

Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền ở bệnh nhân vô sinh có hội chứng buồng trứng đa nang

Nguyễn Thị Kim Liên¹, Nguyễn Quang Tâm¹, Lê Minh Tâm^{1,2}, Đoàn Văn Minh¹

¹ Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

² Trung tâm Nội tiết - Sinh sản và Vô sinh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

doi:10.46755/vjog.2021.2.1222

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Thị Kim Liên, email: ntklien@huemed-univ.edu.vn

Nhận bài (received): 16/7/2021 - Chấp nhận đăng (accepted): 10/9/2021

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền (YHCT) và tìm hiểu sự khác nhau của một số yếu tố giữa các thể lâm sàng ở bệnh nhân vô sinh có hội chứng buồng trứng đa nang (HCBTĐN).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 102 bệnh nhân nữ vô sinh có HCBTĐN tại Trung tâm Nội tiết sinh sản và Vô sinh – Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Kết quả: Lưỡi to bệu/có dấu răng 60,8%, râu trắng 94,1%, mạch trầm 92,2%, mạch sắc 27,5%, mạch tế 55,9%, mệt mỏi hoặc hay quên 86,3%, kinh nguyệt không đều 71,6%, kinh nguyệt sau kì 53,9%. Thể thận hư can uất 42,2%, đàm ứ tương kết 26,5%, thận hư huyết ứ 17,6%, tỳ hư đàm thấp 13,7%. Có sự khác biệt về chỉ số khối cơ thể (BMI) và chu vi vòng bụng giữa các thể lâm sàng, $p < 0,05$.

Kết luận: Các triệu chứng lâm sàng theo YHCT ở bệnh nhân vô sinh có HCBTĐN xuất hiện khá phổ biến. Thể tỳ hư đàm thấp và thể đàm ứ tương kết có BMI và chu vi vòng bụng cao hơn thể thận hư huyết ứ và thận hư can uất.

Từ khóa: Y học cổ truyền, hội chứng buồng trứng đa nang, vô sinh.

Clinical characteristics according to traditional medicine in infertile women with polycystic ovary syndrome

Nguyen Thi Kim Lien¹, Nguyen Quang Tam¹, Le Minh Tam^{1,2}, Doan Van Minh¹

¹ Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

² Hue Centre for Reproductive Endocrinology and Infertility, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Abstract

Objectives: To observe the clinical characteristics according to traditional medicine and determine the differences between clinical types in infertile women with polycystic ovary syndrome.

Materials and methods: This cross-sectional descriptive study recruited 102 infertile women with polycystic ovary syndrome who visited the Center for Reproductive Endocrinology and Infertility, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Results: Enlarged or teeth-marked tongue accounted for 60.8%, white fur 94.1%, sunken pulse 92.2%, rapid pulse 27.5%, fine pulse 55.9%, lethargy or forgetfulness 86.3%, irregular periods 71.6%, oligomenorrhea 53.9%. Kidney deficiency liver constraint type 42.2%, blinding of phlegm and stasis type 26.5%, kidney deficiency and blood stasis type 17.6%, spleen deficiency and phlegm-damp type 13.7%. There was a difference in BMI and waist circumference between clinical types ($p < 0.05$).

Conclusions: Clinical symptoms according to traditional medicine in infertile women with polycystic ovary syndrome appear quite common. Spleen deficiency and phlegm-damp type, blinding of phlegm and stasis type had higher BMI and waist circumference than kidney deficiency liver constraint type and kidney deficiency and blood stasis type.

Key words: Traditional medicine, polycystic ovary syndrome, infertility.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng buồng trứng đa nang (HCBTĐN) là nguyên nhân thường gặp nhất gây rối loạn nội tiết ở phụ nữ, với tần suất gặp 5-10% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản [1], [2]. Đây cũng là nguyên nhân hàng đầu gây rối loạn phóng noãn dẫn đến vô sinh.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), mặc dù HCBTĐN không có bệnh danh nhưng nó thuộc phạm vi các chứng “kinh nguyệt thất điều”, “bế kinh”, “bất dụng”, “băng lậu”,... [3]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu lâm sàng theo YHCT về HCBTĐN trong lĩnh vực vô sinh còn hạn chế. Ngoài ra, theo nhiều tài liệu y văn từ xa xưa cũng như các sách,

giáo trình hiện nay việc phân loại các triệu chứng, hội chứng cũng như các thể lâm sàng theo YHCT của hội chứng này chưa thực sự thống nhất giữa các nguồn tài liệu. Trong khi đó việc nghiên cứu và ứng dụng YHCT trong chẩn đoán và điều trị các trường hợp vô sinh nói chung và HCBTĐN nói riêng đem lại nhiều kết quả khả quan, đặc biệt là tình trạng rối loạn phóng noãn và rối loạn kinh nguyệt. Ngoài ra chiến lược phát triển YHCT khu vực Tây Thái Bình Dương 2011- 2020, tổ chức Y tế Thế giới đề ra chiến lược xây dựng các quy định, tiêu chuẩn, hướng dẫn cho thuốc và thực hành YHCT dựa trên bằng chứng [4]. Nhằm góp phần chuẩn hóa các tiêu chuẩn chẩn đoán cũng như nâng cao tính khoa học, tính hiện đại của YHCT mà không làm mất đi đặc điểm riêng của nó, phù hợp với chiến lược hiện nay là hiện đại hóa YHCT và kết hợp YHCT và Y học hiện đại (YHHĐ) trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Đồng thời thúc đẩy và phát triển sự kết hợp giữa YHCT và YHHĐ trong chẩn đoán và điều trị các bệnh lý về sản phụ khoa và vô sinh, giúp tăng hiệu quả điều trị, giảm các tác dụng không mong muốn và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát một số đặc điểm lâm sàng theo YHCT ở bệnh nhân vô sinh có HCBTĐN và tìm hiểu sự khác nhau của một số yếu tố giữa các thể lâm sàng ở nhóm đối tượng này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Bệnh nhân nữ vô sinh có HCBTĐN đến khám và điều trị tại Trung tâm Nội tiết sinh sản và Vô sinh – Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 5/2020 đến tháng 4/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Dựa vào khái niệm vô sinh của Tổ chức Y tế thế giới (WHO): Vô sinh là tình trạng không có thai sau một năm chung sống vợ chồng mà không áp dụng bất cứ biện pháp tránh thai nào, đối với cặp vợ chồng tuổi trên 35 thì thời gian quy định là 6 tháng. Chẩn đoán HCBTĐN dựa theo tiêu chuẩn Rotterdam (The Rotterdam ESHRE/ASRM, 2003): chẩn đoán HCBTĐN khi có ít nhất 2 trong các tiêu chuẩn: thiếu/vô kinh, cường androgen biểu hiện trên lâm sàng hoặc sinh hóa và hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm. Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh lý toàn thân mãn tính như suy gan, suy thận, suy tim, đái tháo đường, rối loạn tâm thần, ...

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, cỡ mẫu thu thập được là 102.

Công cụ nghiên cứu: phiếu nghiên cứu soạn sẵn, cân và thước đo chiều cao cân nặng, thước dây, que khám tử cung, xét nghiệm sinh hoá máu (LH, FSH, Prolactin, Estradiol), máy siêu âm Aloka ProSound 3500SX (Nhật Bản).

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Hỏi bệnh và thăm khám để tuyển chọn đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn.

Bước 2: + Thăm khám và phỏng vấn các đối tượng nghiên cứu theo phiếu nghiên cứu.

+ Ghi nhận kết quả cận lâm sàng.

Bước 3: Phân loại các triệu chứng và quy nạp thể lâm sàng theo YHCT gồm 4 thể: Thận hư can uất, thận hư huyết ứ, tỳ hư đàm thấp và đàm ứ tương kết (theo cách quy nạp của tác giả Gao Jinjin-2017) [11].

Bước 4: Phân tích kết quả nghiên cứu.

Định nghĩa một số biến số nghiên cứu (theo Tổ chức y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (WHO/WPRC) [5]):

+ Chất lưỡi (CL) hồng nhạt: Sắc lưỡi bình thường, có màu hồng nhạt.

+ CL nhợt: Sắc lưỡi nhợt hơn so với bình thường (BT).

+ CL đỏ: Sắc lưỡi có màu đỏ hơn so với BT.

+ CL ám tím: lưỡi có màu xanh tím, gặp trong huyết ứ hay nhiệt độc ở phần dinh huyết.

+ Lưỡi to bệu/có dấu răng: Lưỡi to hơn BT, sắc nhợt và mềm, rìa thường có hằn răng.

+ Lưỡi có điểm ứ huyết: Trên bề mặt lưỡi có các điểm ứ huyết màu đỏ đậm hoặc tím.

+ Rêu lưỡi (RL) trắng: RL có màu trắng.

+ RL vàng: RL có màu vàng.

+ RL nhuận: RL ẩm vừa phải.

+ RL khô: RL nhìn khô và có cảm giác khô khi sờ vào.

+ RL ướt: RL nhìn ướt và có đọng nhiều nước bọt.

+ RL dính nhớt: RL dày, bần, nhớt, được bao phủ bởi một nhầy dày đục khó làm sạch.

+ RL dày: RL dày qua đó không thể nhìn thấy chất lưỡi.

+ RL mỏng: RL mỏng qua đó có thể nhìn thấy chất lưỡi.

+ Mạch phù: Mạch ở nông, đặt tay nhẹ thì thấy nhưng ấn mạnh thì mất.

+ Mạch trầm: Mạch ở sâu, chỉ bắt được khi ấn mạnh tay.

+ Mạch trì: Có ít hơn 4 nhịp mạch trên 1 lần thở của thầy thuốc.

+ Mạch sắc: Có nhiều hơn 5 hoặc 6 nhịp mạch trên 1 lần thở của thầy thuốc.

+ Mạch tế: mạch mỏng như sợi chỉ, đi thẳng và mềm nhưng vẫn cảm nhận được khi ấn mạnh tay.

+ Mạch nhược: mạch trầm, mềm, nhỏ và vô lực.

+ Mạch huyền: mạch đi thẳng, dài và căng như sợi dây đàn.

+ Mạch hoạt: mạch đến và đi trơn tru như những hạt tròn lăn trên đĩa.

+ Sợ lạnh: Cảm giác lạnh không giảm khi có hơi ấm.

+ Triều nhiệt: Sốt biểu hiện rõ vào 3-6 giờ chiều, giống như thủy triều lên đều đặn.

+ Ngũ tâm phiền nhiệt: Cảm giác nóng ở lòng bàn tay, lòng bàn chân và ở ngực kèm tình trạng khó chịu, bồn chồn.

+ Đạo hãn: Mồ hôi ra trong khi ngủ và ngừng lại khi tỉnh dậy.

+ Tự hãn: Mồ hôi ra nhiều vào ban ngày mà không rõ ràng như gắng sức, thời tiết nóng, mặc áo quần dày hay dùng thuốc.

+ Kinh nguyệt (KN) trước kỳ: chu kỳ kinh ngắn lại, hành kinh sớm hơn kỳ kinh trước trên 7 ngày, liên tục trong 2 tháng trở lên và lượng kinh bình thường.

+ KN sau kì: chu kỳ kinh đến muộn hơn chu kỳ trước trên 7 ngày, liên tục trong 2 tháng trở lên và lượng kinh bình thường.

+ KN không định kỳ: chu kỳ kinh kéo dài hoặc ngắn lại, có kinh trước hoặc sau không cố định so với chu kỳ kinh bình thường trên 7 ngày.

Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê với phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng test Kruskal-Wallis để so sánh các giá trị trung bình.

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được chấp thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	<35	96	94,2
	≥35	6	5,8
	Tuổi trung bình (X±SD)		29,7±3,5
BMI (kg/m ²)	< 18,5	16	15,7
	18,5 - 22,9	70	68,6
	≥23	16	15,7
	Trung bình (X±SD)		20,8±2,7
Nghề nghiệp	Cán bộ/nhân viên văn phòng	53	52,0
	Kinh doanh	21	20,6
	Công nhân	7	6,9
	Nội trợ	8	7,8
	Khác	13	12,7
Địa lý	Thành thị	47	46,1
	Nông thôn	55	53,9
Phân loại vô sinh	Nguyên phát	72	70,6
	Thứ phát	30	29,4

Thành phần nghiên cứu thuộc nhóm <35 tuổi với 94,2%. BMI ở mức bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 68,6%, tỷ lệ gầy và thừa cân, béo phì bằng nhau (15,7%). Nhóm cán bộ/nhân viên văn phòng chiếm tỷ lệ cao nhất (52,0%). Tỷ lệ BN sống ở nông thôn cao hơn so với thành thị. Vô sinh nguyên phát (70,6%) chiếm tỷ lệ cao hơn vô sinh thứ phát (29,4%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền

Bảng 2. Phân bố các triệu chứng về lưỡi

	Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chất lưỡi	Hồng nhạt	39	38,2
	Nhợt	39	38,2
	Đỏ	15	14,7
	Ám tím	9	8,8
	To bệu/có dấu răng	62	60,8
	Điểm ứ huyết	10	9,8
	Trắng	96	94,1
	Vàng	6	5,9
Rêu lưỡi	Nhuận	25	24,5
	Khô	13	12,7
	Ướt	64	62,7
	Dính nhớt	48	47,1
	Dày	23	22,5
	Mỏng	79	77,5

Hình dáng lưỡi to bệu/có dấu răng có tỷ lệ cao nhất (60,8%), tiếp đến là lưỡi nhạt với 38,2%. Lưỡi có điểm ứ huyết có tỷ lệ thấp (9,8%). Rêu lưỡi trắng, mỏng, ướt, dính nhớt có tỷ lệ cao, lần lượt là 94,1%, 77,5%, 62,7%, 47,1%.

Bảng 3. Phân bố các triệu chứng về mạch

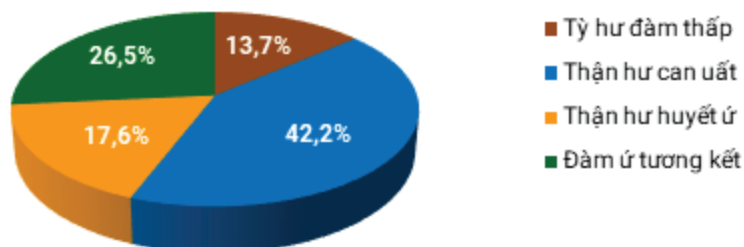
Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Phù	8	7,8
Trầm	92	92,2
Trì	13	12,7
Sác	28	27,5
Tế	57	55,9
Nhược	46	45,1
Huyền	39	38,2
Hoạt	31	30,4

Mạch trầm (92,2%) chiếm tỷ lệ cao hơn mạch phù (7,8%), mạch sác (27,5%) chiếm tỷ lệ cao hơn mạch trì (12,7%). Mạch tế, nhược, huyền, hoạt cũng chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 55,9%, 45,1%, 38,2%, 30,4%.

Bảng 4. Phân bố một số triệu chứng chính

	Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Hàn - Nhiệt	Sợ lạnh	34	33,3
	Triều nhiệt	26	25,5
	Ngũ tâm phiền nhiệt	42	41,2
Mồ hôi	Đạo hãn	34	33,3
	Tự hãn	34	33,3
	Chán ăn	30	29,4
Ăn uống	Bụng đầy trướng	73	71,6
	Miệng họng khô	34	33,3
	Mệt mỏi	88	86,3
Toàn thân	Chóng mặt	62	60,8
	Hay quên	88	86,3
	Mất ngủ	48	47,1
	KN không đều	73	71,6
Kinh nguyệt	KN trước kì	2	2,0
	KN sau kì	55	53,9
	KN không định kì	20	19,6

Về hàn-nhiệt, ngũ tâm phiền nhiệt chiếm tỷ lệ cao nhất (41,2%), tiếp đến là sợ lạnh 33,3%. Về mồ hôi, tự hãn và đạo hãn có với tỷ lệ bằng nhau. Về ăn uống, đa số bệnh nhân có biểu hiện đầy trướng bụng (71,6%). Các triệu chứng toàn thân xuất hiện với tỷ lệ cao, cao nhất là mệt mỏi và hay quên (86,3%). Về kinh nguyệt, đa số có vòng kinh không đều (71,6%) và kinh nguyệt sau kì (53,9%).



Biểu đồ 1. Phân bố thể lâm sàng theo Y học cổ truyền

Thể thận hư can uất chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,2%, tiếp đến là đàm ú tương kết 26,5%, thận hư huyết ú 17,6%, tỷ hư đàm thấp 13,7%.

3.3. Sự khác nhau một số yếu tố giữa các thể lâm sàng

Bảng 5. Sự khác nhau của một số yếu tố giữa các thể lâm sàng

Chỉ số	Thể lâm sàng	Tỷ hư đàm thấp (n=14)	Thận hư can uất (n=43)	Thận hư huyết ú (n=18)	Đàm ú tương kết (n=27)	p
BMI (kg/m ²)		23,7±4,6	19,7±1,6	20,3±2,3	21,4±1,7	<0,05
Vòng bụng (cm)		82,6±11,4	74,4±6,9	72,6±7,6	76,7±6,3	<0,05
WHR		0,9±0,1	0,8±0,1	0,8±0,1	0,8±0,1	>0,05
LH (IU/L)		8,2±3,8	8,8±5,1	8,5±3,6	8,6±4,3	>0,05
FSH (IU/L)		5,6±0,8	6,7±4,7	6,4±1,3	6,0±1,3	>0,05
LH/FSH		1,4±0,7	1,5±1,0	1,3±0,5	1,4±0,6	>0,05
Prolactin (uIU/ml)		557,3±500,0	418,2±215,7	560,6±358,2	371,9±177,7	>0,05
Estradiol (pg/ml)		40,4±10,6	38,4±12,1	43,7±13,0	35,7±19,0	>0,05

Có sự khác biệt về BMI và chu vi vòng bụng giữa các thể lâm sàng, với p<0,05, cụ thể: thể tỷ hư đàm thấp và thể đàm ú tương kết có BMI và chu vi vòng bụng cao hơn thể thận hư huyết ú và thận hư can uất. Không có sự khác biệt của các chỉ số về nội tiết máu giữa các thể lâm sàng (p>0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền

Lưỡi (thiệt chẩn) và mạch (mạch chẩn) là hai yếu tố chẩn đoán quan trọng nhất trong thực hành YHCT, do đó nghiên cứu về lưỡi và mạch là hết sức cần thiết. Về lưỡi, lưỡi to bệu, có dấu răng chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,8%, tiếp đến là lưỡi nhạt với 38,2%, lưỡi ám tím và có điểm ứ huyết chiếm tỷ lệ thấp <10%, RL trắng, mỏng có tỷ lệ cao, lần lượt là 94,1%, 77,5%. Về mạch, mạch trầm chiếm tỷ lệ cao hơn mạch phù, điều này phù hợp với biện chứng của HCBTĐN và vô sinh khi bệnh chủ yếu ở phần lý, do rối loạn công năng tạng phủ và khí huyết âm dương. Ngoài ra, mạch tế, nhược, huyền, hoạt cũng chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 55,9%, 45,1%, 38,2%, 30,4%. Mạch tế và mạch nhược là mạch của hư chứng, mạch huyền, mạch hoạt là của thực chứng, mạch huyền là chủ mạch của can, mạch hoạt là chủ mạch của tỷ hư đàm thấp trở. Như vậy có thể thấy rằng, các loại mạch này đã phản ánh được nét đặc trưng trong HCBTĐN là bản hư tiêu thực, bệnh cơ chủ yếu là thận hư, tỷ hư, can uất, đàm thấp và huyết ú. Kết quả này tương đồng với tác giả Fang Qunying và cộng sự (2018) với lưỡi to bệu có dấu răng có tỷ lệ cao nhất với 57,87%, tiếp đến là lưỡi nhạt với 42,6%; rêu lưỡi mỏng 75,0%, mạch tế 29,17%, mạch nhược 15,28%, mạch huyền 21,3%, mạch hoạt 34,72% [6].

Các triệu chứng liên quan đến hàn-nhiệt, ngũ tâm phiền nhiệt là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (41,2%), tiếp đến là sợ lạnh với 33,3%. Nghiên cứu của Fan Qunying và cộng sự (2018) cũng ghi nhận ngũ tâm phiền nhiệt chiếm 33,33%, sợ lạnh tay chân lạnh là 36,57% [6]. Về mồ hôi, tự hãn và đạo hãn xuất hiện với tỷ lệ bằng nhau (33,3%). Về ăn uống, đa số bệnh nhân có biểu hiện

đầy trướng bụng (71,6%). Các triệu chứng toàn thân khác xuất hiện với tỷ lệ cao, cao nhất là mệt mỏi và hay quên (86,3%), tiếp đến là chóng mặt (60,8%). Như vậy ở bệnh nhân vô sinh có HCBTĐN, ngoài việc hỏi bệnh về tình trạng kinh nguyệt, cường androgen,...cần phải khai thác thêm các triệu chứng khác theo YHCT thông qua vọng (nhìn), vấn (nghe, ngửi), vấn (hỏi bệnh), thiết (sờ nắn) để đưa ra biện chứng luận trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Theo tiêu chuẩn của Rotterdam, rối loạn phóng noãn là đặc điểm chẩn đoán chính của HCBTĐN, thể hiện bằng chu kỳ kinh nguyệt không đều. Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận tình trạng kinh nguyệt không đều với tỷ lệ cao (71,6%). Ngoài ra, kinh nguyệt sau kì cũng xuất hiện với tỷ lệ cao nhất (53,9%), tiếp theo là kinh nguyệt trước sau không định kì với 19,6%. Nghiên cứu của Wen Huihua (2018) cũng cho kết quả kinh nguyệt sau kì chiếm tỷ lệ cao nhất (85,0%), kinh nguyệt trước kì và trước sau không định kỳ có tỷ lệ thấp, lần lượt là 5,0% và 3,75% [7]. YHCT khi biện chứng về HCBTĐN cho rằng nhân tố chủ yếu gây bệnh là rối loạn sinh khắc chế hóa giữa thận – xung nhâm – tử cung. Thận hư nên thiên quý đến chậm, tỷ hư gây đàm thấp nội sinh làm ú trệ xung nhâm, bào mạch không thông, huyết vận hành ú trệ gây bế kinh, kinh thưa, số lượng kinh ít hoặc rối loạn kỳ kinh [8].

Về thể lâm sàng, tỷ lệ thể thận hư can uất cao nhất với 42,2%, tiếp đến là thể đàm ú tương kết (26,5%), thận hư huyết ú (17,6%) và thể tỷ hư đàm thấp có tỷ lệ thấp nhất với 13,7%, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Zhao Na (2017) khi cho kết quả cũng theo thứ tự như trên với thể thận hư can uất 45,5%, đàm ú tương kết 15,1%, thận hư huyết ú 11,3% và thể tỷ hư đàm thấp 0,8% [9]. Tuy nhiên so với hai nghiên cứu của Gao Jin Jin (2017) và Zhang Hongyang (2019) thì có sự khác biệt khi thể tỷ hư đàm thấp chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,6% (Gao Jin Jin) và 40,12% (Zhang Hongyang) [11], [12]. Thể tỷ hư đàm thấp thường gặp ở những bệnh nhân có thể trạng mập, tuy nhiên trong nghiên cứu này bệnh nhân chủ yếu có thể trạng bình thường với BMI từ 18,5 đến 22,9 chiếm đa số với 68,6%. Ngoài ra mô hình HCBTĐN ở phụ nữ Việt Nam

thường có thể trạng gầy [13].

4.2. Sự khác nhau của một số yếu tố giữa các thể lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về BMI và chu vi vòng bụng giữa các thể lâm sàng, với $p < 0,05$, cụ thể thể Tỳ hư đàm thấp có chỉ số BMI ($23,7 \pm 4,6 \text{ kg/m}^2$) và chu vi vòng bụng ($82,6 \pm 11,4 \text{ cm}$) cao nhất, tiếp theo là thể Đàm ứ tương kết, thể Thận hư huyết ứ và Thận hư can uất có chỉ số BMI và chu vi vòng bụng thấp hơn hai thể trên. Nghiên cứu của Pan Zimeng (2020), Zhang Hongyang (2020), Qiao Shicong (2018), Li Yanqiu (2016) cũng cho kết quả tương tự, $p < 0,05$ [10], [14], [15], [16]. Từ các kết quả trên có thể thấy rằng, thể Tỳ hư đàm thấp và thể Đàm ứ tương kết thường đặc trưng với thể trạng thừa cân, béo phì và phân bố mỡ ở vùng trung tâm. Biện chứng về vấn đề này bao gồm tỳ hư, đàm thấp và huyết ứ trong đó lấy tỳ hư làm cơ sở, tỳ hư mất khả năng kiện vận làm thủy thấp đình trệ mà hóa sinh thành đàm, đàm thấp ảnh hưởng đến hoạt động của khí cơ khiến thấp trọc lại càng nặng hơn, đồng thời khí cơ trở trệ cũng ảnh hưởng đến sự vận hành của huyết dịch mà hình thành huyết ứ. Bên cạnh đó, ngoài sự mất điều hòa của mạch Xung Nhâm gây ra những biểu hiện về rối loạn phóng noãn thì sự ứ trệ ở mạch Đới chủ yếu bởi sự tích tụ của đàm thấp và đàm ứ gây tình trạng thừa cân, béo phì với tình trạng tích mỡ chủ yếu ở vùng bụng trong HCBTĐN [17].

Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt của các chỉ số nội tiết máu giữa các thể lâm sàng, với $p > 0,05$. Về chỉ số LH và LH/FSH, hầu hết các nghiên cứu của các tác giả Li Yanqiu (2016), Qiao Shicong (2018), Zhang Hongyang (2019) và Pan Zimeng (2020) đều cho kết quả có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) của LH và LH/FSH giữa các thể lâm sàng, cụ thể: thể Thận hư can uất và Thận hư huyết ứ luôn có chỉ số LH và LH/FSH cao hơn hai thể còn lại [10], [12], [15], [16]. Wang Xingjuan và cộng sự (2006) khi nghiên cứu về mối quan hệ giữa nồng độ hormon LH, FSH, testoserol với tình trạng thận hư ở phụ nữ mắc HCBTĐN cũng cho kết quả nồng độ hormon LH và tỷ số LH/FSH ở HCBTĐN nhóm thận hư cao hơn nhóm không có biểu hiện thận hư ($p < 0,05$), ngoài ra tác giả này cũng đưa ra nhận định có mối tương quan giữa tình trạng tăng LH và tỷ số LH/FSH với tình trạng thận khí hư ở HCBTĐN [18], [19]. Về chỉ số Prolactin và Estradiol, nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác như Qiao Shicong (2018) và Zhang Hongyang (2019), Pan Zimeng (2020) khi không tìm thấy sự khác biệt về giá trị trung bình của hai hormon này giữa các thể lâm sàng, $p > 0,05$ [10], [12], [15]. Ngoài ra, theo nghiên cứu của Xiao Wenhui và cộng sự (2013) và Zhang Yuanfeng và cộng sự (2017) cho thấy có mối tương quan thuận giữa tình trạng "tức giận" tương đương với biểu hiện can uất theo YHCT với nồng độ Prolactin tăng cao ở bệnh nhân mắc HCBTĐN và bệnh nhân vô sinh [20], [21].

5. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng theo YHCT ở bệnh nhân vô

sinh có HCBTĐN xuất hiện khá phổ biến, các triệu chứng thường gặp là lưỡi to bệu, rêu lưỡi trắng, mỏng, mạch trầm, ngũ tâm phiền nhiệt, bụng đầy trướng, mệt mỏi, hay quên, kinh nguyệt sau kì. Thể lâm sàng thận hư can uất là thể thường gặp nhất. Thể Tỳ hư đàm thấp và thể Đàm ứ tương kết có chỉ số BMI và chu vi vòng bụng cao hơn thể Thận hư huyết ứ và Thận hư can uất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Laura G. Cooney, Anuja Dokra, "Beyond fertility: polycystic ovary syndrome and long-term health", *Fertility and Sterility*® Vol. 110, No. 5, October 2018, p.794-809.
2. Maryam Bahman et al (2018), "The importance of sleep hygiene in polycystic ovary syndrome from the view of Iranian traditional medicine and modern medicine, *International Journal of Preventive Medicine*", DOI: 10.4103/ijpvm.IJPVM_352_16.
3. 李祥云, 多囊卵巢综合征, 实用妇科中西医结合诊疗学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 23-25.
4. World Health Organization, *The Regional Strategy for Traditional Medicine in The Western Pacific 2011-2020*, p16-25.
5. Tổ chức y tế thế giới, Bệnh viện Y học cổ truyền trung ương, *Thuật ngữ Y học cổ truyền của Tổ chức y tế thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương (WHO/WPRO), 2009* NXB văn hóa- thông tin Hà Nội
6. 方群英, 吴丽敏, 孙秀英, 方朝辉, "多囊卵巢综合征不孕患者中医证候分布规律研究", *时珍国医国药*, 2018, 29(12), 3067-3070.
7. 文慧华., "多囊卵巢综合征的中医体质辨识及证型的临床研究", *中医临床研究*, 2018, 010(020), 11-15.
8. Trần Quốc Bảo, "Hội chứng buồng trứng đa nang", *Bệnh học phụ khoa Y học cổ truyền- tập 1*, Nhà xuất bản y học, 2019, tr 260.
9. 赵娜, 杨正望, 全春梅, "多囊卵巢综合征临床分型与中医证型的相关性分析", *湖南中医药大学学报*, 2017, 37(9), 966-968.
10. 潘紫萌 (2020), 多囊卵巢综合征伴不孕症患者的中医证型及临床特征分析, 硕士了论文, 黑龙江中医药大学.
11. 高金金, 侯丽辉, 李妍, 刘颖华, "多囊卵巢综合征中医证候与中医体质关系研究", *天津中医药*, 2017, 034(009), 606-609.
12. 张红阳, 侯丽辉, 孙淼, "多囊卵巢综合征患者西医亚型与中医证型的相关研究", *现代中西医结合杂志*, 2019, 28(17):1829-1833
13. Cao N.T., Le M.T., Nguyen V.Q.H., et al., "Defining polycystic ovary syndrome phenotype in Vietnamese women", *J Obstet Gynaecol Res*, 2019, 45(11), 2209–2219.
14. 张红阳, 侯丽辉., "焦虑状态对多囊卵巢综合征不同中医证候患者的影响", *现代中医临床*, 026(003), P.11-17.
15. 钱俏红, 胡国华, 多囊卵巢综合征中医研究进展, *河南中医学院学报*, 2009年1月1期 第24卷总第140期, 2009, 99-101.
16. 李艳秋, 侯丽辉, 高金金, & 王尧尧, 多囊卵巢综合征中医证型分布规律及血清性激素, 糖代谢特点的研究

2016.

17. Jane Lyttleton, Treatment of infertility with Chinese medicine, Churchill Livingstone, 2013, p200-229

18. 王兴娟, 戴婷, 贾丽娜, “肾虚型多囊卵巢综合征与血清T, LH的相关性研究”, 上海中医药杂志, 2006, 40(08).

19. 于立志, 于春泉, “肾阴虚证的中医研究进展”, 天津中医药大学学报, 2011, 030(002), 125-126.

20. 肖雯晖, 张婷, 裘秀月, 方针, 庄爱文 (2013), “七情因素与多囊卵巢综合征中医证型及性激素水平相关性研究”. 中华中医药学刊, (08), 151-153.

21. 张媛凤, 谢鸣, 钱梦, “泌乳素—女性肝郁证一个潜在的生物表征物”, 北京中医药大学学报, 2017, 40(002), 98-102.