

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**NGUYỄN THỊ THUỶ LÊ**

**ĐẶC ĐIỂM VÀ THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ  
TRUYỀN KẾT HỢP Y HỌC HIỆN ĐẠI BỆNH LÝ TIM  
MẠCH TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN HẢI PHÒNG  
NĂM 2019-2020**

**Chuyên ngành Y học cổ truyền**

**Mã số: 8720115**

**LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC**

**Người hướng dẫn khoa học: 1.TS. Lưu Minh Châu**

**2. TS. Nguyễn Thị Thu Hiền**

**HÀ NỘI - 2021**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**NGUYỄN THỊ THUỶ LÊ**

**ĐẶC ĐIỂM VÀ THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ  
TRUYỀN KẾT HỢP Y HỌC HIỆN ĐẠI BỆNH LÝ TIM  
MẠCH TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN HẢI PHÒNG  
NĂM 2019-2020**

**Chuyên ngành Y học cổ truyền**

**Mã số: 8720115**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**Người hướng dẫn khoa học: 1. TS. Lưu Minh Châu**

**2. TS. Nguyễn Thị Thu Hiền**

**HÀ NỘI – 2021**

## LỜI CẢM ƠN

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, là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến TS. Lưu Minh Châu và TS. Nguyễn Thị Thu Hiền là hai người Cô 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.

Tôi xin trân trọng cảm ơn tới Ban Giám đốc, lãnh đạo và nhân viên y tế các khoa phòng Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong công tác học tập và nghiên cứu để 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, tháng năm 2021

**Nguyễn Thị Thuỳ Lê**

## **LỜI CAM ĐOAN**

Tôi là Nguyễn Thị Thùy Lê học viên cao học khóa 11, Học viện Y – Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, 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 và TS. Nguyễn Thị Thu Hiền.

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 và khách quan, đã được xác nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, tháng      năm 2021

**Nguyễn Thị Thùy Lê**

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT</b>	<b>VẤN</b>
<b>ĐỀ.....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1.....</b>	<b>3</b>
<b>TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....</b>	<b>3</b>
1.1. Khái quát về bệnh tim mạch .....	3
1.1.1. Định nghĩa.....	3
1.1.2. Triệu chứng bệnh lý tim mạch .....	4
1.1.3. Các yếu tố nguy cơ.....	9
1.1.4. Điều trị.....	10
1.1.5. Phân loại bệnh lý tim mạch theo ICD-10 (chương IX).....	12
1.2. Tình hình bệnh lý tim mạch trên thế giới và Việt Nam .....	15
1.2.1. Tình hình bệnh lý tim mạch trên thế giới.....	15
1.2.2. Tình hình bệnh lý tim mạch tại Việt Nam .....	16
1.3. Tổng quan về kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại .....	17
1.3.1. Một số khái niệm về Y học cổ truyền .....	17
1.3.2. Tình hình sử dụng YHCT của người dân Việt Nam.....	18
1.3.3. Tầm quan trọng của YHCT trong chăm sóc sức khỏe và sự kết hợp YHCT với YHHĐ .....	19
1.4. Tóm tắt về địa bàn nghiên cứu.....	22
<b>Chương 2.....</b>	<b>23</b>
<b>ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>23</b>
2.1 Đối tượng nghiên cứu.....	23
2.2. Địa điểm nghiên cứu .....	23
2.3. Thời gian nghiên cứu .....	24
2.4. Thiết kế nghiên cứu.....	24
2.5. Cỡ mẫu .....	24
2.6. Cách chọn mẫu nghiên cứu .....	25

2.7. Các biến số nghiên cứu .....	25
2.8. Công cụ và quy trình thu thập thông tin.....	29
2.8.1. Công cụ nghiên cứu .....	29
2.8.2. Quy trình thu thập thông tin.....	29
2.8.3. Cách đánh giá:.....	29
2.9. Sai số và biện pháp khắc phục sai số .....	32
2.10. Phương pháp phân tích số liệu .....	32
2.11. Đạo đức nghiên cứu .....	32
<b>Chương 3.....</b>	<b>34</b>
<b>KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>34</b>
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	34
3.2. Tình trạng bệnh tim mạch và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....	37
3.2.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....	37
3.2.2. Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến bệnh tim mạch.....	40
3.3. Thực trạng điều trị bằng YHCT kết hợp YHHĐ .....	55
<b>Chương 4.....</b>	<b>61</b>
<b>BÀN LUẬN .....</b>	<b>62</b>
4.1. Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.....	62
4.2. Tình trạng bệnh tim mạch và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....	63
4.3. Thực trạng điều trị bằng YHCT kết hợp YHHĐ trên người bệnh tim mạch tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2019-2020. ....	71
4.4. Hạn chế của đề tài .....	75
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>76</b>
<b>KHUYẾN NGHỊ.....</b>	<b>78</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO .....</b>	<b>79</b>
<b>PHỤ LỤC .....</b>	<b>84</b>

## DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BMI	Chỉ số khối cơ thể
BN	Bệnh nhân
BTM	Bệnh tim mạch
CLCS	Chất lượng cuộc sống
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
ĐTĐ	Đái tháo đường
ĐTNC	Đối tượng nghiên cứu
HA	Huyết áp
HĐTL	Hoạt động thể lực
IDI&WPRO	Hiệp hội đái đường các nước châu Á
THA	Tăng huyết áp
YHCT	Y học cổ truyền
YHHD	Y học hiện đại
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Liên hệ tên bệnh trong YHHĐ với bệnh danh trong YHCT một số bệnh tim mạch thường gặp.....	13
Bảng 3. 1. Đặc điểm về nghề nghiệp và trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu .....	34
Bảng 3. 2. Thông tin về tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=300) .....	35
Bảng 3. 3. Phân bố đối tượng theo tình trạng kinh tế và hôn nhân.....	36
Bảng 3. 4. Phân bố đối tượng theo chỉ số khối cơ thể (n=300) .....	37
Bảng 3. 5. Đặc điểm vòng eo của đối tượng nghiên cứu (n=300).....	37
Bảng 3. 6. Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch (n=300).....	38
Bảng 3. 7. Phân bố người bệnh tim mạch theo ICD-10.....	38
Bảng 3. 8. Yếu tố lipid máu của đối tượng nghiên cứu (n=300) .....	39
Bảng 3. 9. Yếu tố Glucose máu của đối tượng nghiên cứu (n=300) .....	39
Bảng 3. 10. Yếu tố Creatinin của đối tượng nghiên cứu (n=300) .....	40
Bảng 3. 11. Hình ảnh siêu âm và X-quang của đối tượng nghiên cứu (n=300) .....	40
Bảng 3. 12. Thực trạng các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến bệnh tim mạch của đối tượng nghiên cứu (n=300) .....	40
Bảng 3. 13. Mối liên quan giữa giới và một số yếu tố của bệnh nhân mắc bệnh tim mạch.....	41
Bảng 3. 14. Mối liên quan giữa tuổi và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân mắc bệnh tim mạch .....	43
Bảng 3. 15. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và nhóm tuổi.....	44
Bảng 3. 16. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và giới.....	45
Bảng 3. 17. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và Cholesterol.....	47
Bảng 3. 18. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và Triglyceride .....	48



Bảng 3. 19. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và LDL-C .....	49
Bảng 3. 20. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và rối loạn Glucose máu.	50
Bảng 3. 21. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT với hành vi hút thuốc lá..	51
Bảng 3. 22. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và chế độ ăn nhiều muối.	52
Bảng 3. 23. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và chế độ dinh dưỡng nhiều rau .....	53
Bảng 3. 24. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và hoạt động thể lực .....	54
Bảng 3. 25. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT với uống rượu bia ở mức nguy cơ .....	55
Bảng 3. 26. Các phương pháp điều trị đang được sử dụng (n=142).....	56
Bảng 3. 27. Thực trạng điều trị các bệnh tim mạch bằng YHCT kết hợp YHHĐ phân loại theo bệnh danh YHCT .....	56
Bảng 3. 28. Các phương pháp điều trị YHCT được sử dụng trong điều trị....	57
Bảng 3. 29. Thực trạng phương pháp điều trị bằng YHCT kết hợp YHHĐ...	57
Bảng 3. 30. Các phương pháp điều trị được sử dụng theo bệnh danh YHCT	58
Bảng 3. 31. Cách dùng thuốc YHCT của người bệnh tại nhà (n=47).....	59
Bảng 3. 32. Lý do không sử dụng thuốc YHCT thường xuyên (n=22) .....	59
Bảng 3. 33. Tỷ lệ người bệnh hiểu mục đích sử dụng YHCT trong điều trị ..	59
Bảng 3. 34. Kết quả điều trị theo bệnh danh YHCT .....	60
Bảng 3. 35. Thời gian điều trị trung bình theo bệnh danh YHCT .....	61

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3. 1. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=300) .....	35
Biểu đồ 3. 2. Tình hình sử dụng BHYT của đối tượng nghiên cứu.....	36

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới; là nguyên nhân của 1/3 các trường hợp tử vong. Theo Tổ chức y tế Thế giới (WHO) năm 2015 có 7 triệu người tử vong do bệnh lý tim mạch, chiếm 31% tỉ lệ tử vong chung, Trong số tử vong này, khoảng 7,4 triệu người tử vong do bệnh mạch vành và 6,7 triệu người tử vong do tai biến mạch máu não. Trong đó các quốc gia đang phát triển chiếm 80% các trường hợp [1]. Cũng theo báo cáo năm 2015, các bệnh tim mạch dẫn đến 17,9 triệu người chết (32,1%) [2].

Bệnh động mạch vành và đột quỵ có thể xảy ra gây tử vong không có sự khác biệt nổi bật về giới tính: theo kết quả điều tra của WHO (2010) cho thấy 80% tử vong ở nam giới do bệnh lý liên quan đến mạch vành và đột quỵ; ở nữ giới chiếm 75% [1]. Hầu hết các bệnh tim mạch ảnh hưởng đến người lớn tuổi. Ở Hoa Kỳ, 11% người từ 20 đến 40 tuổi có bệnh tim mạch, trong khi 37% từ 40 đến 60, 71% người từ 60 đến 80 và 85% người trên 80 tuổi có bệnh tim mạch [3]. Chẩn đoán bệnh thường xảy ra sớm hơn 7-10 năm ở nam giới so với phụ nữ [4].

Tại Việt Nam, theo điều tra của Viện Tim mạch Việt Nam từ năm 2015 thì tỷ lệ tăng huyết áp với người từ 25 tuổi trở lên là 25,1% và những triệu chứng gây nên như tai biến mạch máu não, suy tim, suy thận, nhồi máu cơ tim, ... cũng ngày càng gia tăng ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, sức lao động, chất lượng của cuộc sống của người dân trong cộng đồng [2].

Có nhiều phương pháp điều trị bệnh tim mạch, mỗi ứng dụng phụ thuộc vào tình trạng bệnh và đặc điểm người bệnh. Phương pháp điều trị theo Y học cổ truyền (YHCT) tác động vào nguyên nhân gây bệnh đồng thời cải thiện chức năng tạng phủ nên YHCT vừa có tác dụng chữa bệnh vừa có tác dụng phòng bệnh và ngăn ngừa được nhiều biến chứng của bệnh, do vậy việc kết hợp y học hiện đại (YHHĐ) và YHCT được nhận định đem lại hiệu quả cao

trong điều trị bệnh và hạn chế được tác dụng không mong muốn đối với người bệnh.

Thực trạng đặc điểm bệnh tim mạch và kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại trong điều trị tại các cơ sở chuyên khoa YHCT hiện nay như thế nào? Kết quả trả lời câu hỏi sẽ là cơ sở khoa học và có ý nghĩa thực tiễn đối với việc lập kế hoạch, xây dựng phát triển công tác khám bệnh chữa bệnh tại Bệnh viện Y học cổ truyền nói riêng và công tác y tế dự phòng nói chung về bệnh tim mạch.

Để góp phần trả lời câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **" Đặc điểm và thực trạng điều trị bằng y học cổ truyền kết hợp y học hiện đại bệnh lý tim mạch tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2019-2020"** với 2 mục tiêu:

1. Mô tả một số yếu tố liên quan đến bệnh lý tim mạch điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2019-2020.
2. Đánh giá thực trạng điều trị kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại điều trị bệnh lý tim mạch tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2020.

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

#### **1.1. Khái quát về bệnh tim mạch**

##### **1.1.1. Định nghĩa**

Bệnh tim mạch là một nhóm bệnh bao gồm các bệnh rối loạn chức năng tim và mạch máu. Chủ yếu là các bệnh: bệnh mạch vành; bệnh mạch não; bệnh động mạch ngoại biên; bệnh van tim; bệnh tim bẩm sinh; huyết khối tĩnh mạch sâu và huyết khối động mạch phổi [5].

Bệnh mạch máu ngoại vi hay còn gọi là bệnh mạch máu ngoại biên. Đây là tên gọi chung của các bệnh liên quan đến hệ động mạch nằm cách xa tim. Bệnh do các mảng xơ vữa và huyết khối hình thành gây tắc nghẽn mạch máu, ảnh hưởng tới việc cấp máu cho các chi và có thể ảnh hưởng đến động mạch cung cấp máu cho vùng đầu. Chủ yếu, bệnh mạch máu ngoại vi là các tổn thương động mạch vùng tiểu khung, ở chân và bàn chân. Bệnh tuy không bao gồm các tổn thương ở động mạch tim và mạch máu não nhưng những người bị bệnh mạch ngoại vi lại có nguy cơ cao bị nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ. Người bệnh không có biểu hiện triệu chứng rõ rệt, đến khi tình trạng bệnh nặng mới phát hiện.

Khi có các bệnh lý về tim mạch sẽ gây ảnh hưởng là yếu tố nguy cơ gây ra tổn thương ở các vùng ngoại vi.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh tim mạch bao gồm các bệnh lý của tim, bệnh lý mạch máu ở não và bệnh lý mạch máu ở cơ thể [6].

Yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim mạch: Chế độ dinh dưỡng không lành mạnh, không hoạt động thể chất, sử dụng thuốc lá và các thức uống có hại như cồn là yếu tố nguy cơ hành vi quan trọng nhất gây ra bệnh tim mạch và

đột quy. Các dữ liệu thử nghiệm, dịch tễ học và lâm sàng cung cấp bằng chứng cho vai trò của các yếu tố dinh dưỡng trong bệnh tim mạch và khả năng thay đổi chế độ dinh dưỡng ở những cá nhân có nguy cơ cao và những người có tiền sử bệnh tim mạch để làm giảm tỷ lệ bệnh tim mạch và tử vong trong dân số nói chung [7].

Ngoài ra còn một số yếu tố quyết định khác của bệnh tim mạch bao gồm nghèo đói, căng thẳng và các yếu tố di truyền, tuổi, giới và các bệnh liên quan.

Điều trị bệnh tim mạch bao gồm thay đổi lối sống, điều trị thuốc, phẫu thuật và phục hồi chức năng tim.

Phẫu thuật tim bằng tim phổi máy nhân tạo lần đầu tiên diễn ra vào thế kỷ 19 được thực hiện bởi Francisco và đến nay sự tiến bộ của phẫu thuật tim và các kỹ thuật bỏ qua tim phổi đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong của người bệnh tim mạch [8].

### **1.1.2. Triệu chứng bệnh lý tim mạch**

#### **1.1.2.1. Khó thở**

Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất và là triệu chứng cơ năng đại diện cho suy tim, đặc biệt với suy tim trái là triệu chứng quan trọng để phân độ suy tim theo chức năng của hội tim mạch New York [9].

Bệnh nhân thường cảm giác ngột ngạt, thiếu không khí, phải thở nhanh và nông, phải vùng dậy để thở. Khó thở là do ứ trệ tiểu tuần hoàn, tăng áp lực trong các mao mạch phổi, chèn ép vào các tiểu phế quản và có thể thoát dịch vào phế nang làm hạn chế quá trình trao đổi khí giữa phế nang và mao mạch phổi.

\* Triệu chứng khó thở có thể gặp trong các bệnh lý:

- Suy tim và các bệnh lý tim mạch: tràn dịch màng ngoài tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhồi máu cơ tim, suy tim ở các mức độ khác nhau.
- Khó thở trong các bệnh phổi mãn tính, trong hen phế quản, viêm phổi,

tràn dịch màng phổi, tắc nghẽn động mạch phổi. Khó thở còn gặp trong các bệnh nội khoa khác: thiếu máu do nhiều nguyên nhân khác nhau, khó thở do toan máu, khó thở do ức chế trung khu hô hấp, do tổn thương thần kinh khu trú, bệnh lý thần kinh trung ương.

\* Phân biệt khó thở do các bệnh lý tim mạch và khó thở do bệnh lý hô hấp [9].

- Khó thở do suy tim:

+ Khó thở hai thì, khó thở nhanh, nông, liên quan đến gắng sức

+ Khó thở kèm với nhịp tim nhanh, hồi hộp trống ngực, phù. Khó thở có thể có tím môi và đầu chi, khó thở giảm đi khi được điều trị bằng thuốc cường tim và lợi tiểu.

- Khó thở do bệnh lý phổi (lây khó thở do hen phế quản làm đại diện): khó thở thì thở ra, thở chậm rít, ho có đờm trong, dính, khó thở không liên quan đến gắng sức, không liên quan đến phù, khó thở thành cơn, liên quan đến thay đổi thời tiết hay nhiễm khuẩn, nếu được điều trị bằng các thuốc giãn phế quản thì khó thở giảm hoặc hết.

#### **1.1.2.2. Đau ngực**

Đau ngực là triệu chứng cũng thường gặp trong bệnh lý tim mạch, nhưng điển hình là đau ngực trong thiếu năng động mạch vành tim. Nguyên nhân là do mất cân bằng giữa nhu cầu ôxy của cơ tim và khả năng cung cấp ôxy cho cơ tim [9].

Vị trí: đau điển hình là đau sau xương ức hoặc vùng trước tim, lan ra mặt trong cánh tay, xuống cẳng tay đến ngón 4, 5 bàn tay trái; có khi đau lan lên cổ, hay ra sau lưng, hoặc đau ở vùng thượng vị.

Triệu chứng: đau thắt, bóp nghẹt trong lồng ngực, có khi có cảm giác bỏng rát, cơn đau kéo dài 30 giây tới một vài phút nhưng không quá 15 phút. Có khi cơn đau xuất hiện rõ khi gắng sức.

\* *Phân biệt với các dạng đau ngực khác:*

- Đau màng phổi, bệnh lý u phổi, tràn dịch và tràn khí màng phổi, viêm phổi, tắc mạch phổi.
- Đau ngực do viêm màng ngoài tim.
- Đau ngực do thần kinh, do gãy xương sườn, do zona thần kinh.
- Đau ngực do viêm khớp ức-sụn sườn, đau ngực do vết thương ngực, chấn thương ngực.

Đau ngực có thể xảy ra do một bệnh phổi hoặc một bệnh xương, bệnh thực quản hoặc các bệnh đường tiêu hóa, kích thích rễ dây thần kinh cổ ngực, hoặc do tình trạng lo lắng cũng như nhiều bệnh tim mạch gây nên.

### ***1.1.2.3. Hồi hộp trống ngực***

Là cảm giác tim đập dồn dập, nhanh hơn ở vùng lồng ngực, làm cho bệnh nhân cảm thấy tức nhẹ ngực trái, có khi kèm theo khó thở, có liên quan đến gắng sức, liên quan đến rối loạn nhịp tim: loạn nhịp hoàn toàn, ngoại tâm thu, cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất, nhịp nhanh kịch phát thất...

Hồi hộp đánh trống ngực là do nhịp tim tăng lên để bù trừ khi cung lượng tim giảm trong suy tim, là một trong ba cơ chế bù trừ tại tim trong suy tim.

Hồi hộp trống ngực gặp trên lâm sàng:

- Trạng thái xúc cảm do stress.
- Tim tăng động (Basedow, cường thần kinh giao cảm).
- Trong suy tim, rối loạn nhịp tim, cơn nhịp nhanh kịch phát [9].

### ***1.1.2.4. Ho và ho ra máu***

Ho khan hoặc ho có đờm, ho ra máu: do nhĩ trái to chèn dây thần kinh quặt ngược, tăng áp lực và ứ trệ ở mao mạch phổi, hen tim, phù phổi cấp, tắc động mạch phổi ...

Ho khan về đêm, ho sau gắng sức kèm theo khó thở và có rên ứ đọng ở phổi là triệu chứng của suy tim trái khi có tăng áp lực trong mao mạch phổi.



Ho khạc ra máu, hoặc ra bọt hồng gặp trong suy tim, phù phổi cấp, khi áp lực trong mao mạch phổi tăng nhanh đột ngột  $> 30$  mmHg làm tràn ngập dịch-hồng cầu vào phế quản tận và phế nang, gây ho ra máu.

Phân biệt với ho ra máu trong lao phổi: ho không liên quan đến gắng sức, ho ra máu và có đờm khảm huyết, bệnh nhân có tổn thương phổi trên X quang, có các hội chứng nhiễm độc lao, có các xét nghiệm miễn dịch về lao (+).

Cũng không ngoại lệ với các trường hợp trên, khi bị ho khan hay ho ra máu người ta thường tới khám tại các chuyên khoa tai mũi họng, thậm chí một số người lầm tưởng là lao phổi. Tuy nhiên, lao phổi khi ho sẽ không liên quan tới các hoạt động gắng sức, người ta sẽ tìm thấy các tổn thương phổi khi chụp X-quang, và kết quả là dương tính với các xét nghiệm tìm khuẩn lao [9].

#### **1.1.2.5. Phù**

Phù là triệu chứng hay gặp khi có suy tim mãn (độ III, IV). Phù là triệu chứng điển hình khi có suy tim phải, do ứ trệ tĩnh mạch do tim phải suy giảm khả năng hút máu tĩnh mạch về tim, gây nên tăng áp lực tĩnh mạch, tăng tính thấm làm thoát dịch ra ngoài mao mạch, dịch ứ lại ở gian bào gây nên phù. Tăng áp lực tĩnh mạch ngoại vi, làm tăng áp lực lên tĩnh mạch chủ trên và làm tăng áp lực tĩnh mạch cửa, dẫn đến tăng áp lực tĩnh mạch trong gan, làm gan to ra, kèm theo tĩnh mạch cổ nổi.

Phù trong suy tim là phù toàn thể, nhìn rõ nhất ở vùng xa cơ thể, phù xuất hiện trước ở 2 chân sau đó phù toàn thân, phù liên quan đến khó thở và tím.

Phù giảm đi khi được điều trị bằng thuốc lợi tiểu, thuốc cường tim, thuốc kháng aldosteron.

Phân biệt phù do suy tim với các phù khác: phù thận, phù do xơ gan, phù thiếu dưỡng, phù do nội tiết, phù dị ứng [9].

### **1.1.2.6. Tím tái da và niêm mạc**

Là triệu chứng xuất hiện khi suy tim mãn tính, đặc biệt là suy tim phải, hoặc các bệnh tim bẩm sinh. Tím thường được phát hiện ở đầu chi, ở đầu mũi, dái tai, niêm mạc dưới lưỡi. Tím trong bệnh tim mạch có liên quan đến khó thở, liên quan đến phù 2 chân, phù mắt.

Một số bệnh tim có tím:

- Suy tim phải, suy tim toàn bộ.
- Thông liên nhĩ, thông liên thất.
- Tứ chứng Fallot, hẹp động mạch phổi.
- Tâm - phế mãn tính.
- Hội chứng Pick (viêm màng ngoài tim mãn tính co thắt) [9].

### **1.1.2.7. Ngất**

Là tình trạng thiếu ôxy não đột ngột do giảm cung cấp máu lên não, ngất xảy ra khi lượng máu lên não giảm 50% so với bình thường [9].

Bệnh nhân đột ngột mất ý thức, tự tỉnh lại trong vòng 1 phút. Mạch thường rối loạn nhanh hoặc rất chậm, mạch nhỏ, yếu, huyết áp tụt, vã mồ hôi lạnh, da xanh tái.

Ngất gặp trong một số bệnh lý sau: Hở hẹp lỗ van động mạch chủ, hẹp khít van 2 lá; Bệnh cơ tim, nhồi máu cơ tim, u nhầy nhĩ trái; Suy tim nặng; Hội chứng chèn ép tim cấp; Blocc nhĩ-thất độ III, suy yếu nút xoang; Nhịp nhanh thất, rung thất.

Cần phân biệt ngất với một số bệnh lý sau: Hôn mê hạ đường huyết; Động kinh.

### **1.1.2.8. Đau tức vùng gan**

Là cảm giác đau tức nặng hạ sườn phải khi gan to ra, thường gặp trong suy tim phải, suy tim toàn bộ độ III, IV.

Gan to là do ứ máu tĩnh mạch trong gan làm căng vỏ Glitsson của gan gây cảm giác đau. Gan to, đau thường kèm theo các triệu chứng khác của suy

tim phải: tĩnh mạch cổ nổi, phù, tím đầu chi, đi tiểu ít. Gan bở đau và nhỏ lại khi được điều trị bằng thuốc lợi tiểu, thuốc cường tim (còn gọi là gan đàn xếp) [9].

#### **1.1.2.9. Nuốt nghẹn**

Là cảm giác khi bệnh nhân ăn, uống nước khó khăn, bị nghẹn, sặc, khó nuốt. Khó nuốt trong bệnh lý tim mạch là do nhĩ trái, thất trái to chèn ép vào thực quản gây ra triệu chứng này [9].

Xác định rõ nhĩ trái, thất trái to chèn thực quản khi chụp X quang tim phổi ở tư thế nghiêng trái có uống barite.

Nhĩ trái to chèn thực quản gặp trong một số bệnh: hẹp lỗ van 2 lá, hở van 2 lá...

#### **1.1.2.10. Một số triệu chứng khác**

\* **Nói khàn:** Do nhĩ trái to chèn vào dây thần kinh quặt ngược gây ra triệu chứng nói khàn [9].

\* **Đau cách hồi:** Xảy ra khi bệnh nhân đi lại xa, thấy đau ở vùng bắp chân, nghỉ ngơi thì giảm. Do thiếu máu ở vùng cơ bắp của bắp chân làm bệnh nhân xuất hiện đau khi đi bộ. Nguyên nhân: xơ vữa động mạch, bệnh Burger, viêm tắc động mạch chi [9].

\* **Vàng da và niêm mạc:** Da và niêm mạc bệnh nhân vàng dần lên là triệu chứng thường gặp trong xơ gan tim khi có suy tim nặng kéo dài. Các đường mật trong gan bị chèn ép do tăng áp lực tĩnh mạch trong gan hoặc do tăng tổ chức xơ ở khoảng cửa, chèn ép vào đường mật, gây tăng bilirubin máu. Mức độ vàng da và niêm mạc giảm đi khi được điều trị bằng thuốc lợi tiểu, cường tim và kháng aldosteron [9].

#### **1.1.3. Các yếu tố nguy cơ**

Yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch là các yếu tố liên quan với sự gia tăng khả năng bị mắc bệnh tim mạch. Thường thì các yếu tố nguy cơ hay đi cùng nhau, thúc đẩy nhau phát triển và làm nguy cơ bị bệnh tăng theo cấp số

nhân. Một số các yếu tố nguy cơ thường gặp của bệnh tim mạch gồm [9]:

Các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được:

- + Tuổi
- + Giới
- + Di truyền

Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được:

- + Tăng huyết áp
- + Rối loạn lipid máu
- + Hút thuốc lá
- + Thừa cân, béo phì
- + Giảm dung nạp đường
- + Lười vận động

Các yếu tố nguy cơ khác:

- + Căng thẳng
- + Estrogen
- + Tăng đông máu
- + Rối loạn các thành phần Apo Protein máu
- + Uống rượu quá mức
- + Hói sớm và nhiều đỉnh đầu ở nam
- + Mãn kinh sớm ở nữ
- + chủng tộc...

#### **1.1.4. Điều trị**

##### ***1.1.4.1. Điều trị theo YHHD***

Phương pháp điều trị bệnh tim khác nhau. Có thể cần thay đổi lối sống, thuốc men, phẫu thuật hay thủ thuật y khoa khác như là một phần của điều trị. Điều trị bệnh tim do mạch máu: Mục tiêu điều trị các bệnh về động mạch (bệnh tim mạch) thường mở động mạch bị thu hẹp gây ra các triệu chứng. Phổ biến là bệnh động mạch ngoại biên, động mạch chủ. Tùy thuộc vào mức độ

nghiêm trọng của tắc nghẽn động mạch, điều trị có thể bao gồm: Thay đổi lối sống, dùng thuốc, thủ thuật y tế hoặc phẫu thuật [9].

Điều trị bệnh tim do rối loạn nhịp tim: Tùy theo mức độ của tình trạng, bác sĩ chỉ đơn giản có thể đề nghị nghiệm pháp hoặc thuốc để điều chỉnh nhịp tim không đều. Cũng có thể sẽ cần một thiết bị y tế hoặc phẫu thuật nếu tình trạng nghiêm trọng hơn.

Điều trị bệnh tim do dị tật tim: Một số khuyết tật tim là nhỏ và không cần điều trị, trong khi những người khác có thể yêu cầu kiểm tra thường xuyên, ngay cả khi dùng thuốc hoặc phẫu thuật. Tùy thuộc vào khiếm khuyết và mức độ nghiêm trọng, điều trị có thể bao gồm: Thuốc, thủ thuật sử dụng ống thông, phẫu thuật tim mở, cấy ghép tim.

Điều trị bệnh tim do cơ tim: Điều trị bệnh cơ tim khác nhau, tùy thuộc vào loại bệnh cơ tim và mức độ nghiêm trọng. Phổ biến là bệnh tim mạch vành. Phương pháp điều trị có thể bao gồm: dùng thuốc, thiết bị y tế (máy tạo nhịp tim, máy khử rung tim), cấy ghép tim.

Điều trị các bệnh tim do nhiễm trùng tim: Việc điều trị các bệnh nhiễm trùng tim như viêm nội tâm mạc, viêm màng ngoài tim hoặc viêm cơ tim thường là thuốc men, có thể bao gồm: Thuốc kháng sinh, các loại thuốc để điều chỉnh nhịp tim.

Điều trị bệnh tim do van tim: Mặc dù phương pháp điều trị cho các bệnh van tim có thể thay đổi tùy thuộc vào van bị ảnh hưởng và mức độ nghiêm trọng của tình trạng, lựa chọn điều trị thường bao gồm: Thuốc, sửa van bằng bóng, phẫu thuật sửa chữa van hoặc thay thế.

#### ***1.1.4.2. Điều trị bằng YHCT***

Dùng thuốc YHCT để cải thiện chức năng tạng phủ, vừa có tác dụng chữa bệnh vừa có tác dụng phòng bệnh và ngăn ngừa các biến chứng của bệnh.

Các phương pháp khác: tùy theo nguyên nhân, thể bệnh và tình trạng của người bệnh để lựa chọn các phương pháp điều trị khác nhau như châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, giác hơi,..

YHCT cho rằng tất cả tinh thần, ý thức, tư tưởng đều do công năng của tim (âm) làm chủ cho nên tâm là đại chủ của lục phủ ngũ tạng, là nơi cư trú của thần minh, là nguồn gốc của sinh mệnh, là nơi biến hóa của thần. Tùy theo từng chứng bệnh cụ thể của tâm mà có cách trị liệu phù hợp. Sau đây là một số chứng bệnh do tâm thường gặp [51]:

- Tâm âm hư, tâm huyết hư: Bệnh nhân hồi hộp, trống ngực, dễ kinh sợ, mất ngủ, mơ nhiều, hay quên, mạch tế. Điều trị cần bổ tâm huyết, dưỡng tâm an thần định chí.

- Tâm khí hư, tâm dương hư: Tâm quý, khí đoản, hoạt động các triệu chứng nặng thêm, mạch hư nhược hoặc kết đại. Điều trị cần bổ ích tâm khí, ôn bổ tâm dương.

- Tâm dương hư thoát: Đau xiên từ ngực ra sau lưng, ra mồ hôi nhiều, tứ chi quyết lạnh, thở yếu, môi xanh tím, thần chí mơ hồ hoặc hôn mê, mạch vi muốn tuyệt. Điều trị: Hồi dương cứu nghịch

- Tâm hỏa thịnh: Tâm phiền mất ngủ, mặt đỏ miệng khát, đầu lưỡi đỏ, có thể có đau loét lưỡi, mạch sắc. Điều trị cần thanh tâm tả hỏa.

- Đàm mê tâm khiêu: Tinh thần uất ức, rối loạn ý thức, nói nhảm, đột nhiên hôn mê, trong họng có tiếng đờm, rêu trắng bản, mạch hoạt. Pháp điều trị: Điều đàm khai khiêu

- Đàm hỏa nhiễu tâm: Tâm phiền mất ngủ, miệng đắng, đại tiện táo, tiểu đỏ, chất lưỡi vàng bản, mạch hoạt sắc. Pháp điều trị: Thanh tâm hoá đàm.

Phòng bệnh: Ăn nhiều rau xanh, hoa quả, cá; Cắt giảm các chất béo có hại; Kiểm tra sức khỏe thường xuyên; Có lối sống lành mạnh, giảm stress, chăm luyện tập thể dục, vận động; Không hút thuốc, uống rượu bia [9].

### **1.1.5. Phân loại bệnh lý tim mạch theo ICD-10 (chương IX)**

\* Theo phân loại bệnh tật ICD-10 (Chương IX), các bệnh lý tim mạch như sau [10]:

I00-I02	Thấp khớp cấp
I05-I09	Bệnh tim mãn tính do thấp
I10-I15	Bệnh lý tăng huyết áp
I20-I25	Bệnh tim thiếu máu cục bộ
I26-I28	Bệnh tim do phổi và bệnh tuần hoàn phổi
I30-I52	Thể bệnh tim khác
I60-I69	Bệnh mạch máu não
I70-I79	Bệnh động mạch, tiểu động mạch và mao mạch
I80-I89	Bệnh tĩnh mạch, mạch bạch huyết và hạch bạch huyết không phân loại nơi khác
I95-I99	Rối loạn khác và không xác định của hệ tuần hoàn

\* Phân loại bệnh lý tim mạch theo Y học cổ truyền được dựa trên Quyết định 6061/QĐ-BYT ngày 29/12/2017 tại Phụ lục 05 quy định như sau [10]:

Bệnh tuần hoàn mã hoá theo YHCT được quy định sử dụng mã bệnh U58 với các chứng bệnh sau: Bán thân bất toại; Thất ngôn; Chân tâm thống; Quyết tâm thống; Chứng nuy; Chứng kính; Ma mộc; Chứng thoát; Đàm thấp; Huyền vụng; Đầu thống; Mạch tý; Thoát thư; Hạ trĩ; Tâm quý; Chính xung; Hung thống; Tâm thống; Phúc thống; Trúng phong tạng phủ; Trúng phong kinh lạc.

**Bảng 1.1. Liên hệ tên bệnh trong YHHĐ với bệnh danh trong YHCT một số bệnh tim mạch thường gặp.**

STT	Bệnh danh YHHĐ	Mã bệnh YHHĐ	Bệnh danh YHCT	Mã bệnh YHCT
1	Cơn đau thắt	I20	Chân tâm thống	U58.031

	ngực		Quyết tâm thống Tâm thống	U58.032 U58.601.9
2	Tăng huyết áp nguyên phát	I10	Huyết vựng	U58.091
3	Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn	I25	Tâm quý Tâm thống	U58.581 U58.582
4	Loạn nhịp tim	I49	Tâm quý Chính xung	U58.521 U58.522
<i>STT</i>	<i>Bệnh danh YHHD</i>	<i>Mã bệnh YHHD</i>	<i>Bệnh danh YHCT</i>	<i>Mã bệnh YHCT</i>
5	Xuất huyết nội sọ	I61	Trúng phong kinh lạc Trúng phong tạng phủ	U58.722 U58.721
6	Nhồi máu não	I63	Trúng phong kinh lạc Trúng phong tạng phủ	U58.742 U58.741
7	Tai biến mạch máu não	I64	Trúng phong kinh lạc Trúng phong tạng phủ	U58.752 U58.751
8	Bệnh mạch máu não khác	I67	Đầu thống Huyết vựng	U58.122 U58.121
9	Di chứng bệnh mạch máu não	I69	Chứng nuy Chứng kính	U58.061 U58.062



10	Xơ vữa động mạch	I70	Đàm thấp	U58.081
----	------------------	-----	----------	---------

## 1.2. Tình hình bệnh lý tim mạch trên thế giới và Việt Nam

### 1.2.1. Tình hình bệnh lý tim mạch trên thế giới

Bệnh tim mạch là một trong những bệnh phổ biến nhất trên thế giới với sự gia tăng ngày một nhanh chóng. Hiện nay, bệnh tim mạch là một trong những mối đe dọa nghiêm trọng và ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống con người trong xã hội hiện đại.

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), mỗi năm trên thế giới có khoảng 20 triệu người tử vong do bệnh tim mạch. Bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn cầu: số người chết hàng năm do bệnh tim mạch cao hơn bất kỳ nguyên nhân nào khác. Ước tính có 17,9 triệu người chết vì bệnh tim mạch trong năm 2016, chiếm 31% tổng số ca tử vong trên toàn cầu. Trong số này, 85% là do nhồi máu cơ tim và đột quỵ [11].

Vào năm 2015, khoảng 17,7 triệu người đã chết vì bệnh tim mạch, chiếm 1/3 (31%) tổng số ca tử vong trên thế giới. Trong số những người tử vong này: 7,4 triệu người chết do bệnh mạch vành; 6,7 triệu người chết do đột quỵ. Vào năm 2030 dự báo sẽ có 23,6 triệu người sẽ chết vì bệnh tim mạch 80% số ca tử vong xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [5].

Ở các nước phát triển, bệnh tim mạch cũng là nguyên nhân chính gây tử vong. Đối với phụ nữ Hoa Kỳ, bệnh tim là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Thống kê bệnh tim mạch và đột quỵ năm 2013 theo báo cáo từ hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ, tỷ lệ dân số tử vong do bệnh tim mạch là 40,6%, trong đó cao huyết áp chiếm 24,5%; hút thuốc là 13,7%; do chế độ ăn uống là 13,2%; hoạt động thể chất là 11,9%; trong số 289.758 trường hợp tử vong cứ 4 người phụ nữ chết thì có 1 phụ nữ chết do mắc bệnh tim mạch [12].

Người ta ước tính rằng hơn 4 triệu người Canada có huyết áp cao, theo Tổ chức Heart and Stroke Foundation của Canada, bệnh tim mạch gây ra 36% số ca tử vong vào năm 2010 và chiếm 18% tổng chi phí bệnh viện ở Canada. Đa số người Canada có ít nhất một số yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh tim mạch, như hút thuốc lá, không hoạt động thể chất, tiểu đường, béo phì, cao huyết áp, thiếu ăn rau quả hàng ngày và các yếu tố tâm lý xã hội, làm cho những người này dễ bị phát triển bệnh nghiêm trọng hơn [13].

### **1.2.2. Tình hình bệnh lý tim mạch tại Việt Nam**

Tại Việt Nam, bệnh tim mạch có xu hướng tăng lên rõ rệt. Tại Việt Nam, các bệnh tim mạch là nguyên nhân gây ra 31% tổng số ca tử vong trong năm 2016. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành từ 18-69 tuổi là 18,9%, theo điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm STEPS năm 2015; tuy nhiên chỉ có 13,6% bệnh nhân tăng huyết áp được báo cáo là được quản lý tại một cơ sở y tế [11].

Theo PGS. TS. BS. Trương Quang Bình – Phó Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Giám đốc Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, hiện nay ở người trên 60 tuổi, cứ 2 người thì có 1 người bị tăng huyết áp, tỷ lệ chiếm hơn 50%. Tại Việt Nam, các bệnh lý về tim mạch cướp đi sinh mạng của khoảng 200.000 người mỗi năm, chiếm 1/4 tổng số trường hợp tử vong trong dân số. Ở người trưởng thành tỷ lệ bị tăng huyết áp là hơn 25%. Bệnh đái tháo đường cũng tăng nhanh, được coi là đại dịch khi chiếm 8%. Bên cạnh đó, tỷ lệ rối loạn mỡ máu còn cao hơn tỷ lệ bị đái tháo đường [14].

Đây là những bệnh có tỉ lệ mắc ngày càng cao trong cộng đồng. Khi mắc phải những bệnh tim mạch chuyển hóa này, người bệnh dễ gặp phải biến cố tim mạch như nhồi máu cơ tim, đột quỵ... Các bệnh lý này thường đi kèm nhau, thúc đẩy nhau phát triển và làm nguy cơ bị bệnh tăng theo cấp số nhân.

Đầu tháng 10/2018, Hội Tim mạch Việt Nam đã tổ chức hội nghị Tim mạch với sự tham dự của 2.000 đại biểu khách mời trong nước và quốc tế. Trao đổi thông tin tại hội nghị, các chuyên gia về tim mạch học Việt Nam cho biết, hiện nay, bệnh tim mạch đã và đang là một gánh nặng cho xã hội với tỉ lệ tử vong và tàn phế cao nhất. Bên cạnh đó, chi phí cho chăm sóc, điều trị bệnh tim mạch cũng là gánh nặng đáng kể với hàng trăm tỉ USD mỗi năm. Tổ chức Y tế thế giới ước tính, hàng năm có đến 17,5 triệu người tử vong do các bệnh liên quan đến tim mạch và số bệnh nhân tích lũy ngày một nhiều [15].

Theo nghiên cứu của Hội Tim mạch Việt Nam, hiện Việt Nam có 25% dân số mắc bệnh về tim mạch và tăng huyết áp. Đặc biệt, trong những năm gần đây, bệnh lý tăng huyết áp đang được trẻ hóa với rất nhiều đối tượng đang còn trong độ tuổi lao động. Tỉ lệ tăng huyết áp của những người từ 25 tuổi trở lên ở Việt Nam đã là 47%. Thế nhưng đến nay vẫn còn nhiều người thờ ơ, chủ quan với sức khỏe tim mạch của chính mình [15].

Trong khi đó, phân tích về các nguyên nhân gây bệnh, GS.TS Nguyễn Lâm Việt - Chủ tịch Hội Tim mạch Việt Nam nhấn mạnh, các bệnh lý thì bệnh lý tim mạch có thể phòng ngừa được. Bởi ngoài những nguyên nhân mắc bệnh do tuổi cao, yếu tố di truyền, chủng tộc không thay đổi được thì nhiều nguyên nhân khác lại có thể kiểm soát.

### **1.3. Tổng quan về kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại**

#### **1.3.1. Một số khái niệm về Y học cổ truyền**

- Thuốc YHCT (bao gồm cả vị thuốc YHCT và thuốc thang) là thuốc có thành phần là dược liệu được chế biến, bào chế hoặc phối ngũ theo lý luận và phương pháp của YHCT hoặc theo kinh nghiệm dân gian thành chế phẩm có dạng bào chế truyền thống hoặc hiện đại [16].

- Vị thuốc YHCT là một loại dược liệu được chế biến theo lý luận và phương pháp của YHCT dùng để sản xuất thuốc cổ truyền hoặc dùng để

phòng bệnh, chữa bệnh.

- Thuốc thang là một dạng thuốc cổ truyền gồm có một hoặc nhiều vị thuốc cổ truyền kết hợp với nhau theo lý luận của YHCT hoặc theo kinh nghiệm dân gian được đóng gói theo liều sử dụng.

- Thuốc thành phẩm YHCT (thuốc đông y, thuốc từ dược liệu) là dạng thuốc YHCT đã qua tất cả các giai đoạn sản xuất, kể cả đóng gói và dán nhãn, bao gồm: Thuốc dạng viên, thuốc dạng nước, thuốc dạng chè, thuốc dạng bột, thuốc dạng cao và các dạng thuốc khác

- Thuốc Bắc là những vị thuốc, bài thuốc có nguồn gốc từ phương bắc. Việc thu hái, lựa chọn, bào chế, bảo quản, sử dụng đều theo y lý Trung y.

- Thuốc Nam có hai loại

+ Một là những vị thuốc, bài thuốc kinh nghiệm dân gian, gia truyền trong từng gia đình, từng địa phương, từng sắc tộc, cha truyền con nối tới ngày nay.

+ Hai là những vị thuốc và bài thuốc chủ yếu xuất phát từ nguồn gốc dược liệu trong nước, được bào chế, sử dụng theo lý thuyết kinh điển YHCT, âm dương ngũ hành, tứ khí, ngũ vị, thăng giáng phù trầm.

### **1.3.2. Tình hình sử dụng YHCT của người dân Việt Nam**

Tại Việt Nam có rất nhiều những nghiên cứu về thực trạng sử dụng YHCT nói chung. Với nghiên cứu của chúng tôi, thực hiện nghiên cứu về thực trạng sử dụng YHCT có kết hợp với YHHĐ trong điều trị các bệnh lý về tim mạch là một chủ đề không phải là mới nhưng cũng không phải là cũ. Tuy nhiên, những nghiên cứu chi tiết như vậy còn hạn chế về mặt số lượng. Hơn nữa, phần lớn nghiên cứu thường chỉ tập trung vào một bệnh cụ thể như tăng huyết áp, thiếu máu não,... cho nên khi thực hiện nghiên cứu này cũng gặp nhiều hạn chế.

Sau đây là một vài nghiên cứu đã thực hiện tại nước ta về đánh giá thực trạng YHCT nói chung và tình hình một số bệnh tim mạch, điển hình là tăng huyết áp.

Nghiên cứu của Trần Thủy Sóng tại Hà Nội cho thấy, sử dụng thuốc YHCT là nhiều nhất ở cơ sở y tế (CSYT) công lập với 68% và CSYT ngoài công lập với 95,7%, châm cứu được sử dụng với tỷ lệ 76% ở cơ sở y tế công lập và 85,1% ở CSYT ngoài công lập [17].

Tác giả Phạm Việt Hoàng nghiên cứu tại Hưng Yên cho thấy: tỷ lệ sử dụng YHCT trên tổng số bệnh nhân điều trị tại cơ sở y học cổ truyền tại bệnh viện YHCT tuyến tỉnh là 99,9%. Các phương pháp YHCT tại bệnh viện YHCT tỉnh có tỷ lệ sử dụng thuốc, châm cứu, xoa bóp-bấm huyết, khí công-dưỡng sinh lần lượt là 99,8%, 84,3%, 64,8% [18].

Điều tra của Nguyễn Thị Bay trên 933 hộ dân tại Thuận An, Bình Dương, kết quả cho thấy: Thích dùng các phương pháp điều trị bằng y học cổ truyền nói chung: 87,4%. Biện pháp chọn dùng: Cạo gió 81,6%; Xoa bóp 18,2%; Châm cứu 16,8%, thuốc Nam 10,4% [19].

Theo PGS.TS.Nguyễn Nhược Kim: Ở những bệnh nhân đã THA ở mức độ cao hơn tất nhiên phải kiểm soát huyết áp bằng các thuốc YHHĐ nhưng có thể tham khảo các phương pháp luyện tập không dùng thuốc của YHCT như khí công, dưỡng sinh có hướng dẫn khoa học và có thể sử dụng thêm các vị thuốc thảo mộc có tác dụng hạ huyết áp, tăng sức bền thành mạch, an thần như hòe hoa, tâm sen...có sự đánh giá, kiểm soát của các thầy thuốc chuyên ngành tim mạch. Điều này có thể thấy rằng vai trò của YHCT trong kiểm soát, dự phòng THA sẽ phát huy tác dụng khi có sự trợ giúp của YHHĐ [20].

### **1.3.3. Tầm quan trọng của YHCT trong chăm sóc sức khỏe và sự kết hợp YHCT với YHHĐ**

Hiện nay YHCT đã được hơn 120 nước trên thế giới, kể cả các nước phát triển sử dụng YHCT để khám chữa bệnh cho nhân dân. Vai trò và hiệu

quả của YHCT trong khám chữa bệnh nhân dân ngày càng được nhiều nước thừa nhận và sử dụng rộng rãi không chỉ đơn thuần là khám chữa bệnh mà còn để phòng bệnh, phục hồi chức năng, nâng cao sức khỏe [21] [22].

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khẳng định “Cần đề cao và khai thác mạnh mẽ hơn nữa khả năng và hiệu quả của YHCT trong chăm sóc sức khỏe (CSSK) nhân dân. Phải đánh giá và công nhận giá trị của nó làm cho nó ngày càng hữu hiệu hơn. Đó là hệ thống khám, chữa bệnh mà từ trước tới nay được nhân dân coi như của mình, chấp nhận một cách gần như đương nhiên. Hơn thế nữa, dù ở đâu, trong hoàn cảnh nào nó cũng chỉ mang lại lợi ích nhiều hơn so với các phương pháp khác vì nó là một bộ phận không thể tách rời nền văn hóa của nhân dân” [23].

Theo WHO, YHCT là tổng hợp các kiến thức, kỹ năng, thực hành chăm sóc toàn diện để bảo vệ sức khỏe và điều trị bệnh dựa trên các lý thuyết, lòng tin và kinh nghiệm truyền từ đời này sang đời khác ở địa phương [24].

YHCT có nhiều đóng góp đặc biệt trong CSSK ban đầu. Tuyên bố của Alma - Ata đã thông qua tại Hội nghị Quốc tế về CSSK ban đầu đã kêu gọi đưa YHCT vào hệ thống y tế cơ bản đặc biệt là tại cấp cộng đồng để thực hiện mục tiêu Sức khỏe và lấy CSSK ban đầu làm đường lối để thực hiện [25].

Chiến lược YHCT ở khu vực Tây Thái Bình Dương (2011-2020) cho thấy tỷ lệ sử dụng YHCT ở một số nước trong khu vực đang là vấn đề được nhiều nước quan tâm. Tuy nhiên, do tiềm năng, điều kiện kinh tế, văn hoá, xã hội của mỗi nước khác nhau, nên các hình thái tổ chức và phương thức hoạt động của YHCT rất đa dạng và không giống nhau giữa các nước [26].

Hiện đại hóa YHCT là ứng dụng những thành tựu về lí luận, nhận thức lẫn những phương pháp nghiên cứu tiên tiến nhất của khoa học hiện đại (bao gồm cả YHHĐ) vào YHCT. Mục đích của quá trình này nhằm nâng cao tính khoa học, tính hiện đại của YHCT, nhưng đồng thời không làm mất đi đặc điểm riêng của YHCT. Kết hợp YHCT với YHHĐ là tìm ra những đặc điểm

chung giữa hai nền y học trên các mặt lí luận, điều trị và dự phòng... Việc phát huy những ưu điểm và khắc phục những nhược điểm giúp cho tinh hoa về lí luận và phương pháp của hai nền y học có cơ hội kết hợp trở thành một hệ thống y học chung cho công cuộc chăm sóc sức khỏe nhân dân. Cả hai việc hiện đại hóa YHCT và kết hợp YHCT với YHHĐ đều sử dụng những thành tựu mới nhất của khoa học tự nhiên và khoa học xã hội để YHCT ngày càng hoàn thiện và phát triển [27].

Đông y – Tây y như hai bàn tay người thầy thuốc. Việt Nam có thể tự hào là một trong những quốc gia đi tiên phong xây dựng định hướng phát triển y học, y tế khoa học, đại chúng, kết hợp cổ truyền và hiện đại. Y học cổ truyền Việt Nam là một bộ phận quan trọng trong nền văn hóa cộng đồng các dân tộc, gắn liền với kinh nghiệm phòng chữa bệnh có lịch sử lâu đời, có nguồn dược liệu phong phú, phù hợp với điều kiện khí hậu, bệnh tật con người Việt Nam. Do đó, thầy thuốc Tây phải học đông y, thầy thuốc ta cũng phải học thuốc tây. Thầy thuốc ta, thầy thuốc tây đều phải phục vụ nhân dân, như người có hai bàn tay cùng làm việc thì việc làm mới tốt.

Ưu điểm của nền “y học thuốc ta” là vận dụng sáng tạo triết học cổ phương đông vào chẩn trị. Vì thế, các thầy thuốc đông y luôn có cách nhìn người bệnh toàn diện, từ đó có sự điều chỉnh, nâng cao sức đề kháng của cơ thể nhằm khắc phục bệnh tật; rất phù hợp với yêu cầu phòng trị nhiều bệnh lý mạn tính hiện nay. Đặc biệt, thuốc và các biện pháp không dùng thuốc (dưỡng sinh, châm cứu xoa bóp, ẩm thực trị liệu...) đều có nguồn gốc tự nhiên, vốn quen thuộc, thân thiện với con người và luôn có sẵn ở mọi lúc mọi nơi, phần lớn ít độc, ít tác dụng phụ.

Dĩ nhiên, y học cổ truyền cũng có những hạn chế, đó là phần lớn các công cụ chẩn đoán, điều trị còn thô sơ, chưa được tiêu chuẩn hóa; phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm cá nhân và biến đổi của điều kiện thiên nhiên. Đó cũng là lý do vì sao cho đến nay y học cổ truyền vẫn chưa đáp ứng được

những yêu cầu ứng dụng rộng rãi, hiệu quả và kịp thời trong phòng trị các bệnh lý cấp tính, cấp cứu, lây nhiễm rộng và nhanh. Y học hiện đại nhờ ứng dụng những thành quả công nghệ khoa tiên tiến của nhân loại với các trang thiết bị hiện đại, các hóa dược mạnh, có thể chẩn đoán, can thiệp, điều trị kịp thời, có hiệu quả cao các bệnh lý cấp cứu, ngoại khoa, cấp tính, truyền nhiễm... thậm chí nếu cần thiết có thể cấy ghép, thay thế các bộ phận bệnh lý.

Tuy nhiên, hạn chế của y học hiện đại lại chính là việc người bệnh, thậm chí cả thầy thuốc dễ bị rơi vào tình trạng lạm dụng thuốc. Các dược chất bị lạm dụng vốn chưa từng có trong tự nhiên, xa lạ với cơ thể con người, đã và đang gây nhiều tác hại cho sức khỏe nhân loại... Ngoài ra, sự phát triển quá nhanh, quá sâu của các chuyên khoa hẹp cũng là điều kiện thuận lợi cho khuynh hướng chỉ quan tâm tới chữa bệnh đơn thuần, coi nhẹ việc chăm sóc nhằm cải thiện khả năng tự điều chỉnh, tích cực, chủ động bảo vệ sức khỏe của người bệnh.

Chính vì thế, để đạt mục tiêu nâng cao sức khỏe, an toàn, hiệu quả, hiện đại, dễ tiếp cận trong khám chữa bệnh, xu hướng của các nước là kết hợp hai nền y học một cách toàn diện, chặt chẽ. Kết hợp hai nền y học chính là một bước nâng cao của quá trình kế thừa, trong quá trình kết hợp mỗi nền y học cần chọn lọc, giữ lại những phần tinh hoa, loại bỏ, hạn chế những phần độc hại, lạc hậu, để xây dựng một nền y học thực sự vì con người, cho con người.

#### **1.4. Tóm tắt về địa bàn nghiên cứu**

Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng được thành lập năm 1962, trải qua hơn 50 năm hình thành và phát triển, Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng có quy mô 220 giường bệnh với diện tích 24.500m<sup>2</sup>, bao gồm các khối công trình khám, kỹ thuật nghiệp vụ, hành chính; nhà điều trị nội trú; khoa dinh dưỡng, dịch vụ tổng hợp; khoa dược và bào chế thuốc, khoa vật tư thiết bị y tế; khoa chống nhiễm khuẩn, nhà nôi hơi, vườn cây thuốc nam, bãi đỗ



xe. Việc đầu tư xây dựng cơ sở vật chất cho Bệnh viện Y học Cổ truyền và đưa vào hoạt động cơ sở mới đã góp phần củng cố và phát triển mạng lưới y dược trên địa bàn thành phố, hiện đại hóa và đẩy mạnh phát triển y dược cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền, đáp ứng nhu cầu bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cho người dân thành phố và các địa phương lân cận. Đây cũng là một trong những điều kiện để góp phần xây dựng y tế Hải Phòng trở thành Trung tâm y tế vùng Duyên hải Bắc Bộ.

## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

- Nhóm 1: Bệnh án có chẩn đoán theo ICD – 10 thuộc hệ tuần hoàn điều trị tại các khoa lâm sàng bệnh viện YHCT Hải Phòng trong thời gian từ 1/2019 đến 7/2020.

- Nhóm 2: Bệnh nhân, bệnh án có chẩn đoán theo ICD – 10 thuộc hệ tuần hoàn điều trị tại các khoa lâm sàng bệnh viện YHCT Hải Phòng trong thời gian từ 1/2020 đến 7/2020.

**\* Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Người bệnh được chẩn đoán xác định mắc bệnh hệ tim mạch theo ICD-10.

- Người bệnh được chẩn đoán xác định mắc bệnh hệ tim mạch theo danh mục bệnh y học cổ truyền.

- Đối tượng nghiên cứu có khả năng cung cấp đầy đủ thông tin

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**\* Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Người không mắc các bệnh hệ tim mạch theo ICD-10 và theo danh mục bệnh y học cổ truyền.

- Người bệnh chuyển viện.

- Người bệnh bỏ điều trị, không theo dõi được tình trạng bệnh.

- Người bị tâm thần, rối loạn trí nhớ.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2.2. Địa điểm nghiên cứu

- Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng (thôn Cái Tát, xã An Đồng, huyện An Dương, thành phố Hải Phòng).

## 2.3. Thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: được tiến hành từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2020.

## 2.4. Thiết kế nghiên cứu

- Theo thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

## 2.5. Cỡ mẫu

- *Nhóm 1*: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu đạt được

$Z^2_{1-\alpha/2}$ : Hệ số tin cậy 95%

p: Tỷ lệ dự đoán mắc bệnh tim mạch

d: Sai số mong muốn

Với tỷ lệ  $p = 25,1\%$ ,  $d = 0,05$ ,  $z = 1.96$  [28] (tương đương với mức ý nghĩa 95%), ta có cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu là:  $n = 288$ .

Cỡ mẫu thực: 300 người bệnh

- *Nhóm 2*: Chọn hết tất cả bệnh nhân, bệnh án đáp ứng đủ các tiêu chuẩn nằm trong nhóm 1 trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

## 2.6. Cách chọn mẫu nghiên cứu

*Nhóm 1*: Tiến hành thu thập hồ sơ bệnh án từ thời gian 01/2019 đến lúc đủ số lượng mẫu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đưa vào nghiên cứu.

*Nhóm 2*: Tiến hành chọn hết tất cả bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu (01/2020 – 07/2020).

## 2.7. Các biến số nghiên cứu

\* **Mục tiêu 1**: Mô tả một số yếu tố liên quan đến bệnh lý tim mạch điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2019-2020.

Tên biến số	Định nghĩa	Phân loại	Phương pháp thu thập
Tuổi	Số tuổi của ĐTNC theo năm dương lịch tính bằng cách lấy tháng và năm nghiên cứu trừ đi tháng và năm sinh của ĐTNC.	Liên tục	Bệnh án và phiếu câu hỏi nghiên cứu

Giới	Là biến độc lập với hai giá trị là nam và nữ.	Nhị phân	
Nghề nghiệp	Là hình thức công việc mà hiện tại người bệnh đang làm.	Danh mục	
Trình độ học vấn	Mù chữ/Tiểu học/Trung học cơ sở và trung học phổ thông/ Đại học và sau đại học	Danh mục	
Sử dụng bảo hiểm	Là tình trạng sử dụng BHYT của người bệnh	Nhị phân	
Chỉ số BMI	Là chỉ số khối cơ thể, cũng gọi là chỉ số thể trọng được tính bằng công thức $\text{BMI} = \frac{\text{Trọng lượng cơ thể (kg)}}{[\text{Chiều cao (m)}]^2}$	Định lượng	
Tiền sử gia đình	Là bệnh mà người thân đã và đang mắc		
Tình trạng hôn nhân	Là trạng thái hôn nhân của ĐTNC tại thời điểm tiến hành nghiên cứu với các giá trị là: Có vợ, chồng/ Khác.	Định danh	
Điều kiện kinh tế	Là mức chi tiêu trung bình của ĐTNC trong vòng một tháng, với các giá trị là: giàu, khá, trung bình, nghèo.	Thứ hạng	
Tình trạng hút thuốc lá	Là trạng thái có hoặc không hút thuốc lá của ĐTNC tính đến thời điểm tham gia nghiên cứu	Nhị phân	

	cứu		
Tình trạng uống rượu bia	Là trạng thái có hoặc không uống bia rượu của ĐTNC tính đến thời điểm tham gia nghiên cứu	Nhị phân	
Chế độ ăn mặn, nhiều dầu mỡ	Là thói quen ăn uống của ĐTNC, có hay không ăn mặn và ăn đồ nhiều dầu mỡ	Nhị phân	
Chế độ ăn rau củ quả	Là thói quen ăn rau củ quả của ĐTNC, có hay không ăn rau củ quả theo chuẩn	Nhị phân	
Chế độ luyện tập thể dục, thể thao	Là thói quen sinh hoạt của ĐTNC, có thường xuyên luyện tập thể dục thể thao hay không	Nhị phân	
Công thức máu	Nhằm định lượng các thành phần của máu như hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và một số tính chất của chúng như lượng hemoglobin.	Nhị phân	
Xét nghiệm mỡ máu	Là xét nghiệm quan trọng đối với những cá nhân có nguy cơ mắc tim mạch cao chủ yếu nhằm kiểm tra nồng độ cholesterol và triglycerid trong máu.	Nhị phân	
Tổng phân tích	Cho thông tin về hoạt động	Nhị phân	

nước tiểu	của thận, gan, tụy và cho biết trong hệ thống bài tiết nước tiểu có viêm nhiễm không		
X-Quang tim phổi	Phát hiện các vấn đề về tim phổi	Nhị phân	
Siêu âm ổ bụng	Đánh giá hình thể các tạng trong ổ bụng: gan, lách, mật, tụy, bàng quang, tiền liệt tuyến (nam), tử cung- buồng trứng(nữ).	Nhị phân	
Bệnh chẩn đoán YHCT	Theo mã bệnh YHCT chương bệnh tuần hoàn	Danh mục	
Bệnh chẩn đoán YHHD	Theo ICD 10 chương bệnh tuần hoàn	Danh mục	

*\* Mục tiêu 2: Đánh giá thực trạng điều trị kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại điều trị bệnh lý tim mạch tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2020*

<b>Tên biến số</b>	<b>Định nghĩa</b>	<b>Phân loại</b>
Phương pháp điều trị	bằng YHCT/ bằng YHHD/ Kết hợp YHCT và YHHD	Phiếu câu hỏi nghiên cứu
Phương pháp YHCT sử dụng trong điều trị	Chế phẩm/ Thuốc yhct/ Châm cứu/ Xoa bóp	
Lý do không sử dụng	Không rõ/ Mệt mỏi uống/ Khác	

thường xuyên		
Mục đích sử dụng YHCT	Chữa bệnh/ Hỗ trợ điều trị/ Kết hợp/ Bồi bổ cho cơ thể	
Thời gian điều trị	Thời gian điều trị trung bình	
Kết quả điều trị	Khỏi/Đỡ/Không thay đổi/Nặng hơn/Tử vong	

## 2.8. Công cụ và quy trình thu thập thông tin

### 2.8.1. Công cụ nghiên cứu

- Sử dụng phiếu câu hỏi nghiên cứu và khai thác các thông tin trong bệnh án nghiên cứu. (Phụ lục 1)

- Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn riêng trực tiếp giữa điều tra viên và đối tượng nghiên cứu bằng mẫu bệnh án nghiên cứu, kết hợp với hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu tại bệnh viện.

### 2.8.2. Quy trình thu thập thông tin

- Xin phép lãnh đạo Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng để triển khai nghiên cứu đề tài tại đơn vị.

- Xây dựng bộ công cụ nghiên cứu dựa trên mục tiêu, biến số, chỉ số nghiên cứu.

- Thực hiện thu thập thông tin trên đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu và đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

### 2.8.3. Cách đánh giá:

#### \* Đánh giá kinh tế:

Theo quyết định số 59/2015/QĐ-TTg về chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016-2020 do Thủ tướng Chính phủ ban hành [29].

Theo đó:

+ Hộ nghèo: Khu vực nông thôn: Có thu nhập bình quân đầu người/tháng từ đủ 700.000 đồng trở xuống. Khu vực thành thị: Có thu nhập bình quân đầu người/tháng từ đủ 900.000 đồng trở xuống.

+ Hộ cận nghèo: Khu vực nông thôn: là hộ có thu nhập bình quân đầu người/tháng trên 700.000 đồng đến 1.000.000 đồng. Khu vực thành thị: là hộ có thu nhập bình quân đầu người/tháng trên 900.000 đồng đến 1.300.000 đồng.

+ Hộ có mức sống trung bình: Khu vực nông thôn: là hộ có thu nhập bình quân đầu người/tháng trên 1.000.000 đồng đến 1.500.000 đồng. Khu vực thành thị: là hộ có thu nhập bình quân đầu người/tháng trên 1.300.000 đồng đến 1.950.000 đồng

**\* Đánh giá mức độ sử dụng rượu bia:**

Đơn vị rượu chuẩn, áp dụng theo tiêu chuẩn của WHO: 1 đơn vị rượu chuẩn bằng 10 gam rượu nguyên chất (etanol), quy đổi tương đương với: 285ml bia 5% hoặc 120ml rượu vang 11% hoặc 30ml rượu mạnh 40%. Được xác định có lạm dụng rượu bia khi lượng rượu bia uống vào cơ thể được xác định nhiều hơn 1 đơn vị rượu chuẩn/ngày đối với nữ giới, nhiều hơn 2 đơn vị rượu chuẩn/ngày đối với nam giới; uống ở mức độ không an toàn với nam giới  $\geq 05$  đơn vị uống chuẩn/ngày, với nữ giới:  $\geq 04$  đơn vị uống chuẩn/ngày [30].

**\* Đánh giá mức độ hút thuốc lá:**

Người hút thuốc hàng ngày là người hút bất kỳ sản phẩm thuốc lá, thuốc láo nào ít nhất một lần trong ngày trước khi phỏng vấn (kể cả những trường hợp ngừng hút thuốc trong một số ngày nào đó do bệnh đang được điều trị hoặc trong các lễ nghi tôn giáo, những người này vẫn được coi là hút thuốc hàng ngày) [31].

**\* Đánh giá ăn mặn**



Theo khuyến cáo của WHO, mỗi người chỉ nên dùng 5g muối/người/ngày. Theo chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống THA, thực tế người dân ăn nhiều muối hơn nhu cầu cần thiết của cơ thể. Người ta đã phân tích thấy rằng, trong thực phẩm hằng ngày dùng để nấu ăn trong tự nhiên đã có sẵn từ 3-5g muối, trong quá trình nấu nướng món ăn người ta cho thêm 5-10g và trong bữa ăn người ta dùng thêm khoảng 3-5g trong nước chấm và muối chấm muối [32]. Trên thực tế, người Việt Nam chúng ta đang có khuynh hướng ăn khá nhiều muối.

#### **\* Tiêu thụ rau củ và trái cây**

Đơn vị chuẩn (serving) tương đương với 80 gam rau quả chín, rau xanh. Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo mỗi người trung bình nên ăn ít nhất 400 gam (5 đơn vị chuẩn) rau củ và trái cây trong một ngày. Một đơn vị chuẩn tương đương với 1 trong các loại sau: 01 bát con rau ăn sống: như xà lách; 1/2 bát con rau xanh đã nấu chín như rau muống, rau cải, mồng tơi, su hào, cải bắp, đậu, ...; 01 quả kích thước trung bình các loại: quả táo, lê, cam, dứa, ...; 01 quả chuối; 01 cốc nước quả tươi hoặc sinh tố; 1/2 cốc trái cây được chế biến: cắt nhỏ, nấu, đóng hộp [33].

#### **\* Hoạt động thể lực**

Theo Tổ chức Y tế thế giới (2011), kém hoạt động thể lực được định nghĩa như sau [11]:

+ Hoạt động cường độ trung bình ít hơn 30 phút mỗi ngày, 5 ngày mỗi tuần.

+ Hoạt động cường độ nặng ít hơn 20 phút mỗi ngày, 3 ngày mỗi tuần.

Trong nghiên cứu này chúng tôi chia là 2 biến nhị phân:

+ Hoạt động thể lực (HĐTL)

+ Kém hoạt động thể lực (kém HĐTL)

## **2.9. Sai số và biện pháp khắc phục sai số**

- Trong quá trình tiến hành nghiên cứu có thể gặp phải các loại sai số: Sai số không trả lời, sai số thông tin...

- Một số biện pháp khắc phục sai số:

+ Sử dụng thang đo đã được đánh giá, đáng tin cậy và tính giá trị ở các nghiên cứu trên thế giới.

+ Các định nghĩa tiêu chuẩn đưa ra thống nhất, rõ ràng.

+ Bộ câu hỏi được thử nghiệm trên đối tượng nghiên cứu trước khi điều tra chính thức.

+ Nhóm nghiên cứu được tập huấn và tuân thủ quy trình nghiên cứu chặt chẽ.

+ Phiếu điều tra được giám sát ngay khi người tham gia hoàn thành phiếu phỏng vấn, yêu cầu bổ sung những thông tin còn thiếu khi cần.

+ Đối tượng được thỏa thuận tự nguyện tham gia nghiên cứu.

## **2.10. Phương pháp phân tích số liệu**

- Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập vào máy với phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

## **2.11. Đạo đức nghiên cứu**

Để đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu, chúng tôi sẽ thực hiện các công việc sau đây:

- Nghiên cứu phải được thông qua Hội đồng Đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

- Nghiên cứu phải được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng.

- Giải thích mục đích ý nghĩa của cuộc điều tra cho đối tượng để họ hiểu và quyết định tham gia nghiên cứu.

- Điều tra trên những đối tượng tự nguyện đồng ý cộng tác, không ép buộc và trên tinh thần tôn trọng.
- Việc phỏng vấn được tiến hành vào thời điểm thuận tiện cho đối tượng nghiên cứu.
- Các thông tin cá nhân được đảm bảo bí mật.
- Sau khi kết thúc nghiên cứu, kết quả nghiên cứu được phản hồi và báo cáo cho Ban Lãnh đạo, đội ngũ cán bộ quản lý và các đối tượng quan tâm Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng. Kết quả nghiên cứu nhằm mục đích khoa học, không vì mục đích nào khác.

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

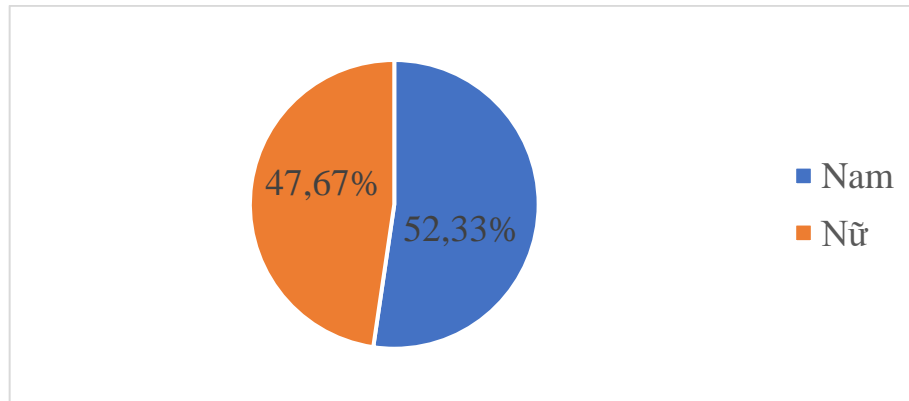
Qua khảo sát 300 người bệnh tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng được chẩn đoán mắc bệnh hệ tim mạch từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2020. Chúng tôi thu được kết quả như sau:

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3. 1. Đặc điểm về nghề nghiệp và trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp	Công nhân viên	27	9
	Hưu trí	215	71,67
	Nông dân	56	18
	Tự do	4	1,33
Trình độ học vấn	Mù chữ	6	2
	Tiểu học	27	9
	Trung học cơ sở và Trung học phổ thông	165	55
	Đại học và sau đại học	98	32

**Nhận xét:** Đối tượng hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,67%; 55% có trình độ trung học cơ sở và trung học phổ thông; chỉ có 2% là mù chữ



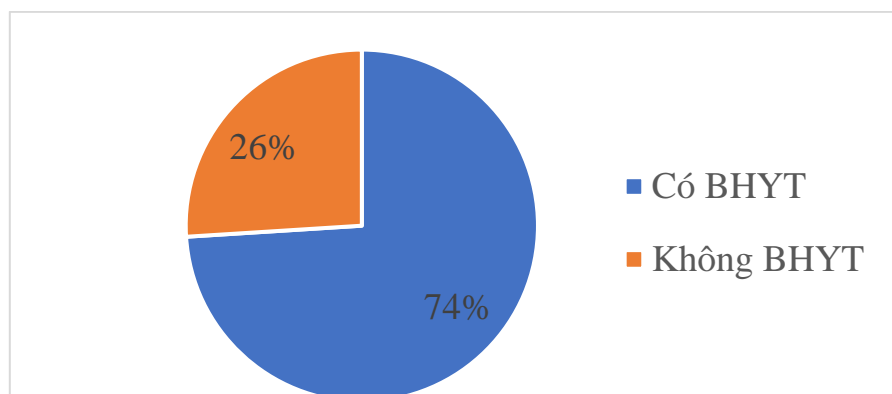
**Biểu đồ 3. 1. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=300)**

**Nhận xét:** Nam giới chiếm tỷ lệ 52,33% cao hơn nữ giới là 47,67%.

**Bảng 3. 2. Thông tin về tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=300)**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 25	1	0,33
	26-40	3	1
	41-60	61	20,33
	> 60	235	78,33
Tuổi trung bình: 67,63 ± 10,45; Min: 25; Max: 93			

**Nhận xét:** Phần lớn người bệnh trên 60 tuổi chiếm 78,33%. Nhóm tuổi từ 41 đến 60 chiếm 20,33%. Độ tuổi trung bình là 67,63; tuổi nhỏ nhất là 25 và lớn nhất là 93.



**Biểu đồ 3. 2. Tình hình sử dụng BHYT của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Đa số đối tượng nghiên cứu có bảo hiểm y tế chiếm 74%; không sử dụng BHYT chiếm 26%

**Bảng 3. 3. Phân bố đối tượng theo tình trạng kinh tế và hôn nhân**

Tình trạng kinh tế		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng kinh tế	Hộ nghèo	11	3,67
	Hộ cận nghèo	45	15
	Hộ trung bình	244	81,33
Hôn nhân	Có vợ/ chồng	229	76,33
	Khác	71	23,67

**Nhận xét:**

Tình trạng kinh tế: Hộ nghèo chiếm 3,67%; đối tượng thuộc hộ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,33%

Hôn nhân: Đa số đối tượng nghiên cứu đều có vợ/ chồng chiếm 76,33%

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh tim mạch của đối tượng nghiên cứu

#### 3.2.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3. 4. Phân bố đối tượng theo chỉ số khối cơ thể (n=300)**

BMI		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường (18,5-23)		59	19,67
Thừa cân, béo phì (>23)		241	80,33
	Tiền béo phì (23-24,9)	77	31,95
	Béo phì độ 1 (25-29,9)	111	46,06
	Béo phì độ 2 (30-39,9)	53	21,99
BMI trung bình: 25,81 ± 3,31; Min: 19,47; Max: 33,27			

**Nhận xét:** Phần lớn người bệnh có chỉ số khối của cơ thể ở tình trạng thừa cân, béo phì chiếm 80,33%. Chỉ số BMI bình thường chiếm 19,67%. BMI trung bình là 25,81%; giá trị nhỏ nhất là 19,47 và giá trị lớn nhất là 33,27. Tỷ lệ người bệnh béo phì mức độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm là 46,06%.

**Bảng 3. 5. Đặc điểm vòng eo của đối tượng nghiên cứu (n=300)**

Vòng eo	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	122	40,67
Tăng hơn bình thường	178	59,33

**Nhận xét:** Đối tượng có số đo vòng eo bình thường chiếm 40,67%. Tỷ lệ người bệnh có vòng eo tăng hơn bình thường là 59,33%.

**Bảng 3. 6. Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch (n=300)**

Tiền sử bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh tim mạch	107	35,67
Khác	193	64,33

**Nhận xét:** Đối tượng nghiên cứu có tiền sử mắc các bệnh về tim mạch chiếm 35,67%.

**Bảng 3. 7. Phân bố người bệnh tim mạch theo ICD-10**

Tên bệnh	Bệnh danh YHCT	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cơn đau thắt ngực (I20)	Chân tâm thống (U58.031.0)	28	9,33
Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	Huyết vựng (U58.091)	<b>162</b>	<b>54,</b>
Xơ vữa động mạch (I25)	Đầu thống (U58.152)	6	2
Loạn nhịp tim (I49)	Tâm quý (U58.521)	3	1
Xuất huyết nội sọ (I61)	Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	2	0,67
Nhồi máu não (I63)	Bán thân bất toại (U58.021)	17	5,67
Tai biến mạch máu não (I64)	Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	2	0,67
Bệnh mạch máu não khác (I67)	Đầu thống (U58.122)	4	1,34
Di chứng bệnh	Chứng nuy (U58.061)	76	25,33



mạch máu não (I69)			
--------------------	--	--	--

**Nhận xét:** Phần lớn đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán mắc tăng huyết áp nguyên phát thuộc chứng Huyền vựng trong YHCT có tỷ lệ là 54%.

Người bệnh thuộc các Chứng nuy, Bán thân bất toại, Chân tâm thống là những bệnh phổ biến chiếm tỷ lệ cao sau Huyền vựng.

Bệnh chiếm tỷ lệ thấp nhất là xuất huyết nội sọ và tai biến mạch máu não thuộc chứng Trung phong kinh lạc/ Trúng phong tạng phủ: 0,67%.

**Bảng 3. 8. Yếu tố lipid máu của đối tượng nghiên cứu (n=300)**

Yếu tố		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng Cholesterol	Có	99	33
	Không	201	67
Tăng triglyceride	Có	94	31,33
	Không	206	68,67
Tăng LDL-C	Có	14	4,67
	Không	286	95,33

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân tăng Cholesterol chiếm 33%; tăng triglyceride chiếm 31,33%; tăng LDL-C chiếm 4,67%.

**Bảng 3. 9. Yếu tố Glucose máu của đối tượng nghiên cứu (n=300)**

Tăng Glucose máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	48	16,00
Không	252	84,00

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân tăng glucose máu chiếm 16%.

**Bảng 3. 10. Yếu tố Creatinin của đối tượng nghiên cứu (n=300)**

Tăng Creatinin	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	7	2,33
Không	293	97,67

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh tăng Creatinin chiếm 2,33%.

**Bảng 3. 11. Hình ảnh siêu âm và X-quang của đối tượng nghiên cứu**

Chẩn đoán hình ảnh		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Siêu âm ổ bụng	Bình thường	255	85,00
	Không	45	15,00
X-quang tim phổi	Bình thường	286	95,33
	Không	14	4,67

**Nhận xét:** Hình ảnh siêu âm bình thường chiếm 85%; hình ảnh X-quang bình thường chiếm 95,33%. Bệnh nhân có dấu hiệu cận lâm sàng trên hình ảnh gây bệnh chiếm tỷ lệ nhỏ.

### 3.2.2. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến bệnh tim mạch

**Bảng 3. 12. Thực trạng các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến bệnh tim mạch của đối tượng nghiên cứu (n=300)**

Yếu tố		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá	Có	78	26
	Không	222	74
Ăn mặn	Có	245	81,67
	Không	55	18,33

Yếu tố		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ăn rau quả	Theo chuẩn	41	13,67
	Không theo chuẩn	259	86,33
Kém hoạt động thể lực	Có	10	3,33
	Không	290	96,67
Uống rượu bia ở mức nguy cơ trở lên	Có	71	23,67
	Không	229	76,33

**Nhận xét:** Đối tượng nghiên cứu có hút thuốc lá chiếm tỷ lệ là 26%. Chỉ có 13,67% người bệnh ăn rau củ quả ở mức độ đạt chuẩn; 81,67% người bệnh có thói quen ăn mặn.

Tình trạng kém hoạt động thể lực chiếm tỷ lệ rất thấp là 3,33%. Uống rượu bia ở mức nguy cơ trở lên chiếm 23,67%.

**Bảng 3. 13. Mối liên quan giữa giới và một số yếu tố của bệnh nhân mắc bệnh tim mạch**

Yếu tố		Nam (157)		Nữ (143)		p
		n	%	n	%	
Tăng Cholesterol	Có	53	33,76	46	32,17	0,77
	Không	104	66,24	97	67,83	
Tăng triglyceride	Có	53	33,76	41	28,67	0,34
	Không	104	66,24	102	71,33	
Tăng LDL-C	Có	5	3,18	9	6,29	0,2
	Không	152	96,82	134	93,71	

Yếu tố		Nam (157)		Nữ (143)		p
		n	%	n	%	
Tăng Glucose	Có	28	17,83	20	13,99	0,36
	Không	129	82,17	123	86,01	
Tăng Creatinin	Có	6	3,82	1	0,70	0,07
	Không	151	96,18	142	99,30	
BMI	Bình thường	34	21,66	25	17,48	0,36
	Thừa cân, béo phì	123	78,34	118	82,52	
Vòng eo	Bình thường	61	38,85	61	42,66	0,5
	Tăng hơn bình thường	96	61,15	82	57,34	
Hút thuốc lá	Có	44	28,03	34	23,78	0,4
	Không	113	71,97	109	76,22	
Ăn mặn	Có	121	77,07	124	86,71	<b>0,03</b>
	Không	36	22,93	19	13,29	
Ăn rau quả	Theo chuẩn	24	15,29	17	11,89	0,4
	Không theo chuẩn	133	84,71	126	88,11	
Kém hoạt động thể lực	Có	6	3,82	4	2,80	0,62
	Không	151	96,18	139	97,20	
Uống rượu bia ở mức nguy cơ	Có	38	24,20	33	23,08	0,82
	Không	119	75,80	110	76,92	

**Nhận xét:** Thói quen ăn mặn của đối tượng nghiên cứu giữa nam giới và nữ giới có sự khác biệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các yếu tố liên quan khác không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

**Bảng 3. 14. Mối liên quan giữa tuổi và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân mắc bệnh tim mạch**

Yếu tố		≤60		>60		p
		n	%	n	%	
Tăng Cholesterol	Có	21	32,31	78	33,19	0,89
	Không	44	67,69	157	66,81	
Tăng triglyceride	Có	20	30,77	74	31,49	0,91
	Không	45	69,23	161	68,51	
Tăng LDL-C	Có	2	3,08	12	5,11	0,51
	Không	63	96,92	223	94,89	
Tăng Glucose	Có	10	15,38	38	16,17	0,9
	Không	55	84,62	197	83,83	
Tăng Creatinin	Có	0	0,00	7	2,98	0,16
	Không	65	100,00	228	97,02	
BMI	Bình thường	18	27,69	41	17,45	<b>0,048</b>
	Thừa cân, béo phì	47	72,31	194	82,55	
Vòng eo	Bình thường	23	35,38	99	42,13	0,3
	Tăng hơn bình thường	42	64,62	136	57,87	
Hút thuốc lá	Có	16	24,62	62	26,38	0,77
	Không	49	75,38	173	73,62	

Yếu tố		≤60		>60		p
		n	%	n	%	
Ăn mặn	Có	51	78,46	194	82,55	0,45
	Không	14	21,54	41	17,45	
Ăn rau quả	Theo chuẩn	9	13,85	32	13,62	0,9
	Không theo chuẩn	56	86,15	203	86,38	
Kém hoạt động thể lực	Có	2	3,08	8	3,40	0,89
	Không	63	96,92	227	96,60	
Uống rượu bia ở mức nguy cơ	Có	15	23,08	56	23,83	0,9
	Không	50	76,92	179	76,17	

**Nhận xét:** Chỉ số BMI giữa nhóm tuổi trên 60 và dưới 60 có sự khác biệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các yếu tố liên quan khác không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi.

**Bảng 3. 15. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và nhóm tuổi**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	≤60		>60		p
		n	%	n	%	
Chân tâm thông (U58.031.0)	Cơn đau thắt ngực (I20)	8	28,57	20	71,43	0,352
Huyết vện (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	31	19,14	131	80,86	0,249
Đàn thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	0	0	6	100	-
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	1	33,33	2	66,67	0,521

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	≤60		>60		p
		n	%	n	%	
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	0	0	2	100	-
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	4	23,53	13	76,47	0,769
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	Tai biến mạch máu não (I64)	1	50	1	50	0,387
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	2	50	2	50	0,206
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	18	23,68	58	76,32	0,631

**Nhận xét:** Mọi liên quan giữa bệnh danh YHCT và tuổi của người bệnh không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. 16. Mọi liên quan giữa bệnh danh YHCT và giới**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Nam		Nữ		p
		n	%	n	%	
Chân tâm thống (U58.031.0)	Cơn đau thắt ngực (I20)	10	35,71	18	64,29	0,064
Huyễn vựng (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	76	46,91	86	53,09	<b>0,042</b>
Đàm thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	4	66,67	2	33,33	0,686

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Nam		Nữ		p
		n	%	n	%	
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	0	0	3	100	-
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	0	0	2	100	-
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	12	70,59	5	29,41	0,121
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	Tai biến mạch máu não (I64)	0	0	2	100	-
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	4	100	0	0	-
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	51	67,11	25	32,89	<b>0,003</b>

**Nhận xét:**

Theo bệnh danh Huyền vừng, tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Theo bệnh danh Chứng nuy, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Bảng 3. 17. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và Cholesterol**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Tăng Cholesterol		Không tăng Cholesterol		p
		n	%	n	%	
Chân tâm thống (U58.031.0)	Cơn đau thắt ngực (I20)	6	21,43	22	78,57	0,171
Huyễn vựng (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	51	31,48	111	68,52	0,544
Đàm thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	4	66,67	2	33,33	0,095
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	1	33,33	2	66,67	0,521
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	0	0	2	100	-
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	5	29,41	12	70,59	0,746
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	Tai biến mạch máu não (I64)	1	50	1	50	0,552
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	1	25	3	75	0,842
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	30	39,47	46	60,53	0,165

**Nhận xét:** Sự khác biệt về mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và chỉ số Cholesterol của người bệnh không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. 18. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và Triglyceride**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Tăng Triglyceride		Không tăng Triglyceride		p
		n	%	n	%	
Chân tâm thống (U58.031.0)	Cơn đau thắt ngực (I20)	5	17,86	23	82,14	0,106
Huyễn vựng (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	52	32,1	110	67,9	0,757
Đàm thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	3	50	3	50	0,382
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	1	33,33	2	66,67	0,984
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	1	50	1	50	0,529
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	4	23,53	13	76,47	0,596
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	Tai biến mạch máu não (I64)	2	100	0	0	-
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	3	75	1	25	0,093
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	23	30,26	53	69,74	0,816

**Nhận xét:** Sự khác biệt về mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và chỉ số Triglyceride của người bệnh không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. 19. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và LDL-C**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Tăng LDL-C		Không tăng LDL-C		p
		n	%	n	%	
Chân tâm thống (U58.031.0)	Cơn đau thắt ngực (I20)	1	3,57	27	96,43	0,985
Huyễn vựng (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	10	6,17	152	93,83	0,180
Đàm thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	0	0	6	100	-
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	0	0	3	100	-
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	0	0	2	100	-
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	1	5,88	16	94,12	0,566
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	Tai biến mạch máu não (I64)	0	0	2	100	-
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	0	0	4	100	-
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	2	2,63	74	97,37	0,530

**Nhận xét:** Sự khác biệt về mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và chỉ số LDL-C của người bệnh không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. 20. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và rối loạn Glucose máu**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Tăng Glucose máu		Không tăng Glucose máu		p
		n	%	n	%	
Chân tâm thống (U58.031.0)	Con đau thắt ngực (I20)	6	21,43	22	78,57	0,411
Huyền vụng (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	24	14,81	138	85,19	0,544
Đàm thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	1	16,67	5	83,33	0,987
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	0	0	3	100	-
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	1	50	1	50	0,295
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	2	11,76	15	88,24	0,996
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	Tai biến mạch máu não (I64)	0	0	2	100	-
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	2	50	2	50	0,122
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	12	15,79	64	84,21	0,954

**Nhận xét:** Sự khác biệt về mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và chỉ số Glucose máu của người bệnh không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. 21. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT với hành vi hút thuốc lá**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Không hút thuốc lá		Có hút thuốc lá		p
		n	%	n	%	
Chân tâm thống (U58.031.0)	Con đau thắt ngực (I20)	0	0	28	100	<0,01
Huyễn vựng (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	78	48,15	84	51,85	<0,01
Đàm thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	0	0	6	100	-
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	0	0	3	100	-
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	0	0	2	100	-
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	0	0	17	100	0,008
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	0	0	4	100	-
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	0	0	76	100	-

**Nhận xét:** Theo bệnh danh Huyền vựng, Chân tâm thống, Chứng nuy, tỷ lệ người bệnh hút thuốc lá cao hơn người bệnh không hút thuốc lá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3. 22. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và chế độ ăn nhiều muối**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Ăn mặn		Không ăn mặn		p
		n	%	n	%	
Chân tâm thống (U58.031.0)	Cơn đau thắt ngực (I20)	28	100	0	0	-
Huyết vện (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	162	100	0	0	-
Đàm thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	6	100	0	0	0,597
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	3	100	0	0	-
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	2	100	0	0	-
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	17	100	0	0	0,05
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	4	100	0	0	-
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	21	27,63	55	72,37	<b>&lt;0,01</b>

**Nhận xét:** Theo bệnh danh Huyết vện, Chân tâm thống, Chứng nuy, 100% người bệnh đều có thói quen ăn mặn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3. 23. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và chế độ dinh dưỡng nhiều rau**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Ăn rau quả theo chuẩn		Không theo chuẩn		p
		n	%	n	%	
Chân tâm thống (U58.031.0)	Cơn đau thắt ngực (I20)	6	21,42	22	78,58	<b>0,02</b>
Huyết vụng (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	41	25,31	121	74,69	<b>&lt;0,01</b>
Đàm thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	4	66,67	2	33,33	>0,05
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	0	0	3	100	-
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	0	0	2	100	-
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	7	41,18	10	58,82	0,142
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	Tai biến mạch máu não (I64)	0	0	2	100	-
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	1	25,00	3	75,00	>0,05
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	18	23,68	58	76,32	<b>0,02</b>

**Nhận xét:** Theo bệnh danh Huyết vụng, Chân tâm thống, Chứng nuy, phần lớn người bệnh không ăn rau quả theo chuẩn chiếm tỷ lệ cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3. 24. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT và hoạt động thể lực**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Kém hoạt động thể lực				p
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Chân tâm thống (U58.031.0)	Cơn đau thắt ngực (I20)	8	30,77	18	69,23	0,607
Huyễn vựng (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	10	6,17	152	93,83	<b>0,002</b>
Đàm thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	0	0	6	100	-
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	0	0	3	100	-
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	0	0	2	100	-
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	10	58,82	7	41,18	>0,05
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	Tai biến mạch máu não (I64)	0	0	2	100	-
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	0	0	4	100	-
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	20	26,31	56	73,69	0,07

**Nhận xét:** Người bệnh kém hoạt động thể lực theo chứng bệnh Huyền vựng chiếm tỷ lệ thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Bảng 3. 25. Mối liên quan giữa bệnh danh YHCT với uống rượu bia ở mức nguy cơ**

Bệnh danh YHCT	Tên bệnh	Uống rượu bia ở mức nguy cơ				p
		Có		Không		
		n	%	n	%	
Chân tâm thống (U58.031.0)	Cơn đau thắt ngực (I20)	6	21,43	22	78,57	<b>0,001</b>
Huyết vừng (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	71	43,83	91	56,17	<b>&lt;0,01</b>
Đàn thấp (U58.081)	Xơ vữa động mạch (I25)	2	33,33	4	66,67	0,342
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	0	0	3	100	-
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	6	35,29	11	64,71	<b>0,016</b>
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	Tai biến mạch máu não (I64)	0	0	2	100	-
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	0	0	4	100	-
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	30	39,47	46	60,53	<b>&lt;0,01</b>

**Nhận xét:** Theo bệnh danh Huyết vừng, Chân tâm thống, Chứng nuy, Bán thân bất toại, tỷ lệ người bệnh uống rượu bia ở mức nguy cơ thấp hơn người bệnh không sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ.

### 3.3. Thực trạng điều trị bằng Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại

**Bảng 3. 26. Các phương pháp điều trị đang được sử dụng (n=142)**

Phương pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Điều trị bằng YHCT	12	8,45
Điều trị bằng YHHĐ	0	0
Kết hợp YHCT + YHHĐ	130	91,55

**Nhận xét:** Phần lớn người bệnh điều trị bằng phương pháp kết hợp YHCT và YHHĐ. Trong đó, tỷ lệ điều trị bằng YHCT kết hợp với YHHĐ chiếm tỷ lệ cao nhất là 91,55%. Không có người bệnh nào chỉ điều trị bằng phương pháp YHHĐ đơn thuần.

**Bảng 3. 27. Thực trạng điều trị các bệnh tim mạch bằng YHCT kết hợp YHHĐ phân loại theo bệnh danh YHCT**

Bệnh danh	Mã bệnh	Bệnh nhân điều trị bằng YHCT+YHHĐ	Tổng số bệnh nhân	Tỷ lệ
Chân tâm thống	U58.031.0	16	18	88,8%
Huyễn vựng	U58.091	78	82	95,1%
Đàm thấp	U58.152	2	3	66,7%
Tâm quý	U58.521	1	2	50%
Trúng phong kinh lạc/ Trúng phong tạng phủ	U58.722 U58.721	1	1	100%
Bán thân bất toại	U58.021	7	7	100%
Trúng phong kinh lạc/ Trúng phong tạng phủ	U58.751 U58.752	1	1	100%

Bệnh danh	Mã bệnh	Bệnh nhân điều trị bằng YHCT+YHHD	Tổng số bệnh nhân	Tỷ lệ
Đầu thống	U58.122	2	2	100%
Chứng nuy	U58.061	22	26	84,6%

**Nhận xét:** Người bệnh thuộc bệnh danh trúng phong kinh lạc/ trúng phong tạng phủ, bán thân bất toại, đầu thống có tỷ lệ cao nhất là 100%.

**Bảng 3. 28. Các phương pháp điều trị YHCT được sử dụng trong điều trị**

Phương pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chế phẩm	58	40,84
Thuốc thang	49	34,51
Châm cứu	106	74,64
Xoa bóp	110	77,46

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh sử dụng phương pháp châm cứu và xoa bóp chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là: 74,64% và 77,46%.

**Bảng 3. 29. Thực trạng phương pháp điều trị bằng YHCT kết hợp YHHD**

Phương pháp điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp không dùng thuốc	21	14,78
Phương pháp dùng thuốc	47	33,09
Phương pháp điều trị kết hợp	74	52,13

**Nhận xét:** Phần lớn người bệnh điều trị kết hợp giữa sử dụng thuốc và không dùng thuốc chiếm 52,13%. Thấp nhất là phương pháp không dùng thuốc chiếm tỷ lệ 14,78%.

**Bảng 3. 30. Các phương pháp điều trị được sử dụng theo bệnh danh YHCT**

<b>Phương pháp</b> <b>Bệnh danh YHCT</b>	<b>Chế phẩm</b>	<b>Thuốc thang</b>	<b>Châm cứu</b>	<b>Xoa bóp</b>
Chân tâm thống (U58.031.0) (I20)	0(0%)	10(55,6%)	13(72,2%)	12(66,7%)
Huyễn vựng (U58.091) (I10)	37(45,1%)	50(60,1%)	68(82,9%)	57(69,5%)
Đầu thống (U58.152) (I25)	2(66,7%)	3(100%)	0(0%)	0(0%)
Tâm quý (U58.521) (I49)	3(100%)	3(100%)	0(0%)	0(0%)
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721) (I61)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
Bán thân bất toại (U58.021) (I63)	0(0%)	2(28,5%)	7(100%)	7(100%)
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752) (I64)	1(100%)	1(100%)	1(100%)	1(100%)
Đầu thống (U58.122) (I67)	2(100%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)
Chứng nuy (U58.061) (I69)	8(30,7%)	26(100%)	26(100%)	26(100%)

**Nhận xét:**

Các phương pháp điều trị được sử dụng phổ biến ở những bệnh danh YHCT bao gồm: Huyền vựng; Trúng phong kinh lạc/ Trúng phong tạng phủ; Bán thân bất toại; Đầu thống; Chứng nuy.

Chế phẩm không sử dụng điều trị chứng Chân tâm thống và Bán thân bất toại; Châm cứu và xoa bóp không sử dụng điều trị Đầu thống và Tâm quý.

**Bảng 3. 31. Cách dùng thuốc YHCT của người bệnh tại nhà (n=47)**

Uống thuốc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không uống thuốc thường xuyên	22	46,81
Có uống thuốc thường xuyên	25	53,19

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh sử dụng thuốc thường xuyên và không thường xuyên chênh lệch nhau rất nhỏ.

**Bảng 3. 32. Lý do không sử dụng thuốc YHCT thường xuyên (n=22)**

Lý do	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không rõ	7	31,82
Mệt mới uống	9	40,91
Khác	6	27,27

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh thấy mệt mới sử dụng thuốc YHCT chiếm tỷ lệ cao nhất là 40,91%; không rõ lý do chiếm 31,82%.

**Bảng 3. 33. Tỷ lệ người bệnh hiểu mục đích sử dụng YHCT trong điều trị**

Thông tin	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chữa bệnh	21	14,78
Hỗ trợ điều trị	29	20,42
Kết hợp cả hai	59	41,55
Bồi bổ cho cơ thể	33	23,24

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh cho rằng YHCT hỗ trợ điều trị và chữa bệnh kết hợp chiếm cao nhất là 41,55%; bồi bổ cơ thể chiếm 23,24%.

**Bảng 3. 34. Kết quả điều trị theo bệnh danh YHCT**

<b>Kết quả điều trị</b> <b>Bệnh danh YHCT</b>	<b>Khỏi</b>	<b>Đỡ</b>	<b>Không thay đổi</b>	<b>Nặng hơn</b>	<b>Tử vong</b>
Chân tâm thông (U58.031.0)	8(28,6%)	20(71,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Huyền vựng (U58.091)	2(1,2%)	160(98,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Đầu thống (U58.152)	0(0%)	6(100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tâm quý (U58.521)	1	2(100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	0(0%)	2(100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Bán thân bất toại (U58.021)	0(0%)	17(100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	0(0%)	2(100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Đầu thống (U58.122)	2(50%)	2(50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Chứng nuy (U58.061)	6(7,9%)	70(92,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

**Nhận xét:** Phần lớn người bệnh khi được điều trị bằng YHCT kết hợp YHHĐ có kết quả đỡ. Không có người bệnh nào có kết quả nặng hơn hoặc tử vong.

**Bảng 3. 35. Thời gian điều trị trung bình theo bệnh danh YHCT**

<b>Bệnh danh YHCT</b>	<b>Tên bệnh</b>	<b>Thời gian điều trị trung bình</b>
Chân tâm thống (U58.031.0)	Cơn đau thắt ngực (I20)	18,04±1,73
Huyễn vựng (U58.091)	Tăng huyết áp nguyên phát (I10)	20,25±1,42
Đàm thấp (U58.152)	Xơ vữa động mạch (I25)	15,04±2,67
Tâm quý (U58.521)	Loạn nhịp tim (I49)	15,66±2,51
Trúng phong kinh lạc (U58.722)/ Trúng phong tạng phủ (U58.721)	Xuất huyết nội sọ (I61)	15,71±2,34
Bán thân bất toại (U58.021)	Nhồi máu não (I63)	19,32±1,21
Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752)	Tai biến mạch máu não (I64)	15,32±1,45
Đầu thống (U58.122)	Bệnh mạch máu não khác (I67)	17,72±1,71
Chứng nuy (U58.061)	Di chứng bệnh mạch máu não (I69)	16,34±2,56

**Nhận xét:**

Thời gian điều trị trung bình của bệnh danh Huyền vựng và Bán thân bất toại cao nhất lần lượt là: 20,25±1,42 và 19,32±1,21.

Thời gian điều trị trung bình ngắn nhất là 15,32±1,45 của bệnh danh Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752) hay là bệnh tai biến mạch máu não theo YHHĐ.

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

Nghiên cứu được thực hiện trên 300 người bệnh tại Bệnh viện YHCT Hải Phòng được chẩn đoán mắc bệnh hệ tim mạch từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2020. Các đối tượng được chẩn đoán, sau đó được thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm sinh hoá như lipid máu, glucose máu, creatinin và các xét nghiệm hình ảnh như điện tim, siêu âm tim, siêu âm động mạch cảnh, soi đáy mắt. Dựa vào các kết quả, chúng tôi tính toán tỷ lệ, các yếu tố hành vi nguy cơ tim mạch và thực trạng điều trị bằng phương pháp YHCT kết hợp YHHĐ, sử dụng thuốc YHCT trên các đối tượng nghiên cứu. Dựa vào các kết quả thu được, chúng tôi có ý kiến bàn luận như sau:

#### **4.1. Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu**

Các bệnh về tim mạch là bệnh không lây nhiễm ngày càng phổ biến, tuổi càng cao nguy cơ về các bệnh tim mạch càng cao, bệnh tiến triển kéo dài, có nhiều biến chứng nguy hiểm gây tử vong hoặc tàn phế, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe [34]. Trong nghiên cứu này, đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 67,63; phần lớn trong nhóm tuổi trên 60 chiếm 78,33%. Với tỷ lệ phân bố giới tính nam và nữ gần bằng nhau lần lượt là 52,33%; 47,67%. Nhóm tuổi này do chịu tác động của nhiều yếu tố phơi nhiễm nên có nguy cơ cao. Việc phát hiện sớm những người có nguy cơ cao, những người đã mắc bệnh lý về tim mạch để từ đó can thiệp các giải pháp phòng bệnh, ngăn chặn tình trạng tiến triển thành bệnh, ngăn chặn bệnh tiến triển nặng hơn, hạn chế các biến chứng gây ra, phù hợp với chiến lược hiện nay của Việt Nam.

Hầu hết người bệnh trong mẫu nghiên cứu có trình độ trung học chiếm 55%; chiếm tỷ lệ thấp nhất là mù chữ (2%). Đối tượng hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,67%; tỷ lệ đã có gia đình chiếm 76,33%. Hộ nghèo chỉ chiếm 3,67% và người bệnh đều sử dụng BHYT chiếm 74%. Tất cả đều là dân tộc



Kinh. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với đặc điểm về cơ cấu dân tộc, văn hoá xã hội tại Hải Phòng.

Kết quả nghiên cứu cũng tương đương với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Nhân và cộng sự (2014) trên 2783 người, trong đó nam giới là 21,3%; nữ là 13,1% với  $p < 0,05$  [35]. Nghiên cứu về tỷ lệ một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thị trấn Châu Quỳnh, Gia Lâm, Hà Nội (2011), cho thấy 45% người cao tuổi bị tăng huyết áp [33].

Cũng từ thực trạng việc phát hiện và phòng chống tăng huyết áp nói riêng, phòng chống các bệnh lý về tim mạch nói chung trong cộng đồng còn nhiều hạn chế, Bộ Y tế đã tham mưu chương trình trong Chương trình mục tiêu Y tế- Dân số giai đoạn 2016-2020 đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt. Theo đó, với phòng- chống bệnh tăng huyết áp, Chính phủ đề ra mục tiêu 50% số người bị tăng huyết áp được phát hiện sớm, 30% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng chuyên môn [34].

## **4.2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh tim mạch của đối tượng nghiên cứu**

### **4.2.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

*\* Tiền sử gia đình và bệnh được chẩn đoán theo ICD 10*

Ở nhóm đối tượng có người thân mắc các bệnh lý về tim mạch có nguy cơ mắc cao hơn nhóm có tiền sử các bệnh lý khác. Phần lớn đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán mắc tăng huyết áp nguyên phát thuộc chứng Huyền vụng trong YHCT có tỷ lệ là 54%. Người bệnh thuộc các Chứng nuy, Bán thân bất toại, Chân tâm thống là những bệnh phổ biến chiếm tỷ lệ cao sau Huyền vụng. Bệnh chiếm tỷ lệ thấp nhất là xuất huyết nội sọ và tai biến mạch máu não thuộc chứng Trung phong kinh lạc/ Trúng phong tạng phủ: 0,67%. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết luận tương tự về vai trò của tiền sử gia đình với nguy cơ mắc, đặc biệt là tăng huyết áp nguyên phát. Tuy nhiên, cũng có các nghiên cứu chưa thấy sự liên quan giữa tiền sử gia đình và các bệnh lý này. Nghiên cứu của Vesna Stojanov trên 265 người theo dõi trong 36 năm

cho thấy tỷ lệ tiền sử tăng huyết áp gia đình trong hai nhóm tiền tăng huyết áp và huyết áp tối ưu không có sự khác biệt (51,9% so với 58,3%,  $p=0,08$ ) [35].

Do đó, những người có tiền sử gia đình các bệnh về tim mạch, đặc biệt là tăng huyết áp thì cần phải cố gắng loại bỏ các yếu tố nguy cơ tim mạch, như vậy sẽ giúp phòng tránh được các các bệnh nguy cơ này. Hơn nữa, tuổi càng cao thì tỷ lệ tiền tăng huyết áp và tăng huyết nguyên phát càng nhiều do thành động mạch bị lão hoá và xơ vữa, giảm tính đàn hồi, trở nên cứng hơn; làm cho huyết áp tăng cao hơn.

*\* Chỉ số BMI*

Trong nghiên cứu này, phần lớn người bệnh có chỉ số khối của cơ thể ở tình trạng thừa cân, béo phì chiếm 80,33%. Chỉ số BMI bình thường chiếm 19,67%. BMI trung bình là 25,81%; giá trị nhỏ nhất là 19,47 và giá trị lớn nhất là 33,27; mối liên quan giữa nhóm tuổi và BMI có sự khác biệt với ý nghĩa thống kê  $p=0,048$ . Thừa cân, béo phì có liên quan đến việc tăng nguy cơ do bệnh tim mạch và tử vong do nhiều nguyên nhân khác. Khuyến cáo duy trì trọng lượng cơ thể chuẩn ở các cá nhân chưa bị bệnh lý tim mạch để ngăn ngừa và giảm huyết áp [36]. Theo tác giả Guang Yang và cộng sự năm 2016, nghiên cứu trên 17.584 người Trung Quốc đã cho thấy thừa cân béo phì làm tăng nguy cơ mắc tiền tăng huyết áp với phân tích logistic đơn biến OR (KTC95%) lần lượt là 2,217(1,960 - 2,508) và 3,923(2,829 - 5,440), và đa biến là 1,665(1,428 - 1,919) và 2,960(2,045 - 4,285) với  $p<0,001$  [37]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu, đó là: Những người thừa cân hoặc béo phì có nguy cơ cao bị bệnh tim mạch. Nhiều tài liệu đã công bố về mối liên quan chặt chẽ giữa cân nặng cơ thể và huyết áp động mạch. Những người có BMI > 30 có nguy cơ bị tăng huyết áp cao gấp 4 lần so với người có BMI < 25, còn người có BMI từ 25 đến 30 có nguy cơ cao gấp 2 lần.

Kết quả nghiên cứu của Đào Thu Giang cho thấy BMI có liên quan khá chặt chẽ với tăng huyết áp nguyên phát [38]. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Tăng cân quá mức có liên quan đến huyết áp cao và giảm trọng lượng theo trọng lượng cơ thể lý tưởng làm giảm huyết áp. Trong một phân tích, mức giảm huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trung bình liên quan đến giảm 5,1 kg lần lượt là 4,4 và 3,6 mmHg. Thừa cân và béo phì có liên quan đến việc tăng nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân. Giảm cân được khuyến cáo ở bệnh nhân tăng huyết áp thừa cân và béo phì để kiểm soát các yếu tố nguy cơ chuyển hóa, nhưng ổn định cân nặng có thể là mục tiêu hợp lý của nhiều người. Khuyến cáo duy trì trọng lượng cơ thể khỏe mạnh ở các cá nhân chưa bị tăng huyết áp để ngăn ngừa tăng huyết áp, và cho bệnh nhân tăng huyết áp để giảm huyết áp. Giảm cân nên sử dụng nhiều phương pháp bao gồm tư vấn chế độ ăn uống, tập thể dục thường xuyên và liệu pháp tư vấn tạo động lực. Giảm cân cũng có thể được thúc đẩy bằng các loại thuốc chống béo phì và phẫu thuật giảm cân ở bệnh nhân béo phì nghiêm trọng [36].

*\* Số đo vòng eo*

Số đo vòng eo tăng hơn so với mức bình thường chiếm 59,33%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vòng eo chưa có khác biệt rõ ràng về nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch nói chung và tỷ lệ về tăng huyết áp nguyên phát nói riêng.

Nghiên cứu của Lihua Hu tại Trung Quốc cho kết quả vòng bụng trong nhóm tiền THA cao hơn nhóm HA tối ưu có ý nghĩa thống kê, 79,4(73,0-86,0) cm so với 75(70-80) cm,  $p < 0,001$  [39]. Fahimeh Haghighatdoost nghiên cứu trên 806 đối tượng tiền tăng huyết áp và huyết áp tối ưu, cho kết quả tỷ lệ béo bụng gặp nhiều hơn ở tiền tăng huyết áp là 31%,  $p < 0,001$  và vòng bụng

trung bình ở nhóm tiền THA cũng cao hơn có ý nghĩa,  $90,19 \pm 8,59$  cm so với  $81,19 \pm 11,23$  cm,  $p < 0,001$  [40].

Tuy nhiên vòng bụng chưa thể hiện được vai trò tăng nguy cơ mắc tiền THA. Kết quả nghiên cứu của Đào Thu Giang cho thấy số đo vòng eo có liên quan khá chặt chẽ với tăng huyết áp nguyên phát [38].

*\* Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng*

Tỷ lệ tăng Glucose máu chiếm 16% và chỉ số Glucose máu ảnh hưởng trực tiếp tới bệnh nhân mắc đái tháo đường (ĐTĐ).

Theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Châu Âu, huyết áp cao là đặc điểm hay gặp trong đái tháo đường type 1 và type 2. Nhiều bằng chứng đáng kể ủng hộ lợi ích của việc giảm huyết áp ở những người ĐTĐ để giảm các biến chứng về mạch máu lớn và mạch máu nhỏ, cũng như giảm tỷ lệ tử vong. Một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng lớn ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 đã chỉ ra rằng huyết áp tâm thu  $<135$  mmHg, so với 140 mmHg, có liên quan đến việc giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân. Gần đây, thử nghiệm Preterax và Diamicron đã cho thấy lợi ích về biến cố tim mạch được quan sát thấy khi huyết áp tâm trương khoảng 75 mmHg. Điều này phù hợp với bằng chứng từ các phân tích tổng hợp khác, rằng việc hạ thấp huyết áp tâm trương xuống  $<80$  mmHg ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 là an toàn và hiệu quả. Do đó, ở bệnh nhân tiền tăng huyết áp mắc ĐTĐ, kiểm soát đường huyết tốt và điều trị thay đổi lối sống được khuyến cáo, cần nhắc điều trị thuốc ở đối tượng huyết áp bình thường cao đã mắc các bệnh tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành [41].

Tỷ lệ người bệnh có chỉ số sinh hoá máu cao hơn bình thường là 46,67%. Với chỉ số lipid máu: tăng Cholesterol chiếm 33%; tăng triglyceride chiếm 31,33%; tăng HDL-C chiếm 4,67%. Có sự khác biệt về các chỉ số giữa các nhóm tuổi, giữa 2 giới nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Tăng cholesterol máu là nguyên nhân chính của quá trình xơ vữa động mạch, dần dần làm hẹp lòng các động mạch cung cấp máu cho tim và các cơ quan khác trong cơ thể. Động mạch bị xơ vữa sẽ kém đàn hồi và đây cũng chính là yếu tố làm tăng huyết áp. Cholesterol toàn phần bao gồm nhiều loại cholesterol, trong đó được nghiên cứu nhiều nhất là cholesterol của lipoprotein tỷ trọng cao (HDL-C) và cholesterol của lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C). Nồng độ LDL-C trên 3,0 mmol/dl là yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch. Các yếu tố nguy cơ chuyển hóa này có tác động cộng hưởng lên nguy cơ tim mạch. Xét nghiệm lipid máu và glucose máu là các xét nghiệm thường quy trên các bệnh nhân tăng huyết áp.

Theo khuyến cáo của Châu Âu, ở những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao, mục tiêu LDL-C < 2,6 mmol/L (100 mg/dL) hoặc giảm  $\geq 50\%$  nếu LDL-C ban đầu nằm trong khoảng 2,6 đến 5,2 mmol/L (100 và 200 mg/dL). Đối với những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch thấp-trung bình, statin nên được xem xét để đạt được giá trị LDL-C < 3,0 mmol/L (115 mg/dL) [41].

#### **4.2.2. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến bệnh lý tim mạch**

##### *\* Hút thuốc lá*

Nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng có hút thuốc lá chiếm tỷ lệ là 26%. Tỷ lệ nam giới hút thuốc lá cao hơn nữ giới lần lượt là 56,41% và 45,59%.

Mặc dù tỷ lệ này nhìn chung không cao, nhưng hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ chính đối với bệnh tim mạch và ung thư. Mặc dù tỷ lệ hút thuốc đang giảm ở hầu hết các nước Châu Âu, đặc biệt là ở nam giới, nhưng nó vẫn phổ biến ở nhiều khu vực, tỷ lệ hút thuốc lá vẫn ở mức cao 20-35% ở Châu Âu. Cũng có bằng chứng cho thấy tác động xấu đến sức khỏe ở người hút thuốc thụ động. Các nghiên cứu sử dụng theo dõi huyết áp 24 giờ đã chỉ ra rằng cả người hút thuốc lá có huyết áp bình thường và không điều trị đều có giá trị huyết áp hàng ngày cao hơn so với người không hút thuốc. Hút thuốc đứng thứ hai trong việc gây ra rủi ro gánh nặng bệnh tật và cai thuốc lá có lẽ là biện

pháp hiệu quả nhất để phòng ngừa bệnh tim mạch, bao gồm đột quy, nhồi máu cơ tim và bệnh động mạch ngoại vi.

Do đó, theo dõi sử dụng thuốc lá nên được quan tâm trong mỗi lần thăm khám và những người có bệnh lý có hút thuốc lá nên được tư vấn về việc cai thuốc lá. Các biện pháp được dùng để cai thuốc như lời khuyên từ bác sĩ, hỗ trợ hành vi, liệu pháp thay thế nicotine, điều trị bằng bupropion cho thấy hiệu quả. So với giả dược, liệu pháp thay thế nicotine hoặc điều trị bằng bupropion làm tăng gấp đôi cơ hội bỏ thuốc, trong khi liệu pháp thay thế nicotine kết hợp tăng gấp ba lần cơ hội bỏ thuốc. Kết hợp hỗ trợ hành vi với dược lý trị liệu làm tăng 70 - 100% cơ hội thành công so với khi chỉ sử dụng lời khuyên về thay đổi hành vi lối sống [41].

*\* Lạm dụng rượu bia*

Theo WHO, lượng rượu, bia uống trung bình/ngày đối với phụ nữ từ 4 đơn vị chuẩn trở lên và đối với nam giới từ 6 đơn vị chuẩn trở lên được coi là uống ở mức nguy hiểm; Từ 2 đến dưới 4 đơn vị chuẩn đối với phụ nữ, 4 đến dưới 6 đơn vị chuẩn đối với nam giới được coi là uống rượu ở mức có hại [42]. Lạm dụng rượu bia là một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch. Trong nghiên cứu này, uống rượu bia ở mức nguy cơ trở lên ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi cao hơn nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi và nam giới có tình trạng lạm dụng rượu bia cao hơn nữ giới.

Kết quả này phù hợp với kết quả một số nghiên cứu đã chứng minh: Nghiên cứu của Phan Thị Kim Liên, uống nhiều rượu có nguy cơ THA gấp 2 - 3 lần bình thường. Như vậy, rượu là một trong những yếu tố nguy cơ THA. Nghiên cứu của Trần Đỗ Trinh và cộng sự về Điều tra dịch tễ học bệnh nhân THA ở Việt Nam thấy ở người THA, tỷ lệ uống rượu cao hơn những người bình thường. Nghiên cứu dịch tễ học THA ở Việt Nam cho thấy uống rượu có mối liên quan chặt chẽ với THA ở cả 2 giới [43].

Có mối liên hệ lâu dài giữa tiêu thụ rượu bia, tỷ lệ THA và nguy cơ bệnh tim mạch. Uống rượu quá độ có thể có làm THA mạnh mẽ. Theo nghiên cứu Tổ chức Y tế Cộng đồng toàn cầu (PATH) đã điều tra các tác động của việc giảm rượu đối với HA; nhóm can thiệp có huyết áp tâm thu/ huyết áp tâm trương thấp hơn 1,2/0,7 mmHg so với nhóm đối chứng, trong vòng 6 tháng.

Một phân tích tổng hợp ngẫu nhiên của Mendel trên 56 nghiên cứu dịch tễ học cho thấy rằng giảm tiêu thụ rượu, ngay cả đối với những người uống rượu nhẹ vừa phải, có thể có lợi cho sức khỏe tim mạch. Mức uống rượu bia khuyến cáo ở đàn ông được giới hạn mức tiêu thụ là 14 đơn vị mỗi tuần và phụ nữ ở mức 8 đơn vị mỗi tuần (1 đơn vị tương đương với 125 mL rượu hoặc 250 mL bia). Những ngày không có rượu trong tuần và tránh uống rượu quá độ cũng được khuyến cáo [41].

#### \* Ăn mặn

Có nhiều mốc chẩn đoán ăn mặn tùy theo quốc gia vì phụ thuộc vào phong tục tập quán từng vùng. Theo nghiên cứu của Fahimeh Haghghatdoost MSc trên 806 đối tượng có vấn đề về tim mạch, huyết áp, lượng muối dùng hàng ngày cao hơn ( $10,38 \pm 6,19$  so với  $12,76 \pm 7,11$  g/ngày;  $p = 0,003$ ). Nghiên cứu này còn cho thấy ăn lượng lớn muối hàng ngày làm tăng nguy cơ mắc tiền THA với OR (CI 95%) = 1,97 (1,02-3,81) sau khi điều chỉnh các yếu tố nguy cơ tuổi, giới tính, giáo dục, nghề nghiệp, hút thuốc, hoạt động thể chất và ăn kiêng [44]. Tại Trung Quốc, một nghiên cứu cũng kết luận lượng muối ăn vào quá mức làm tăng nguy cơ mắc tiền THA, OR (CI 95%) = 1,140(1,020- 1,273),  $p = 0,02$  [40].

Hầu hết đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có chế độ ăn mặn chiếm 81,67%, sự khác biệt giữa chế độ ăn mặn về giới có ý nghĩa thống kê với  $p=0,03$ . Trong thực tế, tỷ lệ ăn mặn cao hơn nhiều so với các nước trên thế giới, vì ảnh hưởng của phong tục và thói quen ăn uống của Việt Nam. Đặc

biệt ở nam giới, có thói quen ăn nhạt gồm các thực phẩm chế biến sẵn có nhiều muối như dưa muối, cà muối, lạc rang muối, dưa chuột muối, ...

Có bằng chứng về mối liên quan nhân quả giữa lượng natri ăn vào và HA, tiêu thụ natri quá mức (>5g natri mỗi ngày, bằng một muỗng cà phê muối mỗi ngày) đã được chứng minh liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ bệnh tim mạch theo tuổi. Ngược lại, hạn chế natri đã được chứng minh là có tác dụng hạ huyết áp trong nhiều thử nghiệm [41].

Hội Tim mạch Châu Âu khuyến nghị lượng natri nên giới hạn ở mức khoảng 2,0 g mỗi ngày (tương đương khoảng 5,0 g muối mỗi ngày) trong dân số nói chung và phải cố gắng đạt được mục tiêu này ở tất cả các bệnh nhân THA. Giảm muối hiệu quả là không dễ dàng và thực phẩm có chứa lượng muối cao thường gây cản trở cho việc đạt được mục tiêu này. Giảm lượng muối trong dân số vẫn là ưu tiên của sức khỏe cộng đồng nhưng đòi hỏi nỗ lực kết hợp giữa ngành công nghiệp thực phẩm, chính phủ và ý thức của mọi người nói chung, vì 80% tiêu thụ muối liên quan đến lượng muối có trong thực phẩm chế biến [41].

*\* Thói quen ăn rau củ quả*

Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo mỗi người trung bình nên ăn ít nhất 400 gram (tương đương 5 đơn vị chuẩn), 1 đơn vị chuẩn tương đương với 80 gam rau quả chín, rau xanh) rau, củ và trái cây trong một ngày.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 86,33% người bệnh ăn rau quả không theo chuẩn. Kết quả này tương tự như nhiều nghiên cứu cũng đã chỉ ra các hành vi ăn uống không hợp lý có liên quan mật thiết đến bệnh THA, bệnh tim mạch, trong đó có hành vi ăn không đủ rau quả [42].

*\* Hoạt động thể lực kém*

Kém hoạt động thể lực cũng là một yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi khảo sát chỉ có 3,33% người bệnh có hành vi kém hoạt động thể



lực. Điều này phù hợp đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người già và đã hưu trí. Mặc dù tỷ lệ nữ giới kém hoạt động thể lực hơn nam giới, nhưng sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.

Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Jiang He khảo sát trên 169.871 người Trung Quốc cho thấy kém hoạt động thể lực ở nhóm tiền THA cao hơn nhóm HA tối ưu ở cả nam và nữ (nam: 37% so với 33%, nữ: 34% so với 30%) [45]. Trevor S Ferguson nghiên cứu trên 1.972 người cho thấy nam giới kém hoạt động thể lực có tỷ lệ tiền THA cao hơn ý nghĩa so với HA tối ưu (20,8% so với 18,7%,  $p=0,007$ ), tuy nhiên, kém hoạt động thể lực ở nữ chưa cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm HA [46].

Khuyến cáo về hoạt động thể lực nên tham gia ít nhất 30 phút tập thể dục với mức độ vừa (đi bộ, chạy bộ, đạp xe hoặc bơi lội) trong 5 đến 7 ngày mỗi tuần. Nên tham gia các bài tập đối kháng trong 2 - 3 ngày mỗi tuần. Để có thêm lợi ích ở người trưởng thành khỏe mạnh, khuyến cáo nên tăng dần hoạt động thể chất aerobic lên 300 phút một tuần với cường độ vừa hoặc 150 phút một tuần hoạt động aerobic cường độ mạnh, hoặc kết hợp tương ứng cả hai. Tác động của các bài tập isometric (thể dục với khớp xương bất động) lên HA và rủi ro tim mạch chưa có nhiều bằng chứng [41].

Kết quả nghiên cứu sự khác biệt về mối liên quan giữa bệnh danh YHCT với nhóm tuổi, chỉ số lipid máu, chỉ số glucose máu không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Theo bệnh danh Huyền vụng, Chân tâm thông, Chứng nuy, tỷ lệ người bệnh không hút thuốc lá cao hơn người bệnh có hút thuốc lá; 100% người bệnh có thói quen ăn mặn; phần lớn người bệnh không ăn rau quả theo chuẩn. Tuy nhiên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### **4.3. Thực trạng điều trị bằng y học cổ truyền kết hợp y học hiện đại trên người bệnh tim mạch tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2020.**

Tỷ lệ khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền tại các cơ sở y tế được tính bằng tổng số lượt khám chữa bệnh bằng y học cổ truyền cộng với số lượt

khám chữa bệnh bằng YHCT kết hợp với YHHĐ trong một thời điểm nhất định chia cho tổng số lượt khám, chữa bệnh trong thời điểm đó.

Kết hợp YHCT với YHHĐ là một chủ trương lớn của Đảng và Nhà nước được thể chế hóa bằng nhiều các chỉ thị, thông tư cũng như hướng dẫn của các cơ quan ban ngành, các nhà hoạch định chính sách. Tuy nhiên, mặc dù sau nhiều năm triển khai kết quả đạt được chưa thực sự tương xứng với kỳ vọng. Trong bản báo cáo tổng kết 8 năm thực hiện chủ trương hiện chủ trương này đa phần các tiêu chí đặt ra không thực hiện được và gặp rất nhiều khó khăn trong thực tế, trong đó có thể chỉ ra một vài nguyên nhân khiến người dân vẫn còn “thờ ơ” với YHCT.

Dưới góc độ của người dân, có thể nói y học cổ truyền đã có từ rất lâu đời trong nhân dân, người dân trước đây chỉ biết đến thuốc YHCT và YHCT chiếm một vị trí rất quan trọng trong đời sống. Một phần vì những vị thuốc này dễ kiếm, dễ trồng và giá thành lại rất rẻ, đặc biệt trong điều kiện kinh tế còn khó khăn hoặc trong giai đoạn chiến tranh vai trò của đông y thực sự phát huy thế mạnh. Sau khi đất nước mở cửa với sự hội nhập mạnh mẽ và phát triển nhanh chóng của YHHĐ, vai trò của YHCT dần dần bị lu mờ hơn, do YHHĐ có một sức mạnh rất lớn về mặt giải quyết nhanh tình trạng bệnh tật, vấn đề này YHCT không đáp ứng được. Vì vậy, người dân nhận thức rằng YHHĐ có thể chữa bệnh tốt hơn, nhanh hơn còn YHCT vì phải có thời gian, chữa bệnh một cách kiên trì. Xu hướng thành thị hóa cũng khiến không ít đồng bào vùng nông thôn, vùng dân tộc thiểu số không có ý thức gìn giữ và lưu truyền những bài thuốc dân gian có giá trị nên có những bài thuốc YHCT quý hiếm sẽ dần dần bị mai một đi.

Đối với người thầy thuốc phải đặt lợi ích của người bệnh lên hàng đầu, việc kết hợp giữa 2 nền phải được xem như đôi bàn tay trên cơ thể con người mà một tay nào đó khiếm khuyết thì vấn đề điều trị vẫn chưa được xem là hoàn hảo. YHHĐ có tác dụng chữa bệnh nhanh, nhưng YHCT có các liệu

pháp an toàn làm giảm nguy cơ các biến chứng và tăng cường sức đề kháng mạnh mẽ cho cơ thể người bệnh. Người thầy thuốc khi thăm khám cho bệnh nhân cần có những tư vấn đúng đắn cho người bệnh, tránh vì những lợi ích, lợi nhuận trước mắt mà quên đi nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất cho bệnh nhân.

Phương pháp điều trị YHCT phổ biến với đối tượng nghiên cứu là châm cứu và xoa bóp chiếm tỷ lệ trên 70%; chế phẩm chiếm tỷ lệ 40,84% và thuốc thang chiếm 34,51%. Trong đó 52,13% người bệnh điều trị kết hợp bằng phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc. Các phương pháp điều trị được sử dụng phổ biến ở những bệnh danh YHCT bao gồm: Huyền vựng; Trúng phong kinh lạc/ Trúng phong tạng phủ; Bán thân bất toại; Đầu thống; Chứng nuy. Chế phẩm không sử dụng điều trị những bệnh danh Chân tâm thống và Bán thân bất toại; Châm cứu và xoa bóp không sử dụng điều trị Đầu thống và Tâm quý.

Phần lớn người bệnh khi được điều trị bằng YHCT kết hợp YHHĐ có kết quả đỡ. Không có người bệnh nào có kết quả nặng hơn hoặc tử vong. Thời gian điều trị trung bình của bệnh danh Huyền vựng và Bán thân bất toại cao nhất lần lượt là:  $20,25 \pm 1,42$  và  $19,32 \pm 1,21$ . Thời gian điều trị trung bình ngắn nhất là  $15,32 \pm 1,45$  của bệnh danh Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752) hay là bệnh tai biến mạch máu não theo YHHĐ.

Mục đích sử dụng YHCT trong điều trị: Tỷ lệ người dân hiểu sử dụng YHCT để dùng để chữa bệnh kết hợp với hỗ trợ điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất 41,55%. Tiếp đến là bồi bổ cho cơ thể 23,24%. Thấp nhất dùng để chữa bệnh 15%.

Nguyên nhân, có thể do ít tốn kém về kinh tế nên họ sử dụng để chữa bệnh là chủ yếu, thay thế việc đi chữa bệnh bằng tây y giá thành cao, lại xa trung tâm y tế.

Như đã phân tích ở trên, việc sử dụng YHCT liên quan rất nhiều đến điều kiện kinh tế của địa phương. Người dân ở những vùng này sử dụng YHCT để nâng cao sức khoẻ cho thấy việc sử dụng YHCT để chăm sóc sức khoẻ ban đầu là đúng đắn nhưng cũng cần có cơ chế phối hợp và hỗ trợ người dân tiếp cận các phương pháp YHHĐ khi cần thiết. Do đó chiến lược phát triển YHCT hiệu quả là đầu tư phát triển YHCT tại các trạm y tế tuyến xã.

Qua đánh giá nghiên cứu cho thấy chính sách của Đảng và nhà nước là đúng đắn, định hướng chính sách Quốc gia về YHCT đã chỉ rõ, đồng thời triển khai và phổ biến dịch vụ YHCT tại các cơ sở là phù hợp với mô hình bệnh tật tại Bệnh viện.

Thực tế đã chỉ ra y học hiện đại nhờ ứng dụng những thành quả công nghệ khoa học tiên tiến của nhân loại với các trang thiết bị hiện đại, các hóa dược mạnh, có thể chẩn đoán, can thiệp, điều trị kịp thời, có hiệu quả cao các bệnh lý cấp cứu, ngoại khoa, còn YHCT chủ yếu tập trung vào các bệnh nhẹ, bệnh nan y với một ưu điểm không thể chối cãi là giá thành rẻ, an toàn và hiệu quả hơn [50].

Một phần không nhỏ người dân hiện nay đang tìm kiếm sự chữa trị từ y học cổ truyền, đặc biệt bằng các phương thuốc cổ truyền. Hơn nữa thuốc YHCT có giá trị đặc biệt trong một số bệnh mạn tính như: bệnh đường tiêu hoá và bệnh ngoài da... Khi YHCT đã được nâng lên ngang tầm với y học hiện đại (YHHĐ) thì vấn đề sử dụng hợp lý an toàn thuốc YHCT bên cạnh thuốc hiện đại cũng cần được xem xét tới một cách nghiêm túc. Những nghiên cứu gần đây trên thế giới cho thấy phần đông dân chúng quan niệm rằng thuốc YHCT có nguồn gốc từ thiên nhiên nên việc sử dụng sẽ an toàn. Tuy nhiên, đây là quan niệm chưa hoàn toàn đúng, bởi các phương thuốc YHCT cũng có thể gây ra các phản ứng có hại cho con người, thậm chí ở mức độ nặng có thể gây ra tử vong [17]. Thực trạng khám chữa bệnh bằng YHCT ở

một số địa phương đã rất phát triển, tuy nhiên ở nhiều địa phương khác vẫn còn có những bất cập.

#### **4.4. Hạn chế của đề tài**

Đề tài nghiên cứu tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng nên kết quả nghiên cứu chưa đại diện cho toàn tỉnh. Cỡ mẫu nghiên cứu mặc dù được tính toán cụ thể theo công thức nhưng vẫn còn có những hạn chế.

Về đánh giá hành vi, lối sống của đối tượng và việc sử dụng YHCT, sử dụng YHHĐ mới chỉ thực hiện được qua phỏng vấn đối tượng, chưa có điều kiện quan sát trực tiếp.

## KẾT LUẬN

### **1. Mô tả một số yếu tố liên quan đến bệnh lý tim mạch điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2019-2020**

- NB thừa cân béo phì chiếm 80,33%; số đo vòng eo tăng hơn bình thường chiếm 59,33%.

- Tỷ lệ người bệnh mắc tăng huyết áp nguyên phát thuộc chứng Huyền vụng chiếm 54%. Bệnh chiếm tỷ lệ thấp nhất là xuất huyết nội sọ và tai biến mạch máu não thuộc chứng Trúng phong kinh lạc/ Trúng phong tạng phủ: 0,67%.

- 81,67% người bệnh có thói quen ăn mặn. Thói quen ăn mặn của đối tượng nghiên cứu giữa nam giới và nữ giới có sự khác biệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Chỉ số BMI giữa nhóm tuổi trên 60 và dưới 60 có sự khác biệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### **2. Đánh giá thực trạng điều trị bằng Y học cổ truyền kết hợp Y học hiện đại trên người bệnh tim mạch tại bệnh viện Y học cổ truyền Hải Phòng năm 2020**

- Phần lớn người bệnh chọn điều trị bằng YHCT kết hợp với YHHĐ chiếm tỷ lệ 91,55%.

- Tỷ lệ người bệnh sử dụng phương pháp châm cứu và xoa bóp chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là: 74,64% và 77,46%.

- Phần lớn người bệnh điều trị kết hợp giữa sử dụng thuốc và không dùng thuốc chiếm 52,13%. Thấp nhất là phương pháp không dùng thuốc chiếm tỷ lệ 14,78%.

- Thời gian điều trị trung bình của bệnh danh Huyền vừng và Bán thân bất toại cao nhất lần lượt là:  $20,25 \pm 1,42$  và  $19,32 \pm 1,21$ . Thời gian điều trị trung bình ngắn nhất là  $15,32 \pm 1,45$  của bệnh danh Trúng phong tạng phủ (U58.751)/ Trúng phong kinh lạc (U58.752) hay là bệnh tai biến mạch máu não theo YHHD.

- Phần lớn người bệnh khi được điều trị bằng YHCT kết hợp YHHD có kết quả đỡ. Không có người bệnh nào có kết quả nặng hơn hoặc tử vong.

- Tỷ lệ người bệnh cho rằng YHCT hỗ trợ điều trị và chữa bệnh kết hợp chiếm cao nhất là 41,55%; bồi bổ cơ thể chiếm 23,24%.

## **KHUYẾN NGHỊ**

1. Phát hiện sớm tiền tăng huyết áp và quản lý THA trong việc ngăn ngừa các tổn thương quan trọng có thể xảy ra.
2. Tăng cường kết hợp YHCT và YHHĐ trong điều trị
3. Đề xuất tiếp tục làm thêm các nghiên cứu đánh giá thực trạng điều trị bệnh tim mạch tại các bệnh viện y học cổ truyền tại Việt Nam với cỡ mẫu lớn hơn và đa dạng hơn về địa điểm nghiên cứu.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shanthi Mendis; Pekka Puska; Bo Norrving (2011), *World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization*,
2. BD (2013). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, **385(9963)**, 117–71.
3. Mozaffarian. D (2013). Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association.
4. Bridget B. Kelly (2010). Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health. Washington, DC: National Academies Press.
5. World Health Organization (2017). Cardiovascular diseases (CVDs).
6. Donata R (2006). Prealbumin serum concentrations as a useful tool in the assessment of malnutrition in hospitalized patients. *Clin Chem*, **52(12)**, 2177–2179.
7. Phạm Mạnh Hùng (2010). Các yếu tố nguy cơ thường gặp của bệnh tim mạch.
8. Allen B. Weisse (2011). Cardiac Surgery, A century of Progress. *Tex Hear I*, **38(5)**, 486–490.
9. Lê Đình Sáng (2018). Bệnh học tim mạch.

10. Bộ Y tế (2017). Quyết định 6061/QĐ-BYT ban hành ngày 29 tháng 12 năm 2017 về việc ban hành bộ mã danh mục dùng chung áp dụng trong khám bệnh, chữa bệnh và thanh toán bảo hiểm y tế.
11. WHO (2011). Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control.
12. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2020). Division for Heart Disease and Stroke Prevention.
13. Report on Heart, Stroke and Vascular Cognitive Impairment (2019), *How unseen links are putting us at risk*,
14. Trương Quang Bình (2019). Bệnh tim mạch chuyển hóa và những nguy cơ gây biến chứng. <<https://suckhoedoisong.vn/benh-tim-mach-chuyen-hoa-va-nhung-nguy-co-gay-bien-chung-n165993.html>>, accessed: 30/12/2020.
15. Hội tim mạch học Việt Nam (2011), *Khuyến cáo 2010 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa*, NXB Y học.
16. Bộ Y tế (2016). Thông tư số: 01/2016/TT-BYT ngày 05 tháng 01 năm 2016 quy định kê đơn thuốc Y học cổ truyền, kê đơn thuốc Y học cổ truyền kết hợp với thuốc tân dược trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
17. Trần Thủy Sóng (2013), *Thực trạng nguồn nhân lực, sử dụng thuốc và nhận thức thực hành của người dân về y học cổ truyền ở tuyến cơ sở tại thành phố Hà Nội năm 2013*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam.
18. Phạm Việt Hoàng (2013), *Thực trạng y học cổ truyền tỉnh Hưng Yên và hiệu quả can thiệp tăng cường hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện y học cổ truyền tỉnh*, Luận án tiến sĩ y học cổ truyền, Đại học Y Hà Nội.
19. Nguyễn Thị Bay (2002). Vai trò của Y học cổ truyền trong đời sống của người dân huyện Thuận An, tỉnh Bình Dương. *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, **6(1)**.

20. Nguyễn Nhược Kim (2015). Vai trò của y học cổ truyền trong kiểm soát tăng huyết áp. <<https://suckhoedoisong.vn/vai-tro-cua-y-hoc-co-truyen-trong-kiem-soat-tang-huyet-ap-n37447.html>>, accessed: 30/12/2020.
21. World Health Organization (2002), *Traditional medicine strategy*, Who Geneva.
22. World Health Organization (2012), *Health Service Delivery Profile - Cambodia*,
23. Wang J., Guo Y., Li Lan Gui (2016). Current Status of Standardization of Traditional Chinese Medicine in China. *Hindawi Publ Corp*, 7.
24. Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương (2009). Thuật ngữ Y học cổ truyền của Tổ chức Y tế Thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương.
25. Duong Duc Pham, Jong Hyang Yoo, Binh Quoc Tran, Thuy Thu Ta (2013). Complementary and Alternative medicine use among Physicians in Oriental medicine Hospital in Vietnam: a hospital -based survey. *Hindawi Publ Corp Evid-Based Complement Altern Med*, 1–9.
26. Chirunthorn R., Singpaiboonporn N., Kamkwaew J., Phudpad B., Uuisui P. (2010). Assessment of patients' satisfaction with Thai traditional medicine services: a case study of the Department of Thai Traditional Medicine. *Community Health Cent Songkhla Hosp Songkhla Prov Songklanagarind Med J*, 27–44.
27. Đặng Quốc Khánh (2012). Phương hướng hiện đại hóa YHCT kết hợp với YHHĐ. <<https://nhtm.gov.vn/news/gioi-thieu/phuong-huong-hien-dai-hoa-yhct-ket-hop-voi-yhhd-28032012.html>>, accessed: 12/10/2020.
28. Cục Y tế dự phòng – Bộ Y tế phối hợp với Tổ chức Y tế thế giới (WHO) (2015). Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (gọi tắt là điều tra STEPS). .

29. Thủ tướng Chính phủ (2015). Quyết định số 59/2015/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ: Về việc ban hành chuẩn nghèo tiếp cận đa chiều áp dụng cho giai đoạn 2016 - 2020.
30. WHO (2019). Hỏi đáp về phòng chống tác hại của rượu bia.
31. Schoenborn Charlotte A, PE Adams (2010). Health behaviors of adults: United States, 2005-2007. *Vital Health Stat*, **10(245)**, 80.
32. Nguyễn Lâm Việt (2012), *Chế độ dinh dưỡng và lối sống hợp lý cho người tăng huyết áp*, NXB Y học.
33. World Health Organization (2002). The World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting healthy Life.
34. Bộ Y tế (2012). Triển khai kế hoạch năm 2013, Chương trình mục tiêu quốc gia y tế năm 2013.
35. Đặng Thị Nhàn và cộng sự (2014). Tình hình mắc bệnh THA ở người lao động tại một số làng nghề truyền thống ở vùng ven biển Bắc bộ. *Tạp Chí Y Học Cộng Đồng*, **10+11**.
36. Trần Thanh Tú, Phạm Thị Lan Liên và cộng sự (2014). Nghiên cứu về tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến THA ở người cao tuổi tại thị trấn Châu Quỳ, Gia Lâm, Hà Nội, năm 2011. *Tạp Chí Y Học Thực Hành*, **914(4)**, 94–97.
37. Chính phủ (2017). Quyết định số 1125/QĐ-TTg ngày 31/7/2017 Phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016 - 2020.
38. Đào Thu Giang và Nguyễn Kim Thủy (2006). Tìm hiểu mối liên quan giữa thừa cân, béo phì với tăng huyết áp nguyên phát. *Tạp Chí Y Học Thực Hành*, **5**, 13–14.
39. Hu Lihua, Xiao Huang, Chunjiao You, et al (2017). Prevalence and risk factors of prehypertension and hypertension in Southern China. *PloS One*, **8(1)**, 1024–1030.

40. Yang Guang, Yue Ma, Shibin Wang, et al (2017). Prevalence and correlates of prehypertension and hypertension among adults in northeastern China: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*, **13**(1).
41. Williams Bryan, Giuseppe Mancia, Wilko Spiering, et al (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*, **39**(33), 3021–3104.
42. World Health Organization (2005). WHO STEPS surveillance Manual: The WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance.
43. Phạm Gia Khải (2000), *Tăng huyết áp, Cẩm nang điều trị nội khoa*, NXB Y học.
44. Nizal Sarrafzadegan MD, MD Zahra Abdolli (2013). Is the Association between Salt Intake and Blood Pressure Medi-ated by Body Mass Index and Central Adiposity?. *Arch Iran Med*, **16**(3), 167–171.
45. He Jiang, Dongfeng Gu, Jing Chen, et al (2009). Premature deaths attributable to blood pressure in China: a prospective cohort study. *The Lancet*, **374**(9703), 1765–1772.
46. Ferguson Trevor S (2008). Prevalence of prehypertension and its relationship to risk factors for cardiovascular disease in Jamaica: analysis from a cross-sectional survey. *BMC Cardiovasc Disord*, **8**(1), 20.
47. Nguyễn Thị Trang (2014), *Thực trạng sử dụng thuốc YHCT tại 4 xã thuộc huyện Lang Chánh tỉnh Thanh Hóa*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam.
48. Trần Thị Vân Anh (2014), *Thực trạng sử dụng y học cổ truyền tại tỉnh Điện Biên năm 2014- 2015*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam, Hà Nội.

49. Phạm Thị Ngọc Linh (2014), *Đánh giá thực trạng sử dụng Y học cổ truyền tại Thành phố Đà Nẵng*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam.
50. Nguyễn Thanh Bình (2002). Vấn đề sử dụng hợp lý và an toàn thuốc y học cổ truyền. *Tạp Chí Dược Học*, **5**, 44–7.
51. Khoa Y học cổ truyền, trường Đại học Y Hà Nội (2016), *Bài giảng Y học cổ truyền tập 1*. NXB Y học

## PHỤ LỤC

### PHỤ LỤC 1: PHIẾU CÂU HỎI NGHIÊN CỨU

#### I. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

##### Mã Bệnh nhận:

1. Họ và tên:
2. Tuổi:
3. Giới:
4. Nghề nghiệp:
5. Trình độ học vấn:
6. Tình trạng hôn nhân:
7. Tình trạng kinh tế gia đình:
8. Sử dụng BHYT:    a. Có                      b. Không
9. Thói quen hút thuốc lá:    a. Có                      b. Không
10. Ăn mặn:
11. Ăn rau củ quả:
12. Kém hoạt động thể lực:

13. Uống rượu bia:

## **II. Thực trạng sử dụng YHCT và YHHĐ**

1. Phương pháp điều trị đang sử dụng:

- a. Điều trị bằng YHCT
- b. Điều trị bằng YHHĐ
- c. Kết hợp YHCT và YHHĐ

2. Các phương pháp YHCT được sử dụng:

- a. Chế phẩm
- b. Thuốc thang
- c. Châm cứu
- d. Xoa bóp

3. Thực trạng điều trị bằng YHCT kết hợp YHHĐ

- a. Phương pháp dùng thuốc
- b. Phương pháp không dùng thuốc
- c. Phương pháp kết hợp

4. Các dùng thuốc YHCT

- a. Thường xuyên
- b. Không thường xuyên

5. Lý do không sử dụng thường xuyên

- a. Không rõ
- b. Mệt mỏi uống
- c. Khác

6. Mục đích sử dụng YHCT trong điều trị

- a. Chữa bệnh
- b. Hỗ trợ điều trị
- c. Kết hợp cả hai
- d. Bồi bổ cho cơ thể.

## **Phụ lục 2: TRA CỨU DANH MỤC ICD-10**

Chương IX: Bệnh hệ tuần hoàn(I00-I99)

Các nhóm bệnh trong chương:

- I00-I02      Thấp khớp cấp
- I05-I09      Bệnh tim mãn tính do thấp
- I10-I15      Bệnh lý tăng huyết áp
- I20-I25      Bệnh tim thiếu máu cục bộ
- I26-I28      Bệnh tim do phổi và bệnh tuần hoàn phổi
- I30-I52      Thể bệnh tim khác
- I60-I69      Bệnh mạch máu não
- I70-I79      Bệnh động mạch, tiểu động mạch và mao mạch
- I80-I89      Bệnh tĩnh mạch, mạch bạch huyết và hạch bạch huyết không phân loại nơi khác
- I95-I99      Rối loạn khác và không xác định của hệ tuần hoàn



