

khác biệt trên nhóm có HCCH và không có HCCH, kết quả có thể được giải thích vì chức năng thất trái của bệnh nhân còn có thể phụ thuộc đặc điểm giải phẫu mạch vành và thời gian được tái tưới máu của từng nhóm bệnh nhân và điều trị ở tuyến dưới trước (nếu có) trước khi được chuyển đến BV Chợ Rẫy.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế. Đầu tiên, kỹ thuật lấy mẫu thuận tiện và thời gian nghiên cứu có hạn nên số lượng dân số nghiên cứu chưa cao, ngoài ra đây là một nghiên cứu đơn trung tâm tại trung tâm tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy, nên dân số có thể chưa đại diện cho dân số nghiên cứu tại Việt Nam. Do đó, cần tiến hành thêm các nghiên cứu khảo sát với quy mô lớn hơn, đa trung tâm, để xác định đầy đủ đặc điểm của HCCH trên nhồi máu cơ tim cấp.

## V. KẾT LUẬN

Tần suất HCCH trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp là 68,34%. Tỷ lệ nữ giới mắc HCCH cao hơn nam giới (81,33% và 63,69% với  $p = 0,019$ ). Trong nhóm HCCH, thành phần tăng đường huyết thường gặp nhất và HCCH với 3 thành phần chiếm tỉ lệ cao nhất. Nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm HCCH có tỉ lệ Killip IV lúc nhập viện xu hướng cao hơn nhóm không có HCCH, tuy nhiên không có khác biệt thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, et al.** Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A

Report From the American Heart Association. *Circulation*. Mar 3 2020;141(9):e139-e596. doi:10.1161/cir.0000000000000757

2. **Hồ Thương Dũng, Dương Thị Kim Loan.** Nghiên cứu đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện thống nhất Thành phố Hồ Chí Minh. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2012 2012;16(1)
3. **Carbone S, Canada JM, Billingsley HE, Siddiqui MS, Elagizi A, Lavie CJ.** Obesity paradox in cardiovascular disease: where do we stand? *Vascular health and risk management*. 2019;15:89-100. doi:10.2147/vhrm.S168946
4. **Lovic MB, Savic L, Matic D, Djordjevic D, Nedeljkovic I, Tasic I.** Predictive value of metabolic syndrome definitions in patients with myocardial infarction with ST segment elevation - are they all the same? *Acta cardiologica*. Dec 2018;73(6):574-582. doi:10.1080/00015385.2018.1424599
5. **Cavallari I, Cannon CP, Braunwald E, et al.** Metabolic syndrome and the risk of adverse cardiovascular events after an acute coronary syndrome. *European journal of preventive cardiology*. May 2018;25(8):830-838. doi:10.1177/2047487318763897
6. **Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al.** Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology*. Oct 30 2018;72(18):2231-2264. doi:10.1016/j.jacc.2018.08.1038
7. **Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, et al.** Harmonizing the Metabolic Syndrome. *Circulation*. 2009/10/20 2009;120(16):1640-1645. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644
8. **Saklayen MG.** The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Current hypertension reports*. Feb 26 2018;20(2):12. doi:10.1007/s11906-018-0812-z

## ẢNH HƯỞNG CỦA TUỔI VÀ GIỚI ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT SẠCH ĐƯỢC KẾT HỢP XƯƠNG Ở CHI TRÊN

Nguyễn Ảnh Sang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát liên quan của yếu tố tuổi và giới đến hiệu quả điều trị kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch được kết hợp xương ở chi trên, đánh giá dựa trên thang điểm ASEPSIS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu từ tháng 03/2022 đến tháng 05/2023 tại bệnh viện Quân y 175, khảo sát 62 bệnh nhân (BN) có sử dụng KSDP trong phẫu thuật sạch được kết hợp xương. **Kết quả và kết luận:** Trung bình độ tuổi của nhóm đối tượng nghiên cứu

là  $42,1 \pm 17,01$  tuổi. Nhỏ nhất là 18 tuổi, và lớn nhất là 88 tuổi. Về giới tính, tỉ lệ BN nam nhiều hơn BN nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Điểm trung bình ASEPSIS ở các nhóm tuổi có sự khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm ANOVA,  $p > 0,05$ ).

**Từ khóa:** Kháng sinh dự phòng, chi trên, tuổi và giới, điểm ASEPSIS.

### SUMMARY

#### AFFECT OF AGE AND GERDER ON EFFECTIVE PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC TREATMENT IN CLEAN SURGERY FOR OSTEOSYNTHESIS IN THE UPPER LIMB

**Objectives:** To survey on the relationship of age and gender factors to the effectiveness of antibiotic prophylaxis in clean surgery for osteosynthesis in the

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ảnh Sang

Email: dr.anhsang@gmail

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023

upper extremities, based on the ASEPSIS scale. **Subjects and methods:** A prospective study from March 2022 to May 2023 at Military Hospital 175, surveying 62 patients (patients) who used prophylactic antibiotics in clean surgery to osteosynthesis. **Results and Conclusion:** The average age of the study group is  $42.1 \pm 17.01$  years old. The youngest is 18 years old, and the oldest is 88 years old. Regarding gender, the proportion of male patients was higher than that of female patients, the difference was statistically significant ( $p < 0.01$ ). The mean score of ASEPSIS in the age groups was different, but the difference was not statistically significant (ANOVA test,  $p > 0.05$ ).

**Keywords:** Prophylactic antibiotic, upper limb, age and gender, ASEPSIS scale.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) xảy ra trên 325.000 bệnh nhân mỗi năm tại Hoa Kỳ và tiêu tốn hơn 1 tỷ USD / năm, đồng thời NKVM là một nguyên nhân quan trọng làm tăng thời gian nằm viện và ảnh hưởng trực tiếp đến tỉ lệ mắc bệnh và nguy cơ tử vong của bệnh nhân phẫu thuật, đặc biệt là bệnh nhân lớn tuổi, báo cáo cho thấy bệnh nhân lớn tuổi bị NKVM do Staphylococcus aureus có tỷ lệ tử vong tăng gấp 3 lần, thời gian nằm viện sau phẫu thuật lâu hơn và viện phí cao hơn so với bệnh nhân trẻ tuổi bị NKVM do S. aureus [4]. Báo cáo phân tích gộp từ mười ba nghiên cứu cho thấy nam giới có tỉ lệ nhiễm trùng cao hơn nữ giới [9].

Hiểu rõ hơn về mối quan hệ giữa tuổi tác, giới tính và nguy cơ NKVM đem lại cho phẫu thuật viên nhiều lợi ích như tiên lượng bệnh nhân để tránh rủi ro liên quan đến phẫu thuật, tập trung chăm sóc các bệnh nhân có nguy cơ NKVM cao, cải thiện khả năng bị NKVM. Do đó, nghiên cứu thực hiện nhằm đạt được mục tiêu "Khảo sát liên quan của yếu tố tuổi và giới đến hiệu quả điều trị kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch được kết hợp xương ở chi trên".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các BN có sử dụng KSDP trong phẫu thuật sạch được kết hợp xương ở chi trên tại bệnh viện Quân y 175 từ tháng 03 năm 2022 cho đến hết tháng 05 năm 2023.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

BN từ 18 tuổi trở lên, có các điều kiện sau:

- Gãy xương ở chi trên.
- Có sử dụng KSDP trong phẫu thuật sạch
- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN từ chối, không đồng ý tham gia nghiên cứu. Không đủ hồ sơ bệnh án.
- BN không có chỉ định sử dụng KSDP, không phải là phân loại phẫu thuật sạch.

- BN đã sử dụng kháng sinh, ít nhất trong vòng 48 giờ trước phẫu thuật.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, quan sát theo dõi dọc.

**2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:** Cỡ mẫu được xác định theo công thức tính cho một nghiên cứu tỉ lệ

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p \times (1-p)}{\Delta^2}$$

$p$ : tỉ lệ BN đạt vết thương lành tốt theo tiêu chuẩn đánh giá từ thang điểm ASEPSIS, lấy theo nghiên cứu trước đó của Wilson, A.P. (1986) [8], ta có  $p = 84\%$ .

$\Delta$ : Khoảng sai lệch tuyệt đối mong muốn, lấy bằng 10%.

Thay các số vào các vị trí tương ứng, ta có  $n = 51,6$ . Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là 52 BN.

Qua thu thập mẫu, được 62 BN đủ tiêu chuẩn chọn bệnh.

### 2.2.3. Thang điểm đánh giá:

- Điểm ASEPSIS là thang điểm để đánh giá tình trạng vết mổ trong 5 ngày đầu hậu phẫu, thang điểm này được Wilson và cộng sự thiết kế năm 1986 [8].

**2.2.4. Phân tích và xử lý số liệu:** Nhập, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Phân bố tuổi và giới tính

**Bảng 1: Phân bố tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu (n=62)**

	X±SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
(n=62)	42,1 ± 17,01	18	88
	N	Nam	Nữ
18 - 30	19	14	5
31 - 40	13	10	3
41 - 50	9	7	2
51 - 60	12	6	6
61 - 70	5	3	2
> 70	4	2	2
Tổng	62	42	20

**Nhận xét:** Trung bình độ tuổi của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $42,1 \pm 17,01$  tuổi. Nhỏ nhất là 18 tuổi, và lớn nhất là 88 tuổi. Về giới tính, tỉ lệ BN nam nhiều hơn BN nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

### 3.2. Mối liên quan giữa tuổi, giới tính và điểm ASEPSIS

**Bảng 2: Mối liên quan giữa tuổi và điểm ASEPSIS**

Tuổi	N	Điểm ASEPSIS X±SD	p
18 - 30	19	6,26 ± 2,05	0,472
31 - 40	13	5,77 ± 2,39	

41 - 50	9	6,89 ± 0,6	
51 - 60	12	5,83 ± 2,66	
61 - 70	5	7,8 ± 3,27	
> 70	4	7 ± 1,41	

**Nhận xét:** Điểm trung bình ASEPSIS ở các nhóm tuổi có sự khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm ANOVA,  $p > 0,05$ ).

**Bảng 3: Môi liên quan giữa giới tính và điểm ASEPSIS**

Giới tính	Điểm ASEPSIS $\bar{X} \pm SD$	p
Nam	6,40 ± 2,15	0,735
Nữ	6,2 ± 2,35	

**Nhận xét:** Điểm trung bình ASEPSIS ở các nhóm tuổi có sự khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm ANOVA,  $p > 0,05$ ).

### 3.3. Điểm đánh giá tình trạng vết mổ

**Bảng 4: Điểm ASEPSIS trong 5 ngày đầu hậu phẫu**

Điểm ASEPSIS	$\bar{X} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất
(n=62)	6,34 ± 2,20	1	11
<b>Kết quả</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
Vết thương lành tốt		61	98,39
Vết thương không ổn định		1	1,61

**Nhận xét:** 98,39% BN có điểm ASEPSIS trong 5 ngày đầu sau mổ được đánh giá là vết thương lành tốt. Có 1 BN vết thương không ổn định, nhưng vẫn đạt kết quả liền vết mổ kì đầu. Không có trường hợp bị NKVM tại các thời điểm tái khám.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm về tuổi, môi liên quan giữa tuổi và điểm ASEPSIS.** Có nhiều nghiên cứu cho thấy sự liên quan giữa tuổi của BN với tỉ lệ NKVM. Một nghiên cứu đoàn hệ của Keith S. Kaye và cộng sự [4] thực hiện ở 11 bệnh viện trên những BN có phẫu thuật tử tháng 2/1991 đến tháng 7/2002 chỉ ra rằng trong độ tuổi từ 17 đến 65 tuổi thì cứ tăng 1 tuổi thì nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ sẽ tăng thêm 1,1% và tăng thêm 1,2% cho mỗi tuổi cộng thêm ở những BN  $\geq 65$  tuổi. Một nghiên cứu ở Hoa Kỳ vào năm 2005 chỉ ra rằng với các BN trên 65 tuổi, nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ sẽ tăng thêm 1,2% khi BN tăng thêm 1 tuổi [4]. Nghiên cứu mô tả tiến cứu ở Hoa Kỳ (2007) thu thập dữ liệu từ 142 trung tâm y tế cho thấy các BN có độ tuổi trên 40 có nguy cơ NKVM cao hơn các BN có độ tuổi dưới 40 [6]. Theo Nguyễn Thanh Hải (2014), tỉ lệ NKVM ở nhóm tuổi (41-59) và (60-99) lần lượt cao gấp 2,05 lần và 4,28 lần so với nhóm tuổi (15-40)

[2]. Có thể giải thích nguyên nhân tăng NKVM theo nhóm tuổi là do ở người cao tuổi thì sức đề kháng giảm, thêm vào đó có nhiều bệnh phổi kết hợp. Ngoài ra, do tuổi cao, mạch máu cũng bị lão hóa làm suy giảm sự tưới máu, dẫn đến tại chỗ thiếu oxy tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển [1].

Theo kết quả khảo sát của nhóm nghiên cứu, trung bình độ tuổi của mẫu nghiên cứu là 42,1 ± 17,01 tuổi. BN nghiên cứu của chúng tôi từ 18 tuổi đến 88 tuổi, trong đó có 9 người có độ tuổi trên 60, phần lớn BN nằm trong nhóm 18-60 tuổi (chiếm 85,48%). Như vậy, nguy cơ NKVM liên quan đến độ tuổi của BN trong nghiên cứu khá thấp.

Một báo cáo điều tra môi liên hệ giữa tuổi tác như một biến số liên tục với nhiễm trùng vết mổ từ 8 nghiên cứu, phân tích tổng hợp cho thấy không có môi liên hệ giữa tuổi và tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ. Kết quả của nghiên cứu này cũng tương đồng với báo cáo trên. Bằng phép kiểm định ANOVA ở bảng 2, điểm trung bình ASEPSIS ở các nhóm tuổi có sự khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**4.2. Đặc điểm về giới tính, môi liên quan giữa giới tính và điểm ASEPSIS.** Trong nghiên cứu, tỉ lệ BN nam nhiều hơn BN nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Một nghiên cứu được công bố năm 2014 [5], thu thập dữ liệu từ Hệ thống Giám sát nhiễm trùng bệnh viện của Đức trong khoảng thời gian từ năm 2005 đến 2010, phân tích trên tổng số 438.050 phẫu thuật tim, phẫu thuật mạch máu, phẫu thuật chỉnh hình, và phẫu thuật bụng; với 241.437 ca phẫu thuật là nữ (55%) và 196.613 ca phẫu thuật là nam (45%). Trong đó, có 8.639 ca phẫu thuật bị NKVM, chiếm tỉ lệ là 1,97/100 ca phẫu thuật. Tỉ lệ chung của số ca phẫu thuật bị NKVM đối với nữ là 1,74/100 ca phẫu thuật, trong khi ở BN nam SSI xảy ra ở 2,26/100 ca phẫu thuật, sự khác biệt này rất có ý nghĩa với  $p < 0,001$ . Đối với phẫu thuật chỉnh hình, có 96.221 ca phẫu thuật là nam (38,6%), BN nữ chiếm đa số với 153.111 ca phẫu thuật (61,4%). Tuy nhiên, không có sự khác biệt thống kê về giới tính, mặc dù số ca phẫu thuật bị NKVM ở nam giới là 1,01/100 ca và nữ giới là 0,96/100 ca ( $p = 0,27$ ). Năm 2023, theo báo cáo điều tra môi liên quan về giới tính với nhiễm trùng vết mổ từ 13 nghiên cứu, kết quả phân tích gộp cho thấy nam giới có tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ cao hơn đáng kể so với nữ giới ( $p < 0,00001$ ).

Có nghiên cứu [7] đã chỉ ra rằng giới tính là một yếu tố quan trọng trong hoạt động của hệ thống miễn dịch và có sự khác biệt đáng kể về

giới tính trong đáp ứng miễn dịch. Điều này ảnh hưởng đến khả năng phòng chống nhiễm trùng, bệnh tự miễn, bệnh về khối u cũng như tiêm ngừa. Hệ thống miễn dịch ở phụ nữ trưởng thành thường có hoạt tính hơn, điều này giải thích tại sao 80% BN mắc các bệnh tự miễn dịch là nữ giới và tại sao phụ nữ bị nhiễm HIV cấp tính có lượng RNA virus trong máu ít hơn 40% so với nam giới. Hơn nữa, sự hình thành kháng thể để đáp ứng với vắc-xin cúm ở phụ nữ luôn cao ít nhất là hai lần so với nam giới. Điều này có thể giải thích là do các steroid dành riêng cho giới tính có tác dụng khác nhau đối với phản ứng miễn dịch, cụ thể là các chất trung gian gây viêm [3]. Tình trạng viêm là một yếu tố gây ra tình trạng chậm lành vết thương vì nó dẫn đến sự phá hủy collagen và fibronectin do phân giải protein [3]. Testosterone ức chế phospholipase D, làm giảm sản xuất kháng thể, trong khi estrogen làm tăng sản xuất kháng thể. Hơn nữa, nội tiết tố tuyến sinh dục tác động khác nhau lên quá trình lành vết thương ở da, androgen được cho là có liên quan đến phản ứng tiền viêm đối với vết thương, làm suy yếu quá trình tái tạo biểu mô, phá vỡ quá trình cân bằng nội môi của hàng rào biểu bì, trong khi oestrogen có tác dụng chống viêm. Vì vậy, những điều này có thể dẫn đến nam giới có tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ hậu phẫu cao hơn so với nữ giới [5]. Qua bảng 3, điểm trung bình ASEPSIS giữa hai giới cũng có sự khác nhau, ở nam là  $6,40 \pm 2,15$  điểm so với ở nữ là  $6,2 \pm 2,35$  điểm, thì điểm trung bình ASEPSIS ở nam có cao hơn, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

# KHẢO SÁT CÁC DẠNG THỂ CHẤT THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NÃO

Lê Nguyễn Hạo Nhiên<sup>1</sup>, Trương Thị Hiếu<sup>2</sup>,  
Tăng Khánh Huy<sup>1</sup>, Lê Bảo Lưu<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đột quỵ não là một bệnh lý nguy hiểm, đe dọa đến sức khỏe và tính mạng của người bệnh.

<sup>1</sup>Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bảo Lưu

Email: lebaoluu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

Ở nghiên cứu này, các BN sử dụng KSDP đều không có tình trạng vết mổ bị nhiễm khuẩn, việc so sánh các yếu tố là so sánh trên sự thay đổi điểm ASEPSIS. Điểm trung bình ASEPSIS ở các nhóm tuổi và giữa hai giới có sự khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Giang (2014), Bước đầu đánh giá hiệu quả của kháng sinh dự phòng Cefuroxim trong phẫu thuật cột sống tại Khoa Ngoại – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
2. Nguyễn Thanh Hải (2014), "Tỷ lệ mắc mới, tác nhân, chi phí điều trị và yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 18 (1), tr. 203-208.
3. Ashcroft G.S. (2002), "Androgen receptor-mediated inhibition of cutaneous wound healing", J Clin Invest, vol. 110 (5), pp. 615-624.
4. Kaye K.S. (2005), "The effect of increasing age on the risk of surgical site infection", J Infect Dis, vol. 191 (7), pp. 1056-1062.
5. Langelotz C. (2014), "Gender-specific differences in surgical site infections: An analysis of 438,050 surgical procedures from the German national nosocomial infections surveillance system", Viszeralmedizin, vol. 30 (2), pp. 114-117.
6. Neumayer L. (2007), "Multivariable predictors of postoperative surgical site infection after general and vascular surgery: results from the patient safety in surgery study", J Am Coll Surg, vol. 204 (6), pp. 1178-1187.
7. Pace S. (2020), "Impact of androgens on inflammation-related lipid mediator biosynthesis in innate immune cells", Front Immunol, vol. 11, p. 1356.
8. Wilson A.P. (1986), "A scoring method (ASEPSIS) for postoperative wound infections for use in clinical trials of antibiotic prophylaxis", Lancet, vol. 1 (8476), pp. 311-313.

Đây là nguyên nhân tử vong hàng thứ 2 trên thế giới sau bệnh tim – mạch vành ở người trưởng thành. Đột quỵ não có nguồn gốc đa yếu tố, hiểu biết các yếu tố nguy cơ, bao gồm yếu tố sinh học, hành vi môi trường và xã hội là điều kiện cần thiết để dự đoán và phòng ngừa bệnh. Nghiên cứu về thể chất y học cổ truyền của người bệnh là xu thế tất yếu trong quá trình phòng ngừa và điều trị bệnh tật theo khuynh hướng cá thể hóa. Do đó, tìm hiểu về các dạng thể chất y học cổ truyền trên bệnh nhân đột quỵ não giúp tiên lượng và phòng ngừa đối với bệnh nhân đột quỵ não.

**Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên