hệ này và không loại trừ được khả năng sai lệch trong ghi nhớ khi SV được yêu cầu nhớ lại thông tin trong khoảng thời gian 1 tháng trước ngày làm khảo sát. Các câu hỏi về sử dụng caffeine chỉ dừng ở mức độ sử dụng trong 1 tháng, chưa cụ thể được từng loại, lượng dùng mỗi lần hay số lần và thời điểm sử dụng trong ngày,... nên có thể chưa tổng quát cho yếu tố sử dụng caffeine. Do đó, cần có những nghiên cứu chuyên sâu sau này giúp khắc phục các mặt hạn chế trên và làm rõ hơn các mối quan hệ nhắc tới trong đề tài này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ SV có CLGN kém và có tình trạng stress khá cao, lần lượt chiếm 59,2% và 48,1% tổng số SV tham gia. Tuy nhiên chỉ 20,12% số SV tự nhận xét rằng CLGN của họ là rất tệ hoặc khá tệ. Không có mối liên quan nào giữa năm học, giới tính với CLGN hay tình trạng stress nhưng có mối tương quan thuận giữa CLGN, stress và mức độ sử dụng caffeine. Ngoài ra, có mối tương quan nghịch giữa điểm số CLGN với kết quả học tập và giữa điểm căng thẳng tâm lý và kết quả học tập. Cần có những nghiên cứu

chuyên sâu sau này giúp khắc phục các mặt hạn chế trên và làm rõ hơn các mối quan hệ nhắc tới trong đề tài này. Cần có những biện pháp giúp cải thiện CLGN và giải tỏa stress cho SV; trang bị cho SV những kỹ năng và kiến thức cần thiết để gia tăng nhận thức của họ về CLGN, đối mặt với tình trạng CLGN kém hay stress; rèn luyện các kỹ năng làm sàng nhuần nhuyễn thành thói quen để tránh những sai sót trong quá trình thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Genzel L, Ahrberg K, Roselli C, et al (2013). Sleep timing is more important than sleep length or quality for medical school performance. *Chronobiology International*, 30(6):766-771.
2. Schlarb AA, Kulesa D, Gulewitsch MD (2012). Sleep characteristics, sleep problems, and associations of self-efficacy among German university students. *Nature and Science of Sleep*, 4:1-7.
3. Azad MC, Fraser K, Rumana N, et al (2015). Sleep disturbances among medical students: a global perspective. *Clinical Sleep Medicine*, 11(1):69-74.
4. Nguyễn Thị Khánh Linh, Đặng Hồng Nhung, Phạm Bá Bảo Ngân, Võ Văn Thắng, Nguyễn Minh Tú (2017). Chất lượng giấc ngủ của sinh viên hệ chính quy Trường Đại học Y Dược Huế năm 2015. *Y học dự phòng*, 27(8):109.
5. Nguyễn Tấn Phước, Dương Minh Hằng, Mai Phương Thảo (2020). Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và kết quả học tập của sinh viên y đa khoa năm 6. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 24(2):114-119.
6. Steven P. Gilbert & Cameron C. Weaver (2010). Sleep Quality and Academic Performance in University Students: A Wake-Up Call for College Psychologists, *College Student Psychotherapy*, 24(4):295-

- 306.
7. **Ahrberg K, Dresler M, Niedermaier S, Steiger A, Genzel L.. (2012).** The interaction between sleep quality and academic performance. *Psychiatric Research*, 46(12):1618-1622.
 8. **Almojali AI, Almalki SA, Allothman AS, Masuadi EM, Alaqeel MK (2017).** The prevalence and association of stress with sleep quality among medical students. *Epidemiology and Global Health*, 7(3):169-174.
 9. **Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ (1989).** The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28(2):193-213.
 10. **Tô Minh Ngọc, Nguyễn Đỗ Nguyên, Phùng Khánh Lâm, Nguyễn Xuân Bích Huyền, Trần Thị Xuân Lan (2014).** Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh phiên bản tiếng Việt. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*. 6(S18):664-668.
 11. **The Transcultural Mental Health Centre.** The Kessler 10 assessment form Vietnamese language. https://www.dhi.health.nsw.gov.au/transcultural-mental-health-centre-tmhc/resources/multilingual-resources-by-title/kessler-10?PagingModule=883&retain=true&pg=4&fbclid=IwAR1ShBMP6w5mf3Cn8v56JiE_l3VILNK9UUqmf0WYjnhqJRsvjZ0S1G7ixzw
 12. **Trần Ngọc Trúc Quỳnh, Kim Xuân Loan, Mai Thị Thanh Thúy (2016).** Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở sinh viên ngành Y học dự phòng – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 20(1):261-267.
 13. **Đỗ Thế Bon, Lê Thị Yến Nhi, Nguyễn Tiệp Đan, Võ Thị Hà Hoa (2022).** Khảo sát chất lượng giấc ngủ và ứng dụng chu kỳ giấc ngủ đối với sinh viên y khoa trường đại học Duy Tân. *Nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam*, 47:141-149.
 14. **Brick CA, Seely DL, Palermo TM (2010).** Association between sleep hygiene and sleep quality in medical students. *Behavioral Sleep Medicine*, 8(2):113-121.
 15. **SleepFoundationn(2022).** How much sleep do we really need?. SleepFoundation.org. <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need>.
 16. **Ayub Ali et al (2021).** The Effect of caffeine on sleep among medical students at King Faisal University Saudi Arabia. *World Family Medicine*, 19(6):51-58.
 17. **Richards G, Smith A (2015).** Caffeine consumption and self-assessed stress, anxiety, and depression in secondary school children. *Psychopharmacology*, 29(12):1236-1247.
 18. **Samaha, A., Al Tassi, A., Yahfoufi, N., Gebbawi, M., Rached, M., & Fawaz, M. A. (2019).** Data on the relationship between caffeine addiction and stress among Lebanese medical students in Lebanon. *Data in Brief*, 28, 104845.
 19. **Shah, M., Hasan, S., Malik, S., & Sreeramareddy, C. T. (2010).** Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a Pakistani medical school. *BioMed Central Medical Education*, 10, 2.
 20. **National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2017).** Brain Basics: Understanding Sleep. National Institute of Neurological Disorders and Stroke website. <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Understanding-Sleep>
 21. **Vogel S, Schwabe L (2016).** Learning and memory under stress: implications for the classroom. *Nature Portfolio journal Science Of Learning*. 1:16011.