

sinh viên Y năm thứ tư có sự hiểu biết về bệnh VSD nên có kiến thức thực hành đúng tốt hơn. Đây là một hành vi tốt giúp phòng chống VSD.

Từ kết quả nghiên cứu có thể thấy, mức độ kiến thức tốt về thực hành các hành vi phòng chống VSD của sinh viên chiếm tỷ lệ cao 81% (Biểu đồ 3.2). Kết quả này cao hơn so với 1 số nghiên cứu khác như Phan Trung Thuấn [7] 45,2%, Lưu Thị Hồng [8] là 40,4%. Nguyên nhân có sự khác biệt này là do ngày nay chất lượng cuộc sống ngày càng tốt hơn, phần lớn phụ nữ đã có điều kiện để thực hành các biện pháp phòng chống VSD như dùng nước sạch, vệ sinh phụ khoa đúng cách, QHTD an toàn, khám phụ khoa định kỳ... Bên cạnh đó đối tượng nghiên cứu của tôi có trình độ học vấn cao hơn vì vậy mà mức độ thực hành phòng chống VSD tốt hơn.

## V. KẾT LUẬN

Hầu hết các đối tượng nghiên cứu biết các kiến thức về phòng tránh bệnh viêm sinh dục, trong đó: 98% thay băng vệ sinh  $\geq 3$  lần/ngày; 94% vệ sinh khi hành kinh bằng cách rửa bộ phận sinh dục dưới vòi nước chảy; 91% vệ sinh sau khi quan hệ tình dục dưới vòi nước chảy. Kiến thức về các biện pháp đảm bảo an toàn trong sinh hoạt tình dục đạt từ 85,5- 94,5%. Khi phát hiện dấu hiệu nghi ngờ bệnh, phần lớn chọn đi khám tại trung tâm y tế nhà nước với 53,8%. Mức độ kiến thức tốt về thực hành phòng tránh bệnh chiếm tỷ lệ cao 81%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bosede B. Afolabi, Olanisio E. Moses, and Ovinlola O. Oduvebo.** Bacterial Vaginosis and Pregnancy Outcome in Lagos, Nigeria. Open Forum Infect Dis. 2016. 3(1) DOI: 10.1093/ofid/ofw030
2. **Trần Xuân Lương.** Chiến lược dân số và sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020. Tạp chí chính sách y tế. 2012;(9): 59-61.
3. **Võ Thị Kiều Mi, Đậu Thị Thanh Hằng, Trần Thanh Ngân, Nguyễn Bích Hạnh, Nguyễn Đình Tùng.** Kiến thức, thái độ và hành vi sức khỏe sinh sản của sinh viên nữ khối Khoa học sức khỏe, Trường Đại học Duy Tân. Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Duy Tân. 2020; 3(40): 121-136.
4. **Nguyễn Thị Kim Loan, Phạm Thị Tâm.** Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng đến khám, điều trị tại bệnh viện đa khoa thống nhất tỉnh Đồng Nai năm 2018-2019. Tạp chí Y dược Cần Thơ. 2019. 19: 261-268.
5. **Nông Thị Thu Trang.** Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học viêm sinh dục ở phụ nữ nông thôn miền núi tỉnh Thái Nguyên và hậu quả can thiệp. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Thái Nguyên. 2015
6. **Vũ Thị Thúy Mai, Đoàn Thị Kiều Dung, Đỗ Minh Sinh.** Thực trạng kiến thức và thực hành phòng chống bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ từ 18-49 tuổi tại thành phố Nam Định. Tạp chí khoa học điều dưỡng. 2019; 2(2): 53-60.
7. **Phan Trung Thuấn, Trần Đình Bình, Đinh Thanh Huệ, Đinh Phong Sơn, Trương Kiều Oanh, Trương Hoài Phong.** Kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống viêm nhiễm sinh dục dưới của phụ nữ Khmer trong độ tuổi 15-49 tại Cần Thơ năm 2016. Tạp chí Y Dược học- Trường đại học Y dược Huế. 2017; 7(1): 64-69.
8. **Lưu Thị Hồng, Phạm Bá Nha, Nguyễn Hà Linh.** Đánh giá kiến thức về bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ từ 18-49 tuổi đến khám tại khoa phụ- sản, bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí phụ sản. 2017; 15(3): 126-130.

## KHẢO SÁT TỈ LỆ VÀ MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA HỘI CHỨNG VỊ NHIỆT THỊNH VỚI CÁC CHỈ SỐ HÓA SINH TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Võ Trọng Tuấn<sup>1</sup>, Dương Thị Ngọc Lan<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Bay<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ và mối tương quan giữa hội chứng Vị nhiệt thịnh với các chỉ số hóa sinh trên người bệnh đái tháo đường type 2 (ĐTĐ2). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang phần tích trên 391 người bệnh được chẩn đoán ĐTĐ2

thoả tiêu chuẩn nghiên cứu từ 01/2022 – 06/2022, các đối tượng được thu thập các thông tin về các triệu chứng Y học cổ truyền (YHCT) để chẩn đoán và tìm tỉ lệ các trường hợp có hội chứng Vị nhiệt thịnh. Đồng thời các chỉ số hóa sinh liên quan như triglyceride (TG), cholesterol toàn phần (CHOL), lipoprotein cholesterol tỷ trọng cao (HDL-C), lipoprotein cholesterol tỷ trọng thấp (LDL-C), HbA1c. Nghiên cứu sử dụng hồi quy logistic để tìm mối tương quan giữa các chỉ số hóa sinh và hội chứng Vị nhiệt thịnh. **Kết quả:** Tỉ lệ hội chứng Vị nhiệt thịnh chiếm tỉ lệ khá cao 17,9% và mức độ tăng HbA1c có liên quan đến hội chứng Vị nhiệt thịnh với OR=1,16 (KTC 95%: 1,00-1,33), p=0,046). **Kết luận:** Đây là một nghiên cứu khách quan để đánh giá mối tương quan HbA1c và hội

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Trọng Tuấn

Email: dr.votuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

chúng Vị nhiệt thịnh từ đó hỗ trợ nâng cao chẩn đoán và điều trị trong ĐTĐ2 bằng YHCT.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, Đái tháo đường type 2, Vị nhiệt thịnh, HbA1c

## SUMMARY

### SURVEYING THE PREVALENCE AND CORRELATION BETWEEN STOMACH HEAT FLOURISHING AND BIOCHEMICAL INDICES IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS

**Objective:** Surveying the prevalence and correlation between Stomach heat flourishing and various biochemical indices. **Materials and methods:** A cross-sectional analysis study was conducted on 391 individuals diagnosed with type 2 diabetes mellitus (T2DM) meeting the research criteria from October 2021 to December 2021. The subjects provided information on traditional medicine symptoms for diagnosis, aiming to determine the prevalence of Stomach heat flourishing. Simultaneously, relevant biochemical markers such as triglyceride (TG), total cholesterol (CHOL), high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), and HbA1c were collected. Logistic regression was employed to investigate the correlation between biochemical indices and Stomach heat flourishing. **Results:** The prevalence of Stomach heat flourishing is relatively high at 17.9%, and the increase in HbA1c levels is associated with Stomach heat flourishing with an odds ratio (OR) of 1.16 (95% CI: 1.00-1.33,  $p=0.046$ ). **Conclusions:** This is an objective study to assess the correlation between HbA1c and Stomach heat flourishing, aiming to enhance the diagnosis and treatment in type 2 diabetes mellitus (T2DM) through traditional medicine. **Keywords:** Diabetes, Type 2 diabetes mellitus, Stomach heat flourishing, HbA1c

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một nhóm bệnh chuyển hóa đặc trưng bởi tăng đường huyết gây ra do thiếu hụt bài tiết và/hoặc hoạt động của insulin. Trong đó, đái tháo đường type 2 (ĐTĐ2) chiếm khoảng 90% những người có ĐTĐ. Theo thống kê của liên đoàn ĐTĐ quốc tế năm 2019 tỉ lệ hiện mắc ĐTĐ là khoảng 9,3% (463 triệu người, trong độ tuổi từ 20 – 79), và con số này được dự báo gia tăng lên đến 10,9% (700 triệu người) vào năm 2045. Tại Việt Nam, vào năm 2015 đã có 3,5 triệu người mắc bệnh, theo báo cáo của liên đoàn ĐTĐ thế giới IDF, và con số này được dự báo sẽ tăng lên 6,1 triệu vào năm 2040. ĐTĐ đã ảnh hưởng sâu sắc đến tâm lý và thể chất những người mắc phải bệnh và liên quan đến nhiều biến chứng nặng do tăng đường huyết mạn tính, là gánh nặng bệnh tật và gây tử vong ở hầu hết quốc gia trên thế giới<sup>1</sup>.

Phân loại hội chứng Y học cổ truyền (YHCT) là cơ sở nền tảng hướng dẫn cho chẩn đoán và

điều trị trong YHCT. ĐTĐ2 có các triệu chứng biểu hiện trên lâm sàng rất đa dạng, việc phân loại hội chứng YHCT theo chứng tiêu khát là chưa phù hợp. Vì thế ở Trung Quốc đã có nhiều nghiên cứu về các hội chứng YHCT trên người bệnh ĐTĐ2 và có những hướng dẫn trong chẩn đoán điều trị bệnh theo các hội chứng YHCT tương ứng. Hiện nay ở Việt Nam, YHCT còn chưa thống nhất về các hội chứng lâm sàng trong ĐTĐ2 và chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể rõ ràng. Trong đó hội chứng Vị nhiệt thịnh là hội chứng điển hình của ĐTĐ type 2 trong nghiên cứu lâm sàng YHCT, với triệu chứng ở giai đoạn đầu là đói nhiều, khát nhiều và đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh theo YHCT. Nhiệt tại Vị có lâu ngày có thể làm tổn thương Thận, dẫn tới Thận khí hư và Thận âm hư. Khi Thận khí hư làm Thận không chủ được tiền âm làm nước tiểu vàng trong và tiểu nhiều hoặc Thận âm hư dẫn đến nội nhiệt, thiếu hoá thượng viêm gây ra chóng mặt, ù tai, mất ngủ, đau lưng, đốm mỡ hồi đêm và các hội chứng âm hư khác. Vì vậy tìm hiểu về hội chứng này đóng vai trò quan trọng. Hiện nay đã có nhiều mô hình hiện đại được sử dụng để trong nghiên cứu Y tế<sup>2</sup>. Vì vậy, việc khám phá các triệu chứng, mạch và lưỡi cũng như các xét nghiệm hóa sinh có liên quan đến hội chứng Vị nhiệt thịnh bằng các phương pháp khai thác dữ liệu giúp nâng cao khả năng chẩn đoán và phân loại hội chứng.

**Mục tiêu nghiên cứu.** *Khảo sát tỉ lệ hội chứng Vị nhiệt thịnh trên bệnh nhân ĐTĐ2 và mối tương quan giữa hội chứng Vị nhiệt thịnh với các xét nghiệm hóa sinh LDL-C, HDL-C, CHOL, HbA1c.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả

**Thời gian nghiên cứu:** 01/2022 – 06/2022.

**Địa điểm:** Tại phòng khám Nội tiết bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM - Cơ sở 1

**Đối tượng nghiên cứu**

**Tiêu chí chọn mẫu**

- NB đã được chẩn đoán ĐTĐ2 theo hồ sơ bệnh án hoặc người bệnh mới chẩn đoán theo tiêu chuẩn của hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (American Diabetes Association – ADA) 2021 58 bởi bác sĩ chuyên khoa, chẩn đoán dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:

a) Đường huyết lúc đói (fasting plasma glucose: FPG)  $\geq 126$  mg/dL hay 7 mmol/L, NB phải nhịn ăn ít nhất 8 giờ hoặc:

b) Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g  $\geq 200$ mg/dL hay 11,1 mmol/L hoặc:

c) HbA1c  $\geq$  6,5%. Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế hoặc

d) Ở NB có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết và biến chứng của tăng đường huyết với mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ  $\geq$  200 mg/dL hay 11,1 mmol/L.

Nếu không có triệu chứng kinh điển của tăng glucose máu (bao gồm tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân không rõ nguyên nhân), xét nghiệm chẩn đoán a, b, c ở trên cần được thực hiện lặp lại lần 2 để xác định chẩn đoán. Thời gian thực hiện xét nghiệm lần 2 sau lần thứ nhất có thể từ 1-7 ngày. Riêng tiêu chí d chỉ cần một lần xét nghiệm duy nhất.

- NB ĐTĐ2 trên 18 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu 108.

**Tiêu chí loại trừ.** NB có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Có thai.
- Đang mắc các bệnh lý cấp tính.
- NB có rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc hoặc không thực hiện được y lệnh.
- NB không hợp tác trong quá trình thăm khám hoặc nội dung bảng khảo sát không đầy đủ.

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n \geq \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Với: Z: Trị số từ phân phối chuẩn  
 $\alpha$ : Xác suất sai lầm loại 1  
 p: Tỷ lệ % ước tính

d: Độ chính xác (hay là sai số cho phép)

Lấy  $\alpha = 0,05$ ,  $Z_{0,975} = 1.96$ ,  $p = 0,5$ ,  $d = 0,05$  (Do không có sẵn trị số của p (không thể tìm thấy trong y văn), nên giả định  $p = 0,5$  để có một cỡ mẫu lớn nhất), tính được cỡ mẫu cần có ít nhất 385 đối tượng.

**Biên số thu thập**

**Biên số triệu chứng, hội chứng YHCT**

Biên số triệu chứng có hai giá trị: Có, không. Các hội chứng, triệu chứng dùng trong nghiên cứu này được định nghĩa dựa trên tham khảo định nghĩa trong các sách chứng trạng, chứng hậu YHCT, thuật ngữ YHCT của Tổ chức Y tế Thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương. Những triệu chứng không tìm được định nghĩa trong sách YHCT sẽ được tham khảo trong các sách YHHĐ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng Vị nhiệt thịnh: Hội chứng Vị nhiệt thịnh bao gồm các triệu chứng miệng khô, họng khô, khát nước, uống nhiều, tiểu nhiều, táo bón, ăn nhiều, sụt cân, phiền táo, rêu lưỡi và mạch hoạt sác. Khi có nhiều

hơn 3 triệu chứng trên và kèm lưỡi đỏ rêu vàng với mạch hoạt sác được chẩn đoán Vị nhiệt thịnh<sup>3</sup>.

**Các chỉ số hoá sinh.** Các chỉ số: CHOL, LDL-C, HDL-C, HbA1c được thu thập dựa vào hồ sơ của đối tượng nghiên cứu, được làm trong vòng 3 tháng trước.

**Y đức.** Nghiên cứu đã được xét duyệt và chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh số 595/HĐĐĐ-ĐHYD

**Phương pháp thống kê.** Nhập số liệu bằng phần mềm Excel 2019, xử lý số liệu và các phép kiểm bằng phần mềm R 4.1.2, Số liệu là biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất, tỉ lệ. Số liệu là biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình (độ lệch chuẩn) nếu phân phối bình thường hay trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu không phân phối bình thường. Mỗi quan hệ giữa biến định tính và biến định lượng được kiểm định bằng hồi quy logistic.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm biến số nền**

**Bảng 1. Đặc điểm biến số nền của đối tượng nghiên cứu**

Biến số nền	Tần số (%)
<b>Giới</b>	
Nam	223 (57)
Nữ	168 (43)
<b>Nghề nghiệp</b>	
Lao động chân tay	97 (24,8)
Lao động trí óc	52 (13,3)
Nội trợ/thất nghiệp	54 (13,8)
Nghỉ hưu/nghỉ việc do bệnh	188 (48,1)
Khác	0
<b>Tiền căn gia đình</b>	
Không	218 (55,8)
Có	173 (44,2)
<b>Hội chứng Vị nhiệt thịnh</b>	
Có	70 (17,9)
Không	321 (82,1)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của mẫu NC là  $61,1 \pm 9,2$ . Tuổi cao nhất là 87, tuổi thấp nhất là 41. Tỷ lệ nữ giới trong mẫu NC là 57%, cao hơn tỷ lệ nam giới (43%). Đối tượng nghỉ hưu hoặc nghỉ việc do bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nhóm nghề nghiệp (48,1%), tiếp đến là lao động chân tay với 24,8% và nhóm có tỷ lệ thấp nhất là lao động trí óc chiếm 13,3%. Người chưa từng hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao nhất (70,7%). Đối tượng tham gia nghiên cứu có tiền căn gia đình có người mắc ĐTĐ chiếm tỷ lệ khá cao (44,2%) Tỷ lệ hội chứng Vị nhiệt thịnh chiếm 17,9% .

**Đặc điểm về chỉ số hóa sinh**

**Bảng 2. Đặc điểm về chỉ số hóa sinh**

Biến số	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Đơn vị
CHOL	272	5,03	1,92	0,09	13,85	mmol/L
HDL-C	266	1,19	0,45	0,44	4,67	
TG	337	2,49	2,24	0,45	22,8	
LDL-C	330	3,08	1,28	0,8	9,27	
HbA1c	391	8,79	2,36	4,6	16,83	%

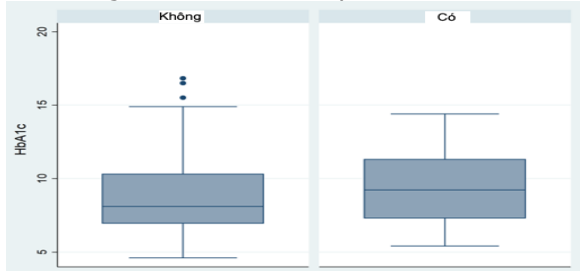
**Nhận xét:** đối tượng nghiên cứu có các chỉ số CHOL, HDL-C, TG, LDL-C, HbA1c lần lượt là: 5,03 ± 1,92 mmol/L; 1,19 ± 0,45mmol/L; 2,49 ± 2,24 mmol/L; 3,08 ± 1,28 mmol/L; 8,79 ± 2,36 %.

**Mối tương quan giữa hội chứng Vị nhiệt thịnh và các đặc điểm hoá sinh**

**Bảng 3. Mối tương quan giữa hội chứng Vị nhiệt thịnh và các đặc điểm hoá sinh**

Biến số	N	OR	Độ lệch chuẩn	P	Khoảng tin cậy 95%
CHOL	272	1,08	0,11	0,469	0,88-1,32
HDL-C	266	0,69	0,30	0,395	0,29-1,63
LDL-C	330	0,99	0,04	0,763	0,90-1,078
TG	337	1,09	0,08	0,209	0,95-1,26
HbA1c	391	1,16	0,08	0,046	1,00-1,33

**Nhận xét:** Mức độ tăng HbA1C có liên quan đến Vị nhiệt thịnh với OR=1,16 (KTC 95%: 1,00-1,33), p=0,046). Không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa CHOL, HDL-C, LDL-C, TG với hội chứng Vị nhiệt thịnh với p > 0,05.



**Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa hội chứng Vị nhiệt thịnh và chỉ số HbA1c**

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

**Giới.** NC tiến hành trên 391 NB ĐTĐ2 với tỉ lệ nữ là 57% cao hơn tỉ lệ nam (43%), điều này cũng tương tự với các NC trên NB ĐTĐ2 trước đó tại Việt Nam và thế giới. Như tương đương với NC trên 587 NB ĐTĐ2 tại Thượng Hải của Hou và cs (2022) với tỉ lệ nữ và nam lần lượt là 56,2% và 43,8%<sup>5</sup>. trong NC của Nguyễn Thanh Hà và cs (2021) trên 280 NB ĐTĐ2 đến khám ngoại trú tại BV Bạch Mai với tỉ lệ nam và nữ tương ứng là 54,6% và 45,4%<sup>4</sup>. Điều này cho thấy tính đại diện về giới trong NC. Cũng như trong báo cáo trước đây về việc không còn khuynh hướng lớn về mắc bệnh ĐTĐ2 ở nữ như ở các thập kỷ trước, điều này được giải thích có liên quan tới việc khởi phát bệnh trẻ, lối sống tĩnh tại gây tăng tình trạng béo phì ở nam giới<sup>6</sup>.

**Đặc điểm tuổi.** Tuổi trung bình của mẫu

nghiên cứu là 61,1 ± 9,2 tuổi, trong đó tỉ lệ người trên 60 tuổi chiếm 56,5%. Kết quả này tương đương trong NC của Phạm Thị Thăng Linh, Nguyễn Thanh Hà, Hsu và Hou với độ tuổi trung bình lần lượt là 61,3 ± 10,5 tuổi, 61,1 ± 11,0 tuổi, 63 ± 11,1 tuổi, và 63,4 ± 11,1 tuổi<sup>4,5</sup>. Cho thấy tính đại diện về mặt độ tuổi của NC.

**Đặc điểm chỉ số HbA1c.** Phần lớn các NB trong NC chưa kiểm soát tốt mục tiêu đường huyết, chỉ có 24,5% NB đưa HbA1c về dưới 7%. Điều này tương đồng với trong NC của Nguyễn Nhật Nam với hơn 70% trong tổng số 415 NB ĐTĐ không đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c 192. Giá trị chỉ số HbA1c trung bình của NC là 8,8 ± 2,4%, cao hơn trong NC tại Đài Loan của Hsu (7,0 ± 1,1%)<sup>7</sup>. Điều này cho thấy tình trạng kiểm soát đường huyết kém trên dân số nước ta, và cũng giống với thực trạng ở các nước đang phát triển khác. Một số báo cáo ghi nhận HbA1c ở quần thể NB ĐTĐ cao hơn đáng kể so với dân số bình thường, nhưng không có sự khác biệt đáng kể giữa các hội chứng YHCT khác nhau.

**Đặc điểm hội chứng Vị nhiệt thịnh.** Trong khảo sát của chúng tôi, tỉ lệ hội chứng Vị nhiệt thịnh chiếm tỉ lệ khá cao 17,9%, tương tự như vậy một khảo sát của Tieniu Zhao năm 2021 có tỉ lệ hội chứng Vị nhiệt thịnh là 47,1% và Khí âm hư là 52,9%<sup>8</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thấp hơn do trong tiêu chuẩn chọn mẫu, nghiên cứu thu thập hết tất cả các người bệnh được chẩn đoán ĐTĐ2, trong đó nghiên cứu của Tieniu Zhao chỉ thu thập trên 2 thể Vị nhiệt thịnh và Khí âm hư.

**Mối liên hệ giữa hội chứng Vị nhiệt thịnh và các chỉ số hóa sinh.** Trong nghiên cứu, hội chứng Vị nhiệt thịnh là hội chứng

thường gặp ở giai đoạn sớm của những người bệnh ĐTĐ2, bằng phương pháp hồi quy Logistic, cho thấy mối liên hệ giữa mức độ HbA1c và hội chứng Vị nhiệt thịnh, điều này tương đồng với nghiên cứu của Tieniu Zhao năm 2021. Điều này có thể giải thích trong hội chứng Vị nhiệt thịnh với các triệu chứng chính là miệng khô, uống nhiều, tiểu nhiều... phù hợp với các triệu chứng ĐTĐ2 khi đường huyết không kiểm soát tốt, mặt khác chỉ số HbA1c cao thường cho thấy lượng đường glucose trong máu cao, nguy cơ bị các biến chứng của đái tháo đường tăng lên. Từ đó, đây là một nghiên cứu khách quan để đánh giá mối tương quan giữa các xét nghiệm sinh hóa hiện đại và các hội chứng YHCT. Áp dụng các phương pháp khai thác dữ liệu để xác định chẩn đoán hội chứng YHCT trên người bệnh ĐTĐ2 có thể hỗ trợ các bác sĩ nâng cao chất lượng chẩn đoán quyết định lâm sàng. Bên cạnh đó, mối liên quan giữa mức độ HbA1c và hội chứng Vị nhiệt thịnh cũng cho thấy tiềm năng của việc điều trị YHCT trong cải thiện chỉ số HbA1c ở người bệnh ĐTĐ2.

## V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy hội chứng Vị nhiệt thịnh hiện diện gần 17,9% ở người bệnh ĐTĐ2 và có mối liên quan giữa sự tăng mức độ HbA1c và tỉ lệ mắc hội chứng Vị nhiệt thịnh. Từ đó cho thấy tiềm năng của các xét nghiệm sinh hóa trong hỗ trợ chẩn đoán và điều trị ĐTĐ2 bằng YHCT một cách khách quan và chính xác hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, et al.** Global and regional diabetes prevalence estimates for

- 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9(th) edition. Diabetes research and clinical practice. 2019;157:107843. doi: 10.1016/j.diabres.2019.107843
2. **Kazerouni F, Bavani A, Asadi F, Saeidi L, Parvizi N, Mansoori Z.** Type2 diabetes mellitus prediction usina data minina algorithms based on the long-noncoding RNAs expression: a comparison of four data minina approaches. BMC Bioinformatics. 2020;21(1):372. Published 2020 Aug 27. doi:10.1186/s12859-020-03719-8
3. **M. H. Wu and X. P. Zhou,** Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine, China traditional Chinese Medicine House, Beijing, China, 2017.
4. **Ha NT, Sinh DT, Ha LTT.** The Association of Family Support and Health Education with the Status of Overweight and Obesity in Patients with Type 2 Diabetes Receiving Outpatient Treatment: Evidence from a Hospital in Vietnam. Health services insights. 2021;14:11786329211014793. doi:10.1177/11786329211014793
5. **Hou C, Cui Y, Xu Y, Wang Y, Hao Y.** TCM Syndrome Recognition Model of Type 2 Diabetes Mellitus in Shanghai Based on TCM Inquiry Information. Evid Based Complement Alternat Med. 2022; 2022: 2843218. doi:10.1155/ 2022/ 2843218
6. **Gale EA, Gillespie KM.** Diabetes and gender. Diabetologia. 2001;44(1):3-15. doi:10.1007/s001250051573
7. **Hsu PC, Huang YC, Chiang JY, Chang HH, Liao PY, Lo LC.** The association between arterial stiffness and tongue manifestations of blood stasis in patients with type 2 diabetes. BMC Complement Altern Med. 27 2016;16(1):324. doi:10.1186/s12906-016-1308-5
8. **Zhao T, Yang X, Wan R, et al.** Study of TCM Syndrome Identification Modes for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Based on Data Mining. Evid Based Complement Alternat Med. 2021;2021:5528550. Published 2021 Sep 6. doi:10.1155/2021/5528550

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN VIRUS B TỰ NGỪNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG TỪ 2018 - 2023

Nguyễn Văn Duyệt<sup>1</sup>, Trần Văn Giang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Viêm gan virus B mạn tính có chỉ định điều trị thuốc ức chế nucleoside/nucleotide (NA). cần theo dõi và điều trị lâu dài, tuân thủ theo các hướng dẫn. Việc bệnh nhân tự ngừng thuốc NA có thể dẫn đến tình

trạng bùng phát, có thể gây nguy hiểm tính mạng cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm gan virus B tự ngừng thuốc tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 2018 - 2023. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả loạt trường hợp bệnh kết hợp hồi cứu và tiến cứu 336 bệnh nhân viêm gan virus B tự ngừng thuốc NA. **Kết quả:** Triệu chứng phổ biến của bệnh nhân khi nhập viện chủ yếu là: mệt mỏi (95,8%), chán ăn (86,3%), vàng da vàng mắt (71,4%), tiểu sẫm màu (60,7%). Số lượng tiểu cầu (n= 314) nằm trong khoảng 157,82 ± 91,19. Tỷ lệ prothrombin (n= 316) nằm trong khoảng 66,58 ± 23,43%. Nồng độ bilirubin

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024