

chưa đạt CR đã cho kết quả rất khả quan: Đối với 2 bệnh nhân đạt CR ban đầu được tiến hành điều trị triệt căn (1 ghép gan, 1 cắt gan). Đặc biệt, kết quả giải phẫu bệnh sau cắt gan đã xác nhận khối u hoại tử 100%, minh chứng vai trò "bắc cầu" hiệu quả của DEB-TACE siêu chọn lọc. Đối với các trường hợp chưa đạt đáp ứng hoàn toàn: 6 bệnh nhân được TACE siêu chọn lọc lần 2 trong đó 4/6 trường hợp (66,7%) đã đạt đáp ứng hoàn toàn; 1 bệnh nhân được đốt nhiệt bằng sóng cao tần (RFA) tại vị trí tổn thương còn lại; 1 BN được phẫu thuật cắt gan và 1 trường hợp chưa được điều trị do vấn đề liên quan thủ tục hành chính.

Phân tích các trường hợp đáp ứng không hoàn toàn cho thấy nguyên nhân có thể do bỏ sót nhánh nuôi nhỏ hoặc hiện tượng tân sinh mạch. Điều này khẳng định tầm quan trọng của việc đánh giá mạch máu tỉ mỉ và điều chỉnh chiến lược cá thể hóa cho từng bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

DEB-TACE siêu chọn lọc sử dụng hạt M1 (70-150 μ m) là phương pháp điều trị hiệu quả, đặc biệt với các khối u $\leq$ 3cm, có thể đạt hiệu quả hoại tử khối u hoàn toàn, hướng tới điều trị triệt căn, đồng thời đóng vai trò chiến lược như một phương pháp "bắc cầu" và "giảm giai đoạn" trong điều trị đa mô thức đối với ung thư biểu mô tế bào gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kang Y. J., Lee B. C., Kim J. K., et al. (2020). Conventional Versus Small Doxorubicin-eluting Bead Transcatheter Arterial Chemoembolization for Treating Barcelona Clinic Liver Cancer Stage 0/A Hepatocellular Carcinoma. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 43(1): 55-64.
2. Singal A. G., Llovet J. M., Yarchoan M., et al. (2023). AASLD Practice Guidance on prevention,

- diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, 78(6): 1922-1965.
3. Ayyub J., Dabhi K. N., Gohil N. V., et al. (2023). Evaluation of the Safety and Efficacy of Conventional Transarterial Chemoembolization (cTACE) and Drug-Eluting Bead (DEB)-TACE in the Management of Unresectable Hepatocellular Carcinoma: A Systematic Review. *Cureus*, 15(7): e41943.
4. Yi J. W., Hong H. P., Kim M. S., et al. (2022). Comparison of Clinical Efficacy and Safety between 70-150 μ m and 100-300 μ m Doxorubicin Drug-Eluting Bead Transarterial Chemoembolization for Hepatocellular Carcinoma. *Life (Basel)*, 12(2).
5. Yasuhiro U., Tsuyoshi T., Akihiro N., et al. (2016). Detecting hepatic nodules and identifying feeding arteries of hepatocellular carcinoma: efficacy of cone-beam computed tomography in transcatheter arterial chemoembolization. *Hepatoma Research*, 2: 231-236.
6. Takayasu K., Arii S., Kudo M., et al. (2012). Superselective transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma. Validation of treatment algorithm proposed by Japanese guidelines. *J Hepatol*, 56(4): 886-892.
7. Ngô Quốc Bộ, Nguyễn Trung Kiên, Đặng Đình Phúc, et al. (2022). Đánh giá kết quả bước đầu phương pháp nút mạch hóa chất siêu chọn lọc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518(2).
8. Chen S. C., Ho H. L., Liu C. A., et al. (2025). PIVKA-II as a surrogate biomarker for therapeutic response in Non-AFP-secreting hepatocellular carcinoma. *BMC Cancer*, 25(1): 199.
9. Golfieri R., Cappelli A., Cucchetti A., et al. (2011). Efficacy of selective transarterial chemoembolization in inducing tumor necrosis in small (<5 cm) hepatocellular carcinomas. *Hepatology*, 53(5): 1580-1589.
10. Spreafico C., Cascella T., Facciorusso A., et al. (2015). Transarterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma with a new generation of beads: clinical-radiological outcomes and safety profile. *Cardiovasc Intervent Radiol*, 38: 129-134.

KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM LƯỠI CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM TEO DẠ DÀY DỰA TRÊN HỆ THỐNG PHÂN TÍCH LƯỠI TỰ ĐỘNG

Tăng Khánh Huy¹, Lê Thị Thanh Tâm¹, Nguyễn Thị Hương Dương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm của thiết chẩn và mối liên hệ giữa hình ảnh thiết chẩn với các đặc điểm

nhân khẩu học và lâm sàng dựa trên hệ thống phân tích hình ảnh thiết chẩn tự động trên người bệnh Viêm teo dạ dày. **Đối tượng – Phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) chọn mẫu là những người bệnh đến khám tại Cơ sở 1 và Cơ sở 2 thuộc bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Tuổi trung bình 47,75 $\pm$ 12,83; nhóm $\geq$ 40 tuổi chiếm đa số (73,17%). BMI trung bình phổ biến nhất (41,46%); nữ giới chiếm 51,83%; lao động chân tay 54,27%. Triệu chứng thường gặp: ợ hơi (33,65%), đầy bụng (30,77%), đau thượng vị (30,13%). Bệnh lý kèm theo: tăng huyết áp (20,12%), RLLM (17,68%), đái tháo

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương Dương

Email: huongduongdr2012@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

đường (7,32%). Tỷ lệ dương tính với *Helicobacter pylori* chiếm 1/3; hút thuốc lá 9,15%. Đặc điểm lưỡi phổ biến: màu hồng (29,27%), rêu trắng (57,32%), rêu mỏng (67,07%), lưỡi nhợt (82,32%), hình dạng bình thường (57,32%), đường nứt lưỡi (56,71%), chấm ứ huyết (58,54%), dấu ấn răng (37,85%). **Kết luận:** Yếu tố như độ tuổi, BMI, nghề nghiệp, thói quen hút thuốc lá, triệu chứng đau thượng vị và Rối loạn lipid máu có ý nghĩa thống kê với đặc điểm thiết chẩn trên người bệnh Viêm teo dạ dày ($p < 0,05$). **Từ khóa:** Viêm teo dạ dày, hệ thống phân tích lưỡi tự động, Y học cổ truyền.

SUMMARY

SURVEY ON TONGUE CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ATROPHIC GASTRITIS USING AN AUTOMATED TONGUE ANALYSIS SYSTEM

Objective: To investigate the characteristics of tongue diagnosis and its association with demographic and clinical features using an automated tongue image analysis system in patients with atrophic gastritis. **Subjects and Methods:** The study subjects were patients who attended outpatient consultations at Campus 1 and Campus 2 of University Medical Center Ho Chi Minh City. **Results:** The mean age was 47.75 ± 12.83 years, with the majority aged ≥ 40 years (73.17%). The most common BMI group was normal weight (41.46%). Females accounted for 51.83% and manual laborers 54.27%. Common symptoms included belching (33.65%), bloating (30.77%), and epigastric pain (30.13%). Comorbidities included hypertension (20.12%), dyslipidemia (17.68%), and diabetes mellitus (7.32%). One-third of patients tested positive for *Helicobacter pylori*; 9.15% were smokers. Common tongue features included: pink tongue body (29.27%), white coating (57.32%), thin coating (67.07%), moist tongue (82.32%), normal tongue shape (57.32%), fissures (56.71%), petechiae (58.54%), and teeth marks (37.85%). **Conclusion:** Factors such as age, BMI, occupation, smoking habits, epigastric pain, and dyslipidemia were statistically associated with tongue features identified by the automated analysis system in patients with atrophic gastritis ($p < 0.05$).

Keywords: atrophic gastritis, automatic tongue diagnosis system, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm teo dạ dày (VTDD) là tổn thương tiền ung thư nguy hiểm [3], thường diễn tiến âm thầm và khó phát hiện sớm. Các phương pháp chẩn đoán hiện nay như nội soi và sinh thiết tuy chính xác nhưng mang tính xâm lấn và khó triển khai rộng rãi. Y học cổ truyền (YHCT), đặc biệt là thiết chẩn, mở ra hướng đi mới trong nhận diện VTDD thông qua quan sát lưỡi. Tuy nhiên, phương pháp này còn phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm cá nhân và yếu tố môi trường. Do đó, nghiên cứu này ứng dụng hệ thống phân tích hình ảnh thiết chẩn tự động (automatic tongue diagnosis system/ATDS) nhằm khảo sát đặc

điểm lưỡi ở bệnh nhân VTDD, góp phần chuẩn hóa và nâng cao hiệu quả chẩn đoán.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh đủ 18 tuổi, và được chẩn đoán Viêm teo niêm mạc dạ dày đến khám tại Cơ sở 1 và Cơ sở 2 bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh (BV ĐHYD TP.HCM), từ tháng 2/2025 đến tháng 4/2025.

2.2. Tiêu chuẩn chọn vào và tiêu chuẩn loại trừ

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn vào. Người bệnh ≥ 18 tuổi, cả nam và nữ, có triệu chứng lâm sàng viêm teo dạ dày, được chỉ định nội soi với hình ảnh theo phân loại Kyoto và chẩn đoán viêm teo niêm mạc dạ dày (ICD K29.4).

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Người rối loạn nhận thức, ngôn ngữ, tâm thần hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp theo thang MMSE; dùng glucocorticoid, kháng sinh trong 3 tháng qua hoặc thuốc dài hạn; mắc bệnh răng miệng; đã cắt dạ dày, ung thư dạ dày; phụ nữ mang thai.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 /2025 đến tháng 04/2025

Địa điểm: Cơ sở 1 và Cơ sở 2 thuộc bệnh viện BV ĐHYD TP.HCM

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả

Cỡ mẫu: Ước lượng cỡ mẫu dựa trên công thức

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

Dựa trên nghiên cứu của Phạm Thế Hưng và cộng sự (2023) [1] với $p = 66\%$ (tỷ lệ Viêm teo niêm mạc dạ dày), $Z = 1, 28$ (Độ tin cậy còn 80%), với sai số cho phép $E = 0,05$, cỡ mẫu ước tính tối thiểu cần 164.

2.5. Quy trình nghiên cứu: Người đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được chụp lưỡi, phỏng vấn, khám lâm sàng và ghi nhận kết quả. Mỗi bệnh nhân được thu thập:

Tập tin 1: 01 ảnh lưỡi tư thế gắng sức (lưỡi đưa ra ngoài, há miệng to).

Tập tin 2: 01 đoạn phim ghi quá trình thè lưỡi gồm: tư thế thả lỏng (1–2 giây), gắng sức (1–2 giây), và cong lưỡi lên hàm ếch để thấy tĩnh mạch dưới lưỡi.

Dữ liệu hình ảnh thiết chẩn và thông tin nhân khẩu – lâm sàng được nhập vào bảng tính Microsoft Excel 365, đảm bảo chính xác.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Dữ liệu phân tích bằng Stata 18.0. Biến định tính được

mô tả bằng tần số, tỷ lệ %, so sánh bằng Chi-square. Mô hình đơn biến đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu, lâm sàng và lưỡi ở bệnh nhân viêm teo dạ dày.

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 (16/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 2/01/2025).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng và đặc điểm lưỡi

Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng	Dân số nghiên cứu N=164	Đặc điểm lưỡi	Dân số nghiên cứu N=164
Bệnh viện ĐHYD TP.HCM- CS1 ĐHYD TP. HCM- CS2	47(28,66%) 117(71,34%)	Màu lưỡi Nhợt nhạt Hồng nhạt hoặc ám hồng Hồng Đỏ thẫm hoặc rìa lưỡi đỏ Tím nhạt Ám tím (Tím đậm) Hồng ánh tím	13(7,39%) 13(7,93%) 48(29,27%) 23(14,02%) 10(6,1%) 26(15,85%) 31(18,9%)
Tuổi: Nhóm <40 tuổi Nhóm ≥40 tuổi	48(26,83%) 116(73,17%)	Hình thái lưỡi: Gầy Bình thường To	13(7,93%) 94(57,32%) 57(34,76%)
BMI (Kg/m²): Thiếu cân Trung bình Thừa cân Béo phì độ I Béo phì độ II	11(6,71%) 68(41,46%) 54(32,93%) 27(16,46%) 4(2,44%)	Chăm ứ huyết: Có Không	96(58,54%) 68(41,46%)
Giới tính: Nữ Nam	85(51,83%) 79(48,17%)	Dấu ấn răng: Có hông	62(37,85%) 102(62,15%)
Nghề nghiệp Lao động chân tay Lao động trí óc Nghỉ hưu/nghỉ việc do bệnh Nội trợ/thất nghiệp	89(54,27%) 39(23,78%) 10(6,10%) 26(15,85%)	Đường nứt Có Không	71(56,71%) 93(43,29%)
Triệu chứng lâm sàng chính Ợ hơi Đầy bụng Đau thượng vị Khác	105(33,65%) 96(30,77%) 94(30,13%) 17(6,54%)	Gai lưỡi Có Không	82(50,00%) 82(50,00%)
Các bệnh đồng mắc Tăng huyết áp: Có Không Rối loạn lipid máu: Có Không Đái tháo đường: Có Không	33(20,12%) 131(79,88%) 29(17,68%) 135(82,32%) 12(7,32%) 152(92,68%)	Màu sắc rêu lưỡi Trắng Vàng Trắng vàng Xám đen	94(57,32%) 30(18,29%) 35(21,34%) 5(3,05%)
Nhiễm khuẩn Helicobacter pylori Có Không	38(23,17%) 126(77,83%)	Độ dày rêu lưỡi Không có hoặc ít Mỏng Dày	31(18,9%) 110(67,07%) 23(14,02%)
Hút thuốc lá Có Không	15(9,15%) 149(90,85%)	Độ nhuận táo: Táo Nhuận Ướt hoặc nhớt	9(5,49%) 135(82,32%) 20(12,2%)

	Rêu mực nát: Bình thường	150(91,46%)
	Bẩn nhớt	12(7,32%)
	Mực nát	2(1,22%)
	Rêu bóng trơn: Có	7(4,27%)
	Không	157(95,73%)

Nhận xét: Nghiên cứu gồm 164 bệnh nhân viêm teo dạ dày tại 2 cơ sở thuộc BV ĐHYD TP.HCM, chủ yếu từ Cơ sở 2 (71,34%). Bệnh nhân ≥ 40 tuổi chiếm 73,17%, < 40 tuổi là 26,83%. Tuổi trung bình $47,75 \pm 12,83$; nhóm BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (41,46%), béo phì độ II thấp nhất (2,44%). Nữ nhiều hơn nam (51,83% vs 48,17%), phần lớn làm lao động chân tay (54,27%), nghỉ hưu/nghỉ bệnh thấp nhất (6,10%). Triệu chứng thường gặp: ợ hơi (33,65%), đầy bụng (30,77%), đau thượng vị (30,13%). Bệnh kèm: tăng huyết áp (20,12%), rối loạn lipid (17,68%), đái tháo đường (7,32%). Dương tính Helicobacter pylori (H. pylori) chiếm $\sim 1/3$. Tỷ lệ hút thuốc thấp (9,15%). Màu lưỡi phổ biến: hồng (29,27%), hồng ánh tím (18,90%); rêu trắng (57,32%) hoặc trắng vàng (21,34%), rêu mỏng (67,07%), lưỡi nhuận (82,32%). Hình dạng: bình thường (57,32%), to (34,76%). Đường nứt (56,71%), chấm ứ huyết (58,54%), dấu ấn răng (37,85%). Ít gặp: rêu bong trơn (4,27%) và mực nát (1,22%).

3.2. Mối liên hệ giữa đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng với đặc điểm thiết chẩn

Bảng 2. Mối liên hệ giữa đặc điểm Nhân khẩu học và thiết chẩn

	Giới	Tuổi	BMI	Nghề nghiệp
Màu lưỡi	0,148	0,097	0,862	0,348
Hình thái lưỡi	0,582	0,348	0,730	0,497
Chấm ứ huyết	0,096	0,930	0,431	0,724

Bảng 3. Mối liên hệ giữa đặc điểm lâm sàng và thiết chẩn

	THA	ĐTĐ	RLLM	Nhiễm khuẩn H.pylori	Hút thuốc lá	Ợ hơi	Đầy bụng	Đau thượng vị
Màu lưỡi	0,563	0,637	0,573	0,684	0,889	0,488	0,274	0,84
Hình thái lưỡi	0,165	0,86	0,71	0,776	0,717	0,499	0,741	0,351
Chấm ứ huyết	0,900	0,07	0,412	0,158	0,328	0,537	0,37	0,994
Dấu ấn răng	0,833	0,74	0,39	0,533	0,854	0,370	0,445	0,861
Đường nứt	0,501	0,275	0,819	0,588	0,014	0,100	0,337	0,014
Gai lưỡi	0,33	0,549	0,539	0,459	0,786	0,105	0,153	0,752
Màu rêu lưỡi	0,092	0,314	0,152	0,152	0,734	0,82	0,732	0,211
Độ dày mỏng rêu	0,283	0,792	0,011	0,758	0,308	0,082	0,399	0,22
Độ nhuận táo	0,421	0,061	0,02	0,727	0,008	0,113	0,887	0,831
Rêu mực nát	0,584	0,916	0,267	0,445	0,01	0,944	0,062	0,581
Rêu bong trơn	0,694	0,916	0,074	0,569	0,63	0,653	0,144	0,992

Ghi chú: kiểm định χ^2

Nhận xét: Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng rối loạn

Dấu ấn răng	0,492	0,338	0,660	0,322
Đường nứt lưỡi	0,949	0,986	0,617	0,112
Gai lưỡi	0,639	0,014	0,851	0,246
Màu rêu lưỡi	0,081	0,227	0,815	0,928
Độ dày mỏng rêu	0,419	0,543	0,246	0,338
Độ nhuận táo	0,524	0,404	0,235	0,166
Rêu mực nát	0,249	0,214	0,029	0,011
Rêu bong trơn	0,627	0,328	0,177	0,678

Ghi chú: kiểm định χ^2

Nhận xét: Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm gai lưỡi và nhóm tuổi ($p = 0,014 < 0,05$), với tỷ lệ gai lưỡi cao hơn ở nhóm < 40 tuổi (65,9%) so với ≥ 40 tuổi (44,2%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rêu mực nát và chỉ số BMI ($p = 0,029 < 0,05$). Phần lớn trường hợp rêu bình thường (91,5%) thuộc nhóm BMI bình thường ($n = 60$) và thừa cân ($n = 51$). Rêu bẩn nhớt (7,3%) và rêu mực nát (1,2%) xuất hiện ít, phân bố rải rác; rêu mực nát chỉ gặp ở nhóm BMI bình thường và thừa cân (mỗi nhóm 1 ca); rêu bẩn nhớt tập trung nhiều ở nhóm BMI bình thường ($n = 7$). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa rêu mực nát và nghề nghiệp ($p = 0,011 < 0,05$). Rêu bình thường chiếm đa số (91,5%), chủ yếu ở nhóm lao động chân tay ($n = 78$) và trí óc ($n = 38$). Rêu bẩn nhớt chủ yếu gặp ở nhóm lao động chân tay ($n = 11$); rêu mực nát ghi nhận ở nhóm thất nghiệp/nội trợ và nghỉ hưu/bệnh nặng (mỗi nhóm 1 ca).

lipid máu (RLLM) và độ dày rêu lưỡi ($p = 0,011 < 0,05$); nhóm có rêu dày ghi nhận tỷ lệ RLLM cao nhất (39%), còn nhóm không/ít rêu có tỷ lệ

thấp nhất (9,7%). RLLM cũng liên quan có ý nghĩa thống kê với độ nhuận lưỡi ($p = 0,02 < 0,05$), tỷ lệ cao nhất thuộc nhóm lưỡi ướt/nhớt (40%). Ngoài ra, hút thuốc lá có liên quan có ý nghĩa thống kê với đường nứt lưỡi ($p = 0,014 < 0,05$); người hút thuốc có tỷ lệ nứt lưỡi cao hơn (86,7%) so với người không hút (53,7%). Đồng thời, hút thuốc cũng liên quan có ý nghĩa với tình trạng rêu mục nát ($p = 0,010 < 0,05$) và độ nhuận táo ($p = 0,08 < 0,05$); 26,7% người hút thuốc có rêu bẩn nhớt so với 6,7% ở nhóm không hút; tỷ lệ lưỡi táo (13,3%) và lưỡi ướt (33,3%) ở nhóm hút thuốc cao hơn rõ rệt so với nhóm không hút thuốc (4,7% và 10,1% tương ứng), ngược lại, tỷ lệ lưỡi nhuận ở nhóm không hút thuốc (85,2%) cao hơn đáng kể so với nhóm hút thuốc (53,3%). Cuối cùng, đau thượng vị có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với đường nứt lưỡi ($p = 0,014 < 0,05$); người bị đau thượng vị dễ xuất hiện nứt lưỡi hơn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của người bệnh Viêm teo dạ dày. Khảo sát cho thấy bệnh nhân viêm teo dạ dày (VTDD) có độ tuổi trung bình $47,75 \pm 12,83$, trong đó nhóm ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao gấp khoảng 2,7 lần nhóm < 40 tuổi, tương đồng với nghiên cứu của Siregar [6]. BMI trung bình là $23,055 \pm 4,3579$; nhóm BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (41,46%), còn nhóm nhẹ cân chỉ 6,71%, cho thấy BMI không ảnh hưởng rõ đến tỷ lệ mắc trong nghiên cứu này. Nghiên cứu của chúng tôi và của Ranjan [7] cũng ghi nhận đặc điểm lâm sàng và nhiễm *H. pylori* ở bệnh nhân VTDD, tuy nhiên có sự khác biệt về biểu hiện: trong khi nghiên cứu của Ranjan cho thấy đau thượng vị chiếm ưu thế (66,9%), chúng tôi ghi nhận đầy bụng (30,77%) và ợ hơi (33,65%) phổ biến hơn. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* trong nghiên cứu của Ranjan là 56,3%, nhưng không khác biệt về tỷ lệ viêm teo giữa nhóm nhiễm và không nhiễm ($p = 0,10$), tương tự ghi nhận của chúng tôi. Những dữ liệu này cho thấy bệnh nhân làm nghề lao động phổ thông, có bệnh lý chuyển hóa và hút thuốc lá có nguy cơ cao mắc các tổn thương dạ dày, đặc biệt là Viêm teo niêm mạc và các biến đổi tiền ung thư như dị sản ruột.

4.2. Đặc điểm thiết chẩn tự động của người bệnh Viêm VTDD trên máy ZMT1-A. Trong nghiên cứu này, màu lưỡi phổ biến ở cả hai nhóm có và không nhiễm *H. pylori* là hồng (29,27%) và hồng ánh tím (18,90%); rêu lưỡi chủ yếu màu trắng (57,32%) hoặc trắng vàng (21,34%), chủ yếu mỏng (67,07%) và lưỡi

nhuận (82,32%). Không ghi nhận sự khác biệt rõ rệt về hình thái lưỡi giữa hai nhóm, cho thấy *H. pylori* không phải yếu tố quyết định hình ảnh thiết chẩn ở bệnh nhân viêm teo dạ dày. Trái lại, nghiên cứu của Zhao [8] ghi nhận bệnh nhân nhiễm *H. pylori* có rêu vàng, dày, nhớt. Hình dạng lưỡi chủ yếu là bình thường (57,32%) và to (34,76%). Theo Y học cổ truyền, lưỡi bình thường hoặc to kèm rêu vàng hoặc trắng vàng phản ánh tổn thương tỳ vị do thấp nhiệt. Rêu vàng gợi ý thấp nhiệt trung tiêu; trắng vàng biểu hiện tỳ hư tích nhiệt – đều liên quan đến các bệnh lý tiêu hóa mạn tính như viêm teo dạ dày. Nghiên cứu của Jiang [5] cho thấy rêu trắng, dày liên quan đến hội chứng “Hàn” (vi khuẩn *Actinomyces*, *Prevotella*), còn rêu vàng, dày gắn với hội chứng “Nhiệt” (vi khuẩn *Fusobacterium*, *Leptotrichia*), gợi mở tiềm năng kết hợp y học cổ truyền và công nghệ hiện đại để giải thích cơ chế bệnh.

4.3. Mối liên hệ giữa đặc điểm thiết chẩn và đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng. Trong nghiên cứu này trên bệnh nhân viêm teo dạ dày (VTDD), đặc điểm gai lưỡi có mối liên quan thống kê với độ tuổi ($p = 0,014$), xuất hiện nhiều hơn ở nhóm < 40 tuổi (65,9%) so với ≥ 40 tuổi (44,2%), không khác biệt theo giới. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Chen cùng cộng sự [2], cho thấy nam giới lớn tuổi có ít gai lưỡi đỏ hơn ($p < 0,001$) khi đánh giá qua hệ thống ATDS. Đường nứt lưỡi có liên quan ý nghĩa với thói quen hút thuốc ($p = 0,014$), với tỷ lệ cao hơn ở người hút thuốc (86,7%) so với không hút (53,7%), tương đồng với nghiên cứu của Hamrah [4]. Điều này cho thấy hình ảnh nứt lưỡi không chỉ có giá trị thiết chẩn mà còn mang ý nghĩa tiên lượng trong bệnh lý dạ dày mạn tính.

4.4. Hạn chế và khuyến nghị. Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, thực hiện tại 2 cơ sở thuộc BV ĐHYD TP.HCM trong thời gian ngắn, nên hạn chế khả năng khái quát. Cần nghiên cứu tiếp theo với mẫu lớn hơn, thời gian dài hơn và triển khai đa trung tâm để tăng độ tin cậy. Hiện số nghiên cứu về mối liên quan giữa thiết chẩn và viêm teo dạ dày ở dân số Việt Nam còn rất ít. Máy phân tích cũng có thể gây sai số, do đó cần nâng cao độ chính xác và độ nhạy của hệ thống đọc lưỡi, đồng thời chuẩn hóa điều kiện chụp nhằm giảm sai lệch và nâng cao hiệu quả chẩn đoán.

V. KẾT LUẬN

Yếu tố như độ tuổi, BMI, nghề nghiệp, thói quen hút thuốc lá, triệu chứng đau thượng vị và rối loạn lipid máu có ý nghĩa thống kê với đặc điểm thiết chẩn tự động trên người bệnh Viêm teo dạ

dày ($p < 0,05$). Các yếu tố còn lại như giới, H. pylori, triệu chứng lâm sàng: đầy bụng, ợ hơi đều có giá trị $p > 0,05$, cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với đặc điểm lưỡi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thế Hưởng, Đinh Đăng Hòa, Trần Cẩm Tú.** Nghiên cứu hình ảnh teo niêm mạc dạ dày trên nội soi theo phân loại Kimura-Takemoto tại Bệnh viện Buu Điện. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2025;189(04): 160. doi: 10.52852/tcnycyh.v189i4.3239
2. **Chen T, Chen Y, Zhou Z, Zhu Y, He L, Zhang J.** Deep learning-based automated tongue analysis system for assisted Chinese medicine diagnosis. Front Physiol. 2025;16:1559389. Published 2025 Apr 28. doi:10.3389/fphys. 2025.1559389
3. **Conti CB, Agnesi S, Scaravaglio M, et al.** Early Gastric Cancer: Update on Prevention, Diagnosis and Treatment. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3):2149. Published 2023 Jan 25. doi:10.3390/ijerph20032149
4. **Hamrah MH, Baghalian A, Ghadimi S, et al.** The Prevalence and Correlates of Fissured Tongue Among Outpatients in Andkhoy City, Afghanistan: A Cross-Sectional Study. Clin Cosmet Investig Dent. 2021;13:335-342. Published 2021 Jul 27. doi:10.2147/CCIDE.S323428
5. **Jiang B, Liang X, Chen Y, et al.** Integrating next-generation sequencing and traditional tongue diagnosis to determine tongue coating microbiome [published correction appears in Sci Rep. 2012;2:1019]. Sci Rep. 2012;2:936. doi:10.1038/srep00936
6. **Siregar GA, Laksmi LI.** Risk factors of chronic atrophic gastritis. Indones J Gastroenterol Hepatol Dig Endosc. 2014;15(3):152-156
7. **Ranjan MK, Poudyal S, Neupane P, et al.** Prevalence of atrophic gastritis in symptomatic patients undergoing gastric biopsy in a tertiary care center of Nepal. J Chitwan Med Coll. 2023;13(1):10-14. doi: 10.54530/jcmc.1237
8. **Zhao Y, Gao X, Guo J, et al.** Helicobacter pylori infection alters gastric and tongue coating microbial communities. Helicobacter. 2019;24(2): e12567. doi:10.1111/hel.12567

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA SỨC CĂNG VÀ ĐỘ CỨNG NHĨ TRÁI VỚI CHỨC NĂNG TÂM TRƯỞNG THẤT TRÁI BẰNG SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Trần Công Cẩn¹, Trần Đức Hùng²,
Nguyễn Duy Toàn², Phạm Vũ Thu Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mối liên quan giữa sức căng và độ cứng nhĩ trái với chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 103 bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát. Nhóm chứng gồm 31 người khỏe mạnh tương đồng về tuổi. Tất cả đối tượng nghiên cứu được siêu âm tim theo quy trình. Theo số lượng các đặc điểm đánh giá rối loạn chức năng tâm trương thất trái được khuyến cáo trong Hướng dẫn đánh giá chức năng tâm trương thất trái của Hiệp hội Siêu âm tim Hoa Kỳ/Hiệp hội Hình ảnh tim mạch châu Âu ASE/EACVI 2016: E/e' trung bình > 14 ; Vận tốc sóng e' vách < 7 cm/s hoặc e' thành bên < 10 cm/s; Vận tốc tối đa qua dòng hở van 3 lá $> 2,8$ m/s; Chỉ số thể tích nhĩ trái LAVi > 34 ml/m²; bệnh nhân tăng huyết áp được chia thành ba nhóm, cụ thể là nhóm I (0 chỉ số), nhóm II (1 chỉ số) và nhóm III (2 chỉ số). **Kết quả:** Nhóm bệnh tăng huyết áp, sức căng trữ máu

LASr 4B ($35,9 \pm 10,6\%$), LASr 2B ($34,0 \pm 9,3\%$); sức căng dẫn máu LAScd 4B ($16,7 \pm 8,1\%$), LAScd 2B ($14,7 \pm 6,5\%$); sức căng tổng máu LASct 4B ($19,1 \pm 8,0\%$), LASct 2B ($19,5 \pm 7,3\%$); độ cứng nhĩ trái LASI $0,24 \pm 0,1$; sức căng trữ máu, dẫn máu giảm, độ cứng nhĩ trái tăng có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với $p < 0,05$, sức căng tổng máu chưa có sự khác biệt có ý nghĩa với $p > 0,05$. LASr tương quan thuận mức độ vừa với e' vách và e' thành bên, tương quan nghịch mức độ yếu với E/e' và LAVi. So với nhóm I, LASr, LAScd giảm, LASI tăng ở nhóm II và nhóm III ($p < 0,05$). So với nhóm II, LASr giảm và LASI tăng ở nhóm III ($p < 0,05$). **Kết luận:** Sức căng nhĩ trái trong giai đoạn trữ máu, dẫn máu giảm, độ cứng nhĩ trái tăng có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp so với nhóm chứng khỏe mạnh cùng độ tuổi. Trên bệnh nhân tăng huyết áp, LASr tương quan thuận với e' vách và e' thành bên, tương quan nghịch với E/e' và LAVi; LASr giảm, LASI tăng lên khi số lượng các đặc điểm rối loạn chức năng tâm trương tăng lên. **Từ khóa:** tăng huyết áp nguyên phát, sức căng nhĩ trái, độ cứng nhĩ trái, chức năng tâm trương thất trái.

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN LEFT ATRIAL STRAIN AND STIFFNESS AND LEFT VENTRICULAR DIASTOLIC FUNCTION ASSESSED BY

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vũ Thu Hà

Email: phamvuthuha293@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025