

dung nạp tối đa 60g/kg chuột nhắt, là liều gấp 12,5 lần liều thường dùng trên người không gây độc tính cấp.

- Viên nang Dưỡng tâm đan sau 4 tuần dùng liên tục trên thỏ ở 2 mức liều: 0,28g/kg/ngày (liều tương đương với liều dùng trên người) và 0,84g/kg/ngày (gấp 3 lần liều dùng trên người) không ảnh hưởng tới thể trạng chung và chức năng hệ thống tạo máu của thỏ thực nghiệm cũng như tất cả các chỉ số theo dõi về chức năng gan (hoạt độ ALT, AST, nồng độ Bilirubin toàn phần, Protein toàn phần) và chức năng thận (Urea và Creatinin huyết thanh) đều nằm trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt rõ rệt so với lô chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Giang Khắc Minh, Bao Minh Huệ.** Giảm minh phương tế từ điển (Tái bản lần 2). NXB Khoa học kỹ thuật Thương Hải, 2002: 502 (tiếng Trung).
- Lưu Công Vọng.** Phương tế học. NXB Hoa Hạ, 2001: 356 (tiếng Trung).
- Bộ Y Tế.** Thông tư Hướng dẫn về thử thuốc trên lâm sàng (03/2012/TT-BYT). 2012.
- Đỗ Trung Đàm.** Phương pháp xác định độc tính cấp của thuốc. NXB Y học. 2006.
- OECD 423** (2001). OECD guideline for testing of chemicals - Acute oral toxicity - Acute toxic class method.
- World Health Organization.** Working group on the safety and efficacy of herbal medicine. Report of regional office for the western pacific of the World Health Organization. 2000.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM THIẾT CHẨN BẰNG MÁY ZMT-1A VÀ HỘI CHỨNG LÂM SÀNG Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI TẠI CÁC BỆNH VIỆN Ở BÌNH ĐỊNH

Hồ Thị Xuân Hồng¹, Nguyễn Ngô Lê Minh Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm thiết chẩn bằng máy trên người bệnh nhồi máu não giai đoạn hồi phục tại một số bệnh viện ở Bình Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có phân tích. Thu thập 205 mẫu lưỡi của người bệnh nhồi máu não giai đoạn phục hồi tại bệnh viện Y học cổ truyền và phục hồi chức năng, bệnh viện Chấn thương và chỉnh hình Quy Nhơn và bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định, 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 phân bố hội chứng lâm sàng y học cổ truyền giai đoạn nhồi máu não giai đoạn hồi phục với Can thận âm hư (28,78%), đàm thấp (24,88%), Can dương vượng (23,41%), Khí hư huyết ứ (22,44%) và Thận dương hư (0,49%). Đặc điểm thiết chẩn, phổ biến là lưỡi ám tím (60,69%), lưỡi không/ít rêu (65,37%) và lưỡi ướt nhớt (83,41%). Đa số lưỡi gầy (43,41%), lưỡi có đường nứt (98,61%), lưỡi có gai xuất hiện 55,61%. **Kết luận:** Đặc điểm thiết chẩn chủ yếu chất lưỡi ám tím, có đường nứt, rêu lưỡi ít hoặc không rêu, chất lưỡi ướt nhớt. Hội chứng lâm sàng YHCT nhồi máu não giai đoạn phục hồi nhiều nhất là can thận âm hư phù hợp với đặc điểm tuổi trung bình của quần thể ≥ 60 tuổi. Mặc dù tỷ lệ hội chứng lâm sàng YHCT sau nhồi máu não thể Khí hư huyết ứ không chiếm ưu thế cao nhất nhưng đặc

điểm màu lưỡi ám tím (tím đậm) chiếm 60,69%, bên cạnh còn có tím nhạt (9,27%), hồng ánh tím (4,39%) cho thấy tình trạng huyết ứ trở trệ trong tạng phủ, kinh lạc theo mức độ từ nặng đến nhẹ phù thuộc sắc tím đậm nhạt. Điều này phù hợp với pháp trị "bổ khí hoạt huyết" được áp dụng cho người bệnh nhồi máu não giai đoạn phục hồi.

Từ khóa: thiết chẩn, nhồi máu não, ATDS.

SUMMARY

THE INVESTIGATION OF TRADITIONAL MEDICINE TONGUE FEATURES ON POST-ISCHAEMIC STROKE PATIENTS IN BINH DINH PROVINCE

Objectives: This study aimed to explore traditional medicine (TM) tongue features in post-ischaemic stroke patients in Binh Dinh province. **Methods:** In a descriptive cross-sectional study from November 2022 to May 2023, the study collected 205 tongue samples of post-ischaemic stroke patients in Binh Dinh Hospitals province and then analysed tongue characteristics: tongue colour, tongue coating colour, tongue body shape feature, and tongue coating proper feature through the automatic tongue diagnosis system (ATDS). **Results:** The distribution rate of traditional medicine clinical syndrome in the stage of post-ischaemic stroke in the recovery stage with kidney yin deficiency (28.78%), low phlegm (24.88%), liver yang prosperity (23.41%), qi deficiency, blood stasis (22.44%), and kidney yang deficiency (0.49%). The most common characteristic features are the dark purple tongue (60.69%), no or less coating (65.37%), and wet viscous tongues (83.41%) a wet, slimy tongue (83.41%). The majority of tongues are thin (43.41%), tongues have fissures

¹Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngô Lê Minh Anh

Email: drminhanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biên khoa học: 19.01.2024

Ngày duyệt bài: 5.2.2024

(98.61%), and tongues with spines appear in 55.61%. **Conclusion:** Tongue features are mainly dark purple, with fissures, little or no coating, and wet viscous tongues. The most common clinical syndrome of post-ischaemic stroke in the recovery phase is liver and kidney yin deficiency, consistent with the average age characteristics of the population ≥ 60 years old. Although the rate of the clinical syndrome of traditional medicine after cerebral infarction in the form of blood stasis is not the highest, the characteristic purple tongue color (dark purple) accounts for 60.69%. In addition to light purple (9, 27%), purple-pink (4.39%) shows blood stagnation in the viscera and meridians ranging from severe to light purple color. This is consistent with the method of tonic qi and active blood applied to patients with post-ischaemic stroke in the recovery phase. **Keywords:** TM tongue features, post Ischaemic stroke, ATDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ (ĐQN) là nguyên nhân đứng thứ hai gây tử vong trên thế giới, tại Hoa Kỳ cứ mỗi 53 giây có một người bị đột quỵ và cứ 4 phút có một người tử vong do đột quỵ. Đột quỵ ngày càng gia tăng ở các nước đang phát triển, gây ra những hậu quả nặng nề. Trong đó nhồi máu não (NMN) chiếm tỉ lệ đa số với khoảng 87% các dạng đột quỵ[6]

Y học cổ truyền (YHCT) có nhiều phương pháp điều trị, phục hồi chức năng và cải thiện chất lượng cuộc sống người bệnh ĐQN đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu (NC) Thiết chẩn là một phần quan trọng của Vòng chẩn của YHCT. Để mô tả, phân tích hình ảnh lưỡi trở trên chi tiết, khách quan, định lượng, từng bước lưu trữ bảo tồn kinh nghiệm thiết chẩn quý giá, nhiều nhà nghiên cứu đã ứng dụng công nghệ y tế thông minh xây dựng mô hình thiết chẩn tự động (ATDS) giúp cho quá trình thăm khám lâm sàng, chẩn đoán, điều trị YHCT trở nên đặc hiệu cho từng cá thể.

Bình Định là một tỉnh nằm ở vùng duyên hải Nam Trung bộ. Năm 2018, có gần 17.000 người đến khám điều trị tại các cơ sở y tế vì ĐQN - nguyên nhân đứng thứ 6 gây tử vong ở người lớn [5]. Điều đó thể hiện ĐQN và các di chứng sau đó là một vấn đề sức khỏe đáng được quan tâm tại Bình Định.

Nhận thấy tầm quan trọng của các vấn đề trên, chúng tôi tiến hành khám, thu thập, phân loại hội chứng lâm sàng YHCT đột quỵ, thu thập hình ảnh lưỡi người bệnh (NB) Nhồi máu não giai đoạn phục hồi tại điều trị nội trú tại Bình Định và sử dụng 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.HCM: "Đặc điểm thiết chẩn bằng máy tự động hóa

(ATDS) của của hội chứng lâm sàng YHCT bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn phục hồi là gì?"

Mục tiêu tổng quát. Xác định đặc điểm thiết chẩn bằng máy ZMT-1A và hội chứng lâm sàng y học cổ truyền nhồi máu não giai đoạn phục hồi.

Mục tiêu cụ thể

1. Xác định tỉ lệ hội chứng lâm sàng YHCT người bệnh nhồi máu não giai đoạn phục hồi tại các bệnh viện ở Bình Định.

2. Xác định tỉ lệ đặc điểm màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi qua Thiết chẩn bằng máy ZTM- 1A trên người bệnh đột quỵ nhồi máu não giai đoạn phục hồi tại tỉnh Bình Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu: NB Nhồi máu não giai đoạn phục hồi đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, Bệnh viện y học cổ truyền và phục hồi chức năng, Bệnh viện chỉnh hình và phục hồi chức năng Quy Nhơn.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2022 đến tháng 05/2023

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Người bệnh (NB) đủ 18 tuổi trở lên. NB đồng ý tham gia NC; (2)NB liệt nửa người một bên hoặc hai bên, được Bác sĩ chẩn đoán Nhồi máu não; (3) NB tỉnh táo, tiếp xúc nhanh và trả lời được 2 câu hỏi định hướng tuổi và tháng hiện tại; (4) NB tiền sử NMN từ lúc chẩn đoán NMN lần sau cùng đến lúc tham gia nghiên cứu tối thiểu sau 24 giờ và tối đa ≤ 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) NB đột quỵ não thể xuất huyết; (2) NB mắc các bệnh cấp tính cần xử lý tích cực bằng YHHĐ hoặc đang trong đợt cấp của bệnh mạn tính; (3) NB có rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác, rối loạn tâm thần hoặc sa sút trí tuệ hạn chế giao tiếp hoặc hợp tác với thầy thuốc; (4) NB từ chối cung cấp hình ảnh lưỡi hoặc hình ảnh lưỡi không đạt tiêu chuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng công thức Cochran (1977):

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

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 = 50% .

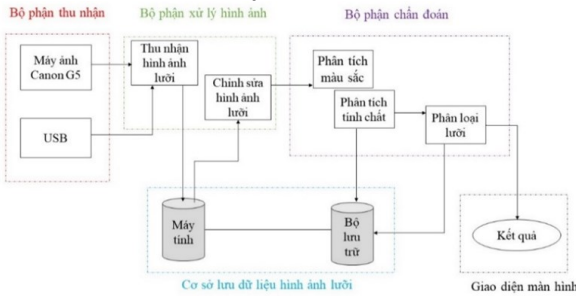
d: khoảng sai lệch, d = 0,07

Do chưa có nghiên cứu nào tương tự về thiết chẩn bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn hồi phục trước đó, lấy P=0,5, chọn d=0.07. Vậy cần NC trên tối thiểu 196 người bệnh.

Biến số nghiên cứu: Biến số độc lập gồm: tuổi, giới tính, BMI, thời gian bệnh, bệnh kèm tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, chỉ số Bathel, hội chứng lâm sàng YHCT nhồi máu não giai đoạn hồi phục

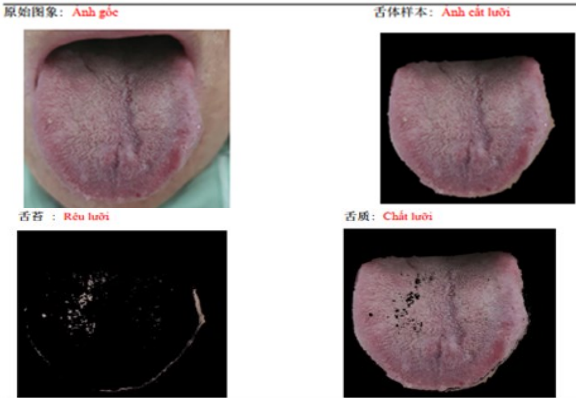
Biến số phụ thuộc gồm: các đặc điểm thiết chẩn được thu thập từ máy ZMT-1A gồm 4 loại đặc điểm thiết chẩn: màu sắc chất lưỡi, tính chất chất lưỡi, màu sắc rêu lưỡi, tính chất rêu lưỡi.

NC 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, được đặt tại lầu 12A Khoa Y Học Cổ Truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh dưới sự quản lý của bộ môn Y Học Cổ Truyền Cơ Sở.



Hình 1. Nguyên lý hoạt động của máy ZMT-1A
PHIẾU BÁO CÁO KHÁM LƯỖI Y HỌC CỔ TRUYỀN

病历号: Số hồ sơ bệnh án 50 日期: Ngày khám
 姓名: Họ tên:HDT 性别: Giới tính 国籍/民族: Quốc tịch
 年龄: Năm sinh 身高(CM): Chiều cao 体重(Kg): cân nặng
 联系电话: Điện thoại 地址: Địa chỉ



颜色识别: Phân biệt màu sắc

舌色	无(少)苔	舌根	舌中	舌尖	舌左侧	舌根
Rêu lưỡi	Không (ít) rêu	无(少)苔	无(少)苔	无(少)苔	无(少)苔	白苔
		Không (ít) rêu	Không (ít) rêu	Không (ít) rêu	Không (ít) rêu	Rêu trắng
		Góc lưỡi	Giữa lưỡi	Đầu lưỡi	Rìa lưỡi	Góc lưỡi
舌色	紫暗	舌根	舌中	舌尖	舌左侧	舌根
Màu lưỡi	Àm tím (tím đậm)	紫暗 (âm tím)	紫暗 (âm tím)	紫暗 (âm tím)	紫暗 (âm tím)	紫暗 (âm tím)

舌质判读: phân tích chất lưỡi

厚薄 Day mỏng	少苔/无苔 (ít hoặc không rêu)	0.0	ít rêu/ không rêu	Rêu mỏng	Rêu dày
			0~110	110~300	300~800
润燥 Nhiêm táo	润 (ướt)	134.0	Táo (khô)	Nhuận ít	Ướt
			0~50	50~100	100~10000
腐腻 Cầu bần	正常 Bình thường	7.7	Bình thường	Bản nhớt	Mực nát
			0~16	16~50	>50
剥苔 Bong tróc	无剥苔 Không bong tróc	9.0	Không bong tróc	Có bong tróc	
			0~32	>32	
舌形判读: Hình dạng lưỡi					
老嫩 Non già	正常 Bình thường	7.7	Lưỡi non	Bình thường	Lưỡi già
			0~1	1~56	>56
胖瘦 To gầy	正常 Bình thường	1.0	Gầy	Bình thường	To
			0~1	1~3	>3
齿痕 Đầu ăn răng	无齿痕 Không ăn răng	0.0	Không ăn răng	Có ăn răng	
			0~100	>100	
点刺 Lưỡi có gai	有点刺 Có gai lưỡi	73.0	Không gai	Có gai	
			0~15	>15	
裂纹 Đường nứt	有裂纹 có đường nứt	2000.0	Không đường nứt	Có đường nứt	
			0~1500	>1500	
瘀斑 Chấm ở huyết	无瘀斑 Không chấm ở huyết	64.0	Không ở huyết	Có chấm ở huyết	
			0~80	>80	
备注: Nhận xét					
结论: 10 舌质紫暗或有瘀斑 兼见点刺剥苔见裂纹 Kết luận: Chất lưỡi tím đậm hoặc có điểm ở huyết kèm ít gai lưỡi, và đường nứt lưỡi					

Hình 2. Kết quả Phân tích 1 hình ảnh lưỡi bệnh nhân trên máy ZMT-1A

2.3. Phương pháp thống kê - xử lý số liệu: Nhập và quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel, phân tích bằng phần mềm SPSS 14.0 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.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: 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 952/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 28/01/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 11: Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (n=205)

Đặc điểm	Phân loại	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	110	53,66%
	Nữ	95	46,34%
Tuổi trung bình 63,18 ±11,5			
Nhóm tuổi	<60	79	38,54%
	≥ 60	126	61,46%
BMI trung bình 22,5 ±2,4			
BMI	Gầy	23	11,22%
	Trung bình	101	49,27%
	Tiền béo phì	27	13,17%
	Béo phì độ I	51	24,88%
	Béo phì độ II	3	1,46%
Thời gian bị bệnh trung bình 2,4 ± 1,65			

Thời gian bị bệnh	≤ 1 tháng	88	0,4293
	1 đến 3 tháng	69	0,3366
	4 đến 6 tháng	48	0,2341
Bệnh kèm	Tăng huyết áp	195	0,9512
	Đái tháo đường	36	0,1756
	Rối loạn lipid máu	28	0,1366
Chỉ số Bathel trung bình: 61,34±21,31			
Chỉ số Bathel (BI)	Phụ thuộc	89	0,4341
	Độc lập một phần	97	0,4732
	Độc lập hoàn toàn	19	0,0927

Kết quả, giới tính nữ 46,34% cao hơn nam 53,66%. Tuổi trung bình là 63,18 ±11,5 tuổi. Chỉ số BMI trung bình là 22,56 +/-3,4 kg/m². Số tháng trung bình NMN là 2,4 tháng. Tỷ lệ bệnh tăng huyết áp chiếm 95,12%. Về chỉ số Bathel, tỷ lệ người bệnh độc lập một phần chiếm ưu thế với 47,32%.

3.2. Tỷ lệ phân bố hội chứng lâm sàng y học cổ truyền nhồi máu não giai đoạn phục hồi.

Bảng 12. Tỷ lệ % hội chứng lâm sàng YHCT nhồi máu não giai đoạn hồi phục

STT	Hội chứng lâm sàng YHCT NMN	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
1	Khí hư huyết ứ	46	22,44
2	Can thận âm hư	59	28,78
3	Đàm thấp	51	24,88
4	Thận dương hư	1	0,49
5	Can dương vượng	48	23,41

Hội chứng lâm sàng YHCT Can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất 28,78%, thấp nhất là Thận dương hư 0,49%.

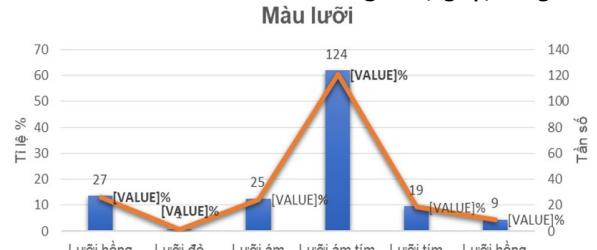
3.3. Đặc điểm thiết chẩn

Bảng 13. Tần số, tỷ lệ đặc điểm thiết chẩn của mẫu nghiên cứu (n=205)

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %	
Màu sắc chất lưỡi	Lưỡi hồng nhạt	27	13,17%	
	Lưỡi đỏ thẫm	1	0,49%	
	Lưỡi âm hồng	25	12,20%	
	Lưỡi âm tím (tím đậm)	124	60,49%	
	Lưỡi tím nhạt	19	9,27%	
	Lưỡi hồng ánh tím	9	4,39%	
	Lưỡi hồng	0	0%	
Tính chất chất lưỡi	Chấm ứ huyết	20	9,76%	
	Hình thái lưỡi gầy	89	43,41%	
	Dấu ấn răng	25	12,20%	
	Đường nứt	196	95,61%	
	Gai lưỡi	114	55,61%	
	Màu sắc rêu lưỡi	Trắng	61	29,76%
		Vàng	6	2,93%
Trắng vàng		2	0,98%	
Đen xám		2	0,98%	

Tính chất rêu lưỡi	Không/Ít rêu		134	65,37%
	Độ dày/mỏng rêu	Rêu dày	13	6,34%
		Rêu mỏng	147	71,71%
		Không/Ít rêu	45	21,95%
	Độ nhuận/táo	Ướt	171	83,41%
		Nhuận	2	0,98%
		Khô	32	15,61%
	Rêu cầu bản		1	0,49%
	Rêu bong tróc		3	1,46%

Về đặc điểm lưỡi, cao nhất là lưỡi âm tím (60,49%), ít nhất là lưỡi đỏ thẫm chỉ 0.49%. Hầu hết màu rêu ít hoặc không rêu, rêu mỏng, ướt nhớt. Chất lưỡi đa số có đường nứt, gầy, có gai.



Biểu đồ 1. Phân bố màu sắc chất lưỡi

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số khảo sát. Kết quả NC chúng tôi có tỷ lệ giới tính nam cao hơn nữ, khá phù hợp với đa số NC trong nước như của Lê Ngọc Bảo (2021) [3] và NC nước ngoài như của Yao Zhonghua (2020) [7]. Y văn cũng đã ghi nhận giới tính nam là một trong những yếu tố nguy cơ không thay đổi được của đột quỵ.

NC có tuổi trung bình là 63,1 ± 11, có sự tương đồng so với Hà Quang Bình(2021) [1] về NMN. Tỷ lệ nhóm tuổi ≥60 tuổi ưu thế, vì đây là nhóm tuổi có nhiều bệnh lý mạn tính kèm theo như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường tuýp II, làm tăng yếu tố nguy cơ mắc nhồi máu não. Theo NC Nguyễn Tiến Đoàn (2018) [4] có mối liên quan có giá trị thống kê giữa nhóm tuổi người bệnh khi vào viện do nhồi máu não và tiến triển bệnh.

Tỷ lệ BMI thừa cân béo phì trong NC tổng cộng chiếm 40%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Sara Hagg (2015) về mối liên quan nhân quả giữa BMI và bệnh lý đột quỵ NMN. Tỷ lệ thời gian sau NMN trong NC này cao nhất là 1 tháng chiếm 42,93%, có sự khác biệt so NC Lê Ngọc Bảo (2021) [3] có thời gian NMN ≤1 tháng chiếm 33,33%.

Hầu hết người bệnh NMN có tăng HA (95,12%), phù hợp với NC Hà Quang Bình [1] (98,7%). Tỷ lệ NB có bệnh ĐTĐII và rối loạn lipid máu thấp hơn so nghiên cứu của Hà Quang Bình [1].

Quần thể có mức độ phụ thuộc 43,41%, độc lập một phần là 47,32% và độc lập hoàn toàn là 9,27%, khá tương đồng với NC Lê Ngọc Bảo [3] vì cùng quần thể địa lý và cùng giai đoạn tiến triển bệnh trong nghiên cứu.

4.2. Đặc điểm phân bố hội chứng lâm sàng YHCT nhồi máu não giai đoạn hồi phục. Với kết quả, tỉ lệ hội chứng lâm sàng YHCT NMN giai đoạn hồi phục cao nhất là Can thận âm hư và thấp nhất là Thận dương hư, tương đồng NC Lê Ngọc Bảo (2021)[3]. Điều này phù hợp với tỉ lệ người cao tuổi trong dân số khảo sát. Bên cạnh đó, tỉ lệ hội chứng lâm sàng YHCT NMN Đàm thấp, Khí hư huyết ứ và Can dương vượng gần tương đương nhau cho thấy tình trạng Huyết ứ sau nhồi máu não, Đàm thấp trở trệ, Can dương vượng, Can phong nội động là một trong biểu hiện phổ biến người bệnh sau nhồi máu não. Tuy nhiên, có sự khác biệt so với NC của Yao Zhonghua [7], trong dân số NC của tác giả thì giai đoạn cấp và giai đoạn hồi phục của nhồi máu não tỉ lệ cao nhất là hội chứng lâm sàng YHCT Phong đàm.

4.3. Đặc điểm thiết chẩn. Kết quả NC cho thấy màu sắc lưỡi chiếm đa số là lưỡi ám tím (tím đậm). Theo y văn, lưỡi ám tím biểu hiện tình trạng huyết ứ trong cơ thể [2]. Đặc điểm lưỡi hồng ám tím xuất hiện trong NC này cho thấy tình trạng Khí hư huyết ứ nhẹ của bệnh nhân trong giai đoạn hồi phục. Kết quả tương đồng NC của Zhou Peipei [8] và cộng sự (2018) đã kết luận trong giai đoạn cấp tính (dưới 1 tuần) chủ yếu màu sắc lưỡi bầm tím hoặc đỏ thẫm. Tác giả giải thích cơ chế bệnh sinh là phần lớn tà khí đã đi, nhưng vẫn còn mầm bệnh lưu lại, tiêu hao chính khí, thiếu âm khí, khí trệ huyết ứ nên sắc tím hoặc đỏ.

Lưỡi không rêu và ít rêu chiếm ưu thế là dấu chứng của Thận âm hư hoặc Vị âm hư hoặc cả hai[2] và Thận âm hư được cho là phù hợp tỉ lệ hội chứng lâm sàng Can thận âm hư cao nhất trong quần thể. Lưỡi có vết nứt chiếm hầu hết, phù hợp trình trạng âm hư của quần thể NC[2]. Khi bệnh tình chuyển biến tốt thì vết nứt lưỡi dần dần hết. Điều này, phù hợp NC tác giả Zhou Peipei [8] đã kết luận đặc điểm lưỡi của người bệnh đột quỵ trong giai đoạn cấp tính thường có vết nứt, cơ chế bệnh sinh là tà khí suy giảm dần, biểu hiện sự thiếu hụt chính khí.

Lưỡi mà có gai tức là huyết phân nhiệt cực kết hợp lưỡi có đường nứt lưỡi, lưỡi gầy hướng đến nguyên nhân âm hư nội nhiệt, âm huyết khuy hư, phù hợp với HCLS hậu trúng phong có biểu hiện Can thận âm hư, Khí hư huyết ứ. Lưỡi

có ấn răng phù hợp với HCLS Khí hư hoặc Đàm thấp trong NC.

Lưỡi ướt chiếm tỉ lệ rất cao (83,41%) lưỡi ướt chứng tỏ tình trạng Khí hư đàm thấp trở trệ sau trúng phong của dân số NC. Đàm ẩm hiệp khí hư, huyết trệ làm cho tình trạng người bệnh hậu trúng phong khí huyết càng không lưu thông, khí không động, huyết không đi, bên liệt không nuôi dưỡng.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng lâm sàng YHCT NMN giai đoạn này phổ biến nhất là can thận âm hư (28,78%).

Đặc điểm thiết chẩn trong quần thể ưu thế là màu lưỡi tím đậm chiếm 60,69%, rêu lưỡi ít hoặc không rêu, rêu mỏng, lưỡi ướt nhớt. Đa số lưỡi gầy (43,41%), lưỡi có đường nứt (98,61%), lưỡi có gai xuất hiện 55,61%.

Mặc dù tỉ lệ hội chứng lâm sàng YHCT sau nhồi máu não thể khí hư huyết ứ (22,44%) không chiếm ưu thế cao nhất nhưng đặc điểm màu lưỡi ám tím (tím đậm) chiếm 60,69%, bên cạnh còn có tím nhạt (9,27%), hồng ánh tím (4,39%) cho thấy tình trạng huyết ứ trở trệ trong tạng phủ, kinh lạc theo mức độ từ nặng đến nhẹ phụ thuộc sắc tím đậm nhạt. Điều này phù hợp với pháp trị "bổ khí hoạt huyết" được áp dụng cho người bệnh nhồi máu não giai đoạn phục hồi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hà Quang Bình**, Dương Phúc Lâm. Nghiên cứu tình hình đột quỵ não, yếu tố liên quan và đánh giá kết quả can thiệp quản lý điều trị ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tại bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng trong năm 2020 - 2021. Tạp chí Y dược học Cần Thơ.
- Huỳnh Nguyễn Lộc**. Thiết chẩn và ứng dụng lâm sàng. Chương 3. Hình dạng bất thường của lưỡi theo hình thái chất lưỡi. Nhà xuất bản Y học; 2022:28-65.
- Lê Ngọc Bảo**. Khảo sát các bệnh cảnh lâm sàng Y học cổ truyền trên bệnh nhân đột quỵ não giai đoạn phục hồi điều trị nội trú tại các Bệnh viện ở Bình Định. Luận văn Thạc Sĩ. Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh; 2021.
- Nguyễn Tiên Đoàn**. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và tiên lượng ở người bệnh cao tuổi bị đột quỵ thiếu máu cục bộ não tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. Luận án Tiến Sĩ. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108; 2018.
- Sở Y tế Bình Định**. Tình hình bệnh tật và tử vong tại bệnh viện theo ICD 10. Báo cáo thống kê 2018 Công văn số 1130/SYT-NVD ngày 25/4/2019 của Sở Y tế Bình Định. 2019.
- Habibi-Koolae M, Shahmoradi L, Niakan Kalhori SR, Ghannadan H, Younesi E**. Prevalence of Stroke Risk Factors and Their Distribution Based on Stroke Subtypes in Gorgan: A Retrospective Hospital-Based Study-2015-2016.

- Neurol Res Int. 2018;2018:2709654. doi:10.1155/2018/2709654.
7. 姚 中 华, (Yao Zhonghua). 脑梗死中医证型分布规律与舌象 客观化研究. Master thesis. Human university of chinese medicine; 2020.
8. Zhou Peipei, Ji Xuequn, và cộng sự. Bàn luận sự thay đổi hình ảnh lưới và các giai đoạn khác nhau của đột quy. Y học cổ truyền Quảng Tây. 2018:58-60.
9. Đoàn Hữu Nhân. Khảo sát tỷ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân sau đột quy điều trị tại bệnh viện Nguyễn tri phương. Luận văn Thạc sĩ. Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh; 2019.

TỶ LỆ CẬN THỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỶ LỆ CẬN THỊ Ở HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI THÀNH PHỐ VINH TỈNH NGHỆ AN

Trần Tất Thắng¹, Nguyễn Sa Huỳnh¹, Nguyễn Thị Thủy Quỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ cận thị và đánh giá một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ cận thị ở học sinh tiểu học tại thành phố Vinh tỉnh Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 3161 học sinh tiểu học (độ tuổi từ 6-10) tại các trường tiểu học Tp Vinh - Nghệ An từ tháng 8/2022 đến hết tháng 5/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ cận thị chung ở học sinh tiểu học là 31,3%. Độ cận nhẹ ($\geq -3,0D$) chiếm 61.2% và cận thị 2 mắt chiếm 91.0%; Có 23.7% học sinh bị cận thị chưa đeo kính và 27.2% học sinh đeo kính sai độ ở một hoặc 2 bên mắt. Tỷ lệ cận thị thấp nhất ở học sinh lớp 1 (6 tuổi) là 22.7% và tăng dần ở các lớp cao hơn, cao nhất ở học sinh lớp 5 (10 tuổi) là 37.3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ cận thị với yếu tố gia đình; học sinh có cha mẹ cùng cận thị có tỷ lệ cận thị cao nhất (39,7%); học sinh có anh chị em ruột bị cận thị có tỷ lệ cận thị cao hơn học sinh còn lại. Tỷ lệ cận thị thấp nhất ở nhóm hoạt động nhìn gần dưới 2 giờ và tăng dần theo thời gian nhìn gần, cao nhất ở nhóm có thời gian nhìn gần trên 6 giờ. Chưa có mối liên quan giữa tỷ lệ cận thị với giới tính, dân tộc và thời gian hoạt động ngoài trời của học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi.

Từ khóa: Cận thị, tỷ lệ cận thị, học sinh tiểu học.

SUMMARY

THE RATE OF MYOPIA AND SOME FACTORS RELATED TO THE RATE OF MYOPIA IN ELEMENTARY SCHOOL STUDENTS AT VINH CITY, NGHE AN PROVINCE

Objectives: Determine the rate of myopia and evaluate some factors related to the rate of myopia in elementary school students in Vinh city, Nghe An province. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, on 3161 elementary school students (aged 6-10) at primary schools in Vinh City - Nghe An from August 2022 to the end of May 2023. **Results:**

The rate of myopia in elementary school students is 31.3%. Mild myopia ($\geq -3.0D$) accounts for 61.2% and bilateral myopia accounts for 91.0%; There are 23.7% of myopia elementary school students who do not wear glasses and 27.2% of students wear glasses with the wrong degree in one or both eyes. The lowest myopia rate in grade 1 students (6 years old) is 22.7% and gradually increases in higher grades, the highest in grade 5 students (10 years old) is 37.3%, the difference is statistically significant. There is a statistically significant relationship between the rate of myopia and family factors; Students whose parents are both myopic have the highest rate of myopia (39.7 %); Students whose siblings are myopia have a higher rate of myopia than other students. The myopia rate was lowest in the group with near vision for less than 2 hours and gradually increased with near vision time, highest in the group with near vision time of over 6 hours. There is no relationship between the rate of myopia with gender, ethnicity and outdoor activity time of students in our study. **Keywords:** Myopia, the rate of myopia, elementary school students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại khu vực Châu Á, tỷ lệ mắc tật cận thị học đường đã và đang có xu hướng tăng lên nhanh chóng theo từng năm trong đó Đông nam Á có tỷ lệ mắc cận thị cao nhất trong khu vực. Cận thị đang là mối quan tâm đặc biệt vì những tác động của nó tới sức khỏe cộng đồng vì không chỉ gây khó khăn cho việc học tập và sinh hoạt của học sinh mà khi mắc tật khúc xạ nặng sẽ có nguy cơ mắc nhiều biến chứng có thể gây mù lòa cho học sinh. Ngoài ra, chi phí liên quan đến điều trị cận thị cũng là một gánh nặng cho gia đình và xã hội [1].

Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ cận thị cao. Đặc biệt là cận thị học đường ngày càng xuất hiện nhiều và tiến triển trong các lứa tuổi học sinh giới. Nghiên cứu thực trạng cận thị của học sinh tại một số tỉnh ở Việt Nam năm của nhiều tác giả cho thấy tỷ lệ cận thị ở học sinh tiểu học là 17% đến 43% và tăng dần theo bậc học, ở thành phố cao hơn so với nông thôn, ở nữ nhiều hơn ở nam giới [2] [3].

¹Bệnh viện Mắt Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng

Email: thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biên khoa học: 23.01.2024

Ngày duyệt bài: 7.2.2024