

5. Ghali JK, Kadakia S, Cooper R, Ferlinz J. Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. Traits among urban blacks. Arch Intern Med. 1988;148(9):2013-2016.
6. Tsuyuki RT, McKelvie RS, Arnold JM, et al. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. Arch Intern Med. 2001;161(19):2337-2342. doi:10.1001/archinte.161.19.2337
7. **KHAO SÁT KIẾN THỨC VỀ BỆNH SUY TIM Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM TẠI BỆNH VIỆN E, HÀ NỘI NĂM 2021.** <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/2290/2098>. Accessed June 20, 2023.
8. Zeng W, Chia S, Chan Y, Tan S, Low JH, Meng Kum F. Factors impacting heart failure patients knowledge of heart disease and self-care management. Proceedings of Singapore Healthcare. 2016;26. doi:10.1177/2010105816664537
9. Kato N, Kinugawa K, Nakayama E, et al. Development and psychometric properties of the Japanese heart failure knowledge scale. Int Heart J. 2013;54(4):228-233. doi:10.1536/ihj.54.228

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN 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: Phân tích một số yếu tố liên quan đến 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:** Thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất (56,2%), tiếp theo là thể đàm thấp (24,8%), thể can dương thượng cương (14,3%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là thể âm dương lưỡng hư (4,8%). Bệnh nhân có tiền sử TBMMN có nguy cơ THA thể can dương thượng cương cao hơn so với người không bị TBMMN với OR= 4,20, KTC 95%: 1,05 – 16,78, p=0,04. Bệnh nhân nhẹ cân có nguy cơ THA thể can thận âm hư cao hơn so với người BMI bình thường với OR= 3,52, KTC 95%: 1,02 – 12,12, p=0,046. Bệnh nhân có tiền sử RLLPM có nguy cơ THA thể đàm thấp cao hơn so với người không bị RLLPM với OR= 2,05, KTC 95%: 1,15 – 3,67, p=0,02. Bệnh nhân thừa cân, béo phì có nguy cơ THA thể đàm thấp cao hơn so với người bình thường với OR= 3,05, KTC 95%: 1,12 – 8,26, p=0,029. **Từ khóa:** tăng huyết áp, thể bệnh y học cổ truyền.

SUMMARY

ASSOCIATED FACTORS OF THE TRADITIONAL MEDICINE PATTERN OF HYPERTENSION IN OLDER ADULTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

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: phdtranthaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.9.2023

Ngày duyệt bài: 5.10.2023

Objective: Analysis of associated factors for the Traditional medicine pattern of Hypertension in 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 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%). Patients with a history of stroke have a higher risk of ascendant hyperactivity of liver yang with hypertension than those without stroke with OR= 4,20, KTC 95%: 1,05 – 16,78, p=0,04. Low-weight patients have a higher risk of liver-kidney yin deficiency syndrome with hypertension than normal BMI patients (OR= 3,52, 95% CI: 1,02 – 12,12, p=0,046). Patients with a history of dyslipidemia have a higher risk of with hypertension than without stroke patients (OR= 2,05, KTC 95%: 1,15 – 3,67, p=0,02). Overweight and obese patients have a higher risk of dyslipidemia have a higher risk of Phlegm-dampness syndrome with hypertension than normal people (OR= 3,05, KTC 95%: 1,12– 8,26, p=0,029). **Keywords:** hypertension, the traditional medicine pattern.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là vấn đề quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng. 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. Già hóa dân số là một hiện tượng mang tính toàn cầu, song song với quá trình già hóa dân số là sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là THA [1]. Theo Y học cổ truyền (YHCT), THA thuộc chứng Huyền vửng, bệnh

gồm nhiều thể, mỗi thể có những triệu chứng đặc trưng và có nhiều yếu tố liên quan. Nhiều nghiên cứu chứng minh hiệu quả của YHCT trong việc hỗ trợ điều trị, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe. Nghiên cứu mô hình bệnh THA và một số yếu tố liên sẽ giúp cho việc phát hiện ra nguồn gốc của bệnh, phòng ngừa bệnh tật sớm hơn, đổi mới phương pháp điều trị, từ đó có thể đưa ra các định hướng về phương pháp điều trị, định hướng sản xuất các chế phẩm thuốc, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành khảo sát một số yếu tố liên quan đến thể bệnh YHCT của THA ở người cao tuổi tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương với mục tiêu: *Phân tích một số yếu tố liên quan đến thể bệnh Y học cổ truyền của tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Bệnh viện Y học cổ truyền 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.

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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới tính

Nhóm tuổi	Giới Nam		Giới Nữ		Tổng		P
	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	34,4	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%). 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. Phân bố bệnh nhân theo thể bệnh YHCT

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo thể

- 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

- Tuổi: 60 – 69, 70-79 tuổi, ≥ 80 tuổi.
- Giới: Nam, nữ.
- Khu vực sống: Thành thị, nông thôn.
- Thời gian mắc: < 1 năm, 1 – 5 năm, 6 – 10 năm, >10 năm.
- Chỉ số khối BMI: Nhẹ cân; Bình thường; Thừa cân béo phì.
- Bệnh lý kèm theo: Đái tháo đường (ĐTĐ), Rối loạn lipid máu (RLLPM), Bệnh mạch vành (BMV), Suy tim, Tai biến mạch máu não (TBMMN).
- 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. Mỗi liên quan của một số yếu tố và thể bệnh YHCT của THA bằng hồi quy logistic đơn biến.

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 thể âm

dương lưỡng hư (4,8%).

3.3. Một số yếu tố liên quan thể bệnh YHCT của THA ở người cao tuổi

3.3.1. Môi liên quan giữa các yếu tố với THA thể can dương thượng cương

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa các yếu tố về đặc điểm nhân trắc với THA thể can dương thượng cương

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy (CI95%)	p
Giới			
Nam	1	-	
Nữ	1,33	0,21 – 8,62	0,76
Tuổi			
60 – 69	1	-	
70 – 79	0,34	0,55 – 13,19	0,17
≥ 80	0,55	0,26 – 18,20	0,58
Địa dư			
Nông thôn	1	-	
Thành thị	0,53	0,22 – 11,79	0,64

Nhận xét: Các yếu tố giới, tuổi, địa dư không có mối liên quan có ý nghĩa đến THA thể can dương thượng cương với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với THA thể can dương thượng cương

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy (CI95%)	p
BMV			
Không	1	-	
Có	0,91	0,08 – 9,94	0,94
RLLPM			
Không	1	-	
Có	1,07	0,25 – 4,53	0,93
Suy tim			
Không	1	-	
Có	0,84	0,07 – 10,17	0,89
ĐTĐ			
Không	1	-	
Có	0,87	0,17 – 4,51	0,87
TBMMN			
Không	1	-	
Có	4,20	1,05 – 16,78	0,04
Thời gian mắc bệnh			
< 1 năm	1	-	
1 - <5 năm	3,27	0,46 – 23,39	0,24
5 - <10 năm	1,25	0,16 – 8,78	0,82
≥ 10 năm	2,93	0,17 – 51,07	0,46
BMI			
Bình thường	1	-	
Nhẹ cân	0,99	0,18 – 5,41	0,99
Thừa cân, béo phì	0,28	0,05 – 1,57	0,15

Nhận xét: Bệnh nhân có tiền sử TBMMN có nguy cơ THA thể can dương thượng cương cao

hơn so với người không bị TBMMN với OR= 4,20, KTC 95%: 1,05 – 16,78, $p=0,04$.

3.3.2. Môi liên quan giữa các yếu tố với THA thể can thận âm hư

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa các yếu tố về đặc điểm nhân trắc với THA thể can thận âm hư

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy (CI95%)	p
Giới			
Nam	1	-	
Nữ	1,30	0,30 – 5,57	0,72
Tuổi			
60 – 69	1	-	
70 – 79	0,68	0,20 – 2,37	0,55
≥ 80	1,26	0,28 – 5,55	0,76
Địa dư			
Nông thôn	1	-	
Thành thị	2,63	0,53 – 13,00	0,24

Nhận xét: Các yếu tố giới, tuổi, địa dư không có mối liên quan có ý nghĩa đến THA thể can thận âm hư với $p > 0,05$.

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với THA thể can thận âm hư

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy (CI95%)	p
BMV			
Không	1	-	
Có	0,33	0,07 – 1,61	0,17
RLLPM			
Không	1	-	
Có	0,36	0,13 – 1,05	0,06
Suy tim			
Không	1	-	
Có	0,23	0,03 – 1,68	0,15
ĐTĐ			
Không	1	-	
Có	1,48	0,47 – 4,63	0,50
TBMMN			
Không	1	-	
Có	0,52	0,19 – 1,48	0,22
Thời gian mắc bệnh			
< 1 năm	1	-	
1 - <5 năm	1,07	0,30 – 3,81	0,92
5 - <10 năm	1,06	0,30 – 3,27	0,92
≥ 10 năm	0,52	0,05 – 5,83	0,58
BMI			
Bình thường	1	-	
Nhẹ cân	3,52	1,02 – 12,12	0,046
Thừa cân, béo phì	0,836	1,08 – 34,94	0,68

Nhận xét: Bệnh nhân nhẹ cân có nguy cơ THA thể can thận âm hư cao hơn so với người BMI bình thường với OR= 3,52, KTC 95%: 1,02 – 12,12, $p=0,046$.

3.3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố với THA thể đàm thấp

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa các yếu tố về đặc điểm nhân trắc với THA thể đàm thấp

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy (CI95%)	p
Giới			
Nam	1	-	
Nữ	0,33	0,04 – 2,84	0,31
Tuổi			
60 – 69	1	-	
70 – 79	7,5	1,19 – 47,38	0,032
≥ 80	0,47	0,056 – 3,96	0,49
Địa dư			
Nông thôn	1	-	
Thành thị	3,08	0,48 – 19,88	0,24

Nhận xét: Bệnh nhân ở nhóm tuổi 70 – 79 có nguy cơ THA thể đàm thấp thấp hơn so với nhóm 60 - 69 tuổi với OR= 0,13, KTC 95%: 0,02 – 0,84, p=0,032.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với THA thể đàm thấp

Yếu tố	OR	Khoảng tin cậy (CI95%)	p
BMV			
Không	1	-	
Có	3,14	0,52 – 18,83	0,21
RLLPM			
Không	1	-	
Có	2,05	1,15– 3,67	0,02
Suy tim			
Không	1	-	
Có	1,23	0,25 – 5,97	0,79
ĐTĐ			
Không	1	-	
Có	1,63	0,83 – 3,20	0,17
TBMMN			
Không	1	-	
Có	3,33	0,67 – 16,56	0,14
Thời gian mắc bệnh			
< 1 năm	1	-	
1 - <5 năm	0,58	0,35– 8,44	0,50
5 - <10 năm	1,40	0,13 – 4,06	0,70
≥ 10 năm	0,14	0,04 – 5,09	0,28
BMI			
Bình thường	1	-	
Nhe cân	0,86	0,20 – 3,65	0,84
Thừa cân, béo phì	3,05	1,12– 8,26	0,029

Nhận xét: Các yếu tố gồm có RLLPM và chỉ số BMI có mối liên quan có ý nghĩa đến THA thể đàm thấp, cụ thể: Bệnh nhân có tiền sử RLLPM có nguy cơ THA thể đàm thấp cao hơn so với người không bị RLPPM với OR= 2,05, KTC 95%: 1,15– 3,67, p=0,02.

Bệnh nhân thừa cân, béo phì có nguy cơ

THA thể đàm thấp cao hơn so với người bình thường với OR= 3,05, KTC 95%: 1,12– 8,26, p=0,029.

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 Chăm sóc dưỡng sinh của Bệnh viện YHCT Trung ương. Tỷ lệ bệnh gặp ở cả hai giới, trong đó giới nữ chiếm đa số (66,7%). 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%. 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 nhanh 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. 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%), 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 quấy.

4.3. Một số yếu tố liên quan thể bệnh YHCT của THA ở người cao tuổi

4.3.1. Mối liên quan giữa các yếu tố với THA thể can dương thượng cương. Bệnh nhân có tiền sử TBMMN có nguy cơ THA thể can dương thượng cương cao hơn so với người không bị TBMMN với OR= 4,20, KTC 95%: 1,05 – 16,78, p=0,04. Theo YHCT, TBMMN được mô tả trong chứng "Trúng phong" do Trương Trọng Cảnh lần đầu ghi trong sách "Kim quỹ yếu lược" và được dùng cho đến ngày nay. Nguyên nhân gây trúng phong tập trung vào ba nhóm: phong, hỏa và đàm. Diệp Thiên Sĩ cho rằng trúng phong là do nội phong liên quan trực tiếp đến can mộc. Can huyết hư không chế ước được phần dương, can dương thượng nhiễu gây nên bệnh. Thận tàng tinh, tinh sinh huyết, huyết sinh tinh. Trên cơ sở đó can âm được thận thủy nuôi dưỡng mà chế được can dương. Thận thủy suy mà không

dưỡng được can mộc gây chứng can âm suy, can dương thượng cương, can hỏa vượng mạnh gây phong động, kết hợp với nhiệt thúc phong đi lên mà thành bệnh [3].

4.3.2. Môi liên quan giữa các yếu tố với THA thể can thận âm hư. Bệnh nhân nhẹ cân có nguy cơ THA thể can thận âm hư cao hơn so với người BMI bình thường với OR= 3,52, KTC 95%: 1,02 – 12,12, p=0,046. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Tô Hùng Vinh: BMI càng thấp càng tăng nguy cơ thể chất Âm hư lên 91% [4]. YHCT cho rằng: "Người gầy đa hỏa". Hỏa nhiệt này thường chỉ âm hư mà dẫn đến hỏa vượng. Hỏa vượng trưng phát tân dịch, hỏa nhiệt hữu dư, thủy dịch bất túc. Đa hỏa tắc nhiệt, thủy thiếu tắc khô, vì vậy người âm hư thường gầy, sút cân, nóng trong người, đau nhức trong xương, môi khô, miệng khát, tiểu đỏ ít,... cũng phù hợp với kết quả người THA có BMI thấp nguy cơ gặp THA thể can thận âm hư cao hơn so với người BMI bình thường [5].

4.3.3. Môi liên quan giữa các yếu tố với THA thể Đàm thấp. Các yếu tố gồm có RLLPM và chỉ số BMI có mối liên quan có ý nghĩa đến THA thể đàm thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tiền sử RLLPM có nguy cơ THA thể đàm thấp cao hơn so với người không bị RLPPM với OR= 2,05, KTC 95%: 1,15– 3,67, p=0,02. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Vương Trí Ngọc: người có thể chất đàm thấp có nguy cơ RLLPM cao hơn so với người không có thể chất đàm thấp với OR=3,69, p=0,00 [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân thừa cân, béo phì có nguy cơ THA thể đàm thấp cao hơn so với người bình thường với OR= 3,05, KTC 95%: 1,12– 8,26, p=0,029. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hàn Yên: những người thừa cân, béo phì có nguy cơ gặp thể chất đàm thấp cao hơn so với người không bị thừa cân, béo phì với OR=3,35, KTC 95%: 2,01 – 5,57, p<0,001 [7]. Đàm thấp chủ yếu là do công năng của tỳ bị rối loạn, vận hóa thủy cốc thất điều; hoặc do bẩm tố tiên thiên; hoặc do hậu thiên ăn quá nhiều đồ béo ngọt, khiến cho thủy dịch nội đình mà gây đàm thấp đình trệ. Những người có thể chất đàm thấp dễ sinh đàm trọc, đàm trọc nội ngưng, là căn nguyên của tình trạng RLLPM. Kết quả nghiên cứu của Lí Tố Hoa cho thấy, những người thể chất đàm thấp có TC, TG, LDL-C cao và HDL-C thấp hơn so với người không có thể chất đàm thấp, như vậy thể chất đàm thấp và RLLPM có mối tương quan với nhau [8].

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là 76,50 ± 7,78. Tỷ lệ nữ và nam là 66,7% và 33,3%.

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%).

Bệnh nhân có tiền sử TBMMN có nguy cơ THA thể can dương thượng cương cao hơn so với người không bị TBMMN với OR= 4,20, KTC 95%: 1,05 – 16,78, p=0,04.

Bệnh nhân nhẹ cân có nguy cơ THA thể can thận âm hư cao hơn so với người BMI bình thường với OR= 3,52, KTC 95%: 1,02 – 12,12, p=0,046.

Bệnh nhân có tiền sử RLLPM có nguy cơ THA thể đàm thấp cao hơn so với người không bị RLPPM với OR= 2,05, KTC 95%: 1,15– 3,67, p=0,02.

Bệnh nhân thừa cân, béo phì có nguy cơ THA thể đàm thấp cao hơn so với người bình thường với OR= 3,05, KTC 95%: 1,12– 8,26, p=0,029.

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. Nguyễn Thiên Quyền (2010). Chẩn đoán phân biệt chứng hậu trong Đông y. Nhà xuất bản văn hóa dân tộc, Hà Nội, 201–204, 313–322, 520–527.
4. Tô Hùng Vinh (2023), Đặc điểm thể chất y học cổ truyền và thực trạng hút thuốc lá của người dân tại phường 5 quận 10, thành phố Hồ Chí Minh, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.
5. 高飞, 王国玮, 李健 và cộng sự. (2010). 健康体检人群体重指数与中医偏颇体质的相关性研究. *世界中西医结合杂志*, **5**(2), 126–129.
6. Cao Phi, Vương Quốc Vĩ, Lí Kiên và cộng sự. (2010). Nghiên cứu mối tương quan giữa chỉ số khối cơ thể và thể chất y học cổ truyền ở người khỏe mạnh. *Tạp chí kết hợp Đông Tây y thể giới*, **5**(2), 126–129.
7. 王智玉 (2012). 浅析高脂血症与中医体质的相关性. *世界中西医结合杂志*, **7**(7), 604–606.
8. Vương Trí Ngọc (2012). Phân tích mối tương quan giữa rối loạn lipid máu và thể chất y học cổ truyền. *Tạp chí kết hợp Đông Tây y thể giới*, **7**(7), 604–606.
9. 韩燕, 杨月嫦, 周扬 và cộng sự. (2022). 超重/肥胖与中医体质相关性的横断面研究. *上海中医药杂志*, **56**(10), 24–28.
10. Hàn Yên, Dương Nguyệt Thường, Châu Dương và cộng sự. (2022). Nghiên cứu cắt ngang về mối tương quan giữa thừa cân/béo phì và thể chất Y học cổ truyền. *Tạp chí Trung y dược Thượng Hải*, **56**(10), 24–28.