

(AIFRS). Kết quả cho thấy tỷ lệ sống sót chung là 78% với thời gian sống trung bình 74,5 ngày (KTC 95%: 66,1- 82,9 ngày), phù hợp với các nghiên cứu trước đây ghi nhận tỷ lệ tử vong dao động từ 20-80%. Đáng chú ý, nghiên cứu đã xác định được các yếu tố tiên lượng xấu đáng kể bao gồm nhiễm COVID-19 (tỷ lệ sống sót chỉ 41,2%, $p < 0,0001$), lan rộng vào nội sọ (100% tử vong ở các trường hợp có xuất huyết/nhồi máu não), và rối loạn tri giác (tỷ lệ sống sót 11,1%). Những phát hiện này tương đồng với nghiên cứu của Dave TV và cộng sự về tỷ lệ tử vong cao (36-37%) ở người bệnh AIFRS sau nhiễm COVID-19, cũng như báo cáo của Turner về mối liên hệ giữa rối loạn tri giác và tiên lượng xấu ($OR=7,23$)^{1,2}. Ngược lại, các yếu tố tiên lượng tốt bao gồm tổn thương khu trú ở mũi xoang (96% sống sót) và triệu chứng tê/mất cảm giác mặt ($HR=0,123$), phản ánh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm trước khi bệnh tiến triển nặng. Đặc biệt, mặc dù đáí tháo đường chiếm tới 94% trường hợp trong nghiên cứu, yếu tố này lại không ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ sống sót ($p=1$), khác biệt so với nghiên cứu trước đây của tác giả Turner ghi nhận đây là yếu tố tiên lượng tốt ($OR=0,641$)².

Phân tích sâu hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng cho thấy các triệu chứng lâm sàng như sốt ($HR=15,6$) và rối loạn tri giác ($HR=26,6$) có mối tương quan chặt chẽ với tình trạng lan rộng vào nội sọ (Kendall's tau_b=0,834), phù hợp với cơ chế bệnh sinh khi nấm xâm nhập hệ thần kinh trung ương. Các dấu hiệu thực thể như hoại tử niêm mạc (47% sống sót) và tổn thương hai bên mũi (47,1% sống sót) được xác định là các dấu hiệu nặng, tương đồng với mô tả "black-colored necrosis" đặc trưng trong nhiễm Mucormycosis của Leong và cộng sự⁷. Về phương diện điều trị, nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt đáng kể về hiệu quả giữa các phác đồ kháng nấm: Amphotericin B deoxycholat cho tỷ lệ sống sót thấp hơn đáng kể (33,3%) so với Amphotericin B lipid complex, chủ yếu do tác dụng phụ trên thận ($p=0,017$). Kết quả này tương phản với khuyến cáo trước đây của Lauren năm 2023 về hiệu quả vượt trội của liposomal Amphotericin B, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết phải lựa chọn chế phẩm kháng nấm phù hợp theo từng trường hợp cụ thể⁵. Bên cạnh đó, phẫu thuật vùng ổ dưới thái dương có liên quan đến nguy cơ tử vong cao hơn ($HR=4,4$), tuy nhiên điều này chủ yếu phản ánh mức độ nặng của tổn thương hơn là hiệu quả của can thiệp phẫu thuật.

Phân tích đa biến sau khi hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu đã xác định được hai yếu tố tiên

lượng độc lập mạnh nhất: nhiễm COVID-19 ($HR=8,83$; KTC 95%: 1,011-77,092; $p=0,049$) và lan rộng vào nội sọ ($HR=30,904$; KTC 95%: 3,540-269,822; $p=0,002$). Các yếu tố này làm giảm đáng kể thời gian sống sót trung bình từ 88,7 ngày xuống còn 46,9 ngày và 28,9 ngày tương ứng. Đặc biệt, tất cả các trường hợp có xuất huyết/nhồi máu não đều tử vong, phù hợp với các báo cáo trước đây về tiên lượng cực kỳ xấu khi tổn thương lan đến nội sọ. Đáng chú ý, các yếu tố như loại tác nhân nấm (*Aspergillus* vs *Mucormycosis*) hay phương pháp phẫu thuật không còn ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến, cho thấy COVID-19 và tình trạng lan rộng nội sọ mới là các yếu tố quyết định chính đến tiên lượng. Những phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết phải thực hiện các hành động bao gồm: (1) tầm soát sớm AIFRS ở người bệnh COVID-19 có yếu tố nguy cơ, (2) ưu tiên đánh giá xâm lấn nội sọ bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, (3) cân nhắc sử dụng các phác đồ kháng nấm có khả năng vượt qua hàng rào máu não ở nhóm người bệnh nguy cơ cao, và (4) hạn chế sử dụng corticoid liều cao kéo dài ở người bệnh COVID-19 có đáí tháo đường để giảm nguy cơ nhiễm nấm xâm lấn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ sống sót chung của người bệnh viêm mũi xoang do nấm xâm lấn cấp tính (AIFRS) là 78%, với thời gian sống trung bình 74,5 ngày. Các yếu tố tiên lượng xấu đáng chú ý bao gồm: nhiễm COVID-19 (tăng nguy cơ tử vong gấp 8,83 lần), lan rộng vào nội sọ (tăng nguy cơ 30,9 lần), sốt, rối loạn tri giác, và xuất huyết/nhồi máu não (tử vong 100%). Ngược lại, tổn thương khu trú ở mũi xoang là yếu tố tiên lượng tốt (96% sống sót). Phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm, can thiệp tích cực và kiểm soát các yếu tố nguy cơ như đáí tháo đường và nhiễm COVID-19 để cải thiện tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dave TV, Gopinathan Nair A, Hegde R, et al.** Clinical Presentations, Management and Outcomes of Rhino-Orbital-Cerebral Mucormycosis (ROCM) Following COVID-19: a Multi-Centric Study. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2021
2. **Justin H. Turner.** Survival Outcomes in Acute Invasive Fungal Sinusitis: A Systematic Review and Quantitative Synthesis of Published Evidence. *The Laryngoscope*. 2013; 123:1112–1118
3. **J. Peter Donnelly, Sharon C. Chen, Carol A. Kauffman et al.** Revision and Update of the Consensus Definitions of Invasive Fungal Disease From the European Organization for Research and Treatment of Cancer and the Mycoses Study

- Group Education and Research Consortium. Clinical Infectious Diseases. 2020; 71 (6):1367–76. DOI: 10.1093/cid/ciz1008
4. **Kamal Ebied.** COVID-19-related acute invasive fungal rhinosinusitis: risk factors associated with mortality. The Egyptian Journal of Otolaryngology. 2022; 38:137. DOI: 10.1186/s43163-022-00332-9
 5. **Lauren T. Roland MD, Ian M. Humphreys DO, Christopher H. Le MD et al.** Diagnosis, Prognosticators, and Management of Acute Invasive Fungal Rhinosinusitis: Multidisciplinary Consensus Statement and Evidence-Based Review with Recommendations. Int Forum Allergy Rhinol. 2023;1–100.
 6. **Roxbury CR, Smith DF, Higgins TS, et al.** Complete surgical resection and short-term survival in acute invasive fungal rhinosinusitis. Am J Rhinol Allergy. 2017;31(2):109-116
 7. **Vaughan C, Bartolo A, Vallabh N, Leong SC.** A meta-analysis of survival factors in rhino-orbital-cerebral Mucormycosis-has anything changed in the past 20 years? Clin Otolaryngol Off J ENT-UK Off J Neth Soc Oto-Rhino-Laryngol Cervico-Facial Surg. 2018;43(6):1454-1464

KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA TỨ ĐẠI MẠCH (PHÙ, TRẦM, TRÌ, SÁC) TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thị Hương Dương¹, Đoàn Thị Kim Yên¹,
Võ Thanh Phong¹, Tăng Khánh Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm lâm sàng của người bệnh có mạch Phù, Trầm, Trì, Sác tại bệnh viện Y học cổ truyền (YHCT) Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM). **Đối tượng – Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 162 bệnh nhân nội trú tại bệnh viện YHCT TP.HCM. **Kết quả:** mạch Phù 6,38%, mạch Trầm 74,47%, mạch Trì 2,66%, mạch Sác 16,49% ($p < 0,001$); Tuổi và BMI trung vị lần lượt là 66 tuổi và 23,03 kg/m². Nhóm nữ (64,82%), nhóm người ≥ 60 tuổi (79%), nhóm người nghỉ việc do bệnh nặng/ngỉ hưu (46,29%), người có chỉ số BMI bình thường (41,36%), chứng Tý (40,22%) chiếm đa số. **Kết luận:** Mạch Trầm là mạch thường gặp nhất trong tứ đại mạch; bệnh nhân có tứ đại mạch phần lớn là nữ giới, cao tuổi, nghỉ việc do bệnh nặng/ngỉ hưu, BMI bình thường; chứng Tý là chứng YHCT thường gặp nhất. **Từ khóa:** mạch, đặc điểm lâm sàng, y học cổ truyền.

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE FOUR MAJOR PULSE TYPES (FLOATING, DEEP, SLOW, RAPID) AT HO CHI MINH CITY TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

Objective: To investigate the clinical characteristics of patients with Floating, Deep, Slow, Rapid pulses at Ho Chi Minh City Traditional Medicine Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 162 inpatients at Ho Chi Minh City Traditional Medicine Hospital. **Results:** The prevalence of pulses was as follows:

Floating pulse 6,38 %, Deep pulse 74,47%, Slow pulse 2,66%, and Rapid pulse 16,49% ($p < 0,001$); The median age and BMI were 66 years and 23,03 kg/m², respectively. The majority of patients were female (64,82%), aged ≥ 60 years (79%), unemployed due to severe illness or retired (46,29%), with a normal BMI (41,36%). The most common Traditional Medicine syndrome was Bi syndrome (40,22%). **Conclusion:** Deep pulse was the most common among the four major pulse types. Patients with these pulses were mostly female, elderly, retired or unemployed due to severe illness, and had normal BMI; Bi syndrome was the most frequent Traditional Medicine pattern observed. **Keywords:** pulse, clinical characteristics, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mạch chẩn là một phương pháp chẩn đoán phức tạp trong YHCT và là một phần không thể thiếu trong quy trình chẩn đoán lâm sàng đối với những người hành nghề YHCT. Có khoảng 28 loại mạch trong đó tứ đại mạch Phù, Trầm, Trì, Sác là bốn mạch lớn và cũng là những mạch thường gặp nhất trên lâm sàng [7]. Mạch chẩn là phương pháp chẩn đoán rất quan trọng và cần thiết, tuy nhiên phương pháp này phụ thuộc rất nhiều vào cảm giác chủ quan của người thầy thuốc và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác trên lâm sàng. Do đó đề tài này muốn thống kê tần suất của từng loại mạch, các chứng YHCT và các yếu tố liên quan của tứ đại mạch trên người bệnh nội trú tại bệnh viện YHCT TP.HCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh từ đủ 18 tuổi, có chẩn đoán ít nhất một trong tứ đại mạch Phù, Trầm, Trì, Sác đang điều trị tại bệnh viện YHCT TP.HCM.

2.2. Tiêu chuẩn chọn vào và tiêu chuẩn

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: 28.8.2025

loại trừ

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn vào:

- Lâm sàng: người bệnh có ít nhất 1 trong 4 loại mạch Phù, Trầm, Trĩ, Sác ở ít nhất 1 tay.
- 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: đoạn chi, động mạch quay có đường đi ở mặt sau cổ tay (mạch phản quang), da vùng chẩn mạch có sang thương, trường hợp cấp cứu, rối loạn tâm thần không hợp tác nghiên cứu.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 04 năm 2025

Địa điểm: bệnh viện YHCT TP.HCM.

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 Tang Y và cộng sự (2007), 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 = 0,14 (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 130 đối tượng. Dự trừ 10 % mất mẫu hoặc phiếu thu thập không đạt chất lượng. Nên cỡ mẫu thực tế cần lấy là $n \geq 143$ người bệnh. Do đó, việc lựa chọn 162 người là hợp lý, đảm bảo độ tin cậy cho nghiên cứu.

2.5. Quy trình nghiên cứu: Người bệnh đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu được tiến hành

Bảng 2. Đặc điểm nhóm tuổi

Tuổi	Nhóm tuổi (Tuổi)	Tần số (Tỉ lệ)	Trung vị (Tứ phân vị)	Thấp nhất (Tuổi)	Cao nhất (Tuổi)
N=162	18-59	34 (21,00%)	66,00 (60,00-73,00)	26	95
	≥ 60	128 (79,00%)			

Nhận xét: Nhóm cao tuổi (≥ 60 tuổi) chiếm tỉ lệ cao hơn (79%) so với nhóm tuổi 18-59 tuổi (21%) trong mẫu nghiên cứu. Ngoài ra cũng ghi nhận trung vị độ tuổi của nhóm mẫu nghiên cứu là 66 tuổi với khoảng tứ phân vị là 66-73 tuổi, tuổi nhỏ nhất của bệnh nhân là 26 tuổi, cao nhất là 95 tuổi.

3.2.2. Đặc điểm giới tính

Bảng 3. Bảng phân bố giới tính

Giới	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nam	57	35,18
Nữ	105	64,82

Nhận xét: Qua thống kê ghi nhận có 105

phòng 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 phần trăm, trong đó biến mạch YHCT được 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) nếu phân phối không chuẩn, giá trị tối thiểu, giá trị tối đa.

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 TP.HCM (30/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 02/01/2025).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ tứ đại mạch

Bảng 1. Tỉ lệ tứ đại mạch

Mạch	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Giá trị p
Phù	12	6,38	<0,001*
Trầm	140	74,47	
Trĩ	5	2,66	
Sác	31	16,49	

* Kiểm định Chi-square

Nhận xét: Nghiên cứu thực hiện trên 162 bệnh nhân có ít nhất một trong bốn mạch Phù, Trầm, Trĩ, Sác ở ít nhất một tay tại bệnh viện YHCT TP.HCM. Trong đó mạch Trầm chiếm tỉ lệ cao nhất với 74,47%, tiếp đến là mạch Sác với 16,49%, mạch Phù với 6,38% và cuối cùng là mạch Trĩ với 2,66%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của tứ đại mạch

3.2.1. Đặc điểm nhóm tuổi

Tuổi	Nhóm tuổi (Tuổi)	Tần số (Tỉ lệ)	Trung vị (Tứ phân vị)	Thấp nhất (Tuổi)	Cao nhất (Tuổi)
N=162	18-59	34 (21,00%)	66,00 (60,00-73,00)	26	95
	≥ 60	128 (79,00%)			

bệnh nhân nữ, chiếm 64,82% và 57 bệnh nhân nam, chiếm 35,18 %.

3.2.3. Đặc điểm nghề nghiệp

Bảng 4. Bảng thống kê mô tả đặc điểm nghề nghiệp

STT	Nghề nghiệp	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
1	Lao động chân tay	22	13,58
2	Lao động trí óc	3	1,85
3	Nghỉ việc do bệnh nặng/nghỉ hưu	75	46,29
4	Nội trợ	57	35,19
5	Khác	5	3,09

Nhận xét: Mẫu nghiên cứu với số người

ngiht việc do bệnh nặng/ngiht hưu chiếm ưu thế (46,29%), tiếp đến là nhóm nội trợ chiếm 35,19%, lao động chân tay chiếm 13,58%, nhóm

lao động trí óc và nghề nghiệp khác chiếm tỉ lệ ít hơn, lần lượt là 1,85% và 3,09%.

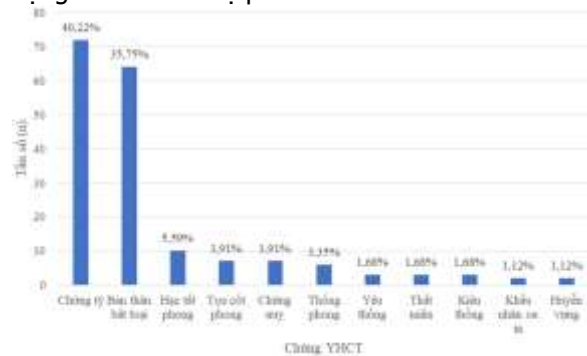
3.2.4. Đặc điểm chỉ số khối cơ thể

Bảng 5. Đặc điểm chỉ số khối cơ thể của mẫu nghiên cứu

BMI (kg/m ²)	Nhóm theo IDI & WPRO [6]	Tần số (Tỉ lệ)	Trung vị (tứ phân vị)	Thấp nhất (kg/m ²)	Cao nhất (kg/m ²)
(N=162)	Gầy	17 (10,49%)	23,03 (21,22 - 25,39)	13,22	35,16
	Bình thường	67 (41,36%)			
	Thừa cân	35 (21,61%)			
	Béo phì	43 (26,54%)			

Nhận xét: BMI của mẫu nghiên cứu có trung vị là 23,03 kg/m², khoảng tứ phân vị là 21,22 - 25,39 kg/m², mẫu có BMI thấp nhất là 13,22 kg/m², cao nhất là 35,16 kg/m². Trong đó, 67 người có chỉ số BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất với 41,36%, tiếp đến là nhóm người béo phì với 43 người tương ứng với 26,54%, nhóm người thừa cân có 35 người tương đương 21,61% và cuối cùng là nhóm người gầy với 17 người chiếm 10,49%.

3.2.5. Đặc điểm các chứng YHCT. Các chứng YHCT được ghi nhận được mô tả dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm theo Biểu đồ 1:



Biểu đồ 1. Biểu đồ thông kê mô tả đặc điểm của các chứng YHCT

Nhận xét: Qua khảo sát ghi nhận 11 chứng YHCT bao gồm chứng Tý, Bán thân bất toại, Hạc tất phong, Tọa cốt phong, chứng Nuy, Thống phong, Yếu thống, Thất miên, Kiên thống, Khẩu nhân oa tà và Huyền vựng. Trong đó chứng Tý chiếm tỉ lệ cao nhất 40,22%, tiếp đến là Bán thân bất toại với 35,75 %, thấp nhất là Khẩu nhân oa tà và Huyền vựng đều có tỉ lệ là 1,12%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ tứ đại mạch. Kết quả nghiên cứu ghi nhận mạch Trầm có tỉ lệ cao nhất với 74,47%. Hoàng Đế nội kinh nói: "Mạch đến mà Trầm, bệnh ở lý" [1], trong đó bệnh ở lý tức chỉ bệnh mạn tính – vốn là thể mạnh trong điều trị của YHCT. Mạch chiếm tỉ lệ thấp nhất là mạch Trĩ với 2,66%, do mạch Trĩ chủ yếu thấy ở hàn chứng hoặc bệnh nhân suy nhược nặng. Những

bệnh nhân này thường có thể trạng yếu, dễ lo ngại với các can thiệp hoặc không đủ sức theo đuổi điều trị kéo dài của YHCT, khí hậu nóng quanh năm ở TP.HCM cũng khiến các bệnh lý hư hàn ít gặp hơn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của tứ đại mạch. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nữ tham gia khảo sát chiếm ưu thế (64,82%) so với bệnh nhân nam giới (35,18%). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nhan Hồng Tâm trong nghiên cứu mô hình bệnh tật của bệnh viện YHCT TP.HCM [3] cho thấy tỉ lệ nữ giới chiếm ưu thế (64,35%) so với nam giới (35,65%). Dựa theo đặc điểm của bệnh viện YHCT là phần lớn điều trị các bệnh mạn tính, thời gian kéo dài nên người bệnh phải có điều kiện thích hợp cho quá trình điều trị. Về đặc điểm phân công lao động xã hội, phụ nữ dễ thu xếp thời gian đến nằm viện hơn nam, ngoài ra phụ nữ thường quan tâm đến sức khỏe hơn nên tỉ lệ phụ nữ đến điều trị nội trú tại bệnh viện chiếm phần lớn là phù hợp.

Độ tuổi trung vị của mẫu nghiên cứu là 66 tuổi, nhóm người ≥60 tuổi chiếm tỉ lệ cao hơn (79%) so với nhóm tuổi 18-59 tuổi (21%) trong mẫu nghiên cứu. Tương tự, nghiên cứu tại khoa YHCT của bệnh viện Thống Nhất năm 2023 ghi nhận độ tuổi trung bình bệnh nhân của khoa là 70,5 tuổi, trong đó phổ biến nhất là nhóm từ 60 tuổi trở lên, chiếm tới 81% tổng số bệnh nhân [2]. Người cao tuổi thường mắc các bệnh lý mạn tính, những bệnh này đòi hỏi phương pháp điều trị lâu dài, ổn định và ít gây tác dụng phụ. Do đó, nhiều người lớn tuổi tìm đến YHCT như một lựa chọn an toàn với hy vọng cải thiện tình trạng sức khỏe mà không làm tổn hại đến các cơ quan nội tạng. Nghiên cứu ghi nhận người bệnh trẻ tuổi nhất là 29 tuổi trong khi trung vị của mẫu nghiên cứu là 66 tuổi, có thể hiểu ở nhóm người trẻ thường có sức khỏe tốt, ít mắc các bệnh mạn tính, nên ít có nhu cầu điều trị lâu dài, vốn là thể mạnh của YHCT; thứ hai, họ có xu hướng ưu tiên các phương pháp điều trị hiện đại, hiệu quả nhanh, tiện lợi hơn là các liệu trình đông y cần thời gian,

kiên trì và thường đòi hỏi thay đổi lối sống.

Mẫu nghiên cứu với số người nghỉ việc do bệnh nặng/ngỉ hưu do bệnh nặng chiếm ưu thế với 46,29%. Tuổi trung vị của nghiên cứu cao có thể giải thích được lý do nhóm này chiếm tỉ lệ cao mẫu nghiên cứu. Những người đã nghỉ hưu thường có nhiều thời gian hơn để theo đuổi các phương pháp điều trị dài ngày như châm cứu, xoa bóp, dùng thuốc thang, cần kiên trì và thời gian phục hồi kéo dài. Bệnh viện YHCT nổi bật với khả năng điều trị các bệnh mạn tính như thoái hóa khớp, di chứng tai biến mạch máu não, rối loạn giấc ngủ, huyết áp không ổn định... những bệnh lý này thường gặp ở người cao tuổi và cần điều trị nội trú để theo dõi sát. Ngoài ra, một số bệnh nhân nặng chuyển từ tuyến Y học hiện đại sang YHCT do tân dược không còn hiệu quả rõ rệt, hoặc vì cơ thể đã suy yếu, không còn thích hợp với các phương pháp điều trị mạnh tay như phẫu thuật, nên lựa chọn phương pháp YHCT để hỗ trợ phục hồi chức năng và cải thiện chất lượng sống. Do đó mà nhóm người nghỉ việc do bệnh nặng/ngỉ hưu chiếm phần lớn trong mẫu nghiên cứu.

Mẫu nghiên cứu có trung vị BMI là 23,03 kg/m², nhóm người có chỉ số BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất với 41,36%, tiếp đến là nhóm béo phì với 26,54%, nhóm thừa cân 21,61% và cuối cùng là nhóm người gầy với 10,49%. Điều này tương tự với nghiên cứu của tác giả Đặng Xuân Tín khi ghi nhận BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất với 45,4%, tiếp đến là nhóm béo phì 29,7% và cuối cùng 24,9% đối với nhóm thừa cân [5]. Người có BMI bình thường thường có thể lực tốt hơn, đủ sức theo đuổi các liệu trình điều trị kéo dài như dùng thuốc thang, châm cứu, xoa bóp, dưỡng sinh – những phương pháp điều trị đặc thù của YHCT. Trong khi đó, tỉ lệ người béo phì hay thừa cân đang ngày càng gia tăng trong cộng đồng, do đó nhóm người này cũng chiếm tỉ lệ cao trong mẫu nghiên cứu. Đối với bệnh nhân thiếu cân ít xuất hiện trong nội trú do tỉ lệ người gầy trong cộng đồng ít hơn hoặc do thể trạng yếu, khả năng dung nạp kém, dễ lo ngại với các can thiệp hoặc không đủ sức theo đuổi điều trị dài ngày.

Chẩn đoán chứng YHCT là một trong những nội dung quan trọng trong chẩn đoán và mang tính đặc trưng cho YHCT, từ đó hướng đến chẩn đoán Hội chứng bệnh và đề ra các phương pháp điều trị theo YHCT. Qua khảo sát ghi nhận 11 chứng YHCT, trong đó chứng Tý chiếm tỉ lệ nhiều nhất 40,22%, tiếp đến là Bán thân bất toại với 35,75%. Tương tự với nghiên cứu của tác giả Nhan Hồng Tâm năm 2015 về mô hình bệnh tật

tại Bệnh viện YHCT TP.HCM [3], nghiên cứu chỉ ra 10 chứng YHCT chiếm tỉ lệ cao nhất, trong đó chứng Tý có tỉ lệ cao nhất với 34,76%, tiếp đến là Bán thân bất toại với 21,25%. Sự tương quan giữa hai nghiên cứu cho thấy bệnh thường đến Bệnh viện YHCT TP.HCM là di chứng tai biến mạch máu não và bệnh lý cơ xương khớp. Tỉ lệ cao của chứng Tý có thể được lý giải bởi đặc điểm bệnh lý phù hợp với các phương pháp điều trị thể mạnh của YHCT. Ngoài ra, chứng Tý thường gặp ở người cao tuổi, đối tượng chiếm tỉ lệ lớn trong bệnh nhân nội trú tại bệnh viện YHCT. Bán thân bất toại chiếm tỉ lệ cao chỉ sau chứng Tý, điều này phù hợp với tình hình đột quỵ có xu hướng ngày càng tăng tại Việt Nam. Theo tác giả Lê Văn Thành, mỗi năm nước ta ghi nhận khoảng 200.000 ca đột quỵ [4]. Từ đó có thể phản ánh thể mạnh của YHCT trong điều trị các bệnh lý về thần kinh, đặc biệt là phục hồi sau đột quỵ.

Các kết quả trên phù hợp với việc điều trị các bệnh mạn tính được xem là thể mạnh của YHCT, chính vì vậy cần nâng cao và cụ thể hóa chiến lược điều trị các bệnh thể mạnh của YHCT như phục hồi sau đột quỵ, bệnh lý cơ xương khớp,... Đồng thời đẩy mạnh các nghiên cứu về so sánh chất lượng điều trị, từ đó chuẩn hóa kiến thức, xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán, phác đồ điều trị phù hợp với mô hình bệnh tật tại bệnh viện cũng như khuyến cáo của Tổ chức Y tế giới: "Tiêu chuẩn hóa cách tiếp cận của y học dựa trên bằng chứng".

4.3. Hạn chế và khuyến nghị. Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, 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. Y văn ghi nhận có khoảng 28 loại mạch nhưng nghiên cứu chỉ thực hiện trên 4 loại mạch phổ biến nên chưa thể hiện được mối liên kết giữa các mạch khác và các đặc điểm. Do đó, cần tiến hành nghiên cứu với nhiều loại mạch để khắc phục hạn chế trên.

V. KẾT LUẬN

Trong tứ đại mạch, mạch Trầm chiếm tỉ lệ 74,47%, cao hơn hẳn so với mạch Sác 16,49%, mạch Phù 6,38%, mạch Trì 2,66% và điều này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Ở những bệnh nhân có ít nhất một trong tứ đại mạch, nữ giới chiếm tỉ lệ 64,82%; người ≥ 60 tuổi chiếm đa số với 79%; nhóm người nghỉ việc do bệnh nặng/ngỉ hưu chiếm 46,29%; người có chỉ số BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất với 41,36%; ghi nhận 11 chứng YHCT trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là chứng Tý với 40,22% và