

đến nhánh ĐM ngực lưng hay ĐM dưới vai.

Các trường hợp phẫu tích gặp được CRT có nhiều nhánh đến nuôi các trẻ cơ dạng dạng kết hợp tỉ lệ gặp 13,3% sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc lựa chọn nhánh ĐM thích hợp hơn trong ứng dụng vạt CRT. Do đó việc sử dụng cuống mạch để ứng dụng CRT trong lâm sàng bắt buộc sử dụng các cuống mạch của cả ĐM ngực lưng với nhiều lựa chọn nhánh nuôi vạt thích hợp và tối ưu. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, dạng nhiều nhánh và kết hợp chiếm tỷ lệ tương đối cao (20%) so với Nguyễn Văn Lâm (6,25%) [2], Serafin (4%) [8],[9].

Trường hợp phẫu tích gặp được CRT có nhánh mạch máu nuôi dạng răng lược, dạng kết hợp nhiều nhánh đến các trẻ cơ tỉ lệ gặp 20% sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc lựa chọn nhánh ĐM thích hợp hơn trong ứng dụng vạt CRT. Đây là dạng có nhiều sự lựa chọn cuống mạch máu nuôi vạt vừa đủ, đa dạng hoá cách lấy cuống mạch nuôi vạt CRT.

V. KẾT LUẬN

CRT có đặc điểm giải phẫu tương đối hằng định về nguyên ủy, bám tận và hình dạng. Số lượng trẻ cơ lớn và nguồn ĐM cấp máu cho cơ đa dạng cho thấy đây là cơ có thể sử dụng làm vật liệu tạo hình tốt trong lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Asaad K., and Cole R.P.** (2015), "Regarding the use of the serratus anterior muscle pedicle as recipient vessels in DIEP flap breast reconstruction", *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 68(7), p. 1020.
2. **Nguyễn Văn Lâm** (2007), Nghiên cứu giải phẫu các vạt phụ thuộc vào ĐM dưới vai, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Battiston B., Artiaco S., Piana R., et al.** (2015), "Midfoot reconstruction with serratus anterior-rib osteomuscular free flap following oncological resection of synovial sarcoma", *J Orthop Traumatol*, 16(4), pp. 347-350.
4. **Ioannides C.** (1998), "Free composite myosseous flap with serratus anterior and rib: indications in head and neck reconstruction", *Head Neck*, 20(7), pp. 660-661.
5. **Nguyễn Roãn Tuất** (2011), Nghiên cứu giải phẫu cuống mạch ngực lưng và Vạt da cơ lưng to ứng dụng trong phẫu thuật tạo hình, Luận án tiến sĩ Y Học, Học viện Quân Y 103, Hà Nội.
6. **Lê Hồng Hải** (2005), Nghiên cứu giải phẫu và ứng dụng lâm sàng vạt da cân bả vai, bên bả trong điều trị khuyết hồng phần mềm lớn vùng cẳng chân, bàn chân, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Loukas M., du Plessis M., Owens D.G., et al.** (2014), "The lateral thoracic artery revisited", *Surgical and Radiologic Anatomy*, 36(6), pp. 543-549.
8. **Serafin D.** (1996), *Atlas of microsurgical composite tissue transplantation*, Saunders, Philadelphia.
9. **Valnicek S.M., Mosher M., Hopkins J.K. et al** (2004), "The Subscapular Arterial Tree as a Source of Microvascular Arterial Grafts", *Plastic and Reconstructive Surgery*, 113(7), pp. 2001-2005.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN HỆ GIỮA CÁC TRIỆU CHỨNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HỘI CHỨNG KHÍ ÂM LƯỠNG HƯ TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT, BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TP. HỒ CHÍ MINH VÀ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH – CƠ SỞ 3

Nguyễn Lê Văn¹, Hồ Hoàng Khôi¹, Phạm Huy Kiến Tài¹,
Nguyễn Thị Hương Dương¹, Võ Trọng Tuấn¹, Tăng Khánh Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan hội chứng Khí âm lưỡng hư (QYD) ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2 (ĐTĐ2). **Đối tượng – Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 304 bệnh nhân ĐTĐ2 tại 3 bệnh viện ở TP.HCM. **Kết quả:**

Tuổi, thời gian mắc bệnh và BMI trung vị lần lượt là 68 tuổi, 6 năm, 23,08 kg/m²; kiểm soát đường huyết kém. Nhóm nữ (57,2%), nghỉ việc do bệnh (49%), không hút thuốc (69,4%), rối loạn lipid máu (86%) chiếm đa số. Dân cư chủ yếu ở thành thị, 43,4% có tiền căn gia đình ĐTĐ. Hội chứng QYD chiếm 31,9%. Các triệu chứng như miệng khô, can yết, phạp lực, đau lưng, tiểu nhiều... có p<0,05; các dấu hiệu mạch, lưỡi (mạch tế, lưỡi đỏ...) không có khác biệt (p>0,05). **Kết luận:** Yếu tố như BMI, giới tính, tiền căn đột quy, dạ dày – tá tràng và các triệu chứng cụ thể có ý nghĩa thống kê trong chẩn đoán hội chứng QYD.

Từ khóa: đái tháo đường type 2, khí âm lưỡng hư, y học cổ truyền.

¹Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Khánh Huy

Email: khanhhu073@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2025

Ngày duyệt bài: 21.7.2025

SUMMARY

EVALUATING THE RELATIONSHIP BETWEEN SYMPTOMS AND FACTORS RELATED TO YIN-QI DEFICIENCY SYNDROME IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT THONG NHAT HOSPITAL, TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY AND THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY – BRANCH 3

Objective: To evaluate clinical characteristics and associated factors of the Qi-Yin Deficiency Syndrome (QYD) in patients with Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 304 T2DM patients at three hospitals in Ho Chi Minh City. **Results:** The median age, duration of disease, and BMI were 68 years, 72 months, and 23.08 kg/m², respectively; glycemic control was generally poor. The majority were female (57.2%), retired or unemployed due to illness (49%), non-smokers (69.4%), and had dyslipidemia (86%). Most participants resided in urban areas, and 43.4% had a family history of diabetes. The QYD syndrome accounted for 31.9%. Symptoms such as thirst, dry throat, fatigue, lassitude, back pain, frequent urination showed statistical significance ($p < 0.05$); however, pulse and tongue signs (e.g., thready pulse, red tongue) did not differ significantly between groups ($p > 0.05$). **Conclusion:** Factors including BMI, gender, history of stroke, peptic ulcer, and specific symptoms showed statistical significance in diagnosing QYD syndrome.

Keywords: type 2 diabetes, qi yin deficiency, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 (ĐTĐ2) là bệnh lý rối loạn chuyển hóa mạn tính và thường gặp nhất trên lâm sàng [6]. Các biến chứng có thể xảy ra do ĐTĐ bao gồm biến chứng trên mạch máu và biến chứng trên thần kinh. Điều này để lại hậu quả tổn thương nặng nề đa cơ quan và trở thành gánh nặng cả nền kinh tế và y tế nước nhà.

Y học cổ truyền (YHCT) đóng góp một phần không nhỏ trong chăm sóc sức khỏe. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu đa trung tâm mô tả các triệu chứng và yếu tố liên quan đến hội chứng Khí âm lưỡng hư trên người bệnh ĐTĐ2. Do đó, đề tài này muốn nghiên cứu mô tả các triệu chứng và yếu tố liên quan đến hội chứng Khí âm lưỡng hư (QYD) trên người bệnh ĐTĐ2 tại bệnh viện Thống Nhất, bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh và bệnh viện Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh cơ sở 3 (UMC3).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh từ đủ 18 tuổi, có chẩn đoán ĐTĐ2 đang khám và

điều trị tại bệnh viện Thống Nhất, bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM và UMC3.

2.2. Tiêu chuẩn chọn vào và tiêu chuẩn loại trừ

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn vào: Tất cả người bệnh đã được chẩn đoán ĐTĐ2 theo hồ sơ bệnh án với mã Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD10) là E11; hoặc người bệnh mới chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ADA 2024 [6] bởi bác sĩ chuyên khoa.

- Người bệnh từ đủ 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có một trong các tiêu chuẩn sau: có thai, đang mắc các bệnh lý cấp tính, người bệnh có rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc hoặc không thực hiện được y lệnh [5].

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 05 năm 2025

Địa điểm: bệnh viện Thống Nhất, bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM và UMC3.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

Cỡ mẫu: Ước lượng cỡ mẫu dựa trên công thức

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Dựa trên nghiên cứu của Bùi Hương Giang và cộng sự (2024) [2], ta có n là cỡ mẫu nghiên cứu; Z là trị số từ phân phối chuẩn ($Z_{0,95} = 1,65$ ở độ tin cậy là 90%); p = 0,31 (tỉ lệ % ước tính) để có cỡ mẫu nhỏ nhất với $\alpha = 0,1$ (xác suất sai lầm loại 1) và d = 0,05 (sai số cho phép). Ta được cỡ mẫu cần có ít nhất 233 đối tượng. Dự trừ 10% mất mẫu hoặc phiếu thu thập không đạt chất lượng. Nên cỡ mẫu thực tế cần lấy là $n \geq 257$ người bệnh. Do đó, việc lựa chọn 303 người là hợp lý, đảm bảo độ tin cậy cho phân tích tương quan.

2.5. Quy trình nghiên cứu. Người bệnh đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được tiến hành phỏng vấn, khám lâm sàng và ghi nhận kết quả.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm R.4.5.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ % và phân tích so sánh bằng kiểm định Chi bình phương hoặc kiểm định Fisher exact. Biến định lượng được kiểm tra phân phối chuẩn bằng kiểm định Kolmogorov-Smirnov và mô tả trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn, hoặc trung vị (tứ phân vị) và được phân tích so sánh bằng kiểm định t-student hoặc kiểm định phi tham số Wilcoxon Rank Sum Test. Mô hình hồi quy

logistic được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng, đặc điểm bệnh nhân và hội chứng QYD ở người ĐTĐ2. Hệ số tương quan của các biến định tính được tính theo hệ số tương quan Spearman.

2.7. Y đức. Nghiên cứu này được tiến hành sau khi được sự cho phép của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (3670/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 14/10/2024).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của quần thể dân số

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

	Dân số nghiên cứu (n=304)	Khí âm lưỡng hư (n=97)	Hội chứng khác (n=207)	Giá trị p
Bệnh viện^b: YHCT TP.HCM ĐHYD TP.HCM-CS3 Thống Nhất	118(38,8%) 15(4,9%) 171(56,2%)	27(28%) 4(4,1%) 66(68%)	91(44%) 11(5,3%) 105(51%)	0,017 ^c
Tuổi^{a,e}	68(60-75)	69(63-75)	68(58-74)	0,260 ^e
Thời gian mắc bệnh (năm)^{a,e}	6(2-15)	6(1-12)	6(2-15)	0,802 ^e
Dưới 1 năm	48(16%)	14(14%)	34(16%)	
Từ 1 - 5 năm	70(23%)	23(24%)	47(23%)	
Từ 5 - 10 năm	61(20%)	20(21%)	41(20%)	
Từ trên 10 năm	125(41%)	40(41%)	85(41%)	
BMI (Kg/m²)^a	23,08(21,23-25,47)	24,0(21,4-27,2)	22,8(21,2-24,9)	0,005 ^e
Thiếu cân ^b	19(6%)	8(8,2%)	11(5,3%)	
Trung bình ^b	127(42%)	32(33%)	95(46%)	
Thừa cân ^b	67(22%)	13(13%)	54(26%)	
Béo phì độ I ^b	73(24%)	31(32%)	42(20%)	
Béo phì độ II ^b	18(6%)	13(13%)	5(2,4%)	
Huyết áp tâm thu (mmHg)^a	120(120-130)	120(120-130)	120(120-130)	0,684 ^e
Huyết áp tâm trương (mmHg)^a	80(70-80)	80(70-80)	80(70-80)	0,693 ^e
Mạch (lần/phút) ^{a,e}	80(74-86)	80(74-86)	80(70-80)	0,988 ^e
Chỉ số đường huyết				
HbA1c (%) ^{a,e}	8,83(7,05-10,69)	9,07(6,96-10,91)	8,80(7,08-10,63)	0,863 ^e
Đường huyết đói (mmol/l) ^a	8,08(6,20-13,10)	9(6-16)	8(6-12)	0,076 ^e
Giới tính^b: Nữ	174(57,2%)	69(71%)	105(51%)	0,001 ^d
Nam	130(42,8%)	28(29%)	102(49%)	
Nghề nghiệp^b: Lao động chân tay	56(18,4%)	2(2,1%)	7(3,4%)	0,533 ^c
Lao động trí óc	30(9,9%)	21(22%)	35(17%)	
Nghỉ hưu/nghỉ việc do bệnh	149(49%)	7(7,2%)	23(11%)	
Nội trợ/thất nghiệp	60(19,7%)	51(53%)	98(47%)	
Khác	9(3,0%)	16(16%)	44(21%)	
Nơi thường trú^b: Thành thị	230(75,7%)	73(75%)	157(76%)	1 ^c
Nông thôn	74(24,3%)	24(25%)	50(24%)	
Tiền căn gia đình ĐTĐ^b: Có	132(43,4%)	45(46%)	87(42%)	0,554 ^d
Không	172(56,6%)	52(54%)	120(58%)	
Hút thuốc lá^b: Đang hút	33(10,9%)	4(4,1%)	29(14%)	0,035 ^d
Không hút	211(69,4%)	72(74%)	139(67%)	
Đã từng hút	60(19,7%)	21(22%)	39(19%)	
Tiền căn bệnh đồng mắc^b				
Có tăng huyết áp	259(85,2%)	87(90%)	172(83%)	0,181 ^d
Có đột quỵ	58(19,1%)	10(10%)	48(23%)	0,012 ^d
Có bệnh mạch vành	106(34,9%)	35(36%)	71(34%)	0,861 ^d
Có rối loạn lipid máu	261(85,9%)	82(85%)	179(86%)	0,783 ^d
Có bệnh thận mạn	45(14,8%)	11(11%)	34(16%)	0,322 ^d
Có bệnh lý gan	39(12,8%)	13(13%)	26(13%)	0,984 ^d
Có bệnh dạ dày - tá tràng	135(44,4%)	56(58%)	79(38%)	0,002 ^d

Ghi chú: ^a trung vị (tử phân vị); ^b n (%); ^c kiểm định Wilcoxon Rank Sum; ^d kiểm định Fisher exact; ^e kiểm định χ^2 .

Nhận xét: Nghiên cứu thực hiện trên 304

bệnh nhân ĐTĐ2 tại 3 bệnh viện TP.HCM, đa số ở Bệnh viện Thống Nhất (56,2%), ít nhất ở UMC3 (4,9%). Tuổi trung vị là 68 năm, thời gian mắc bệnh trung vị 6 năm. BMI trung vị 23,08 kg/m², thể trạng trung bình chiếm 42% ở cả hai nhóm hội chứng. Huyết áp và mạch trong giới hạn bình thường. Đường huyết kiểm soát kém: HbA1c trung vị 8,83%, đường huyết đói 8,08 mmol/l. Nữ chiếm 57,2%, nam 42,8%. Nhóm nghỉ hưu/ngỉ việc chiếm 49%, nghề khác chỉ 3%. Dân cư thành thị gấp 3,1 lần nông thôn. Tiền căn gia đình có ĐTĐ chiếm 43,4%. Không hút thuốc chiếm 69,4%, đang hút 10,9%. Rối loạn lipid máu và tăng huyết áp phổ biến nhất (86% và 83%), bệnh gan và thận mạn thấp nhất (12,8% và 14,8%).

3.2. Đặc điểm về hội chứng Khí âm lưỡng hư



Hình 1. Đặc điểm về hội chứng Khí âm lưỡng hư trên người bệnh ĐTĐ2

Nhận xét: Trong số 304 người bệnh, hội chứng bệnh Khí âm lưỡng hư là 97 người (chiếm 31,9%), còn lại 207 người (68,1%) thuộc các hội chứng bệnh khác.

3.2. Đặc điểm lâm sàng liên quan Hội chứng Khí âm lưỡng hư và Hội chứng khác

Bảng 2. Phân tích tương quan đặc điểm lâm sàng và Hội chứng Khí âm lưỡng hư

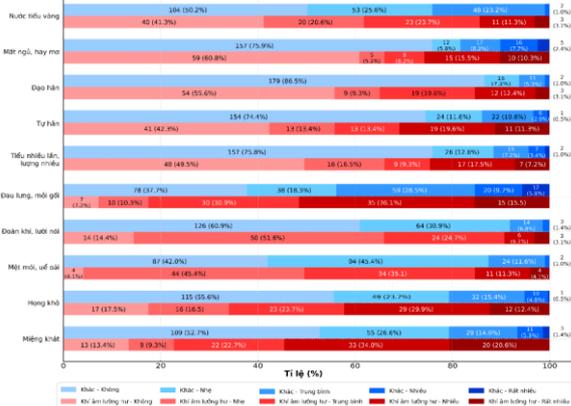
Triệu chứng YHCT	Hội chứng QYD	Hội chứng khác	Giá trị p
Miệng khát ^a : Không Nhe Trung bình Nhiều Rất nhiều	13 (13,4)	109 (52,7)	< 0,001 ^b
	9 (9,3)	55 (26,6)	
	22 (22,7)	29 (14,0)	
	33 (34,0)	11 (5,3)	
	20 (20,6)	3 (1,4)	
Can yết ^a : Không Nhe Trung bình Nhiều Rất nhiều	17 (17,5)	115 (55,6)	< 0,001 ^b
	16 (16,5)	49 (23,7)	
	23 (23,7)	32 (15,4)	
	29 (29,9)	10 (4,8)	
	12 (12,4)	1 (0,5)	
Phạp lực ^a : Không Nhe Trung bình Nhiều Rất nhiều	4 (4,1)	87 (42)	< 0,001 ^b
	44 (45,4)	94 (45,4)	
	34 (35,1)	24 (11,6)	
	11 (11,3)	2 (1,0)	
	4 (4,1)	0 (0,0)	
Khí đoàn, lưỡi nói ^a			<

Không	14 (14,4)	126 (60,9)	0,001 ^b	
Nhe	50 (51,6)	64 (30,9)		
Trung bình	24 (24,7)	14 (6,8)		
Nhiều	6 (6,2)	3 (1,4)		
Rất nhiều	3 (3,1)	0 (0,0)		
Đau lưng, mỏi gối ^a	Không	7 (7,2)	78 (37,7)	< 0,001 ^b
	Nhe	10 (10,3)	38 (18,3)	
	Trung bình	30 (30,9)	59 (28,5)	
	Nhiều	35 (36,1)	20 (9,7)	
	Rất nhiều	15 (15,5)	12 (5,8)	
Tiểu nhiều lần, lượng nhiều ^a	Không	48 (49,5)	157 (75,8)	< 0,001 ^b
	Nhe	16 (16,5)	26 (12,6)	
	Trung bình	9 (9,3)	15 (7,2)	
	Nhiều	17 (17,5)	7 (3,4)	
	Rất nhiều	7 (7,2)	2 (1,0)	
Tự hạn ^a : Không Nhe Trung bình Nhiều Rất nhiều	41 (42,3)	154 (74,4)	< 0,001 ^b	
	13 (13,4)	24 (11,6)		
	13 (13,4)	22 (10,6)		
	19 (19,6)	6 (2,9)		
	11 (11,3)	1 (0,5)		
Đạo hạn ^a : Không Nhe Trung bình Nhiều Rất nhiều	54 (55,6)	179 (86,5)	< 0,001 ^b	
	9 (9,3)	15 (7,2)		
	19 (19,6)	11 (5,3)		
	12 (12,4)	2 (1,0)		
	3 (3,1)	0 (0,0)		
Thất miên, hay mơ ^a	Không	59 (60,8)	157 (75,9)	0,006 ^c
	Nhe	5 (5,2)	12 (5,8)	
	Trung bình	8 (8,2)	17 (8,2)	
	Nhiều	15 (15,5)	16 (7,7)	
	Rất nhiều	10 (10,3)	5 (2,4)	
Nước tiểu vàng ^a	Không	40 (41,3)	104 (50,2)	< 0,001 ^b
	Nhe	20 (20,6)	53 (25,6)	
	Trung bình	23 (23,7)	48 (23,2)	
	Nhiều	11 (11,3)	2 (1,0)	
	Rất nhiều	3 (3,1)	0 (0,0)	
Mạch tế ^a : Không Có	80 (82,5)	175 (84,5)	0,772 ^c	
	17 (17,5)	32 (15,5)		
Mạch sắc ^a : Không Có	58 (59,8)	134 (64,7)	0,481 ^c	
	39 (40,2)	73 (35,3)		
Mạch hư ^a : Không Có	80 (82,5)	177 (85,5)	0,609 ^c	
	17 (17,5)	30 (14,5)		
Lưỡi đỏ ^a : Không Có	64 (66,0)	149 (72,0)	0,352 ^c	
	33 (34,0)	58 (28,0)		
It rêu ^a : Không Có	77 (79,4)	175 (84,5)	0,342 ^c	
	20 (20,6)	32 (15,5)		
Rêu trắng mỏng ^a Không Có	52 (53,6)	106 (51,2)	0,789 ^c	
	45 (46,4)	101 (48,8)		

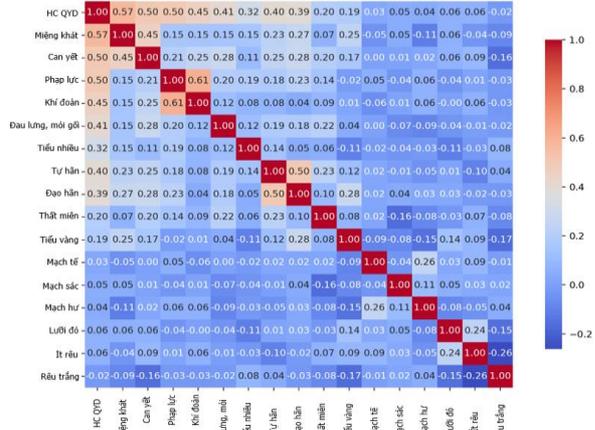
Ghi chú: ^a n (%); ^b kiểm định chính xác Fisher; ^c kiểm định χ^2

Nhận xét: Các triệu chứng như miệng khát,

can yết, phạp lực, khí đoàn, đau lưng, tiểu nhiều... có $p < 0,05$, cho thấy khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm "Khí âm lưỡng hư" và nhóm "Hội chứng khác". Tỷ lệ bệnh nhân tăng dần theo mức độ nặng ở nhóm "Khí âm lưỡng hư", ngược lại giảm ở nhóm "Khác". Ví dụ, miệng khát mức rất nhiều chiếm 20,6% ở nhóm "Khí âm lưỡng hư" và chỉ 1,4% ở nhóm "Khác". Trong khi đó, các dấu hiệu mạch và lưỡi như mạch tế, lưỡi đỏ... có $p > 0,05$, không có khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm.



Hình 2. Tỷ lệ 10 triệu chứng lâm sàng theo hội chứng bệnh



Hình 3. Môi tương quan giữa các triệu chứng YHCT và hội chứng Khí âm lưỡng hư

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh Đái tháo đường type 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân kiểm soát đường huyết chưa tốt, thể hiện qua HbA1c và đường huyết đói có trung vị lần lượt 8,83% và 8,08 mmol/l đều cao hơn ngưỡng khuyến cáo. Nhóm nghỉ hưu/nghỉ việc do bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (49%), nhóm nghề khác chiếm tỷ lệ thấp nhất (3%). Dân số có sống ở khu vực thành thị gấp 3,1 lần so với dân số sống ở nông thôn. Tiền căn

gia đình có ĐTD đóng vai trò quan trọng (chiếm 43,4%) đối tượng tham gia nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người lớn tuổi trung vị 68 (60–75) tuổi, tuổi dưới 60 chiếm tỷ lệ thấp hơn so với độ tuổi trên 60, tỉ số nam:nữ là 1:1,34, điều này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Hương Giang và cộng sự (2024) [2] và nghiên cứu của Dương Thị Ngọc Lan và cộng sự (2022) [5] với tuổi trung bình là 68±9,82 (tuổi) và tỉ lệ nữ 57% so với nam 43%.

Huyết áp và mạch trung vị trong giới hạn bình thường phản ánh vấn đề kiểm soát huyết áp của nền Y tế Việt Nam làm việc hiệu quả và người dân có ý thức cao hơn.

BMI trung vị là 23,08 Kg/m², tỉ lệ béo phì (BMI≥25 kg/m²) là 30,0%, gần bằng với nghiên cứu của Dương Thị Ngọc Lan (2022) [5] có BMI trung bình là 23,32 kg/m² và tỉ lệ béo phì là 28,9%, Điều này cũng tương ứng với mối liên hệ đã biết giữa béo phì và ĐTD2, Người béo phì thường ăn đồ ngọt nên có câu "Phì giả, lệnh nhân nội nhiệt...", cam giả, lệnh nhân trung mẫn,... khí thượng dật, chuyển vị tiêu khát" (Hoàng đế Nội kinh Tố Vấn, thiên Kỳ bệnh luận).

ĐTD2 là diễn tiến bệnh âm thầm trong nhiều năm không có triệu chứng, Vì thế rất khó để xác định được chính xác thời gian bệnh, Trong nghiên cứu của chúng tôi lấy thời điểm phát hiện bệnh để xác định định thời gian mắc ĐTD2, thời gian mắc bệnh trung vị 6 năm, tứ phân vị là 2 và 15 năm. Số ca mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỉ lệ lớn nhất 41%, thấp nhất là tỉ lệ người bệnh phát hiện dưới 1 năm 16%, Tỷ lệ người bệnh có thời gian phát hiện Đái tháo đường từ 10 năm trong nghiên cứu của Trần Thị Thanh Huyền (2011) [3] là 35,2%, trong nghiên của Bùi Hương Giang (2024) là 40,61%, trong nghiên cứu của Hou (2022) [7] là 24%. Sự khác biệt về kết quả như vậy là do đặc điểm người bệnh khác nhau về nhận thức, chế độ sinh hoạt hoặc quản lý bệnh tật ở các bệnh viện và khu vực khác nhau, Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần người bệnh đến khám bảo hiểm với nhiều bệnh mạn tính đồng mắc (bệnh viện Y học cổ truyền) và người bệnh công chức, viên chức nghỉ hưu (bệnh viện Thống Nhất) nên việc quản lý điều trị bệnh đầy đủ, đặc biệt là nhóm phát hiện trên 10 năm bởi đây là nhóm người bệnh có nhiều biến chứng của Đái tháo đường với nhiều bệnh đồng mắc và cần kiểm soát đường huyết chặt chẽ.

Trong phát hiện và điều trị Đái tháo đường, tiền căn gia đình là thông tin quan trọng, Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ người thân trong gia đình mắc Đái tháo đường chiếm 43,6%, Tỷ lệ

này tương đồng với nghiên cứu của Phan Thị Thùy Dung (2017) [1] với tỉ lệ tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM là 43,4% và nghiên cứu của Dương Thị Ngọc Lan (2022) [5] với tỉ lệ là 44,3%, Điều này tương ứng với nguyên nhân bệnh do tiên thiên theo cơ chế bệnh sinh YHCT [8].

Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu chưa kiểm soát tốt mục tiêu đường huyết. HbA1c trung bình và trung vị lần lượt là 9,12 và 8,83%, glucose huyết đói có trung bình và trung vị lần lượt là 10,90 và 8,08 mmol/L. Chỉ số này tương đồng với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu tại bệnh viện Đại học Y dược TP.HCM của Dương Thị Ngọc Lan (8,8±2,4%) [5]. Điều này cho thấy tình trạng kiểm soát đường huyết kém trên dân số nước ta và cũng tương đồng với thực trạng tại các nước đang phát triển khác.

4.2. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng Y học cổ truyền trên người bệnh ĐTĐ2. Một nghiên cứu tại Trung Quốc của Từ Cương (2020) [8] chỉ ra các triệu chứng như miệng khát; can yết; phạp lực; khí đoàn, lưỡi nói; đau lưng, môi gỏi; tiểu nhiều lần, lượng nhiều; tự hãn; đạo hãn; thất miên, hay mơ; nước tiểu vàng; mạch tế; mạch sắc; mạch hư; lưỡi đỏ và ít rêu có giá trị trong chẩn đoán hội chứng QYD trên người bệnh Tiêu khát. Từ đó xây dựng nên thang điểm chẩn đoán hội chứng QYD trên người bệnh ĐTĐ2.

Qua phân tích, các triệu chứng như miệng khát, can yết, phạp lực, đau lưng, tiểu nhiều... có $p < 0,01$, cho thấy khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm hội chứng. Ngược lại, các dấu hiệu mạch và lưỡi (mạch tế, lưỡi đỏ...) có $p > 0,05$, không khác biệt giữa nhóm "Khí âm lưỡng hư" và "Hội chứng khác". Điều này cho thấy sự tương đồng về mô hình bệnh tật hội chứng QYD trên bệnh nhân ĐTĐ2 giữa Việt Nam và Trung Quốc, đồng thời phù hợp với cơ chế bệnh sinh YHCT: Khí âm lưỡng hư gồm Âm hư (đau lưng, đạo hãn) và Khí hư (phạp lực, khí đoàn), kèm Táo nhiệt (miệng khô, lưỡi đỏ) [4], [8].

4.3. Hạn chế và khuyến nghị. Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, thực hiện tại 3 cơ sở y tế ở TP.HCM trong thời gian ngắn, hạn chế khả năng khái quát. Cần nghiên cứu tiếp theo với mẫu lớn hơn, nhiều cơ sở và thời gian dài hơn để tăng độ tin cậy. Phân tích từng triệu chứng riêng lẻ chưa đánh giá đầy đủ các yếu tố liên quan và hiện tượng đa cộng tuyến trong hồi quy logistic. Nhiều bệnh nhân thiếu kết quả cận lâm sàng khiến mô hình hồi quy đa biến kém chính xác. Do đó, cần một mô hình phi tuyến và có thuật toán phân bố ngẫu nhiên tốt hơn để khắc phục các hạn chế trên.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố: BMI, giới tính, tiền căn bệnh đồng mắc đột quỵ và dạ dày – tá tràng và các triệu chứng: miệng khát, can yết, phạp lực, khí đoàn, đau lưng môi gỏi, tiểu nhiều lần, lượng nhiều, tự hãn; đạo hãn, thất miên, hay mơ; nước tiểu vàng đều có ý nghĩa thống kê giữa nhóm "Khí âm lưỡng hư" và nhóm "Hội chứng khác" (giá trị $p < 0,05$). Trong khi đó, các triệu chứng: mạch tế; mạch sắc; mạch hư; lưỡi đỏ; ít rêu đều có giá trị $p > 0,05$, cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ở các đặc điểm mạch và lưỡi.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 276/2025/HĐ-ĐHYD ngày 28 tháng 4 năm 2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Thùy Dung, Trần Quang Nam. Khảo sát tỉ lệ đạt mục tiêu LDL cholesterol trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đang điều trị với statin và các yếu tố liên quan. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2018; Phụ bản tập 22(1):337-343
2. Bùi Hương Giang, Trần Thị Hải Vân. Đặc điểm lâm sàng y học cổ truyền trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;535(2): 309-313. doi: 10.51298/vmj.v535i2.8537
3. Trần Thị Thanh Huyền. Nhận xét tình hình kiểm soát đường huyết và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lão Khoa Trung ương. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2011
4. Trần Đặng Đăng Khoa, Ngô Hoàng Toàn, Nguyễn Trung Kiên. Khảo sát tỷ lệ tăng acid uric máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 từ 40 tuổi trở lên tại Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;532(1):343-347. doi: 10.51298/vmj.v532i1.7340
5. Dương Thị Ngọc Lan. Bước đầu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán các hội chứng lâm sàng y học cổ truyền trên bệnh nhân đái tháo đường type 2. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2022
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S20-S42. doi:10.2337/dc24-S002
7. Hou C, Cui Y, Xu Y, Wang Y, Hao Y. TCM Syndrome Recognition Model of Type 2 Diabetes Mellitus in Shanghai Based on TCM Inquiry Information. Evid Based Complement Alternat Med. 2022;2022:2843218. Published 2022 Mar 15. doi:10.1155/2022/2843218
8. 徐刚. 2型糖尿病气阴两虚证候诊断量表的研制. 硕士研究生学位论文. 成都中医药大学. 2020. doi: 10.26988/d.cnki.gcdzu.2020.000226