

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ ABI VÀ CÁC DẠNG THỂ CHẤT Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH

Vũ Thị Đào*, Lê Thị Lan Hương¹, Phạm Huy Kiến Tài¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát bất thường chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay (ABI), và mối liên quan với chín dạng thể chất y học cổ truyền (YHCT) trên nhóm người bệnh có yếu tố nguy cơ tim mạch.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 151 người bệnh ≥ 40 tuổi có ít nhất một yếu tố nguy cơ tim mạch tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM – Cơ sở 3 sử dụng bộ câu hỏi Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ).

Kết quả: Tỷ lệ $ABI \geq 1,0$ (76,2%) trong đó $ABI > 1,3$ (0%); $ABI < 1,0$ (23,8%) trong đó $0,9 \leq ABI < 0,99$ (20,5%), $ABI < 0,9$ (3,3%). Tỷ lệ chín dạng thể chất YHCT: dương hư (6%), âm hư (2,6%), khí hư (18,5%), đàm thấp (4%), thấp nhiệt (2%), huyết ứ (5,3%), đặc biệt (6,6%), khí trệ (9,3%), trung tính (45,7%). Thể dương hư, thấp nhiệt và đặc biệt liên quan tăng huyết áp; thể trung tính liên quan rối loạn lipid máu; thể khí hư liên quan thừa cân – béo phì. Không có mối liên quan giữa thể chất YHCT và chỉ số ABI.

Từ khóa: ABI, yếu tố nguy cơ tim mạch, thể chất Y học Cổ truyền, CCMQ

ANKLE BRACHIAL INDEX AND TRADITIONAL MEDICINE CONSTITUTION TYPES IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR RISK FACTOR

ABSTRACT

Objectives: To examine ankle brachial index (ABI) abnormalities, and its association with the traditional medicine (TC) constitution types in patients with cardiovascular risk factor.

Methods: A cross – sectional study of 151 patients aged 40 years and over with at least one cardiovascular risk factor at the University of Medical Center Ho Chi Minh City (HCMC) – Branch no.3. The Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ) was used.

1. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

*Tác giả liên lạc: Vũ Thị Đào

Email: vtdao164016@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24/04/2023

Ngày phản biện: 25/05/2023

Ngày duyệt bài: 01/06/2023

Results: The prevalences of ABI index: $ABI \geq 1.0$ (76,2%) ($ABI > 1,3 = 0\%$); $ABI < 1,0$ (23,8%) ($0,9 \leq ABI < 0,99$ (20,5%), $ABI < 0,9$ (3,3%)). The prevalences of nine traditional medicine constitutions: Yang - deficiency (6%), Yin - deficiency (2,6%), Qi - deficiency (18,5%), Phlegm - dampness (4%), Dampness - heat (2%), Blood - stasis (5,3%), Inherited - special (6,6%), Qi - depression (9,3%), and Neutral (45,7%). Yang - deficiency, Phlegm - dampness and Inherited - special were associated with hypertension; Neutral was associated with dyslipidemia and Qi - deficiency was associated with overweight-obesity. No relationship between ABI index and traditional medicine constitution types.

Key words: ABI, cardiovascular risk factor, traditional medicine constitutions, CCMQ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch là bệnh do các rối loạn của tim và mạch máu. Bệnh lý tim mạch có thể chia thành hai nhóm chính: nhóm bệnh tim mạch do xơ vữa mạch máu và nhóm bệnh tim mạch không do xơ vữa. Trong đó, bệnh tim mạch liên quan đến xơ vữa động mạch hiện đang trở thành nhóm bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất, thường gặp nhất trong cộng đồng và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2016, trong tổng số 57 triệu ca tử vong trên toàn thế giới, ước tính có 41 triệu ca tử vong do bệnh không lây nhiễm (chiếm 71%), trong đó nguyên nhân hàng đầu là bệnh tim mạch (17,9 triệu) chiếm 44% tử vong do bệnh không lây nhiễm và 31% tử vong chung [1]. Tuy nhiên, theo Ủy ban Bệnh tật của Hoa Kỳ, 80% các biến cố tim mạch có thể phòng ngừa được nếu chúng ta tầm soát sớm, kiểm soát tốt yếu tố nguy cơ, và đến cơ sở y tế phù hợp đúng thời điểm. Do đó việc phát hiện sớm cũng như có các biện pháp dự phòng các yếu tố nguy cơ tim mạch góp phần quan trọng trong giảm thiểu các gánh nặng do bệnh tim mạch gây ra. Và theo ESC 2016, bên cạnh các cận lâm sàng như chụp động mạch cảnh, siêu âm động mạch cảnh, chụp cắt lớp vi tính đa dãy động mạch vành... thì đo ABI có thể được xem xét là yếu tố nguy cơ bổ sung trong đánh giá nguy cơ tim mạch [1]. Có một

mối quan hệ nghịch đảo giữa giá trị của ABI với các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh tim mạch trên cận lâm sàng và lâm sàng ở người lớn tuổi. ABI càng thấp, nguy cơ bệnh tim mạch càng tăng; tuy nhiên, ngay cả những người có mức giảm ABI khiêm tốn, không có triệu chứng (0,8 – 1,0) dường như cũng có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn [2].

Dưới góc nhìn của Y học cổ truyền (YHCT) thì mỗi cá nhân với các đặc điểm sinh lý khác nhau sẽ có một dạng thể chất khác nhau. Nếu một loại bệnh giống như một cái cây thì thể chất cơ thể giống như đất và các loại thể chất khác nhau sẽ nhạy cảm với các bệnh khác nhau [3]. Do đó việc xác định các dạng thể chất YHCT chủ yếu trên các người bệnh có yếu tố nguy cơ tim mạch được mong đợi sẽ có ý nghĩa đáng kể trong việc phòng ngừa và phát hiện bệnh từ sớm. Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới đã tìm được mối liên quan giữa các dạng thể chất YHCT trong một số bệnh lý mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, thừa cân – béo phì, bệnh tim mạch thông qua việc sử dụng bảng Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ), bảng câu hỏi có độ tin cậy và tính giá trị cao, đã được công nhận và áp dụng phổ biến trong thực tế để phân loại thể YHCT [4,5,6]. Chính những lý do trên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu (1) xác định tỷ lệ người bệnh theo phân nhóm ABI, (2) xác định tỷ lệ các dạng thể chất YHCT và (3) bước đầu xác định mối liên quan giữa chỉ số ABI cũng như các bệnh lý mạn tính với các dạng thể chất YHCT.

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh (NB) đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM – Cơ sở 3

Tiêu chuẩn chọn bệnh: NB đạt TẤT CẢ các tiêu chuẩn sau:

- NB từ 40 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu, có ít nhất một yếu tố nguy cơ tim mạch gồm: Nam, hút thuốc lá, ít vận động, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, thừa cân hoặc béo phì, tiền căn gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm (nam dưới 55 tuổi và nữ dưới 65 tuổi).

Tiêu chuẩn loại trừ: NB có MỘT trong các tiêu chuẩn sau:

- Rối loạn ý thức, rối loạn ngôn ngữ hoặc vận ngôn nặng.
- Từ chối tiếp tục tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

Cỡ mẫu

Sử dụng công thức: $N = Z^2 \cdot \frac{P \cdot (1 - P)}{d^2} = 151$ (người bệnh) .

Trong đó: Sai số $d = 0,05$. $\alpha = 0,05$. $P = 0,11$ theo nghiên cứu Bocalon [7].

Thu thập số liệu và phân tích

Bước 1: Chọn người bệnh thỏa tiêu chí chọn mẫu và xin ý kiến đồng thuận.

Bước 2: Tiến hành đo ABI ở cả 2 bên cơ thể bằng máy tự động BOSO ABI – 100.

Bước 3: Thu thập thông tin bằng bảng câu hỏi và bộ câu hỏi CCMQ

Bước 4: Nhập liệu vào phần mềm và phân tích số liệu

Biến số nghiên cứu

Chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay (ABI)

Sử dụng bằng máy tự động BOSO ABI – 100 để đo chỉ số ABI là tỷ lệ giữa huyết áp tâm thu đo ở cổ chân (động mạch mu chân hoặc động mạch chày sau) với huyết áp tâm thu cánh tay (ở cả 2 bên cơ thể). Sau đó tiến hành phân nhóm giá trị ABI [2,8].

Phân thành 2 nhóm: ABI $\geq 1,0$ và ABI $< 1,0$ vì giá trị ABI $< 1,0$ có nguy cơ mắc các bệnh tim mạch cao hơn [2].

Thể chất YHCT

Các thể chất YHCT được phân loại theo bảng câu hỏi Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ). Sử dụng bộ câu hỏi CCMQ được chuẩn hóa sang tiếng Việt (công bố năm 2021 trên MedPharmRes), bao gồm 9 phần, tương đương 9 dạng thể chất; trong đó thể chất cân bằng là thể chất trung tính và thể chất không cân bằng gồm thể chất dương hư, âm hư, khí hư, đàm thấp, thấp nhiệt, huyết ú, đặc biệt và khí trệ. Người tham gia trả lời 57 câu hỏi, các câu hỏi được gắn 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 [9].

Công thức điều chỉnh $AS = \frac{TS - \text{số mục}}{\text{số mục} \times 4} \times 100$

TS là tổng số điểm (điểm của mỗi mục được cộng lại). AS là điểm điều chỉnh sau chuẩn hóa.

Yếu tố nguy cơ tim mạch

Bao gồm Tuổi, Giới tính, Hút thuốc lá, Ít hoạt động thể chất, Tiền căn gia đình, Tăng huyết áp,

Đái tháo đường, Rối loạn lipid máu, Thừa cân hoặc béo phì (theo ESC 2018) [10].

Xử lý dữ liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm Excel để quản lý dữ liệu và phần mềm SPSS 20.0 để thống kê phân tích. Các biến số nền được mô tả theo tần số (tỷ lệ %) cho biến phân loại hoặc biến nhị giá. Khảo sát mối liên quan giữa chỉ số ABI và các bệnh mạn tính với các dạng thể chất YHCT thông qua kiểm định chi bình phương.

Thời gian nghiên cứu: từ 02/2022 – 06/2022

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM – Cơ sở 3

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong mẫu nghiên cứu, nữ giới chiếm ưu thế hơn (64,2%), nhóm tuổi trung niên (40 – 59 tuổi) chiếm đa số (54,3%), độ tuổi trung bình của mẫu là 58,67±8,45 tuổi.

Đặc điểm các yếu tố nguy cơ tim mạch: Nhóm người có hút thuốc lá, nhóm không hoạt động thể chất và nhóm gia đình nguy cơ (có người mắc bệnh tim mạch sớm) đều chiếm tỷ lệ thấp hơn nhóm không hút thuốc lá, nhóm có hoạt động thể chất và nhóm gia đình không nguy cơ. Trong các bệnh mạn tính được khảo sát thì Thừa cân – Béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất và ĐTĐ chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Phân loại giá trị ABI trong dân số nghiên cứu: Nhóm người có ABI≥1,0 chiếm tỷ lệ cao hơn (76,2%) và gấp 3,2 lần nhóm người có ABI<1,0.

Đạo đức nghiên cứu:

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 số 65/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 18/01/2022.

Nghiên cứu chỉ được thực hiện trên đối tượng hoàn toàn tự nguyện tham gia và có quyền ngừng tham gia bất cứ lúc nào. Tất cả thông tin của người tham gia chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu và được giữ bí mật hoàn toàn, không có dấu hiệu nhận dạng và không được phát tán ra ngoài cộng đồng vì bất kỳ lý do nào.

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (N=151)

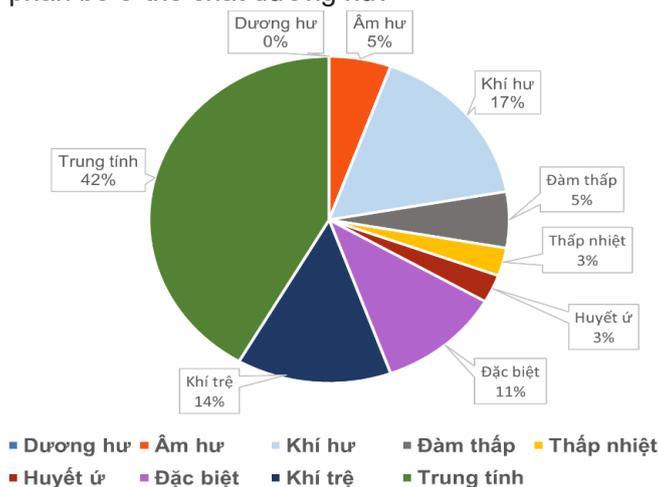
Đặc điểm		Toàn bộ n (%)	Nam n=54 (36%)	Nữ n=97 (64%)
Tuổi		58,7±8,5	58,9±9,9	58,5±7,6
Nhóm tuổi	40 – 59	83 (55)	28 (18,5)	55 (36,4)
	≥60	68 (45)	26 (17,2)	42 (27,8)
Yếu tố nguy cơ tim mạch	Hút thuốc lá	65 (43,0)	27 (17,9)	38 (25,2)
	Ít hoạt động thể chất	73 (48,3)	19 (12,6)	54 (35,8)
	Tiền căn gia đình	29 (19,2)	6 (4,0)	23 (15,2)
	Tăng huyết áp	71 (47,0)	32 (21,2)	39 (25,8)
	Đái tháo đường	33 (21,9)	16 (10,6)	17 (11,3)
	Rối loạn lipid máu	65 (43,0)	27 (17,9)	38 (25,1)
	Thừa cân – Béo phì	79 (52,3)	32 (21,2)	47 (31,1)

Đặc điểm		Toàn bộ n (%)	Nam n=54 (36%)	Nữ n=97 (64%)	
ABI	≥1,0	115 (76,2)	48 (31,8)	67 (44,4)	
	<1,0	0,90- 0,99	31 (20,5)	4 (2,6)	27 (17,9)
		<0,90	5 (3,3)	2 (1,3)	3 (2,0)
Thể chất y học cổ truyền	Dương hư	9 (6,0)	2 (1,3)	7 (4,6)	
	Âm hư	4 (2,6)	1 (0,7)	3 (2,0)	
	Khí hư	28 (18,5)	10 (6,6)	18 (11,9)	
	Đàm thấp	6 (4,0)	4 (2,6)	2 (1,3)	
	Thấp nhiệt	3 (2,0)	2 (1,3)	1 (0,7)	
	Huyết ứ	8 (5,3)	2 (1,3)	6 (4,0)	
	Đặc biệt	10 (6,6)	3 (2,0)	7 (4,6)	
	Khí trệ	14 (9,3)	1 (0,7)	13 (8,6)	
	Trung tính	69 (45,7)	29 (19,2)	40 (26,5)	

Trong mẫu nghiên cứu, nhóm thể chất trung tính chiếm tỷ lệ cao nhất (45,7%), nhóm thể chất khí hư chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (18,5%) và nhóm thể chất thấp nhiệt chiếm tỷ lệ thấp nhất (2%).

Tỷ lệ các thể chất YHCT ở nhóm ABI<1,0

Trong quần thể nghiên cứu, giá trị ABI<1,0 phân bố chủ yếu ở nhóm thể chất trung tính, khí hư và khí trệ. Giá trị ABI<1,0 không phân bố ở thể chất dương hư.



Hình 1. Tỷ lệ phân bố các dạng thể chất YHCT ở nhóm ABI<1,0 (n=36)

Mối liên quan giữa chỉ số ABI và các bệnh mạn tính với các dạng thể chất YHCT

Thông qua phép kiểm chi bình phương ghi nhận kết quả về mối liên quan giữa các bệnh lý mạn tính và các dạng thể chất YHCT như sau: THA có liên quan tới thể chất dương hư ($p<0,01$), thấp nhiệt ($p<0,01$) và đặc biệt ($p<0,01$); RLLM liên quan tới thể chất trung tính ($p<0,05$) và thừa cân – béo phì liên quan tới thể chất khí hư ($p<0,05$). ĐTĐ và chỉ số ABI chưa ghi nhận có mối liên quan với loại thể chất nào. (Với p là trị số p-value)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy nữ giới chiếm ưu thế hơn nam giới. Sự khác biệt trên là do quá trình lấy mẫu ngẫu nhiên những người bệnh tới khám và điều trị tại BV Đại học Y Dược TPHCM – Cơ sở 3. Độ tuổi nghiên cứu tập trung nhiều hơn ở nhóm tuổi trung niên (từ 40 tới 59 tuổi) so với nhóm tuổi già (từ 60 tuổi trở lên) và độ tuổi trung bình là $58,67 \pm 8,45$ tuổi. Đã có nhiều nghiên cứu khác đã cho thấy rằng: tuổi tác càng cao càng tăng nguy cơ mắc bệnh cũng như ở giới tính nam thì có xu hướng mắc bệnh cao hơn ở giới tính nữ. Nguy cơ phát triển bệnh mạch vành suốt đời ở nam giới và phụ nữ sau 40 tuổi lần lượt là 49% và 32% [11]. Người mắc bệnh tim mạch ngày càng trẻ hóa và bắt đầu tăng nhiều ở từ sau 40 tuổi, do đó đây cũng là lý do nghiên cứu này thực hiện nghiên cứu ở những người bệnh từ trên 40 tuổi.

Bên cạnh đó, thói quen không luyện tập thể dục thể thao và tiền căn gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm cũng là yếu tố ảnh hưởng đáng kể tới nguy cơ hình thành bệnh tim mạch. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nhóm người không tập thể dục khá cao (48,3%). Lối sống tĩnh tại, lười vận động góp phần không nhỏ trong việc thúc đẩy các bệnh lý như thừa cân – béo phì, RLLM, THA, các bệnh lý tim mạch... Ngoài ra, trong dân số nghiên cứu có khoảng 19% người bệnh có tiền căn gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm. Đây là một yếu tố nguy cơ không thay đổi được, có liên quan tới yếu tố di truyền và có ý nghĩa đáng kể làm tăng nguy cơ xảy ra bệnh tim mạch ở thế hệ con cái [12]. Tuy nhiên điều này không có nghĩa là bệnh tim mạch là không thể tránh khỏi. Thực hiện một lối sống lành mạnh sẽ giúp giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch ở những người có tiền căn gia đình như vậy.

Trong số 4 bệnh lý mạn tính được khảo sát thì thừa cân – béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất. Nguyên nhân cơ bản của thừa cân béo phì là tình trạng mất cân bằng giữa lượng calo nạp vào cơ thể và lượng calo được sử dụng, mà cụ thể là do chế độ ăn giàu năng lượng cùng với lối sống tĩnh tại, lười vận động. Điều này cũng phù hợp với tỷ lệ nhóm người không tham gia hoạt động thể chất gần chiếm $\frac{1}{2}$ dân số nghiên cứu. Nghiên cứu còn cho thấy tỷ lệ bệnh THA cũng khá cao trong dân số, đứng thứ 2 với 47% dân số mắc bệnh. Và trong các bệnh lý mạn tính trên những người bệnh có thừa cân – béo phì thì THA chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này cũng

phù hợp với nghiên cứu của Kearns K tiến hành trên 10364 người trưởng thành ghi nhận các bệnh lý mạn tính phổ biến trên người thừa cân – béo phì gồm THA chiếm đa số và sau đó là ĐTĐ và thoái hóa khớp [13].

Tỷ lệ các nhóm giá trị ABI

Kết quả cho thấy giá trị $ABI \geq 1,0$ chiếm tỷ lệ đa số trong mẫu nghiên cứu, gấp 3,2 lần so với nhóm giá trị $ABI < 1,0$. Ngoài ra, trong nhóm giá trị $ABI < 1,0$ thì $ABI \leq 0,9$ chiếm tỷ lệ nhỏ, chỉ 3,3%. So với nghiên cứu tương tự của Boccalon cho kết quả nhóm giá trị $ABI \leq 0,9$ chiếm tới 11% dân số [7]. Đây là một sự khác biệt khá lớn giữa hai nghiên cứu. Nguyên nhân đầu tiên là do sự khác nhau về cỡ mẫu, nghiên cứu của Boccalon khảo sát trên 8987 người bệnh, còn nghiên cứu này chỉ khảo sát trên 151 người bệnh. Tiếp theo là do sự khác nhau về chất lượng cuộc sống – xã hội giữa 2 đất nước cùng với những sai sót có thể đến từ quá trình thực hiện nghiên cứu.

Tỷ lệ các dạng thể chất YHCT

Thông qua việc khảo sát đã cho thấy dân số nghiên cứu xuất hiện đủ cả 9 dạng thể chất dương hư, âm hư, khí hư, đàm thấp, thấp nhiệt, huyết ú, đặc biệt, khí trệ và trung tính. Trong đó, chiếm tỷ lệ chủ yếu là thể chất trung tính và thể chất khí hư. Nghiên cứu này cũng có kết quả tương đồng so với nghiên cứu có liên quan của Zhu YB năm 2017 khảo sát năm bệnh lý mạn tính THA, ĐTĐ, RLLM, bệnh tim mạch và Béo phì trên 2660 người cho thấy tỷ lệ của dạng thể chất trung tính và khí hư cũng chiếm tỷ lệ chủ yếu trong mẫu nghiên cứu [4].

Mối liên quan giữa chỉ số ABI với các dạng thể chất YHCT

Về mối liên quan giữa ABI và các dạng thể chất YHCT, theo như kết quả ghi nhận được thì chưa cho thấy có mối liên quan nào giữa ABI và các dạng thể chất YHCT. Cỡ mẫu nhỏ cùng với tỷ lệ phân nhóm người bệnh theo giá trị ABI quá chênh lệch nhau, tỷ lệ giá trị $ABI < 1,0$ ít nên có thể dẫn tới kết quả không như kỳ vọng, không như mục tiêu ban đầu đề ra.

Hiện tại chưa ghi nhận các nghiên cứu tương tự trên thế giới về mối liên quan này nên cũng gặp hạn chế trong việc so sánh, đánh giá. Cần thêm các nghiên cứu với quy mô sâu và rộng hơn để tìm hiểu một cách cụ thể cũng như đánh giá toàn diện

mối liên quan giữa chỉ số ABI và các dạng thể chất YHCT.

Mối liên quan giữa các bệnh lý mạn tính với các dạng thể chất YHCT

Nghiên cứu cho kết quả các dạng thể chất dương hư, thấp nhiệt và đặc biệt có mối liên quan với THA; thể trung tính có mối liên quan với RLLM và thể khí hư có mối liên quan với thừa cân - béo phì.

Theo quan niệm YHCT, THA không được diễn giải cụ thể bằng một bệnh cảnh nào đồng nghĩa. Khi THA có triệu chứng mới có sự tương đồng về biểu hiện triệu chứng THA với các chứng của YHCT. Tùy vào từng biểu hiện mà có các chứng tương ứng như huyết vượng (hoa mắt chóng mặt), đầu thống (đau đầu), tâm quý (hồi hộp), hung tý - tâm thống (đau thắt ngực) [14].

Trong nghiên cứu này ghi nhận THA có liên quan tới các thể chất dương hư, thấp nhiệt và đặc biệt. So với các nghiên cứu tương tự trước đây thì kết quả này có nhiều sự khác biệt. Nghiên cứu của Zhu YB năm 2010 trên 7782 người bệnh THA thuộc 9 tỉnh của Trung Quốc cho thấy THA có liên quan tới 3 dạng thể chất là đàm thấp, âm hư và khí hư [15]. Một nghiên cứu khác của Zhu YB năm 2017 tìm hiểu mối liên quan giữa 9 loại thể chất YHCT và các bệnh lý mạn tính trên 2660 người bệnh thì cho kết quả THA có liên quan với thể chất trung tính và âm hư [4].

Kết quả nghiên cứu còn ghi nhận RLLM có mối liên quan với thể chất trung tính. Kết quả này cũng có điểm tương đồng với nghiên cứu tổng hợp của Ma Ly năm 2017 với 11 nghiên cứu trên 12890 người, cho thấy RLLM cũng có mối liên quan tới thể chất trung tính, cụ thể là thể chất trung tính là yếu tố bảo vệ của bệnh [16]. RLLM hầu như không biểu hiện triệu chứng, lipid theo máu phân bố khắp cơ thể và chỉ khi bệnh ảnh hưởng tới mạch máu mới có thể biểu hiện ra các triệu chứng như đau ngực, nặng ngực mô tả trong chứng tâm thống, tâm trướng hay đau đầu, hoa mắt chóng mặt mô tả trong chứng đầu thống, huyết vượng của YHCT...

Còn đối với thừa cân - béo phì, trong YHCT thường được mô tả tương ứng với chứng phì bạng. Tài liệu y học cổ truyền phương Đông từ xưa đã ghi nhận về chứng phì bạng và cho rằng phát sinh chứng phì có liên quan tới thấp, đàm và khí hư, huyết dịch hỗn浊, lưu thông chậm. Kết quả nghiên cứu ghi nhận thừa cân - béo phì có mối liên quan tới thể chất khí hư. Ở những người thừa cân - béo phì, ngoài có thể trạng to lớn cùng

biểu hiện tay chân nặng nề, chậm chạp cũng hay gặp các triệu chứng như đoản hơi, biếng nói, động làm thì tự ra mồ hôi, sợ lạnh, ăn uống kém, hay mệt mỏi [17]... Các biểu hiện này cũng tương ứng với đặc điểm của thể chất khí hư trong các dạng thể chất YHCT được khảo sát. So với các nghiên cứu tương tự trước đây cũng có điểm tương đồng. Nghiên cứu năm 2010 của Zhu YB khảo sát về mối quan hệ giữa thừa cân - béo phì và các dạng thể chất YHCT cho kết quả: nguy cơ thừa cân - béo phì tăng lên đáng kể ở người có thể chất khí hư và thể chất đàm thấp [18]. Nghiên cứu của Li M năm 2017 về mối liên quan giữa thể chất YHCT và tình trạng thừa cân, béo phì và gầy cũng cho kết quả thể chất khí hư có liên quan đáng kể tới thừa cân - béo phì [19].

Nghiên cứu tiến hành trên người bệnh có các yếu tố nguy cơ tim mạch, bước đầu cho thấy thể chất dương hư, thấp nhiệt và đặc biệt liên quan tới THA; thể chất trung tính liên quan tới RLLM, thể chất khí hư liên quan tới thừa cân - béo phì. Tuy nhiên nghiên cứu này chỉ cho thấy mối liên quan biểu hiện của các thể chất và các bệnh lý mạn tính nhưng chưa xác định mối liên quan nhân quả trước và sau nên cần tiến hành các nghiên cứu tiếp theo để xác định mối liên quan cụ thể hơn, đem tới nhiều bằng chứng mang tính khoa học hơn, làm vững mạnh thêm các quan điểm trong YHCT.

Hạn chế: Đây là nghiên cứu đầu tiên được thực hiện về chủ đề này, cỡ mẫu nghiên cứu còn ít và gặp hạn chế về thời gian nên vẫn chưa xác định được mối liên quan giữa chỉ số ABI với các dạng thể chất YHCT cũng như mối liên quan giữa sự kết hợp nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch và chỉ số ABI với thể chất YHCT, chưa khảo sát được cụ thể mối liên quan nhân quả giữa các bệnh mạn tính với các dạng thể chất YHCT.

V. KẾT LUẬN

Trên người bệnh có yếu tố nguy cơ tim mạch tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM - Cơ sở 3 ghi nhận tỷ lệ người bệnh có ABI < 0,9 là 3,3%; xuất hiện đủ cả chín dạng thể chất YHCT, trong đó chiếm tỷ lệ nhiều nhất là thể trung tính và khí hư. Bước đầu chưa ghi nhận mối liên quan giữa thể chất YHCT và chỉ số ABI, tuy nhiên cho thấy có sự liên quan giữa các dạng thể chất YHCT với các bệnh lý mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization WH (2018).** World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs,

- Sustainable Development Goals. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272596>
2. **Newman AB, Siscovick DS, Manolio TA, Polak J, Fried LP, Borhani NO, et al (1993)**. Ankle-arm index as a marker of atherosclerosis in the Cardiovascular Health Study. Cardiovascular Heart Study (CHS) Collaborative Research Group. *Circulation*, 88(3):837-845
 3. **Li L, Yao H, Wang J, Li Y, Wang Q (2019)**. The Role of Chinese Medicine in Health Maintenance and Disease Prevention: Application of Constitution Theory. *American Journal of Chinese Medicine*, 47(3):495-506
 4. **Zhu Y, Shi H, Wang Q, Wang Y, Yu X, Di J (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*, 2017:1-7
 5. **Zhu YB, Wang Q, Origasa H. (2007)**. Evaluation on reliability and validity of the Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ). *Chinese Journal of Behavioral Medical Science*, 16(7):651-654.
 6. **Wang J, Li Y, Ni C, Zhang H, Li L and Wang Q (2011)**. Cognition Research and Constitutional Classification in Chinese Medicine. *American Journal of Chinese Medicine*, 39(04):651-660
 7. **Boccalon H, Lehert P, Mosnier M (2000)**. Assessment of the prevalence of atherosclerotic lower limb arteriopathy in France as a systolic index in a vascular risk population. *Maladies Vasculaires*, 25(1):38-46
 8. **Phạm Mạnh Hùng (2019)**. Lâm sàng tim mạch học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.625-700
 9. **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.
 10. **Karin SG (2018)**. Traditional cardiovascular disease risk factors. In: *ESC CardioMed*, pp.2830-2832. Oxford University Press, Oxford
 11. **Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A (2016)**. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Annals of Translational Medicine*, 4(13):256
 12. **Imes CC, Lewis FM (2014)**. Family history of cardiovascular disease, perceived cardiovascular disease risk, and health-related behavior: a review of the literature. *Cardiovasc Nurs*, 29(2):108-29
 13. **Kearns K, Dee A, Fitzgerald AP, Doherty E, Perry IJ (2014)**. Chronic diseases burden associated with overweight and obesity in Ireland: the effect of small BMI reduction at population level. *BioMed Central Public Health*, 14:143
 14. **Nguyễn Thị Bay (2007)**. Bệnh học và điều trị nội khoa (Kết hợp đông – tây y), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.9-33.
 15. **Zhu YB, Wang Q, Deng QW, Cai J, Song XH, Yan X (2010)**. Relationships between constitutional types of traditional Chinese medicine and hypertension. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*, 8(1):40-5
 16. **Ma YL, Yao H, Yang WJ, Ren XX, Teng L, Yang MC (2017)**. Correlation between Traditional Chinese Medicine Constitution and Dyslipidemia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2017:1896746
 17. **Nhiêm Tiên Đức (2008)**. Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y, Nhà xuất bản Văn Hóa Dân Tộc, Hồ Chí Minh, tr.159-162.
 18. **Zhu YB, Wang Q, Wu CY, Pang GM, Zhao JX, Shen SL, et al (2010)**. Logistic regression analysis on relationships between traditional Chinese medicine constitutional types and overweight or obesity. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao*, 8(11):1023-8
 19. **Li M, Mo S, Lv Y, Tang Z, Dong J (2017)**. A Study of Traditional Chinese Medicine Body Constitution Associated with Overweight, Obesity, and Underweight. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2017:7361896