Nghiên cứu nguyên bản

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM MẠN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Clinical characteristics according to traditional medicine in patients with chronic heart failure and some related factors

Phan Thị Thảo[1], Nguyễn Thị Nhung[2], Nguyễn Quang Tâm[2], Nguyễn Thị Kim Liên[2] và Nguyễn Thị Hồng Lĩnh[3,*]

[1]Trung tâm y tế Thị xã Hồng Lĩnh, Tỉnh Hà Tĩnh, Việt Nam
[2]Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, TP. Huế, Việt Nam
[3]Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

*Tác giả liên hệ | Corresponding author: honglinh213@dhktyduocdn.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim mạn là một hội chứng phức tạp do bất thường về cấu trúc và/hoặc chức năng tim. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và chịu gánh nặng tài chính và xã hội. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh suy tim mạn và tìm hiểu một số mối liên quan đến thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh suy tim mạn. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 160 người bệnh được chẩn đoán là suy tim mạn đang điều trị nội trú tại Trung tâm tim mạch Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. **Kết quả:** 36,9% lưỡi nhạt màu; 31,3% lưỡi đỏ; 28,1% lưỡi có điểm ứ huyết; 19,4% màu xanh tím; 83,8% rêu lưỡi trắng; 86,9% rêu lưỡi mỏng; 90,6% mạch trầm; 34,4% mạch tế; 20,6% mạch huyền; 16,9% mạch hoạt; 15,6 % kết, đại; 10,6% mạch nhược; 9,4% mạch phù. Về phân bố các triệu chứng về toàn thân khác: 79,4% thở ngắn, hụt hơi; 73,8% mất ngủ; 18,8% ho khan; 28,8% ho có đàm; 43,1% tự hãn; 43,1% tâm phiền; 18,7% đạo hãn. Thể khí âm lưỡng hư 21,3%; khí hư huyết ứ 19,4%; khí trệ huyết ứ 16,9%; dương hư thủy phiếm 16,9% và đàm ứ tương kết 9,4%. Có mối liên quan giữa giới tính với các thể lâm sàng (p<0,05). **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là mạch trầm, mạch tế, rêu lưỡi trắng, rêu lưỡi mỏng hoặc mất rêu, thở ngắn, mất ngủ, ăn kém, tâm phiền. Có mối liên quan giữa giới tính với các thể lâm sàng.

Từ khóa: suy tim mạn, thể lâm sàng, khảo sát, y học cổ truyền.

ABSTRACT

Introduction: Chronic heart failure is a complex syndrome caused by structural and/or functional abnormalities of the heart. It is one of the leading causes of mortality and poses significant financial and social burdens. **Objective:** To investigate the clinical characteristics according to traditional medicine in patients with chronic heart failure and explore some correlations between clinical patterns in traditional medicine and chronic heart failure. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 160 patients diagnosed with chronic heart failure who were receiving inpatient treatment at the Cardiovascular Center of Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Among the patients, 36.9% had pale tongues; 31.3% had red tongues; 28.1% had tongues with blood stasis spots, and 19.4% had purplish-blue tongues.

Tongue coatings were white in 83.8% of patients and thin in 86.9%. Pulse characteristics included deep pulse in 90.6%; thin pulse in 34.4%; wiry pulse in 20.6%; slippery pulse in 16.9%; knotted or large pulse in 15.6%; weak pulse in 10.6%; and floating pulse in 9.4%. Regarding other systemic symptoms: 79.4% experienced shortness of breath or dyspnea; 73.8% had insomnia; 18.8% had dry cough; 28.8% had productive cough; 43.1% had spontaneous sweating; 43.1% experienced restlessness, and 18.7% had night sweats. The distribution of traditional medicine clinical patterns included: Qi and Yin deficiency (21.3%); Qi deficiency with blood stasis (19.4%); Qi stagnation with blood stasis (16.9%); Yang deficiency with water retention (16.9%); and Phlegm-turbidity obstruction (9.4%). There was a statistically significant correlation between gender and clinical patterns ($p<0.05$). **Conclusion:** Common clinical symptoms included deep pulse, thin pulse, white tongue coating, thin or absent tongue coating, shortness of breath, insomnia, poor appetite, and restlessness. There was a correlation between gender and traditional medicine clinical patterns.

Keywords: chronic heart failure, clinical pattern, survey, traditional medicine.

Received: 05/12/2025 |	Accepted: 06/04/2026 |	Publication date: 01/09/2026 |

©The authors. This **open-access** work is licensed under a CC BY 4.0 License

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim mạn (STM) là một hội chứng phức tạp do bất thường về cấu trúc và chức năng tim, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và gánh nặng tài chính xã hội, ảnh hưởng đến khoảng 40 triệu người trên toàn thế giới.[1] Tại Việt Nam, ước tính có khoảng 320.000–1,6 triệu người mắc suy tim, chiếm 1–1,5% dân số.[2] Chi phí liên quan đến suy tim toàn cầu ước khoảng 108 tỷ USD mỗi năm, bao gồm chi phí trực tiếp và gián tiếp.[3] Do đó, phát hiện sớm, chẩn đoán và điều trị kịp thời có ý nghĩa quan trọng trong cải thiện chất lượng và kéo dài thời gian sống cho người bệnh.

Trong y học cổ truyền (YHCT), suy tim không được mô tả như một bệnh danh riêng biệt mà thuộc các chứng như tâm quý, chính xung, khái suyễn, hư lao, thủy thũng…[4] Chẩn đoán dựa trên tứ chẩn (vọng, văn, vấn, thiết); trên lâm sàng, thăm khám suy tim theo tứ chẩn nhằm xác định chứng trạng, chứng hậu và phân loại thể bệnh để lựa chọn điều trị phù hợp cho từng cá thể, trong đó biện chứng chính xác giữ vai trò then chốt. Các phương pháp YHCT không chỉ cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng sống mà còn có thể giảm biến cố bất lợi, tử vong và tái nhập viện ở STM.[5] Tuy nhiên, phân loại chứng trạng, chứng hậu và thể lâm sàng suy tim theo YHCT hiện chưa thống nhất, gây khó khăn cho chuẩn hóa chẩn đoán. Vì vậy, nghiên cứu này khảo sát đặc điểm lâm sàng và một số mối liên quan đến thể lâm sàng theo YHCT ở người bệnh STM, góp phần mô tả và hướng tới chuẩn hóa chẩn đoán.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán STM theo quy trình của Bộ Y tế năm 2022 đang điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 10/2024 đến tháng 03/2025.[6] Người bệnh được xác định STM khi có triệu chứng suy tim kéo dài, ổn định hoặc tiến

triển theo thời gian và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có các biểu hiện rối loạn tâm thần, quá suy kiệt hoặc không thể nghe, đọc, hiểu và trả lời các câu hỏi trong quá trình thăm khám và phỏng vấn.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Xác định cỡ mẫu tối thiểu theo công thức:

$$n = (Z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1-p)) / d2$$

Trong đó: n: cỡ mẫu ước lượng tối thiểu tính được, $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%), tra bảng phân phối chuẩn thu được $Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96^2 = 3,8416$. p: ước đoán tỷ lệ *p*=0,5 nhằm đảm bảo cỡ mẫu ước tính đạt giá trị lớn nhất do chưa có số liệu chính xác về tỷ lệ phân bố các thể lâm sàng theo YHCT ở người bệnh STM tại Việt Nam. d: sai số biên, chọn d=0,1. Trong thời gian nghiên cứu thu thập được là 160 mẫu.

3. Nội dung nghiên cứu

Thăm khám và tuyển chọn đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn trên phiếu nghiên cứu, ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và kết quả cận lâm sàng.

- Chỉ số theo Y học hiện đại (YHHĐ): suy tim theo phân suất tống máu (EF), Phân độ suy tim theo Hội Tim Mạch New York (NYHA), chỉ số Peptid lợi niệu (NT-proBNP), Hemoglobin (HBG).

- Đặc điểm lâm sàng theo YHCT:[7]

Lưỡi: Chất lưỡi: gồm nhạt màu, hồng nhạt, hồng đỏ, xanh tím và lưỡi có điểm ứ huyết. Rêu lưỡi: trắng, vàng, xám đen, mỏng hoặc mất rêu.

Mạch:

+ Mạch phù: mạch ở nông, đặt tay nhẹ thì thấy nhưng ấn mạnh thì mất.

+ Mạch trầm: mạch ở sâu, chỉ bắt được khi ấn mạnh thì mất.

+ Mạch tế: mạch mỏng như sợi chỉ, đi thẳng và mềm nhưng vẫn cảm nhận được khi ấn mạnh tay.

+ Mạch nhược: mạch trầm, mềm, nhỏ và vô lực.

+ Mạch huyền: mạch đi thẳng, dài và căng như sợi dây đàn.

+ Mạch hoạt: mạch đến và đi trơn tru như những hạt tròn lăn lên đĩa.

+ Mạch đại: mạch đi thay đổi chậm chạp, đập mấy nhịp lại ngừng, thời gian nghỉ tương đối dài.

+ Mạch kết: mạch đến chậm có lúc dừng lại không có quy luật.

Triệu chứng toàn thân khác:

+ Thở ngắn: Cảm giác thở gấp, thở nông, hơi thở ngắn nhưng không kèm theo nhún vai hoặc âm thanh đàm trong họng.

+ Ho: ho có đàm và ho khan.

+ Tự hãn: Tình trạng ra mồ hôi ban ngày kéo dài một cách tự nhiên, không do lao động nặng, thời tiết nóng, mặc quá nhiều quần áo hoặc do dùng thuốc phát hãn.

+ Đạo hãn: Tình trạng ra mồ hôi trong khi ngủ, nhưng ngừng lại sau khi tỉnh dậy, không liên quan đến các yếu tố môi trường bên ngoài.

+ Mất ngủ: khó đi vào giấc ngủ, thức dậy sớm, thức dậy nhiều lần trong một đêm.

+ Tâm phiền: Cảm giác bồn chồn, bứt rứt, phiền nhiệt ở vùng ngực.

+ Ăn kém: triệu chứng bao gồm chán ăn, ăn ít, cảm giác nhạt miệng hoặc không muốn ăn.

Thể lâm sàng theo YHCT:[8] Phân loại này có ưu điểm là được xây dựng dựa trên nghiên cứu

định lượng, có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cao, bao quát được các biểu hiện bệnh sinh thường gặp của STM.

+ Khí hư huyết ứ: tức ngực, thở ngắn, hồi hộp, phù thủng, môi xanh tím, lưỡi ám tím, toàn thân vô thực, thiếu khí ngại nói.

+ Khí trệ huyết ứ: tức ngực, thở ngắn, hồi hộp, phù thủng, đau vùng trước tim, tĩnh mạch cổ nổi, môi xanh tím, lưỡi có điểm ứ huyết, đầy hoặc đau sườn.

+ Khí âm lưỡng hư: tức ngực, thở ngắn, hồi hộp, phù thủng, lòng bàn tay, lòng bàn chân nóng, đạo hãn, toàn thân vô lực, thiếu khí ngại nói.

+ Dương hư thủy phiếm: tức ngực, thở ngắn, hồi hộp, phù thủng, sợ lạnh, lưỡi bệu, tiểu tiện lượng ít, khó thở khi nằm.

+ Đàm ứ tương kết: tức ngực, hồi hộp, thở ngắn, phù thủng, ho có đờm, rêu lưỡi trắng trơn, môi xanh tím.

4. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập, làm sạch, phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến trình bày dưới dạng tỷ lệ %, trung bình ± độ lệch chuẩn. Tìm mối liên quan giữa các biến định lượng bằng tương quan Pearson, giữa biến định tính phân tích tương quan Spearman, có ý nghĩa thống kê nếu giá trị p<0,05.

5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng Khoa học của trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế theo quyết định số 3545/QĐ-ĐHYD ngày 26/07/2024. Người bệnh tự nguyện hợp tác trong quá trình tham gia nghiên cứu, thông tin được mã hóa và bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=160)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	70	43,8
	Nữ	90	56,2
Tuổi	≤ 60	34	21,3
	>60	126	78,7
Phân độ suy tim	Độ I	0	0,0
	Độ II	41	25,6
	Độ III	100	62,5
	Độ IV	19	11,9
Thời gian mắc bệnh	≤1 năm	95	59,4
	2-5 năm	47	29,4
	6-10 năm	11	6,9
	>10 năm	7	4,3
	$\bar{X}$ ± SD	2,0 ± 2,3	

Bảng 1 cho thấy tỉ lệ nhóm tuổi >60 tuổi (78,7%) cao hơn nhóm ≤60 tuổi (21,3%), phân độ suy tim độ III chiếm tỉ lệ cao nhất 62,5%. Thời gian mắc bệnh ≤1 năm chiếm tỉ lệ cao nhất.

2. Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh suy tim mạn tính

Bảng 2. Phân bố các triệu chứng theo lưỡi, mạch, toàn thân

Đặc điểm		Số lượng (n=160)	Tỷ lệ (%)
Lưỡi	Màu hồng nhạt	20	12,5
	Màu đỏ	50	31,3
	Nhạt màu	59	36,9
	Màu xanh tím	31	19,4
	Lưỡi có điểm ứ huyết	45	28,1
	Trắng	134	83,8
	Vàng	25	15,6
	Xám đen	1	0,6
	Mỏng, mất rêu	139	86,9
Mạch	Phù	15	9,4
	Trầm	145	90,6
	Tế	55	34,4
	Nhược	17	10,6
	Huyền	33	20,6
	Hoạt	27	16,9
	Kết, đại	25	15,6
Toàn thân	Thở ngắn, hụt hơi	127	79,4
	Ho khan	30	18,8
	Ho có đàm	46	28,8
	Tự hãn	69	43,1
	Đạo hãn	30	18,7
	Tâm phiền	69	43,1
	Mất ngủ	118	73,8
	Ăn kém	97	60,6

Bảng 2 cho thấy về màu sắc lưỡi, chất lưỡi nhạt màu (36,9%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Người bệnh có biểu hiện mạch trầm với 90,6%.

3. Phân bố theo thể lâm sàng

Bảng 3. Phân bố theo thể lâm sàng

Thể lâm sàng	Số lượng (n=160)	Tỷ lệ(%)
Khí hư huyết ứ	34	21,3
Khí âm lưỡng hư	53	33,1
Khí trệ huyết ứ	31	19,4
Dương hư thủy phiếm	27	16,9
Đàm ứ tương kết	15	9,4
Tổng	**160**	**100,0**

Nhận xét: Thể Khí âm lưỡng hư chiếm tỷ lệ cao nhất với 33,1% (bảng 3).

4. Một số yếu tố liên quan đến thể lâm sàng

Bảng 4. Mối liên quan giữa tuổi, giới và phân độ suy tim theo NYHA và thể lâm sàng (đơn vị: %)

Thể lâm sàng	Tuổi		Giới		Phân độ suy tim		
	≤ 60	> 60	Nam	Nữ	Độ II	Độ III	Độ IV
Khí hư huyết ứ	23,5	76,5	50,0	50,0	20,6	70,6	8,8
Khí âm lưỡng hư	9,4	90,6	20,8	79,2	34,0	54,7	11,3
Khí trệ huyết ứ	25,8	74,2	41,9	58,1	16,1	71,1	12,8
Dương hư thủy phiếm	29,6	70,4	70,4	29,6	22,2	63,1	14,7
Đàm ứ tương kết	33,3	66,7	66,7	33,3	33,3	53,3	13,4
P	***p* > 0,05**		***p* < 0,05**		***p* > 0,05**		

Bảng 4 cho thấy có mối liên quan giữa giới tính với các thể lâm sàng YHCT (p<0,05).

Bảng 5. Sự khác biệt của chỉ số cận lâm sàng giữa các thể lâm sàng

Thể lâm sàng	EF (%)	NT-proBNP (pg/ml)	HBG (g/l)
Khí hư huyết ứ	45,6±14,5	3519,9± 6636,1	127,0±17,2
Khí âm lưỡng hư	50,5±12,2	5452,7±9488,8	126,1±15,7
Khí trệ huyết ứ	46,3±12,9	5601,7±7532,8	126,6±17,9
Dương hư thủy phiếm	49,5±11,8	6906,3±7128,1	126,9±18,8
Đàm ứ tương kết	40,2±11,8	5258,3±6539,6	141,7±14,8
p	***p* > 0,05**	***p* > 0,05**	***p* > 0,05**

Bảng 5 cho thấy, không tìm thấy sự khác biệt của EF, NT-proBNP, HBG với các thể lâm sàng (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh suy tim mạn

Đặc điểm lưỡi, các biểu hiện bất thường gặp nhiều hơn lưỡi hồng nhạt. Lưỡi nhạt màu, rêu mỏng là dấu hiệu hư chứng, phản ánh khí huyết hư hoặc dương khí suy; trong STM, tim bơm máu kém (dương suy) làm giảm nuôi dưỡng cơ quan (huyết hư), hai yếu tố này vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả. Lưỡi đỏ, rêu vàng biểu hiện nhiệt chứng do âm hư hỏa vượng hoặc nhiệt tà, phù hợp tình trạng viêm mạn hay rối loạn chuyển hóa; nhiệt không phải biểu hiện chính mà là hệ quả của âm hư nội nhiệt, huyết ứ hóa nhiệt và đàm thấp uất nhiệt. Trong nghiên cứu này, lưỡi đỏ chiếm 31,3% và rêu vàng 15,6%; rêu trắng 83,8%, lưỡi có điểm ứ huyết

28,1% và lưỡi xanh tím 19,4%, gợi ý hàn ngưng và/hoặc huyết ứ, liên quan rối loạn vi tuần hoàn và thiếu oxy mô. Kết quả này khác với Ren Lili và cs với các tỷ lệ lưỡi và rêu được ghi nhận.[9]

Đặc điểm mạch, mạch trầm chiếm 90,6% và mạch tế 34,4%, phù hợp cơ chế bệnh sinh chủ yếu là tâm dương khí hư, khí huyết hư nhược và tính mạn tính của suy tim. Mạch huyền (20,6%) và mạch hoạt (16,9%), liên quan tăng huyết áp hoặc ứ dịch; ứ trệ tuần hoàn làm mạch căng như dây đàn, còn ứ dịch gây phù phổi, đàm nhiều biểu hiện mạch hoạt. Mạch kết phản ánh rối loạn nhịp trên nền tâm dương bất túc kèm huyết ứ, đàm thấp; mạch đại gặp ở giai đoạn nặng khi tâm khí suy kiệt hoặc kèm nhiệt/hư thoát. Do mạch kết–đại thường gặp ở suy tim mất bù, nên tỷ lệ mạch kết, đại trong nghiên cứu này thấp (15,6%).

Trong nhóm triệu chứng toàn thân, thở ngắn/hụt hơi gặp nhiều nhất (79,4%), do tâm dương hư kéo theo phế khí suy; khi dương hư nặng gây thủy thấp, thủy ẩm phạm phế dẫn đến ho khan (18,8%) hoặc ho đàm (28,8%). Mất ngủ (73,8%) và ăn kém (60,6%) thường đi kèm tâm phiền, gợi ý tâm tỳ lưỡng hư; STM ảnh hưởng tâm–phế mà còn liên quan tỳ, can, thận nên cần thăm khám toàn diện. Tỷ lệ triệu chứng trong nghiên cứu Sun Yujie thấp hơn: thở ngắn 44,1%, tự hãn 13,3%, đạo hãn 3,2%, mất ngủ 34,2%.[10]

Về thể lâm sàng YHCT của STM, hiện chưa thống nhất. Ren Lili (2010) ghi nhận 5 thể: Tâm Phế khí hư 4,9%, Khí âm lưỡng hư 14,4%, Khí hư huyết ứ 22,7%, Đàm ẩm trở phế 1,4%, Đàm ứ 49,7%;[9] Su Yujie (2015) nêu 7 thể, trong đó Khí hư huyết ứ 22,2%, Dương hư thủy phiếm 15,5%, Đàm ẩm trở phế 13,5%10; Han Peiyu (2022) báo cáo 8 thể, Khí âm lưỡng hư 31,8% cao nhất.[11] Nghiên cứu của Li Xiaoqian phân loại định lượng 5 thể (Khí âm lưỡng hư, Khí hư huyết ứ, Khí trệ huyết ứ, Dương hư thủy phiếm, Đàm ứ tương kết) với độ nhạy, đặc hiệu và chính xác cao, nên chúng tôi sử dụng cách phân loại này8. Kết quả cho thấy Khí âm lưỡng hư chiếm 33,1% cao nhất, tiếp theo Khí hư huyết ứ 21,3%, Khí trệ huyết ứ 19,4%, Dương hư thủy phiếm 16,9%, Đàm ứ tương kết 9,4%, tương tự Meng Yongmei (2017).[12]

2. Một số yếu tố liên quan đến thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh suy tim mạn

Chúng tôi ghi nhận mối liên quan giữa giới tính và các thể lâm sàng (p<0,05): nữ gặp nhiều hơn ở thể Khí âm lưỡng hư và Khí trệ huyết ứ, trong khi nam chiếm ưu thế ở Dương hư thủy phiếm và Đàm ứ tương kết. Sự khác biệt này có thể do nam nữ bẩm sinh khác nhau về hình thái, tạng phủ, chức năng sinh lý và đặc điểm tâm lý, dẫn đến khác biệt thể chất; nam thiên dương, thường dùng khí nên dễ khí bất túc, còn nữ thiên âm, thường dùng huyết nên huyết hư nhiều, phù hợp với kết quả quan sát được.[13] EF% phản ánh mức suy giảm chức năng thất trái, dao động từ 40,2 ± 11,8% (thấp nhất ở Đàm ứ tương kết) đến 50,5 ± 12,2% (cao nhất ở Khí âm lưỡng hư) nhưng khác biệt không có ý nghĩa, cho thấy mức độ suy giảm chức năng tim tương đối đồng đều giữa các thể YHCT. NT-proBNP – chỉ dấu quá tải thể tích/áp lực tim – dù dao động rộng (3519,9 ± 6636,1 đến 6906,3 ± 7128,1 pg/ml), khác biệt có ý nghĩa (p>0,05), gợi ý rối loạn huyết động và quá tải dịch không đặc trưng cho thể nào. HBG dao động 126,1 ± 15,7 đến 141,7 ± 14,8 g/l, không khác biệt giữa các thể, cho thấy thiếu máu ở STM không đặc

hiệu theo thể YHCT. Nhìn chung, thể lâm sàng YHCT phản ánh trạng thái tổng thể và tính chất triệu chứng của người bệnh hơn là các biến đổi sinh hóa đơn lẻ, vì vậy chẩn đoán thể nên kết hợp chặt với biểu hiện lâm sàng đặc thù thay vì dựa chủ yếu vào chỉ số cận lâm sàng hiện đại.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là mạch trầm, mạch tế, rêu lưỡi trắng, rêu lưỡi mỏng hoặc mất rêu, thở ngắn, mất ngủ, ăn kém và tâm phiền. Thể khí âm lưỡng hư và thể khí hư huyết ứ là hai thể lâm sàng thường gặp nhất. Có mối liên quan giữa giới tính với các thể lâm sàng.

KHUYẾN NGHỊ

Khuyến nghị tăng cường thăm khám tứ chẩn (đặc biệt lưỡi–mạch) để phân thể suy tim mạn, ưu tiên hướng trị cho các thể gặp nhiều như khí âm lưỡng hư và khí hư huyết ứ. Việc điều trị cần cá thể hóa theo chứng–thể và chú ý khác biệt theo giới để tối ưu hiệu quả và cải thiện triệu chứng.

TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng Khoa học của trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế theo quyết định số 3545/QĐ-ĐHYD ngày 26/07/2024. Người bệnh tự nguyện hợp tác trong quá trình tham gia nghiên cứu, thông tin được mã hóa và bảo mật.

Nguồn tài trợ:

Không có nguồn tài trợ

Xung đột lợi ích:

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

Công bố trước đó (nếu có):

Không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789-858. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7

2. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn tính. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2022;98:12-86.

3. Cook C, Cole G, Asaria P, et al. The annual global economic burden of heart failure. *International Journal of Cardiology*. 2014;171(3):368-76. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.12.028

4. Khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y Hà Nội. Suy tim. In: *Bài giảng Y học cổ truyền*. Hà Nội: Nhà xuất bản Đại học Y Hà Nội; 2011:68-71.

5. Chen L, Yu D, Ling S, et al. Mechanism of tonifying-kidney Chinese herbal medicine in the treatment of chronic heart failure. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2022;9:988360. DOI:10.3389/fcvm.2022.988360

6. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn*. Quyết định số 1857/QĐ-BYT ngày 05 tháng 07 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2022:5-9.

7. World Health Organization. *WHO*

international standard terminologies on traditional Chinese medicine. Geneva: World Health Organization; 2022.

8. 李小茜. 充血性心力衰竭中医常见证候诊断标准研究 *(Nghiên cứu tiêu chuẩn chẩn đoán các hội chứng thường gặp trong Y học cổ truyền Trung Quốc đối với suy tim sung huyết)*, Luận án tiến sĩ, Đại học Y học Cổ truyền Thượng Hải; 2014.

9. 任莉莉. 慢性心力衰竭中医证侯临床回顾性调查研究 *(Hồi cứu lâm sàng về các hội chứng suy tim mãn tính trong y học cổ truyền Trung Quốc)*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Tân Cương; 2010.

10. 孙玉洁. 慢性心力衰竭中医证候回顾性调查研究 (*Hồi cứu về các hội chứng suy tim mạn tính theo Y học cổ truyền*), Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y học cổ truyền Hà Nam; 2015.

11. 韩佩羽. 慢性心力衰竭中医证型分布规律研究 (*Nghiên cứu về mô hình phân bố các loại hội chứng Y học cổ truyền Trung Quốc trong suy tim mãn tính*), Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y học cổ truyền Liêu Ninh; 2022.

12. 孟永梅, 陈婵, 王伟. 148例慢性心力衰竭患者中医证候分布规律研究. *天津中医药 (Trung Y Dược Thiên Tân)*. 2017;34(7): 446-450.

13. Le TT, Tang HK, Hoang Le LT, et al. Association of traditional medicine body constitution types with five chronic diseases in Ho Chi Minh city. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2023;22:101340. DOI: 10.1016/j.cegh.2023.101340.