

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN VĂN THẾ

**BƯỚC ĐẦU XÁC ĐỊNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XÂY DỰNG
TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN
NGƯỜI BỆNH TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN VĂN THẾ

**BUỚC ĐẦU XÁC ĐỊNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XÂY DỰNG
TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN
NGƯỜI BỆNH TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT**

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS. TS. ĐOÀN MINH THỤY

HÀ NỘI – 2023

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi xin trân trọng bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng đào tạo Sau Đại học, các Bộ môn, khoa phòng cùng các thầy cô trong Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và làm luận văn.

PGS.TS. Đoàn Minh Thụy - đã trực tiếp hướng dẫn định hướng đề tài và trang bị cho tôi kiến thức chuyên ngành, sửa chữa thiếu sót trong luận văn, động viên tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu.

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng kế hoạch tổng hợp, các khoa phòng Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông, Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã tạo điều kiện tốt nhất cho tôi hoàn thành nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn quý Thầy, Cô - những nhà khoa học trong Hội đồng thông qua đề cương và Hội đồng chấm luận văn đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu và khoa học để tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới bố mẹ, gia đình và người thân đã luôn bên cạnh, khuyến khích tôi trong suốt quá trình học tập. Tôi xin được cảm ơn tới bạn bè đồng nghiệp đã luôn động viên, khích lệ tôi để vượt qua những khó khăn trong quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày 31 tháng 12 năm 2023

Trần Văn Thế

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Trần Văn Thế**, học viên cao học khóa 14 - 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 **PGS.TS. Đoàn Minh Thụy**
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 và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 31 tháng 12 năm 2023

Người cam đoan

Trần Văn Thế

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Tiếng Việt	Tiếng Anh
ALT	Chỉ số enzyme gan	Alanin Transamiase
AST	Chỉ số enzyme gan	Aspartate Transamiase
AUA	Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ	American Urological Association
	Yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi	
BFGF		Basic Fibroblast Growth Factor
BPH	Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt	Benign prostatic hyperplasia
BN	Bệnh nhân	
CLCS	Chất lượng cuộc sống	
EGF	Yếu tố tăng trưởng biểu bì	Epithelial Growth Factor
FSH	Nội tiết tố kích thích nang trứng	Follicle Stimulating Hormon
HoLEP	Bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium	Holmium Laser Enucleation of the Prostate
IGF	Yếu tố tăng trưởng giống Insullin	Insullin like Grow Factor
KT	Kích thước	
IPSS	Thang điểm đánh giá triệu chứng của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt	International Prostate Symptom Score
LH	Nội tiết tố kích thích hoàng thể	Lutenizing Hormon
LUTS	Triệu chứng đường tiểu dưới	Lower Urinary Tract Symptoms
NTTD	Nước tiểu tồn dư	
PSA	Kháng nguyên đặc hiệu của tuyến tiền liệt	Prostate Specific Antigen
QoL	Điểm chất lượng cuộc sống	Quality of life

Q_{Max}	Lưu lượng đỉnh của dòng tiểu	
Q_{mean}	Lưu lượng nước tiểu trung bình	
	Yếu tố tăng trưởng chuyển đổi	
TGF β	beta	Transforming Growth factor β
TB	Trung bình	
TTL	Tuyến tiền liệt	
TSLTTTL	Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt	
UIV	Chụp niệu đồ tĩnh mạch	Urographie Intra Veineuse
VEGF	Yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu	Vascular Endothelial Growth Factor
YHHĐ	Y học hiện đại	
YHCT	Y học cổ truyền	

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1 Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo y học hiện đại	3
1.1.1. Giải phẫu sinh lý tuyến tiền liệt.....	3
1.1.2 Giải phẫu bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.....	4
1.1.3 Nguyên nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt	5
1.1.4. Chẩn đoán xác định tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt	8
1.1.5. Điều trị Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo YHHD	12
1.2. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo y học cổ truyền	12
1.2.1. Bệnh danh	12
1.2.2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh.....	15
1.2.3. Biện chứng luận trị	15
1.2.4. Các thể lâm sàng và điều trị.....	17
1.3 Phương pháp phân tích mô hình cây tiềm ẩn LTM (Latent tree model) trong chẩn đoán YHCT	19
1.3.1. Sự cần thiết của mô hình cây tiềm ẩn trong chẩn đoán YHCT	19
1.3.2. Cấu trúc mô hình cây tiềm ẩn.....	22
1.3.3. Phương pháp phân nhóm trong mô hình cây tiềm ẩn.....	24
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	27
2.1 Giai đoạn 1: khảo sát thống kê tài liệu y học cổ truyền	27
2.1.1 Đối tượng nghiên cứu:	27
2.1.2. Phương pháp nghiên cứu	27
2.2 Giai đoạn 2: khảo sát trên lâm sàng	28
2.2.1 Đối tượng nghiên cứu	28
2.2.2 Phương pháp nghiên cứu	29
2.2.3. Phương pháp tiến hành:	29
2.2.4. Phương pháp phân tích dữ liệu	37

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu	38
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	39
3.1. Giai đoạn 1: nghiên cứu trên lý thuyết.....	39
3.1.1. Tài liệu được chọn	39
3.1.2. Các thể bệnh và tần suất thể bệnh được mô tả trong các tài liệu:	41
3.1.3. Các triệu chứng và tần suất triệu chứng được mô tả trong 7 thể bệnh được chọn theo tài liệu.....	42
3.2. Giai đoạn 2: nghiên cứu trên lâm sàng.....	46
3.2.1. Thông tin chung	46
3.2.2 Đặc điểm lâm sàng.....	48
3.2.3. Phân tích triệu chứng và phân thể lâm sàng dựa trên mô hình phân tích cây tiềm ẩn LTM (latent tree model)	51
3.3. Kết quả nghiên cứu các thể bệnh và triệu chứng trên lâm sàng.....	61
3.3.1 Phân tích mô hình cây tiềm ẩn qua biến gộp.....	61
3.3.2. Bước đầu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh YHCT của TSLTTTL theo lâm sàng	62
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	66
4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân TSLTTTL	66
4.1.1. Đặc điểm chung	66
4.1.2. Đặc điểm lâm sàng.....	67
4.2. Bước đầu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán các thể bệnh yhct của bệnh nhân tsltttl trên lâm sàng	69
4.3. Đặc điểm nghiên cứu các thể bệnh và triệu chứng trên tài liệu y văn .	77
4.4. Một số khó khăn của đề tài.....	78
KẾT LUẬN	80
KIẾN NGHỊ	82
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1.	Biến số nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin	30
Bảng 2.2.	Định nghĩa các triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân TSLTTTL	33
Bảng 3.1.	Danh sách tài liệu được chọn	39
Bảng 3.2.	Tần số và tỷ lệ các thể bệnh ghi nhận trong tài liệu y văn.....	41
Bảng 3.3.	Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang trong các tài liệu y văn	42
Bảng 3.4:	Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Thận dương bất túc trong các tài liệu y văn.....	43
Bảng 3.5:	Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Phế nhiệt ủng thịnh ủng thịnh trong các tài liệu y văn.....	43
Bảng 3.6:	Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn trong các tài liệu y văn.....	44
Bảng 3.7:	Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Can khí uất kết trong các tài liệu y văn	44
Bảng 3.8:	Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Trung khí bất túc trong các tài liệu y văn.....	45
Bảng 3.9.	Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Thận âm hư trong các tài liệu y văn.....	45
Bảng 3.10:	Phân bố người bệnh theo tuổi	46
Bảng 3.11:	Phân bố bệnh nhân theo kích thước TTL.....	47
Bảng 3.12:	Phân bố người bệnh theo BMI	47
Bảng 3.13:	Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh.....	48
Bảng 3.14:	Phân bố bệnh nhân theo điểm IPSS	49
Bảng 3.15:	Phân bố người bệnh theo điểm chất lượng cuộc sống QoL.....	49
Bảng 3.16:	Phân bố người bệnh theo tiền sử.....	50

Bảng 3.17. Phân bố người bệnh có bệnh kèm theo	50
Bảng 3.18. Tiêu chuẩn chẩn đoán các thể bệnh YHCT trên lâm sàng của BN TSLTTTL.....	60
Bảng 3.19. Gộp các biến tiềm ẩn theo thể bệnh	61
Bảng 3.20. Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang của TSLTTTL theo lâm sàng	62
Bảng 3.21. Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Thận dương bất túc của TSLTTTL theo lâm sàng	63
Bảng 3. 22. Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn của TSLTTTL theo lâm sàng	64
Bảng 3.23. Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Can khí uất kết của TSLTTTL theo lâm sàng	64
Bảng 3.24. Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Trung khí bất túc của TSLTTTL theo lâm sàng	65

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3. 1.	Phân bố bệnh nhân có triệu chứng đường tiêu dưới.....	48
Biểu đồ 3.2.	Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y0	55
Biểu đồ 3. 3	Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y1	56
Biểu đồ 3. 4	Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y2	56
Biểu đồ 3. 5	Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y5	57
Biểu đồ 3. 6	Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y6	57
Biểu đồ 3. 7	Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y7	58
Biểu đồ 3.8	Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y8	58
Biểu đồ 3.9	Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y9	59
Biểu đồ 3.10	Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y10	59

DANH MỤC HÌNH

Hình 1. 1.	Các vùng tuyến tiền liệt và liên quan.....	3
Hình 1.2.	Các hình thái phát triển của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt	4
Hình 1. 3.	Sơ đồ sự điều hòa nội tiết	7
Hình 1. 4.	Kỹ thuật thăm trực tràng	10
Hình 1.5.	Mô hình giả thuyết động lực để phát triển phân tích cây tiêm ần	21
Hình 1.6.	Ví dụ về mô hình cây tiêm ần	22
Hình 1.7.	Cấu trúc của một mô hình phân nhóm tiêm ần.....	23
Hình 1. 8.	Mô hình cây tiêm ần	24
Hình 3.1	Mô hình phân tích cây tiêm ần trên 394 bệnh nhân Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt	51

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lạnh tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi, do sự tăng sản các tế bào tổ chức đệm và các tế bào biểu mô tuyến tiền liệt lạnh tính, bệnh gây ra các triệu chứng rối loạn đường tiểu dưới làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh tăng lên theo tuổi; ước tính khoảng 50% nam giới ở độ tuổi 50-60 mắc TSLTTTL, và tỷ lệ có thể lên tới 90% khi ở độ tuổi 80-90 [1].

Việc điều trị bệnh lý TSLTTTL khá đa dạng trong đó sự kết hợp Đông – Tây y đã cho thấy nhiều kết quả tích cực.

Trong Y học cổ truyền (YHCT), TSLTTTL với biểu hiện lâm sàng về sự rối loạn tiểu tiện, đái khó, bí đái... được mô tả trong các chứng *Long bế, lâm chứng, tích tụ...* Tuy nhiên chưa có sự thống nhất giữa các giáo trình về các thể bệnh cả về số lượng lẫn triệu chứng. Hơn nữa các thể bệnh trong các giáo trình được viết đã nhiều năm, nguồn gốc chủ yếu từ Trung Quốc. Với điều kiện xã hội, hoàn cảnh sống đã thay đổi như hiện nay thì những thể bệnh, triệu chứng đó có còn phù hợp ?

Để thúc đẩy việc sử dụng Y học cổ truyền tại các cộng đồng mới, Tổ chức Y tế thế giới vùng Tây Thái Bình Dương đã họp và đề ra: “Chiến lược phát triển Y học cổ truyền khu vực Tây Thái Bình Dương 2011-2020” [10], [46] với chủ đề chính của chiến lược là “Tiêu chuẩn hóa với những phương pháp tiếp cận dựa trên bằng chứng”, bằng phương pháp: “Xây dựng các quy định, tiêu chuẩn, hướng dẫn cho thuốc và thực hành YHCT dựa trên bằng chứng” [46]. Trong bối cảnh đó, việc tiêu chuẩn hóa YHCT trong khu vực như thuật ngữ, thể bệnh, huyết vị châm cứu, thảo dược, nghiên cứu, thực hành lâm sàng là vấn đề quan trọng. Đáp ứng yêu cầu của Tổ chức Y tế thế giới, cũng là nhu cầu bức thiết của giới thầy thuốc trẻ YHCT hiện nay mong muốn

hội nhập, chúng tôi tiến hành nghiên cứu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán cho các bệnh cảnh YHCT bằng cách sử dụng các kỹ thuật tính toán khoa học nhằm đưa ra một cái nhìn sâu sắc và khách quan hơn trong việc tiêu chuẩn hóa các hội chứng YHCT trong bệnh lý TSLTTTL, đề tài được thực hiện với mục tiêu:

- 1. Xác định đặc điểm lâm sàng người bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại một số cơ sở y tế.*
- 2. Bước đầu xây dựng tiêu chí chẩn đoán thể bệnh y học cổ truyền của người bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

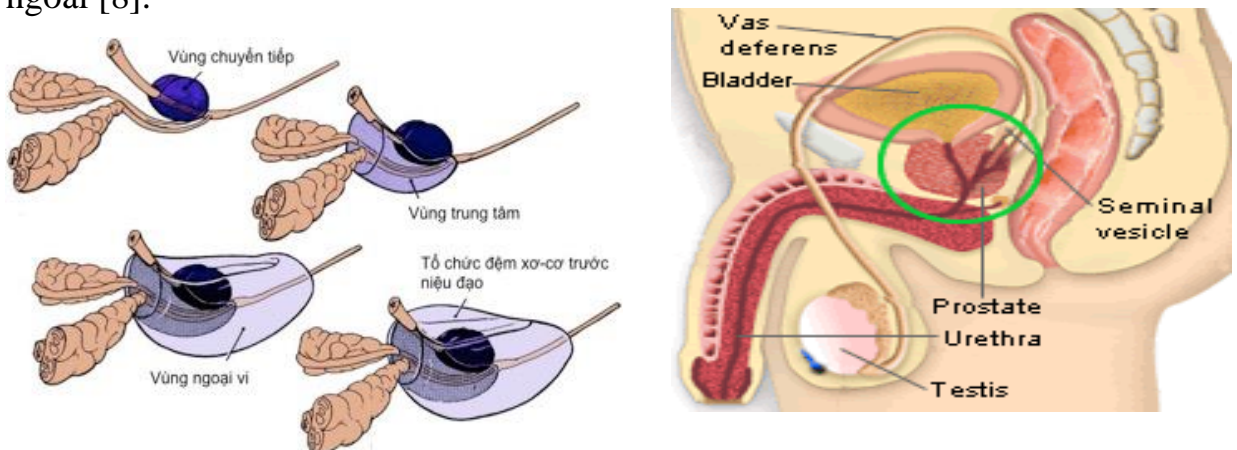
1.1 Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo y học hiện đại

1.1.1. Giải phẫu sinh lý tuyến tiền liệt

Tuyến tiền liệt nằm ở dưới bàng quang và bọc xung quanh niệu đạo, có hình nón mà đáy ở trên và đỉnh ở dưới. Trục của tuyến đi chệch xuống dưới và ra trước, hợp với đường ngang một góc khoảng 50° . Tuyến nằm ngay dưới nền bàng quang bao quanh phần gần của niệu đạo trong ổ tuyến tiền liệt. Ở người lớn bình thường, tuyến tiền liệt có kích thước $4 \times 3 \times 2,5$ cm, nặng khoảng 20 gram [6],[7],[8].

Tuyến tiền liệt có vị trí giải phẫu liên quan với đoạn niệu đạo tuyến tiền liệt, hệ thống cơ thắt niệu đạo, các ống phóng tinh [8],[9].

Dịch do tuyến tiền liệt tiết ra có tác dụng nuôi dưỡng và kích thích sự di động của tinh trùng. Tuyến tiền liệt và túi tinh có vai trò bảo vệ bàng quang và ống tinh, ngăn cản và làm chậm sự tấn công của các yếu tố bệnh lý bên ngoài [8].



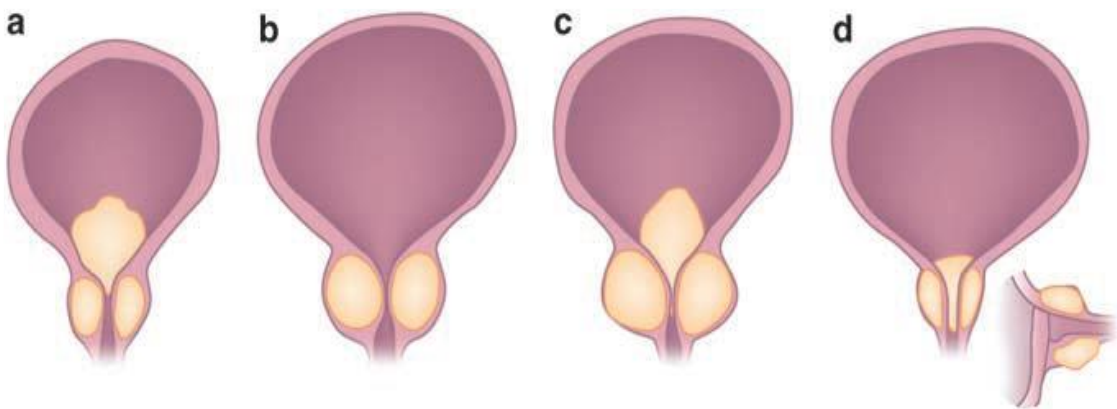
Hình 1. 1. Các vùng tuyến tiền liệt và liên quan

(Nguồn Chung B.I., Sommer G., Brooks J.D. (2012). Anatomy of the Lower Urinary Tract and Male Genitalia. *CAMPBELL-WALSH Urology (10th edition)*, Elsevier, 33-70) [10]

1.1.2 Giải phẫu bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

Về đại thể, tuyến tiền liệt tăng sinh lành tính là một khối hình tròn hay bầu dục, chia làm 3 thùy (thùy giữa và hai bên bao quanh niệu đạo), màu trắng ngà, mật độ chắc, có tính đàn hồi. Nếu có nhiều tổ chức tuyến thì mềm, có nhiều tổ chức xơ thì chắc hơn [4],[11],[12].

Về vi thể, TSLTTTL gồm nhiều nhân nhỏ, mỗi nhân có nhiều thành phần như tuyến, xơ, cơ và tổ chức đệm. Trong tổ chức đệm có các sợi cơ trơn và collagen. Thành phần của tuyến gồm các chùm nang, có nhiều hình nhú. Có thể phân biệt mô TSLTTTL và mô tuyến tiền liệt bình thường dựa vào dấu hiệu nhồi máu, giãn các chùm nang, dị sản tế bào nội mô [9],[12],[13].



Hình 1.2. Các hình thái phát triển của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt [14]

(a) thùy giữa to, (b) 2 thùy bên to, (c) cả 3 thùy to, (d) tăng sinh mép sau cổ bàng quang (Nguồn Roehrborn C.G. (2008). Pathology of benign prostatic hyperplasia. *International Journal of ImpotENCe Research*, 20: S11-S18)

***Khái niệm tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt**

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt là một bệnh lý lành tính tại tuyến tiền liệt, phổ biến ở nam giới lớn tuổi do sự tăng sản các tế bào tổ chức đệm và các tế bào biểu mô tuyến. Sự tăng sản của tuyến tiền liệt có thể gây ra các triệu chứng khó chịu của đường tiểu dưới [15].

Theo nhiều nghiên cứu cho thấy, mức độ mắc tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tăng nhanh theo tuổi, với tỉ lệ mắc bệnh là 50% ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, 70% ở nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi và 90% ở nhóm bệnh nhân từ 90 trở lên [12]. Cùng với sự lão hóa, trọng lượng tuyến tiền liệt có tốc độ tăng trưởng từ 2% đến 2,5% ở những người đàn ông lớn tuổi [16],[17],[18].

1.1.3 Nguyên nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

Hiện nay, nguyên nhân sinh bệnh TSLTTTL còn nhiều điều chưa thật sáng tỏ. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt xảy ra do sự tương tác phức tạp giữa các hormon nội tiết tố nam và các yếu tố tăng trưởng, kết quả là làm mất sự cân bằng giữa sự phát triển và chết theo chương trình của tế bào, dẫn đến hậu quả là tuyến tiền liệt lớn lên và phình ra.

Yếu tố nội tiết tố (hormone)

Có 5 loại hormon liên quan đến hình thành TSLTTTL.

- Testosteron là một tiền hormone, do tế bào Leydig của tinh hoàn bài tiết. Testosteron muốn có hoạt tính thực sự thì phải được chuyển thành dihydrotestosteron (DHT) nhờ 5 α - reductase là một enzym trong xoang niệu dục. DHT kết hợp với các thụ cảm thể trong tế bào tuyến tiền liệt và chuyển các mệnh lệnh tăng trưởng để biệt hoá tế bào. Wash (1983) nhận thấy tỉ lệ các thụ cảm thể của DHT trong TSLTTTL luôn cao hơn ở mô tuyến tiền liệt bình thường [8].

- Estrogen tồn tại trong máu nhờ chuyển hoá ngoại biên của delta 4-androstenedione của tuyến thượng thận và testosteron của tinh hoàn dưới tác dụng của aromatase. Tsugaya (1996) đã định lượng và thấy aromatase mRNA trong mô tuyến tiền liệt của bệnh nhân TSLTTTL tăng cao [19].

- Androgen thượng thận không gây ra TSLTTTL nhưng quá trình phát triển của TSLTTTL không thể xảy ra nếu như không có sự có mặt của androgen. TSLTTTL không xuất hiện ở những bệnh nhân đã cắt tinh hoàn

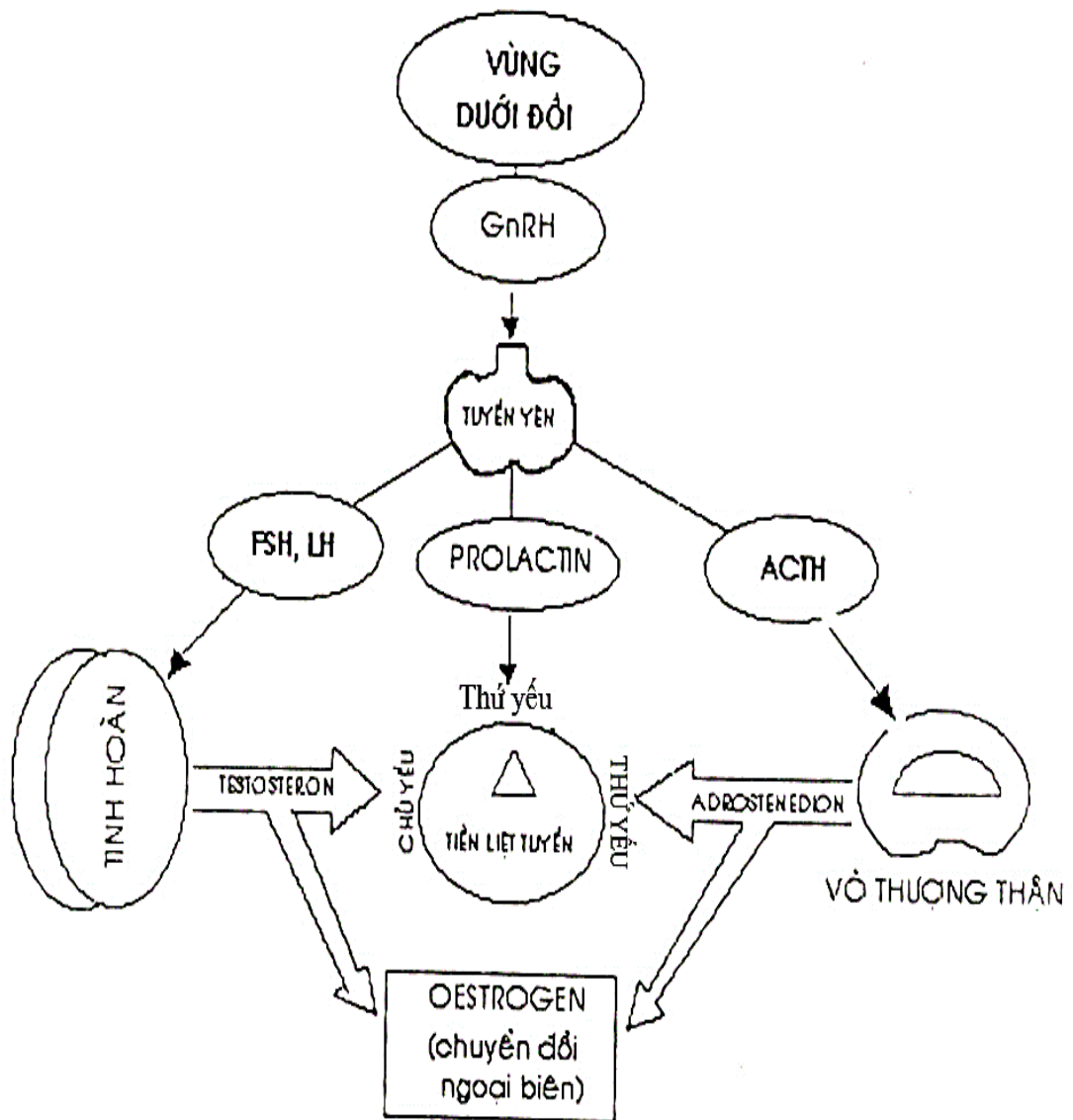
trước tuổi dậy thì và hiếm gặp ở đàn ông đã cắt tinh hoàn trước tuổi 40 do không sản xuất đủ androgen.

- Progesteron được tổng hợp bởi thể vàng, vỏ thượng thận, nhau thai và tinh hoàn, chưa được tìm hiểu rõ về cơ chế.

- Các hormon hướng sinh dục LH và FSH. Lượng LH lưu hành do thùy trước tuyến yên tiết ra có nhiệm vụ giám sát số lượng testosterone do tế bào Leydig của tinh hoàn sản xuất. Ngược lại, testosterone tuần hoàn được điều khiển bởi cơ chế điều hoà ngược âm tính trên trục dưới đồi- tuyến yên. LH và FSH được tiết ra thay đổi theo tuổi và giới. Tác dụng của testosterone đối với sự sản xuất LH và FSH cũng khác nhau. Với liều thấp (50 mg) testosterone ức chế LH tuyến yên và LH huyết tương. Với liều mạnh (100 mg) chính FSH cũng bị ức chế. Estradiol ức chế đồng thời cả hai hormon ngay cả với liều thấp [19],[20].

Yếu tố tăng trưởng

Yếu tố tăng trưởng là các phân tử peptid nhỏ có tác dụng làm tăng trưởng các mô sợi, các mô tuyến lân cận hợp thành các nhân xơ quanh niệu đạo. Các nhân phát triển lớn dần, tạo thành TSLTTTL. Các yếu tố tăng trưởng EGF, bFGF, IGF, VEGF có tính kích thích. Ngược lại yếu tố tăng trưởng chuyển đổi beta (TGF β) điều hòa ức chế tăng trưởng nguyên bào sợi và tế bào biểu mô có tác dụng kìm hãm sự tăng sản của tuyến tiền liệt [21].



Hình 1. 3. Sơ đồ sự điều hòa nội tiết

(Nguồn Tsugaya M., Harada N., Tozawa K. (1996). Aromatase mRNA levels in BPH and prostate caNCer, *Int J Urol*, 3(4), pg 292-296 [19])

Hiện tượng chết theo chương trình

Chết theo chương trình là hiện tượng có tính di truyền của các tế bào có nhân, là cơ chế sinh lý chủ yếu để duy trì sự hằng định của mô tuyến bình thường. Trong bệnh TSLTTTL các tế bào biểu mô tuyến tiền liệt cần sự có mặt của các chất tăng trưởng để tồn tại. Khi thiếu các chất này hoặc thiếu

androgen, các tế bào biểu mô tuyến tiền liệt sẽ chết theo chương trình [8], [15],[21].

Sự tương tác của vùng biểu mô tuyến- mô đệm

Quá trình tăng sản tuyến tiền liệt là sự “thức tỉnh” của quá trình hình thành tuyến tiền liệt bào thai trong đó vùng mô đệm tạo ra sự phát triển tế bào biểu mô [8],[15],[21].

Vai trò của tuổi

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bắt đầu xuất hiện ở tuổi trên 40 nhưng bệnh nhân thường có triệu chứng lâm sàng ở tuổi trên 55 và triệu chứng rầm rộ nhất khi tuổi từ 65- 75 [8],[15],[21].

1.1.4. Chẩn đoán xác định tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

- Việc chẩn đoán cần dựa vào thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng.

- Một người bệnh (NB) nam > 50 tuổi đến khám vì TCDDT, nghi ngờ do TSLTTTL cần được thăm khám một cách hệ thống, bao gồm [7], [16], [17], [18]:

1.1.4.1 Hỏi bệnh

Hỏi tiền sử, bệnh sử và các bệnh lý liên quan (nội khoa, thần kinh, các phương pháp điều trị đã được áp dụng...), cần chú ý đến chức năng tình dục.

Cần khám và hỏi triệu chứng của 3 nhóm:

- Nhóm triệu chứng liên quan đến chức năng tổng xuất nước tiểu (tiểu chậm, tiểu không thành dòng, tiểu ngắt quãng, tiểu ngập ngừng, tiểu phải rặn, tiểu nhỏ giọt).

- Nhóm triệu chứng liên quan đến chức năng chứa đựng (tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu gấp, tiểu không kiểm soát).

- Nhóm triệu chứng sau đi tiểu (cảm giác tiểu không hết, tiểu xong còn nhỏ giọt).

Xác định các triệu chứng cơ năng dựa trên những câu hỏi của bảng điểm quốc tế triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS) và bảng điểm chất lượng cuộc sống (QoL) [16], [19]. Đánh giá mức độ trầm trọng của triệu chứng dựa vào bảng điểm IPSS. Giải thích cho người bệnh sau đó cho người bệnh tự đánh giá rồi cho điểm vào bảng điểm IPSS và QoL. Chú ý bảng IPSS khảo sát các triệu chứng trong vòng 1 tháng ngay trước khi người bệnh đến khám.

Trên cơ sở bảng điểm IPSS (xem Phụ lục) thầy thuốc sẽ đánh giá mức độ trầm trọng của các triệu chứng:

- 0 - 7 điểm: triệu chứng nhẹ
- 8 - 19 điểm: triệu chứng trung bình
- 20 - 35 điểm: triệu chứng nặng

Tương tự, dựa vào bảng điểm QoL (xem Phụ lục) thầy thuốc sẽ đánh giá sự ảnh hưởng của triệu chứng lên chất lượng cuộc sống:

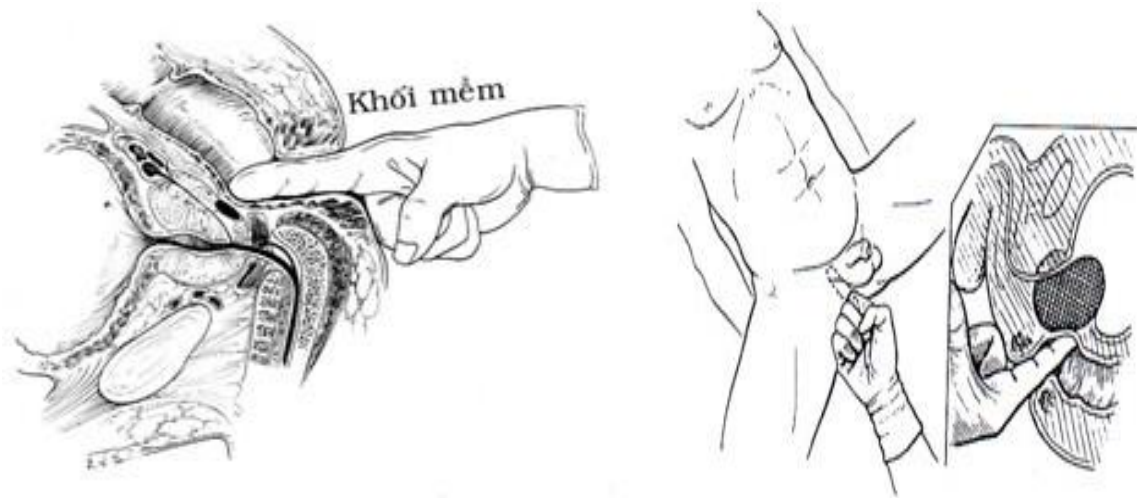
- 1 - 2 điểm: không/ít ảnh hưởng
- 3 - 4 điểm: ảnh hưởng mức độ vừa phải
- 5 - 6 điểm: ảnh hưởng nặng nề

1.1.4.2. Khám lâm sàng

- Khám hệ tiết niệu: khám thận, khám cầu BQ đặc biệt để xác định cầu BQ mạn, khám bộ phận sinh dục ngoài (bao qui đầu, niệu đạo), khám tầng sinh môn.

- Thăm trực tràng là bắt buộc để đánh giá các đặc điểm của TTL: kích thước, bề mặt, mật độ, giới hạn của TTL với các cơ quan xung quanh... (lưu ý thực hiện sau khi làm xét nghiệm PSA).

- Thăm trực tràng, TSLTTTL được phát hiện như một khối tròn đều, trơn láng, nhẵn, có tính đàn hồi, không đau, còn rãnh giữa hay không sờ thấy, mật độ đồng đều, không có nhân rắn, ranh giới rõ rệt, mềm hoặc chắc nhưng không bao giờ cứng như gỗ (có thể gặp trong ung thư tuyến tiền liệt) [8],[9].



Hình 1. 4. Kỹ thuật thăm trực tràng

(Nguồn Abrams P. (1999). Evaluating lower urinary symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia, *Sand J. urol Nephrol Suppl*, 203(1-7), pg 102-108 [24])

1.1.4.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:

+ Định lượng creatinine, ure máu: nhằm đánh giá chức năng thận. Chỉ định khi nghi ngờ chức năng thận bị ảnh hưởng.

+ Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, chức năng đông máu...: chỉ định khi nghi ngờ có tình trạng nhiễm khuẩn, rối loạn chức năng đông máu, một số bệnh lý nội khoa kèm theo...

- Xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu: nitrite, bạch cầu niệu (nhằm xác định sơ bộ tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu); các chỉ số khác như hồng cầu niệu, đường niệu...

- Siêu âm: Siêu âm TTL qua đường trên xương mu hoặc qua đường trực tràng.

+ Khảo sát TTL: khảo sát hình thái, tính chất, thể tích TTL, và độ lồi của thùy giữa vào lòng BQ... Cần lưu ý thể tích TTL không có sự tương xứng với mức độ trầm trọng của triệu chứng.

+ Khảo sát toàn bộ hệ tiết niệu: đánh giá tình trạng thành BQ (dày thành BQ, túi thừa BQ, u BQ...), dị vật trong BQ (sỏi BQ...), giãn đường tiết niệu trên...

+ Đo thể tích nước tiểu tồn lưu.

Chú ý thăm khám và các xét nghiệm đánh giá sức khỏe chung ở những NB lớn tuổi và/hoặc có các bệnh nội khoa đi kèm...

- Xét nghiệm định lượng PSA: không thực hiện sàng lọc trong cộng đồng, nhưng nên chỉ định cho NB nam giới > 50 tuổi có TCĐTD [20].

+ PSA < 4 ng/ml được cho là bình thường và chỉ cần làm lại xét nghiệm sau 2 năm hoặc khi xuất hiện triệu chứng nghi ngờ ung thư TTL.

+ Nếu PSA > 4 ng/ml thì thực hiện theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư TTL [20].

- Niệu dòng đồ: để đánh giá tốc độ dòng tiểu trung bình, tốc độ dòng tiểu tối đa (Qmax), thể tích nước tiểu đi được, thời gian đi tiểu...; Có giá trị chẩn đoán tắc nghẽn khi thể tích nước tiểu mỗi lần đi tiểu > 150 ml.

Đánh giá tình trạng tắc nghẽn đường tiểu dưới [21]:

+ Tắc nghẽn trung bình: Qmax 10-15ml/s.

+ Tắc nghẽn nặng: Qmax < 10ml/s.

- Nhật kí đi tiểu: Thực hiện đối với NB có tiểu đêm và triệu chứng chứa đựng nổi trội. Giải thích và hướng dẫn cho NB đánh vào phiếu theo dõi tình trạng đi tiểu để đánh giá tình trạng đi tiểu của NB trong ngày (24 giờ): số lần đi tiểu, khoảng cách giữa mỗi lần đi tiểu, thể tích nước tiểu về đêm... Nhật kí đi tiểu nên được theo dõi tối thiểu là trong 3 ngày.

- Cây nước tiểu: chỉ định trong trường hợp nghi ngờ NKĐTN nhằm xác định và định danh vi khuẩn cũng như sự nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh [23].

- Chụp X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị: chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có sỏi BQ hoặc sỏi hệ tiết niệu kèm theo.

- Nội soi niệu đạo - bàng quang: chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có một số bệnh lý khác kèm theo ở BQ, NĐ (u BQ, sỏi NĐ, hẹp NĐ...).

- Thăm dò niệu động học (đo áp lực bàng quang, đo áp lực ổ bụng, đo áp lực niệu đạo, điện cơ): chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có một số bệnh lý ở BQ kèm theo như BQTH, bàng quang giảm hoạt... [24], [25], [26].

1.1.5. Điều trị Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo YHHD

+ **Theo dõi điều chỉnh thói quen sinh hoạt:** Chỉ định trên người bệnh TSLTTTL nhẹ và trung bình, chưa có tình trạng tắc nghẽn nặng, NB chưa có những than phiền về các triệu chứng lâm sàng. Các thông số trên xét nghiệm cận lâm sàng còn ở mức độ bình thường hoặc rối loạn mức độ nhẹ.

+ **Điều trị nội khoa:** Mục tiêu của điều trị nội khoa là giảm nhẹ rối loạn tiểu tiện, cải thiện chất lượng cuộc sống, làm chậm sự phát triển của bướu, hạn chế và phòng ngừa tiến triển bệnh cũng như các biến chứng như bí tiểu cấp hoặc yêu cầu phải phẫu thuật. Cần được khám chuyên khoa và theo dõi thường xuyên trong quá trình dùng thuốc.

+ **Điều trị ngoại khoa.**

1.2. Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo y học cổ truyền

1.2.1. Bệnh danh

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt hay còn có tên khác là phì đại lành tính tuyến tiền liệt, là bệnh hay gặp ở tuổi lão suy, thường gặp ở độ tuổi từ 50 đến 70 tuổi. Các triệu chứng chính của bệnh này gồm: tiểu tiện khó, tiểu són, lượng nước tiểu tồn đọng, được mô tả trong phạm vi các chứng: “Long bế”, “Lâm chứng”, “Di niệu”, “Tích tụ”. [30].

Long bế

Long bế là tiểu tiện lượng ít, đái không thông hoặc bí đái. Đi tiểu không thông thoát, nước tiểu thường nhỏ giọt, nước tiểu ít, ngắn, bệnh diễn

biên từ từ gọi là “long”. Còn buồn đi tiểu mà không đi được, nhỏ giọt, thể hiện cấp, đến đột ngột, gọi là “bế”. Tuy mức độ khác nhau song nếu đi tiểu khó ra đều gọi là bí tiểu (long bế). Nguyên nhân là do khí hoá ở vùng bàng quang bị rối loạn.

Liên hệ với YHHĐ chứng long bế gặp trong các bệnh gậy vô niệu hoặc rối loạn bài tiết nước tiểu (ứ trệ nước tiểu). Như vậy long bế có 2 loại: loại thứ nhất là do rối loạn quá trình hình thành nước tiểu mà bài tiết ra một lượng ít (vô niệu, thiếu niệu); loại thứ 2 là quá trình hình thành nước tiểu không bị trở ngại nhưng khi bài tiết ra thì bị tắc làm cho lượng nước tiểu đi ra ít hoặc không ra, nguyên nhân là do tắc nghẽn ở quá trình bài tiết nước tiểu, bệnh này chủ yếu liên quan đến thận, bàng quang.

Ngày nay, từ góc độ lâm sàng và cơ chế bệnh sinh của YHHĐ thấy rằng TSLT-TTL phù hợp với long bế theo trường hợp thứ 2, tức là quá trình sinh ra nước tiểu bình thường nhưng quá trình bài xuất nước tiểu bị cản trở.

Lâm chứng

Là loại bệnh tiểu tiện đi luôn, nhiều lần, ngắn rít, nhỏ rất từng giọt, đau buốt, muốn đái ra không hết, bụng dưới đau lan đến eo lưng. Lâm chứng thường chia làm 6 loại: khí lâm, thạch lâm, huyết lâm, nhiệt lâm, cao lâm và lao lâm. Trong mối liên hệ với YHHĐ thì các chứng nhiễm trùng đường tiết niệu, sỏi tiết niệu của YHHĐ tương ứng với chứng lâm của YHCT.

TSLTTTL giai đoạn có tổn thương thực thể, bàng quang giãn và có nước tiểu tồn dư thì ngoài đái khó, có thể có dấu hiệu nhiễm trùng tiết niệu gây đái buốt, đái rắt, tương ứng với “chứng lâm” (nhiệt lâm) của YHCT. Nước tiểu ứ lại lâu ngày có thể sinh ra chứng “thạch lâm”, “huyết lâm”, là những biến chứng của TSLTTTL.

Di niệu

Di niệu là chỉ chứng trạng mà nước tiểu tự bài tiết không chịu sự khống chế của ý thức con người, nước tiểu tự rỉ ra, hay đái dầm. Đái dầm

thường thấy ở trẻ em, chúng đi tiểu luôn không nín được phân nhiều gập ở người cao tuổi. Bệnh có quan hệ trực tiếp tới thận và bàng quang, nếu Thận dương bất túc hoặc bàng quang không thể chế ước được sẽ gây nên bệnh.[38]

TSLTTTL giai đoạn tổn thương thực thể nặng, thành bàng quang mỏng, mất trương lực, thể tích nước tiểu tồn dư tăng, đi tiểu nhiều lần, có khi dẫn đến đái rỉ liên tục do nước tiểu tràn đầy bàng quang giãn căng. Giai đoạn này tương ứng với “di niệu”.

Tích tụ

Tích tụ là một loại bệnh tật do chính khí hư yếu, tạng phủ mất điều hoà, khí trệ, huyết ứ, đàm trọc tích kết ở bụng làm cho trong bụng kết khối, hoặc chướng hoặc đau. Bệnh này có thể chia ra chứng tích và chứng tụ.

Chứng tích là cố định không di chuyển, chướng và đau đều ở một chỗ nhất định. Chứng tụ thì chướng xiên thúc, đau không nơi nhất định. Vì vậy chứng tích có khối rõ rệt, phần nhiều thuộc về huyết. Chứng tụ, vật khối dễ tụ dễ tan, phần nhiều thuộc về khí.

Chứng tích phải thời gian khá dài mới hình thành, bệnh tình cũng nặng, điều trị hơi khó khăn. Chứng tụ gây bệnh, thời gian hơi ngắn, bệnh tình khá nhẹ điều trị dễ hơn.

Các tài liệu cổ trước đây cũng có bệnh danh trung hà, huyền tích, đều thuộc phạm trù tích tụ, như “Thánh tế tổng lục – Tích tụ thống luận” có viết: “Trung hà tích kết giả, tên khác của tích tụ vậy”.

Tây y chẩn đoán các bệnh gan lách to, ung bướu vùng bụng, rối loạn công năng tiêu hoá, tắc ruột không hoàn toàn... khi xuất hiện những triệu chứng tương tự tích tụ, đều có thể tham khảo để biện chứng luận trị. Trong đó TSLTTTL đặc trưng về sự tăng sinh lạnh tính của tế bào cơ, tổ chức liên kết và/hoặc tế bào tuyến mà gât ra sự chèn ép niệu đạo.

Qua nghiên cứu các khái niệm về “lâm chứng”, “long bế”, “di niệu” và “tích tụ” của YHCT, chúng ta thấy bệnh lý của TSLTTTL liên quan đến cả 4 khái niệm trên.

Qua những điều trên, thấy được bệnh có liên quan mật thiết với bàng quang, thận, và tam tiêu [30],[33].

1.2.2. Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh

*** Bất nội ngoại nhân**

Tỳ hư: Ăn uống không điều độ, ăn nhiều đồ béo ngọt, nướng rán... Bỏ quá sinh thấp nhiệt hoặc ăn đồ sống, lạnh làm tổn thương trung khí, hoặc bị bệnh lâu ngày, hoặc mệt nhọc hại tỳ, hoặc người già yếu tỳ khí hư, hoặc tỳ khí vốn hư... Khí hư không có sức đẩy nên tiểu tiện không lợi.

Thận hư: Ôm lâu, người cao tuổi dương khí bất túc, buồng tử cung lạnh, làm thận dương hư hoặc tỳ thận lưỡng hư, khí hóa bất cập, sự thông lợi của bàng quang bị ngăn trở mà sinh bệnh.

*** Nội nhân**

Do can uất khí trệ: Thất tình nội thương làm can khí mất điều hòa, nội thương khí cơ mất điều hòa, kinh lạc không thông, ảnh hưởng đến chức năng khí hóa của bàng quang làm thủy đạo bị nghẽn tắc.

Lo nghĩ nhiều hại tỳ.

*** Ngoại nhân**

Thấp nhiệt trở trệ bàng quang, hoặc di nhiệt đến bàng quang, thấp và nhiệt câu kết làm bàng quang khí hóa không lợi dẫn đến tiểu tiện không thông.

1.2.3. Biện chứng luận trị

TSLTTTL tương ứng với “long bế”, “di niệu” của YHCT, trên lâm sàng thường có các chứng rối loạn tiểu tiện như: đi tiểu khó, tiểu rất, tiểu đêm, tiểu nhiều lần... bệnh lâu ngày có thể dẫn đến các biến chứng nhiễm

khuẩn, sỏi tiết niệu... với các chứng trạng như tiểu đau buốt, tiểu rắt tiểu ra máu, bí đái, tương ứng với “chứng lâm”, “chứng bế” của YHCT.

Nguyên nhân của long bế là do công năng khí hoá của thận khí và bàng quang suy giảm. Bình thường, thuỷ dịch thông qua sự thu nạp của vị, vận hoá ở tỳ, thăng lên phế, phế túc giáng xuống thận. Nhờ sự khí hoá của thận khí, thuỷ dịch được phân thành thanh và trọc: phần thanh lên phế, hoàn nguyên thành tân dịch để sử dụng phân bố toàn thân, phần trọc hạ trú xuống bàng quang rồi bài xuất ra ngoài bằng nước tiểu. Bàng quang là nơi chứa niệu dịch, lại là phủ quản lý xuất nạp nước tiểu, sự bài xuất nước tiểu là nhờ vào sự khí hoá của bàng quang. Bàng quang và thận có quan hệ biểu lý. Sự phát sinh các chứng trạng của “long bế” trong TSLTTTL có liên quan trực tiếp đến sự suy giảm công năng khí hoá của thận và bàng quang. Như vậy, thận hư, khí hoá bàng quang kém là nguyên nhân hàng đầu được đề cập đến của chứng “long bế” trong TSLT-TTL, khi điều trị cần phải bổ thận, tăng cường khí hoá bàng quang.

Trong TSLTTTL, ngoài vai trò của tạng thận trong việc khí hoá bàng quang thì còn vai trò của trở lực hữu hình là khối tăng sinh của TTL chèn ép, theo YHCT, điều này liên quan đến đàm trọc, ứ huyết, thấp nhiệt ở hạ tiêu làm cho mạch lạc ở hạ tiêu bị chèn ép, tắc trở, làm tiểu tiện không thông.

Như vậy, theo quan niệm của YHCT, đàm trọc, ứ huyết và thấp nhiệt ở hạ tiêu cũng là nguyên nhân quan trọng gây ra chứng long bế trong TSLTTTL. Vì vậy trong pháp điều trị cũng cần có biện chứng rõ ràng, ngoài bổ thận cũng cần phải trừ thấp thanh nhiệt, hoá ứ tiêu chưng thì mới có hiệu quả.

Bệnh lâu ngày thấy đi tiểu đau buốt, tiểu nóng (nhiệt lâm); tiểu ra cặn sỏi (thạch lâm); tiểu máu (huyết lâm); hoặc bí đái (niệu bí) thì thuộc về các biến chứng của bệnh... là dấu hiệu của nhiễm trùng đường tiết niệu. Giai

đoạn này có thể tương ứng với “chứng lâm” (nhiệt lâm) của YHCT. Nước tiểu ứ lại lâu ngày có thể sinh ra chứng “thạch lâm”, “huyết lâm”, là những biến chứng của TSLTTTL. Như vậy, một nguyên nhân nữa của TSLTTTL theo YHCT, đặc biệt khi có nhiễm trùng tiết niệu kèm theo là do thấp nhiệt uất kết ở hạ tiêu, điều trị cần thanh thấp nhiệt hạ tiêu.

Trong TSLTTTL, bệnh cơ quan trọng nhất là huyết ứ, trên điều trị thì lấy sơ thông làm đầu, tuổi cao sức yếu, Thận khí suy là cơ sở phát bệnh của TSLTTTL. Lao lực quá độ, tình chí thất tiết, ngoại cảm lục dâm, ăn uống vô độ là những điều kiện phát bệnh thường gặp. Ứ huyết, đàm trọc, thấp nhiệt là nhân tố bệnh lý cơ bản. TSLTTTL gây ra TTL tăng sinh cục bộ, trở ngại niệu đạo, kiểm tra qua đường hậu môn có thể thấy TTL phì đại, đây là biểu hiện hữu hình, mà huyết ứ là mắt xích quan trọng gây ra thay đổi bệnh lý, huyết ứ là nguyên nhân chính và cũng là sản vật bệnh lý. Chứng bệnh này chủ yếu là do ứ huyết bại tinh hoặc u khối kết thạch cản trở niệu đạo, làm cho nước tiểu khó bài tiết ra ngoài, lâm sàng biểu hiện tiểu tiện khó khăn hoặc nước tiểu tồn dư là chủ chứng, như Trương Trọng Cảnh có nói: “Hoặc do bại tinh, hoặc do ứ huyết, tắc trở thủy đạo mà làm không thông”. Để đối phó với tình trạng huyết ứ cản trở niệu đạo, thì trị liệu lấy sơ thông làm chủ, nhấn mạnh tán ứ huyết, tiêu chung tích, thông niệu đạo, từ đó cải thiện chứng trạng và thay đổi về thực thể.[41, 42]

1.2.4. Các thể lâm sàng và điều trị

TSLTTTL được phân làm các thể sau:[43]

Niêu đạo tắc trệ

- Lâm sàng: tiểu dầm dề, nhỏ từng giọt hoặc tia nước yếu nhỏ hoặc tắc hoàn toàn, bụng dưới căng tức khó chịu, chất lưỡi ám tím hoặc có ban huyết ứ, mạch huyền hoạt sáp.

- Pháp điều trị: tán kết hành ứ, thông lợi thủy đạo.

- Bài thuốc: Đại đở đương hoàn gia vị.

Thấp nhiệt hạ trí

- Lâm sàng: tiểu tiện nhiều lần, nhỏ giọt, tiểu nóng buốt, nước tiểu sẫm màu hoặc đái máu, bụng đầy trướng, khát nhưng không thích uống, bứt rứt không yên, đại tiện táo bón, chất lưỡi hồng, rêu lưỡi vàng hoặc nhớt, mạch hoạt sắc.

- Pháp điều trị: thanh nhiệt lợi thấp.

- Bài thuốc: Đạo xích tán phối hợp với Bát chính tán.

Âm hư hỏa vượng

- Lâm sàng: tiểu ít, nước tiểu màu vàng sẫm, mót đi tiểu liên tục hoặc tiểu tiện không thông, họng khô, miệng khát, chân tay nóng, ù tai, chóng mặt, bốc hỏa từng cơn, bứt rứt, mất ngủ, bụng dưới đầy trướng, đại tiện táo, chất lưỡi hồng ít tân, rêu lưỡi vàng nhớt ở góc, mạch tế sắc.

- Pháp điều trị: tư âm giáng hỏa.

- Bài thuốc: Tri bá địa hoàng thang.

Thận khí/thận dương hư suy

- Lâm sàng: tiểu đêm, tiểu tiện không thông hoặc tiểu tiện nhỏ giọt, tia nước tiểu yếu, sắc mặt trắng, thần sắc hư nhược, đau lưng mỏi gối, người lạnh, chân lạnh, chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng, mạch trầm trì nhược.

- Pháp điều trị: ôn bổ thận dương, hành khí lợi thủy.

- Bài thuốc: Gia vị thận khí hoàn (Tế sinh thận khí hoàn).

Trung khí hư hãm

- Lâm sàng: muốn đi tiểu nhưng khó đi, nước tiểu trong, số lượng ít, mệt mỏi, ngại nói, hụt hơi, ăn uống kém, bụng dưới trướng, trĩ, chất lưỡi nhạt bệu, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch tế nhược hoặc nhu.

- Pháp điều trị: bổ trung cử hãm, thăng thanh giáng trọc.

- Bài thuốc: Bổ trung ích khí thang phối hợp với Xuân trạch thang.

Can khí uất trệ

- Lâm sàng: tự nhiên tắc nước tiểu hoặc đi tiểu xong vẫn không thoải mái, dễ cáu giận, bực bội, bút rút, ngực bụng đầy tức và đau, rêu lưỡi vàng mỏng hoặc trắng mỏng, mạch huyền tế.

- Pháp điều trị: sơ can giải uất, tán kết thông lợi.

- Bài thuốc: Sài hồ sơ can tán phối hợp với trầm hương tán.

1.3 Phương pháp phân tích mô hình cây tiềm ẩn LTM (Latent tree model) trong chẩn đoán YHCT

Latent tree model (LTM) là mô hình đồ họa theo xác suất với cấu trúc là mạng Bayesian dạng cây, trong đó các nút lá đại diện cho các biến biểu hiện được quan sát (manifest variables), trong khi các nút nội bộ đại diện cho các biến tiềm ẩn, trước đây được gọi là mô hình lớp tiềm ẩn phân cấp [60].

Pearl (1988) là người đầu tiên đề xuất sử dụng LTM như một cấu trúc có khả năng hữu ích của mô hình chẩn đoán YHCT[41], [53], [54].

1.3.1. Sự cần thiết của mô hình cây tiềm ẩn trong chẩn đoán YHCT

Chẩn đoán YHCT gồm 2 bước: Bước 1, bác sỹ thu thập thông tin bệnh nhân thông qua vọng, vấn, vân, thiết. Bước 2, bác sỹ đi đến các kết luận chẩn đoán bằng cách phân tích thông tin bệnh nhân dựa trên các lý thuyết YHCT cùng với kinh nghiệm bản thân. Bước 1 gọi là thu thập thông tin về bệnh nhân, trong khi đó bước 2 được gọi là phân biệt hội chứng.

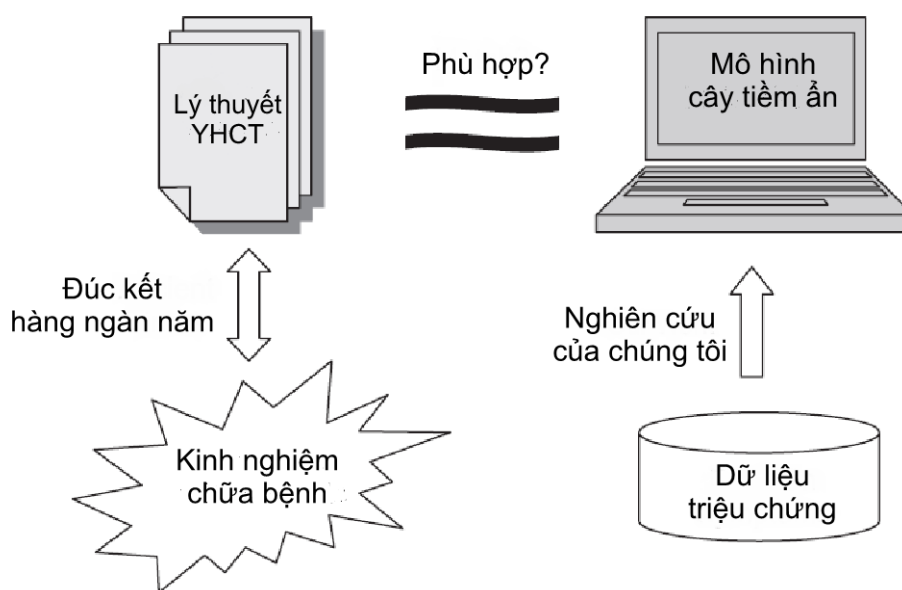
Tính chủ quan là một vấn đề trong cả 2 bước thu thập thông tin bệnh nhân và phân biệt hội chứng. Mục đích lâu dài của YHCT là thiết lập các tiêu chuẩn khách quan và định lượng bằng các phương pháp phân tích dữ liệu dựa trên mô hình phân tích để phân biệt các hội chứng. Làm thế nào để có thể đạt được mục tiêu này?

Ta đơn giản xem phân biệt hội chứng là phân bệnh nhân vào các lớp khác nhau dựa vào các triệu chứng của nó. Vậy liệu những lớp như vậy có tồn

tại trên thực tế? Ta có thể biểu thị chúng theo phương pháp toán học? Để trả lời những câu hỏi từ góc nhìn phân tích dữ liệu, ta sẽ dùng phân tích trạng thái: (1) thu thập dữ liệu bệnh nhân một cách có hệ thống, (2) thực hiện phân tích trạng thái để xác định các nhóm bệnh nhân tự nhiên, (3) so sánh các nhóm tự nhiên với các hội chứng trong YHCT. Nếu một số nhóm tự nhiên này phù hợp với các hội chứng YHCT theo lý thuyết, chúng ta sẽ tạo được giá trị thống kê đối với các hội chứng YHCT. Hơn nữa, chúng ta có thể sử dụng các nhóm bệnh nhân tự nhiên này như một nền tảng cho việc phân biệt các hội chứng. Các hội chứng YHCT được miêu tả bằng ngôn ngữ dân gian, thường mơ hồ và thiên về tính chủ quan. Tuy nhiên, các nhóm tự nhiên lại được miêu tả bằng ngôn ngữ toán học và mang tính khách quan (tương đối). Do đó, chúng có thể được xem là tiêu chuẩn phân biệt hội chứng một cách khách quan và mang tính định lượng.

Chúng ta nên sử dụng phương pháp phân nhóm nào? Để trả lời câu hỏi này, chúng ta cần phải có một cái nhìn gần gũi hơn về phân biệt hội chứng. Có một vài hệ thống phân biệt hội chứng, mỗi hệ thống tập trung vào một quan điểm khác nhau về cơ thể con người với lý thuyết riêng của nó. Lý thuyết này mô tả về các mối quan hệ giữa các nhân tố hội chứng và các triệu chứng, ví dụ: Thận dương là nền tảng của tất cả phần dương trong cơ thể. Khi Thận dương hư, nó không thể làm ấm cơ thể và bệnh nhân cảm thấy lạnh, tay chân lạnh, thắt lưng và lưng lạnh. Yếu tố hội chứng được đề cập đến ở đây là Thận dương Hư. Thận dương hư không được quan sát một cách trực tiếp mà được đánh giá gián tiếp thông qua các biểu hiện của nó. Do đó, ta gọi Thận dương hư là biến tiềm ẩn. Ngược lại, các biến triệu chứng như “*lạnh tay chân*” được trực tiếp quan sát và chúng ta gọi chúng là biến biểu hiện hay triệu chứng. Lý thuyết YHCT liên quan đến một lượng lớn các biến tiềm ẩn và triệu chứng. Nói một cách trừu tượng, chúng mô tả các mối quan hệ giữa

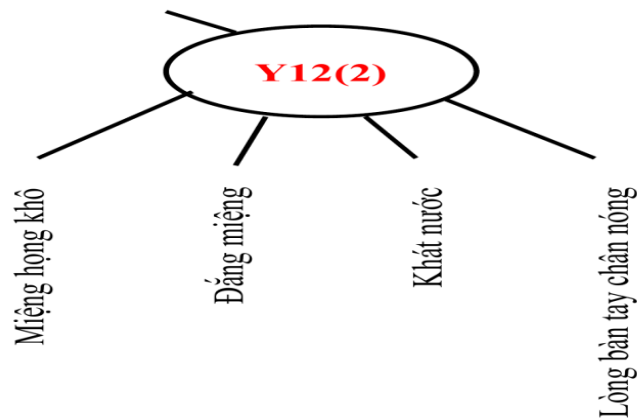
những các biến tiềm ẩn với nhau và giữa các biến tiềm ẩn và các biến triệu chứng. Chúng có thể được xem là các mô hình cấu trúc tiềm ẩn. Do đó, để nghiên cứu phân biệt hội chứng, chúng ta cần các mô hình thống kê liên quan đến nhiều biến tiềm ẩn mà giữa các biến này có sự tương quan với nhau, ví dụ như các mô hình cấu trúc tiềm ẩn được miêu tả trong ngôn ngữ toán học.



Hình 1.5. Mô hình giả thuyết động lực để phát triển phân tích cây tiềm ẩn

Với lý thuyết YHCT được đúc kết từ kinh nghiệm điều trị trên BN hàng ngàn năm nay, nếu chúng ta thu thập dữ liệu triệu chứng trên BN bằng những bộ câu hỏi chuẩn và sử dụng mô hình cây tiềm ẩn để xử lý bộ dữ liệu, chúng ta có thể tìm ra sự tương đồng trong lý thuyết và thực hành lâm sàng hay không nếu có sự tương đồng giữa các nhóm tự nhiên trong dữ liệu triệu chứng tương ứng với các loại hội chứng YHCT? Cách sử dụng cấu trúc tiềm ẩn để nghiên cứu phân biệt hội chứng YHCT liệu có khả thi? Để trả lời vấn đề này, một loại mô hình cấu trúc tiềm ẩn đặc biệt gọi là mô hình cây tiềm ẩn được sử dụng để phân tích dữ liệu và có nhiều nghiên cứu đã sử dụng mô hình cây tiềm ẩn để nghiên cứu tiêu chuẩn chẩn đoán các hội chứng YHCT. Các

nghiên cứu này chỉ ra rằng tồn tại các nhóm tự nhiên trong dữ liệu tương ứng với các loại hội chứng YHCT. Ví dụ trong nghiên cứu trên 599 BN ung thư gan nguyên phát [41] sử dụng “Bộ câu hỏi các hội chứng YHCT trên BN ung thư gan”, các triệu chứng: “*khát*”, “*đắng miệng*”, “*lòng bàn tay chân nóng*”, “*miệng họng khô*” được gom chung vào 1 nhóm và kết nối trực tiếp với biến tiềm ẩn Y12, như vậy biến tiềm ẩn Y12 tương ứng với hội chứng Nhiệt theo YHCT.



Hình 1.6. Ví dụ về mô hình cây tiềm ẩn

Điều đó chỉ ra rằng phương pháp cấu trúc tiềm ẩn là thực sự khả thi.

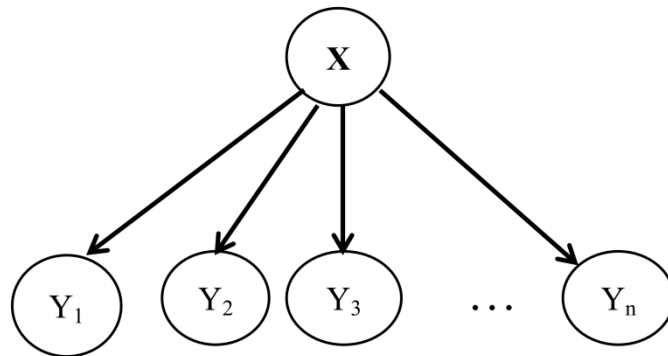
Tóm lại, mô hình cây tiềm ẩn được đề xuất như một phương pháp mới để nghiên cứu việc phân biệt hội chứng. Mục tiêu dài hạn là thiết lập các tiêu chuẩn khách quan và định lượng cho việc phân biệt các hội chứng[53].

1.3.2. Cấu trúc mô hình cây tiềm ẩn

Khái niệm “*biến tiềm ẩn*” (latent variable) là định nghĩa nói về các tập dữ liệu xác định. Một biến sẽ được quan sát dựa trên một tập hợp dữ liệu nếu giá trị của biến đó được tìm thấy trong ít nhất một trong các dữ liệu liên quan. Trong thực tế, có rất nhiều biến không thể quan sát hay đo lường được một cách trực tiếp mà phải thông qua các tiêu chí (biến biểu hiện) khác. Ví dụ như trí thông minh, sự hài lòng của khách hàng, kỹ năng làm việc... Để đo lường

các biến ẩn này ta phải sử dụng một phương pháp phân nhóm các biến biểu hiện để làm cơ sở cho việc đo lường một cách chính xác nhất.

Mô hình cây tiềm ẩn là một mô hình đồ họa theo xác suất bao gồm một biến tiềm ẩn X và một số biến quan sát $Y_1; Y_2; \dots; Y_n$. Tất cả các biến đều được phân loại và các mối liên hệ giữa chúng được thể hiện như trong Hình 1.7. Biến tiềm ẩn đại biểu cho các nhân tố tiềm ẩn và các biến quan sát đại biểu cho những biểu hiện (triệu chứng) của biến tiềm ẩn. Các biến quan sát còn được gọi là các biến biểu hiện (biến triệu chứng).



Hình 1.7. Cấu trúc của một mô hình phân nhóm tiềm ẩn

Để tìm hiểu một mô hình phân nhóm tiềm ẩn:

(1) Xác định biến trong tập hợp, ví dụ: số lượng trạng thái của biến tiềm ẩn X

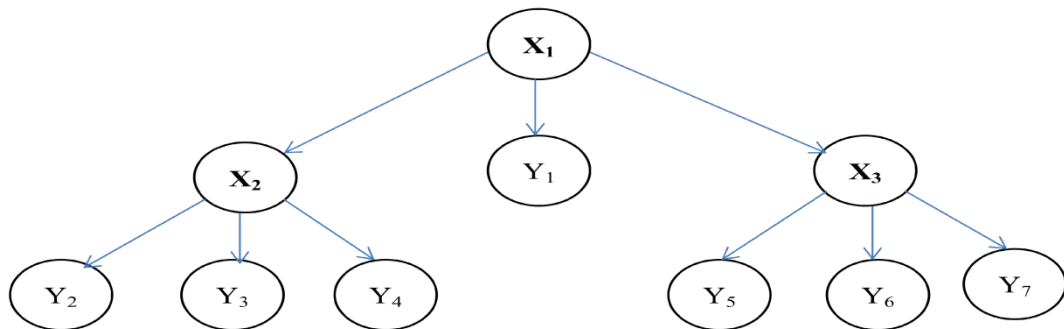
(2) Ước tính các tham biến mô hình $P(X)$ và $P(Y_1/X)$

Một trạng thái của biến tiềm ẩn X tương ứng với một nhóm phần tử trong một tập hợp. Nó được gọi là nhóm tiềm ẩn. Vì vậy, xác định biến của X chính là việc xác định số nhóm tiềm ẩn và ước tính $P(Y_1/X)$ chính là việc biểu thị các đặc trưng thống kê của các nhóm tiềm ẩn. Do đó, phân tích cây tiềm ẩn chính là một mô hình dựa trên phân tích theo nhóm. Các nhóm này chứa các biến có tương quan mạnh với nhau.

Mô hình cây tiềm ẩn trước đây được biết đến với tên gọi HLC models (hierarchical latent class) – mô hình nhóm tiềm ẩn phân cấp. Chúng là một tổng hợp các mô hình phân nhóm tiềm ẩn. Mô hình cây tiềm ẩn là một mạng Bayes nơi mà:

- Cấu trúc mạng là một cây đa rễ
- Các nút nội bộ đại diện cho các biến tiềm ẩn và các nút lá đại diện cho các biến biểu hiện
- Tất cả các biến đều được phân loại

Nhóm của các mô hình cây tiềm ẩn thì lớn hơn nhiều so với nhóm của các mô hình phân nhóm tiềm ẩn. Trong khi đó, các mô hình cây tiềm ẩn duy trì được sự thu hút vì cấu trúc của chúng bị giới hạn vào các cây. Mô hình cây tiềm ẩn có thể làm giảm bớt vấn đề phụ thuộc cục bộ mà mô hình phân nhóm tiềm ẩn gặp phải. Các nhà nghiên cứu đã suy ra cấu trúc tiềm ẩn từ các dữ liệu quan sát [60].



Hình 1. 8. Mô hình cây tiềm ẩn

1.3.3. Phương pháp phân nhóm trong mô hình cây tiềm ẩn

Phân tích cây tiềm ẩn chính là một mô hình dựa trên phân tích theo nhóm. Các triệu chứng được phân nhóm như thế nào?

- Các triệu chứng có khuynh hướng cùng xảy ra (đồng hiện)
- Các triệu chứng có khuynh hướng loại trừ nhau

- Kết hợp cả hai khuynh hướng đồng hiện và loại trừ

Để đo lường mức độ tương quan này, mô hình cây tiềm ẩn sử dụng một thông số gọi là thông tin tương hỗ (mutual information)

Thông tin tương hỗ $I(X;Y)$ là độ đo cho ta biết biến ngẫu nhiên này chứa bao nhiêu thông tin về biến ngẫu nhiên khác, hay nói cách khác là đo lượng thông tin thu được về một biến ngẫu nhiên thông qua giá trị của một biến ngẫu nhiên khác.

Độ đo $I(X;Y)$ xác định sự thay đổi phân bố của X nếu biết giá trị của Y .

Thông tin tương hỗ giúp chúng ta xác định mức độ phụ thuộc về thông tin của 2 phần tử X, Y . Fano định nghĩa thông tin tương hỗ là “Lượng thông tin thu được từ sự xuất hiện của sự kiện được biểu diễn bởi Y về sự xuất hiện của sự kiện được biểu diễn bởi X .”

Thông tin tương hỗ phản ánh khá tốt mối tương quan giữa 2 biến, giá trị thông tin tương hỗ tiệm cận 0 chứng tỏ 2 biến độc lập, nhưng giá trị thông tin tương hỗ lớn hơn 0 không thực sự phản ánh được quan hệ phụ thuộc giữa 2 biến vì còn phụ thuộc rất nhiều vào tần suất xuất hiện 2 biến. Tần số xuất hiện của 2 biến càng nhiều thì độ đo mức độ phụ thuộc của 2 biến càng chính xác. Vì vậy khái niệm thông tin tương hỗ tích lũy CMI (cumulative mutual information) giúp xác định mức độ tương quan giữa biến X và Y . CMI càng lớn thì mức độ phụ thuộc của X và Y càng lớn. Như vậy trong nghiên cứu tiêu chuẩn YHCT, để tìm hiểu sự phụ thuộc của các triệu chứng lâm sàng vào hội chứng YHCT thì cần có thông tin tương hỗ, tần suất xuất hiện của các triệu chứng lâm sàng càng nhiều thì độ đo mức độ phụ thuộc càng chính xác. Thông tin tương hỗ tích lũy giúp mô hình đạt được 2 điều kiện: điều kiện khả năng và điều kiện giới hạn. Điều kiện khả năng yêu cầu mô hình phải phù hợp với dữ liệu càng nhiều càng tốt và điều kiện giới hạn đảm bảo rằng mô hình này không quá phức tạp [42], [43], [60].

Tuy nhiên có quá nhiều mô hình cây tiềm ẩn để có thể liệt kê chúng một cách tường tận. Một thuật toán gọi là EAST (Mở rộng – điều chỉnh – đơn giản hóa – hoàn thành) được sử dụng để giải quyết khó khăn tính toán này. Thực nghiệm chứng minh thuật toán này có hiệu quả đủ để xử lý dữ liệu lên đến 1000 biến quan sát và có thể tìm được những mô hình chất lượng cao. Nó là thuật toán tiên tiến nhất để nghiên cứu dữ liệu bằng mô hình cây tiềm ẩn

Như vậy, mô hình tiềm ẩn được sử dụng để phân tích những dữ liệu mang tính xã hội, khó quan sát hay đo lường một cách trực tiếp (ví dụ như: kỹ năng phân tích, trí thông minh, mức độ hài lòng...). Các triệu chứng YHCT dựa vào quan sát và mô tả từ hàng ngàn năm, cũng có tính xã hội nhưng lại thiếu tính khoa học nên sử dụng mô hình này để phân tích là phù hợp.

Việc tìm ra cây tiềm ẩn rất có ích cho lý thuyết YHCT. Các lý thuyết YHCT chính là mô hình cấu trúc tiềm ẩn được mô tả trong ngôn ngữ tự nhiên.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiến hành nghiên cứu qua hai giai đoạn:

2.1 Giai đoạn 1: khảo sát thống kê tài liệu y học cổ truyền

Thiết kế nghiên cứu: mô tả phân tích

2.1.1 Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu: Tài liệu Y học cổ truyền.

Tiêu chuẩn chọn tài liệu:

- Tài liệu là sách giáo khoa của các bộ môn YHCT của các trường Đại học Y khoa.
- Các tác phẩm kinh điển của YHCT.
- Sách chuyên khảo YHCT của các tác giả là thầy thuốc có kinh nghiệm điều trị YHCT
- Các bài báo nghiên cứu khoa học được đăng trên các tạp chí uy tín.
- Số lượng tài liệu dự kiến > 5 tài liệu

2.1.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 05/2023 đến tháng 12/2023
- Phương pháp tiến hành:

Bước 1: Chọn tài liệu.

Bước 2: Liệt kê các thể bệnh xuất hiện trong Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt dựa trên các chứng YHCT tương ứng, chọn các thể bệnh có tần số xuất hiện > 30% tài liệu y văn mô tả.

Bước 3: Liệt kê tần số và tỷ lệ các triệu chứng của từng thể bệnh được chọn.

Bước 4: Chọn các triệu chứng có tần số xuất hiện trong > 30% tài liệu y văn mô tả, tính độ tin cậy Cronbach's Alpha, sau đó loại các triệu chứng có

liên quan thấp với biến tổng để đạt Cronbach's Alpha > 60%, lấy các triệu chứng thỏa mãn làm tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh cảnh trên y văn.

Bước 5: Xây dựng tiêu chí chẩn đoán thể bệnh YHCT của người bệnh TSLTTTL theo y văn.

Bước 6: Thiết lập phiếu khảo sát dành cho nghiên cứu trên các bệnh nhân dựa trên các triệu chứng và các hội chứng được chọn.

2.2 Giai đoạn 2: khảo sát trên lâm sàng

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các BN đến khám và điều trị tại hai cơ sở y tế:

- Bệnh viện Tuệ Tĩnh
- Bệnh viện YHCT Hà Đông.

Tiêu chuẩn chọn BN: Bệnh nhân nam >50 tuổi, được chẩn đoán TSLTTTL theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị triệu chứng đường tiểu dưới do TSLTTTL (Quyết định số 1531/QĐ-BYT ngày 24 tháng 3 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế) và theo hướng dẫn chẩn đoán điều trị TSLTTTL của Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam 2019.

Tiêu chuẩn cụ thể: Bệnh nhân Nam, tuổi >50, đến khám vì những triệu chứng đường tiểu dưới, kích thước TTL trên siêu âm >25g, thăm trực tràng thấy TTL to, mật độ mềm, bề mặt trơn láng, ranh giới rõ.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có một trong các tiêu chuẩn sau

- Bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ, rối loạn tri giác hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp với thầy thuốc hoặc không thực hiện được y lệnh.
- Bệnh nhân không hợp tác trong quá trình thăm khám.

2.2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Cỡ mẫu:

Ước lượng cỡ mẫu dựa trên công thức:

$$n = [Z^2_{1-\alpha/2} p(1-p)]/d^2 = 384 \text{ (người)}$$

$$(\alpha = 0.05, Z_{0.975} = 1.96, p = 0.5, d = 0.05)$$

Với: Z: trị số từ phân phối chuẩn

α : xác suất sai lầm loại 1

p: trị số mong muốn của tỷ lệ

D: độ chính xác (hay là sai số cho phép)

Kết quả nghiên cứu đã lấy được cỡ mẫu là **394** bệnh nhân.

2.2.3. Phương pháp tiến hành:

Bước 1: Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được tham gia thăm khám, trả lời câu hỏi trên phiếu khảo sát.

Bước 2: Mô tả đặc điểm lâm sàng theo YHHD và YHCT.

Bước 3: Xác định đặc điểm lâm sàng người bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại một số cơ sở y tế.

Bước 4. Thu thập toàn bộ dữ liệu triệu chứng theo YHCT đưa vào mô hình LTM.

Bước 5: Dựa trên phân tích LTM, chọn các biến tiềm ẩn có tần số xuất hiện >50% trên lâm sàng làm tiêu chuẩn chẩn đoán.

Bước 6: Xây dựng tiêu chí chẩn đoán thể bệnh YHCT của người bệnh TSTLTTL theo lâm sàng.

Biến số nghiên cứu:

Bảng 2.1. Biến số nghiên cứu và phương pháp thu thập thông tin

Các biến số nghiên cứu	PP thu thập thông tin	Công cụ thu thập thông tin
1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		
Đặc điểm chung		
Tuổi Được tính bằng năm hiện tại trừ đi năm sinh của bệnh nhân	Hỏi bệnh	Phiếu nghiên cứu
Kích thước TTL trên siêu âm(g) Thể tích TTL(ml) =(chiều cao x chiều trọng x đường kính trước sau) x $\pi/6$ 1ml thể tích tương đương 1g	Hỏi bệnh Đo kích thước TTL qua siêu âm	Kết quả siêu âm ổ bụng phiếu nghiên cứu
Chiều cao, cân nặng, BMI + Thiếu cân (gầy) + Bình thường + Thừa cân + Béo phì độ I + Béo phì độ II	Khám bệnh	Thước đo, cân máy tính, phiếu nghiên cứu
Thời gian mắc bệnh + < 1 năm + 1-5 năm + >5 năm	Hỏi bệnh	Phiếu nghiên cứu
Tiền sử: + Đang điều trị nội khoa + Chưa điều trị gì + Đã từng phẫu thuật	Hỏi bệnh	Phiếu nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu	PP thu thập thông tin	Công cụ thu thập thông tin
<p>Bệnh kèm theo:</p> <p>+ Có: đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, nhiễm khuẩn tiết niệu, suy thận...</p> <p>+ Không</p>	Hỏi bệnh	Phiếu nghiên cứu
2. Đặc điểm lâm sàng theo YHHĐ		
<p>Nhóm triệu chứng liên quan chức năng tổng xuất nước tiểu</p> <p>+ Tiểu chậm</p> <p>+ Tiểu không thành dòng</p> <p>+ Tiểu ngắt quãng</p> <p>+ Tiểu phải rặn</p> <p>+ Tiểu nhỏ giọt</p>	Hỏi bệnh	Phiếu nghiên cứu
<p>Nhóm triệu chứng liên quan tình trạng chứa đựng của bàng quang</p> <p>+ Tiểu gấp</p> <p>+ Tiểu nhiều lần ban ngày</p> <p>+ Tiểu đêm</p> <p>+ Tiểu không kiểm soát</p>	Hỏi bệnh	Phiếu nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu	PP thu thập thông tin	Công cụ thu thập thông tin
Nhóm triệu chứng sau khi đi tiểu + Cảm giác tiểu chưa hết + Tiểu xong còn nhỏ giọt	Hỏi bệnh	Phiếu nghiên cứu
Điểm IPSS + Nhẹ: 0-7 điểm + Trung bình: 8-19 điểm + Nặng: 20-35 điểm	Hỏi bệnh	Thang điểm IPSS Phiếu nghiên cứu
Điểm chất lượng cuộc sống QoL + Nhẹ: 0-2 điểm + Trung bình: 3-4 điểm + Nặng: 5-6 điểm	Hỏi bệnh	Thang điểm QoL Phiếu nghiên cứu
3. Đặc điểm lâm sàng theo YHCT		
Theo Y văn và các công bố khoa học	Khảo sát tài liệu	Các tài liệu Bộ phiếu khảo sát được xây dựng
Trên bệnh nhân	Nghiên cứu trên bệnh nhân	Bộ phiếu khảo sát dành cho nghiên cứu trên các bệnh nhân dựa trên các triệu chứng và các hội chứng được chọn.

- Định nghĩa các triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo YHCT

Bảng 2.2. Định nghĩa các triệu chứng lâm sàng trên bệnh nhân TSLTTTL

Triệu chứng	Định nghĩa
Tiểu gáp	Vấn chẩn: Người bệnh khi buồn tiểu thường vội vàng, không nhịn được, có thể không kịp đến mức tiểu ra quần
Tiểu nhiều lần	Vấn chẩn > 8 lần/ ngày [54].
Tiểu đêm	Vấn chẩn: tiểu > 2 lần/đêm [5], [26]
Tiểu són	Vấn chẩn: Người bệnh tiểu són một ít khi chưa kịp đi ra nhà vệ sinh (không kiểm soát được)
Tiểu khó	Vấn chẩn: Người bệnh khi tiểu phải gắng sức dận, dòng nước tiểu nhỏ, nhỏ giọt hoặc đứt đoạn.
Tiểu yếu	Vấn chẩn: Tia nước tiểu yếu, không thành tia, rớt xuống chân
Tiểu ngắt quãng	Vấn chẩn : Người bệnh đang đi tiểu phải ngừng lại một lúc, sau đó lại tiểu tiếp. Không liên tục
Tiểu không hết	Vọng chẩn: Tiểu xong có cảm giác chưa hết nước tiểu. Nhưng không thể đi tiểu tiếp
Bí tiểu	Vấn chẩn, Thiết chẩn: Người bệnh không đi tiểu được, sờ nắn vùng hạ vị thấy có cầu bàng quang
Sắc mặt trắng nhợt	Vọng chẩn: sắc mặt trắng hơn bình thường, thường trắng xanh hay trắng xám [9]
Sắc mặt đỏ	Vọng chẩn: sắc mặt đỏ hơn bình thường [9]
Chất lưỡi đỏ	Vọng chẩn: cơ lưỡi có màu đỏ hơn so với màu hồng nhạt của niêm mạc mắt ở người bình thường [18]
Chất lưỡi nhợt	Vọng chẩn: cơ lưỡi có màu nhạt hơn so với màu hồng của niêm mạc mắt ở người bình thường [18]

Triệu chứng	Định nghĩa
Chát lưỡi khô	Thiết chẩn: ngón tay chạm nhẹ vào cơ lưỡi sẽ không có cảm giác dính ướt mà hơi ram ráp [27]. Vọng chẩn: lưỡi khô, sần sùi; có thể có đường nứt; lưỡi có thể bị rút lại [14] .
Chát lưỡi ướt	Vọng chẩn: quan sát trên thân lưỡi của BN thấy cơ lưỡi dính, ướt (đặc biệt vùng gốc lưỡi thuộc thận) Thiết chẩn: dùng mặt lưng của ngón trỏ chạm nhẹ lên thân lưỡi của BN cảm thấy dính tay, trơn trượt [14]
Lưỡi bệu	Vọng chẩn: khi đầu lưỡi để lên môi, thân lưỡi to bè ra cả khoang miệng và có dấu ấn răng [13], [18]
Không có râu lưỡi	Vọng chẩn: lớp niêm mạc lưỡi như bị bóc đi, không râu và cũng không có gai lưỡi trên toàn bộ phần lưng lưỡi Thiết chẩn: khi sờ vào lưỡi bằng mặt lưng ngón tay trỏ sẽ không còn cảm giác ẩm ướt như lưỡi bình thường [13], [18]
Rêu lưỡi trắng	Vọng chẩn: rêu lưỡi màu trắng [9]
Rêu lưỡi vàng	Vọng chẩn: rêu lưỡi màu vàng [9]
Rêu lưỡi mỏng	Vọng chẩn: khi nhìn qua rêu lưỡi vẫn có thể nhìn thấy chất lưỡi [9]
Rêu lưỡi dày	Vọng chẩn: khi nhìn qua rêu lưỡi không thể nhìn thấy chất lưỡi [9]
Rêu lưỡi nhớt	Vọng chẩn: quan sát trên thân lưỡi của BN thấy rêu dính, ướt Thiết chẩn: dùng mặt lưng của ngón trỏ chạm nhẹ lên thân lưỡi của BN cảm thấy dính tay, trơn trượt [9], [14]
Rêu lưỡi khô	Vọng chẩn: quan sát trên thân lưỡi của BN thấy rêu khô Thiết chẩn: dùng mặt lưng của ngón trỏ chạm nhẹ lên thân lưỡi của BN không dính tay, cảm giác ram ráp [9], [14].

Triệu chứng	Định nghĩa
Lung gối lạnh	Vấn chẩn: người bệnh cảm thấy lạnh thấu lung và gối hai bên dù không ra gió, mình phát nóng vẫn không muốn cởi áo, thậm chí muốn đắp chăn hoặc sưởi ấm mà vẫn thấy lạnh.
Tay chân lạnh	Vấn chẩn: BN cảm thấy và than phiền: tay chân lạnh bất kể thời tiết, thích mang găng, vớ Thiết chẩn: sờ lòng bàn chân, lòng bàn tay của bệnh nhân thấy lạnh hơn người bình thường khi ở nhiệt độ phòng hoặc da lòng bàn tay bàn chân trắng nhợt hoặc phải mang găng mang vớ [9], [13], [14]
Ngực sườn đầy tức	Vấn chẩn: cảm giác bí bách và đầy ở vùng ngực [13]
Sốt hoặc người nóng	Vấn chẩn: người bệnh thấy nóng bức trong người hoặc có những cơn sốt với nhiệt độ tăng cao hơn bình thường [9], [27] Thiết chẩn: dùng tay sờ da BN thấy nóng hơn người bình thường [14]
Miệng họng khô	Vấn chẩn: cảm giác khô ở vùng miệng, thường kèm khát nước [13]
Lòng bàn tay chân nóng	Vấn chẩn: lòng bàn tay bàn chân thường phát nóng, thích nắm vật lạnh, và lúc ngủ vẫn để chân tay ngoài chăn, dù bệnh nhân không bị sốt [9], [13]. Xúc chẩn: dùng mu bàn tay của bác sỹ để vào lòng bàn tay (chân) của bệnh nhân, cảm nhận nhiệt độ càng ngày càng nóng hơn [9], [13]
Khát nước	Vấn chẩn: BN luôn có cảm giác khát nước, bất kể thời tiết và ăn uống [27]

Triệu chứng	Định nghĩa
Đại tiện táo	Vấn chẩn: phân khô cứng, thời gian đại tiện kéo dài, phải rặn mới ra phân [4]
Tiếng nói nhỏ	Vấn chẩn: BN có cảm giác hụt hơi, yếu hơi hoặc không thể nói lớn tiếng hoặc thành câu dài khi làm việc hay nói chuyện nhiều Vấn chẩn: nghe tiếng nói BN yếu, nhỏ [5], [27]
Đau lưng mỏi gối	Vấn chẩn: đau ở vùng thắt lưng hay đầu gối, cảm giác mỏi hay ê ẩm liên miên khi đi lại nhiều hay ngồi lâu, xoa bóp hay nghỉ ngơi thì giảm đau [9], [13]
Ồ tai	Vấn chẩn: trong tai có tiếng vo vo, lúc kêu lúc không, nhấn tay vào thấy tiếng kêu khẽ mà giảm bớt đi [9], [13].
Hoa mắt chóng mặt	Vấn chẩn: BN có cảm giác đầu xoay chuyển, mắt tối sầm [31]
Mạch tế	Thiết chẩn: Ở cả ba bộ Thốn – Quan – Xích: ấn nhẹ tay thì thấy mạch đập ở đầu ngón tay rất rõ ràng đầy đủ, ấn nặng tay thì kém hẳn [4]
Mạch sắc	Thiết chẩn: Có nhiều hơn 5 hoặc 6 nhịp mạch trên 1 lần thở của thầy thuốc (trên 90 lần / phút)[4], [5]
Mạch nhược	Thiết chẩn: mạch đến cấp, đập cả vào bên phải bên trái ngón tay bắt mạch, sờ thấy căng như dây thừng [4], [5]
Mạch trầm	Thiết chẩn: mạch ở sâu, ấn nhẹ không rõ, ấn mạnh mới thấy
Mạch trì	Thiết chẩn: mạch đi chậm chạp, 1 hơi thở chưa được 4 nhịp đập (tức là dưới 60 lần 1 phút)
Mạch hoạt	Thiết chẩn: mạch đi lại trơn như hòn bi lăn trong đĩa
Mạch sáp	Thiết chẩn: mạch đi lại khó khăn.

2.2.4. Phương pháp phân tích dữ liệu

- Thu thập dữ liệu: dữ liệu là các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân được đánh dấu “1” hoặc “0”. Bệnh nhân được đánh dấu “1” tương ứng có triệu chứng, “0” tương ứng là không có triệu chứng.

- Phân tích dữ liệu: Dữ liệu triệu chứng được phân tích bởi thuật toán Extension Adjustment Simplification until Termination (EAST) [52] cho mô hình cây tiềm ẩn (Latten Tree Model - LTM), có sẵn từ phần mềm Lantern [39], một phần mềm phân tích mô hình cây tiềm ẩn được thiết kế bởi Khoa Khoa học máy tính thuộc trường Đại học Khoa học và Kỹ thuật Hồng Kông hợp tác với Khoa Chẩn đoán Trung y trường Đại học Y học cổ truyền Bắc Kinh. Mô hình cây tiềm ẩn là mô hình đồ họa theo xác suất nhằm mô tả các mối liên hệ giữa các biến quan sát (biến triệu chứng lâm sàng) và các biến không quan sát được (biến tiềm ẩn) [38].

Phân tích cây tiềm ẩn chính là một mô hình dựa trên phân tích theo nhóm. Các triệu chứng được phân nhóm dựa vào các tiêu chí:

- Các triệu chứng có khuynh hướng cùng xảy ra (đồng hiện)
- Các triệu chứng có khuynh hướng loại trừ nhau
- Kết hợp cả hai khuynh hướng đồng hiện và loại trừ

Để đo lường mức độ tương quan này, mô hình cây tiềm ẩn sử dụng một thông số gọi là thông tin tương hỗ tích lũy(CMI). Phần mềm Lantern chọn một số biến hiển thị có tương quan cao với biến tiềm ẩn và lý giải dựa trên các biến hiển thị này. Thông số phần trăm CMI tối đa xác định có bao nhiêu thông tin được chứa trong kết quả được lý giải. Giá trị này càng cao, biến hiển thị càng được chọn nhiều và có chứa đựng nhiều thông tin. Trong khi đó chọn nhiều biến hiển thị càng làm việc lý giải kết quả trở nên phức tạp. Giá trị thông số CMI mặc định là 95%. Xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán là dựa trên sự phù hợp của các biến triệu chứng và biến tiềm ẩn trong mô hình cây này.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22, Microsoft Office Excel 2016, Lantern 5.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

**Nguyên cơ và lợi ích*

- Đề tài chỉ nghiên cứu dựa trên tài liệu y văn và thăm khám bệnh nhân dựa vào bảng câu hỏi trên phiếu khảo sát

- Bệnh nhân được giải thích rõ ràng trước khi tham gia nghiên cứu và có quyền ngừng tham gia nghiên cứu bất kì lúc nào

- Bệnh nhân được thăm khám và theo dõi sát bởi các bác sĩ chuyên về Y học cổ truyền tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu

**Bảo mật thông tin*

- Hồ sơ bệnh án được lưu trữ tại bệnh viện

- Chỉ nghiên cứu viên và nhân viên bệnh viện tiếp cận hồ sơ

- Tên bệnh nhân được ghi cụ thể đến họ, tên lót và viết tắt chữ cái đầu tiên của tên

- Quê quán ghi đến tỉnh, thành phố

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giai đoạn 1: nghiên cứu trên lý thuyết

3.1.1. Tài liệu được chọn

Căn cứ vào tiêu chuẩn chọn tài liệu, chúng tôi thu thập được các tài liệu sau:

Bảng 3. 1 Danh sách tài liệu được chọn

TT	Tên tài liệu	NXB , năm xuất bản	Ngôn ngữ
Giáo trình và sách chuyên khảo			
1	Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại [20]. Trang 140 - 144	<i>(Ban hành kèm theo Quyết định số 5013/QĐ-BYT ngày 01/12/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)</i>	Tiếng Việt
2	<i>Giáo trình Ngoại khoa Y học cổ truyền [30]. Trang 52 - 77</i>	NXB Chính trị 2016	Tiếng Việt
3	Bệnh học nội khoa y học cổ truyền (Giáo trình sau đại học) [43], Trần Quốc Bảo. Trang 215 - 218	NXB Quân đội 2011	Tiếng Việt
4	Trung y Chẩn đoán và điều trị bệnh Nam khoa [34]. Trang 58 - 72	NXB Y học nhân dân Trung Quốc 2013	Tiếng Trung

TT	Tên tài liệu	NXB , năm xuất bản	Ngôn ngữ
5	Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền[5], GS Trần Thúy, PGS Vũ Nam.	NXB Y học 2006	Tiếng Việt
6	Nội khoa Y học cổ truyền (Sau đại học) [56], GS Trần Thúy. Trang 206 - 208	NXB Y học 2006	Tiếng Việt
7	Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền [35], Nguyễn Nhược Kim. Trang 126 - 129	NXB Y học 2018	Tiếng Việt
8	Nội khoa y học cổ truyền [31], GS Hoàng Bảo Châu. Trang 428 - 434	NXB Y học 1997	Tiếng Việt
Báo cáo, bài báo nghiên cứu khoa học			
1	Mối tương quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và các thông số niệu động học trong tăng sản tuyến tiền liệt lành tính - Khoa Tiết niệu – Nam học bệnh viện First Afiliated Hospital, Đại học Trung Y dược Vân Nam, Trung Quốc [42].	PMID: 17345780 2007	Tiếng Trung

Nhận xét: có 9 tài liệu được chọn là những giáo trình giảng dạy đại học, sau đại học, tài liệu chuyên khảo, bài báo nghiên cứu khoa học của Việt Nam và Trung Quốc. Năm xuất bản từ 1997 – 2020.

3.1.2. Các thể bệnh và tần suất thể bệnh được mô tả trong các tài liệu:

Sau khi nghiên cứu 9 tài liệu Y học cổ truyền trong nước và nước ngoài, nhóm nghiên cứu ghi nhận:

Bảng 3.2: Tần số và tỷ lệ các thể bệnh ghi nhận trong tài liệu y văn

STT	Thể bệnh	Tần số (N= 9)	Tỷ lệ
1	Thấp nhiệt bàng quang	9	100
2	Thận dương bất túc	9	100
3	Phế nhiệt ủng thịnh ủng thịnh	6	67
4	Niệu đạo ứ nghẽn	6	67
5	Can khí uất kết	5	56
6	Trung khí bất túc	4	44
7	Thận âm hư	3	33
8	Thận khí hư	2	22
9	Khí trệ huyết ứ	2	22
10	Bàng quang hư hàn	1	11
11	Thấp nhiệt không hóa được ở vị	1	11
12	Khí cơ uất trệ	1	11
13	Tỳ thận dương hư	1	11

Nhận xét: Trong tổng số 13 thể có 7 thể bệnh có tần số xuất hiện > 30% tài liệu y văn mô tả và được chọn làm thể bệnh YHCT của bệnh nhân TSLTTTL trên tài liệu.

3.1.3. Các triệu chứng và tần suất triệu chứng được mô tả trong 7 thể bệnh được chọn theo tài liệu.

Thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang:

Bảng 3. 3: Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang trong các tài liệu y văn

STT	Triệu chứng	Tần số (N=9)	Tỷ lệ %	Cronbach's Alpha
1	Miệng họng khô, Rêu lưỡi vàng	8	89	62,9%
2	Đại tiện táo, Chát lưỡi đỏ, Mạch sắc	7	78	
3	Tiểu nóng, Bụng dưới đầy chướng, Tiểu buốt	6	67	
4	Sốt, Không muốn uống, Miệng đắng	5	56	
5	Tiểu đỏ, Miệng dính, Tiểu dắt, Tiểu nhiều lần	4	44	
6	Tiểu nhỏ giọt, Rêu lưỡi nhớt, Nước tiểu vàng, Nước tiểu đục, Mạch hoạt	3	33	

Nhận xét: có 20 triệu chứng có tần số xuất hiện trên 30% tài liệu y văn mô tả. Vậy tiêu chuẩn chẩn đoán thể Thấp nhiệt bàng quang theo tài liệu là 20 triệu chứng theo bảng trên.

Thể bệnh Thận dương bất túc

Bảng 3. 4: Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Thận dương bất túc trong các tài liệu y văn

STT	Triệu chứng	Tần số (N=9)	Tỷ lệ %	Cronbach's Alpha
1	Mạch trầm	9	100	62,9%
2	Sắc mặt trắng nhợt, Tinh thần mệt mỏi, Mạch tế.	8	89	
3	Tiểu khó, Không có sức đẩy nước tiểu, Lưng gối đau mỏi, Chát lưỡi nhợt	7	78	
4	Lưng gối lạnh, Rêu lưỡi trắng	6	67	
5	Mạch nhược	5	56	
6	Tiểu nhiều lần, Tiểu đêm, Sợ lạnh	4	44	
7	Tiểu nhỏ giọt, Tiểu không tự chủ, Chát lưỡi bệu	3	33	

Nhận xét: có 17 triệu chứng có tần số xuất hiện trên 30% tài liệu y văn mô tả. Vậy tiêu chuẩn chẩn đoán thể Thận dương bất túc theo tài liệu là 17 triệu chứng theo bảng trên.

Thể bệnh Phế nhiệt ứng thịnh ứng thịnh:

Bảng 3. 5: Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Phế nhiệt ứng thịnh ứng thịnh trong các tài liệu y văn

STT	Triệu chứng	Tần số (N=6)	Tỷ lệ %	Cronbach's Alpha
1	Miệng họng khô, Rêu lưỡi vàng, Mạch sắc	6	100	62,9%
2	Tiểu nhỏ giọt, Thở ngắn, Rêu lưỡi mỏng	5	83	
3	Thích uống nước, Thở gấp, Ho, Lưỡi đỏ	4	67	
4	Bụng dưới đầy chướng, Mạch hoạt.	2	33	

Nhận xét: có 12 triệu chứng có tần số xuất hiện trên 30% tài liệu y văn mô tả. Vậy tiêu chuẩn chẩn đoán thể Phế nhiệt ủng thịnh ủng thịnh theo tài liệu là 12 triệu chứng theo bảng trên.

Thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn:

Bảng 3. 6: Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn trong các tài liệu y văn

STT	Triệu chứng	Tần số (N=6)	Tỷ lệ %	Cronbach's Alpha
1	Bụng dưới đầy chướng, Chất lưỡi tím tối	6	100	62,9%
2	Tiểu nhỏ giọt, Bí tiểu, Lưỡi có điểm ứ huyết	5	83	
3	Mạch sáp	4	67	
4	Tiểu đau	3	50	
5	Tiểu són, Mạch sáp, Mạch huyền	2	33	

Nhận xét: có 10 triệu chứng có tần số xuất hiện trên 30% tài liệu y văn mô tả. Vậy tiêu chuẩn chẩn đoán thể Niệu đạo ứ nghẽn theo tài liệu là 10 triệu chứng theo bảng trên.

Thể bệnh Can khí uất kết:

Bảng 3. 7: Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Can khí uất kết trong các tài liệu y văn

STT	Triệu chứng	Tần số (N=5)	Tỷ lệ %	Cronbach's Alpha
1	Tình chí uất ức, Hay cáu gắt, Tiểu khó, Rêu lưỡi mỏng, Mạch huyền	5	100	62,9%
2	Ngực sườn đầy tức, Mất ngủ	4	80	
3	Miệng sáo đau tức, Rêu lưỡi vàng, Chất lưỡi đỏ	3	60	
4	Miệng đắng, Miệng họng khô	2	40	

Nhận xét: có 12 triệu chứng có tần số xuất hiện trên 30% tài liệu y văn mô tả. Vậy tiêu chuẩn chẩn đoán thể Can khí uất theo tài liệu là 12 triệu chứng theo bảng trên.

*Thể bệnh Trung khí bất túc:

Bảng 3. 8: Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Trung khí bất túc trong các tài liệu y văn

STT	Triệu chứng	Tần số (N=4)	Tỷ lệ %	Cronbach's Alpha
1	Bụng dưới đầy chướng, Tinh thần mệt mỏi, Ăn uống không ngon, Thở ngắn, Nói nhỏ yếu, Chát lưỡi nhợt, Rêu lưỡi mỏng, Mạch nhược	4	100	62,9%
2	Tiểu khó, Tiểu ít, Mạch tế, Rêu lưỡi trắng	3	75	
3	Trĩ	2	50	

Nhận xét: có 13 triệu chứng có tần số xuất hiện trên 30% tài liệu y văn mô tả. Vậy tiêu chuẩn chẩn đoán thể Trung khí bất túc theo tài liệu là 13 triệu chứng theo bảng trên.

*Thể bệnh Thận âm hư:

Bảng 3. 9. Tần số và tỉ lệ các triệu chứng của thể bệnh Thận âm hư trong các tài liệu y văn

STT	Triệu chứng	Tần số (N=3)	Tỷ lệ %	Cronbach's Alpha
1	Miệng họng khô, Mất ngủ, Chóng mặt, Chát lưỡi đỏ, Mạch sắc	3	100	62,9%
2	Tiểu ít, Tiểu vàng, Tiểu đỏ, Tiểu khó, Gò má đỏ, Lưng gối đau mỏi, ù tai, Rêu lưỡi ít, Mạch tế	2	67	
3	Không có rêu lưỡi, Bàn chân bàn tay nóng, Đại tiện táo, Bí tiểu	1	33	

Nhận xét: có 18 triệu chứng có tần số xuất hiện trên 30% tài liệu y văn mô tả. Vậy tiêu chuẩn chẩn đoán thể Thận âm hư theo tài liệu là 18 triệu chứng theo bảng trên.

Như vậy có tất cả 62 triệu chứng được chọn làm tiêu chuẩn chẩn đoán các thể bệnh YHCT trên bệnh nhân TSLTTTL theo tài liệu và được đưa vào trong nghiên cứu lâm sàng ở giai đoạn 2 theo bảng phụ lục 1

3.2. Giai đoạn 2: nghiên cứu trên lâm sàng

3.2.1. Thông tin chung

3.2.1.1 Phân bố người bệnh theo tuổi

Nghiên cứu được tiến hành trên 394 BN TSLTTTL, độ tuổi trung bình là $69,9 \pm 8,7$ (tuổi trung bình \pm độ lệch chuẩn). Tuổi thấp nhất là 50 tuổi, tuổi cao nhất là 99 tuổi.

Bảng 3. 10: Phân bố người bệnh theo tuổi

Tuổi	n	%
50 - 59 tuổi	51	12.9
60 – 69 tuổi	148	37.6
≥ 70 tuổi	195	49.5
Tổng	394	100

Nhận xét: nhóm tuổi >70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 49.5%, nhóm tuổi 60 – 69 tuổi chiếm 37.6%, nhóm tuổi 50 – 59 tuổi chiếm 12.9%.

3.2.1.2. Kích thước TTL trên siêu âm

Bảng 3. 11: Phân bố bệnh nhân theo kích thước TTL

Kích thước TTL(g)	n	%
25 – 39.9	291	74
40 – 59.9	73	18.6
60 – 79.9	24	6.1
80 – 99.9	4	1.0
≥100	1	0.3
Tổng	394	100
Min	25.0g	
Max	105.0g	
Trung bình±Std	37.2g±13.1	

Nhận xét: Kích thước TTL trung bình của nghiên cứu là 37.2g±13.1 (kích thước trung bình ± độ lệch chuẩn). Trong đó nhóm 25 – 39.9 chiếm tỉ lệ lớn nhất 74%, nhóm 40 – 59.9 chiếm 18.6%. Kích thước TTL nhỏ nhất nghiên cứu ghi nhận là 25g, lớn nhất là 105g.

3.2.1.3. Chỉ số BMI

Bảng 3.12: Phân bố người bệnh theo BMI

BMI	n	%
<18.5 Cân nặng thấp (gầy)	7	1.8
18.5 – 24.9 Bình thường	245	62.7
25 – 29.9 Tiền béo phì	124	31.7
30 – 39.9 Béo phì độ I	15	3.8
Tổng	394	100
Min	17.7	
Max	32.0	
Trung bình ± Std	24.1 ± 2.9	

Nhận xét: BMI trung bình của nghiên cứu là 24.1 ± 2.9 (BMI \pm độ lệch chuẩn) BMI thấp nhất là 17.7, cao nhất là 32.0. Nhóm bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 62.7%, nhóm bệnh nhân có BMI từ 25 – 29.9 chiếm tỉ lệ 31.7%, còn lại nhóm béo phì độ I và cân nặng thấp lần lượt chiếm 3.8% và 1.8%

3.2.1.4 Thời gian mắc bệnh

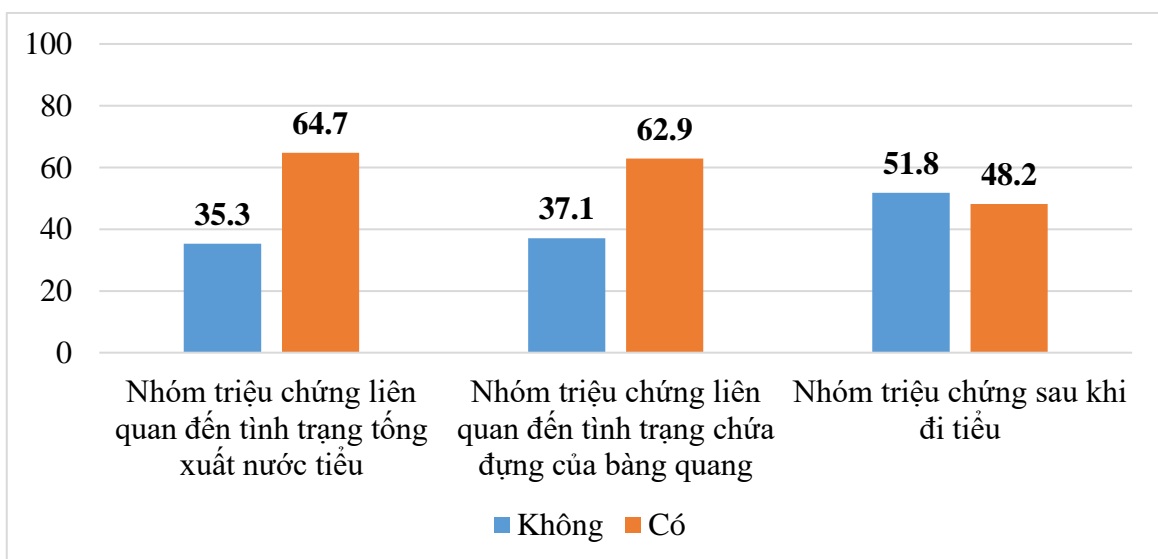
Bảng 3.13: Phân bố người bệnh theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	n	%
< 1 năm	35	8.9
1 - 5 năm	154	39.1
≥ 5 năm	205	52
Tổng	394	100

Nhận xét: BN có thời gian mắc bệnh > 5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất 52%, BN có thời gian mắc bệnh < 1 năm chiếm tỉ lệ thấp nhất 8.9%

3.2.2 Đặc điểm lâm sàng

3.2.2.1. Triệu chứng đường tiểu dưới



Biểu đồ 3. 1. Phân bố bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới

Nhận xét: Nghiên cứu trên 394 bệnh nhân với 3 nhóm triệu chứng đường tiêu hóa. Ở nhóm triệu chứng liên quan đến tình trạng tổng xuất nước tiêu, có 64.7% bệnh nhân. Đối với nhóm triệu chứng liên quan đến tình trạng chứa đựng của bàng quang, có 62.9% bệnh nhân. Ở nhóm triệu chứng sau khi đi tiêu, có 48.2% bệnh nhân.

3.2.2.2 Điểm IPSS

Bảng 3.14: Phân bố bệnh nhân theo điểm IPSS

Điểm IPSS	n	%
Nhẹ: 0-7 điểm	149	37.8
Trung bình: 8-19 điểm	177	44.9
Nặng: 20-35 điểm	68	17.3
Tổng	394	100

Nhận xét: BN có điểm IPSS ở mức độ trung bình (8 – 19 điểm) chiếm tỉ lệ cao nhất 44.9%, BN có điểm IPSS ở mức độ nặng (20 – 35) điểm chiếm tỉ lệ thấp nhất 17.3%

3.2.2.3 Điểm chất lượng cuộc sống QoL

Bảng 3. 15: Phân bố người bệnh theo điểm chất lượng cuộc sống QoL

Điểm QoL	n	%
Nhẹ: 0-2 điểm	230	58.4
Trung bình: 3-4 điểm	131	33.2
Nặng: 5-6 điểm	33	8.4
Tổng	394	100

Nhận xét: BN có điểm QoL ở mức nhẹ (0 – 2 điểm) chiếm tỉ lệ cao nhất 58.4%, BN có điểm QoL ở mức nặng (5 – 6 điểm) chiếm tỉ lệ thấp nhất 8.4%.

3.2.2.4 Tiền sử

Bảng 3.16: Phân bố người bệnh theo tiền sử

Tiền sử	n	%
Chưa điều trị gì	137	34.8
Đang điều trị nội khoa	241	61.2
Đã điều trị ngoại khoa	16	4.1
Tổng	394	100

Nhận xét: đa số BN đang được điều trị nội khoa chiếm tỉ lệ 61.2%, số bệnh nhân chưa điều trị gì chiếm tỉ lệ 34.8%, còn lại số bệnh nhân đã từng phẫu thuật ngoại khoa chiếm 4.1%.

3.2.2.5. Phân bố người bệnh có bệnh kèm theo

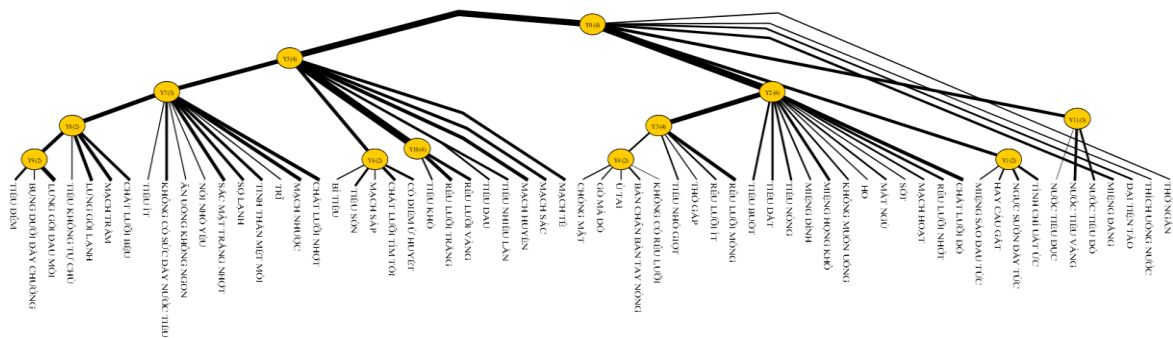
Bảng 3. 17: Phân bố người bệnh có bệnh kèm theo

Bệnh kèm theo	n	%
Có	249	63.2
Không	145	36.8
Tổng	394	100

Nhận xét: đa số bệnh nhân có ít nhất 1 trong các bệnh kèm theo (Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid, nhiễm khuẩn tiết niệu, suy thận...) chiếm tỉ lệ 63.2%, còn lại 36.8% BN chưa phát hiện bệnh kèm theo

3.2.3. Phân tích triệu chứng và phân thể lâm sàng dựa trên mô hình phân tích cây tiềm ẩn LTM (latent tree model)

Phân tích trên 394 BN TSLTTL chọn tất cả 62 triệu chứng theo y văn. Sử dụng mô hình cây tiềm ẩn phân tích ta có mô hình sau:



Hình 3.1 Mô hình phân tích cây tiềm ẩn trên 394 bệnh nhân Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt

Cấu trúc của mô hình cây tiềm ẩn được biểu thị ở hình 3.1. Biến tiềm ẩn được biểu thị là Y . Số trong ngoặc đơn biểu thị cho số trạng thái có thể có của biến tiềm ẩn (s_0, s_1, s_2, s_3) như $Y_9(2)$ có nghĩa là biến tiềm ẩn Y_4 có 2 trạng thái s_0 và s_1 (chú thích bảng 3.12). Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, các biến tiềm ẩn có 2, 3 hoặc 4 trạng thái khả năng, bệnh nhân được chia vào các loại trạng thái này và mỗi trạng thái đại diện cho một cụm bệnh nhân. Ý nghĩa của mỗi trạng thái được xác định bằng cách xem xét các phân bố xác suất của các biến triệu chứng kết nối trực tiếp với biến tiềm ẩn tại trạng thái đó. Các biến tiềm ẩn biểu thị tính đồng hiện (cùng xảy ra) hoặc loại trừ lẫn nhau của các triệu chứng lâm sàng.

- Sự phụ thuộc của triệu chứng lâm sàng vào mỗi biến tiềm ẩn được miêu tả trực quan bằng độ rộng(độ đậm nhạt) của các thanh liên kết. Biến Y_9 (nằm ở góc dưới bên trái) có tương quan mạnh với “*lưng gòl đau mỏi*” và

“*tiểu đêm*” có tương quan yếu với “*bụng dưới đầy chướng*”. Sự tương quan mạnh yếu này phụ thuộc vào thông tin tương hỗ tích lũy CMI (cumulative mutual information). Các triệu chứng lâm sàng được chọn vào mô hình biểu thị các biến triệu chứng lâm sàng có thông tin tương hỗ tích lũy đạt ít nhất 95%

- Mô hình 3.1 có 12 biến tiềm ẩn: Y0 đến Y11. Điều này có nghĩa là dữ liệu của 394 BN TSLTTTL ghi nhận có 12 biến tiềm ẩn. Mỗi biến tiềm ẩn chứa một số biến biểu hiện, biến biểu hiện này chính là triệu chứng của bệnh nhân. Cụ thể như sau:

+ Biến tiềm ẩn Y0 có 4 biến biểu hiện (triệu chứng): Miệng đắng, đại tiện táo, thích uống nước, thờ ngắn

Các triệu chứng của biến Y0 chủ yếu phù hợp với nhiệt chứng nên xem biến Y0 là nhóm “Nhiệt chứng”

+ Biến tiềm ẩn Y1 có 4 triệu chứng: Tình chí uất ức, ngực sườn đầy tức, hay cáu gắt, miệng sáo đau tức.

Theo lý luận YHCT 4 triệu chứng trên đa số liên quan đến Can khí uất nên xem biến Y1 là nhóm “Can khí uất”

+ Biến tiềm ẩn Y2 có 12 triệu chứng: Chát lưỡi đỏ, miệng họng khô, tiểu dắt, tiểu buốt, rêu lưỡi nhớt, mất ngủ, mạch hoạt, miệng dính, không muốn uống, sốt, ho.

Theo lý luận y học cổ truyền các triệu chứng đa số liên quan đến thấp nhiệt nên xem nhóm biến Y2 là nhóm “Thấp nhiệt”

+ Biến tiềm ẩn Y3 có 4 triệu chứng: Rêu lưỡi mỏng, tiểu nhỏ giọt, rêu lưỡi ít, thờ gấp

Các triệu chứng nhóm này chủ yếu liên quan đến rêu lưỡi nên xem biến Y3 là nhóm “Rêu lưỡi”

+ Biến tiềm ẩn Y4 có 5 triệu chứng: Bàn chân bàn tay nóng, gò má đỏ, chóng mặt, ù tai, không có râu lưỡi.

Theo lý luận YHCT các triệu chứng này liên quan đến âm hư sinh nội nhiệt, nên xem biến Y4 là nhóm “Âm hư”

+ Biến tiềm ẩn Y5 có 5 triệu chứng: Mạch huyền, mạch tế, mạch sáp, tiểu nhiều lần, tiểu đau

Các triệu chứng này chủ yếu là mạch nên xem biến Y5 là nhóm “Mạch”

+ Biến tiềm ẩn Y6 có 5 triệu chứng: Chát lưỡi tím tối, Lưỡi có điểm ứ huyết, tiểu són, mạch sáp, bí tiểu

Theo lý luận YHCT các triệu chứng phù hợp với chứng huyết ứ, nên xem biến Y6 là nhóm “Huyết ứ”

+ Biến tiềm ẩn Y7 có 10 triệu chứng: Chát lưỡi nhợt, mạch nhược, sắc mặt trắng nhợt, không có sức đẩy nước tiểu, sợ lạnh, tinh thần mệt mỏi, nói nhỏ yếu, ăn uống không ngon, trĩ, tiểu ít

Theo lý luận YHCT 10 triệu chứng này liên quan đến chứng khí hư nên coi biến Y7 là nhóm “Khí hư”

+ Biến tiềm ẩn Y8 có 4 triệu chứng: Mạch trầm, lưng gối lạnh, chát lưỡi bệu, tiểu không tự chủ

Các triệu chứng trên thường thấy ở người kèm theo dương hư nên coi biến Y8 là nhóm “Dương hư”

+ Biến tiềm ẩn Y9 có 3 triệu chứng: Lưng gối đau mỏi, tiểu đêm, bụng dưới đầy chướng.

Theo lý luận YHCT đa số triệu chứng liên quan đến chứng thận hư, vì vậy coi biến Y9 là nhóm “Thận hư”

+ Biến tiềm ẩn Y10 có 3 triệu chứng: Rêu lưỡi trắng, rêu lưỡi vàng, tiểu khó

Coi biến Y10 là nhóm “Màu sắc rêu lưỡi”

+ Biến tiềm ẩn Y11 có 3 triệu chứng: Nước tiểu vàng, nước tiểu đỏ, nước tiểu đục

Coi biến Y11 là nhóm “Màu sắc nước tiểu”

- Các biến tiềm ẩn biểu lộ các mô hình đồng hiện (cùng xảy ra) hoặc loại trừ lẫn nhau của các triệu chứng lâm sàng. Dựa vào phân tích các triệu chứng trong biến tiềm ẩn, ta có sự phân chia mô hình các biến tiềm ẩn như sau:

Mô hình biến đồng hiện: Y0 (Nhiệt chứng), Y1 (Can khí uất), Y2 (Thấp nhiệt), Y3 (Rêu lưỡi), Y4 (Âm hư), Y5 (Mạch), Y6 (Huyết ứ), Y7 (Khí hư), Y8 (Dương hư), Y9 (Thận hư),

- Mô hình biến loại trừ: Y10 (Màu sắc rêu lưỡi), Y11 (Màu sắc nước tiểu)

Các triệu chứng lâm sàng có tương quan yếu với biến tiềm ẩn (CMI < 95%) lần lượt bị loại khỏi mô hình chẩn đoán:

+ Biến Y0 loại 1 triệu chứng: thở ngắn.

+ Biến Y1 loại 1 triệu chứng: miệng sáo đau tức.

+ Biến Y2 loại 4 triệu chứng: miệng dính, không muốn uống, sốt, ho.

+ Biến Y3 loại 1 triệu chứng: thở gấp.

+ Biến Y4 loại 2 triệu chứng: ù tai, không có rêu lưỡi.

+ Biến Y5 không loại triệu chứng nào.

+ Biến Y6 loại 2 triệu chứng: mạch sấp, bí tiểu.

+ Biến Y7 loại 5 triệu chứng: sợ lạnh, tinh thần mệt mỏi, nói nhỏ yếu, trĩ, tiểu ít.

+ Biến Y8 loại 1 triệu chứng: tiểu không tự chủ.

+ Biến Y9 loại 1 triệu chứng: bụng dưới đầy chướng.

+ Biến Y10 không loại triệu chứng nào.

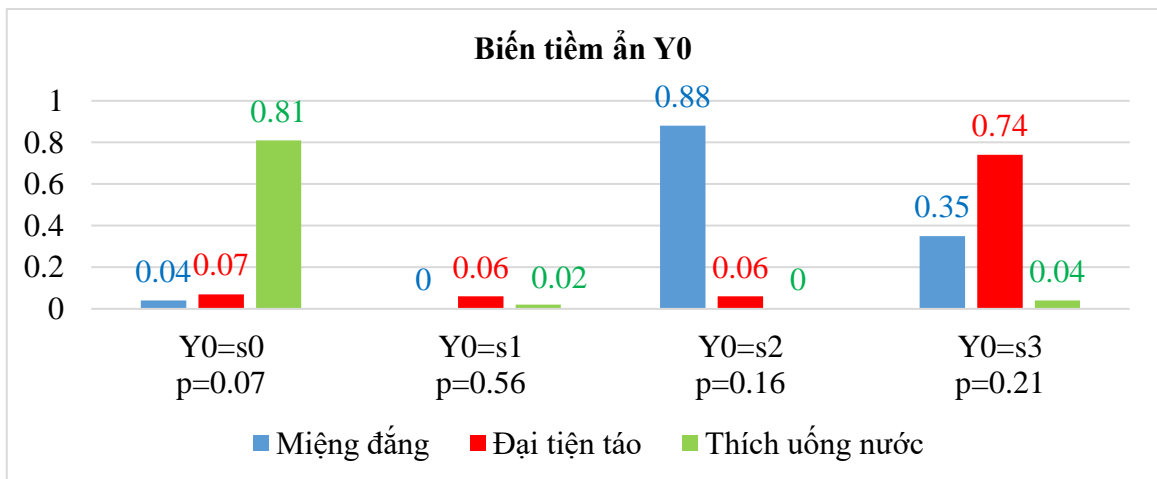
+ Biến Y11 loại 1 triệu chứng: Nước tiểu đục.

Như vậy có 19/62 triệu chứng lâm sàng bị loại do thông tin tương hỗ tích lũy (CMI) không đạt 95%.

Theo các nghiên cứu trước đây dựa trên ý kiến chuyên gia và nghiên cứu lâm sàng [61], phương pháp phân tích dữ liệu mô hình cây tiềm ẩn [59], để xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán, chọn các biến tiềm ẩn mà trạng thái có bệnh có xác suất xuất hiện trong hơn 50% mẫu nghiên cứu ($p(Y=s1) + p(Y=s2) + p(Y=s3) + p(Y=s4) > 0,5$), Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 9 biến tiềm ẩn là $Y0(p=0.93)$, $Y1(p=0.76)$, $Y2(p=0.93)$, $Y5(p=0.78)$, $Y6(p=0.78)$, $Y7(p=0.65)$, $Y8(p=0.51)$, $Y9(p=0.66)$, $Y10(p=0.81)$

Trong đó $Y0, Y1, Y2, Y5, Y6, Y7, Y8, Y9$ là mô hình các triệu chứng đồng hiện. $Y10$ là mô hình các triệu chứng loại trừ.

3.2.3.1 Biến tiềm ẩn $Y0$

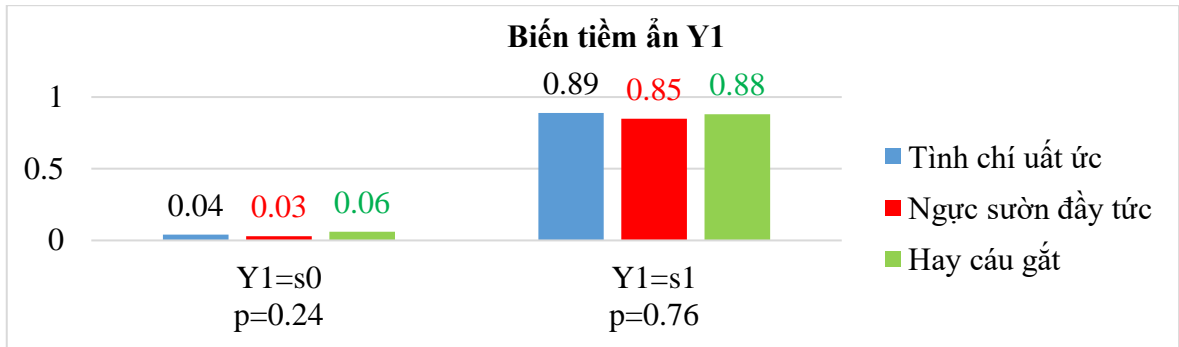


Biểu đồ 3.2 Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn $Y0$

Trạng thái $Y0 = s1$ (nhiệt chứng nhẹ) chủ yếu xảy ra triệu chứng “đại tiện táo”, ở trạng thái $Y0 = s2$ triệu chứng “đại tiện táo” có khuynh hướng cùng xảy ra với triệu chứng “miệng đắng”, ở trạng thái $Y0=s3$ (nhiệt chứng nặng) xác suất “đại tiện táo” xảy ra cao hơn. Triệu chứng “thích uống nước” có xác suất xảy ra rất thấp.

Hai triệu chứng “miệng đắng” và “đại tiện táo” cùng được mô tả trong thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang theo y văn.

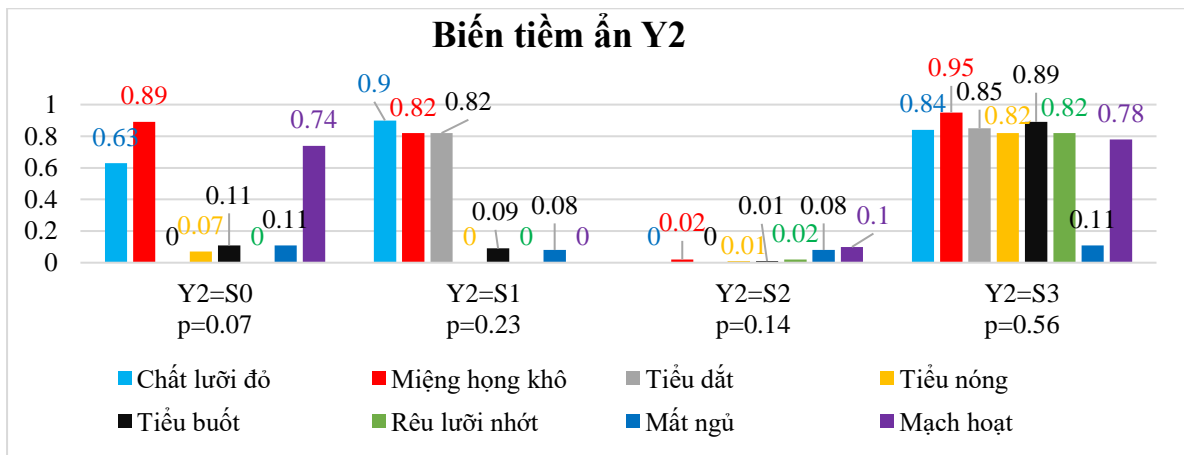
3.2.3.2 Biến tiềm ẩn Y1:



Biểu đồ 3. 3 Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y1

Nhận xét: trạng thái Y1=s1 cho thấy khuynh hướng cùng xảy ra của “tinh chí uất ức”, “ngực sườn đầy tức”, và “hay cáu gắt”. Theo lý thuyết YHCT, mô hình đồng biến này được giải thích trong thể bệnh Can khí uất kết.

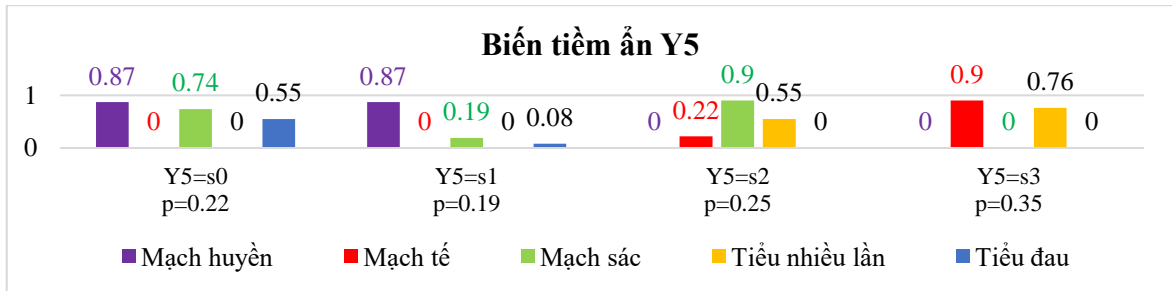
3.2.3.3 Biến tiềm ẩn Y2



Biểu đồ 3. 4 Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y2

Nhận xét: Trạng thái tiềm ẩn Y2=s1, p=0.23, triệu chứng “chất lưỡi đỏ”, “miệng họng khô”, “tiêu dất” có xu hướng đồng hiện, ở trạng thái Y2=s3, p=0.56, mức độ nặng hơn, xuất hiện thêm các triệu chứng đồng hiện: “tiêu nóng”, “tiêu buốt”, “rêu lưỡi nhớt”, “mạch hoạt”. Các triệu chứng này cùng xuất hiện trong thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang theo tài liệu y văn

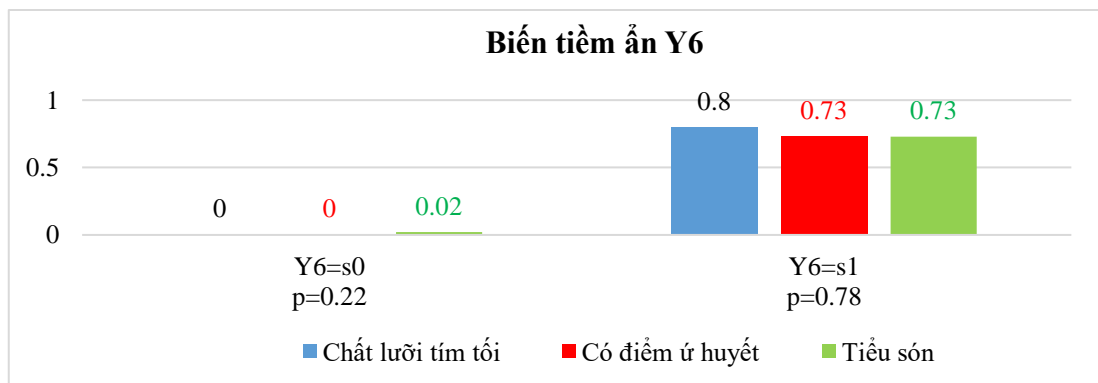
3.2.3.6 Biến tiềm ẩn Y5



Biểu đồ 3.5 Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y5

Nhận xét: Biến tiềm ẩn Y5 có 4 trạng thái, trong đó trạng thái Y5=s1 có 3 triệu chứng đồng hiện “mạch huyền”, “mạch sắc”, “tiểu đau” 3 triệu chứng này được mô tả trong thể bệnh Niệu đạo ú nghẽn theo y văn. Trạng thái Y5=s2 có 3 triệu chứng đồng hiện “mạch tế”, “mạch sắc”, “tiểu nhiều lần” không có thể bệnh nào theo y văn xuất hiện đồng thời cả 3 triệu chứng này. Trạng thái Y5=s3 có 2 triệu chứng đồng hiện “mạch tế”, “tiểu nhiều lần” 2 triệu chứng này được mô tả trong thể bệnh Thận dương bất túc theo tài liệu y văn.

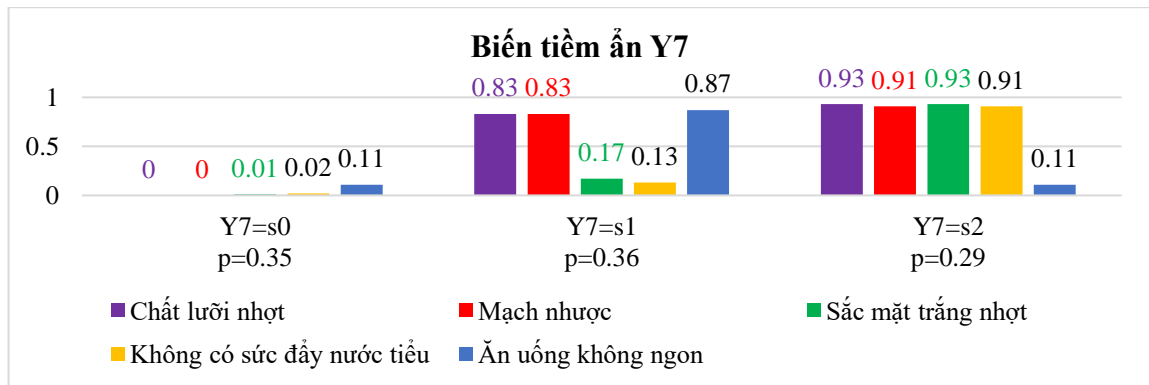
3.2.3.7 Biến tiềm ẩn Y6



Biểu đồ 3.6 Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y6

Nhận xét: trạng thái tiềm ẩn Y6=s1, p=0.78 có 3 triệu chứng đồng hiện “chất lưỡi tím tối”, “Lưỡi có điểm ứ huyết”, “tiểu són” cả 3 triệu chứng này được mô tả trong thể bệnh Niệu đạo ú nghẽn theo tài liệu y văn.

3.2.3.8 Biến tiềm ẩn Y7



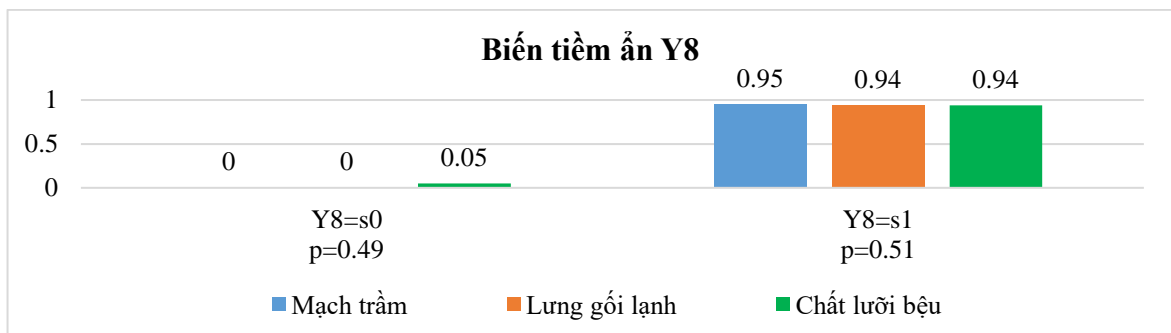
Biểu đồ 3.7 Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y7

Nhận xét: Biến tiềm ẩn Y7 có 3 trạng thái. Ở trạng thái tiềm ẩn Y7=s1 triệu chứng đồng hiện chủ yếu là “chât lưỡi nhọt”, “mạch nhược”, “ăn uống không ngon”. Ở trạng thái Y7=s2, mức độ nặng hơn có thể thấy hai triệu chứng “sắc mặt trắng nhợt”, “không có sức đẩy nước tiểu” có xu hướng gia tăng.

Các triệu chứng “chât lưỡi nhọt”, “mạch nhược”, “ăn uống không ngon” được mô tả trong thể bệnh Trung khí bất túc theo tài liệu y văn.

Các triệu chứng “chât lưỡi nhọt”, “mạch nhược”, “sắc mặt trắng nhợt”, “không có sức đẩy nước tiểu” được mô tả trong thể bệnh Thận dương bất túc theo tài liệu y văn

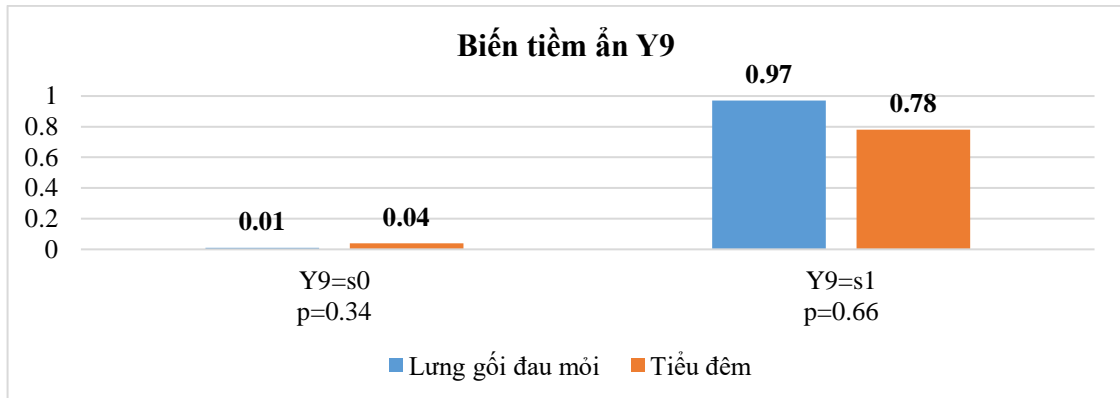
3.2.3.9 Biến tiềm ẩn Y8



Biểu đồ 3.8 Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y8

Nhận xét: Biến tiềm ẩn Y8 có 2 trạng thái, ở trạng thái Y8=s1 có 3 triệu chứng “mạch trầm”, “lưng gối lạnh”, “chất lưỡi bệu” có xu hướng đồng hiện. 3 triệu chứng này được mô tả trong thể bệnh Thận dương bất túc theo tài liệu y văn.

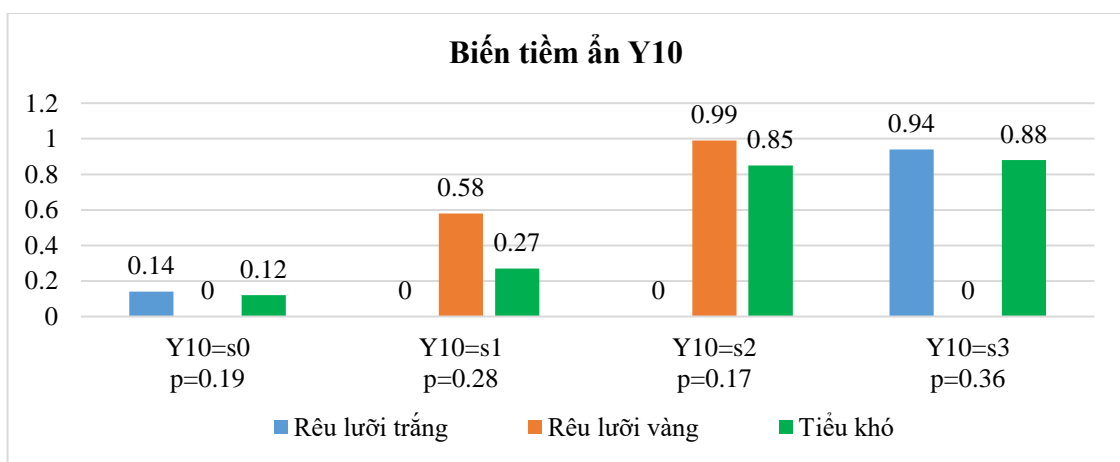
3.2.3.10 Biến tiềm ẩn Y9



Biểu đồ 3. 9 Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y9

Nhận xét: trạng thái tiềm ẩn Y9=s1 có 2 triệu chứng đồng hiện “lưng gối đau mỏi”, “tiểu đêm”, 2 triệu chứng này xuất hiện trong bệnh cảnh Thận dương bất túc theo tài liệu y văn.

3.2.3.11 Biến tiềm ẩn Y10



Biểu đồ 3. 10 Phân phối xác suất các triệu chứng đặc trưng theo từng trạng thái của biến tiềm ẩn Y10

Nhận xét: Biến tiềm ẩn Y10 có 4 trạng thái, và 3 triệu chứng, trong đó triệu chứng “rêu lưỡi trắng”, rêu lưỡi vàng” loại trừ nhau. Triệu chứng “rêu lưỡi trắng” đồng hiện với “tiểu khó” cùng xuất hiện trong thể bệnh Thận dương bất túc và Trung khí bất túc theo tài liệu y văn. Triệu chứng” rêu lưỡi vàng” đồng hiện với “tiểu khó” cùng xuất hiện trong thể bệnh Can khí uất kết

Như vậy sau khi phân tích 9 biến tiềm ẩn có kết quả thu được: có 33 triệu chứng được đưa vào tiêu chuẩn chẩn đoán cho 5/7 thể bệnh YHCT của BN TSLTTTL trên lâm sàng (Phụ lục 1).

Tiêu chuẩn chẩn đoán các thể bệnh được liệt kê trong bảng 3.18

Bảng 3. 18 Tiêu chuẩn chẩn đoán các thể bệnh YHCT trên lâm sàng của BN TSLTTTL

STT	Thấp nhiệt bàng quang	Thận dương bất túc	Niêu đạo ứ nghẽn	Can khí uất	Trung khí bất túc
1	Miệng đắng	Sắc mặt trắng nhợt	Tiểu đau	Tình chí uất ức	Ăn uống không ngon
2	Đại tiện táo	Lưng gối lạnh	Tiểu són	Ngực sườn đầy tức	Mạch nhược
3	Tiểu buốt	Tiểu đêm	Mạch huyền	Hay cáu gắt	Chất lưỡi nhợt
4	Tiểu dắt	Tiểu nhiều lần	Mạch sắc	Rêu lưỡi vàng	Rêu lưỡi trắng
5	Tiểu nóng	Lưng gối đau mỏi	Chất lưỡi tím tối	Tiểu khó	Tiểu khó
6	Chất lưỡi đỏ	Tiểu khó	Lưỡi có điểm ứ huyết		
7	Rêu lưỡi nhợt	Không có sức đẩy nước tiểu			
8	Mạch hoạt	Mạch trầm			
9		Mạch tế			
10		Mạch nhược			
11		Chất lưỡi bệu			
12		Rêu lưỡi trắng			
13		Chất lưỡi nhợt			

Nhận xét: Nghiên cứu trên 394 bệnh nhân, có 5 thể bệnh lâm sàng: Thấp nhiệt bàng quang, Thận dương bất túc, Niệu đạo ứ nghẽn, Can khí uất kết, Trung khí bất túc.

Thể bệnh thấp nhiệt bàng quang có 8 triệu chứng, thể bệnh Thận dương bất túc có 13 triệu chứng, thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn có 6 triệu chứng, thể bệnh Can khí uất kết có 5 triệu chứng, thể bệnh Trung khí bất túc có 5 triệu chứng.

3.3. Kết quả nghiên cứu các thể bệnh và triệu chứng trên lâm sàng

3.3.1 Phân tích mô hình cây tiềm ẩn qua biến gộp

Bảng 3. 19: Gộp các biến tiềm ẩn theo thể bệnh

STT	Tên thể bệnh	Biến tiềm ẩn hiển thị	S0	S1
1	Thấp nhiệt bàng quang	Y0,Y2	0.79	0.21
2	Thận dương bất túc	Y5,Y7,Y8,Y9,Y10	0.46	0.54
3	Niệu đạo ứ nghẽn	Y5,Y6	0.85	0.15
4	Can khí uất kết	Y1,Y10	0.82	0.18
5	Trung khí bất túc	Y7,Y10	0.89	0.11

Nhận xét: Qua phân tích mô hình cây tiềm ẩn và gộp các biến cùng thể hiện thể bệnh. Thực tế lâm sàng ghi nhận 5 thể bệnh lâm sàng đó là: Thấp nhiệt bàng quang, Thận dương bất túc, Niệu đạo ứ nghẽn, Can khí uất kết, Trung khí bất túc. Trong đó thể Thận dương bất túc có tỉ lệ xuất hiện cao nhất với $S1 = 0.54$, thể Trung khí bất túc có tỉ lệ xuất hiện thấp nhất với $S1 = 0.11$.

3.3.2. Bước đầu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh YHCT của TSLTTTL theo lâm sàng

3.3.2.1. Thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang trên lâm sàng

Bảng 3. 20. Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang của TSLTTTL theo lâm sàng (Max CMI = 95%)

STT	Triệu chứng lâm sàng	Tỷ lệ % (s1)
1	Đại tiện táo	73
2	Chất lưỡi đỏ	84
3	Tiểu nóng	81
4	Tiểu buốt	89
5	Miệng đắng	46
6	Tiểu dắt	85
7	Rêu lưỡi nhớt	81
8	Mạch hoạt	78

Nhận xét: có 8 triệu chứng là tiêu chuẩn chẩn đoán trên lâm sàng của thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang với tỉ lệ xuất hiện của các triệu chứng từ 46% - 89%.

3.3.2.2. Thể bệnh Thận dương bất túc trên lâm sàng

Bảng 3. 21. Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Thận dương bất túc của TSLTTTL theo lâm sàng (Max CMI = 95%)

STT	Triệu chứng lâm sàng	Tỷ lệ % (s1)
1	Mạch trầm	95
2	Sắc mặt trắng nhợt	93
3	Mạch tế	92
4	Tiểu khó	89
5	Không có sức đẩy nước tiểu	91
6	Lưng gối đau mỏi	97
7	Chất lưỡi nhợt	93
8	Lưng gối lạnh	94
9	Rêu lưỡi trắng	92
10	Mạch nhược	91
11	Tiểu nhiều lần	87
12	Tiểu đêm	81
13	Chất lưỡi bệu	94

Nhận xét: Có 13 triệu chứng là tiêu chuẩn chẩn đoán trên lâm sàng của thể bệnh Thận dương bất túc với tỉ lệ xuất hiện của các triệu chứng từ 81% - 97%

3.3.2.3. Thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn trên lâm sàng

Bảng 3. 22. Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn của TSLTTTL theo lâm sàng (Max CMI = 95%)

STT	Triệu chứng lâm sàng	Tỷ lệ(s1)
1	Chất lờn tím tối	78
2	Lờn có điểm ứ huyết	71
3	Mạch sắc	75
4	Tiểu đau	55
5	Tiểu són	71
6	Mạch huyền	85

Nhận xét: Có 6 triệu chứng là tiêu chuẩn chẩn đoán trên lâm sàng của thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn với tỉ lệ xuất hiện của các triệu chứng từ 55% - 85%

3.3.2.4. Thể bệnh Can khí uất kết trên lâm sàng

Bảng 3. 23. Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Can khí uất kết của TSLTTTL theo lâm sàng (Max CMI = 95%)

STT	Triệu chứng lâm sàng	Tỷ lệ(s1)
1	Tình chí uất ức	96
2	Hay cáu gắt	97
3	Tiểu khó	51
4	Ngực sườn đầy tức	97
5	Rêu lờn vàng	77

Nhận xét: Có 5 triệu chứng là tiêu chuẩn chẩn đoán trên lâm sàng của thể bệnh Can khí uất kết với tỉ lệ xuất hiện của các triệu chứng từ 51% - 97%

3.3.2.5. Thể bệnh Trung khí bất túc trên lâm sàng

Bảng 3. 24. Tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Trung khí bất túc của TSLTTTL theo lâm sàng (Max CMI = 95%)

STT	Triệu chứng lâm sàng	Tỷ lệ(s1)
1	Ăn uống không ngon	89
2	Chất lưỡi nhợt	81
3	Mạch nhược	75
4	Tiểu khó	68
5	Rêu lưỡi trắng	75

Nhận xét: Có 5 triệu chứng là tiêu chuẩn chẩn đoán trên lâm sàng của thể bệnh Trung khí bất túc với tỉ lệ xuất hiện của các triệu chứng từ 68% - 89%

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân TSLTTTL

4.1.1. Đặc điểm chung

4.1.1.1. Đặc điểm về tuổi

Nghiên cứu được tiến hành trên 394 bệnh nhân TSLTTTL, độ tuổi trung bình là $69,9 \pm 8,7$ (tuổi trung bình \pm độ lệch chuẩn). Tuổi thấp nhất là 50 tuổi, tuổi cao nhất là 99 tuổi, trong đó nhóm tuổi >70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 49.5%, nhóm tuổi 60 – 69 tuổi chiếm 37.6%, nhóm tuổi 50 – 59 tuổi chiếm 12.9%. Có thể thấy tỉ lệ mắc TSLTTTL tăng lên theo tuổi, điều này hợp lý với các nghiên cứu đã có trước đây.

4.1.1.2. Đặc điểm về kích thước TTL

Kích thước TTL trung bình của nghiên cứu là 37.2 ± 13.1 g (kích thước trung bình \pm độ lệch chuẩn). Trong đó nhóm có kích thước tăng nhẹ từ 25g – 39.9g chiếm tỉ lệ lớn nhất 74% kết quả này tương đồng với tác giả Vũ Hồ Bắc khi nhận thấy đa số BN TSLTTTL có kích thước TTL tăng nhẹ. Nhóm 40 – 59.9 chiếm 18.6%. Kích thước TTL nhỏ nhất nghiên cứu ghi nhận là 25g, lớn nhất là 105g.

Kích thước tuyến tiền liệt được cho là chịu sự tác động của nhiều yếu tố. Trong đó tuổi là yếu tố nguy cơ chính cho sự gia tăng kích thước tuyến tiền liệt. Quá trình lão hóa gây nên các biến đổi trong quá trình phân chia tế bào và sự cân bằng hormone trong tuyến tiền liệt. Ngoài ra, lão hóa còn liên quan đến sự gia tăng các phản ứng viêm và thoái hóa các mạch máu nhỏ, dẫn đến tình trạng thiếu dưỡng và gia tăng stress. Những điều này tạo điều kiện cho TSLTTTL.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 69.9 tuổi, trong đó nhóm tuổi >70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 49.5%. Theo Park và các cộng sự kích thước TTL của người châu Á là 29.2 ± 14.3 g, theo Vũ Hồ Bắc và các cộng sự mỗi

năm TTL tăng thêm 0.43g. Như vậy kết quả kích thước TTL của nhóm nghiên cứu là hoàn toàn tương đồng với những nghiên cứu trước đây.

4.1.1.3. Đặc điểm về BMI

BMI trung bình của nghiên cứu là 24.1 ± 2.9 (BMI \pm độ lệch chuẩn) BMI thấp nhất là 17.7, cao nhất là 32.0. Nhóm bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 62.7%, nhóm bệnh nhân có BMI từ 25 – 29.9 chiếm tỉ lệ 31.7%. Có thể thấy đa số bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường và tiền béo phì.

Theo Mohamed Mahmoud Zaza và cộng sự, ở những bệnh nhân trên 50 tuổi, người ta tìm thấy mối tương quan đáng kể giữa BMI và thể tích tuyến tiền liệt (PV), PSA, IPS. Bệnh nhân béo phì có PV và IPSS cao hơn đáng kể và mức PSA thấp hơn so với bệnh nhân có cân nặng bình thường.

Như vậy có thể thấy kích thước TTL chỉ số BMI trong nghiên cứu cũng theo mối tương quan trên khi kích thước TTL chủ yếu ở nhóm tăng nhẹ với 74% thì chỉ số BMI ở nhóm bình thường là cao nhất với 62.7%.

4.1.1.4. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Phần lớn bệnh nhân có tiền sử mắc TSLTTTL từ 5 năm trở lên với 205 BN chiếm tỉ lệ 52%, những bệnh nhân mới phát hiện bệnh từ 1 – 5 năm chiếm tỉ lệ 39.1%, còn lại bệnh nhân được chẩn đoán TSLTTTL dưới 1 năm chiếm tỉ lệ 8.9%. Đa số bệnh nhân được chẩn đoán TSLTTTL nhiều năm, theo dõi và điều trị thường xuyên theo đơn thuốc của bệnh viện.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

4.1.2.1. Triệu chứng đường tiểu dưới.

Các triệu chứng đường tiểu dưới được chia làm 3 nhóm chính: Nhóm liên quan đến khả năng tổng xuất nước tiểu, tình trạng chứa đựng của bàng quang và nhóm triệu chứng sau khi đi tiểu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có thể thấy nhóm bệnh nhân có các triệu chứng liên quan đến khả năng tổng xuất nước tiểu như: tiểu chậm, tiểu không thành dòng, tiểu ngắt quãng, tiểu phải rặn, tiểu nhỏ giọt có tỉ lệ cao nhất với 64,7% trong tổng số 394 bệnh nhân.

Nhóm bệnh nhân có các triệu chứng liên quan đến khả năng chứa đựng của bàng quang như: tiểu gấp, tiểu nhiều lần ban ngày, tiểu đêm, tiểu không kiểm soát có tỉ lệ 62.9%

Nhóm bệnh nhân có các triệu chứng sau khi đi tiểu: cảm giác tiểu chưa hết, tiểu xong còn nhỏ giọt chiếm tỉ lệ 48.2%.

So sánh với nghiên cứu của Vũ Hồ Bắc và cộng sự trên 2682 bệnh nhân nam với tuổi trung bình 56.1 ± 8.18 , kích thước TTL $24.2 \pm 10.5g$, có thể thấy tỉ lệ của các triệu chứng đường tiểu dưới trong nghiên cứu này là cao hơn. Điều này có thể được giải thích do tuổi trung bình của nghiên cứu cao hơn ($69,9 \pm 8,7$), kích thước trung bình TTL ($37.2 \pm 13.1g$) lớn hơn (kích thước TTL tăng 10g thì khả năng xuất hiện LUTS tăng lên 1.2 lần).

4.1.2.2. Điểm IPSS

Nghiên cứu trên 394 bệnh nhân, nhóm có điểm IPSS ở mức độ trung bình (8 – 19 điểm) chiếm tỉ lệ cao nhất 44.9%, nhóm có điểm IPSS ở mức nhẹ chiếm 37.8%, nhóm có điểm IPSS ở mức độ nặng (20 – 35) điểm chiếm tỉ lệ thấp nhất 17.3%

4.1.2.3. Điểm chất lượng cuộc sống QoL

Đa số bệnh nhân có điểm QoL ở mức nhẹ (58.4%) và vừa (33.2%). Tương xứng với mức điểm IPSS khi bệnh nhân chủ yếu ở mức nhẹ và trung bình.

Có thể do phần lớn đã được điều trị nội khoa, thay đổi được thói quen sinh hoạt đúng cách và cải thiện được điểm IPSS cũng như QoL

4.1.2.4. Tiền sử điều trị

Kết quả cho thấy phần lớn BN đang được điều trị nội khoa chiếm tỉ lệ 61.2%, số bệnh nhân chưa điều trị gì chiếm tỉ lệ 34.8%, những bệnh nhân chưa điều trị gì đa số nằm trong mức IPSS và QoL nhẹ, được chỉ định theo dõi và thay đổi thói quen sinh hoạt trước khi quyết định điều trị nội khoa. Bệnh nhân đã từng phẫu thuật ngoại khoa chiếm 4.1%. Có thể do hai cơ sở y tế được chọn khảo sát chưa thực hiện được việc điều trị ngoại khoa cho bệnh nhân TSLTTTL, đa số bệnh nhân thuộc nhóm này thường tái khám tại cơ sở y tế mà mình đã phẫu thuật. Vì vậy tỉ lệ bệnh nhân đã từng điều trị bằng ngoại khoa của nghiên cứu là rất thấp.

4.1.2.5. Phân bố người bệnh có bệnh kèm theo

Nhóm nghiên cứu nhận thấy đa số bệnh nhân có ít nhất 1 trong các bệnh kèm theo (Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid, nhiễm khuẩn tiết niệu, suy thận...) chiếm tỉ lệ 63.2%, còn lại 36.8% BN chưa phát hiện bệnh kèm theo.

Với đặc điểm bệnh nhân có tuổi trung bình cao, tỉ lệ có bệnh kèm theo lớn, từ đó khi thăm khám những bệnh nhân nam, tuổi cao cần tầm soát kỹ để phát hiện, chẩn đoán và điều trị trên từng bệnh nhân được toàn diện hơn

4.2. Bước đầu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán các thể bệnh yhct của bệnh nhân tsltttl trên lâm sàng

4.2.2.1. Đặc điểm các biến tiềm ẩn và các triệu chứng được chọn làm tiêu chuẩn chẩn đoán trên lâm sàng.

Nghiên cứu 7 thể lâm sàng với 62 triệu chứng của TSLTTTL được đưa vào mô hình cây tiềm ẩn. Phát hiện 12 biến tiềm ẩn từ Y0 đến Y11, trong đó có 19/62 triệu chứng lâm sàng bị loại do thông tin tương hỗ tích lũy (CMI) không đạt 95%, 9 biến tiềm ẩn được chọn với điều kiện trạng thái có bệnh có Qxác suất xuất hiện $\geq 50\%$ mẫu nghiên cứu ($p(Y=s1) + p(Y=s2) + p(Y=s3) +$

$p(Y=s_4) > 0,5$). Tỷ lệ $\geq 50\%$ cũng được áp dụng cho các nghiên cứu tương tự khác để xác định thể bệnh YHCT ở Việt Nam và trên thế giới.

Trong 9 biến tiềm ẩn được chọn có $Y_0, Y_1, Y_2, Y_5, Y_6, Y_7, Y_8, Y_9$ là mô hình các triệu chứng đồng hiện, Y_{10} là mô hình các triệu chứng loại trừ. Sau khi phân tích 8 biến tiềm ẩn được chọn, nhóm nghiên cứu thu được kết quả như sau :

Biến tiềm ẩn Y_0 : có 3 triệu chứng : đại tiện táo, miệng đắng, thích uống nước. Sau khi phân tích đã chọn được 2 triệu chứng “miệng đắng” và “đại tiện táo” làm tiêu chuẩn chẩn đoán cho thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang. Triệu chứng “thích uống nước” có đồng hiện nhưng với tỷ lệ rất thấp, hơn nữa trong các thể bệnh được đưa vào nghiên cứu, không có thể bệnh nào cùng xuất hiện cả 3 triệu chứng nói trên. Thể bệnh Phế nhiệt ung thịnh có xuất hiện triệu chứng “đại tiện táo” và “thích uống nước” nhưng lại không xuất hiện “miệng đắng”.

Thể bệnh Thận âm hư có xuất hiện “đại tiện táo” nhưng không xuất hiện 2 triệu chứng còn lại.

Thể bệnh Can khí uất kết xuất hiện triệu chứng “đắng miệng” nhưng không xuất hiện 2 triệu chứng còn lại.

Hai triệu chứng “miệng đắng” và “đại tiện táo” được chọn làm tiêu chuẩn chẩn đoán cho thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang là hoàn toàn hợp lý khi cùng xuất hiện trong nghiên cứu y văn. Theo lý luận YHCT nhiệt thiêu đốt khiến tân dịch trong cơ thể hư hao, ở đại trường làm cho đại tiện táo, ở can đờm khiến đắng miệng. Thấp kết hợp với nhiệt khiến người bệnh cảm thấy khát mà không muốn uống nước. Thấp nhiệt dồn xuống bàng quang mà gây bệnh. Khi nhiệt quá mạnh lẫn át thấp bệnh nhân bắt đầu có cảm giác muốn uống nước, điều này giải thích vì vào trong nhóm đồng hiện triệu chứng thích uống nước xuất hiện với tỷ lệ rất thấp.

Biến tiềm ẩn Y1 : Có 3 triệu chứng : tình chí uất ức, ngực sườn đầy tức, hay cáu gắt. Cả 3 triệu chứng này đều phù hợp và được mô tả trong bệnh cảnh Can khí uất kết nên được lấy làm tiêu chuẩn chẩn đoán của thể bệnh này trên lâm sàng. Điều này là hoàn toàn hợp lý với lý thuyết YHCT khi tình chí không thư sướng làm mất đi sự sơ tiết của tạng can, lâu ngày không tháo gỡ làm khí trệ, huyết ứ, vì vậy kết tụ và ứ trệ ở trong cơ thể ảnh hưởng đến khí hóa của tam tiêu mà sinh bệnh. Những thể bệnh khác trong nghiên cứu hoàn toàn không ghi nhận 3 triệu chứng trên.

Biến tiềm ẩn Y2 : Có 8 triệu chứng : Chất lưỡi đỏ, miệng họng khô, tiểu dắt, tiểu nóng, tiểu buốt, rêu lưỡi nhớt, mất ngủ, mạch hoạt. Sau khi phân tích đã chọn được 7 triệu chứng (loại bỏ triệu chứng “mất ngủ”) làm tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang. Các triệu chứng được chọn có tần số xuất hiện cao trong y văn như “miệng họng khô” 89%, “chất lưỡi đỏ” 78%, “tiểu nóng” 67%, “tiểu buốt” 67%. Ngoài ra 6 triệu chứng được chọn cũng cho thấy sự phù hợp với lý thuyết của YHCT. Thấp nhiệt xâm nhập nghẽn trệ ở bàng quang, hoặc di nhiệt đến bàng quang, thấp nhiệt câu kết làm bàng quang khí hóa không đều dẫn đến tiểu không thông gây các chứng tiểu buốt, tiểu dắt, tiểu nóng. Thấp nhiều thì rêu lưỡi nhớt, mạch hoạt, nhiệt nhiều thì miệng họng khô, chất lưỡi đỏ. Triệu chứng mất ngủ xuất hiện trong Y2 với tần số thấp có thể do một số bệnh nhân có các bệnh kèm theo khác ngoài TSLTTTL.

Trong nghiên cứu có hai thể bệnh là Thận âm hư và Can khí uất kết xuất hiện triệu chứng mất ngủ nhưng không xuất hiện cùng cả 7 triệu chứng đồng hiện khác của Y2. Vì vậy triệu chứng mất ngủ không được chọn làm tiêu chuẩn chẩn đoán cho cả thể Thận âm hư, Can khí uất và Thấp nhiệt bàng quang.

Biến tiềm ẩn Y5: Có 5 triệu chứng : mạch huyền, mạch tế, mạch sắc, tiểu nhiều lần, tiểu đau. Sau khi phân tích đã chọn được 3 triệu chứng : mạch

huyền, mạch sắc, tiểu đau làm tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn. Hai triệu chứng: mạch tế, tiểu nhiều lần làm tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Thận dương bất túc. Theo nghiên cứu tài liệu “mạch huyền” còn xuất hiện trong thể bệnh Can khí uất kết nhưng không có “mạch sắc” và “tiểu đau”, “mạch sắc” còn xuất hiện trong thể bệnh Thận âm hư, Phế nhiệt ủng thịnh, Thấp nhiệt bàng quang nhưng không có “mạch huyền” và “tiểu đau” vì vậy ngoài bệnh cảnh Niệu đạo ứ nghẽn chúng không được lấy làm tiêu chuẩn chẩn đoán của các bệnh cảnh khác. Tương tự như vậy, theo nghiên cứu y văn “mạch tế” cũng xuất hiện trong thể bệnh Trung khí bất túc và Thận âm hư nhưng không đi kèm “tiểu nhiều lần”, vì vậy cũng không được lấy làm tiêu chuẩn chẩn đoán của 2 thể bệnh trên.

Biến tiêm ấn Y6: có 3 triệu chứng: chất lưỡi tím tối, lưỡi có điểm ứ huyết, tiểu són. Cả 3 triệu chứng này đều được mô tả trong thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn. Các triệu chứng trên đều phản ánh tình trạng huyết ứ, ứ trệ đường tiểu. Điều này hoàn toàn hợp lý với lý thuyết YHCT, như Trương Trọng Cảnh có nói: “Hoặc do bại tinh, hoặc do ứ huyết, tắc trở thủy đạo mà làm không thông” khí huyết ứ trở, huyết ứ, ứ trở bàng quang mà gây bệnh. Ngoài ra 3 triệu chứng trên không được ghi nhận trong thể bệnh nào khác theo nghiên cứu y văn.

Biến tiêm ấn Y7: có 5 triệu chứng: chất lưỡi nhợt, mạch nhược, sắc mặt trắng nhợt, không có sức đẩy nước tiểu, ăn uống không ngon. Sau khi phân tích đã chọn được 3 triệu chứng: chất lưỡi nhợt, ăn uống không ngon, mạch nhược làm tiêu chuẩn chẩn đoán của thể bệnh Trung khí bất túc. Chọn 4 triệu chứng: chất lưỡi nhợt, mạch nhược, sắc mặt trắng nhợt, không có sức đẩy nước tiểu làm tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Thận dương bất túc trên lâm sàng. Với việc cùng chung căn nguyên "khí hư" "dương khí bất túc" cho nên các triệu chứng trên lâm sàng sẽ có những sự trùng lặp, đan xen nhau. Ở

Y7=S1 ngoài 3 triệu chứng được chọn làm tiêu chuẩn chẩn đoán cho thể bệnh Trung khí bất túc, 2 triệu chứng "sắc mặt trắng nhợt" và "không có sức đẩy nước tiểu" cũng xuất hiện với tần số thấp hơn nhiều, cả hai triệu chứng đều biểu thị trạng thái khí hư nhưng lại không xuất hiện trong nghiên cứu y văn do vậy không được chọn làm tiêu chuẩn chẩn đoán. Tương tự như vậy, ở Y7=s2 triệu chứng "ăn uống không ngon" cũng xuất hiện với tần số thấp hơn nhiều, có thể do Thận khí bất túc lâu ngày hoặc nặng lên làm ảnh hưởng đến thận dương, thận dương không ôn ấm được tỳ dương làm người bệnh ăn uống không ngon miệng. Tuy nhiên theo nghiên cứu y văn thể bệnh Thận dương bất túc không có triệu chứng này do vậy không được chọn.

Biến tiềm ẩn Y8: có 3 triệu chứng: mạch trầm, lưng gối lạnh, chất lưỡi bệu. Với $p=0.51$ và cả 3 triệu chứng này đều được mô tả trong thể bệnh Thận dương bất túc theo tài liệu y văn, vì vậy chúng được lấy làm tiêu chuẩn chẩn đoán trên lâm sàng. Các triệu chứng trên đều biểu hiện tính chất "hàn chứng" của bệnh. Điều này hoàn toàn phù hợp với lý thuyết YHCT, Thận dương bất túc, dương hư sinh ngoại hàn mà gây ra các triệu chứng trên.

Biến tiềm ẩn Y9: có 2 triệu chứng: lưng gối đau mỏi, tiểu đêm. Với $p=0.66$ và cả 2 triệu chứng này đều được mô tả trong thể bệnh Thận dương bất túc theo tài liệu y văn.

Biến tiềm ẩn Y10: có 3 triệu chứng: *rêu lưỡi trắng, rêu lưỡi vàng, tiểu khó*. Đây là biến tiềm ẩn loại trừ duy nhất trong số 8 biến tiềm ẩn được chọn. Trong đó *rêu lưỡi vàng* và *rêu lưỡi trắng* loại trừ nhau. Trạng thái nào xuất hiện *rêu lưỡi vàng* thì không có *rêu lưỡi trắng* và ngược lại. Sau khi phân tích đã chọn được 2 triệu chứng *rêu lưỡi vàng, tiểu khó* làm tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Can khí uất kết, hai triệu chứng *rêu lưỡi trắng, tiểu khó* được chọn làm tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Thận dương bất túc và Trung khí bất túc.

Ngoài ra triệu chứng *rêu lưỡi vàng* còn xuất hiện trong các thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang, Phế nhiệt ủng thịnh nhưng không đi cùng với *tiểu khó* theo nghiên cứu y văn. Triệu chứng *tiểu khó* còn xuất hiện trong thể bệnh Thận âm hư nhưng không đi cùng với *rêu lưỡi vàng* hoặc *rêu lưỡi trắng* vì trong Thận âm hư thường *không có rêu lưỡi*. Vì vậy ngoài 3 thể bệnh Can khí uất kết, Thận dương bất túc, Trung khí bất túc, 3 triệu chứng của biến tiềm ẩn Y10 không được lấy làm tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh nào khác.

4.2.2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán các thể bệnh YHCT của TSLTTTL trên lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận được 33 triệu chứng trong tổng số 62 triệu chứng nghiên cứu (chiếm 53.2%) được đưa vào tiêu chuẩn chẩn đoán các thể bệnh trên lâm sàng của TSLTTTL. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu khác như nghiên cứu trên BN ung thư gan nguyên phát của bệnh viện YHCT ChangHai [40] cũng ghi nhận được 24/57 triệu chứng (42%), nghiên cứu trên bệnh nhân trĩ của tác giả Lê Mạnh Cường [39] cũng ghi nhận được 42/65 triệu chứng (64%).

Nhóm nghiên cứu cũng ghi nhận 5 thể bệnh trên lâm sàng trong tổng số 7 thể bệnh (chiếm 71.4%). Trong khi phần lớn các nghiên cứu tương tự đều phát hiện 100% các thể bệnh trên lâm sàng. Có thể các tài liệu đã không còn phù hợp với thực tế? hoặc cần phải mở rộng nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đối tượng nghiên cứu đa dạng hơn về nơi ở, điều kiện sống, điều kiện làm việc...?

Hai thể bệnh không phát hiện tiêu chuẩn chẩn đoán trên lâm sàng là Thận âm hư và Phế nhiệt ủng thịnh. Khi so sánh triệu chứng trên y văn của Thận âm hư và Thận dương bất túc ta thấy có những triệu chứng trùng nhau liên quan đến “thận hư”. Thể bệnh Phế nhiệt ủng thịnh và Thấp nhiệt bàng quang cũng tương tự, có những triệu chứng trùng nhau liên quan đến

“nhiệt chứng” sự trùng nhau này phần nào dẫn đến sự che lấp hai thể bệnh trên lâm sàng.

Thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang

Có 8 triệu chứng là tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang trên lâm sàng. Các triệu chứng này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh thấp nhiệt bàng quang theo YHCT. Các triệu chứng có trong tài liệu y văn nhưng không xuất hiện trong mô hình chẩn đoán trên lâm sàng như: miệng họng khô, miệng dính, sốt, tiểu đỏ thường xuất hiện trên những bệnh nhân ở thể nặng, trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có IPSS và QoL ở mức độ nhẹ và trung bình. Liệu có mối liên quan nào giữa IPSS, QoL và các thể lâm sàng cũng như mức độ của chúng?

Thể bệnh Thận dương bất túc

Có 13 triệu chứng là tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Thận dương bất túc trên lâm sàng. Các triệu chứng này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh Thận dương bất túc theo YHCT. Các triệu chứng có trong y văn nhưng không xuất hiện trong mô hình chẩn đoán trên lâm sàng thường có tỉ lệ thấp như: sợ lạnh (44%), tiểu nhỏ giọt, tiểu không tự chủ (33%).

Trong 5 thể bệnh được phát hiện, Thận dương bất túc là thể có nhiều triệu chứng trên lâm sàng nhất, điều này được giải thích do tuổi trung bình của nghiên cứu cao, nhóm tuổi trên 70 chiếm tỉ lệ lớn, ở giai đoạn này công năng tạng phủ suy giảm, thận dương bất túc.

Thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn

Có 6 triệu chứng là tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn trên lâm sàng. Các triệu chứng này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh Niệu đạo ứ nghẽn theo YHCT. Các triệu chứng có trong y văn nhưng không xuất hiện trong mô hình chẩn đoán trên lâm sàng như: bụng dưới đầy chướng, tiểu nhỏ giọt, bí tiểu, mạch sấp thường là triệu chứng ở mức độ nặng. Bệnh

nhân trong nghiên cứu ở thể nhẹ và trung bình, vì vậy các triệu chứng trên không xuất hiện trong mô hình chẩn đoán trên lâm sàng là phù hợp.

Thể bệnh Can khí uất kết

Có 5 triệu chứng là tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Can khí uất kết trên lâm sàng. Các triệu chứng này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh Can khí uất kết theo YHCT. Các triệu chứng có trong y văn nhưng không xuất hiện trong mô hình chẩn đoán trên lâm sàng như: chất lưỡi đỏ, miệng đắng, miệng họng khô cũng xuất hiện trong thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang theo y văn, vì vậy dẫn đến sự trùng lặp khi khai thác cũng như khi phân tích trong các biến tiềm ẩn.

Thể bệnh Trung khí bất túc

Có 5 triệu chứng là tiêu chuẩn chẩn đoán thể bệnh Trung khí bất túc trên lâm sàng. Các triệu chứng này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh Trung khí bất túc theo YHCT. Các triệu chứng có trong y văn nhưng không xuất hiện trong mô hình chẩn đoán trên lâm sàng như: bụng dưới đầy chướng, tinh thần mệt mỏi, thở ngắn, nói nhỏ yếu, tiêu ít, mạch tế, trĩ.

Sự khác biệt giữa lý thuyết và lâm sàng này cho ta thấy tầm quan trọng của nghiên cứu lâm sàng và phân tích của chuyên gia trong xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán. Nghiên cứu này chỉ thực hiện trên 9 tài liệu và chưa có sự đồng thuận của các chuyên gia YHCT. Trong các nghiên cứu trước đó để xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán các bệnh cảnh YHCT, thường sử dụng bảng phỏng vấn theo sự đồng ý của hiệp hội các chuyên gia YHCT [45], [59], [60], như trong nghiên cứu trên BN ung thư gan sử dụng "Bảng câu hỏi về hội chứng YHCT của ung thư gan" được thiết kế bởi Bệnh viện YHCT Changhai Thượng Hải dựa trên phân tích tài liệu, thảo luận của các chuyên gia và các nghiên cứu lâm sàng trước đó [41]. Các nghiên cứu này chỉ ra rằng, chọn các triệu chứng hoặc bảng checklist theo sự đồng ý của các chuyên gia là rất quan

trọng. Trong nghiên cứu này khi nhóm nghiên cứu chọn tất cả 62 triệu chứng của TSLTTTL theo y văn vào mô hình phân tích cây tiềm ẩn cho thấy có 12 biến tiềm ẩn nhưng trong đó chỉ có 9 biến có tần suất xuất hiện trên 50%, kết quả này cũng tương tự như khi nhóm nghiên cứu chọn 54 triệu chứng có tần số xuất hiện hơn 30% theo nghiên cứu y văn (có 7 biến tiềm ẩn có tần suất xuất hiện với $p > 50\%$). Điều này cho thấy rằng các triệu chứng càng đặc trưng theo cơ chế bệnh sinh và thường gặp trên lâm sàng thì mô hình chẩn đoán càng có giá trị. Nhóm nghiên cứu đề nghị tăng số lượng tài liệu nghiên cứu và cần có sự đồng thuận của các chuyên gia YHCT để xây dựng bệnh cảnh TSLTTTL theo lý thuyết YHCT.

Mặt khác, trong nghiên cứu tỉ lệ nhóm BN trên 70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 49.5%. Ở lứa tuổi này BN thường có nhiều bệnh lý mạn tính khác đi kèm và rối loạn chức năng nhiều tạng phủ theo YHCT [4]. Nhiều bệnh lý mạn tính có thể do tổn thương tạng phế, thận và gây ra các hội chứng Phế khí hư, Thận khí hư, Thận dương bất túc, Thận âm hư... có những triệu chứng tương tự theo YHCT trên bệnh nhân TSLTTTL. Điều này được xem như một yếu tố gây nhiễu lớn khi thu thập dữ liệu triệu chứng.

4.3. Đặc điểm nghiên cứu các thể bệnh và triệu chứng trên tài liệu y văn

Nghiên cứu các tài liệu YHCT nhận thấy có sự khác biệt khi mô tả các thể bệnh của TSLTTTL.

Tài liệu mô tả nhiều thể bệnh nhất có 9 thể bệnh, tài liệu mô tả ít nhất có 3 thể bệnh. Tổng số thể bệnh ghi nhận là 13. Trong đó thể Thấp nhiệt bàng quang và Thận dương bất túc có tỉ lệ 100%, có những thể bệnh chỉ ghi nhận 1 tài liệu mô tả.

Sự khác biệt trong tài liệu y văn dẫn tới sự khác biệt trong giảng dạy, trong chẩn đoán và điều trị. Dẫn tới giảm khả năng chẩn đoán và hiệu quả

điều trị bệnh lý TSLTTTL trên lâm sàng. Điều đó đã thúc đẩy nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài này.

Để đảm bảo tính chính xác của dữ liệu, sau khi thống kê tần số xuất hiện các triệu chứng trên y văn, chúng tôi chọn triệu chứng có tần số xuất hiện > 30%, sau đó loại các triệu chứng có liên quan thấp với biến tổng để đạt Cronbach's Alpha > 60%. Cuối cùng chọn các triệu chứng thỏa mãn làm tiêu chuẩn chẩn đoán trên y văn và đưa vào phân tích trong nghiên cứu lâm sàng. Tỷ lệ 30% và Cronbach's Alpha > 60% cũng tương tự các nghiên cứu xây dựng tiêu chuẩn chẩn đoán các hội chứng YHCT trên thế giới

Số lượng và tỉ lệ các thể bệnh được mô tả trong bảng 3.1 với 7/13 thể bệnh được chọn.

Số lượng và tỉ lệ các triệu chứng của từng thể bệnh được mô tả trong các bảng từ bảng 3.2 đến bảng 3.8. Thể Thấp nhiệt bàng quang và Thận dương bất túc có 9/9 tài liệu mô tả có tổng số 32 triệu chứng được ghi nhận. Các thể còn lại có từ 3 – 6 tài liệu mô tả số triệu chứng của mỗi thể là 16 – 19 triệu chứng. Có thể thấy thể bệnh có càng nhiều tài liệu mô tả thì tổng số triệu chứng ghi nhận càng lớn, do sự khác biệt tương đối giữa các tài liệu.

4.4. Một số khó khăn của đề tài

- Đề tài nghiên cứu chỉ thực hiện tại hai bệnh viện thuộc khu vực quận Hà Đông – Hà Nội nên chưa mang tính đại diện dân số. Hạn chế này mong rằng nếu có thể sẽ được khắc phục ở những đề tài nghiên cứu sau này.

- Mẫu nghiên cứu là các bệnh nhân khám ngoại trú ở phòng khám, bệnh nhân điều trị ngoại trú trong các khoa lâm sàng, bệnh nhân thường đã được điều trị hoặc tư vấn điều chỉnh thói quen sinh hoạt, do đó một số triệu chứng đã thuyên giảm hoặc không còn.

- Bảng danh sách các triệu chứng TSLTTTL của chúng tôi chỉ có 2 trạng thái trong câu trả lời là Có và Không. Điều này chưa phản ánh đúng mức độ

và tần suất của từng triệu chứng. Tuy nhiên, các tiêu chuẩn về tần suất và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng lâm sàng chưa được xác định một cách rõ ràng trong các tài liệu và các nghiên cứu trước đó, cho nên nếu thêm vào những yếu tố này sẽ gây phức tạp cho mô hình.

- Xếp loại thể bệnh TSLTTTL trên y văn chỉ dựa hoàn toàn vào nghiên cứu lý thuyết trên 9 tài liệu mà chưa có sự đồng thuận của các chuyên gia YHCT nên các triệu chứng được đưa vào trong nghiên cứu lâm sàng chưa có sự chọn lọc tốt và khả thi nhất.

- Một số thể bệnh khác như Thận khí hư, Tỳ thận dương hư, có thể gặp trên lâm sàng, tuy nhiên với việc không đủ tỉ lệ $\geq 30\%$ tài liệu mô tả cho nên không được đưa vào nghiên cứu.

- Mặc dù bảng danh sách triệu chứng TSLTTTL tiêu chuẩn của chúng tôi có 62 triệu chứng, tuy nhiên một vài triệu chứng, mạch hiếm gặp thì chưa được nhắc đến. Tương tự, giải thích về biến tiềm ẩn của chúng tôi dựa trên các bệnh cảnh thường gặp nhất trong y văn, do đó một số TSLTTTL hiếm gặp không được so sánh.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng người bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại hai cơ sở y tế: Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Bệnh viện YHCT Hà Đông

- Đặc điểm về tuổi: độ tuổi trung bình là 69.9 ± 8.7 tuổi, nhóm tuổi >70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 49.5%, nhóm tuổi 60 – 69 tuổi chiếm 37.6%, nhóm tuổi 50 – 59 tuổi chiếm 12.9%.

- Kích thước TTL trên siêu âm: *Kích thước TTL trung bình của nghiên cứu là $37.2g \pm 13.1g$* Trong đó nhóm 25 – 39.9 chiếm tỉ lệ lớn nhất 74%, nhóm 40 – 59.9 chiếm 18.6%. Kích thước TTL nhỏ nhất nghiên cứu ghi nhận là 25g, lớn nhất là 105g.

- Chỉ số BMI: BMI trung bình của nghiên cứu là 24.1 ± 2.9 (BMI \pm độ lệch chuẩn) BMI thấp nhất là 17.7, cao nhất là 32.0. Nhóm bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 62.7%, nhóm bệnh nhân có BMI từ 25 – 29.9 chiếm tỉ lệ 31.7%, còn lại nhóm béo phì độ I và cân nặng thấp lần lượt chiếm 3.8% và 1.8%.

- Triệu chứng đường tiểu dưới: Nhóm liên quan đến tình trạng tổng suất nước tiểu có 64.7%, nhóm triệu chứng liên quan đến tình trạng chứa đựng của bàng quang, có 64.7%, nhóm triệu chứng sau khi đi tiểu, có 48.2% bệnh nhân.

- Điểm IPSS: BN có điểm IPSS ở mức độ trung bình (8 – 19 điểm) chiếm tỉ lệ 44.9%, BN có điểm IPSS ở mức độ nhẹ (0 – 7 điểm) chiếm tỉ lệ 37.8%, BN có điểm IPSS ở mức độ nặng (20 – 35) điểm chiếm tỉ lệ 17.3%.

- Điểm chất lượng cuộc sống QoL: BN có điểm QoL ở mức nhẹ (0 – 2 điểm) chiếm tỉ lệ 58.4%, BN có điểm QoL ở mức trung bình (3 – 4 điểm) chiếm 33.2%, BN có điểm QoL ở mức nặng (5 – 6 điểm) chiếm tỉ lệ thấp nhất 8.4%.

- Tiền sử: BN đang được điều trị nội khoa chiếm tỉ lệ 61.2%, số bệnh nhân chưa điều trị gì chiếm tỉ lệ 34.8%, còn lại số bệnh nhân đã từng phẫu thuật ngoại khoa chiếm 4.1%.

Bệnh kèm theo: BN có bệnh kèm theo chiếm tỉ lệ 63.2%, còn lại 36.8% BN chưa phát hiện bệnh kèm theo.

2. Bước đầu xây dựng tiêu chí chẩn đoán thể bệnh YHCT của TSLTTTL trên lâm sàng:

Kết quả nghiên cứu ghi nhận 5 thể bệnh: Thấp nhiệt bàng quang, Thận dương bất túc, Niệu đạo ứ nghẽn, Can khí uất kết, Trung khí bất túc.

Tiêu chuẩn chẩn đoán của từng thể bệnh theo nghiên cứu lâm sàng

- Thể bệnh Thấp nhiệt bàng quang có 8 triệu chứng: Đại tiện táo, miệng đắng, tiểu buốt, tiểu dắt, tiểu nóng, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi nhớt, mạch hoạt.

- Thể bệnh Thận dương bất túc có 13 triệu chứng: Sắc mặt trắng nhợt, lưng gối lạnh, lưng gối đau mỏi, tiểu đêm, tiểu khó, không có sức đẩy nước tiểu, tiểu nhiều lần, mạch trầm, mạch tế, mạch nhược, chất lưỡi nhợt, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng.

- Thể bệnh Niệu đạo ứ nghẽn có 6 triệu chứng: tiểu đau, tiểu són, chất lưỡi tím tối, lưỡi có điểm ứ huyết, mạch huyền, mạch sắc.

- Thể bệnh Can khí uất kết có 5 triệu chứng: Tình chí uất ức, ngực sườn đầy tức, hay cáu gắt, tiểu khó, rêu lưỡi vàng

- Thể bệnh Trung khí bất túc có 5 triệu chứng: Ăn uống không ngon, tiểu khó, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch nhược

KIẾN NGHỊ

Qua những kết quả đạt được, nhóm nghiên cứu nhận thấy còn nhiều vấn đề cần được nghiên cứu và mở rộng thêm:

- Mở rộng nghiên cứu đa trung tâm và trên các nhiều đối tượng BN TSLTTTL khác nhau: BN nội trú, BN ngoại trú đã được chẩn đoán và điều trị, tầm soát trong cộng đồng những BN chưa được chẩn đoán và điều trị.

- Xây dựng bảng checklist các triệu chứng lâm sàng có sự đồng thuận của các chuyên gia YHCT

- Xin ý kiến đồng thuận của chuyên gia để đưa vào nghiên cứu các thể bệnh có trên lâm sàng nhưng không được đưa vào nghiên cứu do không đủ tỉ lệ theo yêu cầu.

- Nghiên cứu mô hình phân tích mối quan hệ giữa các cụm trong biến tiềm ẩn.

- Nghiên cứu sâu hơn về tiêu chuẩn chẩn đoán (cần ít nhất bao nhiêu triệu chứng, triệu chứng chính, phụ, triệu chứng đặc hiệu, nhạy) dựa trên phân tích LTM và ý kiến chuyên gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Patel ND, Parsons JK.** (2014) Epidemiology and etiology of benign prostatic hyperplasia and bladder outlet obstruction, *Indian J Urol*, 30(2), pg 170-176.
- 2 **Shaun Wen Huey Lee, Esther Mei Ching Chan and Yin Key Lai.** (2017) The global burden of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: A systematic review and meta-analysis, *Sci Rep.* 7, pg 7984.
- 3 **Trần Quán Anh, Doãn Ngọc Vân** (1998). Nhận xét điều trị 230 bệnh nhân u xơ tuyến tiền liệt tại khoa Tiết niệu bệnh viện Saint Paul từ 1982-1996, *Ngoại khoa*, 3, tr.12- 16.
- 4 Bộ Quốc phòng Cục Quân Y - Viện YHCT Quân đội (2002), *Những học thuyết cơ bản của YHCT*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 179-190.
- 5 **GS Trần Thúy, PGS Vũ Nam.** (2006) Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền, bài Lung bế (Bí đái)
- 6 **Frank H.Netter.** (2004) *Atlas giải phẫu người*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,.
- 7 **Trần Quán Anh** (2000). “Thăm khám lâm sàng tiết niệu”, *Bệnh học tiết niệu*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội,.
- 8 **Nguyễn Bửu Triều** (2000). “U xơ tuyến tiền liệt”, *Bách khoa thư bệnh học*, Nhà xuất bản Từ điển bách khoa.
- 9 **Nguyễn Bửu Triều, Vũ Văn Kiên** (2002). “U phì đại lành tính tuyến tiền liệt”, *Bệnh học Ngoại khoa*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
- 10 Tổ chức Y tế thế giới, 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*, Hà Nội, tr.21, 33-34, 41, 44, 51 -65, 83, 85, 98, 105.

- 11 **Nguyễn Phước Bảo Quân** (2002). *Siêu âm bụng tổng quát*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội
- 12 **Nguyễn Bửu Triều, Lê Ngọc Từ** (2003). “U phì đại lành tính tuyến tiền liệt”, *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 13 **Walsh P.C.. Benign prostatic hyperplasia**, (1992) *Campbells Urology*, 2, pg 1009-1024.
- 14 **Roehrborn C.G.. (2008)** Pathology of benign prostatic hyperplasia. *International Journal of ImpotēNDCe Research*, 20: S11-S18.
- 15 **Lepor H.. (2007)** Alpha Blockers for the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia, *Review in urology*, 9 (4), pg 90-181
- 16 **Bosch J.L., Tilling K.. (2007)**, Establishing normal referēNDCe ranges for prostate volume change with age in the population- based Krimpen- study: Prediction of future prostate volume in individual men, *Prostate*, 2007, 67, pg 1816-1824.
- 17 **Loeb S, Kettermann A. (2009)**, Prostate volume changes over time: Results from the Baltimore Longitudinal Study of Aging, *J Urol*, 182, pg 1458-1462.
- 18 **Whittington K, Assinder S. (2004)**, Oxytocin, oxytocin- associated neurophysin and the oxytocin receptor in the human prostate, *Cell Tissue Res*, 318, pg 375-382.
- 19 **Tsugaya M., Harada N., Tozawa K.. (1996)**, Aromatase mRNA levels in BPH and prostate caNDCer, *Int J Urol*, 3(4), pg 292-296.
- 20 **Bộ Y tế. (2020)** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo Y học cổ truyền, kết hợp Y học cổ truyền và Y học hiện đại - *bài Long bế*
- 21 **W. Scott McDougal, Alan J. Wein, (2011)**, *Campbell-Walsh Urology 10th Edition Review*, chapter 91 “Benign Prostatic Hyperplasia: Etiology, Pathophysiology, Epidemiology, and Natural History”, Elsevier Health ScieNDCes, pg 2570-2608.

- 22 **Akino H., Maegawa M., Nagase K. et al.** (2008), The pathophysiology underlying overactive bladder syndrome possibly due to benign prostatic hyperplasia, *Hinyokika Kyo*, 54(6), pg 449- 452.
- 23 **Grayhack J. T.** (2000), “Benign prostatic hyperplasia, Adult and pediatric”, *Urology*, volume 2, third edition.
- 24 **Abrams P.** (1999), Evaluating lower urinary symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia, *Sand J. urol Nephrol Suppl*, 203(1-7), pg 102-108.
- 25 **Foster H.E., Barry M.J., Dahm P., et al.** (2018), Surgical Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA Guideline, *Journal of Urology*, 200(3),pg 612-619.
- 26 **Barry MJ, Fowler FJ.** (1997), The natural history of patients with benign prostatic hyperplasia as diagnosed by North American urologists, *J Urol*, 157 pg 10-14.
- 27 **McNicholas T.A., Kirby R.S., Lepor H.** (2012) Evaluation and Nonsurgical Management of Benign Prostatic Hyperplasia, *CAMPBELL-WALSH Urology (10th edition)*, Elsevier.
- 28 **McNicholas T.A., Speakman M.J, Kirby R.S.** (2016) Evaluation and Nonsurgical Management of Benign Prostatic Hyperplasia, *Campbell-Walsh Urology (11th edition)*, Elsevier.
- 29 **Foster H.E., Barry M.J., Dahm P., et al.** (2018) Surgical Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA Guideline. *Journal of Urology*, 200(3): 612-619.
- 30 **Nguyễn Thế Thịnh, Đoàn Minh Thụy.** (2016) *Giáo trình Ngoại khoa Y học cổ truyền – bài Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt.* NXB chính trị
- 31 **Hoàng Bảo Châu (2010)**, Long bễ, *Nội khoa học cổ truyền (tái bản)*, Nhà xuất bản thời đại, 427 – 435.

- 32 **刘宁, 王琦, 郑丰杰 (2015)**, 刘景源教授从三焦辨治癃闭虚证经验, *现代中医临床*, 第 22 卷第 2, 54 – 55.
- Liu Ning, Wang Qi, Zheng Fengjie (2015)**, *Kinh nghiệm điều trị hư chứng Long bế từ Tam tiêu của giáo sư Liu Jingyuan*, Trung Y lâm sàng hiện đại, tập 22, số 2, 54-55.
- 33 **张春和 (2001)** 对中医“癃闭”病名的再认识, *云南中医学院学报* 34 (3).
- Zhang Chunhe (2001)**, Làm rõ chứng Long bế trong Trung Y, *Tạp chí Học viện Trung Y Vân Nam, Trung Quốc*, 34 (3).
- 34 **中医临床诊治男科专病**, 陈志强, 人民卫生出版社 (Trung y Chẩn đoán và điều trị bệnh Nam khoa, Trần Chí Cường, bài Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.
- 35 **Nguyễn Nhược Kim (2012)**, Phì đại lành tính tuyến tiền liệt, *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền*, nhà xuất bản Y học Hà Nội, 126 – 129.
- 36 **Lê Anh Thu (2004)**, *Đánh giá tác dụng của viên nang trình nữ hoàng cung trong điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội, 40 – 46.
- 37 **Nguyễn Thị Tú Anh (2003)**. *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Thận khí hoàn gia giảm” trong điều trị U phì đại lành tính tuyến tiền liệt*. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, 35 – 44.
- 38 **Nguyễn Chí Thanh (2012)**, *Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Chân vũ thang cải thiện triệu chứng lâm sàng trong điều trị bệnh u phì đại lành tính tuyến tiền liệt*. Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, 46 – 50.
- 39 **Lê Mạnh Cường (2022)**, Khảo sát đặc điểm lâm sàng Y học cổ truyền của bệnh nhân trĩ sử dụng mô hình cây tiềm ẩn. Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 1 – số 1 - 2022

- 40 Z. Gu, X. Qi, X. Zhai, Q. Lang, J. Lu, C. Ma, et al. (2015), "Study on TCM Syndrome Differentiation of Primary Liver Cancer Based on the Analysis of Latent Structural Model", *Evid Based Complement Alternat Med*, **20**(2), 15-23
- 41 Trường đại học y Hà Nội Khoa y học cổ truyền, *Phi đại lãnh tính tuyến tiền liệt*. Bệnh học nội khoa y học cổ truyền. 2012: Nhà xuất bản y học.
- 42 Zhang CH, Chen TB, Qin GZ, Ding SL, Li YF. [Correlation between traditional chinese medicine syndrome differentiation and urodynamic parameters in benign prostate hyperplasia]. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2007 Feb;13(2):185-8. Chinese. PMID: 17345780. (Mối tương quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và các thông số niệu động học trong tăng sản tuyến tiền liệt lành tính) Khoa Tiết niệu – Nam học bệnh viện First Afiliated Hospital, Đại học Trung Y dược Vân Nam, Trung Quốc.
- 43 Trần Quốc Bảo, *Phi đại lãnh tính tuyến tiền liệt*. Bệnh học nội khoa y học cổ truyền (Giáo trình sau đại học), 2011.
- 44 **彭世桥, 朱立新, 程华 (2007)**, 桂枝茯苓丸加味治疗前列腺增生症 100 例临床观察. *中医中药导报*, 2007**4** (8) 115.
- Peng Shiqiao, Zhu Lixin, Cheng Hua (2007)**, *Quan sát lâm sàng 100 trường hợp tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt được điều trị bằng thuốc Guizhi Fuling*, *Hướng dẫn Y học Trung Quốc*, 2007, 4 (8): 115.
- 45 Dirce Maria Lobo Marchionic, Regina Mara Fisberg (2005), "Identification of dietary patterns Using factor analysis in an Epidemiological study in SaoPaulo", *Sao Paolo Med J*, **123**(3), 124-127.
- 46 World Health Organization, *The Regional Strategy for Traditional Medicine in The Western Pacific 2011-2020*

- 47 **Đỗ Huy Bích và cộng sự (2006)**, *Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, tập 2, 115.
- 48 **Đỗ Tất Lợi (2009)**, *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, nhà xuất bản thời đại, 58, 226, 392, 457, 707, 812, 889.
- 49 **Vũ Lê Chuyên, Hoàng Long, Hoàng Văn Tùng và cộng sự. (2019)**, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt*, 2019, VUNA- Hội tiết niệu Thận học Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 50 **Bộ Y tế (2017)**, *Dược điển Việt Nam 5*, nhà xuất bản Y học, 1077, 1086, 1144 – 1145, 1147, 1154, 1157, 1173, 1188, 1197, 1222, 1366.
- 51 **Bộ Y Tế (2023)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị triệu chứng đường tiểu dưới do Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (Quyết định số 1531/QĐ-BYT ngày 24 tháng 3 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
- 52 Link: <https://www.uptodate.com/contents/calculator-international-prostatism-symptom-score-ipss>. Accessed 14 May 2019
- 53 **J. de la Rosette, G. Alivizatos, S. Madersbacher et al. (2009)**, *Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia*, European Association of Urology.
- 54 **Kawabe K., Homma Y., Tsukamoto T., et al. (1996)**, Estimate Criteria for Efficacy of Treatment in Benign Prostatic Hyperplasia. *International Journal of Urology*, 3(4), pp.267-273.
- 55 **Đình Trung Kiên, Lê Đình Ngoi, Nguyễn Thế Vinh và cộng sự.** Kết quả phẫu thuật nội soi u tuyến tiền liệt tăng sinh lành tính tại Bệnh viện Quân Y 121, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số đặc biệt tháng 10/2010, tr 119-122.
- 56 Nội khoa Y học cổ truyền (Sau đại học), GS Trần Thúy, bài Tiểu tiện ít, tiểu khó, bí tiểu tiện.

- 57 **Trần Văn Hình, Trương Thanh Tùng.** (2012), Cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo bằng bipolar, kinh nghiệm bước đầu tại bệnh viện 103, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 16(3), tr 484-487.
- 58 **Trương Thanh Tùng, Tô Hoài Phương, Lê Đăng Khoa và cộng sự.** (2015), Cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo bằng bipolar tại bệnh viện đa khoa tỉnh thanh hóa, kinh nghiệm bước đầu, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 19(4), tr 58-62.
- 59 W. F. Yeung, K. F. Chung, N. L. Zhang, S. P. Zhang, K. P. Yung, P. X. Chen, et al. (2016), "Identification of Chinese medicine syndromes in persistent insomnia associated with major depressive disorder: a latent tree analysis", *Chin Med*, **11**, 4.
- 60 N. L. Zhang, S. Yuan, T. Chen, Y. Wang (2008), "Latent tree models and diagnosis in traditional Chinese medicine", *Artif Intell Med*, **42**(3), 229-245.
- 61 **Sae Woong Choi, Yong Sun Choi, Woong Jin Bae, et al.** (2011), 120 W Greenlight HPS Laser Photoselective Vaporization of the Prostate for Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia in Men with Detrusor Underactivity. *Korean J Urol*, 52(12), 824-828.
- 62 **Capitan C., Blazquez C., Martin M. D., et al.** (2011), GreenLight HPS 120-W laser vaporization versus transurethral resection of the prostate for the treatment of lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia: a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Eur Urol*, 60(4), 734-739.
- 63 **Razzaghi M.R, Mazloomfard M.M, Mokhtarpour H., et al.** (2014), Diode laser (980 nm) vaporization in comparison with transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia: randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Urology*, 2014, 84(3), 526-532.

- 64 **Ali Erol, Kamil Cam, Ali Tekin, et al.** (2009), High power Diode laser vaporization of the prostate: preliminary results for benign prostatic hyperplasia. *The journal of urology*, 182, 1078-1082.
- 65 **Mehmet Cetinkaya, Kadir Onem, Mehmet Murat Rifaioglu, et al.** (2015), 980-Nm Diode Laser Vaporization versus Transurethral Resection of the Prostate for Benign Prostatic Hyperplasia: Randomized Controlled Study. *Miscellaneous*, 12(5), 2355-2361.
- 66 **Guess H.A., Arrighi H.M., Metter E.J., Fozard J.L.** (1990), Cumulative prevalence of prostatism matches the autopsy prevalence of benign prostatic hyperplasia. *Prostate*, 17:241–246.
- 67 **Kok E.T., Schouten B.W., Bohnen A.M., Groeneveld F.P., Thomas S., Bosch J.L.** (2009), Risk factors for lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in a community based population of healthy aging men: the Krimpen Study. *J Urol*. 181:710–716.
- 68 **Taylor B.C., Wilt T.J., Fink H.A., Lambert L.C., Marshall L.M., Hoffman A.R.** (2006), Prevalence, severity, and health correlates of lower urinary tract symptoms among older men: the MrOS study. *Urology*. 68:804–809.
- 69 **Loeb S, Kettermann A.** (2009), Prostate volume changes over time: Results from the Baltimore Longitudinal Study of Aging, *J Urol*, 182, pg 1458-1462.
- 70 **Lê Thị Hương.** (2014), *Đánh giá hiệu quả điều trị của bài thuốc “Tế sinh thận khí thang” trên bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.* Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
- 71 **Nguyễn Thị Tân,** (2008), *Nghiên cứu tác dụng của cốm tan Tiền liệt thanh giải trong điều trị bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt,* Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 69 - 81.

- 72 **Trần Lập Công.** (2011), *Nghiên cứu hiệu quả điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt của trà tan Thủy long*, Luận án tiến sĩ học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 66 - 82.
- 73 **Đỗ Ngọc Thế.** (2018), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp bốc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
- 74 **Nguyễn Việt Thanh.** (2017), *Nghiên cứu hiệu quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng kỹ thuật laser phóng bên*, Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
- 75 **Trần Ngọc Định.** (2019), *Kết quả phẫu thuật nội soi qua niệu đạo điều trị phì đại tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực*, Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
- 76 **Karakose A., Atesci Y.Z..** (2014), BiVap Saline Vaporization of the Prostate in Men with Benign Prostatic Hyperplasia: Our Clinical Experience. *Urology*, 83(3), pp.570-575.
- 77 **Falahatkar S., Mokhtari G., Moghaddam K.G., et al.** (2014), Bipolar transurethral vaporization: a superior procedure in benign prostatic hyperplasia: a prospective randomized comparison with bipolar TURP. *International Brazilian Journal of Urology*, 2014, 40(3), pp.346-355.
- 78 **Kranzbühler B., Wettstein M.S., Fankhauser C.D., et al.** (2013), Pure bipolar plasma vaporization of the prostate: the Zurich experience. *Journal of Endourology*, 27(10), pp.1261-1266.
- 79 **J. de la Rosette et al.** (2007), *Guidelines on the benign prostatic hyperplasia*, European Association of Urology.

PHỤ LỤC 1

Kết quả phân nhóm triệu chứng vào mô hình chẩn đoán của các thể bệnh

TSLTTTL

	Thấp nhiệt bàng quang	Thận dương bất túc	Phế nhiệt ùng thịnh ùng thịnh	Niệu đạo ứ nghẽn	Can khí uất kết	Trung khí bất túc	Thận âm hư
Y0	Miệng đắng Đại tiện táo	X	X	X	X	X	x
Y1	X	X	X	X	Tình chí uất ức Hay cáu gắt Ngực sườn đầy tức	X	x
Y2	Chát lưỡi đỏ Miệng họng khô Tiểu dắt Tiểu buốt Tiểu nóng Rêu lưỡi nhớt Mạch hoạt	X	X	X	X	X	X
Y5	X	Mạch tế Tiểu nhiều lần	X	Mạch huyền Mạch sắc Tiểu đau	X	X	x
Y6	X	X	X	Chát lưỡi tím tối Lưỡi có điểm ứ huyết Tiểu són	X	X	x

Y7	X	Chát lưỡi nhọt Mạch nhược Sắc mặt trắng nhợt Không có sức đẩy nước tiểu	X	X	X	Chát lưỡi nhọt Ăn uống không ngon Mạch nhược	x
Y8	X	Mạch trầm Lung gói lạnh Chát lưỡi bệu	X	X	X	X	X
Y9	X	Tiểu đêm Lung gói đau môi	X	X	X	X	X
Y10	X	Rêu lưỡi trắng Tiểu khó	X	X	Rêu lưỡi vàng Tiểu khó	Rêu lưỡi trắng Tiểu khó	X

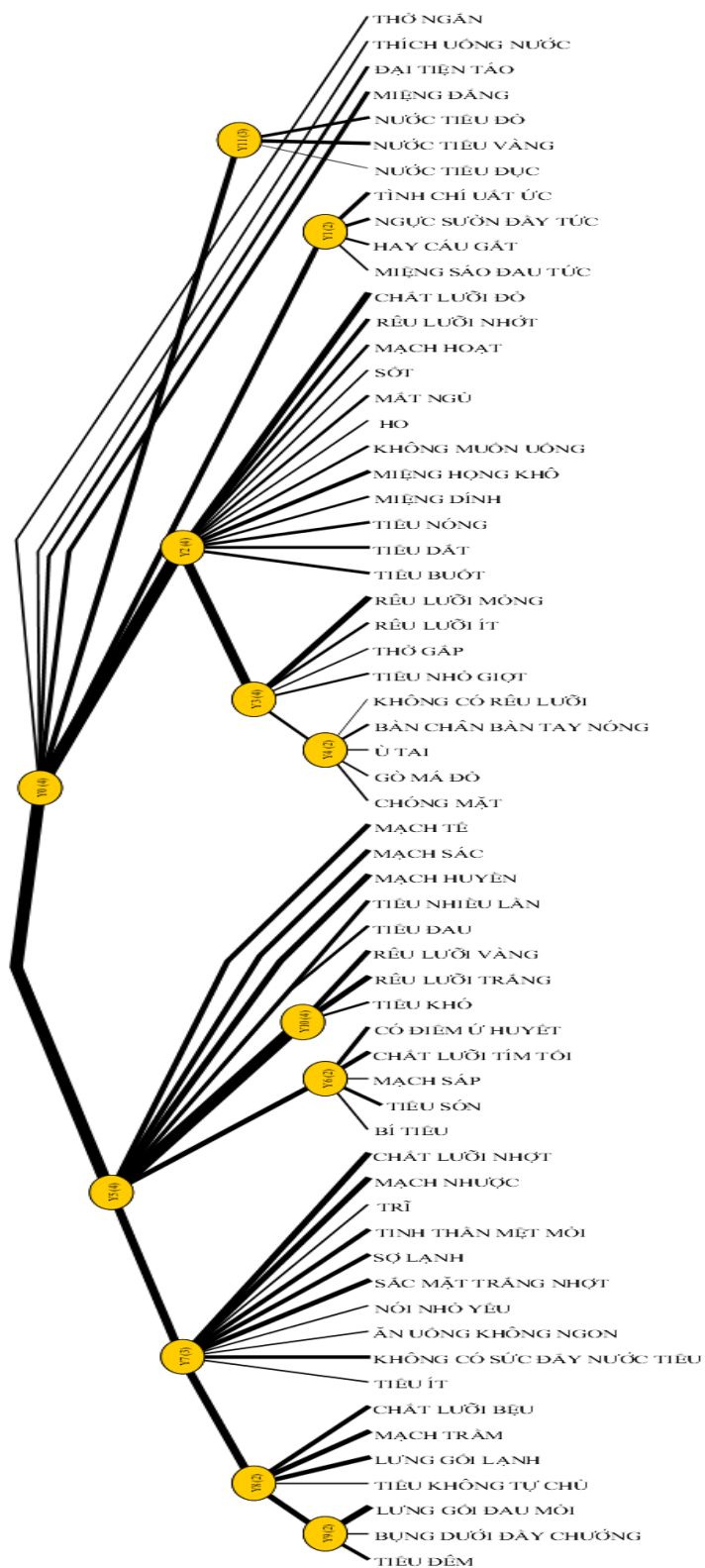
Danh sách mã hóa 62 triệu chứng được chọn làm tiêu chuẩn chẩn đoán các thể bệnh YHCT trên bệnh nhân TSLTTTL theo tài liệu.

Tiêu chí	Triệu chứng	Ký hiệu
Triệu chứng đường tiêu dưới	Bí tiểu	TC1
	Nước tiểu đục	TC2
	Nước tiểu vàng	TC3
	Tiểu buốt	TC4
	Tiểu dắt	TC5
	Tiểu đau	TC6
	Tiểu đêm	TC7
	Tiểu đỏ	TC8
	Tiểu ít	TC9
	Tiểu khó	TC10
	Tiểu không tự chủ	TC11
	Tiểu nhiều lần	TC12
	Tiểu nhỏ giọt	TC13
	Tiểu nóng	TC14
	Tiểu són	TC15
	Miệng sáo đau tức	TC16
	Không có sức đẩy nước tiểu	TC17
Triệu chứng vùng đầu mặt	Chóng mặt	TC18
	Gò má đỏ	TC19
	Miệng đắng	TC20
	Miệng dính	TC21
	Miệng họng khô	TC22
	Ù tai	TC23

Triệu chứng toàn thân khác	Ăn uống không ngon	TC24
	Bụng dưới đầy chướng	TC25
	Đại tiện táo	TC26
	Không muốn uống	TC27
	Thích uống nước	TC28
	Bàn chân bàn tay nóng	TC29
	Hay cáu gắt	TC30
	Ho	TC31
	Lung gôi đau mỗi	TC32
	Lung gôi lạnh	TC33
	Mất ngủ	TC34
	Ngực sườn đầy tức	TC35
	Nói nhỏ yếu	TC36
	Sắc mặt trắng nhợt	TC37
	Sợ lạnh	TC38
	Sốt	TC39
	Thở gấp	TC40
	Thở ngắn	TC41
	Tình chí uất ức	TC42
	Tinh thần mệt mỏi	TC43
Trĩ	TC44	
Mạch	Mạch hoạt	TC45
	Mạch huyền	TC46
	Mạch nhược	TC47
	Mạch sắc	TC48
	Mạch sáp	TC49

	Mạch tế	TC50
	Mạch trầm	TC51
Lưỡi	Rêu lưỡi ít	TC52
	Rêu lưỡi mỏng	TC53
	Rêu lưỡi nhót	TC54
	Rêu lưỡi trắng	TC55
	Rêu lưỡi vàng	TC56
	Chất lưỡi bệu	TC57
	Chất lưỡi đỏ	TC58
	Chất lưỡi nhọt	TC59
	Chất lưỡi tím tối	TC60
	Lưỡi có điểm ứ huyết	TC61
Không có rêu lưỡi	TC62	

Mô hình phân tích cây tiềm ẩn trên 394 bệnh nhân Tăng sinh lạnh tính tuyền



PHỤ LỤC 2

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Kính thưa Ông

Nghiên cứu viên: Bs. Trần Văn Thế

Đơn vị chủ trì: Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

Tôi viết bản thông báo này gửi đến Ông với mong muốn Ông tham gia vào khảo sát: **“Bước đầu xác định đặc điểm lâm sàng và xây dựng tiêu chí chẩn đoán thể bệnh Y học cổ truyền trên người bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt”**

Mẫu thông tin dưới đây dành cho Ông chấp thuận tham gia nghiên cứu.

THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

Mục đích nghiên cứu

Để giúp cho việc điều trị bệnh nhân Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát các thể lâm sàng theo YHCT trên người bện.

Tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu của tôi tiến hành bằng cách phỏng vấn nội dung dựa vào bảng câu hỏi trên phiếu khảo sát và thăm khám lâm sàng, ghi nhận kết quả cận lâm sàng.

Đối tượng: Người bệnh được chẩn đoán TSLTTTL tại bệnh viện Tuệ Tĩnh và bệnh viện YHCT Hà Đông, thời gian từ tháng 05/2023 – 12/2023 .

Lợi ích khi tham gia nghiên cứu

Sự tham gia của Ông góp phần quan trọng giúp nghiên cứu mang tính khách quan, khoa học hơn, giúp nâng cao hiệu quả điều trị sau này.

Trong quá trình trao đổi, Ông có thể được tư vấn sức khỏe từ nghiên cứu viên hoặc cộng tác viên nếu cần.

Bắt lợi khi tham gia nghiên cứu

Ông mất khoảng 20 phút để trả lời phỏng vấn phiếu khảo sát, nghiên cứu viên thăm khám và ghi nhận kết quả. Ngoài những điều nêu trên, không còn tác động nào khác lên Ông.

Người liên hệ

Nếu Ông có bất cứ thắc mắc gì, xin liên hệ với tôi.

Số điện thoại: 0973556837 Bác sỹ Thế.

Hoặc Email: tranvanthe248@gmail.com.

Sự tự nguyện tham gia

Ông được quyền tự quyết định, không hề bị ép buộc tham gia.

Ông có thể rút lui ở bất kỳ thời điểm nào mà không bị ảnh hưởng đến điều trị/chăm sóc mà Ông được hưởng.

Tính bảo mật

Họ tên của Ông được ghi trong phiếu thông tin là: Họ, Chữ lót và Chữ cái đầu của tên.

Ông không cần cung cấp địa chỉ chi tiết, cách thức liên lạc.

Mọi thông tin Ông cung cấp chỉ được sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu.

CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Người tham gia nghiên cứu

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên, đã có cơ hội xem xét và đặt câu hỏi về thông tin liên quan đến nội dung trong nghiên cứu này và được nghiên cứu viên trả lời thỏa đáng tất cả các câu hỏi. Tôi tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu này.

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên:..... Chữ ký:

Ngày tháng năm:

2. Chữ ký của Nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng Ông tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho Ông và Ông đã hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc Ông khi tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên:..... Chữ ký:

Ngày tháng năm:.....

Phụ lục 3

PHIẾU NGHIÊN CỨU

ĐỀ TÀI: “BUỚC ĐẦU XÁC ĐỊNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XÂY DỰNG TIÊU CHÍ CHẨN ĐOÁN THỂ BỆNH Y HỌC CỔ TRUYỀN TRÊN NGƯỜI BỆNH TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT”

Số hồ sơ

Bệnh viện:

Khoa:.....

Ngày khám:...../...../202....

PHIẾU NGHIÊN CỨU

(Người bệnh có quyền không trả lời bất kỳ câu hỏi nào nếu muốn)

I.Hành chính

1. Họ và tên (viết tắt tên).....

2. Năm sinh:.....

3. Địa chỉ(Tỉnh, thành phố):.....

4. Nghề nghiệp:.....

5. Chiều cao:.....cm. Cân nặng:.....kg. BMI:.....

Mạch:.....l/ph. Nhiệt độ:..... Huyết áp:...../...../ mmHg

6. Kích thước tuyến tiền liệt trên siêu âm:(g)

II. Bệnh sử và tiền sử.

1. Thời gian mắc bệnh: (0) Chưa phát hiện (1) < 1 năm (2) 1-5 năm (3) > 5 năm

2. Bệnh kèm theo: (1) Không có (2) Tiểu đường (3) Tăng huyết áp (4)

Suy thận (5) Nhiễm khuẩn đường tiết niệu

Bệnh khác:.....

3. Tình trạng điều trị: (1) Chưa điều trị (2) Đang điều trị nội khoa (3) Đã từng phẫu thuật.

4. Bạn có khó chịu khi đi tiểu không?

Tiểu nhiều lần:.....lần/ngày (>5 lần/ngày)

Tiểu đêm:.....lần/ đêm(≥ 3 lần/ đêm)

Tiểu són: Mỗi lần đi tiểu được một ít

Tiểu gấp: Buồn tiểu không nhịn được, có thể không kịp đến mức vải ra quần.

- Tiểu khó: Đi tiểu phải rặn
- Tiểu nóng: Cảm giác nóng rát niệu đạo khi đi tiểu
- Tiểu đau: Đau khi đi tiểu
- Tiểu yếu, nhỏ giọt, dầm dề: Tia nước tiểu yếu, không thành dòng
- Tiểu ngắt quãng: Đang đi tiểu phải dừng lại, sau đó lại tiểu tiếp
- Tiểu không hết: Tiểu xong có cảm giác chưa hết nước tiểu, nhưng không thể đi tiểu tiếp
- Tiểu không tự chủ: Không làm chủ được khi đi tiểu
- Bí tiểu: Không đi tiểu được

Màu sắc nước tiểu của bạn?

(0) Vàng trong (1) Vàng sậm (2) Trắng trong (3) Đỏ (4) Đục

5. Nếu có tiểu đau thì bạn cảm thấy đau như nào:

- Đau tại chỗ phần gốc dương vật
- Đau lan xuống bụng dưới
- Đau lan xuống vùng âm hành và đùi

6. Đi tiểu xong bạn có cảm thấy thoải mái không? (0) Không (1) Có

7. Khi lao động quá sức bạn có thấy tình trạng bệnh nặng hơn không?

(0) Không (1) Có

8. Bạn có cảm giác thích uống nước lạnh không?

(0) Không (1) Có

9. Bạn có cảm giác thích uống nước ấm hoặc uống nước ấm thì cảm giác dễ chịu hơn không?

(0) Không (1) Có

10. Bạn có cảm thấy trong người bứt rứt không yên không?

(0) Không (1) Có

11. Bạn có hay bị ho không? (0) Không (1) Có

12. Bạn có cảm giác tay chân lạnh bất kể thời tiết, thích mang găng tất không?

(0) Không (1) Có

13. Bạn có cảm giác khát, muốn uống nước liên tục (khoảng hơn 3 lít/ngày) dù trời không nắng nóng hoặc bạn không vận động thể lực nhiều không?

(0) Không (1) Có

14. Bạn có cảm giác khát nhưng không muốn uống nước (khoảng dưới 1 lít/ngày) bất kể thời tiết không? (0) Không (1) Có

15. Bạn có cảm giác tay chân nóng bất kể thời tiết không?

(0) Không (1) Có

16. Bạn có cảm giác miệng, họng thường xuyên bị khô hoặc đắng bất kể thời tiết hay ăn uống không?

(0) Không (1) Có

17. Bạn có thường xuyên bị đau đầu không?

(0) Không (1) Có

18. Bạn có thường xuyên bị chóng mặt không?

(0) Không (1) Có

19. Bạn có thường xuyên bị ù tai không?

(0) Không (1) Có

20. Bạn có thường xuyên bị bốc hỏa không?

(0) Không (1) Có

21. Bạn có cảm giác đầy tức ở ngực, sườn không?

(0) Không (1) Có

22. Bạn có thường xuyên bị hồi hộp đánh trống ngực không?

(0) Không (1) Có

23. Bạn có cảm giác đầy chướng bụng dưới không?

(0) Không (1) Có

24. Bạn ăn uống có cảm thấy ngon miệng hay không?

(0) Không (1) Có

25. Bạn có thường xuyên bị đau lưng, mỏi gối dù không đi lại hay làm việc nhiều không?

(0) Không (1) Có

26. Bạn có đi đại tiện ít hơn 3 lần/tuần không? (0) Không (1) Có

27. Tính chất phân: (0) Mềm, đóng khuôn (1) Khô, cứng (2) Lỏng, nát

28. Cảm giác của bạn khi đi đại tiện? (0) Dễ chịu (1) Phải rặn, nóng rát hậu môn

29. Bạn có cảm giác hụt hơi, khó nói lớn tiếng hoặc nói thành câu dài khi làm việc hoặc khi nói chuyện nhiều không?

(0) Không (1) Có

30. Bạn có thường xuyên dễ nổi cáu hay buồn bực không?

(0) Không (1) Có

31. Bạn có thường xuyên bị mất ngủ không? (<3 tiếng/ ngày)

(0) Không (1) Có

32. Bạn có thường xuyên cảm thấy lưng gối lạnh không?

(0) Không (1) Có

III. Khám

1. Hình thái (0) Trung bình (1) Béo (2) Gầy
2. Sắc mặt (0) Nhuận (1) Trắng nhợt (2) Đỏ (3) Xanh (4) Vàng
3. Hình dáng của lưỡi (0) Thon (1) Bệu
5. Màu sắc chất lưỡi (0) Hồng (1) Nhợt nhạt (2) Đỏ (3) Xanh, tím
6. Rêu lưỡi (0) Không (1) Có
4. Độ nhuận ướt rêu lưỡi (0) Nhuận (1) Khô (2) Ướt
7. Màu sắc rêu lưỡi (0) Trắng (1) Vàng (2) Khác
8. Độ dày mỏng của rêu lưỡi (0) Dày (1) Mỏng
9. Rêu lưỡi nhớt (0) Không (1) Có
10. Lưỡi Lưỡi có điểm ứ huyết (0) Không (1) Có
11. Gò má đỏ (0) Không (1) Có
12. Tiếng nói nhỏ, yếu (0) Không (1) Có
13. Da (0) Nhuận (1) Khô (2) Ấm
14. Lòng bàn tay, bàn chân nóng (0) Không (1) Có
15. Tay chân lạnh (0) Không (1) Có
16. Phù mắt, tay, chân (0) Không (1) Có
17. Trĩ: (0) Không (1) Có
18. Mạch phù - trầm (0) Không phù, không trầm (1) Phù (2) Trầm
19. Mạch trì - sắc (0) Không trì, không sắc (1) Trì (2) Sắc
20. Mạch nhược: (0) Không (1) Có
21. Mạch sáp: (0) Không (1) Có
22. Mạch hoạt: (0) Không (1) Có
23. Mạch tế: (0) Không (1) Có
24. Mạch huyền: (0) Không (1) Có

Hà Nội, Ngày tháng..... năm 202...

Người lập phiếu

Phụ lục 4
BẢNG ĐIỂM IPSS

Triệu chứng về tiểu tiện trong một tháng qua	Khoanh tròn điểm tương ứng					
	Hoàn toàn không có	Có ít hơn 1/5 số lần	Có ít hơn 1/2 số lần	Có khoảng 1/2 số lần	Có hơn 1/2 số lần	Hầu như thường xuyên
1. Tiểu chưa hết: ông có thường cảm thấy bàng quang vẫn còn nước tiểu sau khi đi tiểu không?	0	1	2	3	4	5
2. Tiểu nhiều lần: ông có thường tiểu lại trong vòng hai giờ không?	0	1	2	3	4	5
3. Tiểu ngắt quãng: ông có thường ngừng tiểu đột ngột khi đang đi tiểu rồi lại đi tiếp không?	0	1	2	3	4	5
4. Tiểu gấp: ông có thấy khó nhịn tiểu không?	0	1	2	3	4	5
5. Tiểu yếu: ông có thường thấy tia nước tiểu đi ra yếu không?	0	1	2	3	4	5
6. Tiểu gắng sức: ông có thường phải rặn mới bắt đầu đi tiểu được không?	0	1	2	3	4	5
7. Tiểu đêm: ban đêm ông thường dậy đi tiểu mấy lần?	0 lần	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần
	0	1	2	3	4	5

(Nguồn: <https://www.uptodate.com/contents/calculator-international-prostatism-symptom-score-ipss> [52])

Phụ lục 5
THANG ĐIỂM CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG QoL

Số điểm	Nếu phải sống mãi với triệu chứng tiết niệu như hiện nay, ông nghĩ thế nào						
	Rất tốt	Tốt	Được	Tạm được	Khó khăn	Khổ sở	Không chịu được
	0	1	2	3	4	5	6

(Nguồn J. de la Rosette, G. Alivizatos, S. Madersbacher et al (2009).
Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia, European Association of
Urology [53])

