

## CÁC DẠNG THỂ CHẤT Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA

Lê Ngọc Tuyết Nhung<sup>1</sup>, Nguyễn Trương Quốc Dũng<sup>2</sup>,  
Tăng Khánh Huy<sup>1</sup>, Lê Bảo Lưu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các dạng thể chất y học cổ truyền (YHCT) trên bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa (HCCH) và bước đầu xác định mối liên quan giữa các dạng thể chất YHCT với các yếu tố chuyển hóa.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 390 người bệnh có hội chứng chuyển hóa tại bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM và bệnh viện Thống Nhất. Phân loại thể chất YHCT bằng bảng câu hỏi Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ) phiên bản tiếng Việt. Mô hình hồi quy logistic đa thức được sử dụng để kiểm tra mối liên quan giữa các biến. **Kết quả:** Tỷ lệ các dạng thể chất YHCT ở người bệnh có HCCH: Đàm thấp (31,79%), Khí hư (25,64%), Âm hư (12,31%), Thấp nhiệt (11,03%), Khí uất (7,69%), Dương hư (5,64%), Ứ huyết (5,38%), Đặc biệt (0,51%), Trung tính (0%). Mối liên quan giữa các dạng thể chất YHCT với các yếu tố chuyển hóa: thể chất đàm thấp liên quan đến tăng vòng bụng và tăng triglyceride; thể chất khí hư liên quan đến tăng huyết áp (THA). **Kết luận:** Người bệnh HCCH có dạng thể chất đàm thấp chiếm tỷ lệ cao nhất. Bước đầu cho thấy có sự liên quan giữa thể chất YHCT với các yếu tố chuyển hóa là tăng vòng bụng, tăng triglyceride và tăng huyết áp.

**Từ khóa:** Hội chứng chuyển hóa, thể chất y học cổ truyền, tăng huyết áp, tăng đường huyết, tăng triglyceride, tăng vòng bụng, hạ HDL, tăng đường huyết.

### SUMMARY

#### VARIOUS TYPES OF TRADITIONAL MEDICINE BODY CONSTITUTIONS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

**Objectives:** Determining the ratio of traditional medicine body constitutions in patients with metabolic syndrome and determining the relationship between traditional medical constitutions and metabolic factors.

**Subjects and Methods:** The cross-sectional study analyzed over 390 patients with metabolic syndrome at Ho Chi Minh City Hospital of Traditional Medicine and Thong Nhat Hospital. traditional medicine constitutional classification by the Vietnamese version of the Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ). The polynomial logistic regression model was used to test the relationship between variables.

**Results:** The prevalences of nine characteristics

traditional medicine body constitutions were Phlegm-dampness (31,79%), Qi-deficiency (25,64%), Yin-deficiency (12,31%), Dampness-heat (11,03%), Qi-depression (7,69%), Yang-deficiency (5,64%), Blood-stasis (5,38%), Inherited-special (0,51%), Neutral (0%). There were associations between Phlegm-dampness and increased waist circumference and increased triglyceride level; between the Qi-deficiency and hypertension. **Conclusion:** Among patients with metabolic syndrome at Ho Chi Minh City Traditional Medicine Hospital, Thong Nhat Hospital, Phlegm-dampness is the majority in constitutions. The first step shows a relationship between traditional medicine constitutions and metabolic factors such as increased waist circumference, triglyceride level, and hypertension. **Keywords:** metabolic syndrome, traditional medicine constitutions, hypertension, increased triglyceride level, increased waist circumference, low high-density lipoprotein (HDL), and increased fasting glucose.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một tập hợp bao gồm các rối loạn sinh lý – hóa sinh thúc đẩy tình trạng đề kháng insulin đi kèm với bất thường về phân bố và chức năng mô mỡ, làm tăng nguy cơ huyết khối tim mạch, đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 và nguy cơ tử vong chung, vì vậy đây là một vấn đề đang rất được quan tâm. Một nghiên cứu năm 2005 ở thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) cho thấy, tỉ lệ người trưởng thành có HCCH là 12% 5. HCCH diễn tiến thầm lặng, hầu như không có triệu chứng biểu hiện trên lâm sàng nên thường phát hiện một cách tình cờ hoặc khi đã xảy ra các biến chứng. Do đó, việc tầm soát phát hiện sớm HCCH nhằm làm giảm số lượng các rối loạn chuyển hóa là một vấn đề cấp thiết.

Thể chất theo YHCT nghiên cứu tình trạng toàn diện của cơ thể, nó bị ảnh hưởng bởi cả yếu tố bẩm sinh và mắc phải. Thể chất đặt nền tảng cho việc chẩn đoán, phòng ngừa và điều trị bệnh. Lý thuyết và vận dụng thể chất YHCT cung cấp một cách tiếp cận mới để duy trì sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật. Với mục đích tiếp cận HCCH từ phương diện của YHCT nhằm mang đến những lợi ích, giúp giảm chi phí y tế, gánh nặng cho xã hội, nghiên cứu "Các dạng thể chất theo y học cổ truyền trên người bệnh có hội chứng chuyển hóa" được thực hiện để xác định tỷ lệ các dạng thể chất YHCT trong HCCH và bước đầu

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

<sup>2</sup>Sở Y tế TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Lưu

Email: lebaoluu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

xác định mối liên quan giữa các dạng thể chất YHCT với các yếu tố chuyển hóa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Người bệnh (NB) trên 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- NB được chẩn đoán HCCH dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán NCEP ATP III 2004: Có ít nhất 3/5 tiêu chuẩn sau:

- Vòng bụng:  $\geq 90$  cm ở nam,  $\geq 88$  cm ở nữ.

- Huyết áp:  $\geq 130/85$  mmHg hoặc đang điều trị thuốc hạ áp.

- HDL huyết tương:  $< 40$  mg/dl ở nam,  $< 50$  mg/dl ở nữ hoặc đang điều trị bằng thuốc fibrates hoặc nicotinic acid.

- Triglyceride huyết tương:  $\geq 150$  mg/dl hoặc đang điều trị bằng thuốc fibrates hoặc nicotinic acid.

- Đường huyết đói:  $\geq 100$  mg/dl hoặc đang điều trị thuốc kiểm soát đường huyết.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đạt đủ tiêu chuẩn chọn bệnh.

- NB có rối loạn về chức năng ngôn ngữ, rối loạn tri giác, rối loạn tâm thần hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc hoặc không thực hiện được y lệnh.

- NB mắc các bệnh cấp tính cần được xử trí tích cực bằng Y học hiện đại: hội chứng vành cấp, cơn tăng huyết áp, hôn mê hạ đường huyết,...

- NB không hợp tác trong quá trình khảo sát.

### Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu:  $n = (Z_{21-\alpha/2P(1-P)})^2/d = 384$ . Với:  $d = 0.05$ ;  $\alpha = 0.05$ ;  $Z_{0.975} = 1.96$ ;  $p = 0.5$  để cỡ mẫu là lớn nhất.

#### Các bước tiến hành

Bước 1: Chọn người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không phạm tiêu chuẩn loại trừ vào nghiên cứu.

Bước 2: Tiến hành thu thập số liệu bằng cách ghi nhận thông tin số liệu từ hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và phân loại các dạng thể chất YHCT bằng bảng câu hỏi CCMQ.

Bước 3: Tiến hành nhập liệu vào phần mềm và phân tích.

Bước 4: Xác định tỷ lệ các dạng thể chất YHCT trên người bệnh có HCCH.

Bước 5: Xác định mối liên hệ giữa các dạng thể chất YHCT và các yếu tố chuyển hóa.

**Định nghĩa biến số.** CCMQ là thang điểm tự đánh giá có độ tin cậy và hiệu lực tốt. CCMQ

có 60 câu hỏi, trong đó, mỗi câu được cho điểm theo mức độ từ 1 đến 5 và được phân thành chín mục: Trung tính, Khí hư, Dương hư, Âm hư, Đàm thấp, Thấp nhiệt, Ứ huyết, Khí trệ, và Đặc biệt. Điểm của mỗi mục được tiêu chuẩn hóa từ 0 đến 100. Theo đó, Điểm gốc = Điểm cộng của mỗi mục. Điểm chuyển đổi = ((điểm gốc-số mục)/(số mục  $\times$  4))  $\times$  100. Phân loại thể chất YHCT dựa trên kết quả bảng câu hỏi CCMQ như sau: thể chất Trung tính được chẩn đoán là "Có" nếu điểm chuyển đổi  $\geq 60$  điểm và điểm trung bình 8 loại thể chất khác  $< 30$  điểm, "Có xu hướng" nếu điểm chuyển đổi  $\geq 60$  điểm và điểm trung bình 8 loại thể chất khác  $< 40$  điểm, "Không" nếu không đáp ứng các điều kiện trên; Thể chất không cân bằng được chẩn đoán là "Có" nếu điểm chuyển đổi  $\geq 40$  điểm, "Có xu hướng" nếu điểm chuyển đổi 30 – 39 điểm, "Không" nếu điểm chuyển đổi  $< 30$  điểm. Trung tính là dạng thể chất cân bằng với điểm số cao hơn cho thấy tình trạng thay thế tốt hơn, trong khi tám loại còn lại là loại bệnh lý với điểm cao hơn cho thấy tình trạng thể chất suy yếu kém hơn. Biến này là biến danh định 2.

#### Các biến số liên quan yếu tố dịch tễ:

Giới tính: là biến nhị giá, có hai giá trị: Nam và Nữ. Được ghi nhận bằng ghi nhận từ hồ sơ bệnh án hoặc chứng minh nhân dân.

Tuổi: là biến định lượng. Được tính bằng năm khảo sát trừ cho năm sinh của BN. Tuổi = năm khảo sát – năm sinh. Năm sinh được ghi nhận qua hồ sơ hoặc phỏng vấn, đơn vị: tuổi.

Cân nặng: là biến định lượng. Đơn vị tính bằng kilogam (kg). Ghi nhận bằng cách đo lúc khảo sát.

Chiều cao: là biến định lượng. Đơn vị là mét (m). Ghi nhận bằng cách đo lúc khảo sát.

BMI: là biến thứ tự. BMI được tính bằng công thức:

$$BMI = \frac{\text{cân nặng (kg)}}{\text{chiều cao}^2 \text{ (m)}}$$

Phân độ BMI dựa theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (WPRO): Thiếu cân (BMI  $< 18,5$ ), Bình thường (18,5 - 22,9), Thừa cân (23 - 24,9), Béo phì độ I (25 - 29,9), và Béo phì độ II (BMI  $\geq 30$ ).

#### Các biến số là yếu tố chuyển hóa:

Tăng vòng bụng: là biến nhị giá. Có hai giá trị: Có:  $\geq 90$  cm ở nam;  $\geq 80$  cm ở nữ; Không:  $< 90$  cm ở nam;  $< 80$  cm ở nữ. Đo trực tiếp.

Giảm HDL: là biến nhị giá. Có hai giá trị: Có:  $< 40$  mg/dl ở nam;  $< 50$  mg/dl ở nữ, hoặc đang điều trị bằng thuốc fibrates hoặc nicotinic acid; Không:  $\geq 40$  mg/dl ở nam;  $\geq 50$  mg/dl ở nữ. Được ghi nhận qua hồ sơ bệnh án hoặc phỏng

vấn, lấy số liệu gần nhất.

Tăng triglyceride, là biến nhị giá. Có hai giá trị: Có:  $\geq 150$  mg/dl hoặc đang điều trị bằng thuốc fibrates hoặc nicotinic acid; Không:  $< 150$  mg/dl. Được ghi nhận qua hồ sơ bệnh án hoặc phỏng vấn, lấy số liệu gần nhất.

Tăng đường huyết là biến nhị giá. Có hai giá trị: Có: đường huyết đói  $\geq 100$  mg/dl hoặc có ĐTĐ đang điều trị; Không: đường huyết đói  $< 100$  mg/dl. Được ghi nhận qua hồ sơ bệnh án hoặc phỏng vấn, lấy số liệu gần nhất.

Tăng huyết áp là biến nhị giá. Có hai giá trị: Có và Không. THA được xác định là huyết áp  $\geq 130/85$  mmHg (ít nhất 2 lần đo) hoặc tiền sử có sử dụng thuốc điều trị THA. Được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án hoặc phỏng vấn lấy số liệu gần nhất, hoặc đo trực tiếp lúc khảo sát.

**Phương pháp phân tích dữ liệu.** Nhập và quản lý số liệu bằng phần mềm Excel, thống kê bằng phần mềm Stata 13.0. Phép kiểm Chi bình phương ( $\chi^2$ ) hoặc Fisher's exact test đối với biến số danh định và biến thứ tự ( $p < 0,05$ ). Mô hình hồi quy logistic đa thức (Multinomial logistic regression - MLR) được sử dụng để kiểm tra mối liên quan giữa các biến.

**Y đức.** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 781/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 14/12/2021.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

**Bảng 3. Sự phân bố các yếu tố chuyển hóa trong các dạng thể chất**

Thể chất	Tăng vòng bụng	Tăng triglyceride	Hạ HDL	Tăng huyết áp	Tăng đường huyết
Âm hư	27 (6,56)	27 (6,56)	31 (8,47)	25 (6,83)	34 (9,29)
Dương hư	14 (3,83)	10 (2,73)	15 (4,10)	11 (3,01)	13 (3,55)
Đàm thấp	118 (32,2)	108 (29,51)	66 (18,03)	54 (14,75)	63 (17,21)
Đặc biệt	1 (0,27)	1 (0,27)	0 (0,00)	2 (0,55)	2 (0,55)
Khí hư	73 (19,9)	51 (13,93)	56 (15,30)	79 (21,58)	48 (13,11)
Khí uất	24 (6,56)	11 (3,01)	18 (4,92)	16 (4,37)	22 (6,01)
Thấp nhiệt	34 (9,29)	19 (5,19)	25 (6,83)	21 (5,74)	27 (7,38)
Ứ huyết	16 (4,37)	9 (2,46)	12 (3,28)	12 (3,28)	14 (3,83)

Kiểm định bằng mô hình hồi quy logistic đa thức với biến phụ thuộc là biến danh định "thể chất" với 9 giá trị (giá trị đối chứng là thể chất dương hư) với lần lượt từng biến độc lập nhị giá "Tăng vòng bụng", "Tăng Triglyceride", "Hạ

**Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	Phân loại	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	154	39,49
	Nữ	236	60,51
Độ tuổi	18-39	22	5,64
	40-59	167	42,82
	$\geq 60$	201	51,54
BMI	Gầy	7	1,79
	Trung bình	111	28,46
	Thừa cân	162	41,54
	Béo phì độ I	87	22,31
	Béo phì độ II	18	4,62
	Béo phì độ III	5	1,28

**Phân bố các dạng thể chất YHCT**

**Bảng 2. Tỷ lệ các dạng thể chất của mẫu nghiên cứu**

Thể chất YHCT	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dương hư	22	5,64
Âm hư	48	12,31
Khí hư	100	25,64
Đàm thấp	124	31,79
Thấp nhiệt	43	11,03
Ứ huyết	21	5,38
Đặc biệt	2	0,51
Khí uất	30	7,69
Trung tính	0	0,00
<b>Tổng</b>	<b>390</b>	<b>100</b>

**Mối liên quan giữa các dạng thể chất và các yếu tố chuyển hóa.** Kiểm định bằng phép kiểm Fisher – Chi bình phương cho thấy sự khác biệt trong phân bố các yếu tố chuyển hóa theo các dạng thể chất là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

**Bảng 4. Mối liên quan giữa thể chất và yếu tố chuyển hóa**

Thể chất	Thể chất	RRR	KTC 95%	P-value
Dương hư				
Đàm thấp	Tăng vòng bụng	32,35	7,76 – 134,94	0,00
	Tăng Triglyceride	23,53	6,38 – 86,76	0,00

HDL", "THA" và "Tăng đường huyết", kết quả ghi nhận giá trị tỷ số nguy cơ tương đối (RRR), KTC 95% và P-value tương ứng. Bảng 4 trình bày mối liên quan nổi bật giữa 2 dạng thể chất Đàm thấp và Khí Hư với các yếu tố chuyển hóa.

	Hạ HDL	3,32	0,86 - 12,79	0,08
	THA	1,91	0,60 - 6,09	0,28
	Tăng đường huyết	2,00	0,62 - 6,35	0,25
Khí hư	Tăng vòng bụng	2,67	0,76 - 9,37	0,13
	Tăng Triglyceride	2,28	0,36 - 7,85	0,19
	Hạ HDL	1,44	0,38 - 5,46	0,60
	THA	5,54	1,72 - 17,86	0,00
	Tăng đường huyết	1,35	0,43 - 4,21	0,61

#### IV. BÀN LUẬN

**Thể chất Y học cổ truyền.** Kết quả nghiên cứu dùng bảng câu hỏi CCMQ bước đầu ghi nhận kết quả thể chất chiếm nhiều nhất là Đàm thấp, thứ hai là Khí hư và thứ ba là Thấp nhiệt; các loại thể chất khác: Dương hư, Khí hư, Ú huyết, đặc biệt và Khí uất chiếm tỷ lệ thấp hơn. Riêng thể trung tính không ghi nhận mẫu nào. Có thể giải thích điều này là vì thể chất trung tính đặc trưng cho người hoàn toàn khỏe mạnh mà nghiên cứu lại được tiến hành trên các NB nội trú nên không ghi nhận dạng thể chất này là hợp lý.

Trong nghiên cứu của Wang về thể chất Đàm thấp cho thấy liên quan 4 gen tăng hoạt: COPS8, GNPDA1, CD52, ARPC3 và 6 gen giảm hoạt: GSPT2, CACNB2, FLJ20584, UXS1, IL21R và TNPO. Vì sự bất thường của các gen này cho nên thể chất đàm thấp có nguy cơ cao hơn bị béo phì, mắc các bệnh THA, ĐTĐ và cả HCCH 6. Thông qua các nghiên cứu phân tích về chức năng gen, nhận thấy rằng các gen có sự khác biệt rõ ràng giữa thể chất Đàm thấp và thể chất Trung tính, ở thể chất Đàm thấp các gen tăng hoạt con đường tổng hợp acid béo, tăng tạo máu, tăng đông và lại có nhóm các gen giảm hoạt động của các adipocytokine - một loại adiponectin, đường dẫn truyền tín hiệu insulin, có mối liên quan rõ ràng đến sự xuất hiện của HCCH 6.

Nghiên cứu của Huang đã đưa ra kết luận rằng thể chất Đàm thấp dễ dẫn đến tăng đường huyết, RLLP, thúc đẩy sự xuất hiện cũng như tiến triển của các bệnh liên quan đến chuyển hóa. Kèm theo cũng đã ghi nhận có sự kích hoạt các tế bào tiền viêm và cytokine nhiều hơn đáng kể các thể chất khác ở thể chất Đàm thấp. Do đó họ đề nghị có thể dùng kết quả nghiên cứu này để sàng lọc sớm ở những NB có nguy cơ cao bị HCCH 1.

**Mối liên quan giữa thể chất và các yếu tố chuyển hóa.** Theo kết quả của nghiên cứu này, sự tăng vòng bụng và tăng triglyceride có liên quan đến thể chất Đàm thấp trong đó nguy cơ của yếu tố tăng vòng bụng gấp 32,35 lần; và của tăng triglyceride là gấp 23,53 lần (so với

nhóm chứng Dương hư). Vậy mối liên quan của tăng vòng bụng cao hơn so với tăng triglyceride.

Trong nghiên cứu của Lin (2021), thống kê cho thấy những NB có từ 1 - 2 rối loạn chuyển hóa thì chỉ có 26,96% có tăng vòng bụng, trong khi nhóm có HCCH thật sự thì số lượng này chiếm đến 76,34%. Vậy rõ ràng sự xuất hiện của yếu tố tăng vòng bụng có liên quan rõ rệt đến diễn biến của HCCH 3. Nghiên cứu của Shen (2017) ghi nhận mối liên quan rõ ràng giữa chỉ số eo - hông, chỉ số mỡ và thể chất đàm thấp trên các NB nữ trưởng thành đã được chẩn đoán HCCH với OR lần lượt là 3,12 và 1,10 4. Điều này lại phù hợp với đặc điểm của mẫu nghiên cứu này là nữ chiếm ưu thế, với độ tuổi trung bình là  $60,51 \pm 12,7$ , chỉ số tăng vòng bụng lại chiếm tỷ lệ cao. Kết quả cũng ghi nhận tương tự ở nghiên cứu của Wang (2019): số đo vòng bụng và nồng độ triglyceride ở nữ cao hơn so với nam giới có ý nghĩa thống kê; qua đó gián tiếp gợi ý rằng tăng triglyceride và tăng vòng bụng có mối liên quan với thể chất Đàm thấp 7.

Theo Wang (2003) cho rằng THA phần lớn là do Can, Tỳ và Thận. Khi các tạng này suy giảm thì khí huyết cũng suy giảm theo, gây ra các triệu chứng như dễ bị mệt mỏi, nói giọng nhỏ, yếu và không có sức, hoa mắt, chóng mặt, dễ bị cảm lạnh, thích yên tĩnh và lười nói, hay bị hụt hơi khi nói - là những biểu hiện được dùng để khảo sát thể chất Khí hư 8.

Qua những ghi nhận trên đây, chú ý nhiều hơn đến nồng độ triglyceride huyết thanh nói riêng và quản lý mỡ máu nói chung ở những NB có HCCH có thể chất Đàm thấp là điều cần thiết. Tăng cường việc tập luyện, giảm và kiểm soát cân nặng, các chỉ số béo phì nhất là vòng bụng và BMI trên NB có thể chất Đàm thấp và cũng như kiểm soát huyết áp ở NB thể chất Khí hư nhằm tăng cường phòng ngừa, điều trị HCCH.

**Hạn chế.** Đầu tiên, thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, kết quả của nghiên cứu có thể gợi ý nhưng không thể chứng minh mối quan hệ nhân quả giữa thể chất và HCCH cũng như mối liên quan đến các yếu tố chuyển hóa cụ thể. Nghiên cứu được tiến hành tại các bệnh viện nội thành và đã áp dụng

phương pháp chọn mẫu thuận tiện nên kết quả chưa có tính khái quát đại diện cho quần thể NB có HCCH.

## V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân có HCCH tại bệnh viện YHCT TP.HCM và bệnh viện Thống Nhất, trong chín dạng thể chất YHCT, chiếm tỷ lệ cao nhất là thể chất đàm thấp. Nghiên cứu bước đầu ghi nhận mối liên quan giữa thể chất và các yếu tố chuyển hóa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang Y, Guo S, Yang J, et al.** An Objective Diagnosis Model with Integrated Metabolic and Immunity Parameters for Phlegm-Dampness Constitution. Evidence-based complementary and alternative medicine. 2022;2022:3353549.
2. **Jing HR, Wang J, Wang Q.** Preliminary compiling of English version of constitution in Chinese Medicine Questionnaire. Anhui Zhong Yi Yao Da Xue Xue Bao. 2015 Oct;34(5):21-25. Chinese.
3. **Lin TY, Chien KL, Chiu YH, et al.** Dynamics of detailed components of metabolic syndrome associated with the risk of cardiovascular disease and death. Scientific reports. 2021;11(1):3677.
4. **Shen K, Wang Q, Liang X, et al.** Analysis of influencing factors for predisposition to metabolic syndrome in adult women with phlegm-dampness constitution. Zhong Hua Zhong Yi Yao Za Zhi. 2017;32(03):989-992. Chinese.
5. **Son le NT, Kunii D, Hung NT, et al.** The metabolic syndrome: prevalence and risk factors in the urban population of Ho Chi Minh City. Diabetes research and clinical practice. 2005; 67(3):243-250.
6. **Wang J, Wang Q, Li L, et al.** Phlegm-dampness constitution: genomics, susceptibility, adjustment and treatment with traditional Chinese medicine. The American journal of Chinese medicine. 2013;41(2):253-262.
7. **Wang Q, Jiang CY, Gu Z, et al.** Analyze the Constitutions of Traditional Chinese Medicine in Those Older Subjects with Metabolic Syndrome in the Shanghai Community. Shi Jie Ke Xue Ji Shu – Zhong Yi Yao Xian Dai Hua. 2019;21(12):2909-2914. Chinese.
8. **Wang SY.** Treating Systolic Hypertension with Buzhong Yiqi Decoction. Beijing Zhong Yi. 2003(5):40-41. Chinese.

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM CƠ TIM CẤP CÓ HỖ TRỢ OXY HOÁ MÁU QUA MÀNG NGOÀI CƠ THỂ PHƯƠNG THỨC ĐỘNG – TĨNH MẠCH

Đặng Tường Vi<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Kha<sup>1,2</sup>, Hoàng Văn Sỹ<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm cơ tim cấp có đặc điểm lâm sàng rất đa dạng, từ không triệu chứng đến suy tim cấp tiến triển nhanh chóng, choáng tim gây đe dọa tính mạng. Oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể phương thức động – tĩnh mạch (VA ECMO) là phương pháp điều trị nền tảng ở những bệnh nhân choáng tim do viêm cơ tim cấp. Tuy nhiên, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm cơ tim cấp hiện nay đã có những thay đổi. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý viêm cơ tim cấp có hỗ trợ VA ECMO tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 2019 – 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ. Nghiên cứu gồm 92 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cơ tim cấp có hỗ trợ VA ECMO nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2019 – 31/03/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận được 92 trường hợp viêm cơ tim cấp có hỗ trợ VA ECMO với độ tuổi trung bình là

34,2 tuổi, nam giới chiếm 35,9%. Thời gian khởi phát bệnh có trung vị là 3 ngày (2 – 5,5), triệu chứng thường gặp nhất là khó thở chiếm 87%, tiếp theo là sốt 65,2% và đau ngực chiếm 59,8%. Có 9 bệnh nhân ngưng tim trước khi thực hiện ECMO (9,8%) và 4 trường hợp thực hiện ECMO trong điều kiện hồi sinh tim phổi (ECPR) (4,3%). Rối loạn nhịp thất gặp ở 23 trường hợp (25%) và 36 trường hợp block nhĩ thất độ 3 (39,1%). Ghi nhận tại 3 thời điểm: trước ECMO, sau ECMO 24 giờ và sau ECMO 48 giờ, giá trị huyết áp trung bình lần lượt là 68,2 mmHg, 75,3 mmHg và 76,7 mmHg,  $p < 0,001$ ; chỉ số thuốc trợ tim vận mạch (VIS) là 38,4, 18,9 và 14,8,  $p < 0,001$ ; nồng độ lactate máu là 4,8 mmol/L, 2,5 mmol/L và 2 mmol/L,  $p < 0,001$ . **Kết luận:** Viêm cơ tim cấp chủ yếu xảy ra ở những bệnh nhân trẻ với triệu chứng thường gặp nhất là sốt, khó thở và đau ngực. Viêm cơ tim cấp có thể diễn tiến nhanh với các biến chứng nặng xuất hiện sớm trong những ngày đầu của bệnh. VA ECMO hiệu quả trong hỗ trợ huyết động và tưới máu cơ quan. Thực hiện VA ECMO sớm có thể giúp giảm tỉ lệ ngưng tim trước ECMO, ECPR và giảm mức độ tổn thương cơ quan. **Từ khóa:** viêm cơ tim cấp, choáng tim, oxy hoá máu qua màng ngoài cơ thể

## SUMMARY

### CLINICAL FEATURES AND LABORATORY FOR ACUTE MYOCARDITIS SUPPORTED BY

<sup>1</sup>Đại học Y dược TP. HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biên khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023