

V. KẾT LUẬN

Đa số BN được sử dụng vancomycin theo kinh nghiệm và đo C_{trough} từ 1 - 2 lần trong quá trình điều trị. Tỷ lệ BN đạt PK/PD mục tiêu cũng như hiệu quả điều trị còn hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Anh, Nguyễn Thị Thu Phương, Nguyễn Hoàng Anh và cộng sự.** Phân tích tình hình sử dụng và giám sát nồng độ vancomycin trong máu trên bệnh nhân người lớn tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;511(1):270-274.
2. **Trần Ngọc Phương Minh, Đặng Nguyễn Đoan Trang.** Kết quả ứng dụng hướng dẫn theo dõi nồng độ vancomycin trong trị liệu tại Bệnh viện Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2020;24(6):42-51.
3. **Álvarez A., Fernández L., Gutiérrez D., et al.** Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus in Hospitals: Latest Trends and Treatments Based on Bacteriophages. J Clin Microbiol. 2019;57(12).
4. **Hall N.M., Brown M.L., Edwards W.S., et al.** Model-Informed Precision Dosing Improves Outcomes in Patients Receiving Vancomycin for Gram-Positive Infections. Open Forum Infect Dis. 2024;11(1):ofae002.
5. **Hasanpour A.H., Sepidarkish M., Mollalo A., et al.** The global prevalence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization in residents of elderly care centers: a systematic review and meta-analysis. Antimicrob Resist Infect Control. 2023;12(1):4.
6. **Matsumoto K., Takesue Y., Ohmagari N., et al.** Practice guidelines for therapeutic drug monitoring of vancomycin: a consensus review of the Japanese Society of Chemotherapy and the Japanese Society of Therapeutic Drug Monitoring. J Infect Chemother. 2013;19(3):365-380.
7. **Rybak M.J., Le J., Lodise T.P., et al.** Therapeutic Monitoring of Vancomycin for Serious Methicillin-resistant Staphylococcus aureus Infections: A Revised Consensus Guideline and Review by the American Society of Health-system Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. Clinical Infectious Diseases. 2020;71(6):1361-1364.
8. **Rybak M.J., Lomaestro B.M., Rotschafer J.C., et al.** Vancomycin therapeutic guidelines: a summary of consensus recommendations from the infectious diseases Society of America, the American Society of Health-System Pharmacists, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. Clin Infect Dis. 2009;49(3):325-327.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM THIẾT CHẨN CỦA HỘI CHỨNG CAN THẬN ÂM HƯ TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ GIAI ĐOẠN DI CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH VÀ BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Nguyễn Trí Dũng¹, Nguyễn Thị Hương Dương¹,
Lê Thị Hoàng Linh¹, Tăng Khánh Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm thiết chẩn của hội chứng Can Thận âm hư trên người bệnh đột quỵ giai đoạn di chứng tại bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh (BV YHCT TP.HCM) và BV Lê Văn Thịnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 95 người bệnh đột quỵ não giai đoạn di chứng có hội chứng Can Thận âm hư tại BV YHCT TP.HCM và BV Lê Văn Thịnh. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $63,5 \pm 9,5$ (tuổi trung bình \pm độ lệch chuẩn), nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ 57,9%. Nhóm có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (48,4%). Trong các bệnh lý kèm theo thì tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 93,7%. Đặc điểm thiết chẩn là lưỡi đỏ thẫm/riạ lưỡi đỏ (66,3%), rêu lưỡi trắng vàng (51,6%), mỏng/ít

(46,3%), và khô (65,3%). Hình dạng lưỡi to bệu (56,8%), không đường nứt lưỡi (61,1%), có dấu ấn răng (50,3%), tĩnh mạch dưới lưỡi giãn (55,8%), không gai lưỡi (66,3%). **Kết luận:** Đặc điểm thiết chẩn trên người bệnh đột quỵ não giai đoạn di chứng có hội chứng Can Thận âm hư thường gặp nhất là lưỡi đỏ thẫm/riạ lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng vàng, mỏng/ít và khô, hình dạng lưỡi to bệu, không đường nứt lưỡi, có dấu ấn răng, tĩnh mạch dưới lưỡi giãn, không gai lưỡi.

Từ khóa: Đột quỵ não, thiết chẩn, Can Thận âm hư, Y học cổ truyền.

SUMMARY

INVESTIGATION OF DIAGNOSTIC TONGUE CHARACTERISTICS IN LIVER AND KIDNEY YIN DEFICIENCY SYNDROME IN STROKE PATIENTS DURING THE SEQUELA STAGE AT HO CHI MINH CITY TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL AND LE VAN THINH HOSPITAL

Objective: Survey of diagnostic tongue characteristics in Liver and Kidney Yin deficiency syndrome in stroke patients during the sequela stage at Ho Chi Minh City Traditional Medicine (HCMC TM)

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Tăng Khánh Huy

Email: khanhhuy073@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

Hospital and Le Van Thinh Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 95 stroke patients in the sequela stage with Liver and Kidney Yin deficiency syndrome at the HCMC TM Hospital and Le Van Thinh Hospital. **Results:** The average age of the study participants was 63.5 ± 9.5 (mean age \pm standard deviation), with males comprising the majority at 57.9%. The group with a normal BMI accounted for the highest proportion (48.4%). Among the comorbidities, hypertension had the highest prevalence at 93.7%. The diagnostic tongue characteristics included dark red tongue/ red tongue edges (66.3%), yellowish-white tongue coating (51.6%), thin/scant coating (46.3%), and dry tongue (65.3%). The tongue shape was swollen (56.8%), with no tongue fissures (61.1%), presence of teeth marks (50.3%), dilated sublingual veins (55.8%), and absence of tongue papillae (66.3%). **Conclusion:** The most common diagnostic tongue characteristics in stroke patients during the sequela stage with Liver and Kidney Yin deficiency syndrome are a dark red tongue/red tongue edges, yellowish-white tongue coating, thin/scant and dry coating, swollen tongue shape, absence of tongue fissures, presence of teeth marks, dilated sublingual veins, and absence of tongue papillae.

Keywords: Stroke, diagnostic tongue, Liver and Kidney Yin deficiency syndrome, Traditional Medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQN) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở các quốc gia trên thế giới, bệnh có xu hướng gia tăng ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Tại Việt Nam, tỷ lệ người mắc đột quỵ ngày càng gia tăng, mỗi năm ghi nhận thêm khoảng 200.000 ca mắc mới đột quỵ và 11.000 ca tử vong do đột quỵ [7]. Dự báo đến năm 2030 số mắc ĐQN ở Việt Nam sẽ tăng 1,85 lần so với năm 2010. Các di chứng do ĐQN gây ra như các rối loạn tâm thần kinh, vận động, cảm giác, rối loạn về ngôn ngữ,... không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến sinh hoạt, đời sống của bản thân người bệnh mà còn trở thành một gánh nặng kinh tế, áp lực lên hệ thống chăm sóc y tế, gia đình và xã hội [4].

YHCT có nhiều phương pháp để chẩn đoán và điều trị hội chứng Can Thận âm hư ở người bệnh ĐQN giai đoạn di chứng. Trong đó, thiết chẩn là một trong những phương pháp quan trọng trong chẩn đoán hội chứng của YHCT. Tuy nhiên, các đặc điểm lưỡi YHCT trong hội chứng Can thận âm hư ở người bệnh ĐQN giai đoạn di chứng tại Việt Nam còn chưa có một tiêu chuẩn thống nhất do có sự khác nhau giữa kinh nghiệm và tài liệu y văn của các tác giả. Câu hỏi đặt ra là đặc điểm lưỡi YHCT của hội chứng Can Thận âm hư trên người bệnh ĐQN giai đoạn di chứng biểu hiện như thế nào? Để trả lời câu hỏi này cũng như để bổ sung cơ sở khoa học cho việc ứng

dụng chẩn đoán trên lâm sàng, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Khảo sát đặc điểm thiết chẩn của hội chứng Can Thận âm hư trên người bệnh đột quỵ giai đoạn di chứng tại bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Hồ Chí Minh và bệnh viện Lê Văn Thỉnh*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người bệnh ĐQN đang điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh và bệnh viện Lê Văn Thỉnh.

2.2. Tiêu chuẩn chọn vào và tiêu chuẩn loại trừ

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn vào:

- Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán là ĐQN giai đoạn di chứng có hội chứng Can Thận âm hư (dựa theo hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú).

- Người bệnh tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh tinh táo, hợp tác với thầy thuốc điều trị.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đang mắc các bệnh lý cấp tính cần điều trị tích cực bằng Y học hiện đại.

- Rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác, sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc.

- Có các bệnh lý về lưỡi như tình trạng viêm nhiễm, loét lưỡi, không thể há miệng, không thể giữ ổn định lưỡi trong lúc thăm khám.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Tháng 12 năm 2024 – tháng 4 năm 2025.

Địa điểm: Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Hồ Chí Minh và bệnh viện Lê Văn Thỉnh.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Tính theo công thức

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

Z: trị số phân phối chuẩn với độ tin cậy 80% ($Z=1,28$); α : xác suất sai lầm loại 1 ($\alpha=0,2$)

d: sai số cho phép ($d=0,05$)

p: trị số mong muốn của tỷ lệ ($p=0,5$)

Do không có sẵn trị số của p nên giả định $p=0,5$; Tính theo công thức được số mẫu là 164 người. Dự trừ mất mẫu 10% nên số lượng mẫu cần là 180 người

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. Nhập và quản lý bằng phần mềm Microsoft Excel, phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0.1 và sử dụng phép kiểm chi bình phương và Fisher's test, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

2.7. Y đức. Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học Đại học Y Dược TP.HCM theo quyết định số 4285/ĐHYD-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Tần số (n=95)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	55	57,9
	Nữ	40	42,1
Tuổi trung bình		63,5 ± 9,5	
Bệnh lý kèm theo	Tăng huyết áp	89	93,7
	Rối loạn lipid máu	81	85,3
	Đái tháo đường	45	47,4
	Bệnh thận mạn	3	3,2
BMI	Nhẹ cân	4	4,2
	Bình Thường	46	48,4
	Thừa cân	19	20
	Béo phì độ I	20	21,1
	Béo phì độ II	6	6,3

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với tỷ lệ 57,9%, tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 63,5 ± 9,5 (tuổi trung bình ± độ lệch chuẩn). Trong các bệnh lý kèm theo thường gặp trên người bệnh ĐQN thì tăng huyết áp là bệnh lý thường gặp nhất với tỷ lệ 93,7%, nhóm có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,4%.

3.2. Đặc điểm thiết chẩn ở người bệnh đột quỵ não giai đoạn di chứng có hội chứng Can Thận âm hư

Bảng 2. Đặc điểm thiết chẩn

Đặc điểm		Tần số (n=95)	Tỷ lệ (%)
Màu sắc chất lưỡi	Nhợt nhạt	0	0
	Hồng nhạt/ám hồng	14	14,7
	Hồng	18	18,9
	Đỏ thâm/rìa lưỡi đỏ	63	66,3
	Am tím/tím nhạt	0	0
Màu sắc rêu lưỡi	Trắng	33	34,7
	Trắng vàng	49	51,6
	Vàng	13	13,7
	Xám đen	0	0
Độ dày rêu lưỡi	Không có	38	40
	Mỏng/ít	44	46,3
	Dày	13	13,7

Độ nhuận táo	Khô	62	65,3
	Nhuận	19	20
	Uớt/nhớt	14	14,7
Hình dạng lưỡi	Gầy/thon	11	11,6
	Bình thường	30	31,6
	To bệu	54	56,8
Đường nứt lưỡi	Có	37	39
	Không	58	61,1
Dấu ấn răng	Có	48	50,5
	Không	47	49,5
Tĩnh mạch dưới lưỡi giãn	Có	53	55,8
	Không	42	44,2
Gai lưỡi	Có	32	32,7
	Không	63	66,3

Nhận xét: Màu sắc chất lưỡi không ghi nhận lưỡi có màu nhợt nhạt và ám tím/tím nhạt, lưỡi màu đỏ thẫm/rìa lưỡi đỏ chiếm tỷ lệ cao nhất (66,3%). Màu sắc rêu lưỡi không ghi nhận màu xám đen, màu rêu trắng vàng chiếm tỷ lệ cao nhất (51,6%). Các tính chất của rêu lưỡi là rêu lưỡi mỏng/ít, khô chiếm đa số. Tính chất chất lưỡi ghi nhận lưỡi to bệu, không đường nứt lưỡi, có dấu ấn răng, tĩnh mạch dưới lưỡi giãn, không có gai lưỡi chiếm đa số.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 63,5 ± 9,5 độ lệch chuẩn, có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đó của Hoàng Trọng Hạnh [2] ghi nhận độ tuổi trung bình là 68,14 ± 13,39. Tuổi thuộc nhóm các yếu tố nguy cơ không thay đổi được của bệnh lý đột quỵ. Theo Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não của Bộ Y tế [1] ban hành ngày 23 tháng 12 năm 2020, tuổi thuộc nhóm các yếu tố nguy cơ không thay đổi được của bệnh lý đột quỵ. Nguy cơ đột quỵ tăng theo tuổi, nhất là những người trên 65 tuổi, 2/3 số đột quỵ xảy ra ở người trên 65 tuổi.

Tỷ lệ nam giới ĐQN (57,9%) cao hơn so với nữ giới (42,1%), tỷ lệ người bệnh nam/nữ là 1,375/1, tỷ lệ người bệnh nam và nữ trong các nghiên cứu trong nước cũng cho kết quả tương đương. Nghiên cứu của Phan Minh Hoàng [3] là 98 nam (chiếm 71%) và 40 nữ (chiếm 29%) với tỷ lệ nam/nữ là 2,45/1. Theo hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não của Bộ Y tế (2020) [1], giới tính cũng thuộc nhóm các yếu tố nguy cơ không thay đổi được của bệnh lý đột quỵ, nam giới có nguy cơ đột quỵ cao hơn phụ nữ. Nam giới có tỷ lệ đột quỵ là 62,8/100.000 dân, tỷ lệ tử vong là 26,3% trong khi nữ giới có tỷ lệ đột quỵ là 59/100.000 dân và tỷ lệ tử vong là 39,2%.

Tỷ lệ người bệnh có BMI từ thiếu cân, bình thường cho đến thừa cân – béo phì độ 2 lần lượt là 4,2%, 48,4%, 47,4%. Tỷ lệ người bệnh ĐQN có BMI bình thường chiếm tỷ lệ nhiều nhất 48,4%. Tỷ lệ BMI này tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Trần Quốc Phú [6] với tỷ lệ BMI thiếu cân, trung bình, thừa cân – béo phì độ 2 lần lượt là 9,3%, 50,4%, 40,3%.

Trong khảo sát về các bệnh lý kèm theo trên 95 bệnh nhân ĐQN, tỷ lệ mắc các bệnh lý đi kèm được ghi nhận như sau: Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 93,7%, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ 85,3%, đái tháo đường chiếm tỷ lệ 47,4%, bệnh thận mạn chiếm tỷ lệ ít nhất 3,2%. Kết quả nghiên cứu có sự tương đồng với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Phan Minh Hoàng [3] khảo sát trên 138 bệnh nhân ĐQN ghi nhận bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp 68,8%, rối loạn lipid máu 41,3%, đái tháo đường 29,7%. Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu là các yếu tố nguy cơ xơ vữa động mạch và bệnh lý tim mạch, trong đó bệnh lý tăng huyết áp được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất trong các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được trên người bệnh đột quỵ [1].

4.2. Đặc điểm thiết chẩn của người bệnh đột quỵ não giai đoạn di chứng có hội chứng Can Thận âm hư. Phương pháp thiết chẩn của YHCT rất chú trọng đến màu sắc của chất lưỡi, vì màu sắc của chất lưỡi đóng vai trò quan trọng trong việc phản ánh tình trạng sinh bệnh theo lý thuyết của YHCT. Một trong những kết quả nổi bật trong nghiên cứu này là màu lưỡi đỏ thẫm/riạ lưỡi đỏ chiếm tỷ lệ cao nhất, lên đến 66,3%, vượt trội so với các nhóm màu sắc khác. Màu sắc chất lưỡi đỏ thẫm/riạ lưỡi đỏ là dấu hiệu đặc trưng của tình trạng nhiệt trong hội chứng Can âm hư, theo đó Can có xu hướng hữu dư, dẫn đến sự vượng lên của dương khí âm hư và sinh ra nhiệt. Theo lý thuyết YHCT, “Ất quý đồng nguyên – Can Thận đồng trị” [5] tạng Can và tạng Thận luôn có mối quan hệ mật thiết với nhau. Khi Can âm hư, tạng Thận cũng sẽ bị ảnh hưởng, làm cho tình trạng âm hư càng thêm trầm trọng, từ đó làm phát sinh nhiệt trong cơ thể. Điều này giải thích tại sao màu lưỡi đỏ thẫm/riạ lưỡi đỏ lại chiếm tỷ lệ cao ở người bệnh bị ĐQN giai đoạn có hội chứng Can Thận âm hư, phản ánh sự nóng và nhiệt trong cơ thể.

Bên cạnh đó, một đặc điểm quan trọng khác là màu rêu lưỡi trắng vàng, chiếm tỷ lệ 51,6%. Màu rêu lưỡi trắng vàng thường xuất hiện trong giai đoạn đầu của hội chứng Can Thận âm hư, khi tình trạng âm hư của tạng Can và Thận chưa rõ ràng, nên dấu hiệu của nhiệt chưa biểu hiện

đầy đủ. Màu vàng cho thấy có tình trạng nhiệt bên trong cơ thể, vì vậy rêu lưỡi trắng vàng là một biểu hiện sớm của nhiệt trong cơ thể, khi phần âm chưa bị thiếu hụt quá mức, do đó màu sắc rêu lưỡi không thể trở thành màu vàng đậm như ở các giai đoạn sau. Vì vậy, màu rêu trắng vàng chính là dấu hiệu của nhiệt trong giai đoạn đầu của hội chứng này, khi hư chứng vẫn còn ở mức nhẹ và chưa đủ mức độ để gây ra các biểu hiện nặng hơn của nhiệt.

Màu sắc lưỡi đỏ còn có thể giải thích theo Y học hiện đại. Mặc dù còn ít nghiên cứu về màu sắc lưỡi, nhưng một số ít nghiên cứu lâm sàng hồi cứu của Y học hiện đại đã cung cấp bằng chứng cho thấy các chất trung gian gây viêm như IL-6 và IL-1 β vẫn ở mức cao trong tuần hoàn ngay cả 3 tháng sau khi đột quỵ khởi phát [8]. Những hoá chất trung gian gây viêm này có thể gây ra tình trạng nhiệt, lưỡi đỏ.

Rêu lưỡi mỏng/ít và rêu lưỡi khô là 2 đặc điểm quan trọng phản ánh tình trạng nội nhiệt lâu ngày và sự thiếu hụt của phần âm huyết, tân dịch trong cơ thể. Huyết là chất dịch màu đỏ giàu chất dinh dưỡng, có tác dụng tư nhuận chảy trong huyết mạch đi khắp toàn thân. Tân dịch là chỉ toàn bộ hệ thống thủy dịch bên trong cơ thể bao gồm nước bọt, mồ hôi,... tạo nên sự nhuận ẩm ở khoang miệng và hình thành lớp màng mỏng trên bề mặt lưỡi gọi là rêu [5]. Tân dịch và huyết có mối quan hệ nuôi dưỡng lẫn nhau. Tân dịch bổ sung cho huyết làm cho huyết loãng, giúp huyết không bị quánh đặc hoặc đình trệ, mặt khác huyết cũng nuôi dưỡng và giúp bổ sung cho tân dịch. Cả huyết và tân dịch đều liên quan đến âm và bổ trợ cho nhau. Ở người bệnh có hội chứng Can Thận âm hư sẽ có tình trạng hư nhiệt bên trong cơ thể, nhiệt âm i lâu ngày sẽ làm cho tân dịch, âm huyết khô cạn, lâu ngày gây ra các triệu chứng như lưỡi không có rêu, rêu mỏng/ít, lưỡi khô...

Các tính chất chất lưỡi nổi trội gồm: Lưỡi to bệu chiếm tỷ lệ (56,8%), lưỡi không có đường nứt (61,1%), lưỡi có dấu ấn răng chiếm (50,5%), tĩnh mạch dưới lưỡi giãn (55,8%), không có gai lưỡi (63%). Lưỡi to bệu và có dấu ấn răng thường phản ánh tình trạng đàm thấp hoặc tỳ khí hư trong cơ thể nhiều hơn. Tuy nhiên ở những người bệnh có hội chứng âm hư, có tình trạng nội nhiệt trong cơ thể, nhiệt này lâu ngày sẽ làm khô cạn tân dịch, khiến đàm thấp hình thành.

Lưỡi không có đường nứt có thể là kết quả gây bất ngờ vì theo YHCT, khi lưỡi có đường nứt sẽ biểu thị cho tình trạng thực nhiệt hoặc âm hư trong cơ thể. Âm hư trong cơ thể (thiếu âm huyết, dịch cơ thể không đủ) là nguyên nhân

chủ yếu dẫn đến nội nhiệt trong cơ thể, làm cơ thể mất khả năng duy trì độ ẩm cần thiết, lâu ngày sẽ sinh ra các vết nứt trên lưỡi. Có thể vì cỡ mẫu trong nghiên cứu chưa đạt được như mục tiêu mong muốn nên kết quả có thể chưa chính xác.

Tĩnh mạch dưới lưỡi giãn thường được coi là dấu hiệu của huyết ứ hoặc huyết hư trong cơ thể. Khi huyết thiếu hụt, không đủ để nuôi dưỡng các mô trong cơ thể, các mạch máu sẽ không được nuôi dưỡng tốt, dẫn đến hiện tượng giãn tĩnh mạch. Tương tự như tĩnh mạch dưới lưỡi, gai lưỡi cũng được coi là dấu hiệu của tình trạng ứ huyết hoặc nhiệt bên trong cơ thể, nên kết quả không có gai lưỡi cũng có thể chưa chính xác vì còn hạn chế về số lượng mẫu.

4.3. Hạn chế và khuyến nghị. Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, thực hiện tại 2 cơ sở y tế ở Thành phố Hồ Chí Minh 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. Kết quả của nghiên cứu này chỉ dựa trên dữ liệu cắt ngang, vì vậy nên tiến hành các nghiên cứu theo chiều dọc để xác nhận những mối liên quan đã phát hiện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện khảo sát trên 95 người bệnh ĐQN giai đoạn di chứng có hội chứng Can Thận âm hư tại bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh và bệnh viện Lê Văn Thịnh ghi nhận các đặc điểm thiết chẩn thường gặp nhất là lưỡi đỏ thẫm/ria lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng vàng, mỏng/ít, và khô. Hình dạng lưỡi to bệu, không đường nứt lưỡi, có dấu ấn răng, tĩnh mạch dưới lưỡi giãn, không gai lưỡi. Nghiên cứu này cung cấp

thêm bằng chứng, giúp chẩn đoán và thống nhất giữa các y văn, giáo trình trong bệnh đột quy não có hội chứng Can Thận âm hư tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quy não 2020. Hà Nội: 2020
- Hoàng Trọng Hanh,** Nguyễn Hân, Trần Duy Hoà, và cộng sự. Nghiên cứu nồng độ S100 và NSE huyết thanh ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại bệnh viện trung ương Huế. Tạp chí y dược học. 2014;22:49-55
- Phan Minh Hoàng,** Nguyễn Hồng Hà. Thực trạng bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não tại khoa phục hồi chức năng – vật lý trị liệu, bệnh viện phục hồi chức năng – điều trị bệnh nghề nghiệp năm 2022 - 2023. Tạp chí y học Việt Nam. 2024;537(1).
- Hoàng Khánh,** Nguyễn Đình Toàn. Giáo trình Nội Thần Kinh tại biến mạch máu não. NXB Đại học Huế; 2015. Việt Nam
- Lê Bảo Lưu,** Tăng Khánh Huy. Lý luận cơ bản Y học cổ truyền. TP.HCM: NXB Đại học Quốc gia Hồ Chí Minh; 2023. Việt Nam
- Trần Quốc Phú,** Tôn Phước Thuận, Mai Thị Bích Chỉnh, và cộng sự. Khảo sát các yếu tố nguy cơ Đột quy và nhận thức đúng về bệnh Đột quy của người dân huyện CM. Tạp chí y dược lâm sàng 108. 2023;18(5)
- Feigin VL,** Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022 [published correction appears in International journal of stroke. 2022 Apr;17(4):478. doi: 10.1177/174749302211080343. International journal of stroke. 2022;17(1): 18-29. doi:10.1177/17474930211065917
- Garlichs CD,** Kozina S, Fateh-Moghadam S, et al. Upregulation of CD40-CD40 ligand (CD154) in patients with acute cerebral ischemia [published correction appears in Stroke. 2003 Jul;34(7): 1820. Stroke. 2003;34(6): 1412-1418. doi:10.1161/01.STR.0000074032.64049.47

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIM MẠCH SAU 3 THÁNG CHO NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Võ Hoàng Phúc¹, Trần Ngọc Trâm¹, Phan Nguyễn Thị Loan¹, Hà Thúc Tín¹, Lương Ninh Huy¹, Dương Thị Quế Lan¹, Nguyễn Đức Thành¹, Nguyễn Thanh Hiền¹, Cao Ngọc Mai Hân¹, Bùi Thế Dũng¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM
 Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng
 Email: dung.bt@umc.edu.vn
 Ngày nhận bài: 7.7.2025
 Ngày phản biện khoa học: 11.8.2025
 Ngày duyệt bài: 12.9.2025

Mở đầu: Chương trình phục hồi chức năng tim mạch ngoại trú có giám sát tại bệnh viện cho người bệnh tim mạch đã được chứng minh có hiệu quả trong việc cải thiện triệu chứng cũng như phòng ngừa các biến cố tim mạch, giảm số lần tái khám, số lần nhập viện và thời gian nằm viện, nâng cao tinh thần và chất lượng cuộc sống, cải thiện các yếu tố nguy cơ tim mạch, giảm chi phí điều trị y tế và xã hội. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về lợi ích của chương