BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ Y TẾ**

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

ĐINH HỒNG THUẬN

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỐI LIÊN QUAN CHỈ SỐ NON-HDL-C VỚI CÁC THỂ Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN LIPID MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Hà Nội – 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ Y TẾ**

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

ĐINH HỒNG THUẬN

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỐI LIÊN QUAN CHỈ SỐ NON-HDL-C VỚI CÁC THỂ Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN LIPID MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học

TS. Lưu Minh Châu

Hà Nội – 2020

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ vô cùng to lớn và quý báu của các Thầy, Cô, đồng nghiệp, bạn bè và gia đình.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, Phòng Đào tạo Sau Đại học cùng các Bộ môn, Khoa phòng của Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam và đặc biệt là PGS.TS. Đậu Xuân Cảnh trực tiếp đào tạo, tận tình giúp đỡ và tạo mọi điều kiện cho tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn tới Ban Giám đốc, lãnh đạo và bác sỹ các khoa phòng Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong công tác học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến TS. Lưu Minh Châu là người thầy đã tận tình hướng dẫn, dìu dắt tôi trong suốt quá trình nghiên cứu đề tài và hoàn thành luận văn.

Tôi vô cùng biết ơn các Thầy, các Cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn thạc sĩ Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, những người Thầy, người Cô đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thành luận văn.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình cùng bạn bè và đồng nghiệp, những người đã hết lòng tạo mọi điều kiện giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Tác giả

Đinh Hồng Thuận

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Đinh Hồng Thuận học viên cao học khóa 10, chuyên ngành Y học cổ truyền tại Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS. Lưu Minh Châu.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực, khách quan, đã được xác nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Người viết cam đoan

Đinh Hồng Thuận

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ 1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3
1.1. Khái niệm về Lipid và chuyển hóa Lipid 3
1.1.1. Thành phần Lipid máu và Lipoprotein 3
1.1.2. Chuyển hóa Lipoprotein 5
1.2. Hội chứng rối loạn lipid máu theo Y học hiện đại 6
1.2.1. Nguyên nhân gây rối loạn lipid máu 6
1.2.2. Triệu chứng lâm sàng 7
1.2.3. Cận lâm sàng 7
1.2.4. Chẩn đoán theo Y học hiện đại 8
1.2.5. Nhận định chỉ số non HDL-C 9
1.3. Hội chứng rối loạn lipid máu theo Y học cổ truyền 10
1.3.1. Bệnh danh 10
1.3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh 10
1.3.3. Mối liên quan giữa hội chứng rối loạn lipid máu và chứng đàm thấp 13
1.3.4. Các thể lâm sàng của chứng đàm thấp 14
1.4. Tình hình nghiên cứu đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền, chỉ số non HDL-C ở bệnh nhân rối loạn lipid máu trên thế giới và ở Việt Nam 15
1.4.1. Thực trạng rối loạn lipid máu 15
1.4.2. Nghiên cứu về lâm sàng YHCT ở bệnh nhân RLLPM 16
1.4.3. Nghiên cứu về chỉ số non-HDL-C 17
1.5. Giới thiệu về bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương 18
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 19
2.1. Đối tượng nghiên cứu 19
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân 19
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân 19

2.2. Thời gian nghiên cứu 19
2.3. Địa điểm nghiên cứu 20
2.4. Thiết kế nghiên cứu 20
2.5. Cỡ mẫu 20
2.6. Phương pháp chọn mẫu 20
2.7. Biến số và chỉ số nghiên cứu 20
2.7.1. Đặc điểm lâm sàng 20
2.7.2. Chứng trạng Y học cổ truyền 21
2.7.3. Mối liên quan chỉ số non-HDL-C, các thành phần lipid máu với các thể bệnh Y học cổ truyền 21
2.7.4. Cách đánh giá chỉ số và phân thể 22
2.7.5. Phương pháp thu thập thông tin 24
2.8. Phương pháp tiến hành 25
2.9. Sai số và cách khống chế sai số 25
2.10. Phương pháp xử lý số liệu 26
2.11. Hạn chế của đề tài 26
2.12. Đạo đức trong nghiên cứu 26
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 28
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu 28
3.1.1. Đặc điểm tuổi và nhóm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu 28
3.1.2. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu 28
3.1.3. Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu 29
3.1.4. Đặc điểm tiền sử bệnh lý 29
3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân rối loạn lipid máu 30
3.2.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng y học hiện đại 30
3.2.2. Đặc điểm lâm sàng y học cổ truyền của bệnh nhân nghiên cứu 33
3.3. Mối liên quan giữa chỉ số non HDL-C, các chỉ số lipid máu và thể bệnh y học cổ truyền 37

3.3.1. Mối liên quan giữa chỉ số non-HDL với tuổi 37
3.3.2. Mối liên quan giữa các chỉ số lipid máu và non-HDL 37
3.3.3. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và chỉ số BMI 38
3.3.4. Mối liên quan giữa số lượng chỉ số lipid máu rối loạn và thể bệnh Y học cổ truyền 39
3.3.5. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu đơn thuần và rối loạn lipid máu phối hợp với thể bệnh Y học cổ truyền 40
3.3.6. Mối liên quan giữa non-HDL và thể bệnh Y học cổ truyền 41
3.3.7. Mối liên quan giữa chỉ số cholesterol TP và thể bệnh Y học cổ truyền 42
3.3.8. Mối liên quan giữa chỉ số triglycerid và thể bệnh Y học cổ truyền 43
3.3.9. Mối liên quan giữa HDL-C và thể bệnh Y học cổ truyền..... 44
3.3.10. Mối liên quan giữa LDL-C và thể bệnh Y học cổ truyền 45
Chương 4: BÀN LUẬN 46
4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu 46
4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân rối loạn lipid máu 48
4.2.1. Đặc điểm BMI của người bệnh nghiên cứu..... 48
4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng người bệnh rối loạn lipid máu..... 48
4.2.3. Đặc điểm lâm sàng y học cổ truyền của bệnh nhân nghiên cứu 50
4.3. Mối liên quan giữa chỉ số non HDL-C, các chỉ số lipid máu và thể bệnh y học cổ truyền 52
KẾT LUẬN 60
KIẾN NGHỊ 61
TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
Apo	Apolipoprotein	
BMI	Body mass index	Chỉ số khối cơ thể
CE	Cholesterolester	
CM	Chylomicron	
FC	Free cholesterol	Cholesterol tự do
HDL-C	High density lipoprotein Cholesterol	Lipoprotein tỉ trọng cao
IDL-C	Intermediate density lipoprotein Cholesterol	Cholesterol của lipoprotein tỉ trọng trung gian
LDL-C	Low density lipoprotein Cholesterol	Cholesterol của Lipoprotein tỉ trọng thấp
LP	Lipoprotein	
NCEP ATP III	National Cholesterol Education program - Adult Treatment Panel III	Báo cáo lần thứ 3 của ban cố vấn chương trình giáo dục cholesterol quốc gia (Mỹ) về phát hiện, đánh giá và điều trị tăng cholesterol máu ở người lớn
Non HDL	Non High density lipoprotein Cholesterol	Không Lipoprotein tỉ trọng cao
RLLPM		Rối loạn lipid máu
TC	Totalcholesterol	Cholesterol toàn phần
TG	Triglycerid	
THA		Tăng huyết áp
VLDL-C	Very low density lipoprotein-Cholesterol	Cholesterol của lipoprotein tỉ trọng rất thấp
VXĐM		Vữa xơ động mạch
WHO	World Health Organization	Tổ chức y tế thế giới
YHCT		Y học cổ truyền
YHHĐ		Y học hiện đại

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Phân loại National Lipid Association – 2015 8
Bảng 1.2. Đánh giá các mức độ RLLPM theo NCEP ATP III 2001 9
Bảng 1.3. Mối liên quan rối loạn lipid máu và chứng đàm ẩm..... 13
Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu..... 28
Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử bệnh lý của bệnh nhân nghiên cứu 29
Bảng 3.3. Đặc điểm BMI của bệnh nhân nghiên cứu 30
Bảng 3.4. Đặc điểm chỉ số lipid máu của bệnh nhân nghiên cứu 30
Bảng 3.5. Phân bố chứng trạng lâm sàng vọng chẩn 33
Bảng 3.6. Phân bố chứng trạng lâm sàng văn chẩn 34
Bảng 3.7. Phân bố chứng trạng lâm sàng vấn chẩn 34
Bảng 3.8. Phân bố chứng trạng lâm sàng thiết chẩn 36
Bảng 3.9. Mối liên quan giữa chỉ số non-HDL với tuổi 37
Bảng 3.10. Mối liên quan giữa các chỉ số lipid máu và non-HDL 37
Bảng 3.11. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và chỉ số BMI 38
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa số lượng chỉ số lipid máu rối loạn và thể bệnh Y học cổ truyền..... 39
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu đơn thuần và rối loạn lipid máu phối hợp với thể bệnh Y học cổ truyền..... 40
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa Non-HDL và thể bệnh Y học cổ truyền 41
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa cholesterol TP và thể bệnh Y học cổ truyền... 42
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa triglycerid và thể bệnh Y học cổ truyền..... 43
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa HDL-C và thể bệnh Y học cổ truyền 44
Bảng 3.18. Mối liên quan giữa LDL-C và thể bệnh Y học cổ truyền..... 45

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu 28
Biểu đồ 3.2. Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu 29
Biểu đồ 3.3. Phân bố chỉ số cholesterol TP 31
Biểu đồ 3.4. Phân bố chỉ số triglycerid 31
Biểu đồ 3.5. Phân bố chỉ số HDL-C 32
Biểu đồ 3.6. Phân bố chỉ số LDL-C 32
Biểu đồ 3.7. Phân bố chỉ số non-HDL 33
Biểu đồ 3.8. Phân loại thể bệnh y học cổ truyền 36

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Chuyển hóa của lipid máu ngoại sinh 5
Hình 1.2. Chuyển hóa lipid máu nội sinh và sự tạo thành LDL huyết tương. 5

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là tình trạng bệnh lý khi có một hoặc nhiều thông số lipid bị rối loạn. RLLPM thường được phát hiện cùng lúc với mội số bệnh lý tim mạch-nội tiết-chuyển hóa. Đồng thời RLLPM cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh lý này [11].

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, hàng năm có khoảng 17 triệu người bị tử vong do bệnh tim mạch. Hầu hết các bệnh lý tim mạch hiện nay là do xơ vữa động mạch [60]. RLLPM là yếu tố quan trọng cho việc hình thành và phát triển của bệnh vữa xơ động mạch (VXĐM), bệnh động mạch vành (ĐMV) và tai biến mạch máu não là nguyên nhân tàn phế và tử vong đối với người lớn tuổi.

Ngày nay, y học hiện đại (YHHĐ) tiêu chuẩn chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị RLLPM dựa vào xét nghiệm nồng độ các thành phần lipid trong máu đã được thống nhất và đưa thành tiêu chuẩn chẩn đoán từ đó có phác đồ điều trị phù hợp cho mỗi nhóm bệnh nhân nhất định [49]. Căn cứ mức RLLPM và các yếu tố nguy cơ để dự báo bệnh tim mạch của người bệnh RLLPM ví dụ như LDL-C.

Một chỉ số quan trọng hiện nay cùng sử dụng dự báo nguy cơ bệnh tim mạch, chỉ số này được đánh giá cao hơn LDL-C đó là non HDL-C. Nghiên cứu của Cui và CS (2001) cho thấy chỉ số non-HDL-C giúp đánh giá tăng nguy cơ tim mạch của người bệnh nhiều hơn so với LDL-C (cùng với mức tăng 30 mg/dl thì non- HDL-C làm tăng nguy cơ tim mạch lên 11%, còn LDL-C tăng nguy cơ 8%) [47].

Theo Y học cổ truyền (YHCT) RLLPM thuộc phạm vi của các chứng: Đàm ẩm, huyễn vựng, đầu thống, tâm quý,... các chứng bệnh này có quan hệ trực tiếp với yếu tố Đàm, đối chiếu với chẩn đoán YHHĐ thường gặp trong biến chứng của bệnh lý VXĐM do RLLPM gây nên.

Trong những năm gần đây, các đề tài nguyên cứu của Trung Quốc và Việt Nam về RLLPM theo YHCT chỉ mang tính tổng quát và ít đề tài nghiên cứu đặc điểm lâm sàng RLLPM theo YHCT và sự liên quan đến các chỉ số xét nghiệm sinh hóa trong RLLPM, đặc biệt là sự liên quan của thể YHCT ở bệnh nhân RLLPM và chỉ số non HDL-C. Vậy đặc điểm lâm sàng YHCT tương quan với chỉ số non HDL-C trên bệnh nhân RLLPM như thế nào?

Để trả lời câu hỏi nghiên cứu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **"Đặc điểm lâm sàng và mối liên quan chỉ số non HDL-C với các thể Y học cổ truyền ở bệnh nhân rối loạn lipid máu tại bệnh viên đa khoa tỉnh Hải Dương"** với các mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng YHCT ở bệnh nhân rối loạn lipid máu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2019.

2. Mô tả mối liên quan chỉ số non-HDL-C, các thành phần lipid máu với các thể bệnh YHCT.

Chương 1
TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Khái niệm về Lipid và chuyển hóa Lipid

1.1.1. Thành phần Lipid máu và Lipoprotein

Lipid chính có mặt trong huyết tương là acid béo, triglyceride, cholesterol và phospholipid. Một số thành phần khác của lipid có khả năng hòa tan trong huyết tương và có mặt với số lượng ít hơn rất nhiều nhưng giữ vai trò sinh lý quan trọng, bao gồm các hormone steroid, các vitamin tan trong mỡ.

Những thành phần trên không tan trong nước, bởi vậy lipid được vận chuyển trong huyết tương bằng cách liên kết với protein. Albumin là chất vận chuyển chính của các acid béo tự do. Các thành phần lipid khác gắn với protein tạo thành phức hợp lipoprotein để lưu thông trong máu [4].

Thành phần của lipoprotein bao gồm: triglycerid, cholesterol tự do, phospholipid [3],[15],[53].

1.1.1.1. Cấu trúc và thành phần lipoprotein

Lipoprotein là những phân tử hình cầu bao gồm phần lõi không phân cực là triglycerid và cholesterol este hóa, phần vỏ bao quanh là phospholipid, cholesterol và protein- apolipoprotein (hay apoprotein). Phần vỏ đảm bảo tính tan của lipoprotein trong huyết tương, vận chuyển các lipid không tan [4].

1.1.1.2. Phân loại lipoprotein

Bằng phương pháp siêu ly tâm người ta phân ra các loại LP chính theo tỷ trọng tăng dần là:

Chylomicron (CM): có tỷ trọng ≤ 0,96, là những hạt mỡ nhũ tương hóa lơ lửng trong huyết tương và được tạo thành độc nhất bởi các tế bào màng ruột. Chylomicron chỉ có mặt trong thời gian ngắn ở huyết tương, sau bữa ăn giàu mỡ và làm cho huyết tương có màu đục, trắng như sữa. Chylomicron biến mất sau ăn

vài giờ và bởi vậy, huyết tương của người bình thường khi đói phải trong. Chylomicron chứa chủ yếu là triglyceride. Chức năng chính của chylomicron là vận chuyển triglyceride và cholesterol ngoại sinh (từ thức ăn) tới gan [4].

Lipoprotein tỷ trọng rất thấp: (very low density lipoprotein- VLDL) có tỷ trọng 0,96- 1,006, được tạo thành ở tế bào gan và là dạng vận chuyển triglycerid nội sinh- được tổng hợp ở gan- vào hệ tuần hoàn. VLDL chứa nhiều triglycerid, vận chuyển hơn 90% triglycerid nội sinh [4].

Lipoprotein tỷ trọng thấp: (low density lipoprotein- LDL) có tỷ trọng 1,006-1,063, là sản phẩm thoái hóa của VLDL trong máu, LDL chứa nhiều cholesterol. Chức năng chính của LDL là vận chuyển phần lớn cholesterol từ máu tới các mô để sử dụng. LDL được gắn vào receptor đặc hiệu ở màng tế bào, rồi được đua vào trong tế bào. Nồng độ LDL trong huyết tương từ 3,38 đến 4,16 mmol/l [4].

Lipoprotein tỷ trọng trung gian: (intermediate density lipoprotein- IDL) là loại lipoprotein có tỷ trọng giữa VLDL và LDL, còn gọi là VLDL tàn dư. IDL có trong máu tuần hoàn với số lượng nhỏ nhưng có thể tích lũy khi có rối loạn bệnh lý về chuyển hóa của lipoprotein [4].

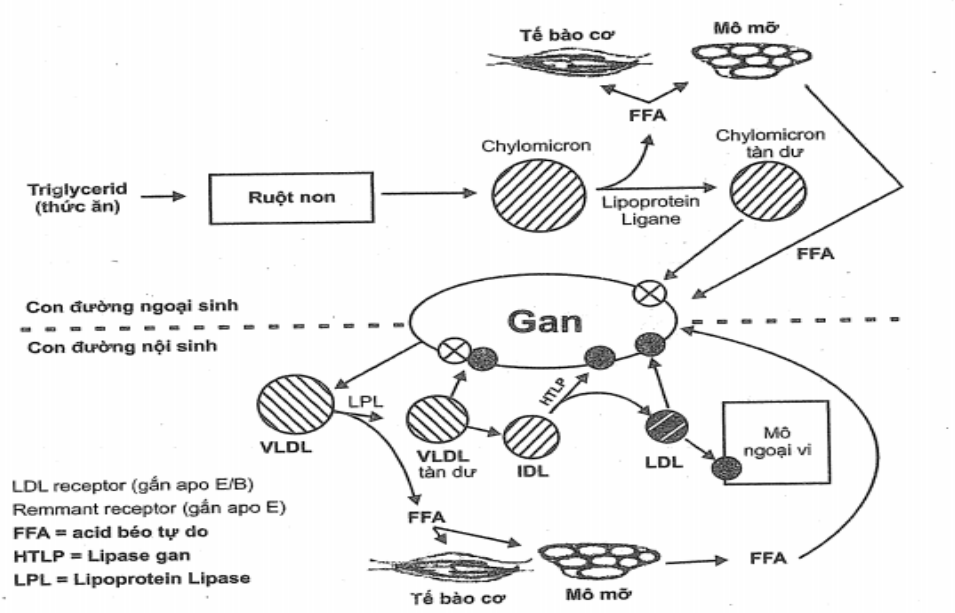
Lipoprotein tỷ trọng cao: (high density lipoprotein – HDL) có tỷ trọng 1,063- 1,210, được tổng hợp tại gan, một phần được tổng hợp ở ruột và một phần do chuyển hóa của VLDL trong máu ngoại vi. HDL chứa nhiều protein, chức năng chính của HDL là vận chuyển ngược các phân tử cholesterol từ các mô ngoại vi về gan. Tại gan, cholesterol được thoái hóa thành acid mật và được đào thải qua đường mật. Ở người, HDL tang dần theo tuổi [4].

Lipoprotein (a) hay Lp(a) là lipoprotein không xếp loại với chức năng chưa biết rõ, Lp(a) có kích thước và số lượng lớn hơn LDL nhưng có thành phần cấu tạo tương tự LDL ngoại trừ có thêm một phân tử apoprotein (a) trong các phân tử apo B-100. Apo(a) gần giống như plasminogen. Sự tăng của Lp(a) như là yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành [4].

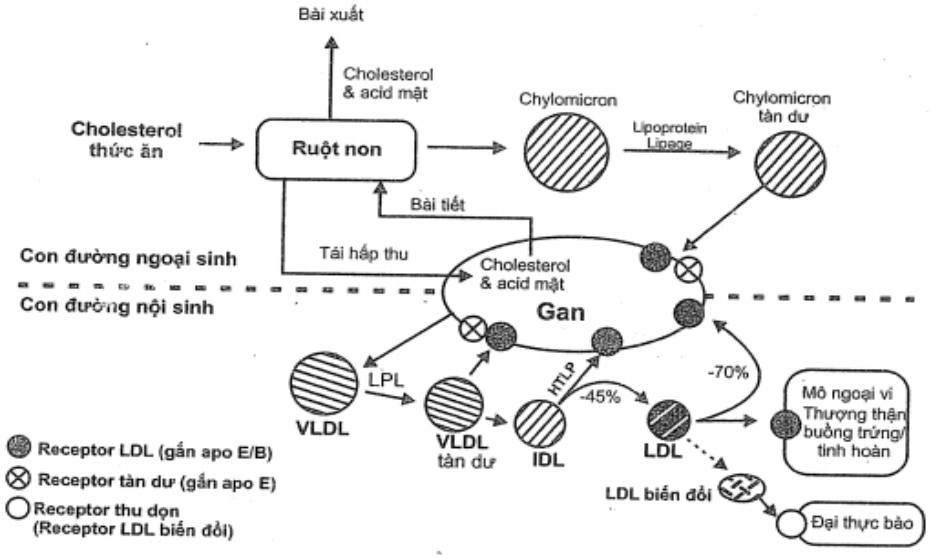
Non-HDL-C là tổng cholesterol của các hạt lipoprotein chứa apo B, có tiềm năng gây xơ vữa gồm LDL, IDL, Lp (a), VLDL (cả VLDL thừa) , các hạt chylomicron và chylomicron thừa [36].

1.1.2. Chuyển hóa Lipoprotein

Chuyển hóa của lipid lưu hành đã được biết rất rõ. Bao gồm 2 con đường: chuyển hóa của lipid ngoại sinh và chuyển hóa lipid nội sinh [4].



Hình 1.1. Chuyển hóa của lipid máu ngoại sinh [4]



Hình 1.2. Chuyển hóa lipid máu nội sinh và sự tạo thành LDL huyết tương [4]

Tóm lại thông qua chuyển hóa các LP đã vận chuyển lipid theo những chiều hướng khác nhau:

CM vận chuyển các lipid ngoại sinh (có nguồn gốc thức ăn) từ ruột về gan.

VLDL và LDL vận chuyển các lipid nội sinh (do cơ thể tổng hợp) từ gan đến các tế bào ngoại biên trong đó có tế bào thành mạch. Nếu những thành phần LP này tăng lên trong máu, lipid sẽ được chuyển nhiều hơn vào thành mạch, ứ đọng ở đó và là nguy cơ cho sự phát triển xơ vữa động mạch. Vì vậy VLDL và LDL được gọi là những LP gây xơ vữa.

HDL vận chuyển ngược lipid (cholesterol) dư thừa từ tế bào ngoại biên về gan để gan oxy hóa và đào thải ra ngoài theo đường ruột. Quá trình vận chuyển này giúp cho tế bào ngoại biên khỏi bị ứ đọng lipid, chống lại hiện tượng sinh xơ vữa. Vì vậy HDL được gọi là LP chống sinh xơ vữa.

Rối loạn LP huyết nếu theo chiều hướng hoặc tăng LP gây xơ vữa hoặc giảm LP chống sinh xơ vữa hoặc cả hai sẽ có nguy cơ phát triển XVĐM [5].

1.2. Hội chứng rối loạn lipid máu theo Y học hiện đại

1.2.1. Nguyên nhân gây rối loạn lipid máu

Thường hay do sự lão hóa cơ thể theo độ tuổi, chế độ ăn giàu lipid, khiếm khuyết hệ thống gen, …[53].

1.2.1.1. Rối loạn lipid máu tiên phát

RLLPM tiên phát do đột biến gen làm tăng tổng hợp quá mức cholesterol (TC), triglicerid (TG), LDL-c hoặc giảm thanh thải TC, TG, LDL-c hoặc giảm tổng hợp HDL-c hoặc tăng thanh thải HDL-L. RLLPM tiên phát thường xảy ra sớm ở trẻ em và người trẻ tuổi, ít khi kèm thể trạng béo phì [11].

1.2.1.2. Rối loạn lipid máu thứ phát

Nguyên nhân của RLLPM thứ phát do lối sống tĩnh tại, dùng nhiều bia-rượu, thức ăn giàu chất béo bão hòa. Các nguyên nhân thứ phát khác của RLLPM như đái tháo đường, bệnh thận mạn tính, suy giáp, xơ gan, dùng thuốc thiazid, corticoides, estrogen, chẹn beta giao cảm [11].

1.2.2. Triệu chứng lâm sàng

Rối loạn lipid máu là bệnh lý sinh học, xảy ra sau một thời gian dài mà không thể nhận biết được, vì RLLPM không có triệu chứng đặc trưng. Phần lớn triệu chứng lâm sàng của rối loạn lipid máu chỉ được phát hiện khi nồng độ các thành phần lipid máu cao kéo dài hoặc gây ra các biến chứng ở các cơ quan như xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch não, các ban vàng ở mi mắt, khuỷu tay, đầu gối, RLLPM có thể gây viêm tụy cấp. RLLPM thường được phát hiện muộn trong nhiều bệnh lý khác nhau của nhóm bệnh tim mạch -nội tiết - chuyển hóa [11].

1.2.3. Cận lâm sàng

Định lượng bilan lipid: Các thông số lipid tăng lên sau ăn, nên để chẩn đoán chính xác RLLPM, cần phải lấy máu vào buổi sáng khi chưa ăn (khi đói). Các thông số thường được khảo sát: Cholesterol (TC) máu, Triglycerid (TG), LDL-Cholesterol (LDL-c), HDL-Cholesterol (HDL-c) [11].

Chẩn đoán RLLPM được gợi ý khi có một số dấu chứng của RLLPM trên lâm sàng như thể trạng béo phì, ban vàng, các biến chứng ở một số cơ quan như TBMMN, bệnh mạch vành… Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm các thông số lipid khi có một hoặc nhiều rối loạn [11].

1.2.4. Chẩn đoán theo Y học hiện đại

1.2.4.1. Phân loại của National Lipid Association-NLA 2015

Bảng 1.1. Phân loại National Lipid Association – 2015 [55]

Chỉ số	mg/dl	mmol/l	Đánh giá
TC	< 130	< 3,4	Chỉ số mong muốn
	130 – 159	3,4 – 4,0	Gần chỉ số mong muốn
	160 – 189	4,1 – 4,8	Giới hạn cao
	190 – 219	4,9 – 5,6	Cao
	≥ 220	5,7	Rất cao
LDL-C	< 100	< 2,58	Chỉ số mong muốn
	100 – 129	2,58 – 3,33	Gần chỉ số mong muốn
	130 – 159	3,34 – 4,11	Giới hạn cao
	160 – 189	4,12 – 4,88	Cao
	≥ 190	≥ 4,89	Rất cao
HDL-C	< 40 (nữ)	1,03	Thấp
	< 50 (nam)	1,30	Thấp
TG	< 150	< 1,70	Bình thường
	150 – 199	1,70 – 2,25	Giới hạn cao
	200 – 499	2,26 – 5,64	Cao
	≥ 500	≥ 5,65	Rất cao
*Non-HDL-C = TC trừ HDL-C			

1.2.4.2. Phân loại mức độ rối loạn chuyển hóa lipid máu theo NCEP-ATP III

Cách phân loại này cho biết sự thay đổi các thành phần lipid máu gây VXĐM và có tác dụng bảo vệ chống VXĐM, đồng thời cho biết mức độ rối loạn của các thành phần trên. Đây là cách phân loại được sử dụng phổ biến trên lâm sàng [54].

Bảng 1.2. Đánh giá các mức độ RLLPM theo NCEP ATP III 2001

Chỉ số	Nồng độ		Đánh giá mức độ rối loạn
	mg/dL	mmol/L	
TC	<200	< 5,17	Bình thường
	200 – 239	5,17 – 6,19	Giới hạn cao
	≥ 240	≥ 6,20	Cao
LDL-C	<100	<2,58	Tối ưu
	100 – 129	2,58 – 3,33	Gần tối ưu/ trên tối ưu
	130 – 159	3,34 – 4,11	Giới hạn cao
	160 – 189	4,12 – 4,88	Cao
	≥190	≥4,89	Rất cao
TG	<150	< 1,70	Bình thường
	150 – 199	1,70 – 2,25	Giới hạn cao
	200 – 499	2,26 – 5,64	Cao
	≥ 500	≥ 5,65	Rất cao
HDL-C	<40	< 1,03	Thấp
	>60	> 1,55	Cao

1.2.5. Nhận định chỉ số non HDL-C

NCEP ATP III (2002) ghi nhận tầm quan trọng của non-HDL-C trong bệnh sinh xơ vữa , có nhiều bằng chứng đã ủng hộ quan điểm Non-HDL-C liên quan đến nguy cơ của bệnh tim mạch xơ vữa nhiều hơn so với LDL-C, mối quan hệ này được thể hiện rõ ngay ở những người có và không có tăng TG [36].

Chỉ số cholesterol không phải là lipoprotein tỷ trọng cao hay non-HDL-Cholesterol (non-HDL-C) là sự khác biệt giữa nồng độ TC và nồng độ HDL-C. Non-HDL-C được tính bằng cholesterol toàn phần trừ HDL cholesterol [24].

Chỉ số non-HDL-C có rối loạn ≥ 4,1 mmol/l [55].

1.3. Hội chứng rối loạn lipid máu theo Y học cổ truyền

1.3.1. Bệnh danh

Hội chứng RLLPM theo YHHĐ có những biểu hiện tương đồng với chứng: Đàm thấp, Huyễn vựng, Đầu thống, Tâm quý theo YHCT [2],[26],[27].

Trong các y văn cổ của y học cổ truyền không có danh từ RLLPM, nhưng ngày nay theo quan điểm của các y gia thì rối loạn chuyển hóa lipid được đặt vào nhóm các bệnh gây ra do yếu tố "đàm ẩm" [21],[23].

Để hiểu rõ sự hình thành của đàm thấp, đàm ẩm ta bắt đầu từ khái niệm của tân dịch. Tân dịch là tất cả các chất dịch bình thường trong cơ thể. Tân là chất trong, dịch là chất đục. Tân dịch là một trong những cơ sở vật chất cho sự sống, do dinh dưỡng của đồ ăn hóa ra, nhờ sự khí hóa của tam tiêu đi khắp toàn thân, nuôi dưỡng các tạng phủ, cơ nhục, kinh mạch và bì phu. Khi rối loạn vận hóa tân dịch sẽ sinh ra đàm thấp, đàm ẩm [27],[42].

Vì vậy đàm thấp là sản phẩm bệnh lý, đàm là chất đặc, ẩm không đặc như đàm, đàm ẩm sau khi sinh sẽ gây ra những chứng bệnh mới. Sách "Nội kinh" gọi là tích ẩm, "Kim quỹ yếu lược" gọi là đàm thấp [21],[38]. Nguồn gốc sinh ra đàm ẩm do sự vận hoá bất thường của tân dịch, tân dịch ngưng tụ biến hoá mà thành. Sự vận hoá thủy thấp trong cơ thể được điều hoà chủ yếu bởi 3 tạng tỳ, phế, thận [9].

1.3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

1.3.2.1. Nguyên nhân

Chứng đàm ẩm hình thành chủ yếu do những nguyên nhân sau [6],[7],[8]:

Do ẩm thực bất tiết:

Liên quan đến hoạt động ăn uống của cơ thể: Ăn nhiều thức ăn ngọt béo, nhiều cao lương mĩ vị, uống nhiều rượu, làm tổn thương tỳ vị, dẫn đến đàm thấp nội sinh.

Do ít vận động thể lực:

Chế độ sinh hoạt, vận động: Ít vận động thể lực, đàm ứ trệ lâu ngày, khí huyết không lưu thông, dẫn đến khí trệ, huyết ứ. Sách Tố Vấn thiên "Tuyên minh ngũ khí luận" viết: "Cửu ngọa thương khí, cửu tọa thương nhục" (nằm nhiều hại khí, ngồi nhiều hại cơ nhục). Thương khí dẫn đến khí hư, thương nhục dẫn đến tỳ hư, tỳ khí hư suy mà gây ra bệnh.

Do thất tình nội thương:

Yếu tố tâm lý: Lo nghĩ hại tỳ, giận dữ hại can, can mộc vượng khắc tỳ thổ làm tỳ thổ rối loạn, suy yếu dẫn đến sự vận hóa bị giảm sút, đàm thấp ứ trệ kinh mạch.

Do tiên thiên bất túc:

Cơ địa: Trong sách Linh khu thiên "Thọ yểu cương nhu" viết: "Con người ta sinh ra có cương, có nhu, có cường có nhược, có dài có ngắn, có âm có dương". Khi tiên thiên bất túc làm cho thận khí bất túc, thận dương hư không ôn ấm được tỳ dương, tỳ không vận hóa được thủy thấp, sinh đàm thấp.

Do ngũ tạng hư lao:

Phát sinh đàm trọc có quan hệ đến tạng tỳ, phế, thận: Tỳ chủ vận hóa, khi tỳ khí hư nhược hoặc tỳ vị bất hòa làm rối loạn vận hóa, tân dịch không được phân bố sẽ tụ thành đàm. Phế có công năng chủ khí toàn thân và thông điều thủy đạo; nếu phế khí không tuyên giáng, mất khả năng trị tiết thì tân dịch sẽ tụ thành đàm, cho nên nói "Tỳ vi sinh đàm chi nguyên, phế vi trữ đàm chi khí". Thận tàng nguyên âm nguyên dương, chủ quản trao đổi thủy dịch, nếu thận dương bất túc, khí hóa bất lợi thủy dịch nội đình sẽ sinh đàm. Tam tiêu là đường vận hành thủy dịch còn bàng quang tàng trữ nước tiểu, nếu khí hóa bất lợi, rối loạn bài tiết thủy dịch sẽ tụ thủy thành ẩm, ẩm ngưng tụ thành đàm [1].

1.3.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Trong tất cả các chứng hậu theo YHCT có liên quan đến RLLPM theo YHHĐ thì bệnh danh "đàm ẩm" được dùng phổ biến nhất. Các chứng trạng chính của chứng đàm ẩm cụ thể như: Rêu lưỡi nhờn, bệu nhớt, có hằn răng; khát mà không muốn uống; tê nặng chân tay, tê nặng thân mình, dị cảm đầu chi; mạch hoạt hoặc huyền hoạt [1],[29].

Xét về tiêu bản của chứng đàm ẩm thì đàm ẩm là một chứng bệnh có đặc điểm "Bản hư, tiêu thực": "Tiêu" là đàm trọc, huyết ứ, "bản" là công năng tạng phủ thất điều hoặc hư tổn trong đó liên quan đến tỳ, thận, can, phế mà đặc biệt là hai tạng tỳ và thận. Do ẩm thực thất điều hoặc do thất tình, hoặc do tiên thiên bất túc làm cho công năng của các tạng phủ rối loạn, hư suy. Đàm khi đã sinh ra theo khí phân bố ở nhiều nơi trong cơ thể: Phía trên thì lên tới đỉnh đầu, dưới thì xuống đến huyệt Dũng tuyền, trong thì vào các các tạng phủ, ngoài thì ra cơ nhục, bì phu làm cho kinh lạc bế tắc, huyết mạch không thông, mạch lạc ứ trệ mà sinh ra các chứng đàm ẩm, huyết ứ, đầu thống, huyễn vựng với biểu hiện lâm sàng tương tự như hội chứng RLLPM, VXĐM [6],[8].

Theo Hải Thượng Lãn Ông:

"Đàm sinh hoá là do tỳ, căn bản của đàm là do ở thận. Hễ có chứng đàm, không ở tạng nọ thì ở tạng kia. Đàm vốn là tân dịch trong cơ thể, nó tuỳ theo vị trí tà cảm vào mà thành tên bệnh. Vì chính khí bị hư, không có sự cai quản, tà thừa cơ nhập vào, kích động sinh ra đàm mà không phải vì đàm mà sinh bệnh" [40],[41].

Theo Hoàng Bảo Châu

"Đàm là một loại bệnh mà nguyên nhân gây bệnh chính là thủy đọng lưu lại ở một vị trí trong cơ thể, không vận hóa theo quy luật bình thường. Nội kinh gọi là tích ẩm. Kim quỹ gọi là đàm ẩm" [13],[14].

Theo Trần Thúy

"Đàm ẩm là một sản vật bệnh lý, đàm là chất đặc, ẩm là chất trong loãng. Đàm ẩm sau khi sinh sẽ gây ra những bệnh mới, đặc biệt phạm vi gây bệnh của đàm ẩm rất rộng rãi, không phải chỉ có ho khạc ra đờm". "Đàm do tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, thận dương hư không ôn dưỡng tỳ dương nên không vận hóa được thủy cốc và không khí hóa được thủy dịch, phế khí hư không túc giáng thông điều thủy đạo, trên lâm sàng thấy đờm nhiều, ngực sườn đầy tức…" [37],[38].

1.3.3. Mối liên quan giữa hội chứng rối loạn lipid máu và chứng đàm thấp

Vì chứng đàm ẩm phát sinh có liên quan đến những nguyên nhân chủ yếu sau [27],[61],[62],[63]: Yếu tố thể chất: Do tiên thiên quyết định, thường là tiên thiên bất túc. Yếu tố này có thể hiểu tương tự như nguyên nhân di truyền của YHHĐ. Yếu tố ăn uống (ẩm thực): Yếu tố này tương tự như việc ăn quá nhiều thức ăn mỡ động vật và phủ tạng động vật. Yếu tố ít vận động thể lực: YHHĐ cũng đề cập đến một trong các nguy cơ của rối loạn lipid máu cũng như các biến cố về tim mạch và xơ vữa mạch máu chính là ít vận động thể lực. Yếu tố tinh thần: Đây chính là yếu tố căng thẳng tinh thần (stress) của YHHĐ.

Nên dựa trên nhiều nghiên cứu người ta thấy sự tương đồng giữa rối loạn chuyển hóa lipid của y học hiện đại và chứng đàm ẩm của y học cổ truyền. Chúng tôi thống kê những đặc điểm tương đồng giữa RLLPM và chứng đàm ẩm như sau:

Bảng 1.3. Mối liên quan rối loạn lipid máu và chứng đàm ẩm

Đặc điểm	Rối loạn chuyển hóa lipid	Chứng đàm ẩm
Nguyên nhân	Yếu tố gen	Tiên thiên bất túc
	Ăn nhiều đồ béo ngọt làm tăng cân, béo phì, rối loạn lipid máu	Ẩm thực không điều độ khiến tỳ hư, thấp trệ hóa đàm.
	Lối sống tĩnh tại làm tăng cân, kháng insulin.	Cửu ngọa thương khí, cửu tọa thương nhục

	Tuổi cao làm suy giảm chức năng chuyển hóa	Thiên quý suy, công năng tạng phủ suy giảm.
	Tinh thần căng thẳng	Tình chí tổn hại tạng phủ
Biểu hiện	Tăng Lipid máu, thừa cân, tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch...	Thể trạng đàm thấp, nặng nề, huyễn vựng, tâm quý.
Hướng điều trị	Chế độ ăn, luyện tập, thuốc hỗ trợ chuyển hóa	Chế độ ăn, sinh hoạt, thuốc trừ đàm, kiện vận tạng phủ

1.3.4. Các thể lâm sàng của chứng đàm thấp

Chúng tôi dựa trên tài liệu của Trịnh Tiêu Du (2002) phân thể RLLPM theo YHCT chia làm 5 thể: Thể đàm trọc trở trệ; Thể tỳ thận dương hư; Thể khí trệ huyết ứ; Thể can thận âm hư; Thể âm hư dương cang [62].

1.3.4.1. Đàm trọc trở trệ

Triệu chứng chính: Hình thể béo bệu, đầu nặng như bó, tức ngực, nôn ra đờm rãi, tê bì nặng nề tay chân, lưỡi bệu, rêu trơn dính, mạch huyền hoạt.

Triệu chứng phụ: Tâm quý, thất miên, miệng nhạt, ăn ít.

1.3.4.2. Thể tỳ thận dương hư

Triệu chứng chính: Sợ hàn chi lạnh, chóng mặt, mệt mỏi vô lực, đại tiện lỏng nát.

Triệu chứng phụ: Ăn ít, bụng chướng, phù mặt và chân, lưỡi mềm nhạt, rêu trắng, mạch trầm tế.

1.3.4.3. Thể can thận âm hư

Triệu chứng chính: Chóng mặt, ù tai, đau mỏi lưng, gối mềm yếu, ngũ tâm phiền nhiệt.

Triệu chứng phụ: Miệng khô, hay quên, mất ngủ, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít, mạch tế sác.

1.3.4.4. Thể âm hư dương cang

Triệu chứng chính: Chóng mặt, đau đầu, sốt ruột hay cáu gắt, mặt đỏ miệng đắng.

Triệu chứng phụ: Tâm quý, thất miên, tiện bí, tiểu đỏ, chất lưỡi đỏ hoặc ám tím, rêu vàng, mạch huyền hoặc huyền tế hoặc sác.

1.3.4.5. Thể khí trệ huyết ứ

Triệu chứng chính: Ngực sườn trướng, đau có tính chất chạy, đau nhói vùng trước tim.

Triệu chứng phụ: Tâm phiền bất an, rìa đầu lưỡi có ban ứ hoặc điểm ứ. mạch trầm sáp.

1.4. Tình hình nghiên cứu đặc điểm lâm sàng theo Y học cổ truyền, chỉ số non HDL-C ở bệnh nhân rối loạn lipid máu trên thế giới và ở Việt Nam

1.4.1. Thực trạng rối loạn lipid máu

Châu Âu có tỷ lệ dân số rối loạn chuyển hóa lipid cao nhất với 54%, tiếp đến là châu Mĩ với 48%. Châu Phi và Đông Nam Á có tỷ lệ chuyển hóa lipid thấp nhất với chỉ 22.6% ở Châu Phi và 29% ở Đông Nam Á [51].

Báo cáo điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ các bệnh không lây nhiễm của Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế, kết quả nghiên cứu Steps (2015): Tỷ lệ thừa cân béo phì (BMI ≥ 25kg/m2): 15,6%, tỷ lệ tăng TC máu (≥ 5,0 mmol/L) là 30,2% [56].

Nghiên cứu của Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long (2009) khi khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh thuộc đồng bằng Bắc bộ cho thấy trong 630 người khảo sát có 70,4% người tham gia nghiên cứu có rối loạn lipid máu [45].

Nghiên cứu đặc điểm rối loạn Lipid máu của cán bộ, chiến sĩ Học viện Cảnh sát nhân dân (2015): Tỷ lệ RLLPM là 53,3%. Tỷ lệ rối loạn từng thành phần lipid máu là: tăng TC 46,1%, tăng TG 24,9%, giảm HDL-C 15%, tăng LDL-C 30% [43].

1.4.2. Nghiên cứu về lâm sàng YHCT ở bệnh nhân RLLPM

Nghiên cứu của Thẩm Thiệu Công, Vương Thừa Đức, Diêm Hy Quân (2001) chia 4 thể bệnh trên lâm sàng: Đàm trọc trung trở, khí trệ huyết ứ, can uất tỳ hư, can thận âm hư [61].

Nghiên cứu của Vương Giai, Hà Khánh Dũng (2010) chia 5 thể bệnh chứng đàm ẩm trên lâm sàng: Đàm trọc ứ trệ, tỳ thận hư, can thận lưỡng hư, âm hư dương cang, khí trệ ứ lạc [63].

Nghiên cứu của Tăng Thị Bích Thủy (2007) khi nghiên cứu 30 bệnh nhân RLLPM cho thấy tỉ lệ chứng trạng thể Tỳ hư đàm thấp chiếm tỷ lệ cao nhất [35].

Nghiên cứu của Trần Thị Thu Vân (2013) khi phân loại và điều trị hội chứng rối loạn lipid máu theo các thể bệnh tại bệnh viện Tuệ Tĩnh từ năm 2008-2013 cho thấy: Bệnh nhân RLLPM thể đàm trọc trở trệ chiếm tỉ lệ cao nhất (25,1 %), tiếp đến là thể can thận âm hư (24%), thể tỳ thận dương hư (22,2%), thể âm hư dương cang (14,6%) và thấp nhất là thể khí trệ huyết ứ (14,1%) [44].

Nghiên cứu của Tạ Thu Thủy (2016) khi đánh giá tác dụng điều trị hội chứng rối loạn lipid máu của cao lỏng đại an, kết quả phân loại rối loạn lipid máu cho thấy số bệnh nhân RLLPM thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất (48,3%), tiếp đến là thể tỳ thận dương hư (29,2%) và Can thận âm hư (22,5%). Thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỉ lệ phần trăm cao nhất ở các bệnh nhân RLLPM [34].

Nghiên cứu của Cao Minh Hải (2019) khi nghiên cứu đặc điểm chứng hậu YHCT trên bệnh nhân rối loạn lipid máu tại ba bệnh viện YHCT trong thành phố Hà Nội bao gồm: Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội, Bệnh viện Y học cổ truyền – Bộ Công an, cho kết quả phân loại rối loạn lipid máu: Thể thận dương hư cao nhất: 18,2%; Thể đàm trọc ứ trệ: 15,0%; Thể can thận âm hư: 14,6%; Thể âm hư dương cang: 14,4%; Thể can uất tỳ hư: 9,8%; Thể khí trệ huyết ứ thấp nhất: 9,2% [16].

Nguyên cứu của Trần Thị Thu Vân, Lưu Minh Châu, Nguyễn Thị Hòa và cộng sự (2019) khi nghiên cứu mối liên quan giữa các chỉ số lipid máu với thể bệnh YHCT trên bệnh nhân RLLPM tại Hà Nội cho thấy: Thể đàm trọc ứ trở chiếm tỷ lệ 19,0%; thể âm hư dương cang chiếm tỷ lệ 15,6%; thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ 17,7%; thể tỳ thận dương hư chiếm tỷ lệ 14,4%; thể khí trệ huyết ứ chiếm tỷ lệ 6,8%; thể can uất tỳ hư chiếm tỷ lệ 9,2%; không phân loại được tỷ lệ 17,4% [59].

1.4.3. Nghiên cứu về chỉ số non-HDL-C

Nghiên cứu của Rui Jiang, Meir J. Stampfer, Matthias B. Schulz và cộng sự (2004) khi nghiên cứu chỉ số non-HDL và Apolipoprotein B trong dự đoán nguy cơ tim mạch ở người bệnh nam giới mắc Đái tháo đường tuýp II cho thấy: chỉ số non-HDL và Apolipoprotein B dự báo nguy cơ tim mạch mạnh hơn chỉ số LDL-C trên người bệnh nam giới mắc Đái tháo đường tuýp II [57].

Nghiên cứu của Tobias Pischon, Cynthia J. Girman, Frank M. Sack và cộng sự (2005) khi nghiên cứu chỉ số non-HDL và Apolipoprotein B trong dự đoán bệnh mạch vành ở nam giới cho thấy: chỉ số non-HDL và Apolipoprotein B dự đoán mạnh hơn LDL-C về nguy cơ bệnh mạch vành ở nam giới [58].

Nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền, Hà Trần Hưng, Khúc Thị Hương (2015) khi nghiên cứu đặc điểm các chỉ số Lipid máu và non HDL-C ở bệnh nhân Đái tháo đường cao tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch cho thấy: tăng chỉ số non-HDL-C là 36,6%, đồng thời tăng non-HDL-C có liên quan với việc gia tăng các biến chứng tim mạch như bệnh mạch vành và THA [25].

Nghiên cứu của Đào Thị Thanh Bình, Lê Quang Vinh (2015) khi đánh giá nồng độ non HDL-C ở người Đái tháo đường típ 2 cho thấy: Non-HDL-C gia tăng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có hoặc không có tăng huyết áp kèm theo [12].

1.5. Giới thiệu về bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương tiền thân là Nhà thương Hải Dương do Pháp thiết kế, xây dựng đưa vào hoạt động năm 1906. Địa chỉ 225 Nguyễn Lương Bằng – Thành Phố Hải Dương - Tỉnh Hải Dương.

Đến nay, qua nhiều thời kỳ đã từng bước trưởng thành về cơ sở vật chất, đội ngũ nhân lực xứng đáng là Bệnh viện đa khoa hạng I được Nhà nước tặng thưởng Huân chương lao động hạng nhất.

Quy mô bệnh viện: 750 giường bệnh, 50 khoa phòng, bộ phận. Cơ sở vật chất khang trang, hệ thống trang thiết bị phục vụ chẩn đoán, điều trị hiện đại như máy chụp cắt lớp vi tính; máy chụp cộng hưởng từ; máy chụp X quang số hóa, máy siêu âm 3 chiều, 4 chiều; máy siêu lọc máu; hệ thống xét nghiệm sinh hóa, huyết học, vi sinh thế hệ mới; máy tán sỏi ngoài cơ thể; máy điều trị Laser…

Chương 2
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân ngoại trú được chẩn đoán xác định có rối loạn lipid máu tại các bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 03/2019 đến tháng 09/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được lựa chọn nghiên cứu phải đảm bảo các tiêu chuẩn sau:

Bệnh nhân trên 18 tuổi, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tự nguyện tham gia và tuân thủ quy trình nghiên cứu.

Bệnh nhân có tiền sử/mới phát hiện rối loạn lipid máu theo tiêu chuẩn NCEP – ATP III (2001). Trong đó bắt buộc có một hoặc nhiều các chỉ số sau [54]:

TC	$\geq$ 6,20 mmol/l
TG	$\geq$ 2,26 mmol/l
LDL-C	$\geq$ 4,12 mmol/l
HDL-C	< 1,03 mmol/l

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Bệnh nhân RLLPM thứ phát sau sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chuyển hoá lipid máu như: Corticoid, oestrogen, progesterol, thuốc chẹn Beta giao cảm.

Bệnh nhân được chẩn đoán mắc các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, suy gan, suy thận nặng, hội chứng thận hư, suy tuyến giáp.

Phụ nữ có thai, cho con bú.

Bệnh nhân có suy giảm trí nhớ nặng, khó giao tiếp để thu thập thông tin, bệnh nhân có vấn đề sức khỏe tâm thần.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tháng 03 đến hết tháng 09 năm 2019.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Phòng khám Nội tiết, khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

2.4. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.5. Cỡ mẫu

Công thức ước tính cỡ mẫu được sử dụng trong nghiên cứu là công thức cỡ mẫu để ước tính một tỷ lệ[39]:

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p((1-p)}{d^2}$$

p = 0,12(căn cứ vào tỷ lệ bệnh nhân rối loạn chuyển hóa và nội tiết tại Bệnh viện năm 2016) [31].

Z^2 (1-α/2)= $1,96^2$ (độ tin cậy 95%).

d=0,04.

Áp dụng công thức tính được cỡ mẫu nghiên cứu: n = 253 bệnh nhân được chẩn đoán xác định RLLPM. Dự kiến lấy n = 380 (253 × 1,5) bệnh nhân.

Thực tế tổng số bệnh nhân thu thập số liệu phân tích là: 405 bệnh nhân.

2.6. Phương pháp chọn mẫu

Chọn tất cả đối tượng mắc RLLPM đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được trình bày ở mục 2.1.1 và 2.1.2 từ tháng 03/2019 – tháng 09/2019, n = 405 tại bệnh viện.

2.7. Biến số và chỉ số nghiên cứu

2.7.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng, nghề nghiệp, tiền sử bệnh, thói quen sinh hoạt.

BMI = cân nặng/(chiều cao)^2, trong đó cân nặng tính bằng kilogam, chiều cao tính bằng mét.

Thành phần lipid máu:

Cholesterol toàn phần,

Triglicerid,

HDL-C,

LDL-C,

Non HDL-C = Cholesterol toàn phần trừ đi HDL-C.

2.7.2. Chứng trạng Y học cổ truyền

Vọng chẩn:

- Sắc mặt
- Hình thái
- Chất lưỡi
- Rêu lưỡi

Văn chẩn:

- Âm thanh
- Chất thải bệnh lý

Vấn chẩn:

- Hàn nhiệt
- Tình chí
- Ẩm thực
- Nhị tiện
- Hung phúc
- Đầu thân

Thiết chẩn: mạch chẩn

2.7.3. Mối liên quan chỉ số non-HDL-C, các thành phần lipid máu với các thể bệnh Y học cổ truyền

Mối liên quan giữa các chỉ số lipid máu: TC, TG, HDL-C, LDL-C và non-HDL

Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu đơn thuần và rối loạn lipid máu phối hợp với thể bệnh YHCT

Mối liên quan giữa non-HDL và thể bệnh YHCT: đàm trọc ứ trệ, can thận âm hư, âm hư dương cang, tỳ thận dương hư và khí trệ huyết ứ

Mối liên quan giữa TC và thể bệnh YHCT: đàm trọc ứ trệ, can thận âm hư, âm hư dương cang, tỳ thận dương hư và khí trệ huyết ứ

Mối liên quan giữa TG và thể bệnh YHCT: đàm trọc ứ trệ, can thận âm hư, âm hư dương cang, tỳ thận dương hư và khí trệ huyết ứ

Mối liên quan giữa LDL-C và thể bệnh YHCT: đàm trọc ứ trệ, can thận âm hư, âm hư dương cang, tỳ thận dương hư và khí trệ huyết ứ

Mối liên quan giữa HDL-C và thể bệnh YHCT: đàm trọc ứ trệ, can thận âm hư, âm hư dương cang, tỳ thận dương hư và khí trệ huyết ứ

2.7.4. Cách đánh giá chỉ số và phân thể

2.7.4.1. Đánh giá chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng

BMI được phân độ theo bảng chỉ số khối cơ thể do WHO đề ra dành cho khu vực Châu Á – Thái Bình Dương (WPRO):

Phân loại tổng trạng	**Khoảng chỉ số**
Gầy	<18,5
Trung bình	18,5 - 22,9
Thừa cân	23 - 24,9
Béo phì độ I	25 - 29,9
Béo phì độ II	30

Chỉ số lipid máu:

Chỉ số	**mmol/l**	**Chỉ số**	**mmol/l**
Tăng TC	≥ 6,20	Giảm HDL-C	<1,03
Tăng LDL-C	≥ 4,12	Tăng TG	≥ 2,26

Non HDL-C = Cholesterol toàn phần trừ đi HDL-C. Chỉ số non-HDL-C có rối loạn ≥ 4,1 mmol/l [55].

2.7.4.2. Phân thể bệnh Y học cổ truyền

Căn cứ vào chứng trạng và nguyên nhân sinh bệnh chứng đàm thấp được phân loại như sau [62]:

Đàm trọc trở trệ

Triệu chứng chính: Hình thể béo bệu, đầu nặng như bó, tức ngực, nôn ra đờm rãi, tê bì nặng nề tay chân, lưỡi bệu, rêu trơn dính, mạch huyền hoạt.

Triệu chứng phụ: Tâm quý, thất miên, miệng nhạt, ăn ít.

Thể tỳ thận dương hư

Triệu chứng chính: Sợ hàn chi lạnh, chóng mặt, mệt mỏi vô lực, đại tiện lỏng nát.

Triệu chứng phụ: Ăn ít, bụng chướng, phù mặt và chân, lưỡi mềm nhạt, rêu trắng, mạch trầm tế.

Thể can thận âm hư

Triệu chứng chính: Chóng mặt, ù tai, đau mỏi lưng, gối mềm yếu, ngũ tâm phiền nhiệt.

Triệu chứng phụ: Miệng khô, hay quên, mất ngủ, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít, mạch tế sác.

Thể âm hư dương cang

Triệu chứng chính: Chóng mặt, đau đầu, sốt ruột hay cáu gắt, mặt đỏ miệng đắng.

Triệu chứng phụ: Tâm quý, thất miên, tiện bí, tiểu đỏ, chất lưỡi đỏ hoặc ám tím, rêu vàng, mạch huyền hoặc huyền tế hoặc sác.

Thể khí trệ huyết ứ

Triệu chứng chính: Ngực sườn trướng, đau có tính chất chạy, đau nhói vùng trước tim.

Triệu chứng phụ: Tâm phiền bất an, rìa đầu lưỡi có ban ứ hoặc điểm ứ. mạch trầm sáp.

2.7.5. Phương pháp thu thập thông tin

2.7.5.1. Thu thập thông tin

Công cụ: Công cụ thu thập thông tin được sử dụng là phiếu thu thập thông tin được thiết kế sẵn dưới dạng bán cấu trúc dùng thu thập thông tin từ phỏng vấn dành cho bệnh nhân trong diện nghiên cứu.

Nghiên cứu viên là người trực tiếp tiến hành phỏng vấn cho các đối tượng trong nghiên cứu.

Cách tiến hành: Dựa trên cơ sở đã xác định chính xác những thông tin cần thu thập, bộ câu hỏi phỏng vấn sử dụng trong nghiên cứu là bộ câu hỏi bán cấu trúc được thiết kế sẵn cho đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu viên là người trực tiếp phỏng vấn các đối tượng trong nghiên cứu. Dạng phỏng vấn sử dụng là một bảng hỏi sơ thảo chưa hoàn thiện làm công cụ và nghiên cứu viên được quyền đưa thêm các câu hỏi phụ để hỗ trợ thêm trong quá trình phỏng vấn (nghiên cứu viên không bị lệ thuộc hoàn toàn vào bộ câu hỏi).

2.7.5.2. Khám lâm sàng

Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi vọng chẩn như sau: Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng, chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết, rêu lưỡi vàng, hình thể béo, rêu mỏng nhớt, hình thể gầy, rêu lưỡi mỏng, mặt đỏ, rìa lưỡi có hằn răng, mắt đỏ, tinh thần bất thư, lưỡi bệu nhợt, tinh thần bất định, lưỡi đỏ ít rêu, tâm phiền, rêu lưỡi trắng nhớt [32],[37],[50].

Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi văn chẩn: Nôn ra đờm dãi, mệt mỏi vô lực [37],[50].

Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi vấn chẩn như sau: Buồn nôn, mệt mỏi, bụng ngực bí tức, mệng khô không khát, tính tình cáu gắt, miệng đắng, chi thể nặng nề, miệng khô họng táo, chóng mặt, miệng nhạt chán ăn, đại tiện

lỏng nát, ngũ tâm phiền nhiệt, đại tiện bí kết, lưng gối đau mỏi, đạo hãn, quanh vú trướng đau, đầu căng trướng, sợ lạnh, đầu choáng, tâm quý, đầu nặng, tai ù, đau mạng sườn, tiểu tiện đỏ, kinh nguyệt không đều, tiểu đêm nhiều lần, ma mộc tê mỏi, tứ chi thiếu lực [32],[37],[50].

Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi thiết chẩn: Chi lạnh, mạch huyền, mạch huyền hoạt, mạch huyền hữu lực, mạch sáp, mạch trầm tế [32],[50].

2.7.5.3. Xét nghiệm các thành phần lipid máu

Xét nghiệm các thành phần lipid máu bao gồm: TC, TG, HDL-C, LDL-C. Được làm trên máy xét nghiệm sinh hóa tự động AU 5800, Hoa Kỳ.

Tính chỉ số non-HDL-C. Non HDL-C = Cholesterol toàn phần trừ đi HDL-C.

2.8. Phương pháp tiến hành

Bước 1: Xây dựng đề cương nghiên cứu.

Bước 2: Xây dựng bộ công cụ nghiên cứu.

Bước 3: Thử nghiệm bộ công cụ nghiên cứu.

Bước 4: Chỉnh sửa bộ công cụ nghiên cứu.

Bước 5: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu

Bước 6: Thu thập thông tin

Bước 7: Phân tích thông tin

Bước 8: Viết báo cáo

2.9. Sai số và cách khống chế sai số

Sai lệch lựa chọn: Hạn chế bằng cách đặt ra tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Các tiêu chí chẩn đoán được định nghĩa rõ ràng. Bệnh nhân được xác định có rối loạn lipid máu khi thỏa mãn đủ các tiêu chuẩn trong mục 2.1 (phần đối tượng nghiên cứu). Nghiên cứu viên là người trực tiếp khám, phỏng vấn và chọn bệnh nhân vào nghiên cứu. Đối tượng đích là tất cả các bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện [19].

Sai lệch hồi tưởng/nhớ lại: Giảm thiểu bằng cách xây dựng bộ câu hỏi phỏng vấn gồm các câu hỏi liên quan đến hiện tại, quá khứ gần hoặc các thói

quen của bệnh nhân để đối tượng được điều tra có thể dễ dàng nhớ lại. Các câu hỏi về quá khứ xa (thời gian phát hiện bệnh, thuốc đã dùng, tiền sử điều trị bệnh), nếu thông tin đưa ra được bệnh nhân và người nhà bệnh nhân hoặc người trực tiếp chăm sóc cùng đồng thuận thì được chấp nhận là thông tin nghiên cứu [19].

Sai lệch hệ thống khác: Sử dụng mẫu bệnh án và phiếu phỏng vấn thống nhất cho tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu [19].

Sai lệch trong quá trình thu thập số liệu:

Nghiên cứu viên là người trực tiếp phỏng vấn và tiến hành thăm khám bệnh nhân dưới sự giám sát của bác sĩ YHCT của Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Thầy hướng dẫn khoa học sẽ kiểm tra ngẫu nhiên các bệnh nhân trong nghiên cứu để kiểm tra tính chuẩn xác của thông tin thu được [19].

2.10. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20,0.

2.11. Hạn chế của đề tài

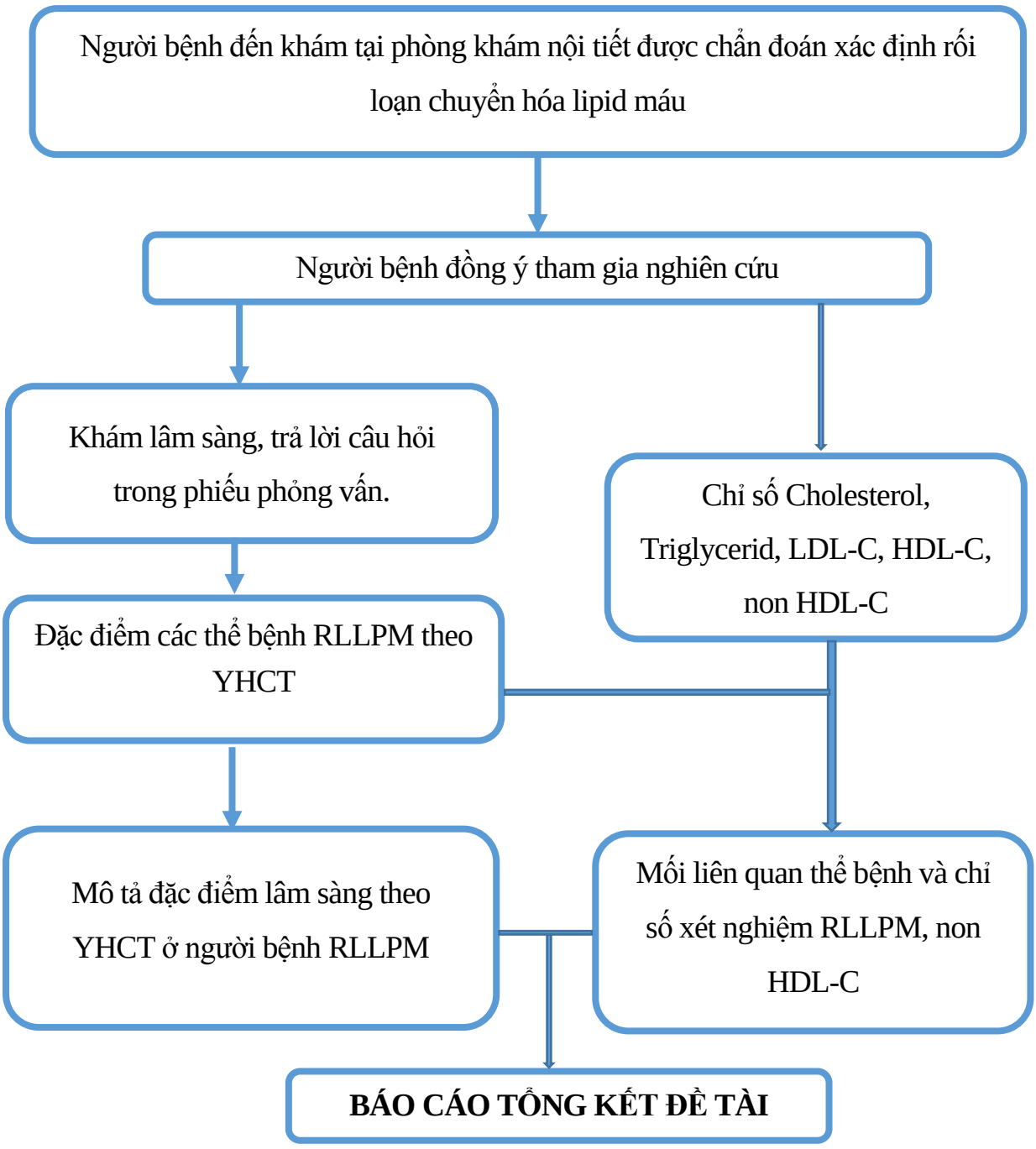
Đề tài phân tích một số thể bệnh YHCT thường gặp ở bệnh nhân RLLPM tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, do vậy cần tính mẫu nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong quần thể người bệnh RLLPM nói chung.

2.12. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng xét duyệt đề cương Luận văn Thạc sỹ Y học chuyên ngành YHCT và Hội đồng Đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và được sự chấp thuận của các bệnh viện nơi thực hiện trước khi được phép tiến hành nghiên cứu.

Đề tài của chúng tôi tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh. Tất cả các bệnh nhân đều được cung cấp một bản thông tin về nghiên cứu, được giải đáp tất cả các thắc mắc về quá trình thăm khám, hỏi bệnh, thông tin về bệnh tật khi nghiên cứu được diễn ra.

Các thông tin thu thập chỉ phục vụ nghiên cứu và giữ bí mật.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

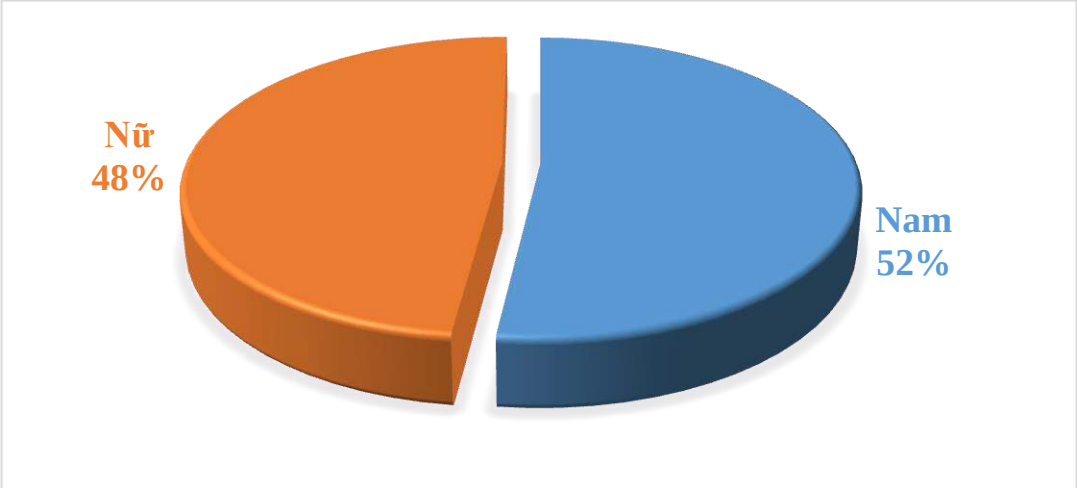
3.1.1. Đặc điểm tuổi và nhóm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 30 tuổi	1	0,2
30 - < 50 tuổi	28	6,9
50 - < 60 tuổi	73	18,0
≥ 60 tuổi	303	74,8
Tổng	405	100
Tuổi trung bình $\bar{X}$ ± SD (tuổi)	65,73 ± 10,38 (Min=22; Max=91)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh RLLPM tham gia nghiên cứu là 65 tuổi, với tỷ lệ cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi (74,8%), thấp nhất ở nhóm 18-< 30 tuổi (0,2%).

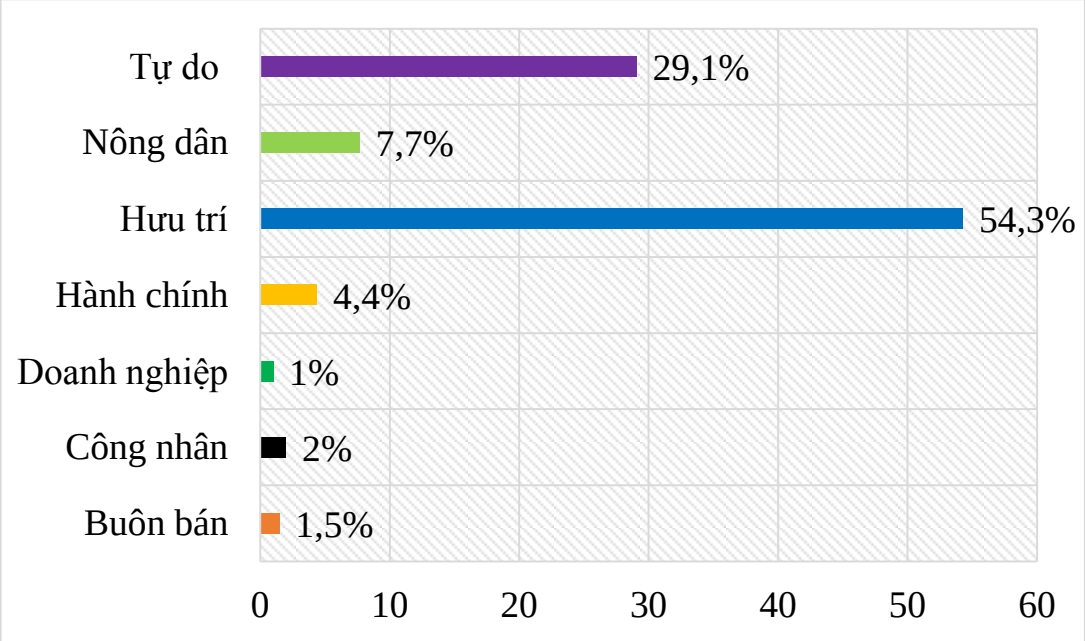
3.1.2. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố giới tính của bệnh nhân nghiên cứu (N=405)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh là nam giới mắc rối loạn lipid máu tham gia nghiên cứu là 52%, người bệnh là nữ chiếm 48% (tỷ lệ nam:nữ = 1,08).

3.1.3. Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.2. Phân bố nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu (N=405)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh RLLPM tham gia nghiên cứu nhóm hưu trí là 54,3%, nhóm đối tượng khác là 45,7%.

3.1.4. Đặc điểm tiền sử bệnh lý

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử bệnh lý của bệnh nhân nghiên cứu (N=405)

Tuổi	**Số lượng (n)**	**Tỷ lệ %**
Gan nhiễm mỡ	12	3,0
Bệnh mạch máu não	14	3,5
Bệnh mạch vành	37	9,1
Tăng huyết áp	338	83,5
Gia đình có người mắc rối loạn lipid máu	72	17,8

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh RLLPM có tiền sử tăng huyết áp là 83,5%; gia đình người bệnh có người mắc RLLPM là 17,8%, nhóm gan nhiễm mỡ với 3,0%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân rối loạn lipid máu

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng y học hiện đại

3.2.1.1. Đặc điểm BMI của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3. Đặc điểm BMI của bệnh nhân nghiên cứu (N=405)

Phân loại	Số lượng n= 405	Tỷ lệ %
Gầy (BMI < 18,5)	12	3,0
Bình thường (18,5 – 23)	197	48,6
Thừa cân béo phì (>23)	196	48,4
BMI TB $\bar{X}$ ± SD (kg/m^2)	22,88 ± 2,16 (Min=17; Max=29)	

Nhận xét: BMI trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 23; tỷ lệ người bệnh có chỉ số BMI bình thường là 48,6%, tỷ lệ người bệnh thừa cân béo phì là 48,4%. Có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có BMI mức gầy (3,0%).

3.2.1.2. Đặc điểm chỉ số lipid máu của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm chỉ số lipid máu của bệnh nhân nghiên cứu (N=405)

Chỉ số	Giá trị TB ($\bar{X}$ ± SD)	Min	Max
Cholesterol TP (mmol/l)	4,58 ± 1,26	1,75	9,78
Triglycerid (mmol/l)	2,45 ± 2,00	0,46	15,39
HDL-C (mmol/l)	1,05 ± 0,27	0,50	2,46
LDL-C (mmol/l)	2,89 ± 0,86	0,82	6,24

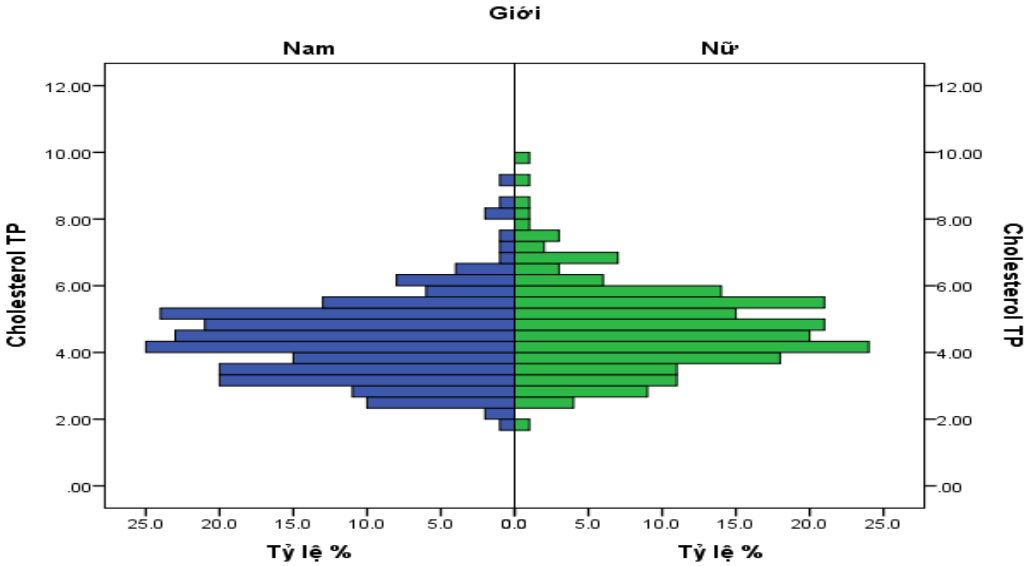
Nhận xét: Chỉ số cholesterol trung bình ở người bệnh RLLPM trong nghiên cứu là 4,58 ± 1,26 (Bệnh nhân thấp nhất là 1,75 và cao nhất là 9,78)

Chỉ số Triglycerid trung bình ở người bệnh RLLPM trong nghiên cứu là 2,45 ± 2,00 (Bệnh nhân thấp nhất là 0,46 và cao nhất là 15,39).

Chỉ số HDL-C trung bình ở người bệnh RLLPM trong nghiên cứu là 1,05 ± 0,27 (thấp nhất là 0,5 và cao nhất là 2,46)

Chỉ số LDL-C trung bình ở người bệnh RLLPM trong nghiên cứu là 2,89 ± 0,86 (thấp nhất là 0,82 và cao nhất là 6,24).

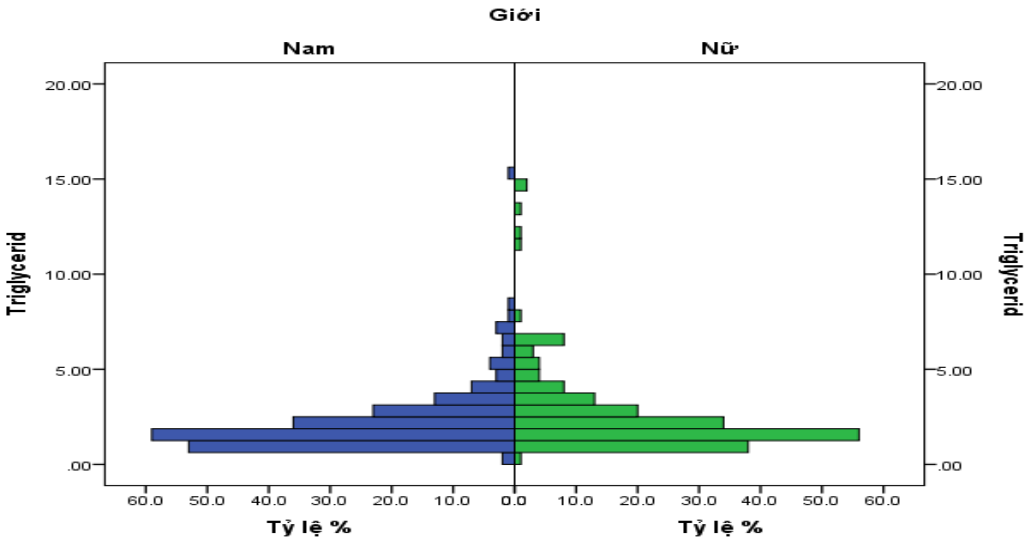
3.2.1.3. Đặc điểm phân bố chỉ số cholesterol toàn phần



Biểu đồ 3.3. Phân bố chỉ số cholesterol TP (N=405)

Nhận xét: Chỉ số cholesterol toàn phần của người bệnh RLLPM trong nghiên cứu chủ yếu ở mức 3-6 (mmol/l). Tỷ lệ người bệnh có chỉ số cholesterol toàn phần ≥ 6,2 mmol/l là 29,6%.

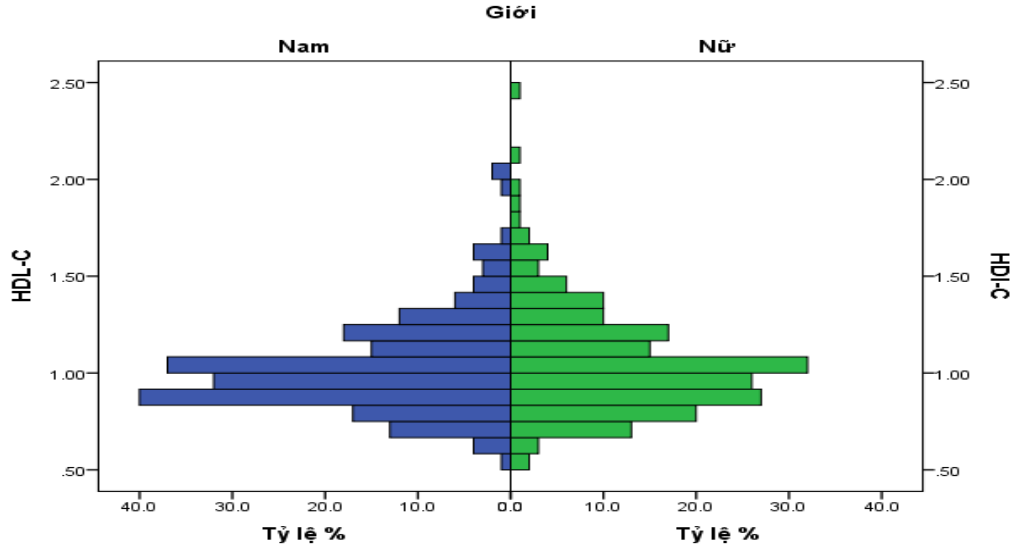
3.2.1.4. Đặc điểm phân bố chỉ số triglycerid



Biểu đồ 3.4. Phân bố chỉ số triglycerid (N=405)

Nhận xét: Chỉ số triglyceride phân bố tập trung ở nhóm từ 1-3 (mmol/l). Tỷ lệ người bệnh có triglyceride ≥ 2,26 mmol là 49,1%.

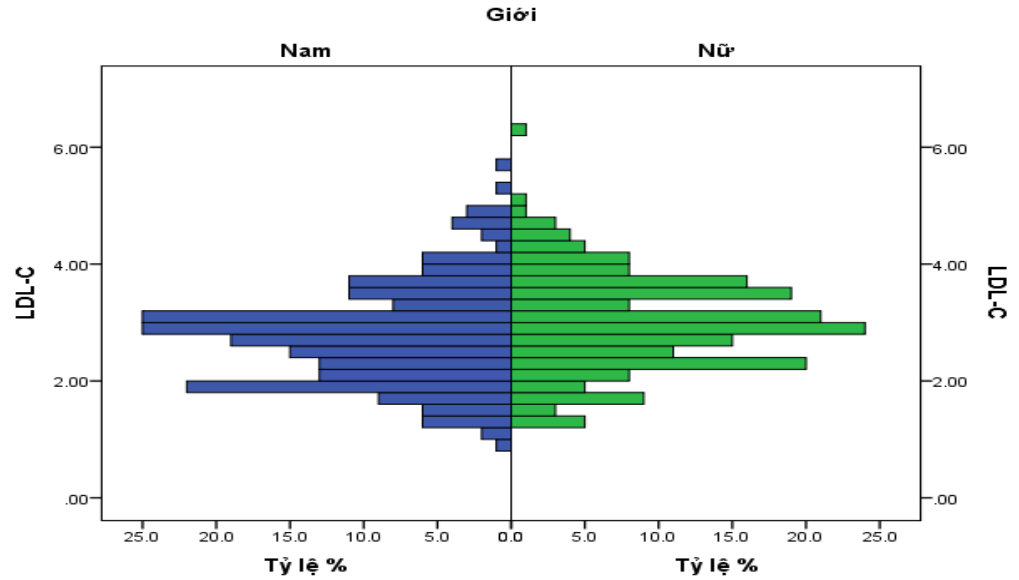
3.2.1.5. Đặc điểm phân bố chỉ số HDL-C



Biểu đồ 3.5. Phân bố chỉ số HDL-C (N=405)

Nhận xét: Chỉ số HDL-C dao động tập trung ở ngưỡng 0,7-1,3 (mmol/l). Tỷ lệ người bệnh có HDL < 1,03 mmol/l là 66,2%.

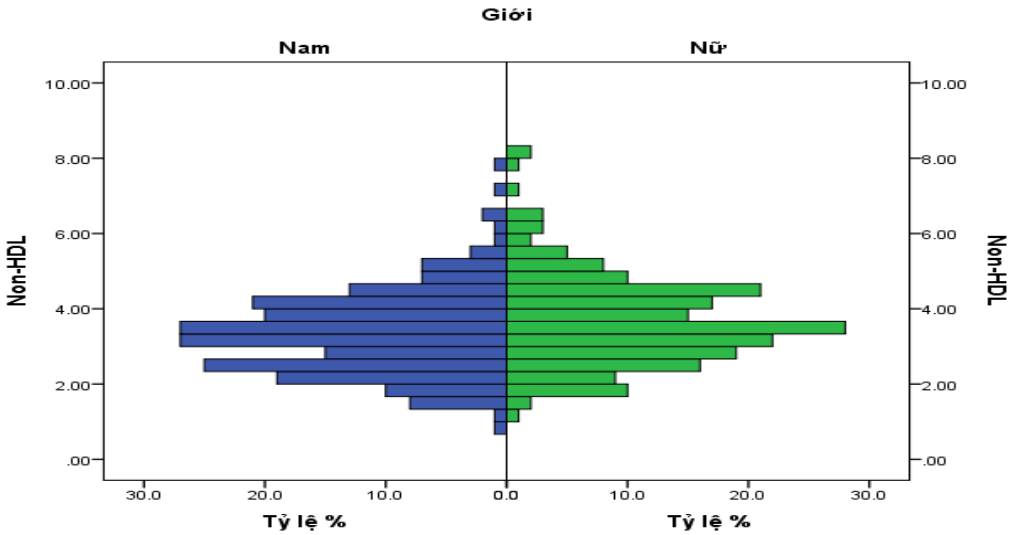
3.2.1.6. Đặc điểm phân bố chỉ số LDL-C



Biểu đồ 3.6. Phân bố chỉ số LDL-C (N=405)

Nhận xét: Chỉ số LDL-C dao động tập trung ở ngưỡng 2-4 (mmol/l). Tỷ lệ người bệnh có LDL-C ≥ 4,12 mmol/l là 57,8%.

3.2.1.7. Đặc điểm phân bố chỉ số non-HDL



Biểu đồ 3.7. Phân bố chỉ số non-HDL (N=405)

Nhận xét: Chỉ số non-HDL chủ yếu tập trung ở nhóm từ 2-5 (mmol/l). Chỉ số non-HDL ≥ 4,1 mmol/l là 26,9%.

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng y học cổ truyền của bệnh nhân nghiên cứu

3.2.2.1. Phân bố chứng trạng lâm sàng theo vọng chẩn y học cổ truyền

Bảng 3.5. Phân bố chứng trạng lâm sàng vọng chẩn (N=405)

Chứng trạng		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Mặt đỏ		82	15,3
Mệt mỏi vô lực		69	12,8
Phù mặt và chân		60	11,2
Chất lưỡi	Chất lưỡi đỏ	133	24,8
	Lưỡi bệu	179	33,3
	Lưỡi mềm nhạt	69	12,8
	Rìa đầu lưỡi có ban hoặc ứ	36	6,7
Rêu lưỡi	Rêu lưỡi trơn dính	133	24,8
	Rêu lưỡi ít	79	19,5
	Rêu lưỡi trắng	60	11,2
	Rêu lưỡi vàng	71	17,5

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh RLLPM có lưỡi bệu (33,3%); chất lưỡi đỏ

(24,8%); rêu lưỡi trơn dính (24,8%) và rêu ít (19,5%).

3.2.2.2. Phân bố chứng trạng lâm sàng theo văn chẩn y học cổ truyền

Bảng 3.6. Phân bố chứng trạng lâm sàng văn chẩn (N=405)

Chứng trạng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nôn ra đờm dãi	97	18,1

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh RLLPM có nôn ra đờm dãi 18,1%.

3.2.2.3.Phân bố chứng trạng lâm sàng theo vấn chẩn y học cổ truyền

Bảng 3.7. Phân bố chứng trạng lâm sàng vấn chẩn (N=405)

Vấn chẩn	Chứng trạng	Số lượng(n)	Tỷ lệ %
Hàn nhiệt	Sợ lạnh chi lạnh	60	11,2
	Ngũ tâm phiền nhiệt	79	14,7
Tình chí	Hay quên	97	18,1
	Tâm phiền	36	6,7
	Sốt ruột hay cáu gắt	82	15,3
	Tâm quý	168	31,3
	Đau nhói trước tim	30	5,6
	Đau có tính chất chạy	30	5,6
Ẩm thực	Miệng nhạt	97	18,1
	Miệng khô	79	14,7
	Miệng đắng	71	13,2
	Ăn ít	157	29,2
Nhị tiện	Tiểu tiện bí	71	13,2
	Nước tiểu đỏ	71	13,2
	Đại tiện lỏng nát	60	11,2
Hung phúc	Ngực sườn chướng	30	5,6
	Bụng chướng	60	11,2
	Đau mỏi lưng	79	14,7

Đầu thân	Đầu nặng	97	18,1
	Đau đầu	71	13,2
	Chóng mặt	210	39,1
	Mất ngủ	247	46,0
	Gối mềm yếu	79	14,7
	Tê nặng tay chân	97	18,1
	Ù tai	79	14,7

Nhận xét: Bảng 3.7 cho thấy các chứng trạng về hàn nhiệt ở người bệnh RLLPM: tỷ lệ bệnh nhân ngũ tâm phiền nhiệt 14,7%, nhóm sợ lạnh chi lạnh 11,2%.

Các chứng trạng về tình chí ở người bệnh RLLPM: Tâm quý 31,3%, hay quên 18,1%, sốt ruột hay cáu gắt 15,3%, tâm phiền 6,7%, đau nhói trước tim và đau có tính chất chạy đều là 5,6%.

Các chứng trạng về ăn uống ở người bệnh RLLPM: ăn ít 29,2%, miệng nhạt 18,1%, miệng khô 14,7%, miệng đắng 13,2%.

Các chứng trạng về tiểu tiện ở người bệnh RLLPM có 13,2% bệnh nhân có tiểu tiện bí, nước tiểu đỏ.

Các chứng trạng về hung phúc ở người bệnh RLLPM: Triệu chứng đau mỏi lưng xuất hiện ở 14,7% bệnh nhân nghiên cứu, bụng chướng 11,2%, ngực sườn chướng 5,6%.

Các chứng trạng về đầu thân ở người bệnh RLLPM: Tỷ lệ bệnh nhân có mất ngủ 46%; chóng mặt chiếm 39,1%; đầu nặng, đau đầu chiếm 13,2%-18,1%; tê nặng tay chân 18,1%, gối mềm yếu 14,7%, ù tai 14,7%.

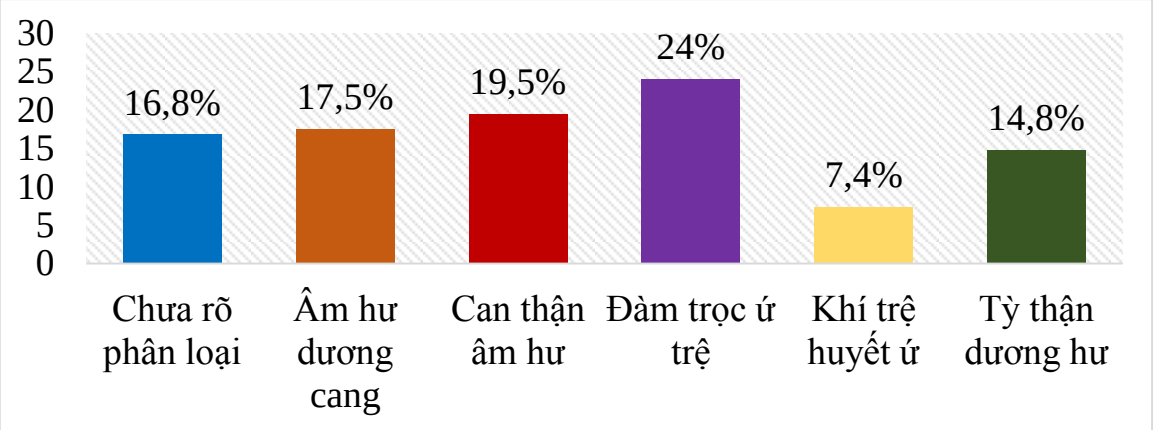
3.2.2.4. Phân bố chứng trạng lâm sàng theo thiết chẩn y học cổ truyền của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.8. Phân bố chứng trạng lâm sàng thiết chẩn (N=405)

Chứng trạng	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Mạch huyền hoạt	97	18,1
Mạch huyền	71	13,2
Mạch tế sác	79	14,7
Mạch trầm tế	60	11,2
Mạch trầm sáp	30	5,6

Nhận xét: Bảng 3.8 cho thấy tỷ lệ người bệnh có mạch huyền hoạt 18,1%; tế sác 14,7%, mạch huyền 13,2%, mạch trầm tế 11,2% và trầm sáp 5,6%.

3.2.2.5. Phân loại thể bệnh y học cổ truyền bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 3.8. Phân loại thể bệnh y học cổ truyền (N=405)

Nhận xét: Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thuộc thể đàm trọc ứ trệ cao nhất với 24%; sau đó là nhóm bệnh nhân can thận âm hư (19,5%); âm hư dương cang (17,5%) và tỳ thận dương hư (14,78%); thấp nhất ở nhóm khí trệ huyết ứ (7,4%). Nghiên cứu cũng ghi nhận có 16,8% các trường hợp triệu chứng chưa rõ ràng hoặc có trùng lặp chưa đưa được vào phân thể.

3.3. Mối liên quan giữa chỉ số non HDL-C, các chỉ số lipid máu và thể bệnh y học cổ truyền

3.3.1. Mối liên quan giữa chỉ số non-HDL với tuổi

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa chỉ số non-HDL với tuổi

Tuổi	Non HDL ≥ 4,1 mmol/l		Non HDL < 4,1 mmol/l		p
	n	%	n	%	
<30 (n=1)	1	100	0	0	-
(1) 30 - < 50 (n=28)	27	96,4	1	3,6	p_{1-2} **<0,05**
(2) 50 - < 60 (n=73)	54	74	19	26	p_{1-3} **<0,05**
(3) ≥ 60 (n=303)	103	34	200	66	p_{2-3} **<0,05**

Nhận xét: Bảng 3.9 cho thấy tuổi người bệnh RLLPM trong nghiên cứu càng tăng thì tỷ lệ người bệnh có chỉ số non HDL rối loạn tăng, có sự khác biệt giữa nhóm tuổi 30 - < 50, 50 - < 60 và ≥ 60, có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

3.3.2. Mối liên quan giữa các chỉ số lipid máu và non-HDL

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa các chỉ số lipid máu và non-HDL

Chỉ số (mmol/l)		Non-HDL ≥4,1		Non-HDL <4,1		OR	95%CI (p)
		n	%	n	%		
Cholesterol TP	≥ 6,2 n=120	100	83,3	20	16,7	7,76	2,001-3,046 (**p<0,05**)
	< 6,2 n=217	85	39,2	132	60,8		
Triglycerid	≥ 2,26 n=199	121	60,8	78	39,2	0,31	0,672-2,896 (p>0,05)
	< 2,26 n=138	64	46,4	74	53,6		

HDL-C	< 1,03 n=268	137	51,1	131	48,9	0,46	0,890-1,900 (p>0,05)
	≥1,03 n=69	48	69,6	21	30,4		
LDL-C	≥ 4,12 n=234	140	59,8	94	40,2	1,92	0,087-3,453 (p>0,05)
	< 4,12 n=103	45	43,7	58	56,3		

Nhận xét: Dựa vào bảng 3.10 ta thấy đối với trường hợp người bệnh rối loạn lipid máu có chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l có nguy cơ có chỉ số non-HDL tăng gấp 7,8 lần so với nhóm TC <6,2 mmol/l, có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tuy nhiên trong số TC <6,2 mmol/l vẫn có 39,2% có chỉ số non HDL tăng.

Các yếu tố triglyceride ≥ 2,26 mmol/l; HDL < 1,03 mmol/l, LDL ≥ 4,12 mmol/l chưa tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa với nguy cơ tăng non-HDL.

3.3.3. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và chỉ số BMI

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và chỉ số BMI

Thể bệnh YHCT	**Chỉ số BMI TB $\overline{X}$ ± SD (kg/m^2)**
(1) Âm hư dương cang	23,32 ± 1,68 (Min=19; Max=27)
(2) Can thận âm hư	20,93 ± 1,93 (Min=17; Max=27)
(3) Đàm trọc ứ trệ	24,83 ± 1,69 (Min=21; Max=29)
(4) Khí trệ huyết ứ	22,73 ± 1,74 (Min=18; Max=25)
(5) Tỳ thận dương hư	22,36 ± 1,50 (Min=19; Max=27)
p	$\mathbf{p_{1-2} < 0,05}$; $p_{1-3} > 0,05$; $p_{1-4} > 0,05$; $p_{1-5} > 0,05$ $\mathbf{p_{2-3} < 0,05}$; $\mathbf{p_{2-4} < 0,05}$; $\mathbf{p_{2-5} < 0,05}$ $\mathbf{p_{3-4} < 0,05}$; $\mathbf{p_{3-5} < 0,05}$ $p_{4-5} > 0,05$

Nhận xét: Bảng 3.11 cho thấy thể đàm trọc ứ trệ có mức BMI trung bình cao nhất, tiếp đến là thể âm hư dương cang, khí trệ huyết ứ, tỳ thận dương hư, thấp nhất là thể can thận âm hư. Mức trung bình BMI của bệnh nhân thuộc thể can thận âm hư khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với thể đàm trọc ứ trệ, thể âm hư dương cang, thể tỳ thận dương hư, thể can uất tỳ hư, thể khí trệ huyết ứ. Mức trung bình BMI của bệnh nhân thuộc thể đàm trọc ứ trệ khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với thể tỳ thận dương hư, thể can uất tỳ hư, thể khí trệ huyết ứ.

3.3.4. Mối liên quan giữa số lượng chỉ số lipid máu rối loạn và thể bệnh Y học cổ truyền

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa số lượng chỉ số lipid máu rối loạn và thể bệnh Y học cổ truyền

Thể bệnh YHCT	**Số lượng chỉ số lipid máu rối loạn $\bar{X}$ ± SD**
(1) Âm hư dương cang	1,56 ± 1,22
(2) Can thận âm hư	2,01 ± 1,03
(3) Đàm trọc ứ trệ	3,09 ± 1,00
(4) Khí trệ huyết ứ	2,01 ± 1,45
(5) Tỳ thận dương hư	3,13 ± 1,23
P	$p_{1-2} > 0,05$; $\mathbf{p_{1-3} < 0,05}$; $p_{1-4} > 0,05$; $\mathbf{p_{1-5} < 0,05}$ $p_{2-3} > 0,05$; $p_{2-4} > 0,05$; $p_{2-5} > 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$; $p_{3-5} > 0,05$ $p_{4-5} > 0,05$

Nhận xét: Bảng 3.12 cho thấy thể tỳ thận dương hư có số lượng chỉ số lipid máu rối loạn cao nhất với 3,13 ± 1,23, tiếp đến là thể đàm trọc ứ trệ, can thận âm hư và khí trệ huyết ứ, thấp nhất là thể âm hư dương cang với 1,56 ± 1,22. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng chỉ số lipid máu rối loạn ở thể bệnh âm hư dương cang với thể đàm trọc ứ trệ và thể tỳ thận dương hư ($p<0,05$).

3.3.5. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu đơn thuần và rối loạn lipid máu phối hợp với thể bệnh Y học cổ truyền

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu đơn thuần và rối loạn lipid máu phối hợp với thể bệnh Y học cổ truyền

Thể bệnh YHCT	Rối loạn lipid đơn thuần		Rối loạn lipid phối hợp	
	Số lượng(n)	Tỷ lệ %	Số lượng(n)	Tỷ lệ %
(1) Âm hư dương cang n = 71	23	32,4	48	67,6
(2) Can thận âm hư n =79	11	13,9	68	86,1
(3) Đàm trọc ứ trệ n = 97	20	20,6	77	79,4
(4) Khí trệ huyết ứ n = 30	9	30,0	21	70,0
(5) Tỳ thận dương hư n = 60	13	21,7	47	78,3

Nhận xét: Bảng 3.13 cho thấy thể can thận âm hư có tỷ lệ bệnh nhân rối loạn lipid máu phối hợp cao nhất là 86,1%, tiếp là thể đàm trọc ứ trệ 79,4%, thể tỳ thận dương hư 78,3%, thể khí trệ huyết ứ 70%, thể âm hư dương cang 67,6%. Như vậy người bệnh RLLPM trong nghiên cứu tỷ lệ cao có rối loạn lipid máu phối hợp.

3.3.6. Mối liên quan giữa non-HDL và thể bệnh Y học cổ truyền

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa Non-HDL và thể bệnh Y học cổ truyền (N=405)

Thể bệnh YHCT	**Non-HDL TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**	**Non-HDL ≥ 4,1 TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**	**Non-HDL < 4,1 TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**
(1) Âm hư dương cang	3,34 ± 1,19	5,57 ± 1,34	3,17± 0,18
(2) Can thận âm hư	3,89 ± 1,20	4,98 ± 1,23	3,04 ± 0,89
(3) Đàm trọc ứ trệ	3,61 ± 1,29	5,77 ± 1,44	3,67 ± 0,45
(4) Khí trệ huyết ứ	3,72 ± 1,11	4,89 ± 2,00	3,54 ± 0,06
(5) Tỳ thận dương hư	3,46 ± 1,18	4,88 ± 1,98	2,67 ± 1,21
p	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{1-3} > 0,05$; $p_{1-4} > 0,05$; $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$; $p_{2-4} > 0,05$; $p_{2-5} > 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$; $p_{3-5} > 0,05$ $p_{4-5} > 0,05$	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{1-3} > 0,05$; $p_{1-4} > 0,05$; $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$; $p_{2-4} > 0,05$; $p_{2-5} > 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$; $p_{3-5} > 0,05$ $p_{4-5} > 0,05$	-

Nhận xét: Bảng 3.14 cho thấy chỉ số non HDL-C trung bình ở thể can thận âm hư là cao nhất với 3,89 ± 1,20 mmol/l, tiếp là thể khí trệ huyết ứ, thể đàm trọc ứ trệ, thể tỳ thận dương hư và thấp nhất ở thể âm hư dương cang là 3,34 ± 1,19 mmol/l, không có ý nghĩa thống kê p>0,05.

Chỉ số non HDL rối loạn (≥ 4,1 mmol/l) trung bình ở thể đàm trọc ứ trệ là cao nhất với 5,77 ± 1,44 mmol/l, tiếp theo là thể âm hư dương cang, thể can thận âm hư, thể khí trệ huyết ứ, thấp nhất ở thể tỳ thận dương hư là 4,88 ± 1,98 mmol/l, không có ý nghĩa thống kê p>0,05.

Chỉ số non HDL không rối loạn (≤ 4,1mmol/l) trung bình ở thể đàm trọc ứ trệ là cao nhất, tiếp là thể khí trệ huyết ứ, thể âm hư dương cang, thể can thận âm hư và thấp nhất ở thể tỳ thận dương hư.

3.3.7. Mối liên quan giữa chỉ số cholesterol TP và thể bệnh Y học cổ truyền

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa cholesterol TP và thể bệnh Y học cổ truyền (N=405)

Thể bệnh YHCT	**Cholesterol TP TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**	**TC ≥ 6,2 TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**	**TC < 6,2 TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**
(1) Âm hư dương cang	4,34 ± 1,24	6,83 ± 2,90	4,11 ± 1,05
(2) Can thận âm hư	5,02 ± 1,27	7,15 ± 2,47	4,56 ± 1,13
(3) Đàm trọc ứ trệ	4,63 ± 1,35	7,00 ± 2,09	3,90 ± 1,13
(4) Khí trệ huyết ứ	4,83 ± 1,28	6,78 ± 2,95	3,76 ± 0,19
(5) Tỳ thận dương hư	4,46 ± 1,21	6,90 ± 2,34	4,09 ± 1,20
p	**$p_{1-2} < 0,05$**; $p_{1-3} > 0,05$; $p_{1-4} > 0,05$; $p_{1-5} > 0,05$ **$p_{2-3} < 0,05$**; **$p_{2-4} < 0,05$**; **$p_{2-5} < 0,05$** $p_{3-4} > 0,05$; $p_{3-5} > 0,05$ $p_{4-5} > 0,05$	**$p_{1-2} < 0,05$**; **$p_{1-3} < 0,05$** $p_{1-4} > 0,05$; $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$; $p_{2-4} > 0,05$; $p_{2-5} > 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$; $p_{3-5} > 0,05$ $p_{4-5} > 0,05$	-

Nhận xét: Bảng 3.15 cho thấy chỉ số TC trung bình ở thể can thận âm hư cao nhất với 5,02 ± 1,27 mmol/l, tiếp là thể khí trệ huyết ứ, thể đàm trọc ứ trệ, thể tỳ thận dương hư và thấp nhất ở thể âm hư dương cang là 4,34 ± 1,24 mmol/l. Chỉ số TC trung bình có sự khác biệt giữa nhóm can thận âm hư và các thể bệnh còn lại, có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l trung bình ở thể can thận âm hư là cao nhất với 7,15 ± 2,47 mmol/l, tiếp là thể đàm trọc ứ trệ, thể tỳ thận dương hư, thể âm hư dương cang, thấp nhất ở thể khí trệ huyết ứ là 6,78 ± 2,95 mmol/l; có sự khác biệt giữa thể âm hư dương cang với thể can thận âm hư và thể đàm trọc ứ trệ, có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Chỉ số TC < 6,2 mmol/l trung bình ở thể can thận âm hư là cao nhất, tiếp là thể âm hư dương cang, thể tỳ thận dương hư, thể đàm trọc ứ trệ và thấp nhất ở thể khí trệ huyết ứ.

3.3.8. Mối liên quan giữa chỉ số triglycerid và thể bệnh Y học cổ truyền

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa triglycerid và thể bệnh Y học cổ truyền (N=405)

Thể bệnh YHCT	**Triglycerid TP TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**	**TG ≥ 2,26 TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**	**TG < 2,26 TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**
(1) Âm hư dương cang	2,31 ± 1,69	4,00 ± 1,09	1,56 ± 0,66
(2) Can thận âm hư	2,37 ± 1,89	2,48 ± 0,77	0,99 ± 0,45
(3) Đàm trọc ứ trệ	2,91 ± 2,47	5,01 ± 1,45	1,24 ± 0,45
(4) Khí trệ huyết ứ	2,22 ± 1,45	2,34 ± 0,89	0,89 ± 0,12
(5) Tỳ thận dương hư	2,39 ± 2,07	4,76 ± 1,24	1,45 ± 0,65
p	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{1-3} > 0,05$; $p_{1-4} > 0,05$; $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$; $p_{2-4} > 0,05$; $p_{2-5} > 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$; $p_{3-5} > 0,05$ $p_{4-5} > 0,05$	**$p_{1-2} < 0,05$**; $p_{1-3} > 0,05$; **$p_{1-4} < 0,05$**; $p_{1-5} > 0,05$ **$p_{2-3} < 0,05$**; $p_{2-4} > 0,05$; **$p_{2-5} < 0,05$** **$p_{3-4} < 0,05$**; $p_{3-5} > 0,05$ **$p_{4-5} < 0,05$**	-

Nhận xét: Bảng 3.16 cho thấy chỉ số TG trung bình ở thể đàm trọc ứ trệ là cao nhất với 2,91 ± 2,47 mmol/l, tiếp là thể tỳ thận dương hư, thể can thận âm hư, thể âm hư dương cang, thấp nhất là thể khí trệ huyết ứ với 2,22 ± 1,45 mmol/l. Chỉ số TG trung bình có xu hướng cao tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số triglyceride với các thể bệnh của YHCT.

Chỉ số TG ≥ 2,26 mmol/l trung bình cao nhất ở thể đàm trọc ứ trệ là 5,01 ± 1,45 mmol/l, tiếp là thể tỳ thận dương hư, thể âm hư dương cang, thể can thận âm hư, thấp nhất ở thể khí trệ huyết ứ là 2,34 ± 0,89 mmol/l. Chỉ số TG ≥ 2,26 mmol/l trung bình có sự khác biệt ở thể bệnh can thận âm hư và khí trệ huyết ứ với các thể bệnh còn lại của YHCT, có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Chỉ số TG < 2,26 mmol/l trung bình cao nhất ở thể âm hư dương cang, tiếp là thể tỳ thận dương hư, đàm trọc ứ trệ, thể can thận âm hư, thấp nhất ở thể khí trệ huyết ứ.

3.3.9. Mối liên quan giữa HDL-C và thể bệnh Y học cổ truyền

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa HDL-C và thể bệnh Y học cổ truyền (N=405)

Thể bệnh YHCT	**HDL-C TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**	**HDL-C<1,03 TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**	**HDL-C≥1,03 TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**
(1) Âm hư dương cang	1,00 ± 0,22	1,00 ± 0,03	1,67 ± 0,11
(2) Can thận âm hư	1,13 ± 0,31	0,98 ± 0,21	1,56 ± 0,08
(3) Đàm trọc ứ trệ	1,02 ± 0,25	0,69 ± 0,37	1,58 ± 0,55
(4) Khí trệ huyết ứ	1,10 ± 0,31	0,97 ± 0,12	1,23 ± 0,32
(5) Tỳ thận dương hư	1,00 ± 0,22	1,02 ± 0,19	1,48 ± 0,43
p	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{1-3} > 0,05$; $p_{1-4} > 0,05$; $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$; $p_{2-4} > 0,05$; $p_{2-5} > 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$; $p_{3-5} > 0,05$ $p_{4-5} > 0,05$	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{1-3} > 0,05$; $p_{1-4} > 0,05$; $p_{1-5} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$; $p_{2-4} > 0,05$; $p_{2-5} > 0,05$ $p_{3-4} > 0,05$; $p_{3-5} > 0,05$ $p_{4-5} > 0,05$	-

Nhận xét: Bảng 3.17 cho thấy chỉ số HDL-C trung bình ở thể âm hư dương cang và tỳ thận dương hư là thấp nhất đều là 1,00 ± 0,22 mmol/l, tiếp là thể đàm trọc ứ trệ, thể khí trệ huyết ứ, cao nhất là thể can thận âm hư với 1,13 ± 0,31 mmol/l. Nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số HDL-C ở các thể bệnh YHCT khác nhau của rối loạn lipid máu.

Chỉ số HDL-C < 1,03 mmol/l trung bình thấp nhất ở thể đàm trọc ứ trệ, tiếp đến là thể khí trệ huyết ứ, thể can thận âm hư, thể âm hư dương cang, cao nhất ở thể tỳ thận dương hư, không có ý nghĩa thống kê p>0,05.

Chỉ số HDL-C ≥ 1,03 mmol/l trung bình cao nhất ở thể âm hư dương cang, tiếp thể đàm trọc ứ trệ, thể can thận âm hư, thể tỳ thận dương hư và thấp nhất ở thể khí trệ huyết ứ.

3.3.10. Mối liên quan giữa LDL-C và thể bệnh Y học cổ truyền

Bảng 3.18. Mối liên quan giữa LDL-C và thể bệnh Y học cổ truyền (N=405)

Thể bệnh YHCT	**LDL-C TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**	**LDL-C≥4,12 TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**	**LDL-C<4,12 TB $\bar{X}$ ± SD (mmol/l)**
(1) Âm hư dương cang	2,76 ± 0,89	4,56 ± 0,57	3,23 ± 0,07
(2) Can thận âm hư	3,20 ± 0,90	4,89 ± 0,03	3,09 ± 0,87
(3) Đàm trọc ứ trệ	2,90 ± 0,84	4,88 ± 0,11	3,09 ± 0,89
(4) Khí trệ huyết ứ	3,11 ± 0,91	4,54 ± 0,01	3,78 ± 0,04
(5) Tỳ thận dương hư	2,81 ± 0,80	4,44 ± 0,39	3,34 ± 0,54
p	**p_{1-2} < 0,05**; p_{1-3} > 0,05; **p_{1-4} <0,05**; p_{1-5} >0,05 **p_{2-3} < 0,05**; p_{2-4} > 0,05; **p_{2-5} <0,05** **p_{3-4} < 0,05**; p_{3-5} >0,05 **p_{4-5} <0,05**	p_{1-2} > 0,05; p_{1-3} >0,05; p_{1-4} >0,05; p_{1-5} >0,05 p_{2-3} >0,05; p_{2-4} >0,05; p_{2-5} >0,05 p_{3-4} >0,05; p_{3-5} >0,05 p_{4-5} >0,05	-

Nhận xét: Dựa vào bảng 3.18 cho thấy chỉ số LDL-C trung bình cao nhất ở thể can thận âm hư là 3,20 ± 0,90 mmol/l, tiếp là thể khí trệ huyết ứ, thể đàm trọc ứ trệ, thể tỳ thận dương hư, thấp nhất ở thể âm hư dương cang với 2,76 ± 0,89 mmol/l. Chỉ số LDL-C có xu hướng tăng hơn ở thể bệnh can thận âm hư và khí trệ huyết ứ với các thể bệnh còn lại của YHCT, có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Chỉ số LDL-C ≥ 4,12 mmol/l trung bình cao nhất ở thể can thận âm hư, tiếp là thể đàm trọc ứ trệ, thể âm hư dương cang, thể khí trệ huyết ứ, thấp nhất là thể tỳ thận dương hư, không có ý nghĩa thống kê.

Chỉ số LDL-C < 4,12 mmol/l trung bình cao nhất ở thể khí trệ huyết ứ, tiếp thể tỳ thận dương hứ, thể âm hư dương cang, thấp nhất ở hai thể can thận âm hư và đàm trọc ứ trệ.

Chương 4
BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 405 bệnh nhân RLLPM tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Nhóm nghiên cứu thu thập chứng trạng và tiến hành phân thể lâm sàng dựa trên lý luận về đặc điểm bệnh và cơ chế bệnh sinh kết quả thu được như sau:

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 65, 73 ± 10,38 tuổi, với tỷ lệ cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi (74,8%), thấp nhất ở nhóm 18-< 30 tuổi (0,2%). Cho thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ RLLPM càng tăng và cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi.

So sánh với nghiên cứu của Hunt SC (2008) cho thấy bệnh nhân càng cao tuổi thì tình trạng rối loạn chuyển hóa nói chung và RLLPM cũng gia tăng đáng kể [52]. Nghiên cứu của Farzaneh-Far R thực hiện năm 2010 cũng cho kết quả tương tự với sự gia tăng đáng kể RLLPM ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi (tuổi trung bình từ 64 đến 67) [48]. Nghiên cứu của Nguyễn Mai Hoa, Nguyễn Hoàng Anh, Nguyễn Toàn Thắng khi đánh giá sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu tại viện Y học hàng không cho thấy tuổi trung bình mắc RLLPM là 62,5±9,1 [17]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hòa năm 2019 cho kết quả bệnh nhân RLLPM ở nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao [18]. Điều này có thể lý giải do giai đoạn trên 60 tuổi là giai đoạn mà nội tiết tố sinh dục suy giảm cho nên tỷ lệ RLLPM tăng tập trung cao nhất ở nhóm tuổi này.

Tỷ lệ bệnh nhân nam rối loạn lipid máu tham gia nghiên cứu là 52%. Bệnh nhân nữ có tỷ lệ là 48%, tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân nữ. Tương đồng với tác giả Nguyễn Ngọc Trìu năm 2015 khi nghiên cứu đặc điểm rối loạn Lipid máu của cán bộ, chiến sĩ Học viện Cảnh sát nhân dân cho thấy tỷ lệ RLLM ở nam cao hơn nữ, tương ứng 60,3% và 39,7% [43].

Người bệnh nghiên cứu ở nhóm hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất 54,3%, tiếp theo là nhóm nghề tự do 29,1%, nông dân 7,7%, thấp nhất ở nhóm đối tượng bệnh nhân là kinh doanh 1%. So sánh với nghiên cứu của tác giả Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long năm 2009 khi khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh đồng bằng Bắc bộ cho thấy tỷ lệ người đã nghỉ hưu là cao nhất với 52,1% [45].

Nhận thấy nhóm đối tượng đã nghỉ hưu đến khám và điều trị RLLPM chiếm tỷ lệ lớn nhất, các đối tượng đang lao động chiếm tỷ lệ nhỏ. Bệnh RLLPM là bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính kéo dài đối với người đã nghỉ hưu thường xuyên đến khám và điều trị quản lý sức khỏe.

Theo YHHĐ, nguyên nhân gây ra RLLPM thứ phát do lối sống tĩnh tại, cơ thể ít hoạt động dẫn đến tăng nguy cơ mắc bệnh [11].Theo YHCT, ít vận động thể lực, đàm ứ trệ lâu ngày, khí huyết không lưu thông, dẫn đến khí trệ, huyết ứ. Sách Tố Vấn thiên "Tuyên minh ngũ khí luận" viết: "Cửu ngọa thương khí, cửu tọa thương nhục" (nằm nhiều hại khí, ngồi nhiều hại cơ nhục). Thương khí dẫn đến khí hư, thương nhục dẫn đến tỳ hư, tỳ khí hư suy mà gây ra bệnh [6],[7],[8].

Theo kết quả bảng 3.2 đặc điểm tiền sử bệnh lý ta thấy bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,5%. Theo nghiên cứu của Trương Thanh Hương ở 142 bệnh nhân THA thì tỷ lệ RLLPM chiếm 78,2% [20]; tác giả Nguyễn Thị Hồng Thủy khi nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp tại tỉnh Phú Yên cho thấy tỷ lệ rối loạn lipid máu chiếm 77,4%, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao ở người cao tuổi tăng huyết áp [33].

RLLPM thường được phát hiện cùng lúc với mội số bệnh lý tim mạch-nội tiết-chuyển hóa. Đồng thời RLLPM cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh lý này [11].

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, hàng năm có khoảng 17 triệu người bị tử vong do bệnh tim mạch. Hầu hết các bệnh lý tim mạch hiện nay là do xơ vữa động mạch [60]. RLLPM là yếu tố quan trọng cho việc hình thành và phát triển của bệnh vữa xơ động mạch (VXĐM), bệnh động mạch vành (ĐMV), động mạch não...

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân rối loạn lipid máu

4.2.1. Đặc điểm BMI của người bệnh nghiên cứu

Chỉ số BMI trung bình của người bệnh RLLPM trong nghiên cứu là 22,88 ± 2,16; tỷ lệ có chỉ số BMI thừa cân béo phì là 48,4%. Có một tỷ lệ 3,0% người bệnh có BMI mức gầy.

Các nghiên cứu đều cho thấy có sự gia tăng đáng kể tình trạng RLLPM do chế độ sinh hoạt tĩnh tại, tình trạng sử dụng rượu bia và các chất kích thích. Đây cũng chính là yếu tố làm gia tăng tình trạng thừa cân – béo phì trong cộng đồng. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên các bệnh nhân có RLLPM nên tỷ lệ thừa cân – béo phì chiếm tỷ lệ 48,4%, đây cũng là tỷ lệ người bệnh có thói quen sử dụng nhiều chất ngọt béo và ăn phủ tạng động vật. Kèm theo đó đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân về hoạt động thể lực ít và tình trạng uống rượu bia nhiều cũng là có thể dự báo được [22].

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng người bệnh rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu là bệnh lý sinh học, xảy ra sau một thời gian dài mà không thể nhận biết được, vì RLLPM không có triệu chứng đặc trưng. Phần lớn triệu chứng lâm sàng của rối loạn lipid máu chỉ được phát hiện khi nồng độ các thành phần lipid máu cao kéo dài hoặc gây ra các biến chứng ở các cơ quan như xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch não, các ban vàng mi mắt, khuỷu tay, đầu gối, RLLPM có thể gây viêm tụy cấp. RLLPM thường được phát hiện muộn, trong nhiều bệnh lý khác nhau của nhóm bệnh tim mạch – nội tiết –chuyển hóa [10],[28],[46].

Trong số người bệnh RLLPM tham gia nghiên cứu có tỷ lệ người bệnh có chỉ số cholesterol toàn phần ≥ 6,2mmol/l là 29,6%. Chỉ số TC của người bệnh nghiên cứu chủ yếu ở mức 3-6 (mmol/l). Hàm lượng TC trung bình là 4,58 ± 1,26 mmol/l, thấp hơn so với tác giả Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long năm 2009 khi khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh đồng bằng Bắc bộ có hàm lượng TC trung bình là 5,1±1,07 mmol/l [45].

Tỷ lệ người bệnh có chỉ số triglyceride ≥ 2,26 mmol/l là 49,1%, chỉ số TG của người bệnh nghiên cứu phân bố tập trung ở nhóm từ 1-3 (mmol/l). Hàm lượng TG trung bình là 2,45 ± 2,00 mmol/l, ở mức cao hơn so với tiêu chuẩn chẩn đoán [54], tương đương so với tác giả Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long năm 2009 khi khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh đồng bằng Bắc bộ có hàm lượng TG trung bình là 2,38±2,02 mmol/l [45].

Tỷ lệ người bệnh có chỉ số HDL < 1,03 mmol/l là 66,2%. Chỉ số HDL-C của người bệnh nghiên cứu dao động tập trung ở ngưỡng 0,7-1,3 (mmol/l). Hàm lượng HDL-C trung bình là 1,05 ± 0,27 mmol/l, thấp hơn so với tác giả Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long năm 2009 khi khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh đồng bằng Bắc bộ có hàm lượng HDL-C trung bình là 1,91±0,49 mmol/l [45].

Tỷ lệ người bệnh có chỉ số LDL-C ≥ 4,12 mmol/l là 57,8%. Chỉ số LDL-C của người bệnh nghiên cứu dao động tập trung ở ngưỡng 2-4 (mmol/l). Hàm lượng LDL-C trung bình là 2,89 ± 0,86 mmol/l, thấp hơn so với tác giả Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long năm 2009 khi khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh đồng bằng Bắc bộ có hàm lượng LDL-C trung bình là 3,21±0,87 mmol/l [45].

4.2.3. Đặc điểm lâm sàng y học cổ truyền của bệnh nhân nghiên cứu

4.2.3.1. Phân bố chứng trạng lâm sàng theo tứ chẩn y học cổ truyền

Theo kết quả tại bảng 3.5 ta thấy: Tỷ lệ bệnh nhân có lưỡi bệu cao nhất (33,3%); chất lưỡi đỏ (24,8%); rêu lưỡi trơn dính (24,8%) và rêu ít (19,5%). Chứng trạng lưỡi bệu và rêu lưỡi trơn dính chiếm tỷ lệ cao nằm trong triệu chứng chính của thể đàm trọc ứ trệ[62]. Phù hợp với các triệu chứng của chứng đàm ẩm [1],[29].

Tỷ lệ bệnh nhân có nôn ra đờm dãi cao nhất với 18,1%; mệt mỏi vô lực 12,8% và đại tiện lỏng nát là 11,2%. Chứng trạng nôn ra đờm dãi là một chứng trạng chính của thể đàm trọc ứ trệ [62].

Tỷ lệ bệnh nhân mất ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất 46% tương đồng với nghiên cứu của Cao Minh Hải (2019) khi thu thập chứng trạng trong vấn chẩn bệnh nhân RLLPM thì chứng trạng mất ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất (46,4%)[16].

Chứng trạng thuộc nhóm thiết chẩn: Tỷ lệ bệnh nhân có mạch huyền hoạt cao nhất với 18,1%; tế sác 14,7% và thấp nhất ở nhóm trầm sáp 5,6%. Các chứng trạng trong phạm vi thiết chẩn nằm trong các chứng trạng chính của từng thể bệnh, trong đó mạch huyền hoạt là một chứng trạng chính của thể đàm trọc ứ trệ[63]. Tương đồng với tác giả Cao Minh Hải (2019) khi nghiên cứu chứng trạng thiết chẩn của bệnh nhân RLLPM cho thấy chứng trạng mạch huyền hoạt (17,2%) chiếm tỷ lệ xuất hiện cao nhất, mạch sáp (9,1%) chiếm tỷ lệ thấp nhất [16].

4.2.3.2. Phân loại thể bệnh y học cổ truyền bệnh nhân nghiên cứu

Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm thể bệnh đàm trọc ứ trệ cao nhất với 24%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Tạ Thu Thủy (2016) kết quả phân loại RLLPM cho thấy tỷ lệ bệnh nhân RLLPM thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất (48,3%) [34]. Nghiên cứu của Trần Thị Thu Vân (2013) khi phân loại và điều trị hội chứng RLLPM theo các thể bệnh tại bệnh

viện Tuệ Tĩnh từ năm 2008 - 2013 cho thấy: Bệnh nhân RLLPM thể đàm trọc trở trệ chiếm tỉ lệ cao nhất (25,1%) [44]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hòa (2019) khi nghiên cứu 662 bệnh nhân cho thấy thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất (19%) [18]. Kết quả này cũng phù hợp với chứng trạng YHCT của thể đàm trọc ứ trệ. Đồng thời liên quan đến bệnh danh, rối loạn lipid máu theo YHCT được xếp vào nhóm nguyên nhân gây ra do yếu tố "đàm ẩm" và liên quan đến cơ chế bệnh sinh ra đàm, mọi rối loạn chức năng các tạng tỳ, phế, thận, can cuối cùng cũng hình thành sản phẩm bệnh lý là đàm. Ngày nay cùng với sự phát triển kinh tế, đời sống xã hội, thói quen ăn uống không điều độ, ăn nhiều đồ béo ngọt khiến đàm thấp nội sinh. Cộng với thời đại công nghệ, thói quen ít vận động, lối sống tĩnh tại làm khí huyết ứ trệ, sinh đàm. Nguyên nhân thường gặp là do ăn uống không điều độ thường xuyên ăn đồ béo ngọt làm ảnh hướng đến công năng của tỳ vị. Tỳ chủ vận hóa thủy cốc, có công năng thăng thanh giáng trọc, đưa thanh khí đi lên và trọc khí đi xuống dưới. Tỳ hư là công năng thăng thanh giáng trọc bị ảnh hưởng làm thủy cốc đình lưu lâu ngày hóa thành đàm. Đàm đi lên trên làm che lấp thanh khiếu gây ra chứng đầu nặng, miệng khô mà không khát, miệng nhạt chán ăn. Đàm ra ngoài cơ nhục tứ chi gây ra chi thể nặng nề, ma mộc tê mỏi, thể trạng béo. Đàm ứ tại tỳ vị gây ra chứng buồn nôn, nôn khan, bụng ngực bí tức. Biểu hiện của chứng đàm trên mạch là mạch huyền hoạt và lưỡi rêu trắng nhớt [27],[30],[63].

Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm thể bệnh can thận âm hư là 19,5%. Thể can thận âm hư thường do người cao tuổi thiên quý đã bắt đầu suy làm cho thận hư. Thận âm hư lâu ngày không nuôi dưỡng được can huyết làm cho can huyết cũng hư theo. Thận là bể của tủy thông với não nên can thận hư huyết thiếu thì bệnh nhân biểu hiện bằng chứng đầu choáng, tai ù. Âm hư sinh nội nhiệt nên miệng khô họng táo, ngũ tâm phiền nhiệt, hình thể gầy, mạch tế sác, đạo hãn [27],[63].

Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm thể bệnh âm hư dương cang là 17,5%. Do người bệnh đã cao tuổi thiên quý của cơ thể đã bắt đầu suy làm chức năng của tạng thận suy giảm. Thận âm hư không nuôi dưỡng được can huyết làm cho can huyết cũng hư theo, can huyết hư không níu giữ được can dương làm can dương vượng lên mà gây ra: tính tình cáu gắt, mặt đỏ, mắt đỏ, miệng đắng, đại tiện bí kết, tiểu tiện đỏ, chất lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền hữu lực. Thận dương hư, can huyết hư gây ra huyết thiếu nên bệnh nhân thường biểu hiện bằng chứng hoa mắt chóng mặt [61],[62],[63].

Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm thể bệnh tỳ thận dương hư là 14,78%. Do người bệnh vốn bẩm tố tiên thiên bất túc, hoặc do phòng dục quá độ làm thận dương hư tổn. Thận dương hư làm mệnh môn hỏa suy không ôn ấm được tỳ dương làm tỳ dương cũng hư theo mà gây ra bệnh. Biểu hiện của thận dương hư biểu hiện bằng chứng ngoại hàn như sợ lạnh, chi lạnh, tiểu đêm nhiều lần, mạch trầm tế. Tỳ dương hư biểu hiện bằng chứng đại tiện lỏng nát, rìa lưỡi có hằn răng, rêu lưỡi trắng. Tỳ chủ cơ nhục nên tỳ dương hư cũng gây là chứng tứ chi thiếu lực [27],[30],[63].

Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm thể bệnh khí trệ huyết ứ (7,4%) là thấp nhất. Nguyên nhân thường do người bệnh tình chí uất kết làm cho can khí không được điều đạt. Can chủ về sơ tiết nên can khí uất sơ tiết bị ảnh hưởng khí huyết đi không đúng đường gây ra chứng khí trệ huyết ứ. Biểu hiện của chứng can khí uất là đau mạng sườn, tính tình cáu gắt. Can mộc sinh tâm hỏa nên can khí uất làm cho tạng tâm cũng bị ảnh hưởng biểu hiện bằng chứng tâm phiền, tâm quý. Khí trệ huyết ứ còn biểu hiện bằng chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng nhớt, mạch sáp.

4.3. Mối liên quan giữa chỉ số non HDL-C, các chỉ số lipid máu và thể bệnh y học cổ truyền

Chỉ số BMI ở người bệnh thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ 48,4%. Chỉ số BMI trung bình cao nhất ở thể đàm trọc ứ trệ là 24,83 ± 1,69, tiếp đến là thể

âm hư dương cang, khí trệ huyết ứ, tỳ thận dương hư, thấp nhất là thể can thận âm hư với 20,93 ± 1,93. Tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hòa (2019) cho thấy thể đàm trọc ứ trệ có mức BMI trung bình cao nhất, thấp nhất là thể can thận âm hư [18].

Người bệnh thuộc thể đàm trọc ứ trệ lại có liên quan trực tiếp với chế độ ăn uống không điều độ dẫn đến tỳ hư đàm trệ. Chính vì vậy bệnh nhân thuộc thể đàm trọc ứ trệ có mức BMI trung bình cao nhất. Thể can thận âm hư có mức BMI trung bình thấp nhất là do bệnh nhân cao tuổi nên thiên quý bắt đầu hư suy làm cho can huyết cũng hư theo. Can thận hư huyết thiếu nên thông thường bệnh nhân nhóm này có thể trạng gầy đây là lý do tại sao bệnh nhân thuộc thể can thận âm hư có mức BMI trung bình thấp nhất.

Mức trung bình BMI của bệnh nhân thuộc thể can thận âm hư khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với thể đàm trọc ứ trệ, thể âm hư dương cang, thể tỳ thận dương hư, thể can uất tỳ hư, thể khí trệ huyết ứ. Mức trung bình BMI của bệnh nhân thuộc thể đàm trọc ứ trệ khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với thể tỳ thận dương hư, thể can uất tỳ hư, thể khí trệ huyết ứ.

Mối liên quan các chỉ số lipid máu và các thể bệnh YHCT: Theo kết quả bảng 3.12 ta thấy người bệnh thường có số lượng chỉ số lipid máu bị rối loạn trung bình từ 1,56 chỉ số đến 3,13 chỉ số tùy từng thể YHCT, mối liên quan giữa số lượng chỉ số lipid máu rối loạn và các thể bệnh thể hiện cụ thể ở thể tỳ thận dương hư có nhiều chỉ số lipid máu bị rối loạn nhất trung bình 3,13 ± 1,23 chỉ số; tiếp theo là thể đàm trọc ứ trệ với 3,09 ± 1,00 chỉ số; thể can thận âm hư và thể khí trệ huyết ứ tương đồng lần lượt là 2,01 ± 1,03 chỉ số và 2,01 ± 1,45 chỉ số; thể âm hư dương cang có ít chỉ số bị rối loạn nhất trung bình 1,56 ± 1,22 chỉ số. Hầu hết các thể bệnh đều có lớn hơn 2 chỉ số RLLPM dự đoán được tỷ lệ người bệnh trong nghiên cứu có rối loạn lipid máu phối hợp chiếm đa số. Ngoài ra ta còn thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng chỉ số lipid máu rối loạn ở thể bệnh âm hư dương cang so với thể đàm trọc ứ trệ và tỳ thận dương hư ($p<0,05$).

Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu đều là rối loạn lipid máu phối hợp. Kết quả này cũng không có nhiều sự khác biệt với các nghiên cứu đã công bố trước đó khi đều chỉ ra rằng những triệu chứng lâm sàng khá ít làm cho bệnh nhân không thực sự quan tâm đến bệnh. Chính vì vậy đa số bệnh nhân đến viện khi tình trạng RLLPM đã nặng và thường có biến chứng VXĐM hoặc đột quỵ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hunt SC (2008) với tỷ lệ RLLPM dạng hỗn hợp chiếm đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu [52]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có nhiều khác biệt so với tác giả Trương Thanh Hương ở 142 bệnh nhân THA thấy RLLPM chiếm 78,2 %, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có từ 2 chỉ số lipid bị rối loạn chiếm đa số[20]. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Fredrickson căn cứ vào kỹ thuật điện di và siêu ly tâm, phân loại rối loạn lipid máu cho thấy nhóm bệnh nhân có rối loạn nhiều chỉ số lipid máu chiếm đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu [49],[55].

Trong đó rối loạn lipid máu phối hợp ở thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ cao nhất là 86,1%, thể tỳ thận dương hư là 78,3%, thể đàm trọc ứ trệ và khí trệ huyết ứ lần lượt là 79,4% và 70%, thể âm hư dương cang chiếm tỷ lệ thấp nhất là 67,6%. Ngược lại đối với rối loạn lipid máu đơn thuần chiếm tỷ lệ lần lượt từ cao xuống thấp là: thể âm hư dương cang, thể khí trệ huyết ứ, thể đàm trọc ứ trệ, thể tỳ thân dương hư, thể can thận âm hư.

Non-HDL-C (TC - HDL-C) là tổng cholesterol của các hạt lipoprotein chứa apo B, có tiềm năng gây xơ vữa gồm LDL, IDL, Lp (a), VLDL (cả VLDL thừa) , các hạt chylomicron và chylomicron thừa. NCEP ATP III (2002) ghi nhận tầm quan trọng của non-HDL-C trong bệnh sinh xơ vữa , có nhiều bằng chứng đã ủng hộ quan điểm Non-HDL-C liên quan đến nguy cơ của BTMXV nhiều hơn so với LDL-C, mối quan hệ này được thể hiện rõ ngay ở những người có và không có tăng TG[36]. Ngày nay trong điều trị người bệnh rối loạn lipid máu thì điều trị non-HDL được coi là một mục tiêu thứ cấp sau khi đạt được mục tiêu LDL-C.

Chỉ số non HDL-C của người bệnh nghiên cứu chủ yếu tập trung ở nhóm từ 2-5 (mmol/l). Chỉ số non-HDL ≥ 4,1 mmol/l là 26,9%, thấp hơn so với tác giả Vũ Thị Thanh Huyền, Hà Trần Hưng, Khúc Thị Hương (2015) khi nghiên cứu đặc điểm các chỉ số Lipid máu và non HDL-C ở bệnh nhân Đái tháo đường cao tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch cho thấy: tăng chỉ số non-HDL-C là 36,6% [25].

Kết quả ở bảng 3.9 cho thấy độ tuổi người bệnh RLLPM càng tăng < 30 tuổi, 30 - <50 tuổi, 50 - <60 tuổi và ≥ 60 tuổi thì số người bệnh có chỉ số non HDL-C bị rối loạn tăng lên, mối tương quan thuận giữa non-HDL và tuổi của người bệnh rối loạn lipid máu trong nghiên cứu, có sự khác biệt giữa các nhóm 30 - <50 tuổi, 50 - <60 tuổi và ≥ 60 tuổi, có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tuổi càng tăng thì nguy cơ rối loạn chỉ số non-HDL tăng, mà chỉ số non-HDL tăng làm tăng nguy cơ mắc bệnh về tim mạch [47]. Nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch tăng lên khi tuổi đời bạn cao hơn. Các nghiên cứu dịch tễ học cho thấy, tuổi tác là một trong những yếu tố dự đoán bệnh tật quan trọng nhất. Hơn nửa số người bị đột quỵ tim mạch và tới bốn phần năm số người bị chết vì đột quỵ có tuổi cao hơn 65. Tất nhiên là bạn không thể giảm bớt tuổi đời của mình được nhưng việc ăn uống điều độ và sinh hoạt hợp lý có thể giúp làm chậm lại quá trình thoái hoá do tuổi tác gây ra.

Kết quả ở bảng 3.10 ta thấy đối với trường hợp người bệnh rối loạn lipid máu có chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l có nguy cơ có chỉ số non-HDL tăng gấp 7,8 lần so với nhóm TC <6,2 mmol/l, có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tuy nhiên trong số TC <6,2 mmol/l vẫn có 39,2% có chỉ số non HDL tăng. Như vậy chỉ số non-HDL có mối liên quan mật thiết đối với chỉ số Cholesterol toàn phần, điều này không xuất hiện ở các chỉ số lipid máu khác.

Các yếu tố triglyceride ≥ 2,26 mmol/l; HDL < 1,03 mmol/l, LDL ≥ 4,12 mmol/l chưa tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa với nguy cơ tăng non-HDL.

Chỉ số non-HDL trung bình cao nhất là ở thể can thận âm hư với 3,89 ± 1,2 mmol/l, tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hồng Thủy khi nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp tại tỉnh Phú Yên cho thấy non-HDL trung bình là 3,84 ± 1,16 mmol/l [33], trong đó chỉ số non-HDL ≥ 4,1 mmol/l trung bình là 4,89 ± 1,23 mmol/l, chỉ số non-HDL < 4,1 mmol/l trung bình là 3,04 ± 0,89 mmol/l; tiếp đến là thể khí trệ huyết ứ với 3,72 ± 1,11 mmol/l, chỉ số non-HDL ≥ 4,1 mmol/l trung bình là 4,89 ± 2,00 mmol/l, chỉ số non-HDL < 4,1 mmol/l trung bình là 3,54 ± 0,06 mmol/l; thể đàm trọc ứ trệ 3,61 ± 1,29 mmol/l, chỉ số non-HDL ≥ 4,1 mmol/l trung bình là 5,77 ± 1,44 mmol/l, chỉ số non-HDL < 4,1 mmol/l trung bình là 3,67 ± 0,45 mmol/l; thể tỳ thận dương hư là 3,46 ± 1,18 mmol/l, chỉ số non-HDL ≥ 4,1 mmol/l trung bình là 4,88 ± 1,98 mmol/l, chỉ số non-HDL < 4,1 mmol/l trung bình là 2,67 ± 1,21 mmol/l; thấp nhất ở thể âm hư dương cang là 3,34 ± 1,19 mmol/l, trong đó chỉ số non-HDL ≥ 4,1 mmol/l trung bình là 5,57 ± 1,34 mmol/l, chỉ số non-HDL < 4,1 mmol/l trung bình là 3,17 ± 0,18 mmol/l.

Nhận thấy chỉ số non-HDL trung bình có xu hướng khá đồng đều ở các thể bệnh YHCT của rối loạn lipid máu, có sự chênh lệch giữa chỉ số non-HDL ≥ 4,1 mmol/l trung bình ở thể đàm trọc ứ trệ và âm hư dương cang với các thể bệnh còn lại, không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Khi phân tích đơn lẻ từng chỉ số RLLPM với thể bệnh YHCT cho thấy đối với chỉ số TC trung bình cao nhất là ở thể can thận âm hư với 5,02 ± 1,27 mmol/l, trong đó chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l trung bình là 7,15 ± 2,47 mmol/l, chỉ số TC < 6,2 mmol/l trung bình là 4,56 ± 1,13 mmol/l; tiếp đến là thể khí trệ huyết ứ với 4,83 ± 1,28 mmol/l, chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l trung bình là 6,78 ± 2,95 mmol/l, chỉ số TC < 6,2 mmol/l trung bình là 3,76 ± 0,19 mmol/l; thể đàm trọc ứ trệ 4,63 ± 1,35 mmol/l, chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l trung bình là 7 ± 2,09 mmol/l, chỉ số TC < 6,2 mmol/l trung bình là 3,9 ± 1,13 mmol/l; thể tỳ

thận dương hư là 4,46 ± 1,21 mmol/l, chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l trung bình là 6,9 ± 2,34 mmol/l, chỉ số TC < 6,2 mmol/l trung bình là 4,09 ± 1,2 mmol/l; thấp nhất ở thể âm hư dương cang là 4,34 ± 1,24 mmol/l, trong đó chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l trung bình là 6,83 ± 2,9 mmol/l, chỉ số TC < 6,2 mmol/l trung bình là 4,11 ± 1,05 mmol/l.

Chỉ số TC trung bình ở nhóm can thận âm hư cao hơn so với các thể bệnh còn lại, có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Chỉ số TC trung bình và chỉ số non HDL trung bình đều tăng cao nhất ở thể can thận âm hư tiếp đến ở thể khí trệ huyết ứ, đàm trọc ứ trệ, tỳ thận dương hư và thấp nhất ở thể âm hư dương cang.

Chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l trung bình cao nhất ở thể can thận âm hư; ngoài ra thể âm hư dương cang thấp hơn so với thể can thận âm hư và thể đàm trọc ứ trệ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê p<0,05. Kết quả tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hòa (2019) khi chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l trung bình thì ở thể can thận âm hư cao hơn thể khí trệ huyết ứ, âm hư dương cang, đàm trọc ứ trệ và tỳ thận dương hư[18]. Tuy nhiên khác với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả Nguyễn Thị Hòa (2019) cho thấy chỉ số TC ≥ 6,2 mmol/l trung bình ở thể âm hư dương cang cao hơn thể đàm trọc ứ trệ [18].

Chỉ số TG trung bình cao nhất là ở thể đàm trọc ứ trệ với 2,91 ± 2,47 mmol/l, trong đó chỉ số TG ≥ 2,26 mmol/l trung bình là 5,01 ± 1,45 mmol/l, chỉ số TG < 2,26 mmol/l trung bình là 1,24 ± 0,45 mmol/l; tiếp đến là thể tỳ thận dương hư với 2,39 ± 2,07 mmol/l, chỉ số TG ≥ 2,26 mmol/l trung bình là 4,76 ± 1,24 mmol/l, chỉ số TG < 2,26 mmol/l trung bình là 1,45 ± 0,65 mmol/l; thể can thận âm hư 2,37 ± 1,89 mmol/l, chỉ số TG ≥ 2,26 mmol/l trung bình là 2,48 ± 0,77 mmol/l, chỉ số TG < 2,26 mmol/l trung bình là 0,99 ± 0,45 mmol/l; thể âm hư dương cang là 2,31 ± 1,69 mmol/l, chỉ số TG ≥ 2,26 mmol/l trung bình là 4 ± 1,09 mmol/l, chỉ số TG < 2,26 mmol/l trung bình là 1,56 ± 0,66 mmol/l; thấp nhất ở thể khí trệ huyết ứ là 2,22 ± 1,25 mmol/l, trong đó chỉ số TG ≥ 2,26 mmol/l trung bình là 2,34 ± 0,89 mmol/l, chỉ số TG < 2,26 mmol/l trung bình là 0,89 ± 0,12 mmol/l.

Chỉ số TG có giá trị trung bình tương đồng giữa các thể bệnh và cao hơn tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn hầu hết ở các thể bệnh trừ thể khí trệ huyết ứ, không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Chỉ số TG ≥ 2,26 mmol/l trung bình cao nhất ở thể đàm trọc ứ trệ, thấp nhất ở thể khí trệ huyết ứ; có sự khác biệt ở thể bệnh can thận âm hư với thể âm hư dương cang, đàm trọc ứ trệ và tỳ thận dương hư; có sự khác biệt thể khí trệ huyết ứ với các thể bệnh: thể âm hư dương cang, đàm trọc ứ trệ và tỳ thận dương hư, có ý nghĩa thống kê p<0,05. Kết quả cho thấy sự khác biệt so với tác giả Nguyễn Thị Hòa (2019) khi nghiên cứu chỉ số TG ≥ 2,26 mmol/l trung bình cao nhất ở thể khí trệ huyết ứ, tiếp là thể âm hư dương cang, can thận âm hư, đàm trọc ứ trệ và thấp nhất ở thể tỳ thận dương hư [18].

Chỉ số HDL-C trung bình thấp nhất là ở thể âm hư dương cang và thể tỳ thận dương hư đều là 1,00 ± 0,22, trong đó ở thể âm hư dương cang chỉ số HDL-C < 1,03 mmol/l trung bình là 1,00 ± 0,03 mmol/l, chỉ số HDL-C ≥ 1,03 mmol/l trung bình là 1,67 ± 0,11 mmol/l; thể tỳ thận dương hư chỉ số HDL-C < 1,03 mmol/l trung bình là 1,02 ± 0,19 mmol/l, chỉ số HDL-C ≥ 1,03 mmol/l trung bình là 1,48 ± 0,43 mmol/l; tiếp theo là thể đàm trọc ứ trệ 1,02 ± 0,25 mmol/l, chỉ số HDL-C < 1,03 mmol/l trung bình là 0,69 ± 0,37 mmol/l, chỉ số HDL-C ≥ 1,03 mmol/l trung bình là 1,58 ± 0,55 mmol/l; thể khí trệ huyết ứ là 1,1 ± 0,31 mmol/l, chỉ số HDL-C < 1,03 mmol/l trung bình là 0,97 ± 0,12 mmol/l, chỉ số HDL-C ≥ 1,03 mmol/l trung bình là 1,23 ± 0,32 mmol/l; cao nhất ở thể can thận âm hư là 1,13 ± 0,31mmol/l, trong đó chỉ số HDL-C < 1,03 mmol/l trung bình là 0,98 ± 0,21 mmol/l, chỉ số HDL-C ≥ 1,03 mmol/l trung bình là 1,56 ± 0,08 mmol/l.

Giá trị trung bình chỉ số HDL-C nằm xung quanh giá trị chẩn đoán của HDL-C trên bệnh nhân RLLPM, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số HDL-C ở các thể bệnh YHCT khác nhau của rối loạn lipid máu (p>0,05).

Chỉ số HDL-C < 1,03 mmol/l trung bình thấp nhất ở thể đàm trọc ứ trệ, cao nhất ở thể tỳ thận dương hư. Khác biệt với tác giả Nguyễn Thị Hòa (2019) khi nghiên cứu chỉ số HDL-C < 1,03 mmol/l trung bình thấp nhất ở 2 thể âm hư dương cang, tỳ thận dương hư, tiếp đến là thể đàm trọc ứ trệ, khí trệ huyết ứ và cao nhất ở thể can thận âm hư [18].

Chỉ số LDL-C trung bình cao nhất là ở thể can thận âm hư với 3,2 ± 0,9 mmol/l, trong đó chỉ số LDL-C ≥ 4,12 mmol/l trung bình là 4,89 ± 0,03 mmol/l, chỉ số LDL-C < 4,12 mmol/l trung bình là 3,09 ± 0,87 mmol/l; tiếp đến là thể khí trệ huyết ứ với 3,11 ± 0,91 mmol/l, chỉ số LDL-C ≥ 4,12 mmol/l trung bình là 4,54 ± 0,01 mmol/l, chỉ số LDL-C < 4,12 mmol/l trung bình là 3,78 ± 0,04 mmol/l; thể đàm trọc ứ trệ 2,9 ± 0,84 mmol/l, chỉ số LDL-C ≥ 4,12 mmol/l trung bình là 4,88 ± 0,11 mmol/l, chỉ số LDL-C < 4,12 mmol/l trung bình là 3,09 ± 0,89 mmol/l; thể tỳ thận dương hư là 2,81 ± 0,8 mmol/l, chỉ số LDL-C ≥ 4,12 mmol/l trung bình là 4.44 ± 0,39 mmol/l, chỉ số LDL-C < 4,12 mmol/l trung bình là 3,34 ± 0,54 mmol/l; thấp nhất ở thể âm hư dương cang là 2,76 ± 0,89 mmol/l, trong đó chỉ số LDL-C ≥ 4,12 mmol/l trung bình là 4,56 ± 0,57 mmol/l, chỉ số LDL-C < 4,12 mmol/l trung bình là 3,23 ± 0,07 mmol/l.

Chỉ số LDL-C có xu hướng tăng hơn ở thể bệnh can thận âm hư và khí trệ huyết ứ với các thể bệnh còn lại của YHCT có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Chỉ số LDL-C ≥ 4,12 mmol/l trung bình cao nhất ở thể can thận âm hư, thấp nhất ở thể tỳ thận dương hư. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hòa (2019) có sự khác biệt, chỉ số LDL-C ≥ 4,12 mmol/l trung bình cao nhất ở thể âm hư dương cang, thấp nhất ở thể khí trệ huyết ứ [18].

KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 405 bệnh nhân RLLPM tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Căn cứ vào khảo sát triệu chứng trên bệnh nhân RLLPM với 5 thể lâm sàng kết quả thu được như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng YHCT ở bệnh nhân rối loạn lipid máu

- Thể đàm trọc ứ trở chiếm tỷ lệ 24,0%;
- Thể âm hư dương cang chiếm tỷ lệ 17,5%;
- Thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ 19,5%;
- Thể tỳ thận dương hư chiếm tỷ lệ 14,8%;
- Thể khí trệ huyết ứ chiếm tỷ lệ 7,4%;
- Không phân loại được chiếm tỷ lệ 16,8%.

2. Mối liên quan giữa chỉ số non HDL-C, các chỉ số lipid máu và thể bệnh y học cổ truyền

- Nhóm tuổi càng cao thì chỉ số non-HDL rối loạn càng tăng ở người bệnh rối loạn lipid máu trong nghiên cứu, có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

- Người bệnh rối loạn lipid máu có cholesterol toàn phần ≥ 6,2 mmol/l có nguy cơ tăng chỉ số non-HDL gấp 7,8 lần nhóm còn lại, có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

- Người bệnh RLLPM ở các thể bệnh YHCT có trung bình 1,56 đến 3,13 chỉ số lipid máu bị rối loạn.

- Chỉ số non-HDL trung bình cao nhất ở thể can thận âm hư, thấp nhất ở thể âm hư dương cang, không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

- Chỉ số cholesterol toàn phần có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm can thận âm hư và các thể bệnh còn lại ($p<0,05$).

- Chỉ số LDL-C có xu hướng tăng hơn ở thể bệnh can thận âm hư và khí trệ huyết ứ với các thể bệnh còn lại của YHCT ($p<0,05$).

KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 405 bệnh nhân RLLPM chúng tôi đưa ra đề xuất như sau:

1. Đề xuất tiếp tục làm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân RLLPM theo YHCT.

2. Đề xuất tiếp tục xây dựng nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa chỉ số non HDL-C với các thể bệnh YHCT trên bệnh nhân RLLPM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. **Trần Quốc Bảo** (2010): "Lý luận cơ bản y học cổ truyền", Nhà xuất bản Y học, tr. 174-174.
2. **Trần Quốc Bảo** (2015), Bệnh học y học cổ truyền, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, tr 396-403.
3. **Bộ môn hóa sinh Trường Đại học Y Hà Nội** (2001), "*Chuyển hóa lipid",* Hóa sinh, Nhà xuất bản Y học, tr. 318-376.
4. **Bộ môn hóa sinh Trường Đại học Y Hà Nội** (2013), "*Chuyển hóa và rối loạn chuyển hóa lipoprotein",* Hóa sinh lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, tr. 51-66.
5. **Bộ môn hóa sinh Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh** (2010), "*Chuyển hóa lipoprotein",* Hóa sinh lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, tr. 126-133.
6. **Bộ môn khoa Y học cổ truyền,Học viện Quân y** (2006), "Mỡ máu tăng cao – Rối loạn lipid máu", *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền giáo trình giảng dạy sau đại học* , NXB Quân đội nhân dân: 115-121.
7. **Bộ môn Nội, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam** (2015), "Rối loạn chuyển hóa lipid máu", Bài giảng Điều trị học nội khoa y học cổ truyền, tr. 163-167.
8. **Bộ môn Y học cổ truyền, Trường Đại học Y khoa Hà Nội** (2002), *Bài giảng Y học cổ truyềntập II*, Nhà xuất bản Y học.
9. **Bộ môn Y học cổ truyền, Trường Đại học Y khoa Hà Nội**(2017), "*Bệnh Học Nội Khoa Y Học Cổ Truyền",* Nhà xuất bản Y học, tr. 223-227.
10. **Bộ y tế** (2015), Bệnh béo phì, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết chuyển hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 247 – 254.

11. **Bộ y tế** (2015), Rối loạn chuyển hóa lipid, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết chuyển hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 255-265.
12. **Đào Thị Thanh Bình, Lê Quang Vinh** (2015), "Nồng độ non HDL-C ở người Đái tháo đường típ 2". *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Phụ Bản Tập 19, Số 5, tr 143-146.
13. **Hoàng Bảo Châu** (1997), "*Đàm ẩm*", Nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, tr. 326-343.
14. **Hoàng Bảo Châu** (1995), "*Lý luận cơ bản Y học cổ truyền"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.194 – 196, 202 – 262.
15. **Nguyễn Trung Chính, Trần Đình Toán** (1998), *Tăng Cholesterol máu bệnh thời đại*, Nhà xuất bản y học, trang 12-60, 80-89.
16. **Cao Minh Hải** (2019), *Nghiên cứu đặc điểm chứng hậu Y học cổ truyền bệnh nhân rối loạn lipid máu*, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
17. **Nguyễn Mai Hoa, Nguyễn Hoàng Anh, Nguyễn Toàn Thắng** (2013)," *Đánh giá sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu tại viện Y học hàng không*", tạp chí Y học thực hành (893)- số 11, tr 77-80.
18. **Nguyễn Thị Hòa** (2019), *Nghiên cứu mối liên quan giữa các chỉ số lipid máu với thể bệnh y học cổ truyền trên bệnh nhân rối loạn lipid máu*, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
19. **Lưu Ngọc Hoạt** (2016). Sai số và nhiễu trong nghiên cứu. *Nghiên cứu khoa học Y học – Phân tích và trình bày kết quả nghiên cứu*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội, 2, 59 – 74.
20. **Trương Thanh Hương, Nguyễn Mai Ngọc** *(1999), Nhận xét về sự biến đổi một số thành phần lipid máu ở bệnh nhân THA, Tạp chí tim mạch, số 18 tháng 6/1999.*

21. **Học viện Trung Y Nam Kinh** (1992). *Trung Y học khái luận*, tái bản lần 3, Lớp Giảng viên Viện Đông Y dịch, 59 – 70, 176 – 184.

22. **Hội nội tiết – Đái tháo đường Việt Nam (2016),** *"Chẩn đoán và điều trị một số bệnh nội tiết chuyển hóa"*, Nhà xuất bản Y học, tr. 346-356.

23. **Phan Quan Chí Hiếu** (2007). *Bệnh học và điều trị Đông Y*, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, 108 – 119, 124 – 140, 146 – 172, 178 – 197, 204 – 238.

24. **Trần Văn Huy** (2019). Rối loạn lipid máu hỗn hợp. Hiện tại và những thách thức**,** < http://tapchi.vnha.org.vn/news/1954/roi-loan-lipid-mau-hon-hop-hien-tai-va-nhung-thach-thuc.html>, xem 9/12/2019.

25. **Vũ Thị Thanh Huyền, Hà Trần Hưng, Khúc Thị Hương** (2015), "Nghiên cứu đặc điểm các chỉ số Lipid máu và non- HDL-Cholesterol ở bệnh nhân Đái tháo đường cao tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch". *Tạp chí Y - Dược học Quân sự*, số 4, tr.89 – 94.

26. **Phạm Vũ Khánh và cộng sự** (2009), *"Lão khoa y học cổ truyền",* Nhà xuất bản Giáo Dục Việt Nam, tr. 98-116.

27. **Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà** (2016). *Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 23 – 39.

28. **Nguyễn Thy Khuê** (2003), " Rối loạn chuyển hoá lipid", Nội tiết học đại cương, Nhà xuất bản TP HCM, tr. 467 –-545

29. **Trần Văn Kỳ** (2002), "Bệnh nhiễm mỡ xơ mạch*", Đông Tây y điều trị bệnh tim mạch*, Nhà xuất bản Y học chi nhánh TP.HCM, trang 76-87.

30. **Trần Văn Kỳ** (1992). *"Những điểm mới trong điều trị nội khoa Đông Tây y kết hợp tại Trung Quốc"*, Viện y học cổ truyền thành phố HCM, tr.6-10, 21-30.

31. **Phạm Văn Lình, Phạm Thị Tâm** (2014). "Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại các bệnh viện tỉnh Vĩnh Long trong 5 năm từ 2010 đến 2014", *Tạp chí Y dược học Cần Thơ* - Năm 2017, số 9.

32. **Nguyễn Thiên Quyến** tuyển dịch (2008), Chẩn đoán phân biệt chứng hậu trong Đông Y, từ tài liệu của Viện nghiên cứu Trung Y, Nhà xuất bản Nhân dân Vệ sinh (Trung Quốc) năm 1967, Nhà xuất bản Văn hóa dân tộc, Hồ Chí Minh, 7 – 9, 69 – 73, 98 – 100, 158 – 161, 217 – 223, 276 – 286, 288 – 289, 313 – 315, 331 – 335, 368 – 369, 431 – 433, 452 – 457, 501 – 503, 562 – 564, 583 – 585, 595 – 597, 617 – 618, 622 – 624, 690 – 691, 742 – 744, 850 – 854, 934 – 936, 945 – 947, 990 – 992, 1041 – 1048, 1091 – 1093, 1117 – 1119, 1154 – 1163, 1179 – 1185.

33. **Nguyễn Thị Hồng Thủy (2013),** Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp tại tỉnh Phú Yên, *Tạp chi Tim mạch học Việt Nam.*

34. **Tạ Thu Thủy** (2016), *"Đánh giá tác dụng điều trị hôi chứng rối loạn lipid máu của cao lỏng đại an"*, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, tr 112-113.

35. **Tăng Thị Bích Thủy** (2007), Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng rối loạn lipid máu nguyên phát-thể Tỳ hư đàm thấp của viên HCT1, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.

36. **Nguyễn Hải Thủy và cộng sự** (2019). Khuyến cáo: Chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ, < https://vade.org.vn/modules.php?name=News&op=viewst&sid=225>, xem 10/12/2019.

37. ***Trần Thúy, Trương Việt Bình, Đào Thanh Thủy*** *(1996), Đàm ẩm, Chuyên đề nội khoa YHCT, NXB Y học, tr.392-399.*

38. **Trần Thúy, Vũ Nam, Nguyễn Văn Toại** (2005). *Lý luận Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 41 – 49, 95 – 97.

39. **Nguyễn Văn Tuấn** (2015), "*Y học thực chứng"*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 349.

40. **Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác** (1997), *Đàm ẩm*, Hải Thượng Y tông tâm lĩnh, 1, NXB Y học, tr. 25.

41. **Lê Hữu Trác** (2011). *Y trung quan kiện – Hải Thượng Y tông tâm lĩnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2 và 2, 28 – 33, 217 – 219, 229 – 230.

42. **Tuệ Tĩnh** (1999), "Đàm ẩm", *Tuệ Tĩnh toàn tập*, Nhà xuất bản Y học, tr. 76 – 78.

43. **Nguyễn Ngọc Trìu (2015),** Nghiên cứu đặc điểm rối loạn Lipid máu của cán bộ, chiến sĩ Học viện Cảnh sát nhân dân, *Tạp chí Học viện Cảnh sát Nhân dân.*

44. **Trần Thị Thu Vân** (2013), " Kết quả phân loại và điều trị hội chứng rối loạn lipid máu theo các thể bệnh tại bệnh viện Tuệ Tĩnh từ năm 2008 - 2013", *Tạp chí Y học thực hành – Năm 2015, số 10*, tr. 77 – 80.

45. **Đỗ Đình Xuân, Trần Văn Long** (2009),"*Khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm người trên 40 tuổi tại một số tỉnh đồng bằng Bắc bộ",* Y học thực hành (662), số 5, tr 44-46.

46. **Nguyễn Lân Việt** (2003), "Rối loạn lipid máu", *Thực hành bệnh tim mạch*, Nhà xuất bản Y học, tr. 85-95.

Tiếng Anh

47. **Cui Y, Blumenthal RS, Flaws JA** et al (2001). Non-high-density lipoprotein cholesterol level as a predictor of cardiovascular disease mortality. Arch Intern Med, 161, pp.1413-1419.

48. **Farzaneh-Far R, Lin J, Epel ES, Harris WS** (2010). Association of marine omega-3 fatty acid levels with telomeric aging in patients with coronary heart disease. JAMA 2010;303: 250–7.

49. **Fredrickson D.S.,Lees R. S.** (1965), "A system of phenoltyping hyperlipoproteinemia ", *Circulation* , 31, pp. 321-327.
50. **Giovanni Maciocia** (2000). *Tongue diagnosis in Chinese Medicine*, Eastland Press Seattle, United States of America, 1 – 5.
51. **GlobalData (2016).**EpiCast Report: Dyslipidemia-Epidemiology Forecast to 2025, https://www.globaldata.com/store/report/gdhcer131-16--epicast-report-myelofibrosis-epidemiology-forecast-to-2025/
52. **Hunt SC, Chen W, Gardner JP, Kimura M** (2008). Leukocyte telomeres are longer in African Americans than in whites: the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study and the Bogalusa Heart Study. Aging Cell 2008;7:451–8.
53. **Longo D. L., Fauci A. S., Kasper D. L.** (2011), "Chapter 356: Disorders of Lipoprotein Metabolism", *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18th edition.
54. **National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel** (2002), *"Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report"*, Circulation, 106(25), pp. 3143-3421.
55. **National Lipid Association (NLA) Expert Panel** (2015), *"National Lipid Association Recommendations for Patient-Centered Management of Dyslipidemia: part 1- Full Report", pp.138-139.*
56. **Tran Dac Phu (2016),** national survey on the risk factors of non-communicable diseases (steps) Viet Nam, 2015, *Ministry of Health, General department of preventive medicine*, 11 – 58.
57. **Rui Jiang, Meir J. Stampfer, Matthias B. Schulz** et al (2004). Non-HDL Cholesterol and Apolipoprotein B Predict Cardiovascular Disease Events Among Men With Type 2 Diabetes. Diabetes Care, 27, pp.1991–1997.

58. **Tobias Pischon, Cynthia J. Girman, Frank M. Sack** et al (2005). Non–High-Density Lipoprotein Cholesterol and Apolipoprotein B in the Prediction of Coronary Heart Disease in Men. Circulation, 112, pp.3375-3383.

59. **Tran Thi Thu Van, Nguyen Thi Hoa, Luu Minh Chau** et al (2019), The correlation between blood lipid index with traditional medicine pattems of dyslipidemia patients in Hanoi, Ministry of Health, The 9th international conference on traditional medicine and folk medicinein greater Mekong Hanoi, Vietnam , p.306-313.

60. **WHO** (2002), "Chapter 4: Quantifying selected major risks to health", The World Health Report - Reducing Risks, Promoting Healthy Life, p. 47-97.

Tiếng Trung Quốc

61. **沈绍功,王承德,闫希军(2001).高脂血症和高脂蛋白血症，中医心病**诊断疗效标准**与用**药规范.**北京出版社**，2001:26-29.

(**Thẩm Thiệu Công, Vương Thừa Đức, Diêm Hy Quân** (2001).Chứng tăng Lipid máu và tăng Lipoprotein máu, Tiêu chuẩn chẩn đoán đánh giá hiệu quả và nguyên tắc dùng thuốc điều trị. Nhà xuất bản Bắc Kinh năm 2001: tr 26-29**.)**

62. **郑筱萸** (2002)。中药新药临床研究指导原则试行《中药新药治疗高脂血症的临床研究指导原则》，中国医药科技出版社 2002 年：85 – 89.

(**Trịnh Tiêu Du** (2002): Nguyên tắc chỉ đạo nghiên cứu lâm sàng thuốc và chế phẩm YHCT trong điều trị tăng lipid máu. Nhà xuất bản Khoa học Y dược Trung Quốc năm 2002: tr 85-89.)

63. **王阶，何庆勇**（2010）**病**证结合中医证候**学**，**中国医**药科技出版，41 - 48页.

(Vương Giai, Hà Khánh Dũng (2010): Bệnh chứng và chứng hậu YHCT, *Nhà xuất bản Khoa học Kỹ thuật Y dược Trung Quốc* năm 2010, tr 41-48.)

Phụ lục 1

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài:	Đặc điểm lâm sàng và mối liên quan chỉ số non HDL-C với các thể Y học cổ truyền ở bệnh nhân rối loạn lipid máu tại bệnh viên đa khoa tỉnh Hải Dương
Hướng dẫn khoa học:	TS. Lưu Minh Châu
Người thực hiện:	BS. Đinh Hồng Thuận
Địa điểm thực hiện:	Tỉnh Hải Dương

1. Người tham gia nghiên cứu

- Tôi đã đọc bản cung cấp thông tin về nghiên cứu và đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này cùng các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.

- Tôi đã có cơ hội được hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra.

- Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.

- Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

- Tôi có toàn quyền quyết định về việc sử dụng trong tương lai, tiếp tục lưu giữ hay hủy các thông tin đã thu thập liên quan đến cá nhân tôi.

- Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

- Tôi đồng ý tham gia nghiên cứu này.

Ngày tháng năm 20

Người tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

Nếu người tham gia nghiên cứu không biết chữ hoặc không thể đọc được, người làm chứng sẽ đọc cho người tham gia nghiên cứu nghe thông tin về đề tài.

Nếu người tham gia nghiên cứu đồng ý, người làm chứng sẽ ký tên vào bản Cam kết, người nghiên cứu sẽ lăn tay vào bản Cam kết.

Ngày tháng năm 20

Người tham gia nghiên cứu	**Người làm chứng hoặc người đại diện hợp pháp**

2. Nghiên cứu viên

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu ký bản Cam kết đã đọc toàn bộ bản thông tin về nghiên cứu, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho Ông/Bà và Ông/Bà đã hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc Ông/Bà tham gia vào nghiên cứu này.

Bản Cam kết này được gửi 1 bản đến người tham gia nghiên cứu.

Ngày tháng năm 20

Nghiên cứu viên

Bác sỹ Đinh Hồng Thuận

Phụ lục 2

BẢN CUNG CẤP THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

Các thông tin trong bản này được thông báo đến đầy đủ các đối tượng tham gia nghiên cứu

Tên đề tài:	Đặc điểm lâm sàng và mối liên quan chỉ số non HDL-C với các thể Y học cổ truyền ở bệnh nhân rối loạn lipid máu tại bệnh viên đa khoa tỉnh Hải Dương
Hướng dẫn khoa học:	TS. Lưu Minh Châu
Người thực hiện:	BS. Đinh Hồng Thuận
Địa điểm thực hiện:	Tỉnh Hải Dương

1. Các vấn đề liên quan đến nghiên cứu

Mục đích của nghiên cứu: Tìm hiểu các triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân rối loạn lipid máu (bao gồm các triệu chứng bệnh nhân tự cảm nhận thấy và/hoặc các triệu chứng được phát hiện trong quá trình thăm khám của nghiên cứu viên), tiền sử bệnh, thói quen liên quan đến bệnh.

Thời gian diễn ra nghiên cứu: Dự kiến bắt đầu từ tháng 03/2019 và kết thúc vào tháng 09/2019.

Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Tỉnh Hải Dương.

Thời gian tham gia của đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám 1 lần duy nhất trong suốt quá trình nghiên cứu.

Mô hình nghiên cứu:

- Với người tình nguyện tham gia nghiên cứu: Bệnh nhân tự điền vào Bộ câu hỏi Phỏng vấn.

- Với nghiên cứu viên: Hỏi thông tin triệu chứng, thăm khám không xâm lấn, do đó, nghiên cứu này không gây ra bất cứ một tổn hại hay nguy cơ nào đối với người tình nguyện trong suốt quá trình nghiên cứu. Với những câu hỏi trong Bộ câu hỏi phỏng vấn yêu cầu cần được giải thích trước khi trả lời, nghiên cứu viên sẽ là người hỏi, giải thích và điền câu trả lời vào phiếu phỏng vấn.

2. Nghĩa vụ của người tình nguyện khi tham gia nghiên cứu

Ông/Bà sẽ bị loại khỏi nghiên cứu nếu:

- Từ chối tham gia nghiên cứu.

- Không hợp tác trong quá trình tiến hành Phỏng vấn và thăm khám. Khai các thông tin sai lệch, không đúng sự thật.

3. Dự đoán những rủi ro trong quá trình nghiên cứu

a. Rủi ro bắt buộc dừng tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân đang trong quá trình phỏng vấn hoặc thăm khám xuất hiện diễn biến bất thường (nằm trong tiến trình bệnh) yêu cầu cần có sự can thiệp ngay của cơ sở Y tế và không thể tiếp tục quá trình phỏng vấn.

b. Rủi ro vẫn chấp nhận tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân mệt, muốn nghỉ một thời gian ngắn trước khi tiếp tục phỏng vấn hoặc thăm khám.

- Bệnh nhân sau xử trí cấp cứu trở lại trạng thái ổn định (tỉnh, tiếp xúc tốt) và vẫn có khả năng trả lời phỏng vấn/vẫn muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.

4. Bảo mật thông tin của người tình nguyện tham gia nghiên cứu

- Tên của Ông/Bà sẽ không được tiết lộ, chỉ sử dụng trong phạm vi nghiên cứu, trừ khi luật pháp yêu cầu.

- Trong khi tham gia vào nghiên cứu, nghiên cứu viên sẽ thay thế tên Ông/Bà bằng một mã số đặc biệt để nhận diện. Bệnh viện sở tại có thể sử dụng mã số này cùng với thông tin đã mã hóa của Ông/Bà cho những mục tiêu nghiên cứu.

- Nếu kết quả của nghiên cứu này được công bố trên một bài viết, bài báo hoặc trình bày trong một hội thảo, tên của Ông/Bà đảm bảo sẽ không được nêu.

- Ông/Bà có quyền xem lại Thông tin nghiên cứu, bảng kết quả trả lời phỏng vấn của bản thân và có quyền yêu cầu chỉnh sửa Thông tin nghiên cứu nếu thấy không đúng. Tuy nhiên, xin lưu ý rằng trong quá trình nghiên cứu, việc tiếp cận

Thông tin nghiên cứu có thể bị hạn chế nếu làm giảm tính trung thực của nghiên cứu. Ông/Bà có thể tiếp cận Thông tin nghiên cứu được nghiên cứu viên lưu giữ vào cuối quá trình nghiên cứu.

5. Liên hệ

Nếu Ông/Bà có bất cứ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với nghiên cứu viên qua:

Số điện thoại: 0969738359 gặp bác sỹ Thuận

Xin cảm ơn sự hợp tác của Ông/Bà!

Phụ lục 3

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU BỆNH NHÂN RỐI LOẠN LIPID MÁU Y HỌC CỔ TRUYỀN

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Mã BN:……

ID nghiên cứu:…….

PHẦN I: PHẦN CHUNG

1. Họ và tên (In hoa): …… 2. Sinh năm: ……

3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp: ….

5. Dân tộc: …… 6. Quốc tịch: ……

7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố…… Xã, phường: ……Huyện (Q, Tx) : …… Tỉnh, thành phố: ……

8. Nơi làm việc: ……

9. Đối tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác

10. BHYT giá trị đến ngày.....tháng..... năm..... Số thẻ BHYT: ……

11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: …….....…….....

Điện thoại số: ……....

12. Vào viện: ..... giờ.....phút, ngày....…../.....…../.....….

13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu 2.KKB 3.Khoa điều trị

14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế 2.Tự đến 3.Khác

15. Lý do vào viện:…….

16. Chẩn đoán của khoa khám bệnh

- Theo YHHĐ: …….....

- Theo YHCT: …….....

PHẦN II: BỆNH ÁN

A/ Y HỌC HIỆN ĐẠI:

1. Tiền sử

- Bản thân:

Bệnh đã mắc phân loại	Năm mắc bệnh	Thuốc đang dùng
1. Bệnh tim mạch		
1.1. Bệnh mạch máu não do xơ vữa		
1.2. Bệnh mạch vành		
1.3. Tăng huyết áp		

1.4. Bệnh khác		
2.Bệnh thận – tiết niệu		
3. Bệnh hô hấp		
4. Bệnh tiêu hóa		
5. Bệnh nội tiết		
5.1. Rối loạn lipid máu		
5.2. Gan nhiễm mỡ		
6. Bệnh thần kinh		
7. Bệnh cơ xương khớp		
8. Bệnh cơ quan tạo máu		
9. Bệnh miễn dịch – dị ứng		
10.Bệnh nam khoa (đối với nam)		
11.Bệnh phụ khoa (đối với nữ)		

- Gia đình có mắc bệnh rối loạn lipid máu? 1. Có (Ai? .....)
2. Không

- Các yếu tố liên quan đến bệnh tật:

1. Có hút huốc lá không? 1. Có (Trung bình .... điếu/ngày)
2. Không

2. Có uống rượu/bia? 1. Có (Ước lượng..... ml/tuần)
2. Không

3. Có sử dụng các chất gây nghiện? 1. Có (.....)
2. Không

4. Dị ứng? 1. Có (.....)
2. Không

5. Ăn uống bất thường không? 1. Có (.....bát/ngày)
2. Không

6. Vận động thể lực không? 1. Có (.....phút/tuần)
2. Không

7. Khác:

……

2. Toàn trạng:

Chiều cao: ……m Huyết áp: ……mmHg

Cân nặng: ……kg Mạch: ……lần/phút

BMI: …….....kg/m^2 Nhiệt độ: …… C

3. Cận lâm sàng

- Cholessterol toàn phần (mmol/l) ……... - Tryglycerid (mmol/l) ……

- HDL – C (mmol/l) …… - LDL – C (mmol/l) ……

- Non HDL-C = Cholesterol toàn phần – Cholesterol HDL (mmol/l)

…….

- Các kết quả khác (nếu có)

…….

4. Khám bệnh:

4.1 Toàn thân: (ý thức, da niêm mạc, hệ thống hạch, tuyến giáp, vị trí, kích thước, số lượng, di động…)

……

……

……

4.2 Khám bộ phận:

Tuần hoàn:

…….....

……

Hô hấp:

……

……

Tiêu hóa:

……

……

Tiết niệu – sinh dục:

……

……

Thần kinh:

……

……

Cơ xương khớp:

……

……

Tai – Mũi – Họng:

……

Răng – Hàm - Mặt:

……

Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

……

B/Y HỌC CỔ TRUYỀN:

I/ VỌNG CHẨN:

1. Hình thái: 1. Cân đối 2. Gầy 3. Béo 4. Khác

2. Thần: 1. Còn thần 2. Kém thần 3. Giả thần 4. Loạn thần
5. Nhanh nhẹn 6.Tĩnh 7. Mệt mỏi 8. Chậm chạp
9. Không thể di chuyển 10. Thần không yên
11. Lo nghĩ 12. Cáu gắt 3. Buồn phiền 14.Vui vẻ
15. Căng thẳng 16. Kinh sợ 17. Khác

3. Sắc: 1. Bình thường 2. Bệch (trắng) 3. Xanh 4. Đỏ
5. Tím 6. Vàng 7. Đen 8. Gò má đỏ
9. Nhợt 10. Khác

4. Trạch 1. Tươi nhuận 2. Khô 3. Bủng 4. Khác

5. Lưỡi:

- Hình dáng: 1. Bình thường 2.Gầy mỏng 3. Thon nhỏ 4. Dày
5. Hằn răng 6. Bệu có gai 7. Có vết nứt 8.Khác

- Chất lưỡi: 1. Nhớt 2. Khô 3. Bẩn
- Sắc lưỡi: 1. Hồng nhạt 2. Trắng nhợt 3. Đỏ 4. Đỏ giáng
5. Đỏ tối 6. Tím đỏ 7. Tím sẫm 8. Xanh tím
9. Ám tối 10. Khác

6. **Rêu lưỡi:**

- Màu rêu: 1. Trắng 2. Vàng 3. Xanh 4. Đen
5. Ám khói 6. Khác
- Mật độ rêu: 1. Dày 2. Mỏng 3. Không rêu 4. Tróc
5. Nhày vữa 6. Khác
- Độ nhu nhuận: 1. Nhuận 2. Khô 3. Bẩn
4.Nhớt 5. Dính 6. Khác

7. Vận động của lưỡi:

1. Bình thường 2. Liệt 3. Lệch 4. Cứng
5. Rung 6. Co rút 7. Thè ra 8. Khác

8. Môi: 1. Bình thường 2. Kém nhuận 3. Khô nứt nẻ 4.Viêm loét
5. Chảy dãi 6. Khác

9. Răng lợi: 1. Bình thường 2. Lở loét 3. Kẽ răng chảy máu
4. Răng cáu bẩn vàng 5. Răng khô táo 6. Răng rụng 7. Khác

10. Mặt: 1. Bình thường 2. Phù 3. Sưng nề
4. Mắt miệng méo lệch 5. Khác

11. Mắt: 1. Bình thường 2. Đỏ sưng đau 3. Hốc mắt lõm
4. Mí mắt sưng nề 5. Sụp mi mắt 6. Lòng trắng có màu vàng
7. Lòng trắng có màu đỏ 8. Khác

12. Mũi: 1. Bình thường 2. Sưng đỏ 3. Có mụn 4. Phập phồng
5. Chảy máu mũi 6. Khác

13. Móng tay chân:

- Sắc: 1. Bình thường 2. Nhợt 3. Tím 4. Khác

- Tính chất móng:
1. Giòn, khô 2. Sần sùi 3. Cứng 4. Mềm, mỏng

14. Tóc: 1. Bình thường2. Khô dễ rụng 3.Tóc bạc sớm 4. Rụng nhiều

II/ VĂN CHẨN:

1. Âm thanh:

- Tiếng nói: 1. Bình thường 2. To 3. Nhỏ 4. Đứt quãng
5. Ngọng 6. Khàn 7. Mất tiếng 8. Nặng tiếng
9. Đau họng 10. Thều thào 11. Khác
- Hơi thở: 1. Bình thường 2. Ngắt quãng 3. Chậm 4. Nhanh
5. Nông 6. Khó thở 7. Rít 8. Khò khè
9. Cánh mũi phập phồng 10. Hôi 11. Khác
- Ho: 1. Liên tục 2. Cơn 3. Ít
4. Nhiều 5. Khan 6. Có đờm 7. Khác
- Ợ: 1. Có 2. Không
- Nấc 1. Có 2. Không

2. Mùi:

- Mùi cơ thể, mùi hơi thở:

1. Bình thường 2. Khắm 3. Tanh 4. Thối
5. Hôi 6. Chua 7. Khác

- Chất thải biểu hiện bệnh lý

1. Đờm 2. Chất nôn 3. Phân 4. Nước tiểu
5. Khí hư 6. Kinh nguyệt 7. Khác

III/ VẤN CHẨN:

1. Thể Hàn nhiệt: Biểu hiện bệnh lý:

1. Bình thường 2. Người nóng 3. Người lạnh
4. Triều nhiệt 5. Khác

2. Mồ hôi: Biểu hiện bệnh lý:

1. Bình thường 2. Không có mồ hôi 3. Tự hãn 4. Đạo hãn
5. Nhiều 6. Ít 7. Khác

3. Đầu mặt: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không

- Đau đầu: 1. Một chỗ 2. Nửa đầu 3. Cả đầu 4. Đỉnh đầu
  5. Nặng đầu 6. Nhói 7. Căng 8. Di chuyển
  9. Ê ẩm như bị buộc lại 10. Đau cố định 11. Choáng
- Mắt: 1. Nhìn không rõ 2. Hoa mắt chóng mặt
- Tai: 1. Ù 2. Điếc 3. Nặng 4. Đau
- Mũi: 1. Ngạt 2. Chảy nước 3. Chảy máu cam 4. Đau
- Họng: 1. Đau 2. Khô
- Cổ vai: 1. Mỏi 2. Đau 3. Khó vận động 4. Khác

4. Lưng: Biểu hiện bệnh lý:

1. Bình thường 2. Đau 3. Co cứng cơ 4. Khó vận động

5. Bụng và ngực: Biểu hiện bệnh lý:

1. Bình thường 2.Tức 3. Đau 4. Sôi
5. Đầy trướng 6. Đau tức cạnh sườn 7. Nóng ruột 8. Ngột ngạt khó thở
9. Đánh trống ngực 10. Bồn chồn không yên
11. Đau vùng trước tim 12.Khác

6. Chân tay: Biểu hiện bệnh lý

- Hàn nhiệt 1. Lòng bàn chân bàn tay ấm 2. Lòng bàn chân bàn tay nóng
  3. Lòng bàn chân bàn tay lạnh
  4. Ra mồ hôi lòng bàn tay bàn chân → □ Dính □ Lạnh □ Ẩm □ Nóng □ Khác

- Vận động 1.Yếu 2. Khó vận động 3. Liệt 4. Co quắp
5. Máy cơ 6. Khác

7. Ăn: Biểu hiện bệnh lý

1. Bình thường 2. Thích nóng 3. Thích mát 4. Ăn nhiều
5. Ăn ít 6. Nhạt miệng 7. Đắng miệng 8. Thèm ăn
9. Chán ăn 10. Chướng bụng 11. Miệng khô 12. Khác

8. Uống: Biểu hiện bệnh lý:

1. Bình thường 2. Mát 3.Ấm nóng 4. Nhiều
5. Ít 6. Khác

9. Đại tiểu tiện: Biểu hiện bệnh lý:

- Tiểu tiện: 1. Bình thường 2.Vàng 3. Đỏ 4. Trong dài
5. Đục 6. Buốt 7. Dắt 8. Bí
9. Không tự chủ 10. Nhiều lần 11. Tiểu đêm 12. Khác
- Đại tiện: 1. Bình thường 2. Táo 3. Sống 4. Nhão
5. Toàn nước 6. Nhầy mũi 7. Bí kết 8. Khác

10. Ngủ: Biểu hiện bệnh lý:

1. Bình thường 2. Khó vào giấc ngủ 3. Hay tỉnh 4. Dậy sớm
5. Hay mơ 6. Khác

11. Cổ chướng: 1. Có 2. Không

12. Xuất huyết: 1. Xuất huyết dưới da 2. Xuất huyết nội tạng → Cơ quan.....
3. Băng kinh 4. Rong kinh 5. Bế kinh 6. Kinh trước kỳ
7. Kinh sau kỳ 8. Kinh nguyện không đều 9. Khác

12. Sa nội tạng: 1. Có → Vị trí..... 2. Không

13. Mai hạch khí: 1. Có 2. Không

IV/ THIẾT CHẨN:

1. Xúc chẩn:

- Da: 1. Bình thường 2. Khô 3. Nóng 4. Lạnh
5. Ướt 6. Triều nhiệt 7. Cục cứng 8. Ấn lõm
9. Ấn đau 10. Khác
- Chân tay: 1. Chân tay nóng 2. Chân tay lạnh
- Mồ hôi: 1. Toàn thân 2. Trán 3. Tay chân 4. Khác
- Cơ xương khớp: 1. Săn chắc 2. Mềm 3. Căng cứng
4. Co cơ ấn đau 5. Gân đau 6. Xương khớp đau
7. Khó vận động 8. Khác

- Bụng: 1. Mềm 2. Chướng 3. Cổ chướng 4. Có hòn cục
5. Đau thiện án 6. Đau cự án 7. Khác
- Phù thũng: 1. Có 2. Không
Mi mắt Mắt cá chân Mặt trước xương chày
Mu bàn chân Toàn thân phù Khác
- U vàng dưới da:
1. Có → Vị trí……
2. Không

2. Mạch chẩn: 1. Phù 2. Trầm 3. Trì 4. Sác
5.Tế 6. Huyền 7. Hoạt 8. Sáp
9. Có lực 10. Vô lực 11. Khác

.....

Giám sát viên
(ký, ghi rõ họ tên)

Nghiên cứu viên
(ký, ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 4

HƯỚNG DẪN ĐÁNH GIÁ TRIỆU CHỨNG

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu thuộc nhóm tiến cứu sẽ được đặt câu hỏi, lượng giá triệu chứng dựa trên định nghĩa câu hỏi trên.

Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi vọng chẩn

Chứng trạng	**Mô tả chứng trang**
Chất lưỡi đỏ	Sắc lưỡi đỏ tươi hơn so với bình thường.
Chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết	Chất lưỡi tía hoặc có sắc đỏ hơi tía tối mà không tươi, hoặc trong sắc tía có lẫn sắc xanh hoặc có điểm ứ huyết màu xanh tím ở trên lưỡi.
Hình thể béo	Bệnh nhân được tính là béo khi chỉ số BMI từ 23,0 điểm trở lên (theo tiêu chuẩn của WHO đề ra cho khu vực Châu Á – Thái Bình Dương).
Hình thể gầy	Bệnh nhân được tính là gầy khi chỉ số BMI từ 18,5 điểm trở xuống (theo tiêu chuẩn của WHO đề ra cho khu vực Châu Á-Thái Bình Dương)
Mặt đỏ	Sắc mặt hồng là chỉ chứng vùng mặt có màu đỏ hơn người bình thường, thông thường tượng trưng cho thể trạng nhiệt ở bên trong.
Mắt đỏ	Hay còn được gọi là chứng xích nhãn. Cần phân biệt với chứng xích nhãn do nguyên nhân phong nhiệt gặp trong bệnh nhân đau mắt đỏ, viêm kết mạc: Mắt đỏ mà ngứa, chảy nước mắt, gỉ mắt vàng.
Lưỡi bệu nhợt	Hình thể lưỡi mập bệu, phù nhẹ, sắc non nhạt gọi là chứng lưỡi bệu nhợt. Nếu rìa lưỡi có hằn răng thì gọi là chất lưỡi bệu nhợt có hằn răng.
Lưỡi đỏ ít rêu	Sắc lưỡi so với chất lưỡi bình thường thì sẫm hơn và bề mặt lưỡi ít rêu.
Rêu lưỡi trắng nhớt	Rêu lưỡi trắng nhớt là chỉ bề mặt lưỡi có một lớp rêu trắng đục và nhớt đơn thuần, chất rêu đục khó cạo đi.

Rêu lưỡi trắng	Rêu lưỡi trắng dày là chỉ bề mặt lưỡi có lớp rêu trắng đục, dày. Phân biệt với rêu lưỡi trắng nhớt dựa vào bề mặt có nhớt và không có nhớt.
Rêu lưỡi vàng	Rêu lưỡi nhớt là chỉ bề mặt lưỡi có rêu nhớt, ở giữa rêu dày hơn xung quanh thì hơi mỏng, sắc vàng, bề mặt đều nhớt.
Rêu mỏng nhớt	Rêu lưỡi mỏng nhớt là chỉ những trường hợp lưỡi rêu mỏng mà nhớt.
Rêu lưỡi mỏng	Lưỡi rêu mỏng để chỉ những trường hợp rêu lưỡi mỏng nhưng bề mặt lưỡi không nhớt
Rìa lưỡi có hằn răng	Hình thể lưỡi mập bệu phù nhẹ, sắc non nhạt gọi là chứng lưỡi bệu nhợt. Nếu rìa lưỡi có hằn răng thì gọi là chất lưỡi bệu nhợt có hằn răng.
Tinh thần bất thư	Tinh thần bất thư là chỉ những trường hợp trong lòng không thư thái, phải suy nghĩ, lo lắng.
Tinh thần bất định	Chỉ chứng hay kinh sợ dễ khiếp hãi, hoặc bình thường vô cớ tự cảm thấy hoang mang sợ sệt, trong tâm hồi hộp không yên.
Tâm phiền	Chứng tâm phiền được mô tả là cảm giác nôn nóng, sốt ruột không yên.

Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi văn chẩn

Chứng trạng	**Mô tả chứng trang**
Nôn khan	Hay còn có tên gọi khác là Can ẩu, là nôn nhưng không ra thức ăn hay nước.

Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi vấn chẩn

Chứng trạng	**Mô tả chứng trạng**
Buồn nôn	Chứng buồn nôn được phát sinh khi Vị khí nghịch.
Bụng trướng	Chứng này còn được gọi với tên là phúc trướng mãn biểu hiện trong bụng đầy trướng mà bên ngoài có hiện tượng trướng cấp. Chứng này được mô tả lần trong Thương hàn luận – Kim quỹ yếu lược.

Bụng ngực bí tức	Chứng này còn được gọi với tên là phúc mãn biểu hiện trong bụng đầy trướng mà bên ngoài không có hiện tượng trướng cấp. Chứng này được mô tả trong Tố Vấn – Thích nhiệt luận và Lục nguyên chính kỷ đại luận.
Tính tình cáu gắt	Được dùng để chỉ tình trạng vô cớ mà tính tình nóng nảy, dễ nổi cơn giận dữ không kiềm chế được còn được gọi là "Hỉ nộ".
Chi thể nặng nề	Được mô tả là chứng trạng chân tay nặng nề, hoạt động không thông lợi, xoay chuyển khó khăn.
Chi nặng nề tê bì	Chi thể nặng nề tê bì là cảm giác nặng nề chi kèm theo giảm hoặc mất cảm giác đau, ngứa (cảm giác nông).
Chóng mặt	Chỉ chứng nhìn mọi vật tối sầm, xoay chuyển, tròng trành như ngồi trên thuyền, trong xe. Nghiêm trọng hơn hễ mở mắt ra là thấy trời đất quay tròn, đứng ngồi không vững.
Đại tiện lỏng nát	Trong sách Thương hàn luận, Kim quỹ yếu lược đem Phúc tả gọi là "Lợi" hoặc "Hạ lợi". Đại tiện lỏng nát hoặc đại tiện ra đồ ăn chưa được tiêu hóa hết (hoàn cốc bất hóa) được mô tả liên quan đến tỳ không vận hóa thủy cốc.
Đại tiện bí kết	Đại tiện bí kết được gọi với tên khác là tiện bí, chỉ chứng phân tích chứa ở đại tràng quá lâu, thời gian bài tiết dài. Chứng này cần phân biệt với chứng táo kết đại tiện khó khăn do phân rắn, khô có thể nhiều ngày đại tiện 1 lần cũng có thể đại tiện hàng ngày.
Đạo hãn	Đạo hãn còn gọi là ra mồ hôi trộm, là chứng khi ngủ ra mồ hôi còn khi tỉnh thì mồ hôi không ra nữa. Sách Thương hàn minh lý luận có ghi "Đạo hãn chỉ chứng ra mồ hôi trong khi ngủ".
Đầu căng trướng	Đầu trướng thì cảm giác đầu căng như muốn nứt.
Đầu nặng	Đầu nặng cảm giác nặng nề như lấy vật gì bọc lại, cảm giác đầu

trướng căng	căng như muốn nứt.
Đầu nặng	Đầu nặng cảm giác nặng nề như lấy vật gì bọc lại.
Đầu choáng	Đầu choáng hay đầu váng là chỉ mắt nhìn mọi vật tối sầm, xoay chuyển, chòng chành như ngồi trên thuyền, trong xe.
Đau mạng sườn	Đau ở hai bên mạng sườn là đường tuần hành của kinh Túc quyết âm Can và Túc thiếu dương Đởm nên đau mạng sườn phần nhiều có quan hệ đến bệnh tật của Can, Đởm.
Hay mệt	Mệt mỏi còn có tên gọi là chứng bì phạt chỉ chứng tinh thần khốn đốn, chân tay rã rời.
Hay quên	Hay quên là để chỉ biểu hiện trí nhớ giảm sút, hay quên những việc đã xảy ra, nặng hơn thì nói trước quên sau, thoáng chốc đã quên.
Hay mơ	Hay mộng là chỉ chứng trạng trong giấc mơ mộng liên miên, nhiều hơn thường gặp chứng khủng hoảng, sợ hãi.
Kinh nguyệt không đều	Kinh nguyệt bình thường là từ 28 – 30 ngày, kinh nguyệt không đều là khi kinh đến trước kỳ hoặc kinh nguyệt đến sau kỳ.
Ma mộc tê mỏi	Chu Đan Khê nói ma mộc có nghĩa là ngứa ở lớp da trong quần áo. Khái niệm này có phần khác và giống với chứng trạng tê dại và mất cảm giác thường gặp trong chứng bán thân bất toại.
Mất ngủ	Mất ngủ hay bất mị là chỉ chứng ngủ kém, khó vào giấc mà dễ tỉnh, sau khi thức giấc khó ngủ lại, thậm chí mất ngủ cả đêm.
Mệt mỏi	Mệt mỏi là chỉ chứng tinh thần khốn đốn, chân tay rã rời.
Miệng khô không khát	Chứng miệng khô được mô tả trong sách cổ với tên là "Khẩu can", "Khẩu táo". Nhưng cả hai chứng này đều được chia ra thành miệng khô khát muốn uống nước và miệng khô nhưng không khát.
Miệng đắng	Chứng miệng đắng trong sách Nội kinh gọi là "Đởm đản". Triệu chứng thường gặp vào buổi sáng có cảm giác đắng họng.

Miệng khô họng táo	Chứng miệng khô được mô tả trong sách cổ với tên là "Khẩu can", "Khẩu táo". Ở đây là chứng miệng khô kèm theo chứng họng khô có thể đau hoặc không đau.
Miệng nhạt chán ăn	Miệng nhạt là chỉ chứng vị giác trong miệng giảm sút, tự cảm thấy trong miệng nhạt nhẽo không thưởng thức được vị ngon của đồ ăn kèm theo đó là chán ăn, ăn kém.
Ngũ tâm phiền nhiệt	Ngũ tâm phiền nhiệt là chỉ hai lòng bàn tay, bàn chân phát nhiệt và tự cảm thấy vùng ngực phiền nhiệt.
Ngực trướng	Chứng ngực trướng được mô tả là chứng tự cảm thấy trong ngực bí tắc, đầy tức không thoải mái. Chứng này còn được gọi dưới các tên khác như Hung bĩ, Hung mãn, Hưng trung bĩ mãn.
Lưng gối đau mỏi	Vùng lưng gối ê mỏi khó chịu dằng dai không dứt đồng thời kiêm chứng đau nhẹ vùng lưng gối còn được gọi là chứng lưng gối đau mỏi.
Quanh vú trướng đau	Cảm giác đau tức, bứt rứt vùng quanh vú.
Sợ lạnh	Chứng sợ lạnh hay sợ phong hàn.
Tâm quý	Chứng tâm quý là chỉ tâm động hồi hộp không yên. Thương hàn minh lý luận có viết: "Quý là Tâm nới lỏng, lập bập run rẩy như động, thình thịch rộn rịp không yên.
Tai ù	Chứng tai ù được dùng để chỉ những trường hợp có tiếng ù trong tai, tiếng cối xay, tiếng ve kêu.
Tiểu tiện đỏ	Tiểu tiện sẻn đỏ là chỉ nước tiểu có màu vàng sẫm, vàng đỏ hoặc vàng xỉn, thậm chí biểu hiện tiểu tiện như nước trà rất khác thường.
Tiểu đêm nhiều lần	Tiểu đêm nhiều lần là dùng để chỉ những trường hợp khi đi ngủ thì phải thức dậy đi tiểu vào ban đêm từ 2 lần trở lên.
Tứ chi thiếu lực	Là chứng tứ chi mệt mỏi rã rời, cảm giác thiếu lực, không muốn nhấc lên.

Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi thiết chẩn

Chứng trạng	Mô tả chứng trạng
Chi lạnh	Đây là chứng trạng giá lạnh từ chân đến gối và từ tay đến khuỷu nặng hơn thì quyết nghịch.
Mạch huyền	Mạch huyền là chỉ mạch đi ngay thẳng mà dài, căng như dây đàn, dây cung.
Mạch huyền hoạt	Mạch huyền hoạt là chỉ mạch đi ngay thẳng mà dài, căng như dây đàn dây cung, nhưng khi ấn xuống thì lại có cảm giác trơn như hòn bi lăn.
Mạch huyền hữu lực	Mạch huyền hữu lực là chỉ mạch đi ngay thẳng mà dài, căng như dây đàn dây cung, nhưng khi ấn xuống thì mạch càng ngay thẳng mà dài hơn.
Mạch sáp	Mạch đi khó khăn không lưu lợi, sáp, sít.
Mạch trầm tế	Mạch trầm trì là chỉ mạch dưới 60 lần/phút và đi ở sâu ấn mạnh tay mới thấy.
Mạch tế sác	Mạch tế sác là chỉ mạch trên 90 lần/phút, mạch nhỏ đi ở sâu khó bắt được.