

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN ĐỨC LƯU

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

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TRẦN ĐỨC LƯU

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

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 87 20 115

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. TS. Lư Quốc Hùng**
- 2. PGS.TS. Trần Thị Minh Tâm**

HÀ NỘI – 2020

LỜI CẢM ƠN

Lời đầu tiên tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám đốc - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới quý Thầy, Cô Phòng Đào tạo sau đại học, cùng Quý Thầy Cô trong các Bộ môn, Khoa phòng của Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo mọi điều kiện thuận lợi nhất cho tôi hoàn thành khóa học.

Tôi xin chân thành cảm ơn tới ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp, Khoa khám bệnh, Khoa y học cổ truyền, Khoa xét nghiệm và các phòng ban liên quan của bệnh viện đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi thực hiện đề tài.

Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới quý Thầy, Cô PGS.TS.Trần Thị Minh Tâm, PGS.TS.Phạm Quốc Bình, TS.Lưu Minh Châu, TS.Lư Quốc Hùng đã tận tình hướng dẫn tôi hoàn thành luận văn.

Tôi xin chân thành cảm ơn quý Thầy, Cô trong hội đồng chấm đề cương, hội đồng đạo đức, hội đồng chuyên đề, hội đồng chấm luận văn và các nhà khoa học, đồng nghiệp đã đóng góp những ý kiến, kinh nghiệm quý báu để luận văn này hoàn thiện hơn.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình và những người thân yêu đã dành cho tôi những điều kiện tốt nhất, giúp tôi yên tâm học tập và hoàn thành luận văn này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Tác giả

Trần Đức Lưu

LỜI CAM ĐOAN

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

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Trần Thị Minh Tâm; TS. Lưu Quốc Hùng.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực, khách quan, đã được xác nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Người viết cam đoan

Trần Đức Lưu

NHỮNG CHỮ VIẾT TẮT

Apo	Apolipoprotein
BMI	Body mass index - Chỉ số khối cơ thể
CM	Chylomicron
HDL-C	High density lipoprotein -Cholesterol
LDL -C	Low density lipoprotein - Cholesterol
Lp (a)	Lipoprotein a
LP	Lipoprotein
NCEP ATP III	National Cholesterol Education Program The Adult Treatment Panel guidelines
RLLPM	Rối loạn lipid máu
TC	Cholesterol toàn phần
TG	Triglycerid
THA	Tăng huyết áp
VXĐM	Vừa xơ động mạch
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại
WHO	Tổ chức y tế thế giới
NON-HDL-C	= TOTAL CHOLESTEROL MINUS HDL-C

MỤC LỤC

	Trang
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN	3
1.1. Khái niệm về Lipid và chuyển hóa Lipid	3
1.1.1. Thành phần Lipid máu và Lipoprotein	3
1.1.1.1. Cấu trúc và thành phần lipoprotein	3
1.1.1.2. Phân loại lipoprotein	4
1.1.2. Chuyển hóa Lipoprotein	5
1.2. Hội chứng rối loạn lipid máu theo y học hiện đại	6
1.2.1. Khái niệm rối loạn lipid máu	6
1.2.2. Phân loại rối loạn lipid máu	6
1.2.3. Nguyên nhân rối loạn lipid máu	8
1.2.4. Chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng	9
1.2.4. 1. Chẩn đoán lâm sàng	9
1.2.4.2. Chẩn đoán cận lâm sàng	10
1.2.5. Chỉ số non-HDL-C và những mục tiêu trong điều trị rối loạn lipid máu	10
1.3. Hội chứng rối loạn lipid máu theo Y học cổ truyền	11
1.3.1. Sự vận chuyển tân dịch trong cơ thể	11
1.3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đàm ẩm	12
1.3.3. Mối liên quan giữa chứng đàm ẩm và nguyên nhân gây bệnh của y học hiện đại	14
1.4. Một số cách phân loại thể bệnh RLLPM theo YHCT trong y văn	15
1.4.1. Theo y văn trên thế giới	15
1.4.2. Theo y văn tại Việt Nam	16
1.5. Một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam	18
1.5.1. Một số nghiên cứu trên thế giới	18
1.5.2. Một số nghiên cứu ở Việt Nam	19
1.6. Giới thiệu chung về Bệnh viện đa khoa Gò Vấp	20

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	22
2.1. Đối tượng nghiên cứu	22
2.1.1. Đối tượng	22
2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn	22
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ	22
2.2. Thời gian nghiên cứu	23
2.3. Địa điểm nghiên cứu	23
2.4. Thiết kế nghiên cứu	23
2.5. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu	25
2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu	26
2.7. Công cụ và quy trình thu thập thông tin	28
2.7.1. Điều tra viên, công cụ nghiên cứu	28
2.7.2. Quy trình thu thập thông tin	29
2.7.3. Cách đánh giá	30
2.7.3.1. Đánh giá về BMI	30
2.7.3.2. Đánh giá chỉ số Lipid máu	30
2.7.3.3. Đánh giá chỉ số Huyết áp	30
2.7.3.4. Cách phân loại thể bệnh Y học cổ truyền đối với rối loạn lipid máu	30
2.8. Sai số và biện pháp khắc phục sai số	31
2.9. Xử lý và phân tích số liệu	31
2.10. Đạo đức trong nghiên cứu	32
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	33
3.1. Đặc điểm về người bệnh nghiên cứu	33
3.1.1. Đặc điểm người bệnh theo nhóm tuổi và giới	33
3.1.2. Đặc điểm người bệnh theo nghề nghiệp	34
3.1.3. Đặc điểm người bệnh theo tiền sử bệnh tật	34
3.1.4. Đặc điểm người bệnh theo chỉ số BMI và giới	35
3.1.5. Đặc điểm người bệnh theo chỉ số lipid máu và giới	36
3.1.6. Tỷ lệ người bệnh rối loạn lipid máu theo giới tính.....	36

3.2. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng Y học cổ truyền	37
3.2.1. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi vọng chẩn ...	37
3.2.2. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi vân chẩn	38
3.2.3. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi vấn chẩn	39
3.2.4. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi thiết chẩn	40
3.2.5. Tỷ lệ các thể bệnh Y học cổ truyền ở người bệnh rối loạn lipid máu theo nhóm tuổi	41
3.2.6. Tỷ lệ các thể bệnh Y học cổ truyền ở người bệnh rối loạn lipid máu theo nhóm BMI	42
3.2.7. Một số yếu tố nguy cơ ở người bệnh rối loạn lipid máu	44
3.2.7.1. Một số thói quen sinh hoạt ở người bệnh rối loạn lipid máu	44
3.2.7.2. Người bệnh có các bệnh đồng mắc ở người bệnh rối loạn lipid máu	44
3.3. Tỷ lệ các thể bệnh Y học cổ truyền với các chỉ số lipid máu	45
3.3.1. Mối liên quan giữa thể bệnh YHCT và non- HDL-C	45
3.3.2. Tỷ lệ các thể bệnh YHCT theo giới	46
3.3.3. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và Cholesterol toàn phần	46
3.3.4. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền Y học cổ truyền và Triglyceride	47
3.3.5. Mối liên quan giữa thể bệnh YHCT và LDL-C	48
3.3.6. Mối liên quan giữa thể bệnh YHCT và HDL-C	48
Chương 4: BÀN LUẬN	50
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	50
4.1.1. Đặc điểm người bệnh theo nhóm tuổi và giới	50
4.1.2. Đặc điểm người bệnh theo nghề nghiệp	51
4.1.3. Đặc điểm người bệnh theo tiền sử bệnh	51
4.1.4. Đặc điểm người bệnh rối loạn lipid theo chỉ số BMI và giới	52
4.1.5. Đặc điểm người bệnh theo chỉ số lipid máu và giới	52
4.2. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng Y học cổ truyền	53
4.3. Phân loại thể bệnh	55

4.4. Liên quan giữa các thể bệnh với các chỉ số rối loạn lipid máu	60
4.4.1. Mối liên quan giữa thể bệnh với non-HDL-C	60
4.4.2. Mối liên hệ giữa thể bệnh với TC	60
4.4.3. Mối liên quan giữa thể bệnh với TG	61
4.4.4. Mối liên quan giữa thể bệnh với LDL-C	62
4.4.5. Mối liên quan giữa thể bệnh với HDL-C	62
KẾT LUẬN	64
1. Đặc điểm lâm sàng các chứng trạng thường gặp ở người bệnh rối loạn lipid máu	64
2. Mối liên quan giữa chỉ số non-HDL-C với 6 thể bệnh y học cổ truyền ở người bệnh rối loạn lipid máu	64
KIẾN NGHỊ	65
TÀI LIỆU THAM KHẢO	66
PHỤ LỤC	72

DANH MỤC BẢNG

	Trang
Bảng 1.1. Phân loại RLLPM theo Fredrickson/WHO	7
Bảng 1.2. Phân loại RLLPM theo De Gennes	7
Bảng 1.3. Đánh giá các mức độ RLLPM theo NCEP- ATPIII(5/2001)	8
Bảng 1.4. Liên hệ rối loạn lipid máu và chứng đờm ảm	15
Bảng 2.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu	26
Bảng 2.2. Chứng trạng thu thập qua vọng chẩn	26
Bảng 2.3. Chứng trạng thu thập qua văn chẩn	27
Bảng 2.4. Chứng trạng thu thập qua vấn chẩn	27
Bảng 2.5. Chứng trạng thu thập qua thiết chẩn	28
Bảng 3.1. Đặc điểm người bệnh theo nhóm tuổi và giới	33
Bảng 3.2. Đặc điểm người bệnh theo nghề nghiệp	34
Bảng 3.3. Đặc điểm người bệnh theo tiền sử bệnh tật	34
Bảng 3.4. Đặc điểm người bệnh theo chỉ số lipid máu và giới	36
Bảng 3.5. Tỷ lệ người bệnh rối loạn lipid máu theo giới tính.....	36
Bảng 3.6. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi vọng chẩn	37
Bảng 3.7. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi văn chẩn	38
Bảng 3.8. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi vấn chẩn	39
Bảng 3.9. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi thiết chẩn	40
Bảng 3.10. Tỷ lệ các thể bệnh Y học cổ truyền theo nhóm tuổi	41
Bảng 3.11. Tỷ lệ các thể bệnh YHCT theo nhóm BMI	42
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa thể bệnh YHCT và non- HDL-C	45
Bảng 3.13. Tỷ lệ các thể bệnh YHCT theo giới	46
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa thể bệnh YHCT và TC	46
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa thể bệnh YHCT và TG	47
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa thể bệnh YHCT và LDL-C	48
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa thể bệnh YHCT và HDL-C	48

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

	Trang
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm người bệnh theo chỉ số BMI và giới	35
Biểu đồ 3.2. Một số thói quen sinh hoạt ở người bệnh RLLPM	44
Biểu đồ 3.3. Người bệnh có các bệnh đồng mắc ở người bệnh RLLPM...	44

DANH MỤC HÌNH - SƠ ĐỒ

	Trang
Hình 1.1. Cấu trúc lipoprotein	3
Hình 1.2. Sơ đồ chuyển hóa của Triglycerid máu ngoại sinh và nội sinh...	5
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu	24

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ hàng đầu của tiến trình xơ vữa mạch máu và biến cố mạch vành, đã và đang là vấn đề sức khỏe được quan tâm bậc nhất trên thế giới với tỷ lệ tử vong cao. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tỷ lệ số người mắc rối loạn lipid trên thế giới ngày càng tăng cao, năm 2008, tỉ lệ rối loạn lipid máu ở người trưởng thành là 39% [56], hàng năm có khoảng 17 triệu người bị tử vong do bệnh tim mạch. Hầu hết các bệnh lý tim mạch hiện nay là do xơ vữa động mạch [49], [54]. Trong đó, rối loạn lipid máu (RLLPM) là yếu tố quan trọng cho việc hình thành và phát triển của bệnh vữa xơ động mạch (VXĐM), bệnh động mạch vành, động mạch não [8], [20], [35], [40], [55], [57], [58], [59], [60].

Rối loạn chuyển hóa lipid là danh từ dùng để miêu tả một bệnh mạn tính được đặc trưng bởi sự thay đổi các chỉ số lipid trong máu. Bilan lipid tiêu chuẩn bao gồm: Cholesterol toàn phần (TC), HDL - Cholesterol (HDL- C), LDL - Cholesterol (LDL - C) và Triglycerid (TG) . Mặc dù, mức độ LDL - C là chỉ số chính trong việc sàng lọc rối loạn lipid, nhưng chỉ dựa vào mục tiêu LDL - C đơn thuần có thể dẫn đến sai lầm ở những người bệnh có VLDL-C và IDL - C cao kèm các hạt LDL - C nhỏ, đậm đặc, mặc dù giá trị LDL-C ở mức bình thường. Chỉ số cholesterol không phải là lipoprotein tỷ trọng cao hay non-HDL-Cholesterol (non-HDL-C) [4], là sự khác biệt giữa nồng độ TC và nồng độ HDL - C. Non - HDL - C cung cấp một chỉ số duy nhất cho tất cả cholesterol xơ vữa bao gồm IDL, VLDL, Lp(a) và LDL. Vì vậy, chỉ số non-HDL-C có thể là một yếu tố dự báo mạnh mẽ hơn về nguy cơ tim mạch so với LDL - C. Gần đây, một số nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng Non-HDL-C có giá trị dự đoán hơn so với riêng LDL - C đơn lẻ dự đoán nguy cơ tim mạch. Ngoài ra, non-HDL-C được cho là một yếu tố dự báo độc lập của các bệnh mạch vành bất kể nồng độ TG trong khi LDL - C bị mất giá trị tiên đoán khi $TG > 400$ mg/dl.

Cùng với sự phát triển của Y học hiện đại (YHHĐ), Y học cổ truyền (YHCT) đã và đang khẳng định được mình, đồng thời có những đóng góp không nhỏ vào công tác chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng. Theo YHCT, các biểu hiện rối loạn

lipid máu, xơ vữa động mạch, thừa cân...được miêu tả trong một số chứng bệnh do đàm thấp gây nên [21]. Các y văn của y học cổ truyền cũng nêu ra một số phương pháp chẩn đoán cũng như điều trị các chứng bệnh này [2], [21], [58], [59], [60].

Tuy nhiên, đến nay tại các bệnh viện ở phía nam Việt Nam chưa có nhiều các nghiên cứu về rối loạn lipid máu cũng như mối liên quan của chỉ số non-HDL-C ở các người bệnh rối loạn lipid máu [5]... Câu hỏi đặt ra vậy RLLPM theo YHHĐ biểu hiện lâm sàng tương ứng thế nào đối với YHCT và những thể bệnh YHCT có liên quan gì đến chỉ số non-HDL-C trên bệnh nhân RLLPM hay không ?

Để trả lời câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đặc điểm lâm sàng và mối liên quan chỉ số non-HDL-C với các thể y học cổ truyền ở bệnh nhân rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp”** với hai mục tiêu:

1. Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền ở bệnh nhân rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp năm 2019.

2. Mô tả mối liên quan giữa chỉ số non-HDL-C, các thành phần lipid máu với các thể bệnh y học cổ truyền ở người bệnh rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp.

Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Khái niệm về Lipid và chuyển hóa Lipid

1.1.1. Thành phần Lipid máu và Lipoprotein

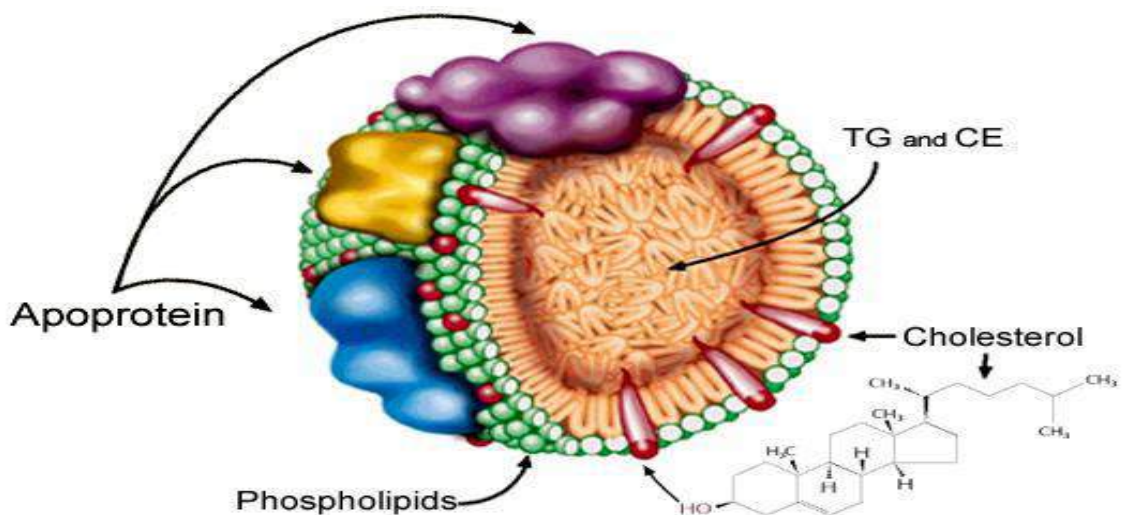
Lipid chính có mặt trong huyết tương là acid béo, triglyceride, cholesterol và phospholipid. Một số thành phần khác của lipid có khả năng hòa tan trong huyết tương và có mặt với số lượng ít hơn rất nhiều nhưng giữ vai trò sinh lý quan trọng, bao gồm các hormone steroid, các vitamin tan trong mỡ [12].

Theo Trauber, lipid là các thành phần không tan trong nước, chiết rút được từ tổ chức bởi các dung môi ether, cloroform hay một số dung môi hữu cơ [16].

Theo định nghĩa hóa học, lipid là những este hoặc amid của acid béo với alcol hoặc aminoalcol [15].

1.1.1.1. Cấu trúc và thành phần lipoprotein

Lipoprotein (LP) là những phân tử hình cầu bao gồm phần lõi không phân cực là triglycerid và cholesterol este hóa, phần vỏ bao quanh là phospholipid, cholesterol và protein- apolipoprotein (hay apoprotein). Phần vỏ đảm bảo tính tan của lipoprotein trong huyết tương, vận chuyển các lipid không tan [12].



Hình 1.1. Cấu trúc lipoprotein

(Nguồn: <https://www.dpag.ox.ac.uk/research/evans-group>)

1.1.1.2. Phân loại lipoprotein

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

- **Chylomicron (CM)**: có tỷ trọng $\leq 0,96$, là những hạt mỡ nhũ tương hóa lơ lửng trong huyết tương và được tạo thành độc nhất bởi các tế bào màng ruột. Chylomicron chỉ có mặt trong thời gian ngắn ở huyết tương, sau bữa ăn giàu mỡ và làm cho huyết tương có màu đục, trắng như sữa. Chylomicron biến mất sau ăn vài giờ và bởi vậy, huyết tương của người bình thường khi đói phải trong. Chylomicron chứa chủ yếu là triglyceride. Chức năng chính của chylomicron là vận chuyển triglyceride và cholesterol ngoại sinh (từ thức ăn) tới gan [1], [7].

- **Lipoprotein tỷ trọng rất thấp**: (very low density lipoprotein - VLDL) có tỷ trọng 0,96- 1,006, được tạo thành ở tế bào gan và là dạng vận chuyển triglycerid nội sinh- được tổng hợp ở gan- vào hệ tuần hoàn. VLDL chứa nhiều triglycerid, vận chuyển hơn 90% triglycerid nội sinh [5], [14].

- **Lipoprotein tỷ trọng thấp**: (low density lipoprotein - LDL) có tỷ trọng 1,006-1,063, là sản phẩm thoái hóa của VLDL trong máu, LDL chứa nhiều cholesterol. Chức năng chính của LDL là vận chuyển phần lớn cholesterol từ máu tới các mô để sử dụng. LDL được gắn vào receptor đặc hiệu ở màng tế bào, rồi được đưa vào trong tế bào. Nồng độ LDL trong huyết tương từ 3,38 đến 4,16 mmol/l [14], [20].

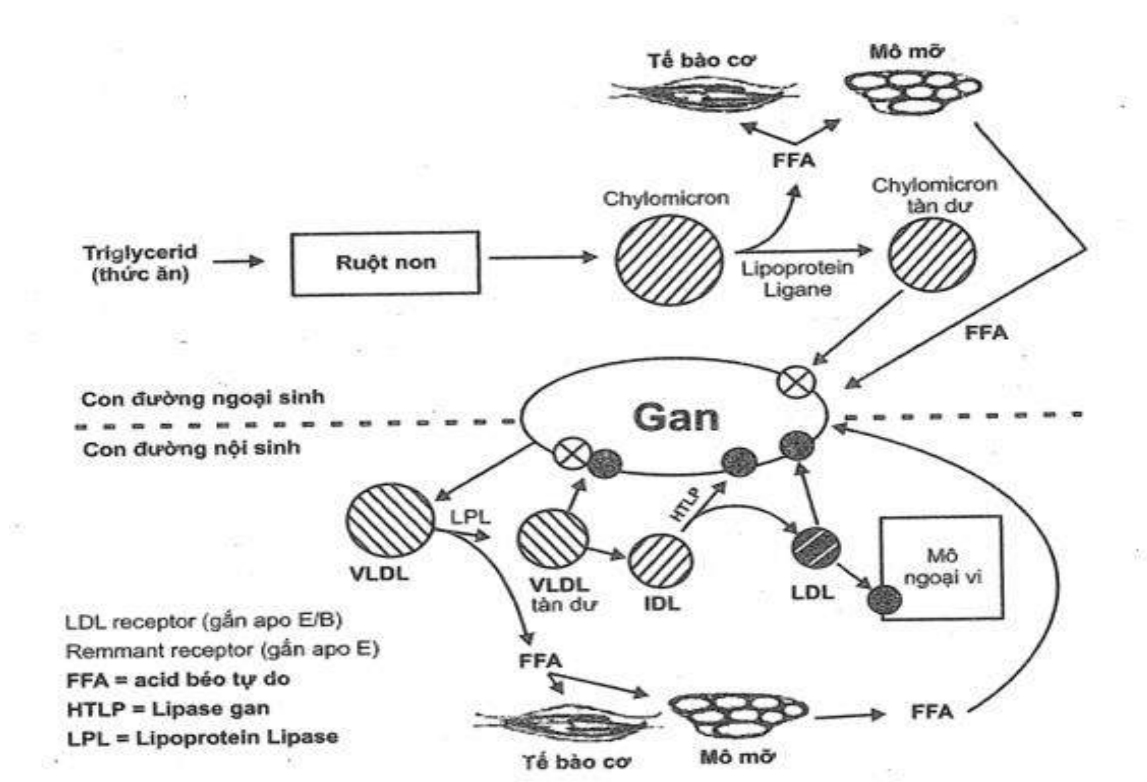
- **Lipoprotein tỷ trọng trung gian**: (intermediate density lipoprotein - IDL) là loại lipoprotein có tỷ trọng giữa VLDL và LDL, còn gọi là VLDL tàn dư. IDL có trong máu tuần hoàn với số lượng nhỏ nhưng có thể tích lũy khi có rối loạn bệnh lý về chuyển hóa của lipoprotein [24],[38].

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

- **Lipoprotein (a)** hay Lp(a) là lipoprotein không xếp loại với chức năng chưa biết rõ, Lp(a) có kích thước và số lượng lớn hơn LDL nhưng có thành phần cấu tạo tương tự LDL ngoại trừ có thêm một phân tử apoprotein (a) trong các phân tử apo B-100. Apo(a) gần giống như plasminogen. Sự tăng của Lp(a) như là yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành [1].

1.1.2. Chuyển hóa Lipoprotein

Chuyển hóa của lipid lưu hành đã được biết rất rõ. Bao gồm 2 con đường: chuyển hóa của lipid ngoại sinh và chuyển hóa lipid nội sinh [24].



Hình 1.2. Sơ đồ chuyển hóa của Triglycerid máu ngoại sinh và nội sinh (Nguồn: Đỗ Trung Quân: “Chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường”)

* Những đặc tính cơ bản của chuyển hóa lipoprotein là:

- Triglycerid thức ăn được vận chuyển trong CM đến các mô. Tại các mô triglycerid có thể được sử dụng như nguồn cung cấp năng lượng hoặc dự trữ.
- Triglycerid nội sinh được tổng hợp ở gan, rồi được vận chuyển trong VLDL đến các mô như nguồn sinh năng lượng hoặc dự trữ .

- Cholesterol do gan tổng hợp (nội sinh) được vận chuyển đến các mô trong LDL-C sản phẩm thoái hóa của VLDL. Cholesterol từ thức ăn (ngoại sinh) được đưa đến gan trong CM tàn dư.

- HDL lấy cholesterol từ tế bào ngoại vi và từ các lipoprotein khác, rồi được este hóa bởi LCAT. Cholesterol este được vận chuyển đến các phần tử tàn dư và rồi được đưa đến gan. Tại gan, cholesterol được bài tiết theo mật sau khi chuyển hóa thành acid mật [55], [58].

- Tính chất và chức năng của các lipoprotein được quyết định bởi các protein của chúng- đó là những apoprotein tham gia trong cấu trúc của các lipoprotein, chúng có vai trò vận chuyển lipid trong máu và có thể là ligand đối với receptor của một số lipoprotein hoặc là cofactor của một số enzyme thủy phân lipid.

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

1.2.1. Khái niệm rối loạn lipid máu

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là tình trạng bệnh lý khi có một hoặc nhiều thông số lipid bị rối loạn (tăng cholesterol toàn phần hoặc tăng triglycerid, hoặc tăng LDL-C, hoặc giảm HDL-C...). RLLPM thường được phát hiện cùng lúc với một số bệnh lý tim mạch, nội tiết, chuyển hóa. Đồng thời RLLPM cũng là yếu tố nguy cơ dẫn đến một số bệnh lý khác bệnh lý khác [37], [38], [39], [41], [44], [45], [50].

Theo khuyến cáo Hội tim mạch Quốc gia Việt Nam 2015 về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu [23]:

- Tăng Cholesterol toàn phần: ≥ 200 mg/dl ($\geq 5,20$ mmol/l).
- Tăng Triglycerid: ≥ 200 mg/dl ($\geq 1,70$ mmol/l).
- Tăng LDL-C: ≥ 130 mg/dl (3,40 mmol/l).
- Giảm HDL-C: ≤ 40 mg/dl ($\leq 1,03$ mmol/l) [53].

Rối loạn kiểu hỗn hợp: khi tăng cholesterol kết hợp với tăng triglyceride

1.2.2. Phân loại rối loạn lipid máu

Có nhiều cách phân loại RLLPM, tuy nhiên mỗi cách phân loại đều có những ưu điểm, nhược điểm. Phân loại của Frederickson có tính chất mô tả tình trạng RLLPM, tương đối khó áp dụng trong thực hành lâm sàng. Phân loại của De Gennes và phân loại của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (EAS) đơn giản hơn và dễ áp

dụng trên lâm sàng hơn (tăng TC đơn thuần, tăng triglycerid đơn thuần, tăng cả cholesterol và triglycerid) [53].

❖ *Phân loại RLLPM theo Fredrickson/WHO*

Bảng 1.1. Phân loại RLLPM theo Fredrickson/WHO [53], [57]

Typ	Tăng lipoprotein	Tăng lipid	
		TC	TG
I	Chylomicron	TC ↔↑	TG ↑↑↑
IIa	LDL	TC ↑↑	TG ↔
IIb	LDL, VLDL	TC ↑↑	TG ↑
III	IDL	TC ↑↑	TG ↑↑
IV	VLDL	TC ↑	TG ↑↑
V	Chylomicron và VLDL	TC ↑↑	TG ↑↑↑
Chú thích: ↔ bình thường; ↑ tăng			

Cách phân loại này cho biết sự thay đổi các thành phần của lipid máu dễ gây xơ vữa động mạch nhưng không cho biết sự thay đổi thành phần của lipid máu có tác dụng chống xơ vữa động mạch.

❖ *Phân loại RLLPM theo De Gennes*

Bảng 1.2. Phân loại RLLPM theo De Gennes [52]

Nhóm	Typ	Lipoprotein	Lipid
Tăng cholesterol huyết thanh đơn thuần	IIa	LDL	TC/TG >2,5
Tăng TG huyết thanh đơn thuần	I	Chylomicron và VLDL	TG/TC >2,5
	IV		
	V		
Tăng lipid máu hỗn hợp	IIb	LDL, VLDL,	TC/TG <2,5
	III	IDL	TG/TC <2,5

Theo De Gennes cách phân loại này đơn giản, dễ sử dụng, nêu lên được tính chất di truyền, nhất là đối với bệnh tăng TC chủ yếu là sắp xếp được tất cả những trường hợp rối loạn lipid máu vào một khung ổn định.

❖ *Phân loại RLLPM theo NCEP- ATPIII (5/2001)***Bảng 1.3. Đánh giá các mức độ RLLPM theo NCEP- ATPIII (5/2001) [52]**

Chỉ số	Nồng độ		Đánh giá mức độ rối loạn
	mg/dl	mmol/l	
TC	<200	< 5,17	Bình thường
	200-239	5,17-6,19	Giới hạn cao
	≥ 240	≥ 6,20	Cao
LDL- Cholesterol	<100	<2,58	Tối ưu
	100-129	2,58-3,33	Gần tối ưu/ trên tối ưu
	130-159	3,34-4,11	Giới hạn cao
	160-189	4,12-4,88	Cao
	≥190	≥4,89	Rất cao
TG	<150	< 1,70	Bình thường
	150-199	1,70-2,25	Giới hạn cao
	200-499	2,26-5,64	Cao
	≥ 500	≥ 5,65	Rất cao
HDL- Cholesterol	<40	< 1,03	Thấp
	>60	> 1,55	Cao
Non- HDL-C		≤ 4,10	Bình thường
		> 4,10	Cao

Cách phân loại này cho biết sự thay đổi các thành phần lipid máu gây xơ vữa động mạch và có tác dụng bảo vệ chống xơ vữa động mạch, đồng thời cho biết mức độ rối loạn của các thành phần trên. Đây là cách phân loại mới nhất hiện nay.

1.2.3. Nguyên nhân rối loạn lipid máu

Nguyên nhân của RLLPM thường là do: sự lão hóa của theo độ tuổi, chế độ ăn giàu lipid, khiếm khuyết của hệ thống gen trong cơ thể...

***Nguyên nhân rối loạn lipid máu tiên phát**

Các nguyên nhân tiên phát là các đột biến đơn hoặc đa gen, hậu quả là làm tăng sản xuất hoặc giảm thanh thải TG và LDL-C, hoặc giảm sản xuất hoặc tăng giáng hóa HDL-C.

Rối loạn lipid máu tiên phát thường xảy ra sớm ở trẻ em và người trẻ tuổi, ít khi kèm thể trạng béo phì [3].

Tăng TG nguyên phát: Là bệnh cảnh di truyền theo gen lặn, biểu hiện lâm sàng thường người bệnh không bị béo phì, gan lách lớn, cường lách, thiếu máu giảm tiểu cầu, nhồi máu lách, viêm tụy cấp gây đau bụng.

Tăng lipid máu hỗn hợp: Là bệnh cảnh di truyền, trong gia đình có nhiều người cùng mắc bệnh. Tăng lipid máu hỗn hợp có thể do tăng tổng hợp hoặc giảm thoái biến các lipoprotein. Lâm sàng thường béo phì, ban vàng, kháng insulin, đái đường type 2, tăng acid uric máu [30], [34].

***Nguyên nhân rối loạn lipid máu thứ phát**

Nguyên nhân của RLLPM thứ phát do lối sống tĩnh tại, dùng nhiều bia rượu, thức ăn giàu chất béo bão hòa, bệnh lý đái tháo đường, bệnh thận mạn tính, suy giáp, xơ gan, dùng thuốc thiazid, corticoides, estrogen, chẹn beta giao cảm và một số loại thuốc khác [35].

Các nguyên nhân này gây tăng TG, LDL-C và làm giảm HDL-C. Mỗi nguyên nhân gây ảnh hưởng ít nhất tới một thành phần lipid máu.

1.2.4. Chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng

1.2.4. 1. Chẩn đoán lâm sàng

Rối loạn lipid máu là bệnh lý sinh học, xảy ra sau một thời gian dài mà không thể nhận biết được nên không có triệu chứng đặc trưng. Phần lớn triệu chứng lâm sàng được phát hiện khi nồng độ các thành phần lipid máu cao kéo dài hoặc gây ra các biến chứng ở các cơ quan như xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch não, các ban vàng ở mi mắt, khuỷu tay, đầu gối, viêm tụy cấp [30], [38], [51], [55].

Một số dấu chứng đặc hiệu ở ngoại biên của tăng lipid máu: Cung giác mạc (arc cornea), ban vàng (xanthelasma), u vàng gân (tendon xanthomas), u vàng dưới

màng xương (periosteal xanthomas), u vàng da hoặc củ (cutaneous or tuberous xanthomas), ban vàng lòng bàn tay (palmar xanthomas) [48], [54].

Vừa xơ động mạch: Là biến chứng lâu dài của tăng lipoprotein, thường phối hợp với tăng lipoprotein trước đó, có thể phối hợp một số yếu tố nguy cơ khác như hút thuốc lá, đái tháo đường [17].

1.2.4.2. Chẩn đoán cận lâm sàng

Là tiêu chuẩn để chẩn đoán xác định rối loạn chuyển hóa lipid máu [24].

- Định lượng lipid máu: Xét nghiệm được thực hiện vào buổi sáng trước bữa ăn. Xác định các chỉ số: Tăng TC, TG, LDL-C máu; Giảm HDL-C.

- Hình ảnh xơ vừa động mạch trên máy siêu âm doppler mạch.

- Huyết tương có màu đục sữa: TG tăng cao.

* Từ đó tính ra chỉ số Non-HDL-C máu: Non-HDL-C chỉ đơn giản là sự khác biệt giữa nồng độ Cholesterol toàn phần và nồng độ HDL-C và được tính theo công thức: $NON-HDL-C = TOTAL\ CHOLESTEROL\ MINUS\ HDL-C$ [53].

*Chẩn đoán xác định:

Phần lớn các triệu chứng dấu chứng lâm sàng tăng lipid máu chỉ được phát hiện khi nồng độ các thành phần lipid máu cao kéo dài hoặc gây ra các biến chứng ở các cơ quan nên chẩn đoán xác định chúng ta dựa vào xét nghiệm nồng độ lipid máu. Người bệnh được chẩn đoán rối loạn chuyển hóa lipid máu theo tiêu chuẩn NCEP – ATP III (2001) [53].

1.2.5. Chỉ số non- HDL-C và những mục tiêu trong điều trị rối loạn lipid máu

Thành phần HDL-C được coi là cholesterol tốt cho tế bào, mạch máu, còn non-HDL-C là tổng lượng cholesterol trong tất cả phân tử có chứa apo B có khả năng tiềm tàng gây xơ vừa động mạch, là yếu tố phản ánh bệnh mạch vành chính xác hơn so với các thành phần khác của lipid máu.

Chỉ số LDL Cholesterol (Low-density-lipoprotein Cholesterol) hiện là mục tiêu điều trị chính để kiểm soát rối loạn lipid máu [1].

Chỉ số cholesterol không phải là lipoprotein tỷ trọng cao hay non-HDL - Cholesterol (non-HDL-C) là sự khác biệt giữa nồng độ TC và nồng độ HDL-C được tính theo công thức non-HDL-C bằng cholesterol toàn phần trừ đi HDL-C [45].

Chỉ số non-HDL-C giá trị bình thường $\leq 4,1$ mmol/l; có rối loạn $> 4,1$ mmol/l, [12], [21], [22].

Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới mặc dù non-HDL-C là một dấu hiệu rủi ro tốt hơn LDL-C, nhưng mục tiêu đạt được đối với non-HDL-C vẫn còn kém. Mặc dù các lý do cho việc đạt được mục tiêu thấp hơn này chưa được khám phá, các khả năng bao gồm thiếu sót trong kiến thức của các nhà cung cấp về tầm quan trọng của non-HDL-C, về cách thực hiện tính toán cho non-HDL-C và về các mục tiêu điều trị cho non-HDL-C và về các mục tiêu điều trị cho non-HDL-C. Các yếu tố hạn chế khác có thể bao gồm các vấn đề về khả năng dung nạp hoặc tuân thủ điều trị với liều statin cao hơn của người bệnh hoặc với việc bổ sung thuốc hạ lipid máu từ các nhóm khác (thường cần để đạt được các mục tiêu non-HDL-C. Cải thiện việc đạt được mục tiêu cho non-HDL-C có thể sẽ cần nhiều biện pháp can thiệp ở cấp hệ thống kết hợp các biện pháp nhằm phổ biến tốt hơn các hướng dẫn quản lý cholesterol. Sự cần thiết phải kiểm tra các chiến lược này để phổ biến hướng dẫn tốt hơn nói chung và cho các hướng dẫn điều trị non-HDL-C nói riêng sẽ càng trở nên quan trọng hơn [4], [7], [16], [48], [49], [50].

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

1.3.1. Sự vận chuyển tân dịch trong cơ thể

Y văn y học cổ truyền không có danh từ RLLPM, tuy nhiên cho đến nay theo quan điểm của các nhà chuyên môn thì rối loạn chuyển hoá lipid được sắp xếp vào nhóm các bệnh gây ra do yếu tố “đàm ẩm” [19], [20], [23]. Dựa trên những biểu hiện lâm sàng của hội chứng RLLPM có sự tương đồng với chứng: đàm thấp, huyền vựng, đầu thống, tâm quý [3], [10], [29], [31], [32].

Tân dịch nói chung là tất cả các chất dịch bình thường trong cơ thể. Tân là chất trong, dịch là chất đục. Tân dịch là một trong những cơ sở vật chất cho sự sống, do dinh dưỡng của đồ ăn hóa ra, nhờ sự khí hóa của tam tiêu đi khắp toàn thân, nuôi dưỡng các tạng phủ, cơ nhục, kinh mạch và bì phu. Khi rối loạn vận hóa tân dịch sẽ sinh ra đàm thấp, đàm ẩm [8], [10], [33], [36], [46].

Đàm ẩm: Đàm thấp là sản phẩm bệnh lý, đàm là chất đặc, ẩm là không đặc như đàm, đàm ẩm sau khi sinh sẽ gây ra những chứng bệnh mới. Sách “Nội kinh”

gọi là tích âm, “kim quĩ yếu lược” gọi là đàm thấp [21], [36]. Nguồn gốc sinh ra đàm âm do sự vận hoá bất thường của tân dịch, tân dịch ngưng tụ biến hoá mà thành. Bình thường sự vận hoá thủy thấp trong cơ thể được điều hoà bởi 3 tạng tỳ, phế, thận. Đàm âm do tỳ dương mất chức năng vận hoá, làm chuyển hoá tân dịch bị ngưng trệ lại thành âm thấp, thấp thắng sinh ra đàm. Bình thường sự vận hoá thủy thấp trong cơ thể được điều hoà bởi 3 tạng tỳ, phế, thận. Bởi vậy đàm thấp có liên quan đến 3 tạng tỳ, phế, thận. Chứng thuộc tỳ là chứng quan trọng nhất trong vấn đề cơ chế sinh chứng đàm trệ [44].

Có 2 loại đàm: đàm hữu hình và đàm vô hình. Hội chứng rối loạn lipid máu theo YHCT là do đàm vô hình gây bệnh [12], [17], [18], [26].

1.3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đàm âm

*Nguyên nhân

Theo lý luận YHCT, nguyên nhân gây chứng đàm âm là [4], [6], [9], [17].

- Do ẩm thực bất điều: ăn nhiều thức ăn ngọt béo, nhiều cao lương mỹ vị, uống nhiều rượu, làm việc trí óc quá sức, làm tổn thương tỳ vị, vận hoá thủy thấp rối loạn dẫn đến đàm thấp nội sinh [2], [6], [13].

- Do ít vận động thể lực: đàm ứ trệ lâu ngày, khí huyết không lưu thông, dẫn đến khí trệ, huyết ứ. Sách Tố vấn thiên “Tuyên minh ngũ khí luận” viết: “Cửu ngọa thương khí, cửu tọa thương nhục”. Thương khí dẫn đến khí hư, thương nhục dẫn đến tỳ hư, tỳ khí hư sinh đàm trệ [47].

- Do thất tình (yếu tố tinh thần): lo nghĩ hại tỳ, giận dữ hại can; can mộc vượng khắc tỳ thổ làm tổn thương tỳ vị, tỳ thổ hư yếu sẽ giảm hoặc mất khả năng vận hoá thủy cốc, tân dịch tụ lại thành đàm thấp, đàm thấp ứ trệ kinh mạch mà gây bệnh.

- Do tiên thiên bất túc (yếu tố thể chất): sách Linh khu thiên “Thọ yếu cương nhu” viết: “Con người ta sinh ra có cương có nhu, có cường có nhược, có dài có ngắn, có âm có dương”. Tiên thiên bất túc làm cho thận khí bất túc, thận dương hư không ôn ấm được tỳ dương, tỳ không vận hóa được thủy thấp, sinh đàm.

Phát sinh đàm trọc có quan hệ đến tạng tỳ, phế, thận: Tỳ chủ vận hóa, khi tỳ khí hư nhược hoặc tỳ vị bất hòa làm rối loạn vận hóa, tân dịch không được phân bố

sẽ tụ thành đàm. Phế có công năng chủ khí toàn thân và thông điều thủy đạo; nếu phế khí không tuyên giáng, mất khả năng trị tiết thì tân dịch sẽ tụ thành đàm, cho nên nói “Tỳ vi sinh đàm chi nguyên, phế vi trừ đàm chi khí”. Thận tàng nguyên âm nguyên dương, chủ quản trao đổi thủy dịch, nếu thận dương bất túc, khí hóa bất lợi thủy dịch nội đình sẽ sinh đàm. Tam tiêu là đường vận hành thủy dịch còn bàng quang tàng trữ nước tiểu, nếu khí hóa bất lợi, rối loạn bài tiết thủy dịch sẽ tụ thủy thành ẩm, ẩm ngưng tụ thành đàm. Đàm ẩm sau khi hình thành theo khí đi các nơi, ngoài đến cân xương, trong đến tạng phủ làm ảnh hưởng đến sự vận hành khí huyết và sự thăng giáng của khí gây ra chứng bệnh ở các bộ phận khác nhau trong cơ thể.

***Cơ chế bệnh sinh**

Bệnh có đặc điểm “bản hư, tiêu thực” “tiêu” là đàm trọc, huyết ứ, “bản” là công năng tạng phủ hư tổn trong đó liên quan đến tỳ, thận, can, tâm mà đặc biệt là hai tạng tỳ và thận. Do ẩm thực thất điều, thất tình hoặc tiên thiên bất túc làm cho công năng của các tạng phủ rối loạn, hư suy [9].

- Tạng tỳ: Tỳ là nguồn sinh đàm. Tỳ khí hư không vận hóa được thủy thấp làm cho chất thanh khó thăng lên, chất trọc khó giáng xuống, chất tinh vi của thủy cốc không thể vận hóa, lưu chuyển được bình thường, tụ lại mà hóa thành đàm trọc gây ra bệnh. Mặt khác, do tỳ thổ suy yếu không chế được thủy thấp khiến thủy thấp ngưng đọng lại trong kinh mạch, tạng phủ, bì phu thành đàm, cản trở lưu thông khí huyết, tân dịch, thủy cốc. Do lưu thông khí huyết, tân dịch, thủy cốc giảm sút, việc dinh dưỡng cho các tạng phủ kém đi, dẫn đến mệt mỏi. Mệt mỏi nhiều làm cho khí hoá tại phế, bàng quang giảm sút mà sinh ra đoản khí, hao khí.

Theo Hải Thượng Lãn Ông: "Đàm sinh hoá là do tỳ, căn bản của đàm là do ở thận. Hễ có chứng đàm, không ở tạng nọ thì ở tạng kia. Đàm vốn là tân dịch trong cơ thể, nó tùy theo vị trí tà cảm vào mà thành tên bệnh. Vì chính khí bị hư, không có sự cai quản, tà thừa cơ nhập vào, kích động sinh ra đàm mà không phải vì đàm mà sinh bệnh" [42].

Theo YHCT, "Đàm do tỳ hư không vận hóa được thủy thấp, thận dương hư không ôn dưỡng tỳ dương nên không vận hoá được thủy cốc và không khí hoá được

nước, phế khí hư không túc giáng thông điều thủy đạo, trên lâm sàng thấy: đờm nhiều, ngực sườn đầy tức..." [11], [13].

- Tạng thận: thận là gốc của đàm. Thận dương hư suy, hỏa không ôn ấm được tỳ thổ, thủy thấp tân dịch không hóa khí được tràn lên thành đàm. Thận âm hư, hư hỏa ở hạ tiêu bốc lên hun nấu tân dịch cũng tạo đàm.

- Tạng phế: phế hư mất khả năng túc giáng thông điều thủy đạo, thủy dịch ngưng lại thành đàm...

- Tạng can: các chứng uất đàm, khí đàm, kinh đàm, phong đàm mà cổ nhân đã nói không có loại nào mà không có quan hệ tới can. Tình chí uất kết gây tổn thương đến can, can khí uất kết khắc tỳ thổ làm tỳ thổ tổn thương không vận hoá được thủy thấp gây đàm trệ.

1.3.3. Mối liên quan giữa chứng đàm ảm và nguyên nhân gây bệnh của y học hiện đại

YHCT coi đàm ảm có liên quan đến sự lưu thông thủy dịch, sự mạnh yếu của các tạng, đặc biệt là tạng tỳ. Tuổi càng cao (lão suy) đàn ông thận khí kém, phụ nữ mạch xung nhâm suy yếu, thiên quý cạn, các tạng tỳ, phế, thận đều yếu, vận hoá thủy thấp đình trệ gây chứng đàm thấp ú trệ [1], [38]. RLLPM là bệnh do rối loạn chuyển hoá. Bệnh lý có liên quan đến tuổi, ăn uống hấp thu, chuyển hoá di truyền.

Những nghiên cứu lâm sàng đều chỉ ra có mối liên hệ giữa RLLPM và chứng đàm ảm [15], [28], [34], [43].

Trong nhiều năm qua, nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, đặc biệt ở Trung Quốc đã đi sâu phân tích, tìm mối liên hệ giữa RLLPM của YHHĐ với các chứng trạng của YHCT. Căn cứ trên các biểu hiện lâm sàng, người ta thấy giữa RLLPM và chứng đàm thấp có một sự tương đồng khá sâu sắc về bệnh nguyên, bệnh sinh và nguyên tắc điều trị.

Chứng đàm ảm phát sinh do những nguyên nhân chủ yếu sau đây [47]:

Yếu tố thể chất: Do tiên thiên quyết định, thường là tiên thiên bất túc, yếu tố này có thể hiểu tương tự như nguyên nhân di truyền của YHHĐ.

Yếu tố ăn uống (ảm thực): Yếu tố này tương tự như việc ăn quá nhiều thức ăn mỡ động vật và phủ tạng mà YHHĐ thường đưa ra khuyến cáo trong chế độ ăn.

Yếu tố ít vận động thể lực: YHHĐ cũng đề cập đến một trong các nguy cơ của rối loạn lipid máu cũng như các biến cố về tim mạch và xơ vữa mạch máu chính là ít vận động thể lực. Nguyên tắc điều trị RLLPM theo YHHĐ, bên cạnh việc dùng thuốc còn luôn nhấn mạnh đến việc thay đổi lối sống, gồm tuân thủ chế độ ăn dành cho người RLLPM và tăng cường vận động thể lực. Yếu tố tinh thần: Đây chính là yếu tố căng thẳng tinh thần (stress) của YHHĐ.

***Bệnh sinh:** Các yếu tố gây bệnh trực tiếp hoặc gián tiếp làm cho công năng của tạng phủ bị rối loạn hoặc hư tổn, trong đó liên quan nhiều đến tỳ, thận, tâm, can mà đặc biệt là tỳ và thận. Như vậy, ngũ tạng hư tổn đều có thể sinh đàm. Đàm khi sinh ra đi theo khí và phân bố rất rộng, gây ra các chứng đầu thống, huyễn vựng, tâm quý..., với các biểu hiện lâm sàng tương tự như một số triệu chứng có thể gặp ở bệnh nhân RLLPM hoặc bệnh lý tim mạch do xơ vữa của YHHĐ như đau đầu, hoa mắt, tức ngực, dị cảm chân tay [27], [28], [31], [32], [33], [34].

Bảng 1.4. Liên hệ rối loạn lipid máu và chứng đàm ảm

Đặc điểm	Rối loạn lipid máu	Chứng đàm ảm
Nguyên nhân	Yếu tố gen.	Tiên thiên bất túc.
	Ăn nhiều đồ béo ngọt làm tăng cân, béo phì, rối loạn lipid máu.	Âm thực không điều độ khiến tỳ hư, thấp trệ hóa đàm.
	Lối sống tĩnh tại làm tăng cân, kháng insulin.	Cửu ngọa thương khí, cửu tọa thương nhục.
	Tuổi cao làm suy giảm chức năng chuyển hóa.	Thiên quý suy, công năng tạng phủ suy giảm.
	Tinh thần căng thẳng.	Tình chí tổn hại tạng phủ.
Biểu hiện	Tăng Lipid máu, thừa cân, tăng huyết áp, bệnh lý tim mạch...	Thể trạng đàm thấp, nặng nề, huyễn vựng, tâm quý.

1.4. Một số cách phân loại thể bệnh rối loạn lipid máu theo Y học cổ truyền trong y văn

1.4.1. Theo y văn trên thế giới

Theo tài liệu bệnh chứng và chứng trạng y học cổ truyền, Nhà xuất bản Khoa học Kỹ thuật Y dược Trung Quốc năm 2010, phân RLLPM với 5 thể như sau [59]:

- *Đàm trọc ứ trệ:*

Triệu chứng: Hình thể béo phì, đầu căng nặng, tức nặng ngực, tay chân tê mỏi nặng nề. Có thể kèm theo tâm quý, mất ngủ, nhạt miệng, ăn kém. Chất lưỡi bệu, rêu trơn ướt, mạch huyền hoạt.

- *Tỳ thận dương hư:*

Triệu chứng: Sợ lạnh, chân tay lạnh, mệt mỏi vô lực, chóng mặt, đi ngoài phân nát, ăn kém, bụng đầy chướng. Chất lưỡi nhợt, rêu trắng, mạch trầm tế.

- *Can thận âm hư:*

Triệu chứng: Chóng mặt, ù tai, lưng gối mỏi, ngũ tâm phiền nhiệt, đạo hãn, miệng khô, mất ngủ, hay quên. Chất lưỡi đỏ, ít rêu, mạch tế sắc.

- *Âm hư dương cương:*

Triệu chứng: Đau choáng, phiền táo, dễ cáu gắt, mặt đỏ, miệng đắng, mất ngủ, đại tiện táo, tiểu tiện sền đỏ. Chất lưỡi đỏ hoặc tím, rêu vàng, mạch huyền.

- *Khí trệ ứ lạc:*

Triệu chứng: Ngực sườn đầy tức, đau nhói vùng trước tim, tâm phiền bất an, đầu lưỡi và rìa lưỡi có điểm ứ huyết, mạch huyền khẩn.

1.4.2. Theo y văn tại Việt Nam

❖ Phân loại với 3 thể lâm sàng

Trong “Bệnh học Nội khoa YHCT” năm 2016 của trường Đại học Y Hà Nội, chia RLLPM ra 3 thể bệnh là: thể Tỳ hư đàm thấp, thể Tỳ thận lưỡng hư và thể Can thận âm hư [29]:

- *Thể tỳ hư đàm thấp*

Triệu chứng: Người có cảm giác mệt mỏi, ăn kém, chán ăn, bụng đầy, người béo bệu, tứ chi nặng nề. Đại tiện phân nát, rêu lưỡi trắng dày, lưỡi bệu có hàn răng, mạch hoạt.

- *Thể tỳ thận lưỡng hư*

Triệu chứng: Người lạnh, chân tay lạnh, lưng gối đau mỏi, đại tiện phân nát, bụng đầy trướng, tứ chi nặng nề, người béo bệu, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng nhờn, mạch trầm trì.

- *Thể can thận âm hư*

Triệu chứng: Chóng mắt, hoa mắt, hay quên, mất ngủ, tai ù, miệng khô họng táo, đau tức vùng mạng sườn, lưng gối đau mỏi, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng, mạch tế sắc.

❖ **Phân loại với 4 thể lâm sàng**

Sách Lão khoa YHCT năm 2009, chia RLLPM ra 4 thể bệnh là: Thể đàm trệ, thể thấp nhiệt, thể khí trệ huyết ứ và thể thận dương hư như sau [25], [26].

- *Thể đàm trệ*

Triệu chứng: Thể trạng béo bệu, tức ngực, chân tay nặng nề, cảm giác rã rời, vô lực, bụng trướng, miệng dính, khó nuốt, cảm giác buồn nôn hoặc nôn, lưỡi dính nhớt, mạch huyền hoạt.

- *Thể thấp nhiệt*

Triệu chứng: Đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, tức ngực, phiền nhiệt, cơ thể như bị bó, thể trạng béo, miệng khô, khát, đại tiện phân nát hoặc lỏng, cảm giác nóng hậu môn, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhớt, mạch hoạt hoặc hoạt sắc.

- *Thể khí trệ huyết ứ*

Triệu chứng: Đau tức ngực hoặc đau đầu, hoa mắt chóng mặt, đau cố định một chỗ, chân tay tê bì, chất lưỡi đậm nhạt, rêu lưỡi trắng nhớt, chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết, mạch vi sáp hoặc kết đại.

- *Thể thận dương hư*

Triệu chứng: Hoa mắt chóng mặt, mệt mỏi vô lực, sơ lạnh chân tay lạnh, lưng gối mỏi yếu, tiểu tiện nhiều lần, mạch trầm vi.

❖ **Phân loại 6 thể lâm sàng**

Trong “Bệnh học Nội khoa YHCT – Giáo trình giảng dạy sau Đại học” năm 2006 chia RLLPM ra 6 thể lâm sàng theo YHCT như sau [9]:

- *Thể đàm thấp nội trở*

Triệu chứng: Hình thể béo bệu, hay ăn các chất bổ ngọt béo, đầu đau căng, bụng ngực bĩ tức, buồn nôn hoặc nôn khan, miệng khô không khát, tứ chi gầy gò, chi thể nặng nề, ma mộc tê mỏi, bụng trướng, rêu lưỡi nhuận nhờn, mạch huyền hoạt.

- *Thể đàm nhiệt phủ thực*

Triệu chứng: Hình thể trắng thực, đại tiện bí kết, ngực tâm phúc trướng, đầu căng chướng, tính tình cáu gắt, miệng đắng, tâm phiền, mặt hồng, mắt đỏ, rêu lưỡi vàng nhờn, chất lưỡi hồng, mạch huyền hoạt có lực.

- *Thể tỳ thận dương hư*

Triệu chứng: Lưng gối mỗi mệt, chi lạnh, sợ hàn, tinh thần bất thư, mặt phù chi lạnh, tứ chi thiếu lực, đại tiện lỏng nát, đi đái nhiều, lưỡi bệu nhợt, rìa lưỡi có hàn răng, rêu lưỡi trắng dày, mạch trầm trì.

- *Thể can thận âm hư*

Triệu chứng: Lưng gối đau mỏi, ngũ tâm phiền nhiệt, hình gầy, hay mệt, đầu choáng, tai ù, tự hãn, miệng khô, họng ráo, lưỡi đỏ ít rêu, mạch tế sắc.

- *Thể đàm ứ giao trở*

Triệu chứng: Tâm hung thống, hình thể béo, chi thể trầm nặng, tê mỏi, chất lưỡi xám tía hoặc có điểm ứ, ban ứ, rêu nhờn, mạch huyền hoạt hoặc mạch sáp.

- *Thể can uất tỳ hư*

Triệu chứng: Đau 2 mạng sườn, đau không cố định, mệt mỏi ăn kém, tinh thần bất định, đại tiện lỏng nát, kinh nguyệt không đều, quanh vú trướng đau, rêu lưỡi mỏng nhờn, mạch huyền.

Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng cách phân loại này để nghiên cứu mối liên quan về rối loạn lipid máu với các thể trong YHCT.

1.5. Một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam

1.5.1. Một số nghiên cứu trên thế giới

- Nghiên cứu của Thẩm Thiệu Công, Vương Thừa Đức, Diêm Hy Quân (2001) chia 4 thể bệnh trên lâm sàng: Đàm trọc trung trở, khí trệ huyết ứ, can uất tỳ hư, can thận âm hư [60].

- Theo những tài liệu gần đây nhất của YHCT Trung Quốc: Nghiên cứu của Vương Giai, Hà Khánh Dũng (2010) chia 5 thể bệnh chứng đàm ảm trên lâm sàng: Đàm trọc ứ trệ, tỳ thận hư, can thận lưỡng hư, âm hư dương cương, khí trệ ứ lạc [59].

- Khảo sát tại Liêu Ninh Trung Quốc năm 2013 đã tìm ra 36,9% trong 11.956 người bị RLLPM, cụ thể tăng TC: 16,4%; giảm HDL-C: 13,8%; tăng LDL-C: 7,6%;

tăng TG: 17,3% [58].

- Nghiên cứu của tác giả Chu Vinh năm 2000 trên 124 người bệnh tăng huyết áp thu được kết quả như sau: 62,1% người bệnh được chẩn đoán rối loạn lipid máu. Trong đó, tăng TC chiếm tỷ lệ 37,9%; tăng TG là 24,2%; tăng LDL-C chiếm 16,1% [46].

- Theo dự đoán của tổ chức EPicast, năm 2015 có khoảng 581 triệu người mắc rối loạn chuyển hóa lipid ở 8 nước Mỹ, Pháp, Đức, Italy, Tây Ban Nha, Anh, Nhật và Trung Quốc. Con số này sẽ tăng lên đến 680 triệu người vào năm 2025, với tỷ lệ tăng hàng năm là 1,71% [56].

1.5.2. Một số nghiên cứu ở Việt Nam

Theo Báo cáo điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ các bệnh không lây nhiễm của Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế, kết quả nghiên cứu Steps năm 2015: Tỷ lệ thừa cân béo phì (BMI \geq 25kg /m²): 15,6%, tỷ lệ tăng TC máu (\geq 5,0 mmol/L) là 30,2% [22], [23].

- Nghiên cứu của Tăng Thị Bích Thủy (2007) khi nghiên cứu 30 người bệnh RLLPM cho thấy tỉ lệ chứng trạng thể Tỳ hư đàm thấp chiếm tỷ lệ cao nhất [37].

- Nghiên cứu của Trần Thị Thu Vân (2013) khi phân loại và điều trị hội chứng rối loạn lipid máu theo các thể bệnh tại bệnh viện Tuệ Tĩnh từ năm 2008-2013 cho thấy: Người bệnh RLLPM thể đàm trọc trở trệ chiếm tỉ lệ cao nhất (25,1 %), tiếp đến là thể can thận âm hư (24%), thể tỳ thận dương hư (22,2%), thể âm hư dương khang (14,6%) và thấp nhất là thể khí trệ huyết ứ (14,1%) [43].

- Nghiên cứu của Tạ Thu Thủy (2016) khi đánh giá tác dụng điều trị hội chứng rối loạn lipid máu của cao lỏng đại an, kết quả phân loại rối loạn lipid máu cho thấy số người bệnh RLLPM thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất (48,3%), tiếp đến là thể tỳ thận dương hư (29,2%) và Can thận âm hư (22,5%). Thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỉ lệ phần trăm cao nhất ở các người bệnh RLLPM [39].

- Nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Huyền, Hà Trần Hưng, Khúc Thị Hương (2015) khi nghiên cứu đặc điểm các chỉ số Lipid máu và non-HDL-C ở bệnh nhân Đái tháo đường cao tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch cho thấy: tăng chỉ số non-

HDL-C là 36,6%, đồng thời tăng non-HDL-C có liên quan với việc gia tăng các biến chứng tim mạch như bệnh mạch vành và tăng huyết áp [25].

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

- Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hòa (2019) khi phân loại và điều trị hội chứng rối loạn lipid máu theo các thể bệnh tại bệnh viện Tuệ Tĩnh, bệnh viện YHCT Bộ Công an, bệnh viện đa khoa YHCT Hà nội năm 2019 cho thấy: Người bệnh RLLPM thể đàm trọc ú trệ chiếm tỉ lệ cao nhất (27,2 %), tiếp đến là thể can thận âm hư (18,8%), thể tỳ thận dương hư (16,1%), thể âm hư dương cương (14,3%), thể can uất tỳ hư (14,3%) và thấp nhất là thể khí trệ huyết ú (9,4%) [19].

Nhìn chung, các đề tài mới chỉ là bước đầu nghiên cứu, mang tính quan sát, chưa đi sâu nghiên cứu các chứng trạng, chứng hậu y học cổ truyền để từng bước xây dựng các tiêu chí đánh giá, chẩn đoán, điều trị cụ thể, chưa đề cập đến nghiên cứu mối liên quan của chỉ số Non- HDL-C và đặc điểm lâm sàng theo YHCT ở bệnh nhân rối loạn Lipid máu. Vì vậy, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và mối liên quan chỉ số Non-HDL-C với các thể Y học cổ truyền ở bệnh nhân rối loạn lipid máu đảm bảo vừa có tính khoa học vừa có tính ứng dụng cao trong điều trị là cần thiết để ứng dụng vào lâm sàng sau này, góp phần giúp cho các nhà nghiên cứu y học có thêm góc nhìn khoa học và khách quan trong nghiên cứu y học cổ truyền, từng bước phát triển nền YHCT Việt Nam.

1.6. Giới thiệu chung về Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp

Quận Gò Vấp là một quận thuộc Thành phố Hồ Chí Minh, chính vì vậy nhu cầu chăm sóc sức khỏe tại đây đang ngày được nâng cao và cải thiện đáng kể. Tại đây luôn có nhiều bệnh viện có dịch vụ chất lượng và đầy đủ đã làm hài lòng rất nhiều người.

Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp Là một trong những bệnh viện tuyến quận của Thành phố Hồ Chí Minh. Từ khi thành lập cho đến nay, Bệnh viện Gò Vấp luôn là địa chỉ đáng tin cậy mà nhiều người bệnh lựa chọn. Với đội ngũ các bác sĩ và nhân viên y tế giàu kinh nghiệm, có lòng nhiệt huyết gắn bó với người bệnh. Hiện nay,

Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp được xây dựng với nhiều khoa phòng, các trang thiết bị cơ bản phục vụ cho việc khám bệnh thông thường, bệnh viện cũng sẽ đầu tư thêm trang thiết bị mới nhằm phục vụ người bệnh ngày càng tốt hơn. Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp hiện nay có quy mô 300 giường bệnh được trang bị một số thiết bị y tế hiện đại. Địa chỉ Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp: số 641, đường Quang Trung, Phường 11, Gò Vấp, Thành phố Hồ Chí Minh.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng

Người bệnh chẩn đoán xác định có RLLPM đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp trong thời gian từ tháng 12/ 2018 đến tháng 11/ 2019.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

***Người bệnh được lựa chọn nghiên cứu phải đảm bảo các tiêu chuẩn sau:**

Từ 18 tuổi trở lên không phân biệt giới tính, nghề nghiệp.

Người bệnh được chẩn đoán rối loạn chuyển hóa lipid máu theo tiêu chuẩn NCEP – ATP III (2001). Trong đó bắt buộc có một hoặc nhiều các chỉ số lipid máu đạt tiêu chuẩn sau: [15]

- Tăng Cholesterol toàn phần: ≥ 200 mg/dL ($\geq 5,20$ mmol/L).
- Tăng Triglycerid: ≥ 200 mg/dL ($\geq 1,70$ mmol/L).
- Tăng LDL-C: ≥ 130 mg/dL (3,40 mmol/L).
- Giảm HDL-C: ≤ 40 mg/dL ($\leq 1,03$ mmol/L) [15].

Người bệnh chưa từng dùng thuốc hạ lipid hoặc ngừng thuốc hạ lipid máu 2 tuần trở lên.

Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh dưới 18 tuổi.
- Người bệnh RLLPM thứ phát sau sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chuyển hoá lipid máu như: Corticoid, Oestrogen, Progesterol, thuốc chẹn Beta giao cảm.
- Người bệnh được chẩn đoán mắc các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, suy gan, suy thận nặng, hội chứng thận hư, suy tuyến giáp.
- Người bệnh là phụ nữ có thai, cho con bú.
- Người bệnh có suy giảm trí nhớ nặng, khó giao tiếp để thu thập thông tin, người bệnh có vấn đề sức khoẻ tâm thần kinh.

- Người bệnh không hoàn thành toàn bộ câu hỏi trong bộ câu hỏi phỏng vấn và/hoặc không hợp tác trong quá trình thăm khám hoặc không thể thực hiện quá trình thăm khám.

2.2. Thời gian nghiên cứu

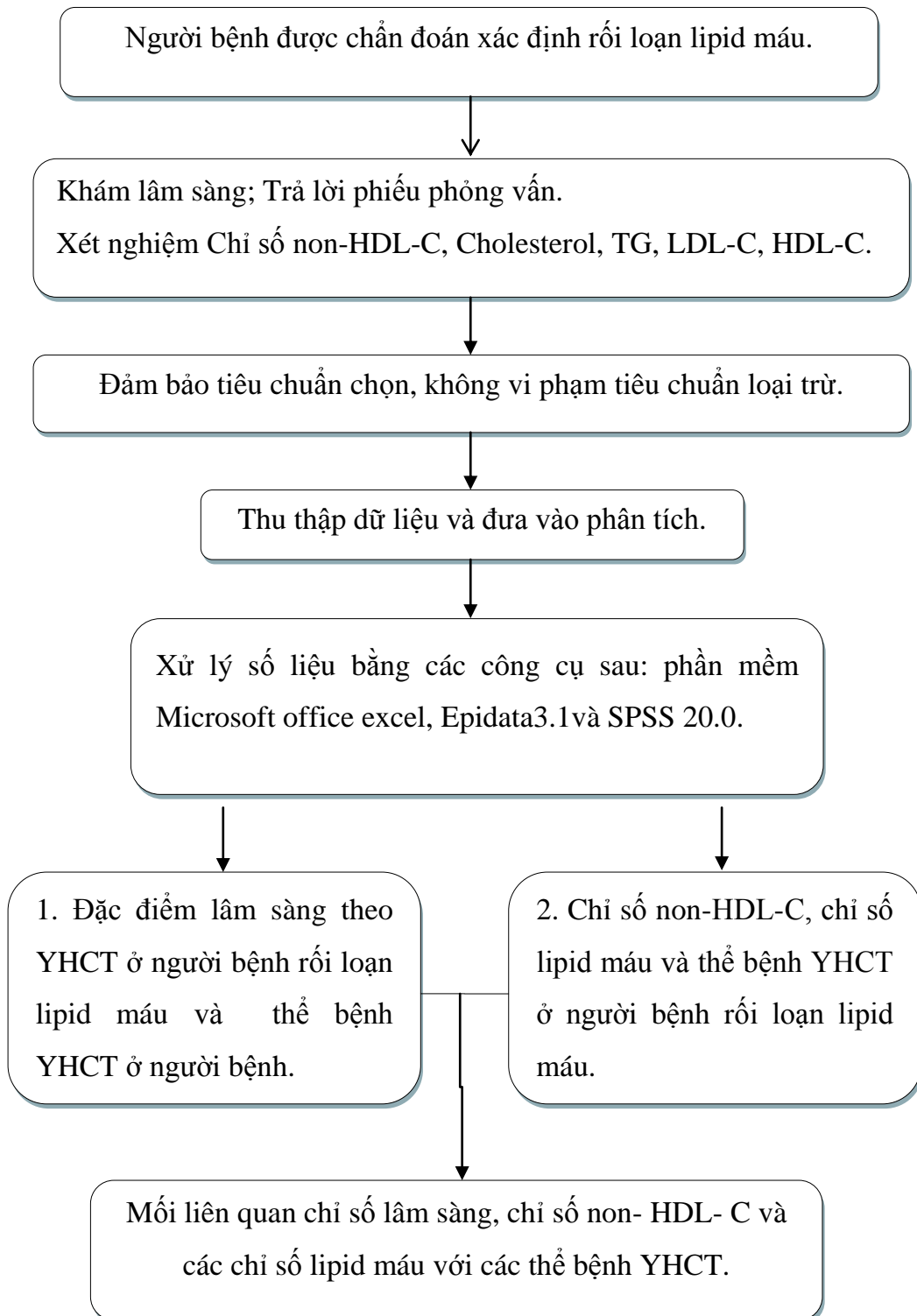
Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 12/ 2018 đến tháng 11/ 2019.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp.
- Địa chỉ Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp: số 641, Quang Trung, Phường 11, Gò Vấp, Thành phố Hồ Chí Minh.

2.4. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu cắt ngang.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

2.5. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

*Cỡ mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ nghiên cứu cắt ngang như sau:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{1-p}{\varepsilon^2 p} \quad (1) \text{ [WHO, Sample size software, ngày 30 tháng 5 năm}$$

2013]

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức ý nghĩa 95%, chọn $\alpha = 0,05$ ta có:

$$Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96 \text{ tra từ bảng Z.}$$

$p = 0,3$ (Căn cứ vào tỷ lệ người bệnh tăng cholesterol toàn phần tại điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015) [22], [23].

$\varepsilon = 0,15$ là khoảng sai lệch tương đối mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể.

→ thay vào công thức (1) về lý thuyết ta có:

$$n = 1,96^2 \frac{1 - 0,3}{0,15^2 \cdot 0,3} = 399$$

Thực tế thu được: 400 người bệnh

***Cách chọn mẫu:** Chọn thuận tiện những người bệnh đạt yêu cầu và tiêu chuẩn.

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Bảng 2.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Nhóm biến số	Biến số	Loại biến số	Công cụ và cách thu thập
Tuổi	Tuổi theo năm dương lịch.	Liên tục	
Giới tính	Nam/ Nữ.	Nhị phân	
Nghề nghiệp	Nội trợ/ Hưu trí/ Công nhân/ Cán bộ nhân viên/ Tự do.	Danh mục	
BMI	Chiều cao; Cân nặng	Danh mục	
Thành phần lipid máu	TC/ TG/ HDL-C/ LDL-C/ non-HDL-C.	Danh mục	
Thể bệnh YHCT	<ul style="list-style-type: none"> - Các chứng trạng theo Vọng chẩn. - Các chứng trạng theo Văn chẩn. - Các chứng trạng theo Vấn chẩn. - Các chứng trạng theo Thiết chẩn. Phân thể theo 6 thể: <ul style="list-style-type: none"> - Thể đàm trọc ú trệ. - Thể âm hư dương cương. - Thể can thận âm hư. - Thể tỳ thận dương hư. - Thể khí trệ huyết ú. - Thể can tuất tỳ hư. 	Danh mục	

***Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:** Chứng trạng lâm sàng bao gồm 62 chứng trạng thuộc các nhóm: vọng chẩn, văn chẩn, vấn chẩn, thiết chẩn.

Bảng 2.2. Chứng trạng thu thập qua vọng chẩn

Chứng trạng (19)	
Hình thể béo	Rêu lưỡi trắng nhớt
Hình thể gầy	Rêu lưỡi trắng
Sắc mặt đỏ	Rìa lưỡi có hằn răng

Mắt đỏ	Rêu lưỡi mỏng
Chất lưỡi đỏ	Rêu lưỡi vàng nhợt
Lưỡi đỏ ít rêu	Tâm phiền (bất an, sốt ruột)
Lưỡi bệu nhợt	Tinh thần bất định (hay sợ hãi)
Chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết	Tinh thần bất thư
Rêu mỏng nhợt	Tính tình cáu gắt
Tứ chi gày gò	

Bảng 2.3. Chứng trạng thu thập qua văn chẩn

Chứng trạng (1)
Nôn khan thành tiếng

Bảng 2.4. Chứng trạng thu thập qua vấn chẩn

Chứng trạng (35)	
Sợ lạnh	Tai ù
Ngũ tâm phiền nhiệt	Bụng ngực bí tức
Đạo hãn	Bụng trướng
Miệng đắng	Lung gỏi đau môi
Miệng khô không khát	Đau mạng sườn
Miệng khô họng táo	Quanh vú trướng đau
Miệng nhạt chán ăn	Ngực trướng
Buồn nôn	Tứ chi nặng nề, tê bì
Đại tiện lỏng nát	Tứ chi thiếu lực
Đại tiện bí kết	Cơ thể nặng nề
Đại tiện táo kết	Ma mốt tê mõi
Tiểu đêm nhiều lần	Hay quên
Tiểu tiện sền đỏ	Hay mơ
Đầu đau căng	Mất ngủ
Đầu trướng	Hay mệt
Đầu nặng	Tâm quý
Hoa mắt	Kinh nguyệt không đều

Chóng mặt	
-----------	--

Bảng 2.5. Chứng trạng thu thập qua thiết chẩn

Chứng trạng (7)	
Chi lạnh	Mạch huyền hoạt
Mạch trầm tế	Mạch huyền hữu lực
Mạch sáp	Mạch tế sắc
Mạch huyền	

***Mô tả một số yếu tố liên quan giữa chỉ số non-HDL-C, các chỉ số lipid máu với các thể bệnh YHCT**

- Mỗi liên quan giữa 6 thể bệnh với tình trạng rối loạn TC.
- Mỗi liên quan giữa 6 thể bệnh với tình trạng rối loạn TG.
- Mỗi liên quan giữa 6 thể bệnh với tình trạng rối loạn HDL-C.
- Mỗi liên quan giữa 6 thể bệnh với tình trạng rối loạn LDL-C.
- Mỗi liên quan giữa 6 thể bệnh với tình trạng rối loạn non -HDL-C.

2.7. Công cụ và quy trình thu thập thông tin

2.7.1. Điều tra viên, công cụ nghiên cứu

- Điều tra viên: Bác sĩ chuyên khoa YHCT được tập huấn đại diện cán bộ Bệnh viện Gò Vấp trực tiếp khám và thu thập thông tin về sức khỏe người bệnh.

- Công cụ gồm: Bệnh án nghiên cứu + phiếu thu thập thông tin: Các thông tin về người bệnh được Bác sĩ YHCT ghi chép đầy đủ vào bệnh án, theo một mẫu thống nhất. Bệnh án nghiên cứu bao gồm 2 phần chính: Phần 1: Phần thông tin chung; Phần 2: Bệnh án bao gồm bệnh án y học hiện đại và bệnh án y học cổ truyền.

- Tất cả người bệnh được làm xét nghiệm lipid máu bằng máy xét nghiệm sinh hóa nhãn hiệu Beckman coulter – Model: AU640 do Mỹ sản xuất năm 2018.

- Huyết áp (HA): Đo HA thường qui, sử dụng máy đo nhãn hiệu ALPK2 do Nhật Bản sản xuất năm 2018, được hiệu chỉnh bằng huyết áp kế thủy ngân.

- Cân nặng + Đo chiều cao: vào buổi sáng lúc đói, bằng thước + cân đồng hồ nhãn hiệu Nhơn Hòa sản xuất năm 2018.

2.7.2. Quy trình thu thập thông tin

**Cách tiến hành:*

- Xin phép lãnh đạo Bệnh viện đa khoa Gò Vấp để triển khai nghiên cứu đề tài tại Bệnh viện.
- Xây dựng bệnh án nghiên cứu người bệnh rối loạn lipid máu dựa trên mục tiêu, biến số chỉ số nghiên cứu.
- Liên hệ với phòng Hành chính – Kế hoạch tổng hợp và khoa phòng của các Bệnh viện để thống nhất phương án triển khai kế hoạch nghiên cứu.
- Bác sĩ YHCT đã được tập huấn thực hiện thu thập thông tin trên đối tượng người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu và đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Giải thích cho người bệnh về ý nghĩa của nghiên cứu với bệnh viện, với sức khỏe của họ, của nhân dân, với ngành y tế nói chung để họ sẵn sàng tham gia vào nghiên cứu.
- Điều tra viên là Bác sĩ YHCT đã được tập huấn phỏng vấn từng người bệnh đã đồng ý tham gia vào nghiên cứu theo bệnh án nghiên cứu đã xây dựng.
- Sau khi phỏng vấn xong, điều tra viên soát lại bệnh án để tránh bỏ sót hoặc điền sai thông tin.

**Khám lâm sàng:*

- Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi vọng chẩn như sau: Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng, chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết, rêu lưỡi vàng, hình thể béo, rêu mỏng nhớt, hình thể gầy, rêu lưỡi mỏng, mặt đỏ, rìa lưỡi có hần răng, mắt đỏ, tinh thần bất thư, lưỡi bệu nhợt, tinh thần bất định, lưỡi đỏ ít rêu, tâm phiền, rêu lưỡi trắng nhớt.
- Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi vấn chẩn: Nôn khan.
- Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi vấn chẩn như sau: Buồn nôn, mệt mỏi, bụng ngực bí tức, miệng khô không khát, tính tình cáu gắt, miệng đắng, chi thể nặng nề, miệng khô họng táo, chóng mặt, miệng nhạt chán ăn, đại tiện lỏng nát, ngũ tâm phiền nhiệt, đại tiện bí kết, lưng gối đau mỏi, đạo hãn, quanh vú trướng đau, đầu căng trướng, sợ lạnh, đầu choáng, tâm quý, đầu nặng, tai ù, đau mạng sườn, tiểu tiện đỏ, kinh nguyệt không đều, tiểu đêm nhiều lần, ma mộc tê mỏi, tứ chi thiếu lực.
- Khai thác chứng trạng thuộc phạm vi thiết chẩn: Chi lạnh, mạch huyền, mạch huyền hoạt, mạch huyền hư lực, mạch sáp, mạch trần tế, mạch sáp.

**Xét nghiệm thành phần lipid máu:*

- Xét nghiệm các thành phần lipid máu bao gồm: TC, TG, HDL-C, LDL-C, non-HDL-C.

2.7.3. Cách đánh giá

- Các đặc điểm chung về người bệnh nghiên cứu: Tên, tuổi, giới, nghề nghiệp.

2.7.3.1. Đánh giá về BMI

- Chỉ số khối cơ thể (BMI - Body Mass Index): được tính theo công thức:

$$\text{BMI} = \text{Cân nặng} / [(\text{Chiều cao})^2].$$

- Phân loại thừa cân - béo phì theo Khuyến nghị của cơ quan khu vực Tây Thái Bình Dương thuộc Tổ chức Y tế Thế giới (WPRO) và Hội nghiên cứu béo phì quốc tế phối hợp với Viện nghiên cứu bệnh đái tháo đường quốc tế (IDI) đề ra tiêu chuẩn phân loại thừa cân - béo phì dành cho những người trưởng thành châu Á.

2.7.3.2. Đánh giá chỉ số Lipid máu

- Các chỉ số cận lâm sàng xét nghiệm các thành phần lipid máu (TC, TG, HDL-C, LDL-C, tính non-HDL-C): Người bệnh được lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng khi chưa ăn và cách bữa ăn hôm trước ít nhất là 12 giờ.

2.7.3.3. Đánh giá chỉ số Huyết áp

- Nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo tránh những tác động của vận động và căng thẳng thần kinh.

2.7.3.4. Cách phân loại thể bệnh Y học cổ truyền đối với rối loạn lipid máu

Phân thể theo 6 thể:

- Thể đàm trọc ú trệ.
- Thể âm hư dương cương.
- Thể can thận âm hư.
- Thể tỳ thận dương hư.
- Thể khí trệ huyết ú.
- Thể can tuất tỳ hư.

Dựa vào các chứng trạng thu thập theo vọng chân, vân chân, vấn chân, thiết chân trên lâm sàng.

2.8. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

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

**Một số biện pháp khắc phục sai số*

Tất cả các người bệnh được làm xét nghiệm trên cùng một máy xét nghiệm+ các công cụ cân đo trên cùng một máy tại bệnh viện.

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

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

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

Tập huấn kỹ cho điều tra viên về bộ câu hỏi nhằm thống nhất nội dung từng câu hỏi.

Phiếu điều tra được giám sát ngay trong ngày điều tra.

Đối tượng được thỏa thuận tự nguyện tham gia nghiên cứu, khi đó thì thông tin sẽ chính xác hơn.

Để hạn chế thiếu sót thông tin, có quá trình giám sát trọng điều tra thu thập số liệu, trong đó các phiếu điều tra được điều tra viên kiểm tra ngay sau khi người tham gia hoàn thành phiếu phỏng vấn để yêu cầu bổ sung những thông tin còn thiếu.

Nhóm nghiên cứu được tập huấn và tuân thủ quy trình nghiên cứu chặt chẽ, đảm bảo vấn đề đạo đức nghiên cứu, đối tượng tham gia nghiên cứu không ghi hay kí tên vào phiếu điều tra.

2.9. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu sau khi thu thập sẽ được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epidata3.1, SPSS20.với sự hỗ trợ của phần mềm Microsoft office excel.

- Số liệu được phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình, trung vị bằng T test..

- Các biến số định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm. So sánh tỷ lệ giữa các biến định tính được kiểm định bằng test χ^2 , Fisher's exact test.

-Mức ý nghĩa thống kê được chọn mặc định là 95% ($\alpha = 0.05$).

2.10. Đạo đức trong nghiên cứu

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

- Nghiên cứu phải được thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương Luận Văn Thạc sỹ Y học chuyên ngành YHCT và Hội đồng Đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

- Nghiên cứu phải được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện đa khoa Gò Vấp.

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

- Điều tra trên những đối tượng tự nguyện đồng ý cộng tác, không ép buộc và trên tinh thần tôn trọng.

- Việc phỏng vấn được tiến hành vào thời điểm thuận tiện cho đối tượng nghiên cứu.

- Các thông tin cá nhân được đảm bảo bí mật.

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh. Tất cả các người bệnh đều được cung cấp một bản thông tin về nghiên cứu, được giải đáp tất cả các thắc mắc về quá trình thăm khám, hỏi bệnh, thông tin về bệnh tật khi nghiên cứu được diễn ra từ đó đề xuất các giải pháp can thiệp, tác động, hiệu quả tới công tác đào tạo chăm sóc và dự phòng chứ không có mục đích nào khác.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 400 người bệnh RLLPM tại Bệnh viện đa khoa Gò Vấp. Nhóm nghiên cứu thu thập chứng trạng và tiến hành phân thể lâm sàng dựa trên lý luận về đặc điểm bệnh và cơ chế bệnh sinh kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm về người bệnh nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm người bệnh theo nhóm tuổi và giới

Bảng 3.1. Đặc điểm người bệnh theo nhóm tuổi và giới

Giới \ Nhóm tuổi	Nam		Nữ		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
18 – 49 tuổi	23	13,61	12	5,19	0,001
50 – 69 tuổi	90	53,25	110	47,62	
Từ 70 tuổi trở lên	56	33,14	109	47,19	
Tổng số	169	100	231	100	
($\bar{X} \pm SD$) năm	64,01 \pm 12,12		68,74 \pm 12,14		

Nhận xét:

Tỷ lệ người bệnh là nữ giới thuộc nhóm tuổi từ 50 đến 69 tuổi bị RLLPM chiếm 47,62%; tỷ lệ này ở nhóm nam giới là 53,25%. Nhóm người bệnh nữ có độ tuổi dưới 50 chỉ chiếm tỷ lệ 5,19%; tỷ lệ này ở nam giới cao hơn là 13,61%. So sánh giữa tỷ lệ người bệnh theo nhóm tuổi giữa nhóm nam giới và nữ giới khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$).

So sánh tuổi trung bình của nhóm nữ giới cao hơn nhóm nam giới. Tuổi trung bình của nam giới là: 64,01 \pm 12,12 (tuổi); trong khi đó tuổi trung bình của nữ giới là: 68,74 \pm 12,14 (tuổi).

3.1.2. Đặc điểm người bệnh theo nghề nghiệp

Bảng 3.2. Đặc điểm người bệnh theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nội trợ	167	41,75
Hưu trí	93	23,25
Tự do	62	15,50
Công nhân	46	11,50
Cán bộ nhân viên	32	8,00

Nhận xét:

Tỷ lệ này đa số đối tượng tham gia nghiên cứu làm nghề tự do, hưu trí, nội trợ, chiếm tỷ lệ: 15,5%; 23,25% và 41,75%. Tỷ lệ người bệnh là công nhân chiếm 11,5%; Chỉ có 8% đối tượng là cán bộ nhân viên.

3.1.3. Đặc điểm người bệnh theo tiền sử bệnh tật

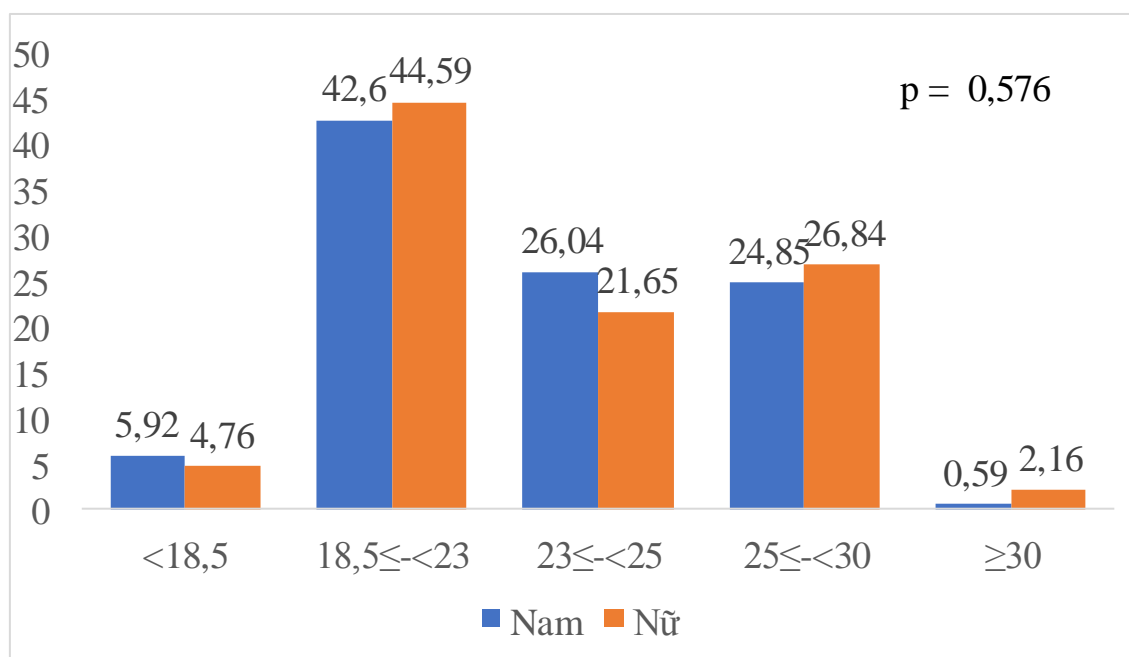
Bảng 3.3. Đặc điểm người bệnh theo tiền sử bệnh tật

Tiền sử bệnh tật	n	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	138	34,50
Tăng huyết áp	151	37,75
Khác	76	19,00
Không	35	8,75

Nhận xét:

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tiền sử mắc bệnh tăng huyết áp cao nhất chiếm 37,75%. Tiếp theo là bệnh đái tháo đường với tỷ lệ 34,50%. Một số bệnh khác như: gout, viêm gan, gan nhiễm mỡ, suy thận, bệnh về cơ xương khớp, ... chiếm tỷ lệ 19,00%. Còn lại, người bệnh không có tiền sử bệnh tật chiếm 8,75%.

3.1.4. Đặc điểm người bệnh theo chỉ số BMI và giới



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm người bệnh theo chỉ số BMI và giới

Nhận xét:

Biểu đồ cho thấy người bệnh thừa cân - béo phì (BMI > 23) chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 giới, nam giới chiếm 51,48%; nữ giới chiếm 50,65%. Trong đó, ở nhóm người bệnh nam chiếm 0,59% béo phì nặng (BMI ≥ 30); tỷ lệ này ở nữ giới chiếm 2,16%. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có BMI ở mức gầy thuộc nhóm nữ giới chiếm tỷ lệ 4,76% thấp hơn ở nam giới chiếm 5,92%. Sự khác biệt về chỉ số BMI theo giới tính không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,576$).

3.1.5. Đặc điểm người bệnh theo chỉ số lipid máu và giới

Bảng 3.4. Đặc điểm người bệnh theo chỉ số lipid máu và giới

Chỉ số	Giới		Chung (n = 400) ($\bar{X} \pm SD$) (mmol/l)	p
	Nam (n = 169) ($\bar{X} \pm SD$) (mmol/l)	Nữ (n = 231) ($\bar{X} \pm SD$) (mmol/l)		
TC	5,88 ± 1,38	6,34 ± 1,5	6,15 ± 1,46	0,003
TG	2,83 ± 1,78	2,68 ± 1,5	2,74 ± 1,62	0,3
HDL-C	1,04 ± 0,24	1,01 ± 0,23	1,02 ± 0,23	0,07
LDL-C	3,55 ± 1,32	4,11 ± 1,55	3,87 ± 1,48	0,0001
Non-HDL-C	4,84 ± 1,33	5,33 ± 1,47	5,12 ± 1,43	0,0001

Nhận xét: Tỷ lệ cho thấy trung bình hàm lượng TG của nam giới (2,83mmol/l) cao hơn nữ giới (2,68mmol/l); trung bình hàm lượng HDL-C nữ giới (1,01mmol) thấp hơn nam giới (1,04mmol). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Mức độ rối loạn chỉ số TC với trung bình hàm lượng TC của nữ giới (6,34mmol/l) cao hơn nam giới (5,88mmol/l); trung bình hàm lượng LDL-C nữ giới cao hơn nam giới; trung bình hàm lượng non-HDL-C của nam giới (4,84mmol/l) thấp hơn nữ giới (5,33mmol/l). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.1.6. Tỷ lệ người bệnh rối loạn lipid máu theo giới tính

Bảng 3.5. Tỷ lệ người bệnh rối loạn lipid máu theo giới tính

Chỉ số	Giới		Nữ		Tổng		p
	Nam (n = 169)	Nữ (n = 231)	Tổng (n = 400)				
	n	%	n	%	n	%	
Tăng TC	122	72,19	179	77,49	301	75,25	0,225
Tăng TG	95	56,21	119	51,52	214	53,50	0,352
Tăng LDL-C	45	26,63	122	52,81	167	41,75	< 0,01
Giảm HDL-C	160	94,67	146	63,20	306	76,50	< 0,01
Tăng non-HDL-C	56	33,14	142	61,47	198	49,50	< 0,01

Nhận xét: Tỷ lệ cho thấy người bệnh tăng TC (75,25%), giảm HDL-C (76,5%) chiếm tỷ lệ cao. Trong đó:

Tỷ lệ nam giới (72,19%) và nữ giới (77,49%) tăng chỉ số TC chênh lệch nhau không đáng kể. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ nam giới giảm HDL-C chiếm 94,67% cao hơn nữ giới chiếm tỷ lệ 63,2%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ nam giới rối loạn chỉ số non-HDL-C, chỉ số LDL-C thấp hơn nữ giới, sự khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng Y học cổ truyền

3.2.1. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi vọng chẩn

Bảng 3.6. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi vọng chẩn

Chứng trạng	Nhóm Nam (n = 169)		Nhóm Nữ (n = 231)		Chung (n = 400)	
	n	%	n	%	n	%
Hình thể béo	87	51,48	100	43,29	187	46,75
Hình thể gầy	6	3,55	18	7,79	24	6
Sắc mặt đỏ	23	13,61	45	19,48	68	17
Mắt đỏ	24	14,2	34	14,72	58	14,5
Chất lưỡi đỏ	18	10,65	41	17,75	59	14,75
Chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết	22	13,02	42	18,18	64	16
Lưỡi bệu nhợt	23	13,61	55	23,81	78	19,5
Lưỡi đỏ ít rêu	21	12,43	39	16,88	60	15
Rêu lưỡi vàng nhợt	26	15,38	41	17,75	67	16,75
Rêu lưỡi trắng nhợt	25	14,78	50	21,65	75	18,75
Rêu lưỡi trắng	30	17,75	45	19,48	75	18,75
Rêu mỏng nhợt	24	14,2	36	15,58	60	15
Rêu lưỡi mỏng	23	13,61	31	14,42	54	13,5
Rìa lưỡi có hằn răng	27	15,98	43	18,61	70	17,5

Tứ chi gày gò	32	18,93	58	25,11	90	22,5
Tinh thần bất thư	23	13,61	43	18,61	66	16,5
Tinh thần bất định	22	13,02	38	16,45	60	15
Tâm phiền	21	12,43	41	17,75	62	15,5
Tính tình cáu gắt	60	35,5	32	13,85	92	23

Nhận xét: Tỷ lệ cho thấy, trong 19 chứng trạng thu thập trong phần vọng chẩn chứng trạng có tỷ lệ xuất hiện cao nhất là hình thể béo với mức độ xuất hiện là 46,75%, thấp nhất là hình thể gày chiếm 6%.

Ở người bệnh là nam giới các chứng trạng chiếm tỷ lệ cao nhất là: hình thể béo (51,48%); tính tình cáu gắt (35,5%); tứ chi gày gò (18,93%); rêu lưỡi trắng (17,75%). Các chứng trạng còn lại có tỷ lệ tương đương nhau.

Ở người bệnh là nữ giới các chứng trạng chiếm tỷ lệ cao nhất là: hình thể béo (43,29%); tính tình cáu gắt (13,85%); tứ chi gày gò (25,11%). Các chứng trạng còn lại có tỷ lệ xấp xỉ nhau.

3.2.2. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi văn chẩn

Bảng 3.7. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi văn chẩn

Chứng trạng	Nhóm		Nam (n = 169)		Nữ (n = 231)		Chung (n = 400)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nôn khan thành tiếng	28	16,57	51	22,08	79	19,75		

Nhận xét:

Tỷ lệ cho thấy chứng trạng thu thập trong phần văn chẩn là nôn khan thành tiếng chỉ chiếm tỷ lệ là 19,75%.

3.2.3. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi vấn chẩn

Bảng 3.8. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi vấn chẩn

Chứng trạng	Nhóm	Nam (n = 169)		Nữ (n = 231)		Chung (n = 400)	
		n	%	n	%	n	%
Sợ lạnh		25	14,79	49	21,21	74	18,5
Ngũ tâm phiền nhiệt		24	14,20	41	17,75	65	16,25
Đạo hãn		26	15,38	35	15,15	61	15,25
Miệng đắng		23	13,61	35	15,15	58	14,5
Miệng khô họng táo		25	14,79	38	16,45	63	15,75
Miệng khô không khát		24	14,20	47	20,35	71	17,75
Miệng nhạt chán ăn		19	11,24	33	14,29	52	13
Buồn nôn		29	17,16	50	21,65	79	19,75
Đại tiện bí kết		18	10,65	24	10,39	42	10,5
Đại tiện táo kết		26	15,38	42	18,18	68	17
Đại tiện lỏng nát		26	15,38	45	19,48	71	17,75
Tiểu đêm nhiều lần		25	14,79	42	18,18	67	16,75
Tiểu tiện đỏ		26	15,38	40	17,32	66	16,5
Đầu trướng		23	13,61	37	16,02	60	15
Đầu nặng		29	17,16	59	25,54	88	22
Đầu đau căng		24	14,20	41	17,75	65	16,25
Hoa mắt		28	16,57	40	17,32	68	17
Chóng mặt		24	14,20	38	16,45	62	15,5
Tứ chi thiếu lực		25	14,79	40	17,32	65	16,25
Ma mộc tê mõi		29	17,16	57	24,68	86	21,5
Tứ chi nặng nề, tê bì		20	11,83	32	13,85	52	13
Bụng ngực bí tức		25	14,79	53	22,94	78	19,5
Bụng trướng		23	13,61	52	22,51	75	18,75
Lưng gối đau mõi		26	15,38	49	21,21	75	18,75
Đau mạng sườn		21	12,43	47	20,35	68	17

Quanh vú trướng đau	12	7,10	14	6,06	26	6,5
Ngực trướng	28	16,57	40	17,32	68	17
Tai ù	25	14,79	37	16,02	62	15,5
Hay mơ	21	12,43	41	17,75	62	15,5
Hay quên	24	14,20	44	19,05	68	17
Hay mệt	25	14,79	36	15,58	61	15,25
Tâm quý	22	13,02	41	17,75	63	15,75
Kinh nguyệt không đều	0	0,00	3	1,30	3	0,75
Cơ thể nặng nề	31	18,34	50	21,65	81	20,25
Mất ngủ	70	41,42	77	33,33	147	36,75

Nhận xét:

Tỷ lệ khảo sát 35 chứng trạng thuộc phạm vi vấn chẩn kết quả cho thấy: Dấu hiệu mất ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất là 36,75% và chứng trạng kinh nguyệt không đều chỉ xét trên đối tượng nữ giới chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,30 %.

3.2.4. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi thiết chẩn

Bảng 3.9. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng thuộc phạm vi thiết chẩn

Chứng trạng \ Nhóm	Nam (n = 169)		Nữ (n = 231)		Chung (n = 400)	
	n	%	n	%	n	%
Chi lạnh	26	15,38	47	20,35	73	18,25
Mạch huyền	22	13,02	39	16,88	61	15,25
Mạch huyền hoạt	33	19,53	58	25,11	91	22,75
Mạch huyền hoạt sắc	28	16,57	41	17,75	69	17,25
Mạch sáp	20	11,83	33	14,29	53	13,25
Mạch trầm tế	30	17,75	48	20,78	78	19,5
Mạch tế sắc	28	16,57	48	20,78	76	19

Nhận xét:

Tỷ lệ khảo sát 7 chứng trạng thuộc phạm vi thiết chẩn kết quả cho thấy: Dấu hiệu mạch huyền hoạt có tỷ lệ dương tính cao nhất là 22,75%. Dấu hiệu mạch sáp có tỷ lệ dương tính thấp nhất là 13,25%.

Ở người bệnh là nam giới, các chứng trạng xuất hiện nhiều là: mạch huyền hoạt (19,53%); mạch trầm tế (17,75%)

Ở người bệnh là nữ giới, các chứng trạng xuất hiện nhiều là: mạch huyền hoạt (25,11%); mạch trầm tế và mạch tế sắc (20,78%).

3.2.5. Tỷ lệ các thể bệnh Y học cổ truyền ở người bệnh rối loạn lipid máu theo nhóm tuổi

Bảng 3.10. Tỷ lệ các thể bệnh Y học cổ truyền theo nhóm tuổi

Thể bệnh	Tuổi	n	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	p	
Thể đàm trọc ứ trệ ⁽¹⁾		78	63,60 ± 11,44	p ₁₋₂	0,47
				p ₁₋₃	0,005
				p ₁₋₄	0,04
				p ₁₋₅	0,002
				p ₁₋₆	0,002
Thể âm hư dương cương ⁽²⁾		56	63,73 ± 12,46	p ₂₋₃	0,002
				p ₂₋₄	0,07
				p ₂₋₅	0,005
				p ₂₋₆	0,03
Thể can thận âm hư ⁽³⁾		76	68,22 ± 10,74	p ₃₋₄	0,26
				p ₃₋₅	0,18
				p ₃₋₆	0,48
Thể tỳ thận dương hư ⁽⁴⁾		68	66,97 ± 12,06	p ₄₋₅	0,08
				p ₄₋₆	0,30
Thể khí trệ huyết ứ ⁽⁵⁾		61	70,16 ± 13,81	p ₅₋₆	0,20
Thể can uất tỳ hư ⁽⁶⁾		61	68,09 ± 12,89		

Nhận xét:

Tỷ lệ cho thấy, tuổi trung bình của người bệnh ở thể khí trệ huyết ứ lớn nhất ($70,16 \pm 13,81$); thấp nhất là tuổi trung bình của người bệnh ở thể đàm trọc ứ trệ ($63,60 \pm 11,44$).

Sự khác biệt về tuổi giữa thể đàm trọc ứ trệ với các thể can thận âm hư, thể tỳ thận dương hư, thể khí trệ huyết ứ, thể can uất tỳ hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự khác biệt về tuổi giữa thể âm hư dương cương với các thể can thận âm hư, thể khí trệ huyết ứ, thể can uất tỳ hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.6. Tỷ lệ các thể bệnh Y học cổ truyền ở người bệnh rối loạn lipid máu theo nhóm BMI

Bảng 3.11. Tỷ lệ các thể bệnh YHCT theo nhóm BMI

Thể bệnh	BMI	n	$\bar{X} \pm SD$	p	
Thể đàm trọc ứ trệ ⁽¹⁾		78	$25,48 \pm 2,23$	p ₁₋₂	0,045
				p ₁₋₃	<0,001
				p ₁₋₄	<0,001
				p ₁₋₅	<0,001
				p ₁₋₆	<0,001
Thể âm hư dương cương ⁽²⁾		56	$24,94 \pm 1,42$	p ₂₋₃	0,98
				p ₂₋₄	0,93
				p ₂₋₅	0,995
				p ₂₋₆	0,97
Thể can thận âm hư ⁽³⁾		76	$20,57 \pm 16,77$	p ₃₋₄	<0,001
				p ₃₋₅	<0,001
				p ₃₋₆	<0,001
Thể tỳ thận dương hư ⁽⁴⁾		68	$21,87 \pm 2,43$	p ₄₋₅	0,02

			p ₄₋₆	0,01
Thể khí trệ huyết ú ⁽⁵⁾	61	22,79 ± 2,67	p ₅₋₆	0,37
Thể can uất tỳ hư ⁽⁶⁾	61	22,97 ± 3,09		

Nhận xét:

Tỷ lệ cho thấy, BMI trung bình của người bệnh ở thể đàm trọc ú trệ lớn nhất (25,48 ± 2,23); thấp nhất là BMI trung bình của người bệnh ở thể can thận âm hư (20,57 ± 16,77).

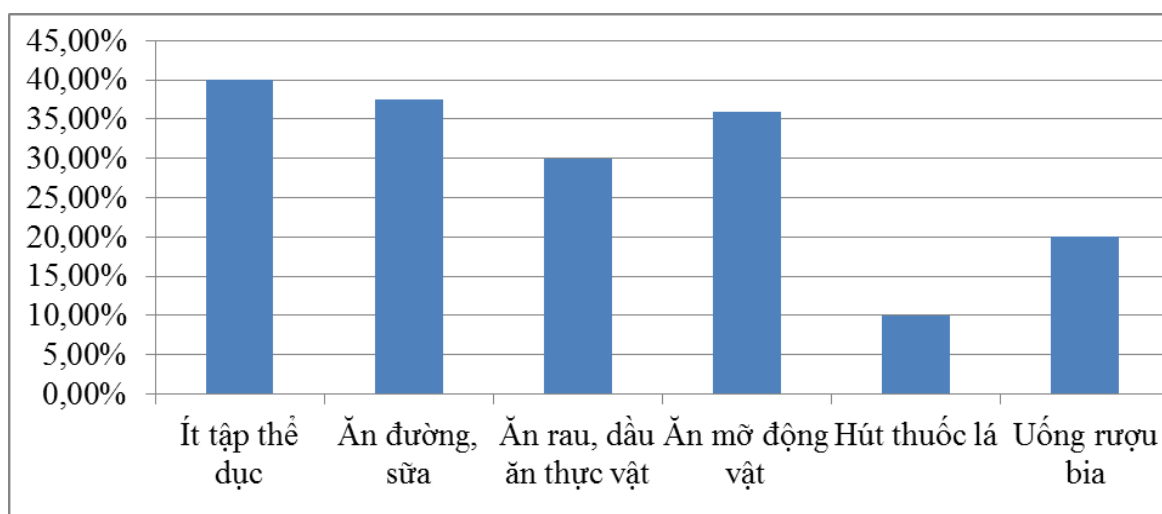
Sự khác biệt về BMI giữa thể đàm trọc ú trệ với các thể âm hư dương cương, thể can thận âm hư, thể tỳ thận dương hư, thể khí trệ huyết ú, thể can uất tỳ hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự khác biệt về BMI giữa thể can thận âm hư với các thể tỳ thận dương hư, thể khí trệ huyết ú, thể can uất tỳ hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sự khác biệt về BMI giữa thể tỳ thận dương hư với các thể khí trệ huyết ú, thể can uất tỳ hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.7. Một số yếu tố nguy cơ ở người bệnh rối loạn lipid máu

3.2.7.1. Một số thói quen sinh hoạt ở người bệnh rối loạn lipid máu

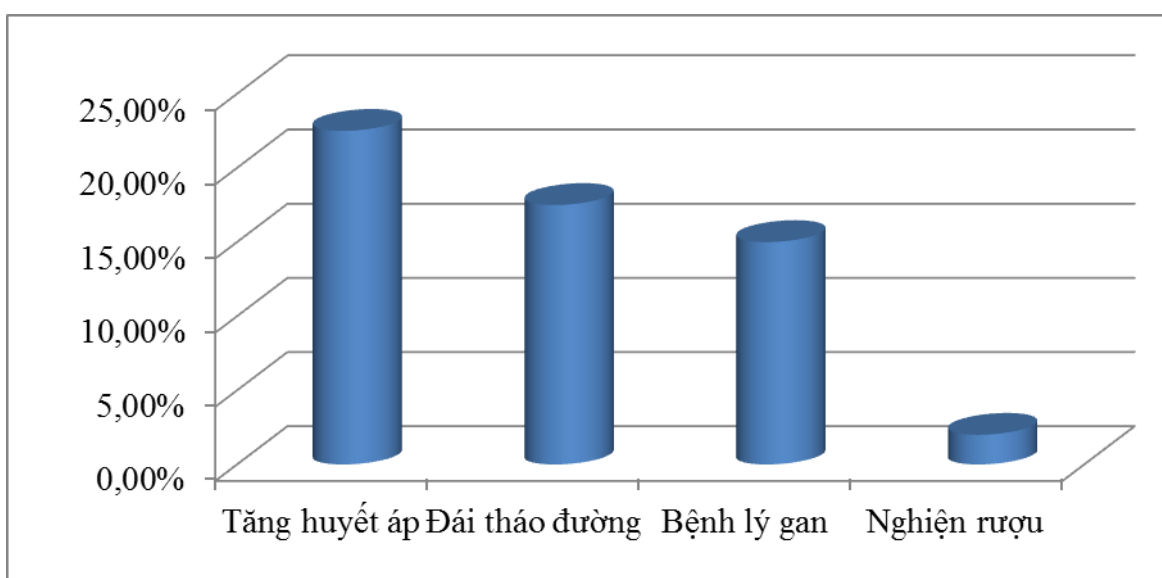


Biểu đồ 3.2. Một số thói quen sinh hoạt ở người bệnh RLLPM

Nhận xét:

Tỷ lệ người bệnh có thói quen ít tập thể dục thể thao chiếm tỉ lệ cao (40%), tiếp đến là thói quen ăn đường, sữa, chất ngọt (37,5%), ăn mỡ động vật (36%), ăn rau, dầu thực vật (30%), uống rượu bia (20%), hút thuốc lá (10%).

3.2.7.2. Người bệnh có các bệnh đồng mắc ở người bệnh rối loạn lipid máu



Biểu đồ 3.3. Người bệnh có các bệnh đồng mắc ở người bệnh RLLPM

Nhận xét:

Tỷ lệ người bệnh có các bệnh đồng mắc như: tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao (22,5%), tiếp đến là đái tháo đường (17,5%), bệnh lý gan (15%), nghiện rượu (2%).

3.3. Tỷ lệ các thể bệnh Y học cổ truyền với các chỉ số lipid máu**3.3.1. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và non- HDL-C****Bảng 3.12. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và non- HDL-C**

Chỉ số Thể bệnh	Tăng non-HDL-C (n = 298)		Non- HDL-C bình thường (n = 102)		p
	n	%	n	%	
Thể đàm trọc ú trệ	58	19,46	20	19,61	0,039
Thể âm hư dương cương	38	12,75	18	17,65	
Thể can thận âm hư	56	18,79	20	19,61	
Thể tỳ thận dương hư	45	15,10	23	22,55	
Thể khí trệ huyết ú	55	18,46	6	5,88	
Thể can uất tỳ hư	46	15,44	15	14,71	

Nhận xét:

Trong nhóm người bệnh tăng non-HDL-C phân bố trong 6 thể YHCT: Thể đàm trọc ú trệ (19,46%); thể can thận âm hư (18,79%) có tỷ lệ cao nhất; thể âm dương hư cương chiếm tỷ lệ thấp nhất là 12,75%.

Trong nhóm người bệnh có chỉ số non-HDL-C bình thường, thể can thận âm hư và thể đàm trọc ú trệ (20,79%); thể tỳ thận dương hư (19,8%) có tỷ lệ cao nhất; thể khí trệ huyết ú có tỷ lệ thấp nhất chiếm 5,88%.

Sự khác biệt giữa chỉ số non-HDL-C với 6 thể YHCT có ý nghĩa thống kê ($p = 0,039$).

3.3.2. Tỷ lệ các thể bệnh YHCT theo giới

Bảng 3.13. Tỷ lệ các thể bệnh YHCT theo giới

Thể bệnh	Giới		Nam (n = 169)		Nữ (n = 231)		Tổng (n = 400)		p
	n	%	n	%	n	%			
Thể đàm trọc ứ trệ	37	21,89	41	17,75	78	19,5	0,873		
Thể âm hư dương cương	23	13,61	33	14,29	56	14,00			
Thể can thận âm hư	34	20,12	42	18,18	76	19,00			
Thể tỳ thận dương hư	27	15,98	41	17,75	68	17,00			
Thể khí trệ huyết ứ	23	13,61	38	16,45	61	15,25			
Thể can uất tỳ hư	25	14,79	36	15,58	61	15,25			

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh trong thể đàm trọc ứ trệ cao nhất chiếm 19,5%, trong thể âm hư dương cương chiếm tỷ lệ thấp nhất là 14%.

Trong khi nam giới, tỷ lệ người bệnh trong thể đàm trọc ứ trệ cao nhất chiếm 21,89%; thấp nhất là thể khí trệ huyết ứ tỷ lệ 13,61%. Nhóm nữ giới, tỷ lệ người bệnh trong thể can thận âm hư chiếm 18,18%; thể âm hư dương cương thấp nhất chiếm tỷ lệ 14,29%.

Sự khác biệt giữa các thể bệnh và giới không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.3. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và Cholesterol toàn phần

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và TC

Thể bệnh	Chỉ số		Tăng TC (n = 301)		TC bình thường (n = 99)		p
	n	%	n	%	n	%	
Thể đàm trọc ứ trệ	62	20,60	16	16,16	0,045		
Thể âm hư dương cương	35	11,63	21	21,21			
Thể can thận âm hư	59	19,68	17	17,17			
Thể tỳ thận dương hư	46	15,28	22	22,22			
Thể khí trệ huyết ứ	52	17,28	9	9,09			
Thể can uất tỳ hư	47	15,61	14	14,14			

Nhận xét:

Trong nhóm chỉ số xét nghiệm có tăng TC phân bố ở 6 thể: thể đàm trực ú trệ chiếm tỷ lệ cao nhất là 20,60%; Thể âm hư dương cương chiếm tỷ lệ thấp nhất (11,63%).

Trong nhóm chỉ số xét nghiệm TC bình thường, thể tỳ thận dương hư chiếm tỷ lệ cao nhất (22,22%); thể khí trệ huyết ú chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9,09%.

Sự khác biệt về chỉ số TC ở các thể có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3.4. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền Y học cổ truyền và Triglyceride

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và TG

Chỉ số Thể bệnh	Tăng TG (n = 214)		TG bình thường (n = 186)		p
	n	%	n	%	
Thể đàm trực ú trệ	34	15,89	44	23,66	0,255
Thể âm hư dương cương	31	14,49	25	13,44	
Thể can thận âm hư	42	19,63	34	18,28	
Thể tỳ thận dương hư	33	15,42	35	18,82	
Thể khí trệ huyết ú	36	16,82	25	13,44	
Thể can uất tỳ hư	38	17,76	23	12,37	

Nhận xét:

Trong nhóm người bệnh tăng TG phân bố trong 6 thể YHCT: thể can thận âm hư có tỷ lệ cao nhất chiếm 19,63%; thể âm hư dương cương chiếm tỷ lệ thấp nhất là 14,49%.

Trong nhóm người bệnh có chỉ số TG bình thường, thể đàm trực ú trệ (23,66%) chiếm tỷ lệ cao nhất; thể can uất tỳ hư (12,37%) chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Sự khác biệt giữa chỉ số TG giữa 6 thể YHCT không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

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

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và LDL-C

Thể bệnh	Chỉ số		Tăng LDL-C (n=167)		LDL-C bình thường (n=233)		p
	n	%	n	%	n	%	
Thể đàm trọc ứ trệ	36	21,56	42	18,03	0,114		
Thể âm hư dương cương	19	11,38	37	15,88			
Thể can thận âm hư	30	17,96	46	19,74			
Thể tỳ thận dương hư	23	13,77	45	19,31			
Thể khí trệ huyết ứ	34	20,36	27	11,59			
Thể can uất tỳ hư	25	14,97	36	15,45			

Nhận xét:

Người bệnh tăng LDL-C phân bố trong 6 thể YHCT: Thể đàm trọc ứ trệ có tỷ lệ cao nhất chiếm 21,56%; thể tỳ thận dương hư (13,77%) chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Trong nhóm người bệnh có chỉ số LDL-C bình thường, thể can thận âm hư có tỷ lệ cao nhất chiếm 19,74%; thể khí trệ huyết ứ có tỷ lệ thấp nhất chiếm 14,97%.

Sự khác biệt giữa chỉ số LDL-C giữa 6 thể YHCT không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

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

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa thể bệnh Y học cổ truyền và HDL-C

Thể bệnh	Chỉ số		Giảm HDL-C (n = 306)		HDL-C bình thường (n = 94)		p
	n	%	n	%	n	%	
Thể đàm trọc ứ trệ	60	19,61	18	19,15	0,662		
Thể âm hư dương cương	42	13,73	14	14,89			
Thể can thận âm hư	61	19,93	15	15,96			
Thể tỳ thận dương hư	50	16,34	18	19,15			
Thể khí trệ huyết ứ	53	14,05	18	19,15			
Thể can uất tỳ hư	50	16,34	11	11,7			

Nhận xét: Trong nhóm người bệnh giảm HDL-C phân bố trong 6 thể YHCT: Thể đàm trọc ứ trệ (19,61%); thể can thận âm hư (19,93%) có tỷ lệ cao nhất; thể âm hư dương cương chiếm tỷ lệ thấp nhất là 13,73%.

Trong nhóm người bệnh có chỉ số HDL-C bình thường, thể tỳ thận dương hư; đàm trọc ứ trệ; thể khí trệ huyết ứ có tỷ lệ cao nhất chiếm 19,15%; thể can uất tỳ hư có tỷ lệ thấp nhất chiếm 11,7%. Sự khác biệt giữa chỉ số HDL-C giữa 6 thể YHCT không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm người bệnh theo nhóm tuổi và giới

Tỷ lệ người bệnh là nữ giới thuộc nhóm tuổi cao trên 50 tuổi bị bệnh RLLPM chiếm 47,62%; tỷ lệ này ở nhóm người bệnh là nam giới chiếm 53,25%. Trong khi đó tỷ lệ nữ giới ở nhóm dưới 50 tuổi là 5,19%; ở nhóm nam giới là 13,61%. Sự khác biệt tỷ lệ người bệnh ở các nhóm tuổi giữa hai giới nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Tuổi trung bình của nhóm nữ giới có bệnh RLLPM là $68,74 \pm 12,14$ (tuổi), tuổi trung bình của nhóm nam giới là $64,01 \pm 12,12$ (tuổi). Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nhóm nam giới và nữ giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Người bệnh nữ có tuổi trung bình cao hơn nam giới liên quan đến tuổi thọ trung bình của nữ giới cao hơn nam giới.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có nhiều sự khác biệt so với nghiên cứu của Hunt SC thực hiện năm 2008 kết quả cho thấy nhóm người bệnh trên 60 chiếm đa số ở cả giới nam và nữ [57], [49]. Kết quả này cũng không có sự khác biệt so với tác giả Farzaneh-Far R thực hiện năm 2010 kết quả tỷ lệ người bệnh bị bệnh từ 60 tuổi trở lên chiếm đa số ở cả giới nam và nữ. Nguyên nhân có hiện tượng tỷ lệ RLLPM ở người bệnh cao tuổi bị cao hơn là do quá trình rối loạn chuyển hóa tăng dần theo tuổi [51], [52].

Các nghiên cứu lâm sàng và mô hình thực nghiệm của YHHĐ đều chứng minh sự gia tăng tình trạng RLLPM theo độ tuổi. Tỷ lệ mắc RLLPM lứa tuổi 18 đến 49 ở nam là 31,23% thấp hơn lứa tuổi từ 50 trở lên là 68,77%. RLLPM lứa tuổi 18 đến 49 ở nữ là 10,82% cũng thấp hơn nhiều lứa tuổi từ 50 trở lên là 89,18%. Do người bệnh nữ giai đoạn mãn kinh cũng có sự suy giảm estrogen cũng làm gia tăng tình trạng RLLPM. Phụ nữ ở lứa tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh, vào thời gian này tinh thần dễ bị kích thích hoặc biến đổi tình chí mà dẫn đến: Tư lự thương tỳ, can mộc vượng khắc tỳ thổ làm tỳ vị mất kiện vận, thấp trọc xâm phạm vào mạch đạo mà phát bệnh nên có số liệu nữ giới tỷ lệ RLLPM cao hơn nam giới.

Theo lý luận của YHCT: ở lứa tuổi $7 \times 7 = 49$ đối với nữ giới và $8 \times 8 = 64$ với nam giới là tuổi thiên quý kiệt, chức năng tạng phủ suy giảm, đặc biệt là tạng thận hư, thận khí bất túc không ôn ấm được tỳ dương, tỳ không vận hoá được tân dịch, sinh ra đàm ẩm. Vì vậy, lứa tuổi cao tỷ lệ mắc chứng đàm ẩm cũng cao và RLLPM của nhóm nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới.

4.1.2. Đặc điểm người bệnh theo nghề nghiệp

Qua nghiên cứu 400 người bệnh rối loạn lipid máu tại Bệnh viện đa khoa Gò Vấp, đối tượng tham gia nghiên cứu được chia thành 5 nhóm nghề nghiệp bao gồm: nội trợ, hưu trí, công nhân, cán bộ nhân viên, tự do. Nhóm nghề tự do chủ yếu là buôn bán, làm nghề về giải trí, dịch vụ, ...

Trong đó, nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi là nội trợ (41,75%), hưu trí (23,25%) và làm nghề tự do (15,5%). Trong khi đó, Thành phố Hồ Chí Minh là một thành phố trực thuộc trung ương, là trung tâm kinh tế, tài chính, chính trị, văn hoá, du lịch,... của khu vực miền Nam. Trong những năm gần đây, Thành phố Hồ Chí Minh tích cực đầu tư xây dựng cơ sở hạ tầng, cải thiện môi trường, nâng cao an sinh xã hội. Kết quả nghiên cứu phù hợp với đặc điểm kinh tế xã hội tại Thành phố Hồ Chí Minh mà chúng tôi đã nêu rõ ở trên.

4.1.3. Đặc điểm người bệnh theo tiền sử bệnh

Những người bệnh được chẩn đoán là rối loạn lipid máu đa số có tiền sử bệnh mắc là đái tháo đường và tăng huyết áp. Tỷ lệ người bệnh có tiền sử đái tháo đường chiếm 34,5% và tiền sử tăng huyết áp chiếm 37,75%. Ngoài ra còn mắc những tiền sử khác (19%) như các bệnh về cơ xương khớp, tiêu hoá, gan mật, ...

Theo như nguyên nhân gây ra RLLPM thường là do sự lão hoá cơ thể theo độ tuổi, chế độ ăn giàu lipid, ... [20], [40]. Nguyên nhân của RLLPM thứ phát do lối sống tĩnh tại, dùng nhiều bia – rượu, thức ăn giàu chất béo bão hòa. Các nguyên nhân thứ phát khác của RLLPM như đái tháo đường, bệnh thận mạn tính, suy giáp, xơ gan, dùng thuốc thiazide, corticoids, estrogen, chẹn beta giao cảm [20]. Từ đó ta có thể thấy về mức độ và mối liên quan giữa những người bệnh có tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường và dẫn đến nguy cơ mắc RLLPM và ngược lại.

Kết quả này có thể so sánh được với với kết quả nghiên cứu của tác giả

Trương Thanh Hương ở 142 người bệnh tăng huyết áp (THA) cho thấy, RLLPM chiếm 78,2%. Nghiên cứu của Chu Vinh (2000) trong số 124 người bệnh THA có 62,1% RLLPM [50].

4.1.4. Đặc điểm người bệnh rối loạn lipid theo chỉ số BMI và giới

Tỷ lệ người bệnh thừa cân – béo phì ở nhóm nữ giới là 50,65%; tỷ lệ này ở nhóm nam giới là 54,48%. Tỷ lệ người bệnh gầy có RLLPM ở nhóm nữ giới là 4,76%, chỉ số này ở nhóm nam giới là 5,92%. Tỷ lệ béo phì nặng với BMI ≥ 30 ở nhóm nam giới là 1,98% trong khi đó ở nữ giới không có trường hợp nào. Tỷ lệ người bệnh trong nhóm BMI từ 23 – 25 và nhóm BMI 25 – 30 giữa hai giới chênh nhau không nhiều. Sự khác biệt tỷ lệ thừa cân – béo phì theo giới tính có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Người bệnh nam giới có RLLPM có tỷ lệ sử dụng rượu bia cao hơn ở nữ giới đây cũng có thể là nguyên nhân để giải thích cho tỷ lệ thừa cân béo phì ở nhóm này khá cao. Kèm theo đó là tình trạng rối loạn chuyển hóa lipid thường xảy ra âm thầm nên nhiều khi người bệnh đến viện để điều trị là tình trạng đã nặng với những biến chứng VXĐM hoặc đột quỵ.

Các nghiên cứu đều cho thấy có sự gia tăng đáng kể tình trạng RLLPM do chế độ sinh hoạt tĩnh tại, tình trạng sử dụng rượu bia và các chất kích thích. Đây cũng chính là yếu tố làm gia tăng tình trạng thừa cân – béo phì trong cộng đồng. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên các người bệnh có RLLPM nên tỷ lệ thừa cân – béo phì chiếm tỷ lệ cao. Kèm theo đó đặc điểm lâm sàng của người bệnh về hoạt động thể lực ít và tình trạng uống rượu bia nhiều cũng là có thể dự báo được [20].

Tình trạng thừa cân béo phì cũng có mối liên quan mật thiết với sự sụt giảm estrogen thời kỳ mãn kinh. Như vậy, với nhóm nam giới và nữ giới đều có cơ chế làm gia tăng tình trạng RLLPM và thừa cân – béo phì khác nhau. Đây có thể là nguyên nhân dẫn đến không có sự khác biệt về chỉ số khối cơ thể (BMI) giữa nhóm nam giới và nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi [52].

4.1.5. Đặc điểm người bệnh theo chỉ số lipid máu và giới

Rối loạn lipid máu là bệnh lý sinh học, xảy ra sau một thời gian dài mà không thể nhận biết được, vì RLLPM không có triệu chứng đặc trưng. Phần lớn triệu chứng lâm sàng của rối loạn lipid máu chỉ được phát hiện khi nồng độ các thành phần lipid máu cao

kéo dài hoặc gây ra các biến chứng ở các cơ quan như xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch não, các ban vàng mi mắt, khuỷu tay, đầu gối, RLLPM có thể gây viêm tụy cấp. RLLPM thường được phát hiện muộn, trong nhiều bệnh lý khác nhau của nhóm bệnh tim mạch, nội tiết, chuyển hóa [30]. Người bệnh tham gia nghiên cứu chủ yếu là rối loạn 2 chỉ số trong xét nghiệm mỡ máu. Kết quả này cũng không có nhiều sự khác biệt với các nghiên cứu đã công bố trước đó khi đều chỉ ra rằng những triệu chứng lâm sàng khá ít làm cho người bệnh không thực sự quan tâm đến bệnh. Chính vì vậy đa số người bệnh đến viện khi tình trạng RLLPM đã nặng và thường có biến chứng VXĐM hoặc đột quỵ.

Mức độ rối loạn chỉ số LDL-C với hàm lượng LDL-C của nữ giới ($4,11 \pm 1,55 \text{ mmol/l}$) cao hơn nam giới ($3,55 \pm 1,32 \text{ mmol/l}$); trung bình hàm lượng non-HDL-C của nữ giới cao hơn nam giới. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0001$. Ngược lại trung bình hàm lượng TG của nam giới ($2,83 \pm 1,78 \text{ mmol/l}$) cao hơn nữ giới ($2,68 \pm 1,5 \text{ mmol/l}$), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Theo kết quả nghiên cứu, người bệnh tăng TC, giảm HDL-C chiếm tỷ lệ cao ở cả hai giới. Tỷ lệ người bệnh tăng chỉ số TC và giảm HDL-C ở nam và nữ giới lần lượt là: 72,19%; 77,49%; 94,67% và 63,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu tại Úc, nghiên cứu tỷ lệ thể bệnh ở nam và nữ lần lượt là 32,4% và 33,2% tăng TC; 18,9% và 27,2% giảm HDL-C; 35,0% và 31,6% tăng LDL-C; 19,0% và 9,0% tăng TG [55].

4.2. Đặc điểm người bệnh theo chứng trạng Y học cổ truyền

Tỷ lệ cho thấy trong 19 chứng trạng thu thập trong phần vọng chẩn chứng trạng có tỷ lệ dương tính cao nhất là hình thể béo với mức độ dương tính là 46,75%. Chứng trạng có mức độ dương tính thấp nhất là hình thể gầy dương tính là 6%. Các nghiên cứu đều cho thấy có sự gia tăng đáng kể tình trạng RLLPM do chế độ sinh hoạt tĩnh tại, tình trạng sử dụng rượu bia và các chất kích thích. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên các người bệnh có RLLPM là bệnh lý có liên quan mật thiết với tình trạng thừa cân – béo phì nên tỷ lệ người bệnh có thể trạng béo chiếm tỷ lệ cao và người bệnh thể trạng gầy ($\text{BMI} < 18,5$) chiếm tỷ lệ thấp là phù hợp với

nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của RLLPM [20].

Đối chiếu với bệnh nguyên, bệnh cơ của YHCT thì có sự tương đồng sâu sắc về cơ chế bệnh sinh của chứng đờm ảm nguyên nhân do ăn uống không điều tiết, ăn nhiều thức ăn béo ngọt, uống bia rượu nhiều, ít vận động, ngồi nhiều gây tổn hại đến tỳ, tỳ vị vận hóa thất điều đờm trọc nội sinh nên thường người bệnh có thể trạng béo bệu.

Đa số các chứng trạng đều có lượng dữ liệu bỏ trống thấp dưới 1%. Nghiên cứu thu thập 62 chứng trạng lâm sàng, 5 chỉ số cận lâm sàng, tiền sử người bệnh, đặc điểm nhân khẩu học trên 400 người bệnh. Đây là lượng thông tin khá lớn nhưng nghiên cứu được thực hiện dưới đội ngũ được tổ chức tốt, có kế hoạch nghiên cứu rõ ràng nên đa số người bệnh đều được khai thác khá đầy đủ vì vậy dữ liệu bỏ trống đa số là rất thấp.

Chứng trạng kinh nguyệt không đều có tỷ lệ dữ liệu trống cao ở mức là 98,7%. Để giải thích cho tình trạng dữ liệu trống của khai thác chứng trạng này là rất cao nguyên nhân là do đa số người bệnh tham gia nghiên cứu có tuổi đã cao:

Tuổi trung bình của nhóm nữ giới có bệnh RLLPM là $68,74 \pm 12,14$ (tuổi). Xét tình trạng kinh nguyệt, đa số người bệnh đã mãn kinh (3 người bệnh nữ dưới 39 tuổi và 10 người bệnh nữ từ 40 đến 49 tuổi trong đó chỉ có 6 người bệnh còn kinh nguyệt) đây là những chứng trạng không thể khai thác được tại thời điểm nghiên cứu. Chứng trạng quanh vú trướng đau chiếm tỷ lệ tương đối thấp 6,5% có thể được giải thích là do chứng trạng này có liên quan trực tiếp đến kinh nguyệt của người bệnh. Vì triệu chứng rối loạn kinh nguyệt và tình trạng trướng đau quanh vú đều có liên quan đến hoạt động nội tiết của estrogen. Người bệnh trong nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, đã mãn kinh nên tỷ lệ của chứng trạng này ở mức 6,5% là tương đối phù hợp.

Nguyên nhân gây bệnh liên quan đến tiên thiên bất túc có tỷ lệ dữ liệu trống cao trên 86,9% là do để khai thác chứng trạng này cần hỏi về tình trạng người bệnh lúc sinh ra, cân nặng và các bệnh thường xuyên mắc phải khi còn nhỏ. Mà người bệnh tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình đều trên 60 tuổi, và số người bệnh trên 60 tuổi cũng chiếm tỷ lệ trên 65%. Như vậy, để khai thác thông tin người bệnh

từ 60 năm trước là điều rất khó khăn, để đảm bảo tính khách quan của nghiên cứu nhóm nghiên cứu sẽ diễn kết quả của chứng trạng này khi người bệnh có đầy đủ và rõ ràng thông tin.

4.3. Phân loại thể bệnh

- Tình trạng RLLPM thường được gọi với bệnh danh “đàm ảm”. Các triệu chứng điển hình của chứng “đàm ảm” cụ thể như: rêu lưỡi nhòn, bệu nhót, có hần răng, khát mà không muốn uống, tê nặng chân tay, tê nặng thân mình, dị cảm đầu chi, mạch hoạt hoặc huyền hoạt [2], [3], [4]. Đây là một trong những chứng bệnh có đặc điểm “bản hư, tiêu thực”: “Tiêu” là đàm trọc, huyết ú; “Bản” là công năng tạng phủ thất điều hoặc hư tổn trong đó liên quan đến tỳ, thân, can, phế mà đặc biệt là hai tạng tỳ và thân. Do ảm thực thất điều hoặc do thất tình, hoặc do tiên thiên bất túc làm cho công năng của các tạng phủ rối loạn, hư suy. Đàm khi đã sinh ra theo khí phân bố ở nhiều nơi trong cơ thể: trên thì lên tới đỉnh đầu, dưới thì xuống đến đũng tuyến, trong thì vào các tạng phủ, ngoài thì ra cơ nhục, bì phu làm cho kinh lạc bế tắc, huyết mạch không thông, mạch lạc ú trệ mà sinh ra các chứng đàm thấp, huyết ú, đầu thống, huyễn vựng, ... với biểu hiện lâm sàng tương tự như hội chứng RLLPM, VXDM của YHHĐ [3], [4], [6], [8], [9], [10], [11].

- Đã có rất nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, đặc biệt ở Trung Quốc, đi sâu phân tích và tìm mối liên hệ giữa hội chứng RLLPM của YHHĐ với các chứng trạng của YHCT. Căn cứ trên các biểu hiện lâm sàng, người ta thấy giữa hội chứng RLLPM và chứng đàm thấp có một sự tương đồng khá sâu sắc về bệnh nguyên, bệnh sinh và trị liệu [61].

- Chứng đàm ảm phát sinh do những nguyên nhân chủ yếu sau Yếu tố thể chất: Do tiên thiên quyết định, thường là tiên thiên bất túc. Yếu tố này có thể hiểu tương tự như nguyên nhân di truyền của YHHĐ. Yếu tố ăn uống (ảm thực): Yếu tố này tương tự như việc ăn quá nhiều thức ăn mỡ động vật và phủ tạng mà YHHĐ thường đưa ra khuyến cáo trong chế độ ăn. Yếu tố ít vận động thể lực: YHHĐ cũng đề cập đến một trong các nguy cơ của rối loạn lipid máu cũng như các biến cố về tim mạch và xơ vữa mạch máu chính là ít vận động thể lực. Nguyên tắc điều trị RLLPM theo YHHĐ, bên cạnh việc dùng thuốc còn luôn nhấn mạnh đến việc thay

đổi lối sống, gồm luôn tuân thủ chế độ ăn dành cho người RLLPM và tăng cường vận động thể lực. Yếu tố tinh thần: Đây chính là yếu tố căng thẳng tinh thần (stress) của YHHĐ. Các yếu tố gây bệnh trực tiếp hoặc gián tiếp làm cho công năng của tạng phủ bị rối loạn hoặc hư tổn, trong đó liên quan nhiều đến tỳ, thận, tâm, can, phế mà đặc biệt là tỳ và thận. Như vậy ngũ tạng hư tổn đều có thể sinh đàm. Đàm khi sinh ra đi theo khí và phân bố rất rộng, gây ra các chứng như: đầu thống, huyễn vựng, tâm quý, ... với các biểu hiện lâm sàng tương tự như một số triệu chứng có thể gặp ở người bệnh RLLPM hoặc bệnh lý tim mạch do xơ vữa của YHHĐ như đau đầu, hoa mắt, tức ngực, dị cảm chân tay [10], [11].

- Căn cứ vào khảo sát chứng trạng trên người bệnh RLLPM với 6 thể bệnh lâm sàng. Kết quả chúng tôi thu được 6 thể lâm sàng với tỷ lệ các thể bệnh cụ thể như sau: Thể đàm trọc ứ trở chiếm tỷ lệ 19,5%; Thể âm hư dương cương chiếm tỷ lệ 14%; Thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ 19%; Thể tỳ thận dương hư chiếm tỷ lệ 17%; Thể khí trệ huyết ứ chiếm tỷ lệ 15,25%; Thể can uất tỳ hư chiếm tỷ lệ 15,25%.

- Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh trong thể đàm trọc ứ trệ cao nhất là do nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh RLLPM là bệnh lý liên quan đến tình trạng thừa cân – béo phì. Kết quả này cũng phù hợp với chứng trạng YHCT của thể đàm trọc ứ trệ. Đồng thời liên quan đến bệnh danh, rối loạn lipid máu theo YHCT được xếp vào nhóm nguyên nhân gây ra do yếu tố “đàm ẩm” và liên quan đến cơ chế bệnh sinh ra đàm, mọi rối loạn chức năng các tạng tỳ, phế, thận, can cuối cùng cũng hình thành sản phẩm bệnh lý là đàm. Ngày nay cùng với sự phát triển kinh tế, đời sống xã hội, thói quen ăn uống không điều độ, ăn nhiều đồ béo ngọt khiến đàm thấp nội sinh. Cộng với thời đại công nghệ, thói quen ít vận động, lối sống tĩnh tại làm khí huyết ứ trệ, sinh đàm.

- Kết quả nghiên cứu tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Mai (2006) khi nghiên cứu về đặc điểm RLLPM ở các thể huyễn vựng có tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu cho thấy thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất [44]. Nghiên cứu của Tạ Thu Thủy (2016) kết quả phân loại RLLPM cho thấy tỷ lệ bệnh nhân RLLPM thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất (48,3%) [54]. Tác giả Tăng Thị Bích Thủy (2007) khi nghiên cứu 30 người bệnh RLLPM cho thấy thể tỳ hư đàm thấp chiếm tỷ

lệ cao nhất [52]. Nghiên cứu của Trần Thị Thu Vân (2013) khi phân loại và điều trị hội chứng RLLPM theo các thể bệnh tại bệnh viện Tuệ Tĩnh từ năm 2008 - 2013 cho thấy: Bệnh nhân RLLPM thể đàm trọc trở trệ chiếm tỉ lệ cao nhất (25,1%) [43]. Qua nghiên cứu cho thấy người bệnh RLLPM trong thể đàm trọc ứ trệ cao nhất chiếm tỷ lệ 19,5%; tiếp đến là thể can thận âm hư 19%; thể âm hư dương cương chiếm tỷ lệ thấp nhất là 14%. Tỷ lệ người bệnh trong thể đàm trọc ứ trệ cao nhất là do nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh RLLPM là bệnh lý liên quan đến tình trạng thừa cân – béo phì. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoà (2018) [19].

- Chúng tôi tiến hành tìm hiểu nguyên nhân gây bệnh và mối quan hệ giữa thể bệnh YHCT với các tạng phủ như sau:

- Thể đàm trọc ứ trệ nguyên nhân thường do ăn uống không điều độ thường xuyên ăn đồ béo ngọt làm ảnh hưởng đến công năng của tỳ vị. Tỳ chủ vận hóa thủy cốc, có công năng thăng thanh giáng trọc, đưa thanh khí đi lên và trọc khí đi xuống dưới. Tỳ hư là công năng thăng thanh giáng trọc bị ảnh hưởng làm thủy cốc đình lưu lâu ngày hóa thành đàm. Đàm đi lên trên làm che lấp thanh khiếu gây ra chứng đầu nặng, miệng khô mà không khát, miệng nhạt chán ăn. Đàm ra ngoài cơ nhục tứ chi gây ra chi thể nặng nề, ma mốt tê mỏi, thể trạng béo. Đàm ứ tại tỳ vị gây ra chứng buồn nôn, nôn khan, bụng ngực bí tức. Biểu hiện của chứng đàm trên mạch là mạch huyền hoạt và lưỡi rêu trắng nhớt. Như vậy, với biểu hiện trên chúng ta có thể quy thể đàm trọc ứ trệ là do tạng tỳ gây ra.

- Thể âm hư dương cương là do bệnh nhân đã cao tuổi thiên quý của cơ thể đã bắt đầu suy làm chức năng của tạng thận suy giảm. Thận âm hư không nuôi dưỡng được can huyết làm cho can huyết cũng hư theo, can huyết hư không níu giữ được can dương làm can dương vượng lên mà gây ra: tính tình cáu gắt, mặt đỏ, mắt đỏ, miệng đắng, đại tiện bí kết, tiểu tiện đỏ, chất lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền hữu lực. Thận dương hư, can huyết hư gây ra huyết thiếu nên bệnh nhân thường biểu hiện bằng chứng hoa mắt chóng mặt. Như vậy với biểu hiện trên có thể quy nạp thể bệnh gây ra là do tạng thận và tạng can.

- Thể tỳ thận dương hư nguyên nhân là do bệnh nhân vốn bẩm tố tiên thiên bất túc, hoặc do phòng dục quá độ làm thận dương hư tổn. Thận dương hư làm mệnh môn hỏa suy không ôn ấm được tỳ dương làm tỳ dương cũng hư theo mà gây ra bệnh. Biểu hiện của thận dương hư biểu hiện bằng chứng ngoại hàn như sợ lạnh, chi lạnh, tiểu đêm nhiều lần, mạch trầm tế. Tỳ dương hư biểu hiện bằng chứng đại tiện lỏng nát, rìa lưỡi có hằn răng, rêu lưỡi trắng. Tỳ chủ cơ nhục nên tỳ dương hư cũng gây là chứng tứ chi thiếu lực. Có thể kết luận thể bệnh tỳ thận dương hư có liên quan đến hai tạng tỳ và thận.

- Thể can thận âm hư nguyên nhân gần giống như thể âm hư dương cương thường do bệnh nhân cao tuổi thiên quý đã bắt đầu suy làm cho thận hư. Thận âm hư lâu ngày không nuôi dưỡng được can huyết làm cho can huyết cũng hư theo. Thận là bể của tủy thông với não nên can thận hư huyết thiếu thì bệnh nhân biểu hiện bằng chứng đầu choáng, tai ù. Âm hư sinh nội nhiệt nên miệng khô họng táo, ngũ tâm phiền nhiệt, hình thể gầy, mạch tế sác, đạo hãn. Thể bệnh này cũng có liên quan mật thiết với hai tạng can và thận.

- Thể khí trệ huyết ứ nguyên nhân thường do người bệnh tình chí uất kết làm cho can khí không được điều đạt. Can chủ về sơ tiết nên can khí uất sơ tiết bị ảnh hưởng khí huyết đi không đúng đường gây ra chứng khí trệ huyết ứ. Biểu hiện của chứng can khí uất là đau mạng sườn, tính tình cáu gắt. Can mộc sinh tâm hỏa nên can khí uất làm cho tạng tâm cũng bị ảnh hưởng biểu hiện bằng chứng tâm phiền, tâm quý. Khí trệ huyết ứ còn biểu hiện bằng chất lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết, rêu lưỡi mỏng nhớt, mạch sác. Thể bệnh khí trệ huyết ứ có liên quan đến tạng can là chủ yếu và tác động một phần đến tạng tâm.

- Thể can uất tỳ hư nguyên nhân là do can khí uất lâu ngày khắc tạng tỳ làm tạng tỳ cũng hư theo. Biểu hiện của chứng can khí uất là đau mạng sườn, mệt mỏi, kinh nguyệt không đều, quanh vú trướng đau, mạch huyền. Can chủ sơ tiết nên can khí uất kết sơ tiết bị ảnh hưởng bệnh nhân thường có tính thần bất định. Can mộc khắc tỳ thổ nên can khí uất thì tỳ hư theo mà gây ra chứng mệt mỏi, rêu lưỡi nhờn. Tỳ chủ thống nhiếp huyết nên tỳ hư thường có biểu hiện kinh nguyệt không đều. Chứng này liên quan mật thiết với 2 tạng là can và tỳ.

* Khi chúng ta xét ngược trở lại tác động của các tạng đến chứng đàm ẩm thì có thể thấy tác động như sau:

- Tạng can bị rối loạn là nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh trên bệnh nhân RLLPM đóng góp vào nguyên nhân gây ra 4/6 thể lâm sàng của bệnh. Chứng bệnh của can biểu hiện rất đa dạng có thể nguyên nhân do thận dương mà can cũng hư theo, có thể do can uất mà ảnh hưởng đến tạng tỳ hoặc tạng tâm.

- Đứng hàng thứ 2 là tạng tỳ và tạng thận đều có liên quan đến 3/6 thể lâm sàng thường gặp. Tạng tỳ gây bệnh liên quan đến chức năng của tỳ dương không được duy trì. Còn tạng thận gây bệnh đa dạng hơn có thể là do thận âm hư làm can huyết thiếu hoặc thận dương hư không ôn ấm được tỳ dương.

- Tạng có liên quan gián tiếp đến bệnh là tâm đây là các tạng bị ảnh hưởng của bệnh. Cụ thể tạng tâm bị ảnh hưởng là do can khí uất kết mà gây ra chứng tâm quý, tâm thống.

Kết quả cho thấy, tuổi trung bình của người bệnh ở thể khí trệ huyết ứ lớn nhất ($70,16 \pm 13,81$); thấp nhất là tuổi trung bình của người bệnh ở thể đàm trọc ứ trệ ($63,60 \pm 11,44$). Sự khác biệt về tuổi giữa thể đàm trọc ứ trệ với các thể can thân âm hư, thể tỳ thận dương hư, thể khí trệ huyết ứ, thể can uất tỳ hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đồng thời sự khác biệt về tuổi giữa thể âm hư dương cương với các thể can thân âm hư, thể khí trệ huyết ứ, thể can uất tỳ hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2.6. cho thấy, BMI trung bình của người bệnh ở thể đàm trọc ứ trệ lớn nhất ($25,48 \pm 2,23$); thấp nhất là BMI trung bình của người bệnh ở thể can thân âm hư ($20,57 \pm 16,77$). Sự khác biệt về BMI giữa thể đàm trọc ứ trệ với các thể âm hư dương cương, thể can thân âm hư, thể tỳ thận dương hư, thể khí trệ huyết ứ, thể can uất tỳ hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt về BMI giữa thể can thân âm hư với các thể tỳ thận dương hư, thể khí trệ huyết ứ, thể can uất tỳ hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi khảo sát sự khác biệt về BMI giữa thể tỳ thận dương hư với các thể khí trệ huyết ứ, thể can uất tỳ hư thì kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.4. Liên quan giữa các thể bệnh với các chỉ số rối loạn lipid máu

4.4.1. Mối liên quan giữa 6 thể bệnh với non-HDL-C

Trong nhóm người bệnh tăng non-HDL-C phân bố trong 6 thể YHCT: Thể đàm trọc ứ trệ (19,46%); thể can thận âm hư (18,79%) có tỷ lệ cao nhất; thể âm dương hư cang chiếm tỷ lệ thấp nhất là 12,75%. Trong nhóm người bệnh có chỉ số non-HDL-C bình thường, thể can thận âm hư và thể đàm trọc ứ trệ (20,79%); thể tỳ thận dương hư (19,8%) có tỷ lệ cao nhất; thể khí trệ huyết ứ có tỷ lệ thấp nhất chiếm 5,88%. Sự khác biệt giữa chỉ số non-HDL-C với 6 thể YHCT có ý nghĩa thống kê ($p=0,039$).

Khi xét đến tình trạng tăng non-HDL-C kết quả là nhóm người bệnh thuộc thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất. Nguyên nhân là do có mối liên hệ giữa sự gia tăng tình trạng giảm HDL-C với chế độ dinh dưỡng, tình trạng vận động thể lực. Mà nguyên nhân gây ra 6 thể bệnh được sử dụng trong nghiên cứu là do nhiều nguyên nhân khác nhau và thường có liên quan mật thiết với nhau. Như tình trạng ăn uống thừa năng lượng thì lại có liên quan đến vận động thể lực ít.

4.4.2. Mối liên hệ giữa thể bệnh với TC

Trong nhóm chỉ số xét nghiệm có tăng TC phân bố ở 6 thể: thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất là 20,6%; thể can uất tỳ hư chiếm tỷ lệ thấp nhất (11,63%). Trong nhóm chỉ số xét nghiệm TC bình thường, thể tỳ thận dương hư chiếm tỷ lệ cao nhất (22,22%); thể khí trệ huyết ứ chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9,09%. Sự khác biệt về chỉ số TC ở các thể có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Người bệnh tham gia nghiên cứu có tỷ lệ tăng TC cao ở các nhóm thuộc thể bệnh tỳ thận dương hư, can thận âm hư, âm hư dương cang, đàm trọc ứ trệ. Nguyên nhân là do bệnh nhân tham gia nghiên cứu là bệnh nhân RLLPM, bệnh này có liên quan đối chiếu sang YHCT thường có liên quan đến chứng đàm ẩm. Nguyên nhân gây ra chứng thể đàm trọc ứ trệ thường do ăn uống không điều độ: ăn nhiều thức ăn ngọt béo, nhiều calo lương mĩ vị, uống nhiều rượu, làm tổn thương tỳ vị, dẫn đến đàm thấp nội sinh. Đàm ẩm sau khi hình thành theo khí đi các nơi, ngoài đến cân xương, trong đến tạng phủ làm ảnh hưởng đến sự vận hành khí huyết và sự thăng giáng của khí gây ra chứng bệnh ở các bộ phận của cơ thể [18].

Thể đàm trọc ứ trệ nguyên nhân thường do ăn uống không điều độ thường

xuyên ăn đồ béo ngọt làm ảnh hưởng đến công năng của tỳ vị. Tỳ hư không vận hóa được thủy thấp làm thủy thấp đình lưu hóa thành đàm [29]. Thể âm hư dương cương là do bệnh nhân đã cao tuổi thiên quý của cơ thể đã bắt đầu suy làm chức năng của tạng thận suy giảm. Thận âm hư không nuôi dưỡng được can huyết làm cho can huyết cũng hư theo, can huyết hư không níu giữ được can dương làm can dương vượng lên [41]. Thể tỳ thận dương hư nguyên nhân là do bệnh nhân vốn bẩm tố tiên thiên bất túc, hoặc do phòng dục quá độ làm thận dương hư tổn. Thận dương hư làm mệnh môn hỏa suy không ôn ấm được tỳ dương làm tỳ dương cũng hư theo mà gây ra bệnh Thể can thận âm hư nguyên nhân gần giống như thể âm hư dương cương thường do bệnh nhân cao tuổi thiên quý đã bắt đầu suy làm cho thận hư. Thận âm hư lâu ngày không nuôi dưỡng được can huyết làm cho can huyết cũng hư theo [41], [34]. Thể khí trệ huyết ứ nguyên nhân thường do bệnh nhân tình chí uất kết làm cho can khí không được điều đạt. Thể can uất tỳ hư nguyên nhân là do can khí uất lâu ngày khắc tạng tỳ làm tạng tỳ cũng hư theo [34], [58], [59]. Như vậy có thể thấy mỗi thể bệnh đều do những nguyên nhân khác nhau gây ra, nhưng tăng TC thường liên quan trực tiếp đến chế độ ăn, tuy nhiên khi so sánh tỷ lệ tăng TC và không tăng TC giữa các thể bệnh YHCT khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4.4.3. Mối liên quan giữa thể bệnh với TG

Trong nhóm người bệnh tăng TG phân bố trong 6 thể YHCT: thể can thận âm hư có tỷ lệ cao nhất chiếm 19,63%; thể âm hư dương cương chiếm tỷ lệ thấp nhất là 14,49%. Trong nhóm người bệnh có chỉ số TG bình thường, thể đàm trọc ứ trệ (23,66%) chiếm tỷ lệ cao nhất; thể can uất tỳ hư (12,37%) chiếm tỷ lệ thấp nhất. Sự khác biệt giữa chỉ số TG giữa 6 thể YHCT không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Với tình trạng tăng cholestrol chiếm tỷ lệ cao là nhóm can thận âm hư; đàm trọc ứ trệ nên tình trạng thường gặp đi kèm với tăng TC là tăng TG cũng có tỷ lệ cao ở thể bệnh này. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nhóm bệnh nhân thuộc thể âm hư dương cương có tỷ lệ tăng TG máu là thấp nhất nguyên nhân là do nhóm này có tỷ lệ người bệnh thấp trong nghiên cứu (chiếm 14,49% tổng bệnh nhân tham gia nghiên cứu).

Người bệnh tham gia nghiên cứu có chỉ số TG cao ở thể can uất tỳ hư; can thận âm hư. Nguyên nhân là do tình trạng tăng TG máu không chỉ liên quan đến mật thiết với chế độ ăn uống thừa calo, chế độ vận động ít mà còn liên quan đến tình trạng stress trong môi trường đô thị hóa tại Hà Nội. Nhưng do các nguyên nhân thường có liên quan đến nhau nên giữa các thể bệnh tuy có khác biệt về chỉ số TG trung bình nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.4.4. Mối liên quan giữa thể bệnh với LDL-C

Trong nhóm người bệnh tăng LDL-C phân bố trong 6 thể YHCT: Thể đàm trọc ứ trệ có tỷ lệ cao nhất chiếm 21,56%; thể can uất tỳ hư (14,97%) và tỳ thận dương hư (13,77%) chiếm tỷ lệ thấp nhất. Trong nhóm người bệnh có chỉ số LDL-C bình thường, thể can thận âm hư có tỷ lệ cao nhất chiếm 19,74%; thể khí trệ huyết ứ có tỷ lệ thấp nhất chiếm 14,97%. Sự khác biệt giữa chỉ số LDL-C giữa 6 thể YHCT không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả về tỷ lệ thể bệnh theo tình trạng tăng LDL-C cũng cho thấy kết quả không có nhiều khác biệt so với tình trạng tăng TC, TG là nhóm bệnh nhân thuộc thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất. Nguyên nhân là do các chỉ số TC, TG, LDL-C có mối liên quan mật thiết với nhau. Thường những bệnh nhân có tăng TC cũng sẽ kèm theo gia tăng nhất định giá trị LDL-C. Do vậy, kết quả nghiên cứu nhóm bệnh nhân thuộc thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tăng TC, TG thì cũng chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tăng LDL-C.

Tỷ lệ tăng LDL-C giữa các thể bệnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê liên quan đến sự khác biệt nguyên nhân gây bệnh giữa 6 thể bệnh. Nguyên nhân là do giá trị LDL-C có liên quan nhiều nhất đến tăng TC.

4.4.5. Mối liên quan giữa thể bệnh với HDL-C

Trong nhóm người bệnh giảm HDL-C phân bố trong 6 thể YHCT: Thể đàm trọc ứ trệ (19,61%); thể can thận âm hư (19,93%) có tỷ lệ cao nhất; thể âm hư dương cương chiếm tỷ lệ thấp nhất là 13,73%. Trong nhóm người bệnh có chỉ số HDL-C bình thường, thể tỳ thận dương hư; đàm trọc ứ trệ; thể khí trệ huyết ứ có tỷ lệ cao nhất chiếm 19,15%; thể can uất tỳ hư có tỷ lệ thấp nhất chiếm 11,7%. Sự khác biệt giữa chỉ số HDL-C giữa 6 thể YHCT không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Khi xét đến tình trạng giảm HDL-C kết quả cũng có sự tương đồng là nhóm bệnh nhân thuộc thể đàm trọc ứ trệ chiếm tỷ lệ cao nhất. Nguyên nhân là do có mối liên hệ giữa sự gia tăng tình trạng giảm HDL-C với chế độ dinh dưỡng, tình trạng vận động thể lực. Mà nguyên nhân gây ra 6 thể bệnh được sử dụng trong nghiên cứu là do nhiều nguyên nhân khác nhau và thường có liên quan mật thiết với nhau. Như tình trạng ăn uống thừa năng lượng thì lại có liên quan đến vận động thể lực ít.

KẾT LUẬN

Thực hiện nghiên cứu đề tài: “*Đặc điểm lâm sàng và mối liên quan chỉ số non-HDL-C với các thể y học cổ truyền ở bệnh nhân rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp*” chúng tôi có các kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng theo y học cổ truyền thường gặp ở người bệnh rối loạn lipid máu

Người bệnh tham gia nghiên cứu được đánh giá qua 62 chứng trạng khác nhau, phân tích các chứng trạng qua tứ chẩn cho kết quả như sau:

- **Các chứng trạng theo vọng chẩn có tỷ lệ từ cao:** Hình thể béo (46,75%), tính tình cáu gắt (23%), tứ chi gày gò (22,5%), râu lưỡi trắng (18,5%).

- **Tỷ lệ các chứng trạng theo văn chẩn:** Nôn khan thành tiếng (19,75%).

- **Các chứng trạng theo vấn chẩn có tỷ lệ cao:** Mất ngủ (36,75%), cơ thể nặng nề (20,25%), ma mộc nặng nề (21,5%), đầu nặng (22%), buồn nôn (19,75%).

- **Các chứng trạng theo thiết chẩn theo tỷ lệ xuất hiện từ cao xuống thấp như sau:** Mạch huyền hoạt (22,75%), mạch trầm tế (19,5%), mạch tế sắc (19%), chi lạnh (18,25%), mạch huyền hoạt sắc (17,25%), mạch huyền (15,25%), mạch sáp (13,25%).

- **Tỷ lệ 6 thể bệnh lần lượt là:** Thể đàm trọc ú trở chiếm tỷ lệ 19,5%; Thể âm hư dương cương chiếm tỷ lệ 14%; Thể can thận âm hư chiếm tỷ lệ 19%; Thể tỳ thận dương hư chiếm tỷ lệ 17%; Thể khí trệ huyết ú chiếm tỷ lệ 15,25%; Thể can uất tỳ hư chiếm tỷ lệ 15,25%.

2. Mối liên quan giữa chỉ số non-HDL-C với các thể bệnh y học cổ truyền ở người bệnh rối loạn lipid máu

- Trong nhóm người bệnh tăng non-HDL-C phân bố trong 6 thể YHCT: Thể đàm trọc ú trệ (19,46%) có tỷ lệ cao nhất; thể âm dương hư cương chiếm tỷ lệ thấp nhất là 12,75%.

- Sự khác biệt giữa chỉ số non-HDL-C với 6 thể bệnh Y học cổ truyền có ý nghĩa thống kê với $p = 0,039$.

KIẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 400 người bệnh rối loạn lipid máu tại Bệnh viện đa khoa Gò Vấp chúng tôi đưa ra đề xuất như sau:

1. Đề xuất tiếp tục làm nghiên cứu đánh giá về bộ công cụ chẩn đoán các thể bệnh Y học cổ truyền của chứng rối loạn lipid máu.

2. Luận văn còn nhiều hạn chế về số lượng người bệnh nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu, nên tiếp tục nghiên cứu trên lâm sàng với số lượng người bệnh lớn hơn, tại nhiều bệnh viện và trên mọi vùng miền để cho ra kết quả thuyết phục hơn nữa.

3. Đề xuất tiếp tục xây dựng nghiên cứu đánh giá các chỉ số lâm sàng của lipid máu trên người bệnh rối loạn lipid máu, đặc biệt là đánh giá trên chỉ số non - HDL-C để làm rõ vai trò của chỉ số trên lâm sàng.

4. Tiếp tục mở rộng nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xác định độ nhạy và độ đặc hiệu của từng triệu chứng và nhóm triệu chứng theo thể bệnh Y học cổ truyền ở người bệnh rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. **Đào Thị Thanh Bình, Lê Quang Vinh** (2015), *Nồng độ non-hdl cholesterol ở người đái tháo đường típ II*, Tạp chí Nghiên cứu y học, Thành phố Hồ Chí Minh tập 19, số 5.
2. **Trương Việt Bình, Trần Thúy, Đào Thanh Thủy** (1996), *Đàm âm, Chuyên đề nội khoa YHCT*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Bộ môn Nội, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam** (2008), *Rối loạn chuyển hóa lipid máu*, Bài giảng sau Đại học, Hà Nội.
4. **Bộ môn Nội, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam** (2015), *Rối loạn chuyển hóa lipid máu*, Bài giảng điều trị nội khoa YHCT, Hà Nội.
5. **Bộ môn Hóa sinh, Trường Đại học Y Hà Nội** (2001), *Chuyển hóa lipid*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Bộ môn Y học cổ truyền, Trường Đại học Y khoa Hà Nội** (2002), *Bài giảng Y học cổ truyền tập II*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. **Bộ môn hóa sinh, Trường Đại học Y Hà Nội** (2013), *Hoá sinh lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Bộ môn Y học cổ truyền, Trường Đại học Y khoa Hà Nội** (2014), *Nội Kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
9. **Bộ môn khoa Y học cổ truyền Học viện Quân y**, (2006), *Mỡ máu tăng cao – Rối loạn lipid máu*, *Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền giáo trình giảng dạy sau đại học*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội
10. **Hoàng Bảo Châu** (1995), *Lý luận cơ bản Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
11. **Hoàng Bảo Châu** (1997), *Đàm âm, Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
12. **Nguyễn Huy Dung** (2005), *Rối loạn lipid máu - 22 bài giảng chọn lọc nội khoa tim mạch*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

13. **Phạm Tử Dương, Hoàng Khánh Toàn, Chu Quốc Trường, Phạm Quang Minh** (1999). *Nghiên cứu tác dụng điều chỉnh hội chứng rối loạn lipid máu thể phong*, Tạp Chí Học Cổ Truyền Việt Nam, Hà Nội.
14. **Đỗ Hoàng Giao** (2001), Giá trị của tỷ lệ Cholesterol tỷ trọng thấp với Cholesterol tỷ trọng cao (LDL/HDL) trong đánh giá, điều trị rối loạn lipid máu, *Thời sự tim mạch*, số 39 - 40.
15. **Nguyễn Thị Hà** (2007), *Chuyển hóa lipid và lipoprotein*, Hóa sinh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
16. **Bạch Vọng Hải** (1997), *Hóa sinh lâm sàng xơ vữa động mạch và nhồi máu cơ tim*, Tài liệu giảng dạy sau đại học, Các chuyên đề hóa sinh và dịch tễ lâm sàng, ed, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
17. **Lê Đức Hình** (2008), *Tai biến mạch máu não- Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
18. **Phan Quan Chí Hiếu** (2007), *Bệnh học và điều trị Đông Y*, Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh.
19. **Nguyễn Thị Hoà** (2019), *Nghiên cứu mối liên quan giữa các chỉ số lipid máu với thể bệnh y học cổ truyền trên người bệnh rối loạn lipid máu*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội.
20. **Hội nội tiết – đái tháo đường Việt Nam** (2016), *Chẩn đoán và điều trị một số bệnh nội tiết chuyển hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
21. **Học viện Trung Y Nam Kinh** (1992). *Trung Y học khái luận*, tái bản lần 3, Lớp Giảng viên Viện Đông Y dịch, Hà Nội, 59 – 70, 176 – 184.
22. **Hội đồng khoa học - Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam** (2004), *Khuyến cáo xử trí các bệnh lý tim mạch chủ yếu ở Việt Nam*, Phụ trương tạp chí Tim mạch học, số 38/2004, 133-149.
23. **Hội đồng khoa học- Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam** (2015), *Phụ Trương Tạp Chí Tim Mạch Học 2015*, Khảo sát STEPS quốc gia Việt Nam 2015.
24. **Hội nội tiết – đái tháo đường Việt Nam** (2016), *Chẩn đoán và điều trị một*

số bệnh nội tiết chuyển hóa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

25. **Hà Trần Hưng, Vũ Thị Thanh Huyền, Khúc Thị Hương** (2015). *Nghiên cứu đặc điểm các chỉ số Lipid máu và non- HDL-Cholesterol ở người bệnh Đái tháo đường cao tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch*. Tạp Chí - Dược Học Quân Sự, Hà nội.
26. **Nguyễn Thùy Hương** (1993), *Tìm hiểu mối liên quan giữa chuyển hóa lipid và đàm ẩm*, Một số vấn đề lý luận về Lão khoa cơ bản, Viện Lão khoa, nhà xuất bản Y học, Hà Nội
27. **Phạm Vũ Khánh và cộng sự** (2009), *Lão khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Giáo Dục Việt Nam, Hà Nội.
28. **Phạm Vũ Khánh, Đỗ Thị Thúy Anh** (2010). *Nghiên cứu tác dụng điều trị bệnh tăng huyết áp có rối loạn lipid máu của bài thuốc TTH*. Tạp Chí Học Thực Hành, Hà Nội.
29. **Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà** (2016). *Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
30. **Nguyễn Thy Khuê** (2003), *Nội tiết học đại cương*, Nhà xuất bản TP.HCM, TP.HCM.
31. **Trần Văn Kỳ** (1992). *Những điểm mới trong điều trị nội khoa Đông Tây y kết hợp tại Trung Quốc*, Viện y học cổ truyền Thành Phố Hồ Chí Minh.
32. **Trần Văn Kỳ** (2002), *Bệnh nhiễm mỡ xơ mạch*, Đông tây y điều trị bệnh tim mạch, Nhà xuất bản Y học. Hà Nội.
33. **Nguyễn Thị Mai** (2006), *Nghiên cứu đặc điểm rối loạn lipid máu của các thể huyết vừng có tăng huyết áp*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Viện y học cổ truyền Quân đội, Hà Nội.
34. **Nguyễn Mai Ngọc, Trương Thanh Hương** (1999). *Nhận xét về sự biến đổi một số thành phần lipid máu ở người bệnh THA*. Tạp chí tim mạch, Hà Nội.
35. **Đặng Văn Phước** (2010), *Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về phân loại rối loạn mỡ máu*, Chuyên đề tạp chí Tim mạch học, 26.
36. **Trần Thúy, Vũ Nam, Nguyễn Văn Toại** (2005). *Lý luận Y học cổ truyền*,

Nhà xuất bản Y học, Hà Nội

37. **Tăng Thị Bích Thủy** (2007), *Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng rối loạn lipid máu nguyên phát-thể Tỳ hư đàm thấp của viên HCTI*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
38. **Nguyễn Hải Thùy, Trần Hữu Dàng** (2008), *Giáo trình sau đại học chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa*, NXB Đại học Huế, Huế.
39. **Tạ Thu Thủy** (2016), *Đánh giá tác dụng điều trị hội chứng rối loạn lipid máu của cao lỏng đại an*, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
40. **Trần Đình Toán, Nguyễn Trung Chính** (1998), *Tăng Cholesterol máu bệnh thời đại*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
41. **Hoàng Khánh Toàn, Chu Quốc Trường** (1998), *Y học cổ truyền và hội chứng rối loạn lipid máu*. Tạp Chí Học Cổ Truyền Việt Nam, Hà Nội.
42. **Lê Hữu Trác** (2011). Y trung quan kiện, *Hải Thượng Y tông tâm 43linh tập 1*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
43. **Trần Thị Thu Vân** (2013), *Kết quả phân loại và điều trị hội chứng rối loạn lipid máu theo các thể bệnh tại bệnh viện Tuệ Tĩnh từ năm 2008 - 2013*, *Tạp chí Y học thực hành* – Năm 2015, số 10, 77 – 80.
44. **Trường Đại học Y Hà Nội Khoa Y Học Cổ Truyền** (2014), *“Nội Kinh”*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 107-161.
45. **Nguyễn Lâm Việt** (2003), *Rối loạn lipid máu, Thực hành bệnh tim mạch*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
46. **Chu Vinh và cộng sự** (2000), *Nhận xét những thay đổi một số chỉ tiêu lipid máu trên người bệnh THA*, *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học, Tạp chí Tim mạch học*, số 21/2000, 224 - 230.
47. **Y học cổ truyền Quân đội** (2002), *Hội chứng tăng lipid máu và bệnh xơ vữa động mạch*, *Kết hợp đông tây y chữa một số bệnh khó*, Y học Quân đội, Hà Nội.

Tiếng Anh

48. **Antje Ludwig Nico la Wilck** (2014). Targeting the Ubiquitin-Proteasome System in Atherosclerosis: Status Quo, Challenges, and Perspectives. *Antioxid Redox Signal*, 2234–2255.
49. **Chen W Hunt SC, Gardner JP, Kimura M** (2008). Leukocyte telomeres are longer in African Americans than in whites: the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study and the Bogalusa Heart Study. *Aging Cell*, 7(451), 8
50. **Heart Disease and Stroke Statistics** (2016). *Update A Report From the American Heart Association*. .
51. **Laufs U Liao JK** (2005). Pleiotropic effects of statin. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 45, 89–118.
52. **Lin J Farzaneh-Far R, Epel ES, Harris WS** (2010). Association of marine omega-3 fatty acid levels with telomeric aging in patients with coronary heart disease. *JAMA*, 303(250), 7.
53. **National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel** (2002). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*, 106(25), 3143–3421.
54. **Stein R Tircía-Giustiniani D** (2016). Genetics of Dyslipidemia. *Arq Bras Cardiol*, 106(5), 434–438.
55. **Stewart S Carrington MJ** (2011). Australia’s cholesterol crossroads: An analysis of 199,331 GP patient records. *Prev Health Bak IDI Heart Diabetes Inst*, 16(50).
56. **Tran Dac Phu** (2015). National survey on the risk factors of non-communicable diseases (steps) Viet Nam. *Minist Health Gen Dep Prev Med*,
57. **WHO** (2002). Chapter 4: Quantifying selected major risks to heart, The World Health Report – Reducing Risks. *Promoting Healthy Life*.

Tiếng Trung Quốc

- 58. Zhao Li Guo-Zhe Sun, Liang Guo, Ying Zhou, Hong-Mei Yang and Ying-Xian Sun** (2014). High prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among rural Chinese adults. *Publ Sci Rep*.
- 59. 王阶 , 何庆勇** (2010), 病证结合中医证候学, 中国医药科技出版.
Wang Jie, He Qingyong (2010), chứng hậu học trung y bệnh chứng kết hợp, Nhà xuất bản Khoa học và Công nghệ Y học Trung Quốc.
- 60 王承德 沈绍功, 闫希军** (2001), 高脂血症和高脂蛋白血症, 中医心病诊断疗效标准与用药规范.北京出版社.
Chengde Wang, Shaogong Shen, Junjun Yan (2001), chứng tăng lipid máu và chứng tăng bạch cầu máu, qui tắc dụng dược và tiêu chuẩn chẩn đoán trị liệu trung y tâm bệnh, Nhà xuất bản Bắc Kinh, Trung quốc

Phụ lục 1

BẢN CUNG CẤP THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

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

Tên đề tài:	“Đặc điểm lâm sàng và mối liên quan chỉ số non - HDL-C với các thể Y học cổ truyền ở bệnh nhân rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp”.
Hướng dẫn khoa học:	TS. Lu Quốc Hùng - PGS.TS. Trần Thị Minh Tâm
Người thực hiện:	BS. Trần Đức Lưu
Địa điểm thực hiện:	Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp

1. Các vấn đề liên quan đến nghiên cứu

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

Thời gian diễn ra nghiên cứu: Dự kiến bắt đầu từ tháng 12/2018 và kết thúc vào tháng 11/2019.

Địa điểm tiến hành nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp

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

Mô hình nghiên cứu:

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

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

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

a. Nghĩa vụ chung

Ông/Bà sẽ bị loại khỏi nghiên cứu nếu:

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

b. Với người bệnh điều trị nội trú

- Tuân thủ quy định của Bệnh viện đối với người bệnh nội trú.
- Tuân thủ quy trình điều trị.

c. Với người bệnh điều trị ngoại trú và đến khám tại Khoa khám bệnh

- Tuân thủ điều trị theo phác đồ của bác sỹ kê đơn, không tự ý điều trị bằng các loại thuốc không rõ nguồn gốc (bao gồm cả thực phẩm chức năng, các loại thảo mộc, trà).

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

a. Rủi ro bắt buộc dừng tham gia nghiên cứu

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

b. Rủi ro vẫn chấp nhận tham gia nghiên cứu

- Người bệnh mệt, muốn nghỉ một thời gian ngắn trước khi tiếp tục phỏng vấn hoặc thăm khám.
- Người bệnh sau xử trí cấp cứu trở lại trạng thái ổn định (tĩnh, tiếp xúc tốt) và vẫn có khả năng trả lời phỏng vấn/vẫn muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu.

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

- Tên của Ông/Bà sẽ không được tiết lộ, chỉ sử dụng trong phạm vi nghiên cứu, trừ khi luật pháp yêu cầu.
- Trong khi tham gia vào nghiên cứu, nghiên cứu viên sẽ thay thế tên Ông/Bà bằng một mã số đặc biệt để nhận diện. Bệnh viện sở tại có thể sử dụng mã số này cùng với thông tin đã mã hóa của Ông/Bà cho những mục tiêu nghiên cứu.
- Nếu kết quả của nghiên cứu này được công bố trên một bài viết, bài báo hoặc trình bày trong một hội thảo, tên của Ông/Bà đảm bảo sẽ không được nêu.

- Ông/Bà có quyền xem lại Thông tin nghiên cứu, bảng kết quả trả lời phỏng vấn của bản thân và có quyền yêu cầu chỉnh sửa Thông tin nghiên cứu nếu thấy không đúng. Tuy nhiên, xin lưu ý rằng trong quá trình nghiên cứu, việc tiếp cận Thông tin nghiên cứu có thể bị hạn chế nếu làm giảm tính trung thực của nghiên cứu. Ông/Bà có thể tiếp cận Thông tin nghiên cứu được nghiên cứu viên lưu giữ vào cuối quá trình nghiên cứu.

5. Liên hệ

Nếu Ông/Bà có bất cứ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với nghiên cứu viên qua:
Số điện thoại: 0969610045 gặp Bác sĩ Trần Đức Lưu

Xin cảm ơn sự hợp tác của Ông/Bà!

Phụ lục 2

**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU NGƯỜI BỆNH
RỐI LOẠN LIPID MÁU**

ID:.....

PHẦN I: PHẦN CHUNG

1. Họ và tên (In hoa): 2. Sinh ngày:
3. Giới: 1. Nam 2. Nữ 4. Nghề nghiệp:
5. Dân tộc: 6. Quốc Tịch: Việt Nam
7. Địa chỉ: Số nhà Thôn, phố..... Xã, phường:
- Huyện(Q, Tx) : Tỉnh, thành phố:
8. Nơi làm việc:
9. Đối tượng: 1.BHYT 2.Thu phí 3.Miễn 4.Khác
10. BHYT giá trị đến ngàytháng..... nămSố thẻ BHYT:
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin:
-Điện thoại số:
12. Vào viện: giờ.....phút , ngày...../...../.....
13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu 2.Khoa khám bệnh 3.Khoa điều trị
- 14.Nơi giới thiệu: 1.Cơ quan y tế 2.Tự đến 3.Khác
- 15.Lý do vào viện:
16. Chẩn đoán của khoa khám bệnh
- Theo YHCT:
- Theo YHĐ:

PHẦN II: BỆNH ÁN**A/ Y HỌC HIỆN ĐẠI:**

- 1. Tiền sử - Bản thân:**
- Bệnh đã mắc phân loại Năm mắc bệnh Thuốc đang dùng
1. Bệnh tim mạch:

- 1.1. Bệnh mạch máu não do xơ vữa
- 1.2. Bệnh mạch vành
- 1.3. Tăng huyết áp
- 1.4. Bệnh khác
2. Bệnh thận – tiết niệu
3. Bệnh hô hấp
4. Bệnh tiêu hóa
5. Bệnh nội tiết:
- 5.1. Rối loạn lipid máu
- 5.2. Gan nhiễm mỡ
6. Bệnh thần kinh
7. Bệnh cơ xương khớp
8. Bệnh cơ quan tạo máu
9. Bệnh miễn dịch – dị ứng
10. Bệnh nam khoa
11. Bệnh phụ khoa
- Gia đình có mắc bệnh rối loạn lipid máu? 1. Có (Ai?) 2. Không

Các yếu tố liên quan đến bệnh tật:

1. Có hút thuốc lá không? 1. Có (Trung bình điếu/ngày) 2. Không
2. Có uống rượu/bia? 1. Có (Ước lượng ml/tuần) 2. Không
3. Có sử dụng các chất gây nghiện? 1. Có (.....) 2. Không
4. Dị ứng? 1. Có (.....) 2. Không
5. Ăn uống bất thường không? 1. Có (.....bát/ngày) 2. Không
6. Vận động thể lực không? 1. Có (.....phút/tuần) 2. Không

2. Toàn trạng:

Chiều cao:m

Huyết áp:mmHg

Cân nặng:kg

Mạch:lần/phút

BMI:kg/m²

Nhiệt độ:độ C

3. Cận lâm sàng

- Cholesterol toàn phần (mmol/l)
- HDL – C (mmol/l)
- Non-HDL-C = Cholesterol toàn phần – Cholesterol HDL (mmol/l)
- Các kết quả khác (nếu có).....
- Tryglycerid (mmol/l)
- LDL – C (mmol/l)

4. Khám bệnh:

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

4.2 Khám bộ phận:

Tuần hoàn:.....

Hô hấp:.....

Tiêu hóa:.....

Tiết niệu – sinh dục:.....

Thần kinh:

Cơ xương khớp:.....

Tai – Mũi – Họng.....

Răng – Hàm - Mặt:.....

Nội tiết, dinh dưỡng và các bệnh lý khác:

B/Y HỌC CỔ TRUYỀN:

I/ VONG CHẨN:

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

2. Thần: 1. Còn thần 2. Kém thần 3. Giả thần 4. Loạn thần 5. Nhanh nhẹn 6. Tĩnh

7. Mệt mỏi 8. Chậm chạp 9. Không thể di chuyển 10. Thần không yên 11. Lo nghĩ

12. Cáu gắt 13. Buồn phiền 14. Vui vẻ 15. Căng thẳng 16. Kinh sợ 17. Hay quên

3. Sắc: 1. Bình thường 2. Bêch (trắng) 3. Xanh 4. Đỏ 5. Tím 6. Vàng 7. Đen

8. Gò má đỏ 9. Nhợt 10. Khác

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

5. Lưỡi:-Hình dáng: 1. Bình thường 2. Gầy mỏng 3. Thon nhỏ 4. Dày 5. Hằn răng

6. Bệu có gai 7. Có vết nứt 8. Lệch 9. Rụt 10. Cứng 11. Loét 12. Nhợt Khác

- Chất lưỡi: 1. Hồng nhạt 2. Trắng nhợt 3. Đỏ 4. Đỏ giáng 5. Đỏ tối 6. Tím

đỏ 7. Tím sẫm 8. Xanh tím 9. Ám tối 10. Nhợt 11. Khô 12. Bẩn

- Lạc mạch dưới lưỡi: 1. Ngắn nhỏ 2. To chường 3. Kết hạt châu 4. Giãn

6. Rêu lưỡi:

- Màu rêu: 1. Trắng 2. Vàng 3. Đen 4. Khác

- Mật độ rêu: 1. Dày 2. Mỏng 3. Không rêu 4. Tróc 5. Nhày vữa 6. Khác

- Độ nhuận táo: 1. Nhuận 2. Khô 3. Bẩn 4. Nhớt 5. Dính 6. Khác

7. Vận động của lưỡi

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

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

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

10. Mắt: 1. Phù 3. Sung nề 4. Mắt miệng méo lệch 5. Đỏ 6. Vàng 7. Khác

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

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

13. Móng tay chân: - Sắc 1. Nhợt 2. Tím 3. Khác

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

14. Tóc: 1. Khô dễ rụng 2. Tóc bạc sớm 3. Rụng nhiều

II/ VẤN CHẨN:

1. Âm thanh: - Tiếng nói: 1. Bình thường 2. To 3. Nhỏ 4. Đứt quãng 5. Ngọng 6. Khàn 7. Mất tiếng 8. Nặng tiếng 9. Đau họng 10. Thều thào 11. Khác

- Hơi thở: 1. Bình thường 2. Ngắt quãng 3. Chậm 4. Nhanh 5. Nặng 6. Khó thở 7. Rít 8. Khò khè 9. Cánh mũi phập phồng 10. Hôi 11. Khác

- Ho: 1. Liên tục 2. Con 3. Ít 4. Nhiều 5. Khan 6. Có đờm 7. Khác

- Ợ: 1. Có 2. Không

- Nấc 1. Có 2. Không

2. Mùi: - Mùi cơ thể, mùi hơi thở: 1. Bình thường 2. Khắm 3. Tanh 4. Thối

6. Chua 7. Khác - Chất thải biểu hiện bệnh lý: 1. Đờm 2. Chất nôn 3. Phân

4. Nước tiểu 5. Khí hư 6. Kinh nguyệt 7. Khác

III/ VẤN CHẨN:

1. Thể Hàn nhiệt: Biểu hiện bệnh lý: 1. Bình thường 2. Người nóng 3. Người lạnh
4. Triệu nhiệt 5. Khác

2. Mô hôi: Biểu hiện bệnh lý: 1. Bình thường 2. Không có mồ hôi 3. Tự hãn
4. Đạo hãn 5. Nhiều 6. Ít 7. Khác

3. Đầu mặt: Biểu hiện bệnh lý: 1. Có 2. Không Đau đầu: 1. Một chỗ 2. Nửa đầu 3. Cả đầu 4. Đỉnh đầu 5. Nặng đầu 6. Nhói 7. Cấn 8. Ê ẩm như bị buộc lại
9. Di chuyển 10. Đau cố định 11. Choáng

- Mắt: 1. Nhìn không rõ 2. Hoa mắt chóng mặt

- Tai: 1. Ù 2. Điếc 3. Nặng 4. Đau

- Mũi: 1. Ngạt 2. Chảy nước 3. Chảy máu cam 4. Đau

- Họng: 1. Đau 2. Không

- Cổ vai: 1. Mỏi 2. Đau 3. Khó vận động 4. Khác

4. Lưng: Biểu hiện bệnh lý:

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

5. Bụng và ngực: Biểu hiện bệnh lý: 1. Bình thường 2. Tức 3. Đau 4. Sôi

5. Đầy trướng 6. Đau tức cạnh sườn 7. Nóng ruột 8. Ngọt ngọt khó thở

9. Đánh trống ngực 10. Bồn chồn không yên 11. Đau vùng trước tim 12. Khác

6. Chân tay: Biểu hiện bệnh lý

- Hàn nhiệt 1. Lòng bàn chân bàn tay ấm 2. Úy hàn 3. Ô hàn

4. Lòng bàn chân bàn tay nóng

5. Lòng bàn chân bàn tay lạnh

6. Ra mồ hôi lòng bàn tay bàn chân → Dính Lạnh Ẩm Nóng Khác

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

7. Ăn: Biểu hiện bệnh lý: 1. Bình thường 2. Thích nóng 3. Thích mát 4. Ăn nhiều

5. Ăn ít 6. Nhạt miệng 7. Đắng miệng 8. Thèm ăn 9. Chán ăn 10. Chướng bụng 11. Miệng khô 12. Khác

8. Uống: Biểu hiện bệnh lý: 1. Bình thường 2. Mát 3. Ấm nóng 4. Nhiều 5. Ít 6. Khác

9. Đại tiểu tiện: Biểu hiện bệnh lý: - Tiểu tiện: 1. Bình thường 2. Vàng 3. Đỏ

4. Đục 5. Buốt 6. Dắt 7. Bí 8. Không tự chủ 9. Nhiều lần 10. Khác

- Đại tiện: 1. Bình thường 2. Táo 3. Sóng 4. Nhão 5. Toàn nước 6. Nhầy mũi 7. Bí kết 8. Khác

10. Ngủ: Biểu hiện bệnh lý: 1. Bình thường 2. Khó vào giấc ngủ 3. Hay tỉnh 4. Dậy sớm 5. Hay mơ 6. Khác

- **Cổ chướng** 1) Có 2) Không

- **Xuất huyết** 1. Xuất huyết dưới da 2. Xuất huyết nội tạng → Cơ quan.....

3. Băng kinh 4. Rong kinh 5. Bé kinh 6. Kinh trước kỳ 7. Kinh sau kỳ 8. Kinh nguyệt không đều 9. Khác

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

13. Mai hạch khí 1) Có Vị trí..... 2) Không

IV/ THIẾT CHẨN:

1. Xúc chẩn:

- Da: 1. Bình thường 2. Khô 3. Nóng 4. Lạnh 5. Ướt 6. Triệu nhiệt

7. Cục cứng 8. Ấn lõm 9. Ấn đau 10. Khác

- Chân tay: 1. Chân tay nóng 2. Chân tay lạnh

- Mồ hôi: 1. Toàn thân 2. Trán 3. Tay chân 4. Khác

- Cơ xương khớp: 1. Săn chắc 2. Mềm 3. Căng cứng 4. Cơ cơ ấn đau

5. Gân đau 6. Xương khớp đau 7. Khó vận động 8. Khác

- Bụng: 1. Mềm 2. Chướng 3. Cổ trướng 4. Có hòn cục 5. Đau thiên án 6. Đau cự án

- Phù thũng 1) Có : 1. Mi mắt 2. Mắt cá chân 3. Mặt trước xương chày 4. Mu bàn chân 5. Toàn thân phù 6. Khác

- U vàng dưới da: 1) Có → Vị trí..... 2) Không

2. Mạch chẩn: 1. Phù 2. Trầm 3. Trì 4. Sác 5. Tế 6. Huyền 7. Hoạt

8. Sáp 9. Có lực 10. Vô lực 11. Khác

- Bên phải (Khí, dương):.....

- Bên trái (Huyết, âm):.....

Gò vấp, ngày..... tháng.... năm 20...

Nghiên cứu viên

(ký, ghi rõ họ tên)

Phụ lục 3**BỘ Y TẾ****BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO****HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM****BỘ CÔNG CỤ RÚT GỌN****CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN LIPID MÁU THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN**

Mã số bệnh án.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên người bệnh:.....
2. Năm sinh:
3. Giới: Nam Nữ
4. Dân tộc: Kinh Dân tộc khác (Ghi cụ thể)
5. Nghề nghiệp:
6. Địa chỉ nơi cư trú:.....
7. Lý do vào viện:.....

II. TIỀN SỬ

8. Tiền sử bệnh tật
 - 8.1. Rối loạn lipid máu Có Không Phát hiện vào tháng... năm
 - 8.2. Gan nhiễm mỡ Có Không Phát hiện vào tháng... năm
 - 8.3. Bệnh mạch máu não Có Không Phát hiện vào tháng... năm
 - 8.4. Bệnh mạch vành Có Không Phát hiện vào tháng... năm
 - 8.5. Tăng huyết áp Có Không Phát hiện vào tháng... năm
 - 8.6. Viêm tụy cấp Có Không Phát hiện vào tháng... năm
 - 8.7. Đái tháo đường Có Không Phát hiện vào tháng... năm
 - 8.8. Bệnh mạch máu chi Có Không Phát hiện vào tháng... năm
 - 8.9. Gia đình bố mẹ anh chị em ruột bị RL lipid máu Có Không
9. Thuốc đang dùng:

III. TÌNH TRẠNG HIỆN TẠI

10. Thời điểm chẩn đoán rối loạn lipid máu:....tháng.....năm.....
11. Chiều cao:.....(m) Cân nặng:.....kg) BMI:.....
12. Cận lâm sàng:
- 12.1 Cholesterol toàn phần.....mmol/l 12.2Triglycerid:..... mmol
- 12.3. HDL-C:..... mmol/l 12.4. LDL-C:..... mmol

13. Chứng trạng Y học cổ truyền

CÁC CHỨNG TRẠNG CHỦ YẾU THEO VỌNG VĂN VẤN THIẾT			
1	Hình thể béo	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
2	Hình thể gầy	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
3	Tay chân gầy/cơ nhục teo nhẽo	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
4	Phù mắt và chân tay	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
5	Sắc mặt đỏ	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
6	Mắt đỏ	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
7	Lưỡi bệu	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
8	Rìa lưỡi có hần răng	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
9	Chát lưỡi hồng	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
10	Chát lưỡi đỏ	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
11	Lưỡi đỏ giáng	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
12	Lưỡi nhợt	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
13	Chát lưỡi tía hoặc có điểm ứ huyết	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
14	Rêu lưỡi khô	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
15	Rêu lưỡi nhớt	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
16	Rêu lưỡi trắng	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
17	Rêu lưỡi vàng	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
18	Rêu lưỡi mỏng	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
19	Rêu lưỡi dày	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
20	Buồn nôn	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
21	Nôn khan	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
22	Nôn ra đờm rãi	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>

23	Sợ lạnh	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
24	Ngũ tâm phiền nhiệt	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
25	Đạo hãn	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
26	Miệng đắng	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
27	Miệng khô	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
28	Miệng ngọt/nhạt	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
29	Ăn ít/chậm tiêu	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
30	Đại tiện bí khó đi	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
31	Đại tiện táo kết	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
32	Đại tiện lỏng nát	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
33	Tiểu đêm > 2 lần/đêm	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
34	Tiểu tiện sền đỏ	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
35	Đau đầu vùng đỉnh	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
36	Đầu nặng như bó	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
37	Đầu đau căng	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
38	Hoa mắt	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
39	Chóng mặt	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
40	Tay chân vô lực	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
41	Tê mỏi thân mình và tay chân	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
42	Mình mảy và tay chân nặng nề	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
43	Bụng ngực đầy khó chịu	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
44	Bụng trướng	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
45	Lưng gối đau mỏi	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
46	Đau mạng sườn	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
47	Đau vùng quanh vú	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
48	Đau có tính chất di chuyển	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
49	Đau nhói vùng trước tim	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
50	Tai ù	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
51	Hay mơ	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>

52	Hay quên	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
53	Mệt mỏi	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
54	Kinh nguyệt không đều	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
55	Mất ngủ	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
56	Tâm phiền (Hay nôn nóng sốt ruột)	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
57	Tinh thần không thư thái/lo lắng	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
58	Cáu gắt/giận dữ	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
59	Hay giật mình kinh sợ	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
60	Hồi hộp trống ngực	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
61	Tay chân lạnh	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
62	Mạch huyền	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
63	Mạch hoạt	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
64	Mạch sắc	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
65	Mạch trì	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
66	Mạch trầm	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
67	Mạch tế	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
68	Mạch sáp	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
CÁC CHỨNG TRẠNG KHÁC THEO YHHĐ			
69.	U vàng/Ban vàng da/gân	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
YẾU TỐ TÁC ĐỘNG VÀ LIÊN QUAN THEO YHHĐ VÀ YHCT			
70.	Vận động thể lực ít (< 30 phút/ngày x 5ngày/tuần)	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
71.	Uống bia rượu nhiều	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
72.	Hút thuốc lá	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
73.	Tiên thiên bất túc(đẻ thiếu cân,thiếu tháng,dị tật bẩm sinh)	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>
74.	Ăn thực thất điều (ăn uống không điều độ và có thiên lệch)	1. Có <input type="checkbox"/>	2. Không <input type="checkbox"/>

.....,ngày.....tháng...năm 20...

Người điền phiếu

Phụ lục 4



BỘ Y TẾ

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN LIPID MÁU

Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa Gò Vấp.

STT	Mã BA	Họ và tên	Tuổi	Giới	Địa chỉ	Vào viện
1	1905000214	NG.THỊ KIM L	59	Nữ	KIÊN GIANG	02/05/2019
2	1905000314	PHAN T BẠCH T	38	Nữ	P.11, Q.GV, TP.HCM	02/05/2019
3	1905000325	LÊ THỊ H	40	Nữ	P.16, Q.GV, TP.HCM	02/05/2019
4	1905000363	NGUYỄN NGỌC A	49	Nam	P.04, Q.GV, TP.HCM	02/05/2019
5	1905000408	HÀ MẠNH T	43	Nam	P.14, Q.GV, TP.HCM	02/05/2019
6	1905000483	VŨ VĂN D	57	Nam	P.04, Q.GV, TP.HCM	02/05/2019
7	1905000500	NG.THANH N	62	Nam	P.04, Q.GV, TP.HCM	02/05/2019
8	1905000525	NGUYỄN LONG H	55	Nữ	Q.12, TP.HCM	02/05/2019
9	1905000727	TRẦN THỊ KIM T	39	Nữ	HOCMÔN, TP.HCM	02/05/2019
10	1905000817	VÕ THỊ T	60	Nữ	P.15, Q.GV, TP.HCM	02/05/2019
11	1905000824	ĐÀO VĂN L	54	Nam	P.04, Q.03, TP.HCM	02/05/2019
12	1905000881	TRẦN HOÀNG H	48	Nam	Q.12, TP.HCM	02/05/2019
13	1905001308	LÊ THỊ Ầ	82	Nữ	P.15, Q.GV, TP.HCM	02/05/2019
14	1905008650	PHAN THỊ T	60	Nữ	THANH HÓA	07/05/2019
15	1905009119	TRẦN THANH H	56	Nữ	P.12, Q.GV, TP.HCM	07/05/2019
16	1905008881	NGUYỄN THỊ H	43	Nữ	P.11, Q.GV, TP.HCM	07/05/2019
17	1905008311	NGUYỄN VŨ T	50	Nam	HẬU GIANG	07/05/2019
18	1905008378	LÊ THỊ HỒNG V	44	Nữ	ĐỒNG NAI	07/05/2019
19	1905008299	LÊ ĐỨC T	52	Nam	P.8, Q.GV, TP.HCM	07/05/2019
20	1905008181	TRẦN QUỐC A	33	Nam	P.4, Q.GV, TP.HCM	07/05/2019
21	1905007469	ĐÀO THỊ Q	76	Nữ	P.10, Q.GV, TP.HCM	07/05/2019
22	1905007466	NGUYỄN VĂN L	38	Nam	P.10, Q.GV, TP.HCM	07/05/2019
23	1905007384	NGUYỄN VĂN L	73	Nam	P.11, Q.GV, TP.HCM	07/05/2019

24	1905007324	ĐỖ THỊ KIM H	75	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	07/05/2019
25	1905009636	TRẦN VĂN T	60	Nam	KHÁNH HÒA	08/05/2019
26	1905009775	PHAN T.THANH P	47	Nữ	P.12, Q.GV,TP.HCM	08/05/2019
27	1905009861	LÊ THỊ NGỌC M	52	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	08/05/2019
28	1905009887	PHẠM QUỐC P	66	Nam	H.MÔN, TP.HCM	08/05/2019
29	1905011636	ĐỖ THỊ M	56	Nữ	Q.12, TP.HCM	09/05/2019
30	1905011398	NG.THỊ KIM T	37	Nữ	P.17, Q.GV,TP.HCM	09/05/2019
31	1905011550	Đ.CAO THANH N	35	Nữ	P.12, TP.HCM	09/05/2019
32	1905011633	PHAN THỊ H	49	Nữ	P.12, Q.GV,TP.HCM	09/05/2019
33	1905011662	HUỖNH QUANG V	32	Nam	P.05, Q.GV,TP.HCM	09/05/2019
34	1905011675	TỔNG THỊ C	39	Nữ	Q.12, TP.HCM	09/05/2019
35	1905011819	NGUYỄN THỊ K	44	Nữ	P.05, Q.GV,TP.HCM	09/05/2019
36	1905012368	NGUYỄN THỊ T	58	Nữ	BẾN TRE	09/05/2019
37	1905018466	NGUYỄN VÔ K	40	Nam	ĐHT, Q.12,TP.HCM	14/05/2019
38	1905018343	TRẦN THỊ T. B	46	Nữ	P.17, Q.GV,TP.HCM	14/05/2019
39	1905018263	TR.THỊ KIM H	53	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	14/05/2019
40	1905018390	PHẠM THỊ C	43	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	14/05/2019
41	1905018427	PHẠM THỊ T	84	Nữ	P.04, Q.GV,TP.HCM	14/05/2019
42	1905018205	NGUYỄN VĂN M	48	Nam	P.11, Q.GV,TP.HCM	14/05/2019
43	1905018566	PHẠM THỊ Á	60	Nữ	P.12, Q.GV,TP.HCM	14/05/2019
44	1905018780	LÊ THUY H	45	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	14/05/2019
45	1905018615	NGUYỄN THỊ D	64	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	14/05/2019
46	1905019346	TRƯƠNG THỊ M	62	Nữ	P.08, Q.GV,TP.HCM	14/05/2019
47	1905019276	VŨ TUẤN H	34	Nam	P.17, Q.GV,TP.HCM	14/05/2019
48	1905020221	NGÔ THỊ H	66	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	15/05/2019
49	1905020297	TR.T.PHƯƠNG T	44	Nữ	P.TX, Q.12,TP.HCM	15/05/2019
50	1905020325	NGÔ THỊ N	59	Nữ	P.TL, Q.12,TP.HCM	15/05/2019
51	1905020334	NGUYỄN THỊ T	57	Nữ	P.09, Q.GV,TP.HCM	15/05/2019
52	1905020343	ĐỖ THỊ H	36	Nữ	P.ĐHT, .12,TP.HCM	15/05/2019

53	1905020346	LÊ THỊ T	62	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	15/05/2019
54	1905020350	NGUYỄN THÁI N	59	Nam	P.16, Q.GV,TP.HCM	15/05/2019
55	1905020427	HÀ NGỌC B	44	Nam	P.11, Q.GV,TP.HCM	15/05/2019
56	1905020438	NGUYỄN VĂN T	55	Nam	AN GIANG	15/05/2019
57	1905020437	CAO MINH H	30	Nam	BẾN TRE	15/05/2019
58	1905020290	NGÔ ÁNH T	24	Nữ	P.07, Q.GV,TP.HCM	15/05/2019
59	1905020481	PHẠM THỊ T	39	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	15/05/2019
60	1905020489	NG.NGỌC T	20	Nữ	P.17, Q.GV,TP.HCM	15/05/2019
61	1905020518	VŨ TIẾN Đ	39	Nam	P.16, Q.GV,TP.HCM	15/05/2019
62	1905020529	HUỶNH VĂN T	51	Nam	BẾN TRE	15/05/2019
63	1905020306	BÙI CẢ S	35	Nữ	P.03, Q.GV,TP.HCM	15/05/2019
64	1905020822	LÊ KHẮC S	27	Nam	THANH HÓA	15/05/2019
65	1905020995	TRƯƠNG THỊ L	56	Nữ	QUẢNG BÌNH	15/05/2019
66	1905021253	NG.THỊ TUYẾT P	55	Nữ	ĐÔNG NAI	15/05/2019
67	1905021710	NG. THỊ MINH Đ	51	Nữ	Q.12, TP.HCM	16/05/2019
68	1905021716	TRẦN HỮA B	62	Nam	TX, Q.12, TP.HCM	16/05/2019
69	1905022370	ĐẶNG THỊ C	60	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	16/05/2019
70	1905021952	VŨ THANH B	50	Nam	P.14, Q.GV,TP.HCM	16/05/2019
71	1905021659	PHAN THỊ C	43	Nữ	TTH, Q.12,TP.HCM	16/05/2019
72	1905021809	NGUYỄN THỊ H	59	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	16/05/2019
73	1905021832	NGUYỄN THỊ H	34	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	16/05/2019
74	1905021827	LÝ QUANG M	42	Nam	P.03, Q.GV,TP.HCM	16/05/2019
75	1905021876	NGUYỄN THỊ L	63	Nữ	P.HT, Q.12,TP.HCM	16/05/2019
76	1905021977	HUỶNH KIM Đ	46	Nữ	P.07, Q.GV,TP.HCM	16/05/2019
77	1905022068	NGUYỄN THỊ H	75	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	16/05/2019
78	1905022056	D.THỊ KIM H	57	Nữ	BÌNH THUẬN	16/05/2019
79	1905022028	D. THỊ HỒNG O	63	Nữ	BÌNH THUẬN	16/05/2019
80	1905022377	DƯƠNG QUANGM	50	Nam	P.03, Q.03, TP.HCM	16/05/2019
81	1905023131	NGUYỄN PHÚC K	41	Nam	P.13, Q.GV,TP.HCM	16/05/2019

82	1905023865	NGUYỄN HỒNG H	66	Nữ	P.TL, Q.12,TP.HCM	17/05/2019
83	1905023639	VÕ THỊ N	48	Nữ	ĐỒNG THÁP	17/05/2019
84	1905023651	NG.THỊ NGỌC H	27	Nữ	ĐỒNG THÁP	17/05/2019
85	1905023655	VÕ THỊ M	51	Nữ	ĐỒNG THÁP	17/05/2019
86	1905023662	VÕ THỊ N	56	Nữ	ĐỒNG THÁP	17/05/2019
87	1905023672	VÕ MINH C	42	Nam	ĐỒNG THÁP	17/05/2019
88	1905023697	NG.THỊ MỸ S	57	Nữ	ĐỒNG THÁP	17/05/2019
89	1905023709	TRẦN VĂN N	19	Nam	ĐỒNG THÁP	17/05/2019
90	1905023851	NGUYỄN NGỌC A	49	Nam	P.14, Q.GV,TP.HCM	17/05/2019
91	1905024089	PHẠM NGỌC H	23	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	17/05/2019
92	1905023207	TRẦN THỊ T	57	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	17/05/2019
93	1905024246	NGUYỄN VĂN C	52	Nam	P.13, Q.GV,TP.HCM	17/05/2019
94	1905024275	PHẠM THỊ BÍCH H	47	Nữ	P.04, Q.TB,TP.HCM	17/05/2019
95	1905024561	NG. HOÀNGA	38	Nam	P.08, Q.GV,TP.HCM	17/05/2019
96	1905024687	NGUYỄN ĐÌNH T	34	Nam	P.05, Q.GV,TP.HCM	17/05/2019
97	1905025847	NG.THỊ KHÁNH V	60	Nữ	P.03, Q.GV,TP.HCM	18/05/2019
98	1905025815	ĐÀO THỊ C	60	Nữ	P.TX, Q.12,TP.HCM	18/05/2019
99	1905025824	TRẦN THỊ MỸ Y	19	Nữ	P.04, Q.TB,TP.HCM	18/05/2019
100	1905025737	ĐOÀN KIM T	42	Nữ	P.05, Q.GV,TP.HCM	18/05/2019
101	1905025642	NG.THỊ NGỌC P	38	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	18/05/2019
102	1905025771	PHẠM THỊ T	65	Nữ	P.15, Q.GV,TP.HCM	18/05/2019
103	1905026364	VƯƠNG T KIM M	44	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	20/05/2019
104	1905027152	LÊ THỊ L	60	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	20/05/2019
105	1905028344	NGUYỄN TUẤN A	26	Nam	P.06, Q.03, TP.HCM	21/05/2019
106	1905028623	NGUYỄN VĂN T	65	Nam	Q.12, TP.HCM	21/05/2019
107	1905028627	NGUYỄN THỊ G	52	Nữ	CÀ MAU	21/05/2019
108	1905028682	HOÀNG THỊ V	41	Nữ	P.12, Q.GV,TP.HCM	21/05/2019
109	1905028742	TRỊNH THỊ H	61	Nữ	BÌNH PHƯỚC	21/05/2019
110	1905028967	TRẦN T. NGỌC L	36	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	21/05/2019

111	1905029079	PHẠM VĂN N	56	Nam	P.12, Q.GV,TP.HCM	21/05/2019
112	1905029245	L. THỊ THU H	44	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	21/05/2019
113	1905029362	NGUYỄN CHÍ T	35	Nam	PHÚ YÊN	21/05/2019
114	1905030597	LÊ THỊ E	87	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	22/05/2019
115	1905030386	HOÀNG NGỌC C	66	Nam	THÁI BÌNH	22/05/2019
116	1905030705	NGUYỄN THỊ L	29	Nữ	M.KHÁNH, LX, AG	22/05/2019
117	1905030812	NGUYỄN THỊ T	39	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	22/05/2019
118	1905030712	TRẦN THỊ B	67	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	22/05/2019
119	1905030804	ĐÌNH THỊ T	40	Nữ	TRÀ VINH	22/05/2019
120	1905030680	TRẦN THỊ THU T	53	Nữ	P.TX, Q.12,TP.HCM	22/05/2019
121	1905030659	LUU THỊ H	68	Nữ	P.HT, Q.12,TP.HCM	22/05/2019
122	1905030747	ĐÀO CÔNG Đ	55	Nam	P.12, Q.GV,TP.HCM	22/05/2019
123	1905030577	NGUYỄN VĂN N	65	Nam	P.14, Q.GV,TP.HCM	22/05/2019
124	1905030733	NGUYỄN VĂN T	62	Nam	P.07, Q.GV,TP.HCM	22/05/2019
125	1905031315	TRẦN THỊ L	55	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	22/05/2019
126	1905031602	TRỊNH THỊ KIM N	67	Nữ	P.01, Q.GV,TP.HCM	22/05/2019
127	1905031543	NGUYỄN MINH T	22	Nam	P.08, Q.GV,TP.HCM	22/05/2019
128	1905032017	NGUYỄN VĂN T	67	Nam	APĐ, Q.12,TP.HCM	23/05/2019
129	1905031905	NGUYỄN VĂN T	61	Nam	ĐỒNG .NAI	23/05/2019
130	1905031973	NG.THANH T	28	Nam	P.07, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019
131	1905031988	TRẦN THỊ H	50	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019
132	1905031996	NG.THỊ KIM T	37	Nữ	P.17, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019
133	1905031998	VŨ VĂN T	49	Nam	TX, Q.12, TP.HCM	23/05/2019
134	1905032071	PHẠM THỊ M	54	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019
135	1905032079	NGUYỄN THỊ H	60	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	3/05/2019
136	1905032142	NG.T.QUỲNH H	33	Nữ	P.17, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019
137	1905032243	NG.THANH H	49	Nam	ĐHT, Q.12,TP.HCM	23/05/2019
138	1905032269	HỒ SỸ T	43	Nam	P.11, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019
139	1905032293	HOÀNG THI D	51	Nữ	P.17, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019

140	1905032442	NG. THỊ MỸ L	64	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019
141	1905032464	NGUYỄN THỊ H	69	Nữ	TCH, Q.12,TP.HCM	23/05/2019
142	1905032471	PHẠM VĂN H	43	Nam	P.16, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019
143	1905032481	VÕ THỊ THANH T	39	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019
144	1905032709	NGUYỄN THỊ A	58	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	23/05/2019
145	1905032740	NGUYỄN VĂN H	32	Nam	HT, Q.12, TP.HCM	23/05/2019
146	1905034040	NGUYỄN THỊ D	49	Nữ	P.06, Q.GV,TP.HCM	24/05/2019
147	1905034177	NG.THỊ MAI V	76	Nữ	THỪA THIÊN HUẾ	24/05/2019
148	1905034144	NGUYỄN THU T	62	Nữ	TTH, Q.12,TP.HCM	24/05/2019
149	1905034250	ĐỖ THỊ THU T	63	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	24/05/2019
150	1905034257	HUỲNH LONG P	64	Nam	TTH, Q.12,TP.HCM	24/05/2019
151	1905034291	VÕ THỊ THANH M	45	Nữ	TTH, Q.12,TP.HCM	24/05/2019
152	1905034327	NGUYỄN VIỆT H	47	Nam	P.17, Q.GV,TP.HCM	24/05/2019
153	1905034393	LÊ DUY B	42	Nam	APĐ, Q.12,TP.HCM	24/05/2019
154	1905034421	NG. THỊ NGỌC S	57	Nữ	TX, Q.12, TP.HCM	24/05/2019
155	1905034406	NGUYỄN THỊ N	60	Nữ	P.15, Q.GV,TP.HCM	24/05/2019
156	1905034701	VÕ KHẮC TÚY V	45	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	24/05/2019
157	1905038029	LÊ THỊ M	34	Nữ	P.12, Q.GV,TP.HCM	27/05/2019
158	1905037951	NGUYỄN THỊ H	31	Nữ	P.13, Q.GV,TP.HCM	27/05/2019
159	1905038672	VÕ THỊ BẠCH H	57	Nữ	P.08, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
160	1905038658	NG.NGỌC LAN C	30	Nữ	P.13, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
161	1905038760	ĐỖ NGỌC Đ	40	Nam	P.13, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
162	1905039402	PH.THỊ NGỌC T	34	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
163	1905039101	NGUYỄN VĂN T	54	Nam	P.16, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
164	1905039155	LÊ THỊ HỒNG L	50	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
165	1905039160	NGUYỄN NGỌC H	51	Nam	P.11, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
166	1905039330	NGUYỄN THỊ C	79	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
167	1905039333	VÕ THỊ S	45	Nữ	P.12, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
168	1905038572	ĐÀM THỊ H	55	Nữ	P.05, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019

169	1905038585	HỒ QUỐC T	30	Nam	P.16, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
170	1905038842	DƯƠNG THỊ N	75	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	28/05/2019
171	1905040308	LÂM NGỌC T	56	Nam	P.11, Q.GV,TP.HCM	29/05/2019
172	1905040311	NGUYỄN KIM G	54	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	29/05/2019
173	1905040398	ĐÀO TRUNG P	27	Nam	TCH, Q.12,TP.HCM	29/05/2019
174	1905040403	Đ. THỊ NGỌC H	27	Nữ	LONG AN	29/05/2019
175	1905040504	NGÔ THỊ KIM L	53	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	29/05/2019
176	1905040520	HUỖNH THỊ N	49	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	29/05/2019
177	1905040590	NG. THỊ ĐỖ H	40	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	29/05/2019
178	1905040739	NGÔ TRỌNG N	19	Nam	BÌNH PHƯỚC	29/05/2019
179	1905041023	NGUYỄN ĐỨC L	41	Nam	P.16, Q.GV,TP.HCM	29/05/2019
180	1905041336	TR. THỊ PHƯƠNG T	47	Nữ	P.15, Q.GV,TP.HCM	29/05/2019
181	1905041955	LÝ THỊ MỸ L	59	Nữ	P.04, Q.GV,TP.HCM	30/05/2019
182	1905041983	TR. THỊ NGỌC L	60	Nữ	P.13, Q.GV,TP.HCM	30/05/2019
183	1905042063	KIMN THỊ H	48	Nữ	TRÀ VINH	30/05/2019
184	1905041730	PHAN THỊ L	45	Nữ	ĐỒNG THÁP	30/05/2019
185	1905041765	TRƯƠNG THỊ P	52	Nữ	APĐ, Q.12,TP.HCM	30/05/2019
186	1905041767	NGUYỄN CÔNG K	57	Nam	P.15, Q.GV,TP.HCM	30/05/2019
187	1905041837	HUỖNH THỊ X	62	Nữ	TX, Q.12, TP.HCM	30/05/2019
188	1905041876	PHAN B	62	Nữ	P.02, Q.PN,TP.HCM	30/05/2019
189	1905041698	LÊ THỊ Đ	61	Nữ	P.15, Q.GV,TP.HCM	30/05/2019
190	1905041960	NGUYỄN ĐỨC K	49	Nam	P.11, Q.GV,TP.HCM	30/05/2019
191	1905041986	THÂN VĂN K	59	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	30/05/2019
192	1905041980	NG. THỊ MAI T	60	Nữ	BẾN TRE	30/05/2019
193	1905042502	TR.H. NGỌC L	34	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	30/05/2019
194	1905042458	LƯƠNG THỊ T	45	Nữ	TX, Q.12, TP.HCM	30/05/2019
195	1905042571	PHẠM THANH H	33	Nữ	HT, Q.12, TP.HCM	30/05/2019
196	1905042601	VŨ THỊ T	57	Nữ	TX, Q.12, TP.HCM	30/05/2019
197	1906000325	LÊ THỊ BÍCH N	64	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	01/06/2019

198	1906000157	LÊ NGỌC MỸ L	26	Nữ	P.03, Q.04, TP.HCM	01/06/2019
199	1906000173	VŨ ĐỨC C	50	Nam	P.16, Q.GV, TP.HCM	01/06/2019
200	1906000159	THÁI DUY Đ	22	Nam	P.04, Q.GV, TP.HCM	01/06/2019
201	1906000113	LUÔNG THỊ C	64	Nữ	P.08, Q.GV, TP.HCM	01/06/2019
202	1906000078	PHẠM VĂN H	66	Nam	P.17, Q.GV, TP.HCM	01/06/2019
203	1906000060	THẠCH S	55	Nam	TRÀ VINH	01/06/2019
204	1906000412	NGUYỄN NGỌC H	37	Nam	P.14, Q.GV, TP.HCM	01/06/2019
205	1906000777	NG. THỊ BẠCH Q	63	Nữ	P.14, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
206	1906000793	NGUYỄN THỊ ÁI L	47	Nữ	T.AN, Q.12, TP.HCM	03/06/2019
207	1906000828	LÝ NGỌC L	50	Nữ	P.17, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
208	1906000840	NG. THỊ CẨM H	59	Nữ	P.14, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
209	1906000842	NGUYỄN VĂN Đ	61	Nam	P.14, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
210	906000881	NG.THỊ NGỌC H	46	Nữ	P.10, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
211	1906000895	TRẦN THỊ H	51	Nữ	P.14, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
212	1906000999	PHAN THỊ T	67	Nữ	P.16, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
213	1906000851	LÝ A	66	Nữ	P.15, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
214	1906000853	LIÊU T	69	Nữ	P.15, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
215	1906001081	TRẦN THỊ Á	44	Nữ	P.15, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
216	1906001131	LÊ THỊ H	57	Nữ	P.11, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
217	1906001228	NG.THỊ ANH Đ	60	Nữ	P.11, Q.BT, TP.HCM	03/06/2019
218	1906001381	NG.THANH T	42	Nam	P.04, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
219	1906001554	CAO QUỐC T	23	Nam	BÌNH ĐỊNH	03/06/2019
220	1906001710	NGUYỄN ĐÌNH T	72	Nam	P.17, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
221	1906002053	NG.THỊ MỸ C	36	Nữ	HT, Q.12, TP.HCM	03/06/2019
222	1906002061	PHÙNG THỊ L	45	Nữ	P.17, Q.GV, TP.HCM	03/06/2019
223	1906003459	LIÊU THỊ Q	33	Nữ	P.16, Q.GV, TP.HCM	04/06/2019
224	1906003573	HOÀNG THỊ L	57	Nữ	Q.12, TP.HCM	04/06/2019
225	1906003667	TR. THỊ THANH T	37	Nữ	APĐ, Q.12, TP.HCM	04/06/2019
226	1906003680	NGÔ VĂN T	45	Nam	P.17, Q.GV, TP.HCM	04/06/2019

227	1906003864	BÙI THANH T	53	Nữ	P.08, Q.GV,TP.HCM	04/06/2019
228	1906004150	TRẦN NHẤT H	55	Nam	P.11, Q.GV,TP.HCM	04/06/2019
229	1906003882	TÓNG THỊ H	57	Nữ	TLỘC,Q12, TPHCM	04/06/2019
230	1906005302	NGUYỄN KHẮC N	71	Nam	P.16, Q.GV,TP.HCM	05/06/2019
231	1906005315	TRẦN THỊ N	57	Nữ	P.08, Q.GV,TP.HCM	05/06/2019
232	1906005379	NGUYỄN NGỌC Đ	63	Nam	P.14, Q.BT,TP.HCM	05/06/2019
233	1906005395	TRẦN T.THANH H	49	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	05/06/2019
234	1906005450	PHẠM THỊ N	54	Nữ	P.09, Q.GV,TP.HCM	05/06/2019
235	1906005455	THÁI THỊ VI N	66	Nữ	QUẢNG NGÃI	05/06/2019
236	1906005457	LÊ THỊ C	67	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	05/06/2019
237	1906005458	PHẠM THỊ H	67	Nữ	H.MÔN, TP.HCM	05/06/2019
238	1906005490	LÊ THỊ T	50	Nữ	THANH HÓA	05/06/2019
239	1906005496	NGUYỄN VĂN Đ	72	Nam	APĐ, Q.12,TP.HCM	05/06/2019
240	1906005605	THẠCH S	55	Nam	P.14, Q.GV,TP.HCM	05/06/2019
241	1906005616	LÊ THỊ H	57	Nữ	TX, Q.12, TP.HCM	05/06/2019
242	1906005833	NG.THỊ KIM V	44	Nữ	H.MÔN, TP.HCM	05/06/2019
243	1906005856	TR.HỮ THIÊN L	19	Nam	KIÊN GIANG	05/06/2019
244	1906007514	VÕ MINH C	55	Nam	ĐỒNG THÁP	06/06/2019
245	1906007498	VÕ THỊ M	51	Nữ	ĐỒNG THÁP	06/06/2019
246	1906007147	NG.THANH S	50	Nam	P.11, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
247	1906007170	HUỶNH VĂN K	70	Nam	P.07, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
248	1906007562	ĐỖ CÔNG T	63	Nam	P.06, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
249	1906007201	NGUYỄN VĂN C	78	Nam	P.15, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
250	1906007094	VI MINH H	45	Nam	P.06, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
251	1906007135	NGÔ ÁNH T	24	Nữ	P.07, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
252	1906007137	NGUYỄN THỊ Đ	44	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
253	1906007209	TRẦN THỊ VÂN T	34	Nữ	TX, Q.12, TP.HCM	06/06/2019
254	1906007288	NGUYỄN MẠNH C	49	Nam	P.11, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
255	1906007375	NGUYỄN THỊ H	49	Nữ	P.03, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019

256	1906007444	TRẦN MINH H	57	Nam	T.LỘC,Q.12,TPHCM	06/06/2019
257	1906007491	PHẠM THỊ LAN A	38	Nữ	P.03, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
258	1906007362	NGUYỄN THỊ H	61	Nữ	P.07, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
259	1906007317	TRẦN THỊ N	81	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	06/06/2019
260	1906010962	NGUYỄN VĂN M	54	Nam	P.10, Q.GV,TP.HCM	08/06/2019
261	1906010975	TRẦN THỊ T	77	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	08/06/2019
262	1906011033	NGUYỄN THỊ N	47	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	08/06/2019
263	1906010985	VÕ THỊ H	56	Nữ	P.VINH. N.THUẬN	08/06/2019
264	1906011009	NGUYỄN THỊ T	50	Nữ	TL, Q.12, TP.HCM	08/06/2019
265	1906011036	LÊ VĂN Q	55	Nam	P.14, Q.GV,TP.HCM	08/06/2019
266	1906011070	TR. THỊ HOÀNG T	47	Nữ	P.12, Q.GV,TP.HCM	08/06/2019
267	1906011104	DƯƠNG THỊ T	61	Nữ	P.12, Q.GV,TP.HCM	08/06/2019
268	1906011130	NGUYỄN VĂN Đ	58	Nam	P.11, Q.GV,TP.HCM	08/06/2019
269	1906011355	TRẦN VĂN P	64	Nam	P.12, Q.GV,TP.HCM	08/06/2019
270	1906011877	NGUYỄN THỊ E	71	Nữ	TTH, Q.12,TP.HCM	10/06/2019
271	1906012533	LÊ VĂN B	69	Nam	P.12, Q.GV,TP.HCM	10/06/2019
272	1906011725	NGUYỄN THỊ N	85	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	10/06/2019
273	1906015023	NGUYỄN VĂN T	67	Nam	P.03, Q.GV,TP.HCM	10/06/2019
274	1906014584	LÊ VĂN M	30	Nam	P.12, Q.GV,TP.HCM	10/06/2019
275	1906014950	NGUYỄN THỊ T	28	Nữ	QUẢNG NGÃI	10/06/2019
276	1906014350	NGUYỄN NGỌC T	41	Nữ	P.06, Q.GV,TP.HCM	10/06/2019
277	1906014346	NG.THỊ HẢI Y	74	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	10/06/2019
278	1906014305	LÊ THỊ ANH T	42	Nữ	P.06, Q.GV,TP.HCM	10/06/2019
279	1906014118	NGUYỄN THỊ U	66	Nữ	ĐỒNG THÁP	10/06/2019
280	1906014001	BÙI THỊ L	57	Nữ	HÀ NAM	10/06/2019
281	1906016706	LÊ VĂN H	59	Nam	P.10, Q.GV,TP.HCM	12/06/2019
282	1906016782	PHAN THÁI HÀ V	35	Nam	P.14, Q.GV,TP.HCM	12/06/2019
283	1906016761	DIỆP THỊ MAI H	24	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	12/06/2019
284	1906016547	NG.THỊ DUY H	51	Nữ	P.03, Q.GV,TP.HCM	12/06/2019

285	1906016211	VŨ THỊ T	57	Nữ	NAM ĐỊNH	12/06/2019
286	1906016209	PHẠM ĐÌNH C	64	Nam	NAM ĐỊNH	12/06/2019
287	1906016148	HỒ KIM H	63	Nữ	TCH, Q.12, TP.HCM	12/06/2019
288	1906016084	NGUYỄN THỊ L	68	Nữ	P.07, Q.GV, TP.HCM	12/06/2019
289	1906017168	LÊ THỊ TUYẾT M	51	Nữ	P.16, Q.GV, TP.HCM	12/06/2019
290	1906018043	TRƯƠNG THỊ L	54	Nữ	P.08, Q.GV, TP.HCM	13/06/2019
291	1906018480	NG.TRUNG H	40	Nam	TX, Q.12, TP.HCM	13/06/2019
292	1906018483	PHẠM THỊ H	71	Nữ	TX, Q.12, TP.HCM	13/06/2019
293	1906017998	LÊ THỊ HỒNG T	60	Nữ	VĨNH LONG	13/06/2019
294	1906018023	PHẠM T.HỒNG Đ	74	Nữ	P.10, Q.GV, TP.HCM	13/06/2019
295	1906018051	PHAN THẾ L	52	Nam	APĐ, Q.12, TP.HCM	13/06/2019
296	1906018064	ĐỖ THỊ NGỌC M	48	Nữ	P.11, Q.GV, TP.HCM	13/06/2019
297	1906018081	PHẠM THỊ V	51	Nữ	P.16, Q.GV, TP.HCM	13/06/2019
298	1906018160	NGUYỄN THỊ H	49	Nữ	P.11, Q.GV, TP.HCM	13/06/2019
299	1906018194	LÊ NĂNG T	48	Nam	P.10, Q.GV, TP.HCM	13/06/2019
300	1906019365	DƯƠNG VĂN T	65	Nam	VĨNH LONG	13/06/2019
301	1906017853	HỒ THỊ H	38	Nữ	P.10, Q.GV, TP.HCM	13/06/2019
302	1906018588	LIÊU THỊ H	49	Nữ	P.11, Q.GV, TP.HCM	13/06/2019
303	1906018678	LÊ QUANG Đ	48	Nam	P.07, Q.05, TP.HCM	13/06/2019
304	1906018673	LÊ THỊ N	38	Nữ	P.07, Q.05, TP.HCM	13/06/2019
305	1906018628	NG.THANH T	45	Nam	P.11, Q.GV, TP.HCM	13/06/2019
306	1906018194	LÊ NĂNG T	48	Nam	P.10, Q.GV, TP.HCM	13/06/2019
307	1906019866	NGUYỄN THÁI D	73	Nam	P.05, Q.GV, TP.HCM	14/06/2019
308	1906019871	PHẠM THỊ THU Y	65	Nữ	P.11, Q.GV, TP.HCM	14/06/2019
309	1906020000	HOÀNG THỊ M	30	Nữ	LÂM ĐỒNG	14/06/2019
310	1906019991	TÔ THÚY N	55	Nữ	P.11, Q.GV, TP.HCM	14/06/2019
311	1906020044	ĐẶNG THÀNH Q	74	Nam	TL, Q.12, TP.HCM	14/06/2019
312	1906021901	LÊ HUỖNH T	68	Nữ	P.17, Q.GV, TP.HCM	15/06/2019
313	1906021894	NGUYỄN THỊ G	53	Nữ	P.14, Q.10, TP.HCM	15/06/2019

314	1906021882	LÊ VĂN S	41	Nam	P.17, Q.GV,TP.HCM	15/06/2019
315	1906022022	LÊ NGỌC H	27	Nữ	P.05, Q.GV,TP.HCM	15/06/2019
316	1906022015	PHẠM THỊ P	42	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	15/06/2019
317	1906021992	NGUYỄN THỊ Đ	51	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	15/06/2019
318	1906021967	NGUYỄN THỊ H	51	Nữ	P.17, Q.GV,TP.HCM	15/06/2019
319	1906021921	TRẦN THỊ MỸ D	39	Nữ	BÌNH THÂN, TP.HCM	15/06/2019
320	1906022580	HUỲNH THỊ M	51	Nữ	TIỀN GIANG	17/06/2019
321	1906022582	NG.THỊ MỸ P	30	Nữ	TIỀN GIANG	17/06/2019
322	1906022584	NGUYỄN T.THU N	32	Nữ	LONG AN	17/06/2019
323	1906022603	NGUYỄN NGỌC L	61	Nam	TL, Q.12, TP.HCM	17/06/2019
324	1906022913	CHẾ THỊ M	64	Nữ	P.13, Q.GV,TP.HCM	17/06/2019
325	1906022938	TRẦN THỊ KIM H	52	Nữ	HT, Q.12, TP.HCM	17/06/2019
326	1906022998	NG.T.PHƯƠNG M	52	Nữ	P.12, Q.GV,TP.HCM	17/06/2019
327	1906023104	TRẦN THỊ T	56	Nữ	P.13, Q.GV,TP.HCM	17/06/2019
328	1906023111	NGUYỄN THỊ L	59	Nữ	P.13, Q.GV,TP.HCM	17/06/2019
329	1906023140	VÕ TẤN P	67	Nam	P.10, Q.GV,TP.HCM	17/06/2019
330	1906023194	NG.THỊ MỸ A	65	Nữ	SÓC TRĂNG	17/06/2019
331	1906023680	P.THỊ MINH T	33	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	17/06/2019
332	1906026427	ĐẶNG THỊ N	57	Nữ	P.05, Q.GV,TP.HCM	18/06/2019
333	1906024855	NG.LÊ MINH H	25	Nam	P.05, Q.GV,TP.HCM	18/06/2019
334	1906024862	LÊ THỊ P	69	Nữ	THANH HÓA	18/06/2019
335	1906024886	ĐỖ VĂN N	69	Nam	BÌNH PHƯỚC	18/06/2019
336	1906025106	LÊ THỊ T	70	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	18/06/2019
337	1906025267	PHẠM THỊ N	55	Nữ	P.05, Q.GV,TP.HCM	18/06/2019
338	1906025333	PHẠM K. ĐỘC L	41	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	18/06/2019
339	1906025190	NG. THỊ HỒNG D	39	Nữ	Q.02, TP.HCM	18/06/2019
340	1906025430	NGUYỄN KIM L	62	Nữ	ĐHT, Q.12,TP.HCM	18/06/2019
341	1906025342	NGUYỄN KIỀU T	49	Nữ	TTH, Q.12,TP.HCM	18/06/2019
342	1906025632	HOÀNG KIỀU T	48	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	18/06/2019

343	1906025755	NGUYỄN NGỌC H	47	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	18/06/2019
344	1906025299	LIÊU THỊ NGỌC H	42	Nữ	APĐ, Q.12,TP.HCM	18/06/2019
345	1906025317	LƯƠNG CÔNG T	57	Nam	P.10, Q.GV,TP.HCM	18/06/2019
346	1906027203	HỒ THANH T	45	Nữ	APĐ, Q.12,TP.HCM	19/06/2019
347	1906027659	TRẦN T.THANH H	49	Nữ	TL, Q.12, TP.HCM	19/06/2019
348	1906027348	TRẦN THÁI H	37	Nam	P.17, Q.GV,TP.HCM	19/06/2019
349	1907003913	NG. HOÀNG M	69	Nữ	P.09, Q.GV,TP.HCM	02/07/2019
350	1907004467	BÙI THỊ MINH T	47	Nữ	TL, Q.12, TP.HCM	03/07/2019
351	1907005031	H.THỊ THANH T	57	Nữ	P.17, Q.GV,TP.HCM	03/07/2019
352	1907005170	NG. THỊ TIẾT H	62	Nữ	P.13, Q.GV,TP.HCM	03/07/2019
353	1907004873	NG. THỊ NHƯ Ý	25	Nữ	P.14, Q.GV,TP.HCM	03/07/2019
354	1907004743	NGUYỄN HỒNG D	60	Nam	P.15, Q.TB,TP.HCM	03/07/2019
355	1907004755	Đ. THỊ QUỲNH N	22	Nữ	P.07, Q.PN,TP.HCM	03/07/2019
356	1907014026	NG. THỊ THU H	36	Nữ	TX, Q.12, TP.HCM	09/07/2019
357	1907013877	NGÔ THANH T	51	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	09/07/2019
358	1907013974	TRƯƠNG P	38	Nam	P.09, Q.GV,TP.HCM	09/07/2019
359	1907013989	ĐOÀN THỊ L	71	Nữ	Q.12, TP.HCM	09/07/2019
360	1907014055	LÊ THỊ NGỌC Q	47	Nữ	P.12, Q.GV,TP.HCM	09/07/2019
361	1907014134	NGUYỄN THỊ Đ	71	Nữ	P.15, Q.GV,TP.HCM	09/07/2019
362	1907016151	VŨ ĐỨC H	63	Nam	P.13, Q.GV,TP.HCM	10/07/2019
363	1907015962	TRẦN K	60	Nam	P.16, Q.GV,TP.HCM	10/07/2019
364	1907015854	LÊ VĂN T	66	Nam	P.13, Q.GV,TP.HCM	10/07/2019
365	1907015696	NGUYỄN THỊ C	61	Nữ	TTH, Q.12,TP.HCM	10/07/2019
366	1907015716	NGUYỄN THỪA C	52	Nam	Q.12,TP.HCM	10/07/2019
367	1907015719	VŨ NGUYỄN HÀ L	79	Nam	P.12, Q.GV,TP.HCM	10/07/2019
368	1907015659	NGUYỄN VĂN T	66	Nam	TL, Q.12, TP.HCM	10/07/2019
369	1907015844	NGUYỄN VĂN C	59	Nam	P.12, Q.GV,TP.HCM	10/07/2019
370	1907019727	THÁI VAN M	63	Nam	P.12, Q.GV,TP.HCM	12/07/2019
371	1907019748	HÀ THỊ D	38	Nữ	Q.12, TP.HCM	12/07/2019

372	1907019899	LÊ DUY B	42	Nam	APĐ, Q.12,TP.HCM	12/07/2019
373	1907019722	THÂN THỊ V	59	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	12/07/2019
374	1907020021	LỮ HÀN P	41	Nam	HT, Q.12, TP.HCM	12/07/2019
375	1907020091	HOÀNG ĐỨC T	46	Nam	TA, Q.12, TP.HCM	12/07/2019
376	1907020123	NG. THÀNH T	73	Nam	P.16, Q.GV,TP.HCM	12/07/2019
377	1907020133	TRẦN VĂN P	74	Nam	HẢI DƯƠNG	12/07/2019
378	1907020393	NGUYỄN THỊ R	79	Nữ	P.17, Q.GV,TP.HCM	12/07/2019
379	1907021927	NGUYỄN DUY T	37	Nam	P.16, Q.GV,TP.HCM	13/07/2019
380	1907021958	TRẦN THỊ ĐẮC H	59	Nữ	P.11, Q.GV,TP.HCM	13/07/2019
381	1907021867	LÊ THỊ H	37	Nữ	HT, Q.12, TP.HCM	13/07/2019
382	1907021990	PHẠM THỊ H	36	Nữ	HT, Q.12, TP.HCM	13/07/2019
383	1907022081	NG.THỊ BÍCH N	30	Nữ	P.09, Q.GV,TP.HCM	13/07/2019
384	1907022092	BÙI THỊ MINH T	20	Nữ	BÌNH THUẬN	13/07/2019
385	1907022093	TRẦN HỮU S	53	Nam	P.09, Q.GV,TP.HCM	13/07/2019
386	1907022136	ĐẶNG THỊ D	83	Nữ	P.15, Q.GV,TP.HCM	13/07/2019
387	1907077775	NG.TUỖNG T	46	Nam	P.09, Q.GV,TP.HCM	13/07/2019
388	1907025536	ĐÀO CÔNG H	66	Nam	TA, Q.12, TP.HCM	16/07/2019
389	1907025524	NGUYỄN VĂN N	60	Nam	P.17, Q.GV,TP.HCM	16/07/2019
390	1907029157	TÔN LONG T	50	Nam	P.09, Q.GV,TP.HCM	18/07/2019
391	1907029409	NGUYỄN NGỌC H	55	Nam	P.14, Q.GV,TP.HCM	18/07/2019
392	1907029148	H.THỊ TUYẾT M	32	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	18/07/2019
393	1907029152	NGUYỄN KIM T	59	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	18/07/2019
394	1907029447	TRẦN THỊ T	81	Nữ	THÁI BÌNH	18/07/2019
395	1907030121	VŨ THỊ M	35	Nữ	P.16, Q.GV,TP.HCM	18/07/2019
396	1907036730	NG. THỊ KIM S	46	Nữ	P.10, Q.GV,TP.HCM	18/07/2019
397	1907036912	TRẦN THỊ M	50	Nam	T.LĂNG,T.TÔN,AG	18/07/2019
398	1907037027	PHAN VĂN H	65	Nam	DAK LAK	18/07/2019
399	1909030410	NGUYỄN THỊ P	46	Nữ	P.TA, Q.12,TP.HCM	19/07/2019
400	1909030404	VÕ TẤN S	42	Nam	P.12, Q.GV,TP.HCM	19/07/2019

Danh sách gồm: 400 (bốn trăm) bệnh nhân./.