

- giảng Bệnh học Nội khoa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Tập II, tr.320-331.
3. **Nguyễn Thu Giang** (2008), Lịch sử bệnh gút, [htt://benhgout.net](http://benhgout.net).
 4. **Nguyễn Thị Xuyên** (2007), Hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện, Nhà xuất bản Y học- Bộ Y tế, tr 5-76.
 5. **Chang C. H., Chen Y. M., Chuang Y. W. et al** (2009), "Relationship between hyperuricemia (HUC) and metabolic syndrome (MS) in institutionalized elderly men", Archives of Gerontology and Geriatrics, 49, S46-S49.
 6. **Trần Ngọc Ân** (2004), "Điều trị bệnh gút, Điều trị học nội khoa", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tập I, tr.231-236
 7. **Đặng Hồng Hoa** (2009), "Tình hình bệnh gút mạn tính tại bệnh viện E trong năm 2008".
 8. **Phạm Quang Cử** (2009), "Nghiên cứu các biến chứng của bệnh gút", Y học thực hành, (số 09//2009).
 9. **Thông tư 07/2011/TT- BYT ngày 26-01-2011** "Hướng dẫn công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện"

KHẢO SÁT THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Trần Thái Hà¹, Nguyễn Thị Trang², Chử Minh Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát thể bệnh Y học cổ truyền của tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 12/2022 đến tháng 06/2023 trên 105 bệnh nhân nội trú được chẩn đoán tăng huyết áp tại khoa Nội, khoa Lão, khoa Chăm sóc dưỡng sinh của Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 76,50 ± 7,78. Tỷ lệ nữ/ nam là 2/1. Thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất (56,2%), tiếp theo là thể đàm thấp (24,8%) và thể can dương thượng cương (14,3%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là thể âm dương lưỡng hư (4,8%). Triệu chứng lâm sàng theo thể bệnh: Các triệu chứng đặc trưng để phân loại thể bệnh đều gặp với tỷ lệ cao, đặc biệt là các triệu chứng về mạch và lưỡi. Chỉ số huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HATT_r) và tần số mạch trung bình lúc vào viện lần lượt là 147,32±11,42 mmHg, 85,43±8,66 mmHg, 80,64±10,82 lần/phút. HATT và mạch cao nhất ở thể can dương thượng cương, HATT_r cao nhất ở thể đàm thấp. HATT, HATT_r và mạch thấp nhất ở thể âm dương lưỡng hư. Các bệnh kèm theo thường gặp là tai biến mạch máu não (TBMMN), rối loạn lipid máu (RLLPM) và bệnh mạch vành (BMV). Tổn thương tim và não chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm bệnh nhân thể can dương thượng cương, âm dương lưỡng hư. Tổn thương thận chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm bệnh nhân thể âm dương lưỡng hư. **Từ khóa:** tăng huyết áp, thể bệnh y học cổ truyền.

SUMMARY

EXAMINING OF THE TRADITIONAL MEDICINE PATTERN OF HYPERTENSION IN

¹Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hà

Email: phdtranhaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.9.2023

Ngày duyệt bài: 3.10.2023

THE OLDER ADULTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

Objective: Examining of the traditional medicine pattern of hypertension in the older adults at the National hospital of Traditional medicine. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted from December 2022 to June 2023 among 105 hypertensive patients at Internal Medicine Department, Gerontology Department, Acupuncture Department of the National hospital of Traditional medicine. **Results:** The mean age is 76,50 ± 7,78. Female/male ratio is 2/1. The prevalences of Traditional medicine syndrome were liver-kidney yin deficiency syndrome (56,2%), Phlegm – Dampness syndrome (24,8%), ascendant hyperactivity of liver yang (14,3%), Yin and Yang deficiency syndrome (4,8%). The typical symptoms to classify the disease are encountered with a high rate, especially the symptoms of pulse and tongue. The systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP) and mean pulse rate at admission were 147,32±11,42 mmHg, 85,43±8,66 mmHg, 80,64±10,82bpm. SBP and pulse are highest in the ascendant hyperactivity of liver yang. DBP is highest in the Phlegm-wetness. SBP, DBP and pulse are lowest in the Yin and Yang deficiency syndrome. Common comorbidities are stroke, dyslipidemia and coronary artery disease. Injury to the heart and brain accounted for the largest proportion in the liver-kidney yin deficiency syndrome and Yin and Yang deficiency syndrome. Kidney damage accounted for the largest proportion in the Yin and Yang deficiency syndrome. **Keywords:** hypertension, the traditional medicine pattern.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là một hiện tượng mang tính toàn cầu, ảnh hưởng đến mọi quốc gia, dân tộc. Song song với quá trình già hóa dân số là việc đổi mới với sự gia tăng ngày càng trầm trọng của các bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là tăng huyết áp (THA) và các bệnh tim mạch khác [1]. Quá trình tiến triển của THA không chỉ dẫn tới tử

vong mà còn gây ra nhiều biến chứng nặng nề, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và là gánh nặng của gia đình và xã hội. Theo Y học cổ truyền (YHCT), THA thuộc chứng Huyền vưng, bệnh gồm nhiều thể bệnh, mỗi thể sẽ có các triệu chứng đặc trưng riêng và có nhiều yếu tố liên quan. Bệnh viện YHCT Trung ương là bệnh viện đầu ngành về YHCT của cả nước và cũng là bệnh viện đi đầu trong thực hiện chính sách hiện đại hóa YHCT, kết hợp YHCT với YHHĐ. Những năm gần đây, số bệnh nhân điều trị tại bệnh viện ngày càng tăng, trong đó có bệnh nhân THA. Nghiên cứu mô hình bệnh THA sẽ giúp cho việc định hướng chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân theo các phương pháp điều trị bằng YHCT, tìm ra những hướng đi mới trong kết hợp điều trị YHCT và Y học hiện đại (YHHĐ), đồng thời giúp cho việc xây dựng cơ sở vật chất, nguồn lực đáp ứng nhu cầu điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành khảo sát thể bệnh YHCT của THA ở người cao tuổi tại Bệnh viện YHCT Trung ương với mục tiêu: *Khảo sát thể bệnh YHCT của tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Bệnh viện YHCT Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nội trú được chẩn đoán THA tại khoa Nội, khoa Lão, khoa Chăm sóc dưỡng sinh của bệnh viện YHCT Trung ương trong khoảng thời gian từ 12/2022 – 06/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới tính (n=105)

Nhóm tuổi	Giới		Nam		Nữ		Tổng		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
60 – 69	10	28,6	14	20,0	24	22,9	> 0,05		
70 – 79	12	34,3	30	42,9	42	40,0			
≥80	13	37,1	26	37,1	40	37,1			
Tổng	35	33,3	70	66,7	105	100			
Trung bình (X±SD)	76,50 ± 7,78								

Nhận xét: Bệnh gặp ở cả hai giới, trong đó giới nữ chiếm đa số (66,7%), tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 76,50 ± 7,78. Phần lớn bệnh nhân độ tuổi từ 70 trở lên, độ tuổi dưới 70 chỉ chiếm 22,9%. Ở cả ba nhóm tuổi, tỷ lệ nữ mắc THA cao hơn so với nam. Sự khác biệt giới tính giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Bệnh lý kèm theo

Bảng 3.2. Bệnh kèm theo (n=105)

Bệnh kèm theo	Số lượng	Tỷ lệ %
RLLPM	30	28,6
ĐTĐ	26	24,8
BMV	26	24,8
Suy tim	7	6,7
TBMMN	33	31,4

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán THA nguyên phát theo ISH 2020: HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg [1].

- Từ 60 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được chẩn đoán THA thứ phát.

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính nặng.

- Những bệnh nhân THA bị khiếm thị, khiếm thính, rối loạn tâm thần, thiếu năng trí tuệ.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Từ tháng 12/2022 – tháng 06/2023 tại Khoa Nội, Lão, Chăm sóc dưỡng sinh – Bệnh viện YHCT Trung ương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu ngẫu nhiên thuận tiện.

2.4. Chỉ số nghiên cứu

- YHHĐ: Chỉ số huyết áp, triệu chứng lâm sàng, triệu chứng cận lâm sàng.

- 4 thể bệnh YHCT của THA: thể can dương thượng cang, thể can thận âm hư, thể âm dương lưỡng hư và thể đàm thấp.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học trên phần mềm Stata 20.0.

RLLPM	30	28,6
ĐTĐ	26	24,8
BMV	26	24,8
Suy tim	7	6,7
TBMMN	33	31,4

Nhận xét: Bệnh kèm theo hay gặp nhất là TBMMN (31,4%), RLLPM (28,6%), tiếp theo là BMV (24,8%), đái tháo đường (ĐTĐ) (24,8%), suy tim (6,7%).

3.2.2. Phân bố bệnh nhân theo thể bệnh YHCT

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thể

bệnh YHCT

Thể bệnh YHCT	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Can dương thượng cang	15	14,3
Can thận âm hư	59	56,2
Âm dương lưỡng hư	5	4,8
Đàm thấp	26	24,8
Tổng	105	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân THA thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất (56,2%), tiếp theo là thể đàm thấp (24,8%) và thể can dương thượng cang (14,3%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là bệnh nhân THA thể âm dương lưỡng hư (4,8%).

3.2.3. Triệu chứng lâm sàng theo thể bệnh YHCT

* Triệu chứng của thể can dương thượng cang
 Ở thể can dương thượng cang, đa số có rêu lưỡi vàng (86,7%), mạch huyền sắc (60,0%), đau đầu (73,3%), mất ngủ (80,0%), hoa mắt, choáng váng (46,7%), hay tức giận (40,0%), miệng đắng và cơn bốc hỏa chiếm 13,3%.

* Triệu chứng của thể can thận âm hư

Ở thể can thận âm hư, đa số có chất lưỡi đỏ (89,8%), rêu lưỡi vàng (69,5%), mạch huyền tế (72,9%), lưng gối đau mỏi (79,7%), ngũ tâm phiền nhiệt (78,0%), mất ngủ (69,5%), đau đầu (52,5%), hoa mắt, chóng mặt (13,8%), đạo hãn (13,6%), ù tai (8,5%).

* Triệu chứng của thể âm dương lưỡng hư

Ở thể âm dương lưỡng hư, các triệu chứng hay gặp nhất là chất lưỡi nhạt (100%), rêu trắng (80%), mạch trầm tế (100%), tiểu đêm nhiều lần (100%), sắc mặt trắng, sợ lạnh, chân tay lạnh, đau đầu, lưng gối đau mỏi (60%).

* Triệu chứng của thể đàm thấp

Ở thể đàm thấp, các triệu chứng hay gặp nhất là chất lưỡi nhạt bệu (92,3%), rêu trắng dày (76,9%), mạch hoạt (53,8%), béo bệu (73,1%), đau nặng đầu (34,6%), ngực bụng đầy tức (19,2%), hoa mắt, chóng mặt, lợm giọng buồn nôn (7,7%).

3.2.4. Chỉ số huyết áp, mạch theo thể bệnh YHCT

Bảng 3.4. Chỉ số huyết áp, mạch trung bình của bệnh nhân (n=105)

Đặc điểm	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)	Mạch (lần/phút)
Can dương thượng cang	159,0±17,34	86,67±8,17	82,53±12,82
Can thận âm hư	146,68±10,13	85,14±9,22	81,37±9,86
Âm dương lưỡng hư	142,00±2,74	78,00±10,95	68,60±7,86
Đàm thấp	143,08±5,31	86,81±6,62	80,19±11,24
Trung bình (X±SD)	147,32±11,42	85,43±8,66	80,64±10,82

Nhận xét: HATT trung bình cao nhất ở thể can dương thượng cang (159,0±17,34 mmHg), thấp nhất ở thể âm dương lưỡng hư (142,00±2,74 mmHg). HATTr trung bình cao nhất ở thể đàm thấp (86,81±6,62mmHg), thấp nhất ở thể âm dương lưỡng hư (78,00±10,95

mmHg). Mạch trung bình cao nhất ở thể can dương thượng cang (82,53±12,82 lần/phút), thấp nhất ở thể âm dương lưỡng hư (68,60±7,86 lần/phút).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Tổn thương tim trên cận lâm sàng

Bảng 3.5. Tổn thương tim trên cận lâm sàng (n=67)

Tổn thương trên cận lâm sàng	Tổn thương trên điện tâm đồ (n=58)			Tổn thương trên X – quang (n=39)		
	Tăng gánh thất trái	Rối loạn nhịp	Bệnh mạch vành	Cung ĐMC vòng	Phi đại thất trái	Tim to toàn bộ
Số lượng	11	21	26	27	7	5
Tỷ lệ (%)	19	36,2	44,8	69,2	17,9	12,9

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 67 bệnh nhân có tổn thương tim trên cận lâm sàng, chiếm tỷ lệ 63,8%. Có 58 (55,2%) bệnh nhân có tổn thương trên điện tim, trong đó: tỷ lệ tăng gánh thất trái là 19%, rối loạn nhịp tim (36,2%) và bệnh mạch vành (44,8%). Có 39 (37,1%) bệnh nhân có tổn thương trên X-quang, trong đó: 69,2% bệnh nhân có cung động mạch chủ vòng, 17,9% phì đại thất trái, 12,9% tim to toàn bộ.

3.3.2. Tổn thương thận trên cận lâm sàng

Bảng 3.6. Tổn thương thận trên cận lâm

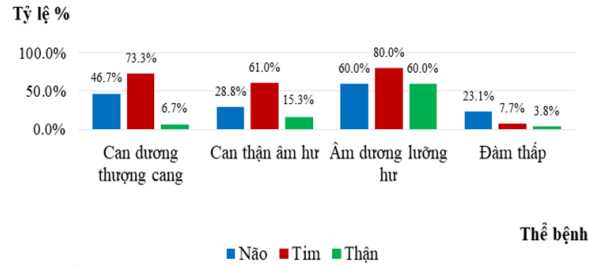
sàng (n=105)

Xét nghiệm cận lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có protein niệu (n=63)	7	11,1
Tăng creatinin máu (n=44)	7	15,9

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 63 (60,0%) bệnh nhân được làm xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, 44 (41,9%) bệnh nhân làm xét nghiệm creatinin máu. Trong đó có 14 (13,3%) bệnh nhân có tổn thương thận trên cận lâm sàng: 11,1% bệnh nhân có protein niệu và

15,9% bệnh nhân tăng creatinin máu.

3.3.3. Phân bố tổn thương cơ quan đích theo thể bệnh



Biểu đồ 3.1. Phân bố tổn thương cơ quan đích theo thể bệnh YHCT (n=105)

Nhận xét: Tổn thương tim và não chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm bệnh nhân thể can dương thượng cương, âm dương lưỡng hư. Tổn thương thận chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm bệnh nhân thể âm dương lưỡng hư. Sự phân bố tổn thương tim và não ở các thể bệnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ còn tổn thương thận ở các thể bệnh phân bố có sự khác biệt thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 105 đối tượng người cao tuổi tại ba khoa Nội, Lão và Châm cứu dưỡng sinh của Bệnh viện YHCT Trung ương. Bệnh gặp ở cả hai giới, trong đó tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Tỷ lệ giữa nam và nữ hoàn toàn phù hợp với xu hướng chung của dân số Việt Nam hiện nay là tỷ lệ giới tính nghiêng về nữ giới khi độ tuổi càng cao. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $76,50 \pm 7,78$. Phần lớn bệnh nhân độ tuổi từ 70 trở lên, độ tuổi dưới 70 chỉ chiếm 22,9%. Nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng tỷ lệ mắc THA ở hai giới có sự thay đổi theo tuổi, nam giới có tỷ lệ THA cao hơn so với nữ giới trước khi bắt đầu mãn kinh (dưới 50 tuổi), tuy nhiên sau độ tuổi này phụ nữ được chẩn đoán THA tăng cao hơn so với nam giới [2]. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi: ở cả ba nhóm tuổi, tỷ lệ nữ mắc THA cao hơn so với nam.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Bệnh lý kèm theo. Bệnh kèm theo hay gặp nhất là TBMMN (31,4%), RLLPM (28,6%), tiếp theo là BMV (24,8%), ĐTĐ (24,8%), suy tim (6,7%).

Khi có ĐTĐ phối hợp với THA, nguy cơ BMV tăng lên gấp ba lần, nguy cơ TBMMN và tỷ lệ tử vong chung tăng gấp hai lần [3]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh RLLPM là một trong các yếu tố nguy cơ dẫn đến tình trạng xơ vữa động mạch

và bệnh tim mạch do xơ vữa. Như vậy, cùng với kiểm soát chặt HA, kiểm soát tốt đường máu và lipid máu cũng là một yếu tố quan trọng giúp ngăn ngừa tiến triển của các biến chứng THA nói chung và đặc biệt là các biến chứng tim mạch nói riêng.

4.2.2. Phân bố bệnh nhân theo thể bệnh YHCT. Bệnh nhân THA thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất (56,2%), tiếp theo là thể đàm thấp (24,8%) và thể can dương thượng cương (14,3%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là thể âm dương lưỡng hư (4,8%).

Kết quả này phù hợp với lý luận YHCT, tuổi càng cao chính khí càng giảm sút, chức năng tạng phủ thất điều. Nam giới khi 64 tuổi (8x8) và nữ giới khi 49 tuổi (7x7), thiên quý kiệt, tạng Thận hư suy. Thận thủy hư sẽ không nuôi dưỡng được can mộc dẫn đến can thận hư gây ra chứng Huyền vưng, Đầu thống, Tâm quý [4].

4.2.3. Triệu chứng lâm sàng theo thể bệnh YHCT. Các triệu chứng đặc trưng để phân loại thể bệnh đều gặp với tỷ lệ cao, đặc biệt là các triệu chứng về mạch và lưỡi. Qua đó ta thấy những triệu chứng về mạch và lưỡi là những triệu chứng thực thể có thể giúp phân loại thể bệnh.

4.2.4. Chỉ số huyết áp, mạch theo thể bệnh YHCT. HATT trung bình cao nhất ở thể can dương thượng cương ($159,0 \pm 17,34$ mmHg), thấp nhất ở thể âm dương lưỡng hư ($142,00 \pm 2,74$ mmHg). HATT_r trung bình cao nhất ở thể đàm thấp ($86,81 \pm 6,62$ mmHg), thấp nhất ở thể âm dương lưỡng hư ($78,00 \pm 10,95$ mmHg). Mạch trung bình cao nhất ở thể can dương thượng cương ($82,53 \pm 12,82$ lần/phút), thấp nhất ở thể âm dương lưỡng hư ($68,60 \pm 7,86$ lần/phút).

Điều này phù hợp với lý luận YHCT. Can dương thượng cương là phần dương cương thịnh, nhiệt nhiều. Phần nhiệt của Can dương thượng cương phần nhiều vào ban ngày, từng cơn nóng bừng, dương hỏa bốc lên làm mắt hoa, mặt đỏ, đầu choáng vừa chóng vừa đau, tâm phiền dễ cáu. Trên lâm sàng bệnh nhân thường có HATT rất cao và mạch nhanh (mạch huyền sắc), đồng thời xuất hiện các triệu chứng cơ năng tương ứng [4].

Chứng đàm thấp do sự phân bố và bài tiết tân dịch bị trở ngại, ngưng tụ thành thấp, thấp trệ lâu ngày hóa thành đàm. Các nhà nghiên cứu YHCT đã cho thấy sự tương đồng giữa RLLPM và chứng "Đàm thấp", "Huyền vưng", "Đầu thống", "Tâm quý" trong YHCT. Bệnh chia thành hai giai đoạn, giai đoạn đầu lấy đàm trọc làm chủ, tương ứng với bệnh cảnh của RLLPM theo YHHĐ, thời

kỳ sau lấy huyết ứ làm chủ, tương ứng với bệnh cảnh của RLLPM và xơ vữa động mạch. Do đó, HATTr ở thể đàm thấp khá cao [5].

Theo YHCT, chứng Huyền vưng giai đoạn cuối do âm bị tổn thương ảnh hưởng đến dương, làm cho âm dương đều bị hư tổn, vì vậy giai đoạn này thường biểu hiện của chứng âm dương lưỡng hư. Âm dương ở đây là nói đến âm dương đều hư ở chính thể cơ thể, tình trạng bệnh nặng, tinh thần bạc nhược, mệt mỏi, hụt hơi, yếu sức... vì vậy mạch và huyết áp ở thể bệnh này thường thấp hơn so với các thể khác [4].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

4.3.1. Tổn thương tim trên cận lâm sàng. Trong nghiên cứu có 67 bệnh nhân có tổn thương tim trên cận lâm sàng, chiếm tỷ lệ 63,8%. Có 58 (55,2%) bệnh nhân có tổn thương trên điện tim, trong đó: tỷ lệ tăng gánh thất trái là 19%, rối loạn nhịp tim (36,2%) và bệnh mạch vành (44,8%). Có 39 (37,1%) bệnh nhân có tổn thương trên X-quang, trong đó: 69,2% bệnh nhân có cung động mạch chủ vòng, 17,9% phì đại thất trái, 12,9% tim to toàn bộ. Các tổn thương tim thường gặp trên bệnh nhân THA là phì đại thất trái, quai ĐMC vòng, rối loạn nhịp, bệnh mạch vành. Trong bệnh THA vừa tăng nhu cầu tiêu thụ oxy cơ tim vừa giảm lưu lượng vành hoặc ít nhất giảm dự trữ vành. Nhu cầu tiêu thụ oxy tăng do tăng hậu gánh làm sức căng thành tim tăng, cũng như phì đại thất trái nếu có [6].

4.3.2. Tổn thương thận trên cận lâm sàng. Trong nghiên cứu có 63 (60,0%) bệnh nhân được làm xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, 44 (41,9%) bệnh nhân làm xét nghiệm creatinin máu. Trong đó có 14 (13,3%) bệnh nhân có tổn thương thận trên cận lâm sàng: 11,1% bệnh nhân có protein niệu và 15,9% bệnh nhân tăng creatinin máu. Bệnh thận do THA được coi là một trong những hậu quả của việc THA lâu dài và kiểm soát kém, đây là nguyên nhân hàng đầu gây suy thận giai đoạn cuối, chỉ đứng sau bệnh thận do ĐTĐ. Giai đoạn sớm có thể xuất hiện microalbumin niệu, sau đó là tiểu đạm đại thể và giảm độ lọc cầu thận [7].

4.3.3. Phân bố tổn thương cơ quan đích theo thể bệnh YHCT. Tổn thương tim và não chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm bệnh nhân thể can dương thượng cương, âm dương lưỡng hư. Tổn thương thận chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm bệnh nhân thể âm dương lưỡng hư. Sự phân bố tổn thương tim và não ở các thể bệnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ còn tổn thương thận ở các thể bệnh phân bố có sự khác biệt thống kê với $p < 0,05$.

Theo lý luận YHCT, thể âm dương lưỡng hư là thể bệnh mà nội thương hư tổn nặng nề, công năng của tạng thận suy giảm nhiều. Chức năng của thận theo YHHĐ và công năng tạng thận theo YHCT có những điểm tương đồng, do đó khi thận âm dương đều hư thì thận (theo YHHĐ) cũng tổn thương nhiều hơn. Can dương thượng cương là thể bệnh thiên về thực chứng do đó các bệnh nhân thuộc thể bệnh này có triệu chứng lâm sàng rầm rộ, chỉ số huyết áp cao nên thường gây ra tổn thương nhiều cơ quan đích như tim và não.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là $76,50 \pm 7,78$. Tỷ lệ nữ/nam là 2/1

Chỉ số HATT, HATTr và tần số mạch trung bình lúc vào viện lần lượt là $147,32 \pm 11,42$ mmHg, $85,43 \pm 8,66$ mmHg, $80,64 \pm 10,82$ lần/phút. HATT và mạch cao nhất ở thể can dương thượng cương, HATTr cao nhất ở thể đàm thấp. HATT, HATTr và mạch thấp nhất ở thể âm dương lưỡng hư.

Thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất (56,2%), tiếp theo là thể đàm thấp (24,8%) và thể can dương thượng cương (14,3%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là thể âm dương lưỡng hư (4,8%).

Triệu chứng lâm sàng theo thể bệnh: Các triệu chứng đặc trưng để phân loại thể bệnh đều gặp với tỷ lệ cao, đặc biệt là các triệu chứng về mạch và lưỡi.

Các bệnh kèm theo thường gặp là TBMMN, RLLPM và BMV.

Tổn thương tim và não chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm bệnh nhân thể can dương thượng cương, âm dương lưỡng hư. Tổn thương thận chiếm tỷ lệ lớn nhất ở nhóm bệnh nhân thể âm dương lưỡng hư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Unger T., Borghi C., Charchar F. và cộng sự. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357.
2. Wenger N.K., Arnold A., Bairey Merz C.N. và cộng sự. (2018). Hypertension Across a Woman's Life Cycle. *J Am Coll Cardiol*, 71(16), 1797–1813.
3. Deepa M., Pradeepa R., Anjana R. và cộng sự. (2011). Noncommunicable Diseases Risk Factor Surveillance: Experience and Challenge from India. *Indian J Community Med*, 36(Suppl1), S50–S56.
4. Trần Thúy (2018). Học thuyết tạng tượng. Nội kinh. Nhà Xuất Bản Y học, Hà Nội, 74–77.
5. 姍喻 và 光季 (2018). 中医对高脂血症的研究进展. *Traditional Chinese Medicine*, 07, 307.
6. Thâu Du, Quang Quý (2018). Sự phát triển trong nghiên cứu của Y học cổ truyền đối với Rối

7. loạn lipid máu. *Traditional Chinese Medicine*, 07, 307.
Ngô Quý Châu (2020). Tăng huyết áp. *Bệnh học nội khoa* (Tập 1). Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, 200–226.

Mennuni S., Rubattu S., Pierelli G. và cộng sự. (2014). Hypertension and kidneys: unraveling complex molecular mechanisms underlying hypertensive renal damage. *J Hum Hypertens*, 28(2), 74–79.

NGHIÊN CỨU ĐỊNH LƯỢNG SARS-COV-2 BẰNG PHƯƠNG PHÁP REALTIME-PCR SỬ DỤNG CHẤT NHUỘM SYBR GREEN

Nguyễn Thị Mai Hương¹, Bùi Thị Bảo², Tạ Văn Thọ¹

TÓM TẮT

Đại dịch COVID-19 do virus SARS-CoV-2 gây ra đã lan rộng khắp các quốc gia trên thế giới với số ca nhiễm và tử vong tăng cao. Xét nghiệm định lượng SARS-CoV-2 có vai trò chiến lược đặc biệt quan trọng, được sử dụng rộng rãi và được coi là “tiêu chuẩn vàng” trong việc giúp các bác sĩ chẩn đoán và đánh giá đúng tình trạng bệnh. Nhất là đối với các bệnh nhân có nhiều bệnh nền, sức khỏe miễn dịch yếu thì việc đánh giá đúng giai đoạn, diễn biến tình trạng bệnh góp phần rất lớn trong việc tiên lượng và điều trị kịp thời. Tuy nhiên, các xét nghiệm có khả năng định lượng hiện nay đều có chi phí đắt đỏ, đặt ra thách thức với các nhà chức trách tìm ra giải pháp mới có giá thành rẻ hơn nhưng vẫn giữ được độ đặc hiệu và độ đúng tương đương, giúp giảm gánh nặng kinh tế cho cộng đồng và xã hội. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu định lượng SARS-CoV-2 bằng phương pháp Realtime-PCR, cụ thể là phương pháp Realtime-PCR sử dụng chất nhuộm SYBR Green I để thẩm định và xác nhận phương pháp mới có độ đặc hiệu và độ đúng cao với giá thành rẻ hơn. Nghiên cứu được thực hiện dựa trên mẫu chứng C(+) được cung cấp từ nhà sản xuất và được kiểm định lại trên mẫu thật theo quy trình tại phòng thí nghiệm. Kết quả sẽ được thu thập và xử lý để đánh giá độ chụm, độ đúng và xây dựng đường chuẩn. Kết quả cho thấy phương pháp Realtime-PCR sử dụng chất nhuộm SYBR Green I có thể định lượng virus SARS-CoV-2 với độ đặc hiệu và độ đúng cao. **Từ khóa:** SARS-CoV-2, Realtime-PCR, SYBR Green I.

SUMMARY

QUANTITATIVE STUDY OF SARS-COV-2 BY REALTIME-PCR METHOD USING SYBR GREEN

The COVID-19 pandemic caused by the SARS-CoV-2 virus has spread across countries around the world with an increasing number of infections and deaths. Quantitative testing of SARS-CoV-2 has a particularly important strategic role, is widely used and is considered the "gold standard" in helping doctors

diagnose and properly assess the disease condition. Especially for patients with many underlying diseases and weak immune health, the correct assessment of the stage and progression of the disease makes a great contribution to timely prognosis and treatment. However, current quantitative tests are expensive, posing a challenge for authorities to find new, cheaper solutions that still retain similar specificity and accuracy. equivalent, helping to reduce the economic burden on the community and society. Therefore, we conduct quantitative study of SARS-CoV-2 by Realtime-PCR method, specifically Realtime-PCR method using SYBR Green I dye to validate and confirm the new method has specificity High performance and accuracy at a lower cost. The study was carried out based on the C(+) control provided from the manufacturer and was verified on real samples according to laboratory procedures. The results will be collected and processed to evaluate the precision, accuracy and build the calibration curve. The results show that the Realtime-PCR method using SYBR Green I dye can quantify SARS-CoV-2 virus with high specificity and accuracy. **Keywords:** SARS-CoV-2, Realtime-PCR, SYBR Green I.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Coronavirus (CoV) có nguồn gốc từ từ 'corona' có nghĩa là 'vương miện' trong tiếng Latinh. Nó gây ra một loạt các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp ở người, từ cảm lạnh nhẹ đến hội chứng suy hô hấp nặng. Bệnh CoV mới hiện nay còn được gọi là hội chứng hô hấp cấp tính nặng SARS-CoV-2 và bệnh do vi-rút corona 2019 (COVID-19) là một mối đe dọa sức khỏe toàn cầu mới nổi. Cập nhật đến ngày 13/3/2023 virus SARS-CoV-2 đã gây ra 681,677,948 ca mắc, trong đó có 6,812,785 ca tử vong³. Cùng thời điểm đó, tại Việt Nam số ca mắc COVID-19 là 11,526,858, trong đó có 43,186 ca tử vong¹.

Năm 2023, nhiều nước trên thế giới đã lần lượt công bố chấm dứt tình trạng đại dịch COVID-19 đã kết thúc, tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cũng tuyên bố đại dịch COVID-19 không còn là tình trạng khẩn cấp y tế toàn cầu vào ngày 5/5/2023. Tuy nhiên, đối với các bệnh nhân mang nhiều bệnh nền (tim mạch, suy thận, tăng huyết áp, COPD...) và nhất là những người cao

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Phòng khám Chuyên khoa Xét nghiệm Chemedic

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Thọ

Email: tavanthao@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023