

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



CAO LỆ ĐIỂM

**BƯỚC ĐẦU KHẢO SÁT CÁC THỂ
LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở
NGƯỜI BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2**

LUẬN VĂN BÁC SĨ NỘI TRÚ

HÀ NỘI – 2026

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



CAO LỆ ĐIỂM

**BƯỚC ĐẦU KHẢO SÁT CÁC THỂ
LÂM SÀNG THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN Ở
NGƯỜI BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 8720115

LUẬN VĂN BÁC SĨ NỘI TRÚ

Người hướng dẫn khoa học:

- 1. TS. Trần Thị Thu Hương**
- 2. PGS.TS. Đoàn Minh Thụy**

HÀ NỘI – 2026

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn Bác sĩ nội trú em đã nhận được sự giúp đỡ quý báu của các quý thầy cô, bạn bè, gia đình.

Em xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo sau đại học, các phòng ban cùng các thầy giáo, cô giáo của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện giúp đỡ em trong quá trình học tập tại trường và hoàn thành luận văn.

Với tất cả lòng kính trọng, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới TS. Trần Thị Thu Hương và PGS.TS. Đoàn Minh Thụy, các cô đã tận tâm giảng dạy, giúp đỡ và chỉ bảo em những kinh nghiệm quý báu trong học tập và quá trình thực hiện nghiên cứu hoàn thành luận văn này.

Em xin trân trọng cảm ơn các Giáo sư, Phó giáo sư, Tiến sĩ trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn Bác sĩ nội trú Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, những Người Thầy đã đóng góp nhiều ý kiến quý báu để em hoàn thành luận văn.

Em xin gửi tới Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch tổng hợp, Khoa Khám Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn lời cảm tạ sâu sắc vì đã tạo điều kiện cho em trong quá trình thu thập số liệu và thực hiện nghiên cứu.

Cuối cùng em xin gửi những tình cảm tốt đẹp nhất, lòng biết ơn chân thành tới bố mẹ, người đã sinh thành, nuôi dưỡng, đến toàn thể người thân, bạn bè, đã khích lệ, giúp đỡ cả về vật chất lẫn tinh thần, tạo mọi điều kiện thuận lợi để em yên tâm học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Hà Nội, ngày tháng năm 2026

Học viên

Cao Lệ Diễm

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Cao Lệ Diễm, học viên lớp Bác sĩ nội trú khóa 06, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS. Trần Thị Thu Hương và PGS.TS. Đoàn Minh Thụy.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực, khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2026

Tác giả

Cao Lệ Diễm

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1:TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Đại cương bệnh thận đái tháo đường.....	3
1.1.1. Đại cương bệnh thận đái tháo đường.....	3
1.1.2. Cơ chế bệnh sinh bệnh thận đái tháo đường.....	4
1.1.3. Phân loại giai đoạn bệnh thận đái tháo đường.....	6
1.1.4. Chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường	8
1.2. Bệnh thận đái tháo đường theo y học cổ truyền	9
1.2.1. Đại cương bệnh thận đái tháo đường theo y học cổ truyền.....	9
1.2.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ bệnh thận đái tháo đường típ 2 theo y học cổ truyền..	10
1.2.3. Phân thể lâm sàng bệnh thận đái tháo đường típ 2 theo y học cổ truyền. ..	12
1.3. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước.....	16
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	18
2.1. Đối tượng nghiên cứu	18
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn người bệnh tham gia nghiên cứu.....	18
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	19
2.2. Địa điểm nghiên cứu.....	19
2.3. Thời gian nghiên cứu	19
2.4. Phương pháp nghiên cứu	19
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	19
2.4.2. Cỡ mẫu.....	19
2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu.	19
2.6. Phương pháp thu thập số liệu và quá trình nghiên cứu	26
2.6.1. Phương pháp thu thập số liệu	26
2.6.2. Quá trình nghiên cứu	28
2.7. Phương pháp xử lý số liệu	28
2.8. Sai số và cách khống chế sai số.....	29
2.9. Hạn chế nghiên cứu.	29

2.10. Y đức trong nghiên cứu	30
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	32
3.1. Đặc điểm các thể theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	32
3.1.1. Đặc điểm phân bố thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu	32
3.1.2. Triệu chứng lâm sàng các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	32
3.2. Một số yếu tố liên quan đến thể bệnh y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu..	40
3.2.1. Mối liên quan giữa tuổi và các thể bệnh y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	40
3.2.2. Mối liên quan giữa giới và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu	41
3.2.3. Mối liên quan giữa thể trạng theo BMI và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	43
3.2.4. Mối liên quan giữa huyết áp và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.....	45
3.2.5. Mối liên quan giữa các chỉ số đường huyết và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu	46
3.2.6. Mối liên quan giữa các chỉ số biểu hiện tình trạng rối loạn chuyển hóa lipid và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	47
3.2.7. Mối liên quan giữa mức lọc cầu thận theo CKD-EPI và các thể lâm sàng theo YHCT	48
3.2.8. Mối liên quan giữa UACR và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.....	50
3.2.9. Mối liên quan giữa triệu chứng đau thắt lưng và mức lọc cầu thận ở đối tượng nghiên cứu.....	51
3.2.10. Mối liên quan giữa chỉ số viêm và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	51
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	53
4.1. Đặc điểm lâm sàng các thể bệnh y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu. ...	53

4.1.1. Đặc điểm về phân bố người bệnh theo thể bệnh y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.....	53
4.1.2. Đặc điểm các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.....	54
4.2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	57
4.2.1. Mối liên quan giữa tuổi và các thể bệnh thận đái tháo đường theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	57
4.2.2. Mối liên quan giữa giới và các thể theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.....	57
4.2.3. Mối liên quan giữa thể trạng theo BMI và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	58
4.2.4 Mối liên quan giữa huyết áp và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.....	59
4.2.5. Mối liên quan giữa chỉ số đường huyết và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	60
4.2.6. Mối liên quan giữa chỉ số thể hiện rối loạn lipid máu và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	61
4.2.7. Mối liên quan giữa mức lọc cầu thận theo CKD-EPI và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	62
4.2.8. Mối liên quan giữa đặc điểm UACR và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	63
4.2.9. Mối liên quan giữa triệu chứng đau lưng và suy thận ở đối tượng nghiên cứu.....	63
4.2.10. Mối liên quan giữa các chỉ dấu viêm và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.	64
KẾT LUẬN	66
KHUYẾN NGHỊ	67
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
AGEs	Advanced Glycation End Products	Các sản phẩm glycat hóa cuối cùng
CNKI	China National Knowledge Infrastructure	Hạ tầng tri thức quốc gia Trung Quốc
DKD	Diabetic Kidney Disease	Bệnh thận đái tháo đường
HATT		Huyết áp tâm thu
HATTr		Huyết áp tâm trương
IDF	International Diabetes Federation – IDF	Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế
KDOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative.	Chương trình sáng kiến về kết cục và chất lượng trong bệnh thận
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes	Bệnh Thận: Nâng cao Kết quả Toàn cầu
RAAS	Renin–Angiotensin–Aldosterone System	Hệ Renin – Angiotensin – Aldosterone
RAGE	Receptor for Advanced Glycation End Products	Thụ thể của các sản phẩm glycat hóa cuối cùng
UACR	Urine Albumin-to-Creatinine Ratio	Tỷ lệ albumin/creatinin niệu
YHCT		Y học cổ truyền
YHHĐ		Y học hiện đại

DANH MỤC CÁC BẢNG, BIỂU ĐỒ

Bảng 1.1. Phân loại bệnh thận đái tháo đường dựa trên sự thay đổi cấu trúc và chức năng thận	6
Bảng 2.1. Các triệu chứng lâm sàng y học cổ truyền trên người bệnh thận đái tháo đường típ 2	22
Bảng 2.2. Các biến nghiên cứu về một số yếu tố liên quan đến các thể lâm sàng theo YHCT ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2	28
Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng thể khí âm lưỡng hư ở đối tượng nghiên cứu	32
Bảng 3.2. Triệu chứng thể phế thận khí hư ở đối tượng nghiên cứu.....	34
Bảng 3.3. Triệu chứng thể can thận âm hư ở đối tượng nghiên cứu.....	35
Bảng 3.4. Triệu chứng thể tỳ thận khí (dương) hư ở đối tượng nghiên cứu.....	36
Bảng 3.5. Triệu chứng thể âm dương lưỡng hư ở đối tượng nghiên cứu	37
Bảng 3.6. Đặc điểm về tuổi và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu	40
Bảng 3.7. Giới với các thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.....	41
Bảng 3.8. Mối liên hệ giữa giới với các thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu	42
Bảng 3.9. Mối liên hệ giữa BMI với các thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu	43
Bảng. 3.10.Kiểm định phi tham số Kruskal – Wallis so sánh sự khác biệt BMI giữa các thể theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.....	44
Bảng 3.11. Mối liên quan giữa huyết áp và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu	45
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa glucose máu lúc đói và HbA1c và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu	46
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa các chỉ số biểu hiện tình trạng rối loạn chuyển hóa lipid và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.....	47
Bảng 3.14.Đặc điểm mức lọc cầu thận theo thể bệnh YHCT ở đối tượng nghiên cứu... ..	49

Bảng 3.15. Kiểm định phi tham số Kruskal-Wallis so sánh sự khác biệt mức lọc cầu thận giữa các cặp thể bệnh theo YHCT ở đối tượng nghiên cứu	50
Bảng 3.16. Đặc điểm về UACR ở các thể bệnh thận đái tháo đường típ 2 theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu	50
Bảng 3.17. Mối liên quan giữa triệu chứng đau thắt lưng và mức lọc cầu thận theo CKD-EPI ở đối tượng nghiên cứu	51
Bảng 3.18. Phân tích hồi quy logistic nhị phân đánh giá mối liên quan giữa chỉ số viêm với các thể lâm sàng theo y học cổ truyền.....	51
Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.....	32
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm phân bố kiềm chứng ở đối tượng nghiên cứu	38
Biểu đồ 3.3. Đặc điểm thể lâm sàng thủy thấp ở đối tượng nghiên cứu	39
Biểu đồ 3.4. Đặc điểm lâm sàng thể huyết ú ở đối tượng nghiên cứu.....	39
Biểu đồ 3.5. Đặc điểm lâm sàng thể can dương thượng cương ở đối tượng nghiên cứu	40

DANH MỤC HÌNH ẢNH, SƠ ĐỒ

Hình 1.1. Tăng glucose máu tác động lên các loại tế bào thận ở bệnh thận đái tháo đường.....	4
Hình 1.2. Tăng glucose làm rối loạn các con đường chuyển hóa	5
Hình 1.3. Phân giai đoạn, phân tầng nguy cơ và tần suất tái khám hàng năm theo KDIGO 2024	7
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu	31

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận đái tháo đường hiện là nguyên nhân hàng đầu của bệnh thận mạn và suy thận giai đoạn cuối trên toàn cầu. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (International Diabetes Federation - IDF), năm 2024, thế giới có khoảng 589 triệu người mắc đái tháo đường, trong đó trên 90% là đái tháo đường típ 2 [1]. Ước tính khoảng 30–40% người bệnh đái tháo đường sẽ tiến triển thành bệnh thận mạn [2]. Điều này cho thấy bệnh thận đái tháo đường là một thách thức lớn trong quản lý và điều trị, đồng thời là gánh nặng chi phí đối với người bệnh và hệ thống y tế.

Theo y học cổ truyền (YHCT), bệnh thận đái tháo đường được xếp vào phạm trù các chứng như “tiêu khát”, “thận tiêu”, “hư lao”, “thủy thũng”, “niệu trọc”... [3],[4]. Đây là một bệnh lý phức tạp, có diễn biến kéo dài, đặc trưng bởi bản hư tiêu thực, với biểu hiện lâm sàng đa dạng và thường kèm theo nhiều chứng trạng phối hợp. Không chỉ gây tổn thương chức năng thận, bệnh thận đái tháo đường còn ảnh hưởng toàn diện đến thể trạng, khả năng lao động và sinh hoạt hằng ngày của người bệnh.

Trong những năm gần đây, tại Trung Quốc, bệnh thận đái tháo đường đã được nghiên cứu tương đối nhiều dựa trên cơ sở lý luận và phương pháp điều trị của YHCT. Tuy nhiên, do sự khác biệt về điều kiện địa lý, tập quán sinh hoạt, đặc điểm các thể lâm sàng của bệnh thận đái tháo đường theo YHCT tại Việt Nam có thể không hoàn toàn tương đồng, do đó cần có những nghiên cứu phù hợp với bối cảnh trong nước.

Y học hiện đại (YHHĐ), bệnh thận đái tháo đường được chẩn đoán và phân tầng mức độ tổn thương thận dựa trên các tiêu chí khách quan theo Sáng kiến Cải thiện Kết cục Bệnh Thận Toàn cầu (Kidney Disease: Improving Global Outcomes - KDIGO), bao gồm mức lọc cầu thận và albumin niệu, cho phép đánh giá mức độ bệnh, theo dõi tiến triển và tiên lượng một cách chuẩn hóa [5]. Trên cơ sở đó, việc kết hợp YHCT với YHHĐ trong tiếp cận và điều trị bệnh thận đái tháo đường là chủ trương phù hợp với định hướng phát triển y học của Việt Nam, không chỉ góp phần làm rõ đặc điểm bệnh học một cách toàn diện mà còn tạo cơ sở khoa học cho việc chuẩn hóa đánh giá, theo dõi và cá thể hóa điều trị trong thực hành lâm sàng.

Xuất phát từ thực tiễn trên, nhằm góp phần nhận diện đặc điểm các thể lâm sàng theo YHCT ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2 tại Việt Nam, chúng tôi thực hiện đề tài: “***Bước đầu khảo sát các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2***”, với các mục tiêu sau:

1. *Bước đầu khảo sát các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2.*
2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương bệnh thận đái tháo đường

1.1.1. Đại cương bệnh thận đái tháo đường

Bệnh thận mạn do bệnh lý đái tháo đường gây ra được gọi là bệnh thận đái tháo đường (Diabetic Kidney Disease - DKD) [6].

***Lịch sử phát triển và thuật ngữ về bệnh thận đái tháo đường**

Năm 1936, Kimmelstiel và Wilson, hai bác sĩ ở Hoa Kỳ lần đầu tiên đã mô tả về mô bệnh học tổn thương cầu thận ở người bệnh đái tháo đường cùng với một hội chứng lâm sàng đặc trưng gồm: tăng huyết áp, suy thận kèm theo albumin niệu, phù và bệnh võng mạc ở những người bệnh có tổn thương này. Hội chứng này được gọi là hội chứng Kimmelstiel-Wilson hay là bệnh xơ cầu thận do đái tháo đường [7].

Năm 1951, Wilson và cộng sự sau khi nghiên cứu trên 62 người bệnh có những đặc điểm lâm sàng của hội chứng Kimmelstiel-Wilson đề xuất thuật ngữ “Diabetic Nephropathy” với từ “nephros” là thận và “pathos” do thấy bệnh thận đái tháo đường gây nên bởi nhiều nguyên nhân kết hợp chứ không chỉ riêng do xơ cứng cầu thận như mô tả trước đây [8].

Năm 1984, Mogensen C.E. và cộng sự đã khẳng định microalbumin niệu trong 24 giờ có thể dự báo protein niệu trên lâm sàng và dự đoán được tỷ lệ tử vong sớm ở người bệnh đái tháo đường típ 2 [9].

Năm 2007, KDOQI đề xuất thuật ngữ “Diabetic Kidney Disease - DKD” cho bệnh thận đái tháo đường để khẳng định đây là một bệnh thận mạn tính do đái tháo đường kể cả giai đoạn sớm của bệnh từ đó nhấn mạnh tầm quan trọng trong phát hiện, chẩn đoán, điều trị sớm bệnh thận đái tháo đường [6].

***Dịch tễ bệnh thận đái tháo đường**

Bệnh thận đái tháo đường có xu hướng gia tăng do số lượng người bệnh đái tháo đường ngày càng gia tăng, đặc biệt là đái tháo đường típ 2 [10]. Đái tháo đường là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh thận mạn tính giai đoạn

cười. Theo thống kê của IDF (2023), ước tính khoảng 30–40% người bệnh đái tháo đường sẽ tiến triển thành bệnh thận mạn [2].

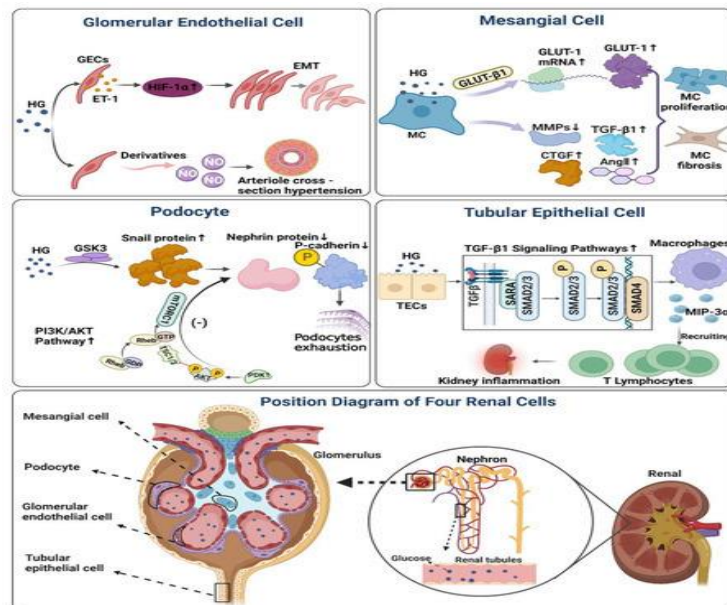
1.1.2. Cơ chế bệnh sinh bệnh thận đái tháo đường

Đái tháo đường típ 1 và đái tháo đường típ 2 đều có thể gây ra biến chứng vi mạch trong đó có bệnh thận đái tháo đường. Cơ chế bệnh sinh bệnh thận đái tháo đường ở người bệnh đái tháo đường típ 1 và đái tháo đường típ 2 có nhiều điểm khác biệt. Ở người bệnh đái tháo đường típ 1, tăng đường huyết mạn là nguyên nhân chủ yếu gây nên các biến chứng mạch máu nhỏ và tổn thương thận thì ở người bệnh đái tháo đường típ 2, các yếu tố như: tăng đường huyết mạn tính, di truyền...cùng kết hợp gây nên tổn thương thận [11].

*Các rối loạn do tăng glucose máu mạn tính ở người bệnh thận đái tháo đường

Tăng glucose máu mạn tính giữ vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của DKD thông qua các rối loạn huyết động và chuyển hóa.

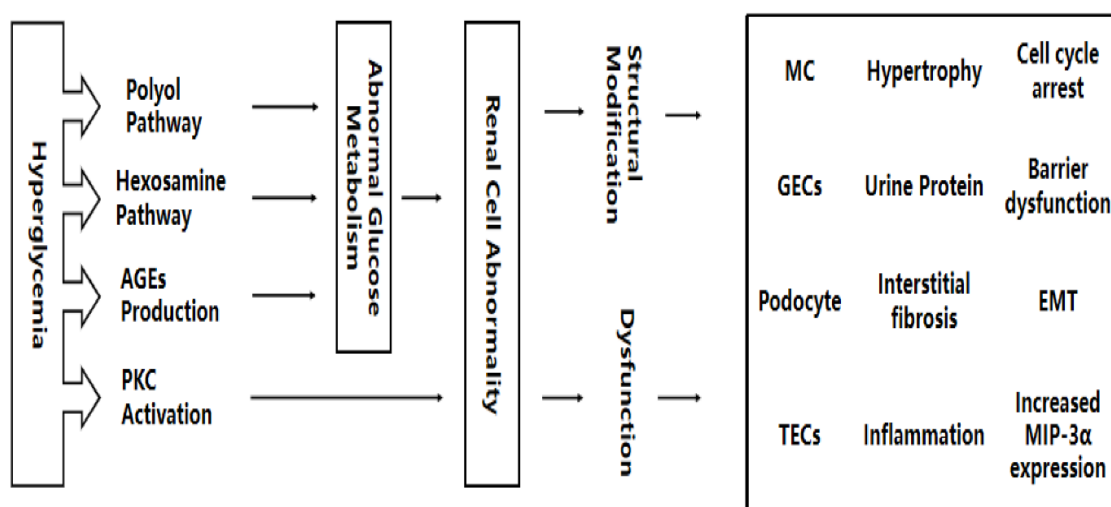
Thứ nhất, tăng glucose máu mạn tính làm tăng tái hấp thu natri tại ống lượn gần thông qua cơ chế đồng vận chuyển natri-glucose, làm giảm natri ở ống lượn xa từ đó kích thích tế bào cận cầu thận tăng tiết angiotensin II, làm tăng huyết áp, gây ra hiện tượng siêu lọc ở người bệnh [12],[13].



Hình 1.1. Tăng glucose máu tác động lên các loại tế bào thận ở bệnh thận đái tháo đường [14]

Thứ hai, tăng glucose máu mạn tính làm tổn thương tế bào nội mô cầu thận, tế bào gian mạch, làm phá vỡ tính vẹn toàn của cầu thận. Glucose máu tăng cao làm mất glycocalyx, giảm NO...từ đó gây rối loạn chức năng nội mô. Đồng thời tăng glucose máu còn làm giảm biểu hiện các protein màng ngăn khe lọc podocyte dẫn đến mất chức năng chân giả và tăng tính thấm màng lọc. Bên cạnh đó, tăng các yếu tố tăng trưởng cũng thúc đẩy quá trình xơ hóa cầu thận. Những biến đổi cấu trúc và chức năng này là cơ sở dẫn đến sự xuất hiện albumin niệu ở người bệnh DKD [14].

Thứ ba, tăng glucose máu thúc đẩy quá trình glycation hóa diễn ra mạnh mẽ, tăng tạo sản phẩm cuối cùng (Advanced Glycation End Products - AGEs). AGEs gắn với thụ thể của nó (Receptor for Advanced Glycation End Products - RAGE) kích hoạt quá trình viêm, làm tăng tiết cytokine tiền viêm và các stress oxy hóa, dẫn đến phì đại tế bào, viêm tế bào, rối loạn chức năng nội mô, từ đó dẫn đến suy giảm chức năng thận [15],[16],[17].



Hình 1.2. Tăng glucose làm rối loạn các con đường chuyển hóa [14]

Thứ tư, tăng glucose quá cao, cơ thể sẽ kích hoạt các con đường chuyển hóa khác ngoài con đường đường phân, gồm con đường polyol, con đường hexosamine và con đường protein kinase C [12]. Những con đường chuyển hóa này sẽ tạo ra các sản phẩm như: sorbitol, fructose, yếu tố tăng trưởng TGF- β 1, protein kinase C... Những sản phẩm chuyển hóa của glucose gây viêm tế bào, phì đại tế bào, gây xơ cứng cầu thận, làm rối loạn chức năng mạch máu thận [18],[19],[20],[21].

*Các yếu tố di truyền

Theo phân tích của Al Mooyaart và cộng sự (2013), sau khi xem xét gần 700 nghiên cứu về di truyền trong bệnh DKD, họ xác định 24 biến thể di truyền và 16 gen liên quan đến bệnh này [22]. Những biến thể ảnh hưởng đến hệ thống renin-angiotensin-aldosterone, con đường polyol, các cytokine gây viêm, từ đó góp phần vào sự phát triển bệnh. Bên cạnh đó, một số yếu tố tăng trưởng được chứng minh có liên quan đến cơ chế bệnh sinh của DKD, thông qua các cơ chế phức tạp như xơ hóa và tăng sinh mạch máu [12],[23].

1.1.3. Phân loại giai đoạn bệnh thận đái tháo đường

Năm 1983, Mogensen C.E. đề xuất chia bệnh thận đái tháo đường thành 5 giai đoạn [24].

Tervaert (2010) [25] và Osama Gheith (2016) [26] phân loại bệnh thận đái tháo đường theo 5 giai đoạn dựa trên sự thay đổi cấu trúc và chức năng thận

Bảng 1.1. Phân loại bệnh thận đái tháo đường dựa trên sự thay đổi cấu trúc và chức năng thận [25],[26]

Các giai đoạn	Theo tác giả Tervaert [25]	Theo tác giả Gheith [26]
Giai đoạn 1	Màng đáy cầu thận dày lên	- 5 năm sau bị đái tháo đường: Mức lọc cầu thận bình thường hoặc tăng, tăng huyết áp, không có albumin niệu. - Kích thước thận tăng 20% cùng với sự gia tăng lưu lượng huyết động ở thận.
Giai đoạn 2	Sự giãn nở cầu thận ở mức độ nhẹ hoặc nặng	- 2 năm sau khởi phát triệu chứng của giai đoạn 1: màng đáy dày lên, tăng sinh lớp tế bào trung mô. - Mức lọc cầu thận bình thường, triệu chứng lâm sàng yên lặng.
Giai đoạn 3	Xơ cứng cầu thận rải rác	- 5 đến 10 năm sau mắc DKD, có hoặc không có tăng huyết áp, tổn thương cầu thận (microalbumin niệu: 30-299 mg/24h)

Giai đoạn 4	Xơ cứng tiến triển: tổn thương mô kẽ ống thận, mạch máu	- Protein niệu và tăng huyết áp trường diễn. - Mức lọc cầu thận dưới 60 ml/phút/1,73 m ²
Giai đoạn 5	Bệnh thận giai đoạn cuối	- Bệnh thận giai đoạn cuối với mức lọc cầu thận dưới 15ml/phút/1,73m ² kèm theo các triệu chứng của hội chứng ure máu cao.

Là bệnh thận mạn tính do đái tháo đường típ 2 nên chẩn đoán giai đoạn của DKD cũng giống như chẩn đoán giai đoạn bệnh thận mạn nói chung.

Mức lọc cầu thận			Albumin niệu		
			A1	A2	A3
			Bình thường	Tăng nhẹ (MAU)	Tăng cao (MAC)
			< 3 mg/mmol	3 - 30 mg/mmol	> 30 mg/mmol
	Bình thường hoặc tăng	> 90			
G2	MLCT giảm nhẹ	60 - 90			
G3a	MLCT giảm vừa	45 - 59			
G3b	MLCT giảm nhiều	30 - 44			
G4	MLCT giảm nặng	15 - 29			
G5	MLCT giảm nặng	< 15			

Màu	Màu	Nhóm	Nguy cơ	Tần suất khám
	Xanh	G1A1, G2A1	(nguy cơ = 1)	
	Vàng	G3aA1, G1A2, G2A2	Thấp	Ít nhất 1 lần/năm
	Cam	G1A3, G2A3, G3A2, G3bA1	Trung bình	Ít nhất 2 lần/năm
	Đỏ	G3aA3, G3bA2, G3bA3, G4A1, G4A2	Cao	Ít nhất 3 lần/năm
	Đỏ đậm	G5A1, G5A2, G5A3, G4A3	Rất cao	Ít nhất 4 lần/năm

Hình 1.3. Phân giai đoạn, phân tầng nguy cơ và tần suất tái khám hàng năm theo KDIGO 2024 [5]

1.1.4. Chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường

*** Dấu hiệu lâm sàng**

Bệnh thận đái tháo đường thường xuất hiện cùng với bệnh mạch máu lớn, bệnh cảnh lâm sàng hay gặp nhất là kết hợp giữa béo phì, rối loạn chuyển hóa lipid, tăng huyết áp, bệnh thận... [5].

Bệnh thận đái tháo đường có thể đồng mắc với các biến chứng mạch máu nhỏ khác như: tổn thương võng mạc (gặp ở tất cả người bệnh mắc đái tháo đường típ 1 nhưng chỉ gặp ở 50%-60% người bệnh đái tháo đường típ 2 có protein niệu) hay tổn thương đa dây thần kinh ngoại biên do đái tháo đường. Vì vậy, ở người bệnh đái tháo đường típ 2 mà không đi kèm tổn thương võng mạc thì không thể loại trừ bệnh thận đái tháo đường [5].

*** Cận lâm sàng**

- Albumin niệu: Dùng để chẩn đoán sớm bệnh thận đái tháo đường [5].
- Protein niệu: Thường dùng trong việc xác định có tổn thương thận trên lâm sàng [27].
- Creatinin niệu: Để tính tỷ số albumin niệu/creatinin niệu hoặc protein niệu/creatinin niệu trong mẫu nước tiểu bất kỳ [5],[27].
- Chỉ số UACR: Tỷ số albumin niệu/creatinin niệu > 30 mg/g ít nhất ở 2 trong 3 mẫu xét nghiệm được dùng để chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường [28].
- Creatinin huyết thanh: Có thể bình thường hoặc tăng trong giai đoạn đầu hoặc giảm trong giai đoạn sau của bệnh. Nên tính mức lọc cầu thận bằng công thức CKD-EPI [5].
- Siêu âm thận: Bệnh thận đái tháo đường thường có kích thước thận bình thường. Thường dùng để phân biệt với các bệnh lý khác [5],[27].
- Giải phẫu bệnh: Là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường và phân biệt bệnh với các bệnh lý thận khác. Không được thực hiện thường quy để chẩn đoán bệnh ở người DKD có diễn biến điển hình do đây là một thủ thuật xâm lấn, chi phí cao, có yêu cầu nhất định về cơ sở, trang thiết bị thực hiện... [5].

***Chẩn đoán xác định**

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2024, bệnh thận đái tháo đường được chẩn đoán khi:

+ Bệnh cầu thận xuất hiện ở người bệnh đái tháo đường với thời gian mắc bệnh điển hình.

+ Có ít nhất hai lần xét nghiệm trong khoảng thời gian cách nhau 3 - 6 tháng có kết quả UACR $\geq 30\text{mg/g}$, và/hoặc

+ Mức lọc cầu thận ước tính giảm dưới $60 \text{ ml/phút}/1,73\text{m}^2$ da mà không thấy có nguyên nhân tổn thương thận khác

+ Kết quả sinh thiết thận điển hình.

Chỉ định sinh thiết thận ở người bệnh đái tháo đường mắc bệnh thận mạn bao gồm:

+ Protein niệu ở mức thận hư hoặc suy giảm chức năng thận mà không kèm bệnh võng mạc do đái tháo đường.

+ Protein niệu ở mức thận hư hoặc suy giảm chức năng thận trên người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường dưới 5 năm.

+ Protein niệu mức thận hư kèm chức năng thận bình thường.

+ Cận lắng nước tiểu bất thường (hồng cầu, bạch cầu, trụ tế bào nước tiểu).

+ Suy thận tiến triển nhanh ở người bệnh trước đó có chức năng thận bình thường hoặc có triệu chứng của bệnh hệ thống. [5]

1.2. Bệnh thận đái tháo đường theo y học cổ truyền

1.2.1. Đại cương bệnh thận đái tháo đường theo y học cổ truyền

Đái tháo đường típ 2 được xếp vào chứng tiêu khát trong YHCT [29],[30],[31].

Bệnh thận đái tháo đường trong YHCT không có bệnh danh độc lập, một số ghi chép rải rác gọi bệnh thận đái tháo đường là “Thận tiêu”, “Thận tiêu khát” [3],[4],[32]. “Thận tiêu”, “Thận tiêu khát” xuất hiện sớm nhất từ thời nhà Đường trong các tác phẩm “Ngoại Đài Bí Yếu” của Vương Đào với các chứng như: khát mà không uống được nhiều, tiểu tiện nhiều lần, chân tay phù thũng... [33].

Nan Zheng thông qua nghiên cứu nhiều tài liệu đặc biệt là “Thánh Tề Tổng Lục” nhận thấy “Bệnh thận tiêu khát” là bệnh danh phù hợp cho bệnh thận đái tháo

đường [34]. Đến năm 2010, “Bệnh thận tiêu khát” cuối cùng đã được Ủy ban rà soát thuật ngữ khoa học kỹ thuật Trung Quốc công nhận và đưa vào quyển “Trung Y Dược học danh từ” [32].

Tùy từng giai đoạn bệnh, biểu hiện lâm sàng mà bệnh thận đái tháo đường được xếp các chứng như: niệu trọc, tinh khí hạ tiết, yêu thống, thủy thũng, quan cách... Ở giai đoạn rất sớm của bệnh khi người bệnh chưa phù, chưa tiểu albumin vẫn quy về chứng tiêu khát với những chứng chủ yếu là ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, khát nhiều. Ở giai đoạn khi người bệnh bắt đầu xuất hiện albumin niệu, có thể có đau lưng mỗi gối, không phù thũng... thuộc phạm trù các chứng: niệu trọc, tinh khí hạ tiết, yêu thống. Ở giai đoạn tiếp theo khi tình trạng bệnh nặng lên, người bệnh có thể xuất hiện protein niệu, phù thũng, lưng gối nhức mỗi thuộc phạm trù các chứng như: thủy thũng, yêu thống... Ở giai đoạn cuối, có thể có tăng ure máu, mức lọc cầu thận giảm nhiều với các biểu hiện lâm sàng như: buồn nôn, nôn, thiếu niệu hoặc vô niệu thuộc phạm vi chứng quan cách [4],[35].

1.2.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ bệnh thận đái tháo đường típ 2 theo y học cổ truyền

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh bệnh thận đái tháo đường có nhiều quan điểm khác nhau.

***Cơ chế bệnh sinh**

Như đã trình bày ở trên, đái tháo đường thuộc phạm trù chứng tiêu khát theo YHCT. Chứng tiêu khát trong YHCT đã nhắc đến từ lâu, sớm nhất trong “Hoàng Đế Nội Kinh” thiên “Kỳ Bệnh Luận” viết: “Người ăn nhiều đồ béo ngọt mà béo bệu, dễ sinh nội nhiệt, ngọt dễ sinh đầy trướng bên trong, làm cho khí đưa lên trên gây tiêu khát” [36]. Vào khoảng thế kỷ thứ 02 trước công nguyên, trong “Kim Quỹ Yếu Lược” của Trương Trọng Cảnh thời Đông Hán cũng có một chương bàn về chứng tiêu khát hay trong “Đan Khê Tâm Pháp” cũng bàn về chứng này [30]. Trong nền YHCT Việt Nam, chứng tiêu khát đã được nhắc tới từ lâu, sớm nhất là Tuệ Tĩnh thời nhà Trần hay trong “Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh” của Hải Thượng Lãn Ông thời nhà Hậu Lê [29],[37]. Đa phần trong các tác phẩm kinh điển trên, cơ chế bệnh sinh chủ yếu đều là âm hư táo nhiệt. Bệnh thận đái tháo đường do bệnh tiêu khát tiến triển lâu ngày mà thành. Nên lý luận YHCT cổ điển cho rằng âm hư là bản, táo

nhật là tiêu của bệnh thận đái tháo đường [34],[38]. Âm hư lâu dần làm âm thương cấp khí gây khí âm lưỡng hư, âm tổn cấp dương dẫn đến âm dương lưỡng hư [30].

Nhiều y gia, bác sĩ qua quá trình điều trị lại có những quan điểm khác về cơ chế phát sinh, phát sinh phát triển của bệnh thận đái tháo đường.

-Sheng Hong Qin và cộng sự, sau khi tổng kết kinh nghiệm của Yang Ni Zhi cũng đồng ý với quan điểm cổ điển về sự phát sinh, phát triển bệnh thận đái tháo đường, nhận định rằng: “Khởi đầu bệnh là do tảo nhiệt thịnh, tổn hao tân dịch, lâu ngày dẫn đến khí âm lưỡng hư, âm tổn cấp dương mà thành bệnh”[39].

-Guo Li Zhong lại cho rằng “Có không ít người bệnh thận đái tháo đường do thức khuya kéo dài, stress, hay ăn đồ sống lạnh, lao động nghỉ ngơi không điều độ, lạm dụng các thuốc có tính hàn lương để điều trị COVID-19, cúm từ đó là dương khí hư tổn, trung tiêu do khí dương suy yếu mà tỳ vị kém kiện vận, hàn tà nội thịnh, dương không được âm giữ bốc lên mà gây tảo nhiệt từ đó dẫn đến bệnh thận đái tháo đường”. Do đó, lên lấy phép phù dương là điều trị căn bản [40].

- Yue Ren Zong và Ye Jing Hua cũng có quan điểm cho rằng gốc của bệnh thận đái tháo đường là do tỳ mất khả năng kiện vận, sự vận hóa các chất tinh vi thủy cốc bị ảnh hưởng làm thủy thấp đình lưu, thấp đình lưu lâu ngày sinh đàm, thấp cản trở sự vận hành của khí huyết mà sinh ú. Đàm, ú, thấp lâu ngày làm giảm chức năng của thận (sự suy giảm này có tài liệu cho rằng đàm, thấp, ú là âm tà dễ gây ảnh hưởng đến tạng thủy như thận, lại có tài liệu viết là do đàm, thấp, ú cản trở sự vận hành khí huyết trong lạc của thận mà gây bệnh) [39].

- Tong Xiao Lin và các cộng sự lại cũng nhận thấy rằng cơ sở để phát sinh, phát triển bệnh thận đái tháo đường típ 2 là do hư, ú, trọc là chủ yếu. Bệnh thận đái tháo đường típ 2 trên lý luận này là do khí âm lưỡng hư, lạc mạch ú trở và trọc độc nội đình tác động qua lại lẫn nhau mà thành [39].

Từ những y văn cũng như kinh nghiệm điều trị của các y gia, có thể nhận thấy bệnh thận đái tháo đường típ 2 là một chứng bản hư, tiêu thực: bản của bệnh là âm, dương, khí hư; tiêu của bệnh là các sản phẩm được tạo ra từ quá trình vận hóa bất thường như thủy thấp, đàm, ú huyết, tảo nhiệt... [39].

***Những nguyên nhân gây bệnh thận đái tháo đường gồm :**

+ Âm thực thất điều: Ăn uống nhiều đồ béo ngọt, uống nhiều rượu. Thức ăn béo ngọt có tính nề trệ làm giảm khả năng kiện vận của tỳ từ đó dẫn đến thủy thấp đình lưu, thấp lâu ngày hóa đàm. Đàm, thấp cản trở sự vận hành của khí huyết. Đàm lâu ngày hóa hỏa, hư hỏa thương tân mà gây tiêu khát. Đàm, thấp, ứ lâu ngày gây ảnh hưởng đến thận mà thành bệnh. [30],[36]

+ Lao dục quá độ: Lao lực quá độ, ham muốn tình dục thái quá làm thận tinh khuy tổn, hư hỏa nội sinh mà thành bệnh.[30],[36]

+ Tình chí thất điều: “Tức giận quá độ thì khí nghịch lên, huyết cũng theo đó mà uất ở trên, uất lâu ngày hóa hỏa, hỏa hun đốt tân dịch làm hư hao thận âm mà thành chứng tiêu khát”. [30],[36]

+ Bẩm tố hư nhược: Tiên thiên bẩm phú hư nhược mà đặc biệt là thận hư, âm hư là yếu tố quan trọng trước hình thành nên chứng tiêu khát sau phát triển thành bệnh thận đái tháo đường. [30]

+ Ngoại tà: Trên nền tảng chính khí vốn suy yếu, ngoại tà thừa cơ xâm phạm “chỗ tà khí tụ tất khí phải hư”. Lục khí gồm “phong, hàn, thử, thấp, táo, hỏa” khi vào trong cơ thể thành lục dâm, sau đó gây bệnh gọi là lục tà càng làm khí huyết hư kém làm cho tạng phủ vốn hư kém lại càng hư kém hơn từ đó làm tăng sự phát sinh, phát triển bệnh tiêu khát hay thận tiêu khát ở những người bệnh này[36],[39].

Có thể thấy, nội nhân như tình chí thất điều, bất nội ngoại nhân như ăn uống không điều độ, lao dục quá độ hay ngoại nhân phối hợp với nhau mà gây nên tiêu khát sau đó là bệnh thận đái tháo đường.

1.2.3. Phân thể lâm sàng bệnh thận đái tháo đường típ 2 theo y học cổ truyền.

Do quan điểm về điều trị của mỗi bác sĩ, thầy thuốc về cơ chế phát sinh, phát triển của bệnh thận đái tháo đường típ 2 có đôi chút khác biệt nên cách phân thể lâm sàng bệnh thận đái tháo đường típ 2 cũng khác nhau.

Theo cuốn sách “Bệnh đái tháo đường theo Trung y hiện đại” của Lin Lan, DKD được chia thành 8 thể: phế vị lưỡng hư, tâm tỳ lưỡng hư, tỳ thận khí hư, can thận âm hư, tỳ dương, thận dương hư, tỳ thận dương hư, can thận âm tuyệt, hư phong nội động [38].

Theo cuốn sách “Tóm tắt kết hợp Trung y và Tây y” trong điều trị bệnh đái tháo

đường” do Niu Jie và cộng sự, chia DKD thành 5 thể, gồm: can thận âm hư, khí âm lưỡng hư, tỳ thận dương hư, âm dương lưỡng hư, ứ huyết trở trệ. [41]

Năm 2023, Hội Y học kết hợp Trung y và Tây y, Hội Y Dược học cổ truyền Trung Quốc, Hội Y học Trung Quốc phát hành “Hướng dẫn kết hợp Trung y và Tây y trong chẩn đoán và điều trị bệnh thận đái tháo đường”. Hướng dẫn này dựa trên nền tảng bệnh thận đái tháo đường là một bệnh lý bản hư tiêu thực trong đó chủ là âm dương, khí huyết, ngũ tạng hư suy, tiêu là huyết ứ, thủy thấp, đàm trọc. Trong hướng dẫn này, DKD được phân loại thành 5 chủ chứng, 5 kèm chứng, 3 biến chứng [42].

- Chủ chứng

a. Chứng khí âm lưỡng hư

+ Chủ chứng: Nước tiểu bọt, cơ thể mệt mỏi vô lực, họng khô, miệng khát.

+ Thứ chứng: Đổan khí ngại nói, lòng bàn tay bàn chân nóng, phiền nhiệt, tự hãn, đổan hãn, triêu nhiệt, chóng mặt, ù tai, thể trạng gầy, đổan tiện phân táo, nước vàng, lượng nước tiểu ít.

+ Lưỡi mạch: Lưỡi đỏ hoặc phì đổan có vết hằn răng, rêu lưỡi khô ít. Mạch trầm tế hoặc tế sắc vô lực

+ Bệnh vị: Phế, tỳ, thận.

+ Bệnh tính: Khí hư, âm hư

b. Chứng phế thận khí hư

+ Chủ chứng: Nước tiểu bọt, thất lưng và gối nhức mỏi, tinh thần mệt mỏi, dễ cảm mạo

+ Thứ chứng: Tiếng nói nhỏ, đổan khí ngại nói, tự hãn, sợ gió, mặt phù, lượng nước tiểu ít hoặc nhiều, nước tiểu trong.

+ Lưỡi mạch: Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch tế vô lực

+ Bệnh vị: Phế, thận

+ Bệnh tính: Khí hư

c. Chứng can thận âm hư

+ Chủ chứng: Nước tiểu bọt, lưng gối nhức mỏi, lòng bàn tay bàn chân nóng, chóng mặt ù tai.

+ Thứ chứng: Mắt khô, mắt ngủ, ngủ hay mơ, lượng nước tiểu ít, đại tiện phân táo, nam có thể di tinh, nữ số lượng kinh ít hoặc bế kinh.

+ Lưỡi mạch: Lưỡi đỏ, ít rêu, mạch tế sắc.

+ Bệnh vị: Can, thận.

+ Bệnh tính: Âm hư.

d. Tỳ thận khí (dương) hư

+ Chủ chứng: Nước tiểu bọt, lưng gối đau lạnh, sợ lạnh, đại tiện phân lỏng.

+ Thứ chứng: Sắc mặt trắng nhợt, chi thể phù thũng đặc biệt là chi dưới, ăn kém, đầy bụng, nhạt miệng không khát, lượng nước tiểu ít hoặc nhiều, nước tiểu trong, tiểu đêm nhiều.

+ Lưỡi mạch: Chất lưỡi hồng nhạt, lưỡi bệu có vết hằn răng, rêu lưỡi trắng, mạch tế.

+ Bệnh vị: Tỳ, thận

+ Bệnh tính: Khí hư, dương hư

e. Âm dương lưỡng hư

+ Chủ chứng: Nước tiểu bọt, mệt mỏi, sợ lạnh, họng khô, miệng khát, lòng bàn tay, bàn chân nóng.

+ Thứ chứng: Sắc mặt trắng nhợt hoặc đen sạm, lưng gối nhức mỏi hoặc đau lạnh, chóng mặt, ù tai, mắt nhìn mờ, chi thể phù thũng, lượng nước tiểu nhiều hoặc ít, nước tiểu trong, đại tiện phân lỏng hoặc ngũ canh tả, nam có thể dương nuy hoặc di tinh, nữ thì lượng kinh nguyệt ít hoặc bế kinh.

+ Lưỡi mạch: Chất lưỡi nhợt có vết hằn răng, rêu lưỡi nhờn, mạch trầm tế vô lực.

+ Bệnh vị: Phế, tỳ, can, thận

+ Bệnh tính: Âm hư, dương hư

- Kiểm chứng

a. Chứng thủy thấp

+ Chủ chứng: Mí mắt, mặt, mắt cá chân, tay chân thậm chí toàn thân phù thũng, tiểu ít.

+ Lưỡi mạch: Rêu lưỡi nhờn dính, mạch trầm

+ Bệnh tính: Thủy thấp

b. Chứng huyết ứ

+ Chủ chứng: Da thô ráp, môi tím tối

+ Lưỡi mạch: Lưỡi sắc ám tối có điểm ứ huyết, mạch lạc dưới lưỡi ngoằn ngoèo, giãn ứ, mạch trầm huyền sáp .

+ Bệnh tính: Huyết ứ

c. Chứng thấp nhiệt

+ Chủ chứng: Đầu nặng, chân tay nặng nề, dạ dày, bụng đầy tức khó chịu, trong miệng dính nhớt, nước tiểu vàng đỏ, tiểu buốt rất , đại tiện phân quánh dính lại, sốt phân sau đại tiện.

+ Lưỡi mạch: Rêu lưỡi vàng dính, mạch hoạt sắc

+ Bệnh tính: Thấp nhiệt

d. Chứng can dương thượng cang:

+ Chủ chứng: Đau đầu, miệng đắng, hoa mắt ù tai, mặt hồng, mắt đỏ, tính tình nóng nảy dễ tức giận.

+ Lưỡi mạch: Lưỡi đỏ, mạch huyền hữu lực

+ Bệnh vị: Can

+ Bệnh tính: Dương cang

e. Thấp trọc (trọc độc)

+ Chủ chứng: Mê man, hôn mê, đau đầu, bụng đầy chướng, chán ăn, ăn ít, buồn nôn, nôn, miệng có mùi khai

+ Lưỡi mạch: Chết lưỡi đỏ, rêu lưỡi trắng dính, mạch trầm huyền hoặc trầm hoạt

+ Bệnh tính: Trọc độc

- Biến chứng

a. Trọc độc phạm vị

+ Chủ chứng: Thường xuyên buồn nôn, nôn, chóng mặt ù tai, toàn bộ cơ thể phù thũng, vô niệu.

+ Lưỡi mạch: Chết lưỡi đạm ám, rêu lưỡi trắng dính, mạch trầm huyền hoặc trầm hoạt.

+ Bệnh vị: Vị

+ Bệnh tính: Vị, trọc độc

b. Thủy khí lãng tâm

+ Chủ chứng: Khó thở không thể nằm (ngồi dậy đỡ khó thở), sợ lạnh tay chân mát, ra mồ hôi đầm đìa, hồi hộp đánh trống ngực, chi thể phù thũng đặc biệt là chi dưới, ho khạc ít đờm trắng

+ Lưỡi mạch: Chất lưỡi đậm, rêu lưỡi trắng nhờn, mạch sắc vô lực

+ Bệnh vị: Tâm

+ Bệnh tính: Thủy khí

c. Nịch độc nhập não

+ Chủ chứng: Thần chí hoảng hốt, ánh mắt đờ ra không sáng thậm chí hôn mê, hoặc đột ngột co giật, chảy máu mũi, chảy máu chân răng,

+ Lưỡi mạch: Chất lưỡi nhạt tím tối, có vết hằn răng, rêu lưỡi trắng dày dính, mạch trầm huyền hoạt

+ Bệnh vị: Não (tủy hải)

+ Bệnh tính: Độc

Ngoài ra, trong “Bệnh thận theo Trung Tây y kết hợp” của Ye Ren Gao (2003), “Bệnh học và điều trị bệnh thận theo Trung Tây y kết hợp” của Ren Kai Ming (2004) và “Điều trị các biến chứng của đái tháo đường trên cơ sở kết hợp Trung y và Tây y” của Li Chang Qi (2010) có các cách phân thể lâm sàng bệnh thận đái tháo đường khác nhau và các pháp điều trị, phương dược, chế độ dinh dưỡng tương ứng [43],[44], [45].

1.3. Tình hình nghiên cứu trong và ngoài nước

* Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Trung Quốc đã có nhiều nghiên cứu về phân thể lâm sàng bệnh thận đái tháo đường típ 2.

Theo cuốn “Cơ sở và lâm sàng Trung y trong điều trị bệnh thận do đái tháo đường” của Wang Yao Xian: “Chỉ trong vòng chưa đến mười năm (từ ngày 1 tháng 1 năm 2003 đến ngày 30 tháng 6 năm 2012) khi tra cứu trên CNKI có hơn 19 tài liệu với tổng số 5197 trường hợp được nghiên cứu về phân biệt các thể lâm sàng ở

người bệnh DKD. Sau khi nghiên cứu và tổng hợp dữ liệu Wang Yao Xian và các cộng sự nhận thấy rằng các hội chứng hay gặp ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2, bao gồm: khí âm lưỡng hư chiếm 29,36%, huyết ú 13,10%, tỳ thận khí (dương) hư chiếm 11,14%, âm dương lưỡng hư chiếm 7,43%, tỳ thận hư suy chiếm 6,22%, can thận âm hư chiếm 5,94%”[4].

Theo “Phân tích các chỉ số kết quả trong các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng của Trung y trong điều trị bệnh thận đái tháo đường” của Jiang Yi Jia và cộng sự đăng trên tạp chí Trung Dược Trung Quốc tháng 7 năm 2024, phân tích trên 23 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, với 240 hội chứng YHCT thấy rằng các hội chứng hay gặp ở người bệnh DKD, bao gồm: khí âm lưỡng hư kiêm huyết ú chiếm 27,08%, khí âm lưỡng hư 17,05%, thận hư huyết ú 5,83%, khí hư huyết ú 4,17%, tỳ thận lưỡng hư kiêm huyết ú 3,33%, tỳ thận dương hư 3,33%, tỳ thận khí hư 2,97%, tỳ thận khí hư kiêm huyết ú 2,50%, thấp nhiệt 2,92% và tỳ thận lưỡng hư 2,50% [46].

* Tình hình nghiên cứu trong nước

Tại Việt Nam, đã có những nghiên cứu về điều trị bệnh thận đái tháo đường theo YHCT như: nghiên cứu về tác dụng của viên nang Bảo thận kháng HV trong điều trị bệnh thận đái tháo đường trên lâm sàng của Lê Thị Thanh Nhạn (2019) hay nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang điều trị đái tháo đường típ 2 có biến chứng thận trong thực nghiệm và trên lâm sàng của Quan Thế Dân (2009) [47],[48]. Những nghiên cứu thực nghiệm và lâm sàng trên, bước đầu cho thấy YHCT làm giảm glucose máu, giảm đề kháng Insulin, giảm creatinin máu...[47],[48].

Nghiên cứu về các thể bệnh lâm sàng theo YHCT ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2 chưa được tiến hành tại Việt Nam.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh thận đái tháo đường típ 2 đang được khám và điều trị tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 07/2025 đến tháng 11/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn người bệnh tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

+ Trên 18 tuổi

+ Được chẩn đoán xác định mắc bệnh đái tháo đường típ 2 và bệnh thận đái tháo đường theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế - 2024

***Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường: theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường của Bộ Y tế - 2024.**

+ Khi bệnh cầu thận xuất hiện ở người bệnh đái tháo đường với thời gian mắc bệnh điển hình.

+ Có ít nhất hai lần xét nghiệm trong khoảng thời gian cách nhau 3-6 tháng có kết quả UACR $\geq 30\text{mg/g}$, và/hoặc

+ Mức lọc cầu thận ước tính giảm dưới $60\text{ ml/phút}/1,73\text{m}^2$ mà không thấy có nguyên nhân tổn thương thận khác.

+ Kết quả sinh thiết thận điển hình. [5]

***Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường típ 02: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường típ 2 của Bộ Y tế - 2020.**

+ Glucose huyết tương lúc đói $\geq 7\text{ mmol/L}$ hoặc:

+ Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp với 75g glucose bằng đường uống $\geq 11,1\text{ mmol/L}$

+ HbA1c $\geq 6,5\%$

+ Bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc của cơn tăng glucose huyết cấp kèm mức glucose huyết tương bất kỳ $\geq 11,1\text{ mmol/L}$.

Chẩn đoán xác định khi có 2 kết quả trên ngưỡng chẩn đoán trong cùng 1 mẫu máu xét nghiệm hoặc ở 2 thời điểm khác nhau đối với ba tiêu chí đầu; riêng tiêu chí cuối cùng: chỉ cần một lần xét nghiệm duy nhất. [49]

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Người bệnh mắc các nguyên nhân khác gây tăng bài tiết albumin niệu thoáng qua (nhiễm khuẩn cấp tính, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm gan, suy gan, bệnh thận tiến triển nhanh...)
- Người bệnh có tình trạng cấp cứu như: Glucose máu tăng cao (glucose máu \geq 15 mmol/L), tăng huyết áp kịch phát (HA \geq 180/120 mmHg) ...
- Người bệnh đang được điều trị bằng các phương pháp thay thế thận.
- Bệnh nhân có rối loạn chức năng nghe, nói, hiểu, người bệnh tâm thần.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 07/2025 đến tháng 11/2025.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu

Chọn mẫu thuận tiện lấy tất cả người bệnh đạt đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian nghiên cứu.

Trong nghiên cứu, có 201 người bệnh đạt đủ tiêu chuẩn chọn được đưa vào nghiên cứu.

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu nhằm phục vụ thực hiện 2 mục tiêu nghiên cứu:

Mục tiêu 1: Bước đầu khảo sát các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2.

- Đặc điểm người bệnh theo YHCT: Dựa trên các đặc điểm của 5 thể chủ chứng và 3 thể kèm chứng tương ứng sau (Theo Hướng dẫn kết hợp Trung y và Tây y trong chẩn đoán và điều trị bệnh thận đái tháo đường của Hội y học kết hợp Trung Y và Tây Y, Hội Y Dược học cổ truyền Trung Quốc, Hội Y học Trung Quốc năm 2023).

- Chủ chứng

a. Chứng khí âm lưỡng hư

+ Chủ chứng: Nước tiểu bọt, cơ thể mệt mỏi vô lực, họng khô, miệng khát.

+ Thứ chứng: Đoản khí ngại nói, lòng bàn tay bàn chân nóng, phiền nhiệt, tự hãn, đạo hãn, triêu nhiệt, chóng mặt, ù tai, thể trạng gầy, đạ tiện phân táo, nước vàng, lượng nước tiểu ít.

+ Lưỡi mạch: Lưỡi đỏ hoặc phì đạ có vết hằn răng, rêu lưỡi khô ít. Mạch trầm tế hoặc tế sắc vô lực

b. Chứng phế thận khí hư

+ Chủ chứng: Nước tiểu bọt, thất lưng và gối nhức mỏi, tinh thần mệt mỏi, dễ cảm mạo

+ Thứ chứng: Tiếng nói nhỏ, đoản khí ngại nói, tự hãn, sợ gió, mặt phù, lượng nước tiểu ít hoặc nhiều, nước tiểu trong.

+ Lưỡi mạch: Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch tế vô lực

c. Chứng can thận âm hư

+ Chủ chứng: Nước tiểu bọt, lưng gối nhức mỏi, lòng bàn tay bàn chân nóng, chóng mặt ù tai.

+ Thứ chứng: Mắt khô, mắt ngủ, ngủ hay mơ, lượng nước tiểu ít, đạ tiện phân táo, nam có thể di tinh, nữ số lượng kinh ít hoặc bế kinh.

+ Lưỡi mạch: Lưỡi đỏ, ít rêu, mạch tế sắc.

d. Tỳ thận khí (dương) hư

+ Chủ chứng: Nước tiểu bọt, lưng gối đau lạnh, sợ lạnh, đạ tiện phân lỏng.

+ Thứ chứng: Sắc mặt trắng nhợt, chi thể phù thũng đặc biệt là chi dưới, ăn kém, đầy bụng, nhạt miệng không khát, lượng nước tiểu ít hoặc nhiều, nước tiểu trong, tiểu đêm nhiều.

+ Lưỡi mạch: Chát lưỡi hồng nhạt, lưỡi bệu có vết hằn răng, rêu lưỡi trắng, mạch tế.

e. Âm dương lưỡng hư

+ Chủ chứng: Nước tiểu bọt, mệt mỏi, sợ lạnh, họng khô, miệng khát, lòng bàn tay, bàn chân nóng.

+ Thứ chứng: Sắc mặt trắng nhợt hoặc đen sạm, lưng gối nhức mỏi hoặc đau lạnh, chóng mặt, ù tai, mắt nhìn mờ, chi thể phù thũng, lượng nước tiểu nhiều hoặc ít, nước tiểu trong, đại tiện phân lỏng hoặc ngũ canh tả, nam có thể dương nuy hoặc di tinh, nữ thì lượng kinh nguyệt ít hoặc bế kinh.

+ Lưỡi mạch: Chát lưỡi nhợt có vết hằn răng, rêu lưỡi nhòn, mạch trầm tế vô lực.

- Kiêm chứng

a. Chứng thủy thấp

+ Chủ chứng: Mí mắt, mặt, mắt cá chân, tay chân thậm chí toàn thân phù thũng, tiểu ít.

+ Lưỡi mạch: Rêu lưỡi nhòn dính, mạch trầm

b. Chứng huyết ứ

+ Chủ chứng: Da thô ráp, môi tím tối

+ Lưỡi mạch: Lưỡi sắc ám tối có điểm ứ huyết, mạch lạc dưới lưỡi ngoằn ngoèo, giãn ứ, mạch trầm huyền sáp .

c. Chứng can dương thượng cương:

+ Chủ chứng: Đau đầu, miệng đắng, hoa mắt ù tai, mặt hồng, mắt đỏ, tính tình nóng nảy dễ tức giận.

+ Lưỡi mạch: Lưỡi đỏ, mạch huyền hữu lực.

Bảng 2.1. Các triệu chứng lâm sàng y học cổ truyền trên người bệnh thận đái tháo đường típ 2 [50], [51], [52]

STT	Tên chứng trạng	Định nghĩa
1	Phiền nhiệt	Cảm giác nóng ở ngực kèm theo cảm giác bồn chồn, khó chịu
2	Triều nhiệt	Cảm thấy người nóng, nhiệt độ cơ thể tăng cao hơn về chiều tối
3	Lòng bàn tay, lòng bàn chân nóng	Cảm thấy nóng ở lòng bàn tay, bàn chân, lúc ngủ thích đắp ngoài chân, không thích mang gang, vớ.. Dùng mu bàn tay của bác sỹ để vào lòng bàn tay (chân) của người bệnh cảm nhận thấy nóng, ấm hơn bình thường
4	Sợ lạnh	Cảm thấy sợ lạnh hơn bình thường, phải mặc áo ấm, dày hơn so với người khác.
5	Nhặt miệng không khát	Cảm giác ăn không ngon miệng, không có vị dù thức ăn bình thường cùng không có cảm giác khô khát muốn uống
6	Ăn kém, chán ăn	Cảm giác ăn ít, không có cảm giác thèm ăn hơn trước đây
7	Họng khô	Cảm giác thấy họng khô
8	Miệng khát	Cảm giác thấy khô ở vùng miệng, thường kèm khát nước
9	Miệng đắng	Cảm giác trong miệng có vị đắng
10	Tự hãn	Mồ hôi ra nhiều vào ban ngày dù không vận động, hay ở môi trường nóng.
11	Đạo hãn	Ra mồ hôi trộm khi ngủ
12	Tiểu đêm	Tiểu trên 02 lần một đêm
13	Lượng nước tiểu ít	Lượng nước tiểu trong một lần đi tiểu ít hơn trước đây

STT	Tên chứng trạng	Định nghĩa
14	Lượng nước tiểu nhiều	Lượng nước tiểu trong một lần đi tiểu nhiều hơn trước đây
15	Nước tiểu vàng	Nước tiểu có màu vàng như nước trà
16	Nước tiểu trong	Nước tiểu có màu vàng rất nhạt.
17	Tiểu bọt	Nước tiểu có nhiều lớp bọt khí từ nhỏ đến trung bình lâu tan
18	Đại tiện phân táo	Phân khô cứng, thời gian đại tiện kéo dài, phải rặn mới ra phân
19	Đại tiện phân lỏng	Phân lỏng, không thành khuôn, không cần rặn
20	Ngũ canh tả	Đại tiện phân lỏng hoặc nát vào khoảng thời gian 3 giờ đến 5 giờ sáng.
21	Chóng mặt	Chóng mặt kiểu xoay, cảm thấy trời đất quay cuồng, mắt hoa
22	Đau đầu	Thường xuyên cảm thấy đau căng nặng đầu
23	Ồ tai	Nghe thấy tiếng như ve kêu, trống gỗ.
24	Mắt mờ	Cảm giác mắt mờ dần, đôi lúc cảm thấy mắt nhìn mờ hơn đặc biệt khi mệt nhiều
25	Mắt khô	Cảm giác khô, rát ở hai mắt so với trước đây
26	Mắt đỏ	Bề mặt mắt, lòng trắng có màu đỏ hơn bình thường. Lớp niêm mạc nổi mạch máu
27	Thắt lưng và gối nhức mỏi	Đau ở vùng thắt lưng hay đầu gối, cảm giác mỏi hay ê ẩm liên miên khi đi lại nhiều hay ngồi lâu, bước đi không vững, xoa bóp hay nghỉ ngơi thì giảm đau mà không phải do chấn thương nào trước đây
28	Thắt lưng và gối đau lạnh	Cảm giác đau và lạnh ở vùng thắt lưng hay đầu gối, đau tăng lên khi trời lạnh
29	Chi thể phù thũng	Cảm thấy căng nề toàn thân đặc biệt nửa dưới cơ thể

STT	Tên chứng trạng	Định nghĩa
		Vùng bị phù sưng to, căng mọng, làm che lấp các chỗ lõm bình thường. Ấn vào vị trí sưng phù thấy lõm
30	Đầy bụng sau ăn	Ăn xong có cảm giác đầy bụng, khó tiêu
31	Nam: dương nuy	Dương vật không cương cứng hoặc không thể duy trì cương cứng đủ để thực hiện giao hợp
32	Nữ: thiếu kinh hoặc bế kinh	Kinh nguyệt đều nhưng kinh ra số lượng ít hoặc thời gian hành kinh ít hơn bình thường. Bế kinh: không ra kinh
33	Ngủ ít	Thời gian ngủ kém hơn so với bình thường mà không vì tác động của môi trường xung quanh
34	Ngủ hay mơ	Ngủ không sâu giấc hay mơ mộng
35	Mệt mỏi vô lực	Cảm giác người không có sức lực
36	Đoản khí ngại nói	Cảm giác hụt hơi, yếu hơi hoặc không thể nói thành câu dài Tiếng nói đứt quãng
37	Dễ cáu giận	Dễ cáu giận so với trước đây
38	Thê trạng gầy	BMI <18.5 kg/m ²
39	Da thô ráp	Da sần sùi thô ráp hơn bình thường
40	Sắc mắt trắng nhợt	Mặt có màu trắng nhợt
41	Sắc mặt đen sạm	Mặt có màu đen sạm, xám tối
42	Sắc mặt đỏ	Mặt có sắc đỏ
43	Mặt phù thũng	Cảm thấy nặng mi mắt trước, đặc biệt vào sáng sớm tình trạng này có thể rõ hơn Vùng bị phù sưng to, căng mọng, làm che lấp các chỗ lõm bình thường.
44	Môi tím tái	Môi màu tím hơn so với màu hồng của niêm mạc mắt người bình thường

STT	Tên chứng trạng	Định nghĩa
45	Lưỡi bệu có vết hằn răng	Thân lưỡi to bè ra cả khoang miệng và có dấu ấn răng
46	Chất lưỡi đậm nhạt	Cơ lưỡi có màu nhạt hơn so người bình thường
47	Chất lưỡi hồng nhạt	Cơ lưỡi có màu tương tự so người bình thường
48	Chất lưỡi đỏ	Cơ lưỡi có màu đỏ hơn so người bình thường
49	Chất lưỡi ám tối có điểm ứ huyết	Lưỡi có màu ám tối, sậm hơn
50	Rêu lưỡi khô	Rêu lưỡi khô hơn bình thường so người bình thường
51	Rêu lưỡi nhòn	Rêu lưỡi nhầy, ướt
52	Đại mạch lạc dưới lưỡi ngoằn ngoèo, giãn ứ	Đại mạch lạc dưới lưỡi căng, dày, ngoằn ngoèo, nổi rõ dưới lưỡi có màu tím sậm
53	Rêu lưỡi trắng	Rêu lưỡi có màu trắng
54	Rêu lưỡi ít hoặc không rêu	Lớp niêm mạc lưỡi như bị bóc đi, không rêu và cũng không có gai lưỡi trên toàn bộ phần lưng lưỡi
55	Mạch trầm	Mạch ở sâu, ấn nhẹ không rõ, ấn mạnh mới thấy
56	Mạch sắc	Có nhiều hơn 04 nhịp mạch trên 1 lần thở của người khỏe mạnh (trên 90 lần / phút)
57	Mạch tế	Mạch mỏng như sợi chỉ tơ, đi thẳng và mềm
58	Mạch huyền	Mạch đi thẳng, dài, căng như dây đàn
59	Mạch sáp	Mạch qua lại không lưu lợi
60	Mạch vô lực	Ấn nhẹ tay thì thấy mạch đập ở đầu ngón tay rất rõ ràng đầy đủ, ấn nặng tay thì kém hẳn
61	Mạch hữu lực	Mạch đầy , chắc, có lực chống lại tay người khám

Mục tiêu 2: Phân tích một số yếu tố liên quan đến các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2.

- Tuổi: được tính bằng năm hiện tại trừ đi năm sinh của người bệnh
- Giới: được phân thành hai nhóm nam và nữ
- Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính theo công thức

$$\text{BMI} = \frac{\text{Cân nặng}(kg)}{\text{Chiều cao}^2(m)}$$

- Công thức tính mức lọc cầu thận ước tính: nghiên cứu sử dụng công thức CKD-EPI tính toán mức lọc cầu thận ước tính, và phân loại mức lọc cầu thận theo hướng dẫn của tổ chức KDIGO [5].

- Các chỉ dấu viêm được tính như sau: chỉ số PLR là tỷ số tiểu cầu/Lympho, chỉ số viêm hệ thống SII được tính theo công thức $(\text{PLT} \times \text{Neu})/\text{Lym}$, chỉ số MLR được tính bằng tỷ số bạch cầu Mono/Lympho.

- Các chỉ số cận lâm sàng: albumin niệu, creatinine niệu, creatinine huyết thanh, glucose máu lúc đói, HbA1c, Cholesterol TP, Triglycerid, HDL-C, LDL-C.

- Các triệu chứng lâm sàng như đau thắt lưng,...

2.6. Phương pháp thu thập số liệu và quá trình nghiên cứu

2.6.1. Phương pháp thu thập số liệu

Phục vụ thực hiện các mục tiêu

Mục tiêu 1: Bước đầu khảo sát các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2.

61 biến nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng các thể lâm sàng theo YHCT là biến nhị phân. Các biến này được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn, quan sát, thăm khám lâm sàng, ghi chép từ hồ sơ bệnh án.

Mục tiêu 2: Phân tích một số yếu tố liên quan đến các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2.

Bảng 2.2. Các biến nghiên cứu về một số yếu tố liên quan đến các thể lâm sàng theo YHCT ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2

Tên biến/Chỉ số	Định nghĩa	Loại biến	Công cụ thu thập
Lâm sàng			
Tuổi	Tính theo năm dương lịch	Liên tục	Phỏng vấn
Giới	Nam/Nữ	Nhị phân	Phỏng vấn, quan sát
Chỉ số huyết áp (mmHg)	Áp lực máu tác động lên thành động mạch	Liên tục	Đo và ghi chép từ hồ sơ bệnh án
BMI (kg/m ²)	Chỉ số khối cơ thể	Liên tục	Đo và ghi chép từ hồ sơ bệnh án
Các triệu chứng lâm sàng (đau thắt lưng ...)		Nhị phân	Phỏng vấn, khám lâm sàng
Cận lâm sàng			
UACR (mg/g)	Chỉ số xét nghiệm đánh giá chức năng của thận.	Liên tục	Công thức, Ghi chép từ hồ sơ, bệnh án
Creatinin máu (μmol/l)	Chỉ số xét nghiệm đánh giá chức năng của thận.	Liên tục	Ghi chép từ hồ sơ, bệnh án
Mức lọc cầu thận (ml/phút/1,73m ²)	Chỉ số đánh giá chức năng của thận	Liên tục	Công thức CKD-EPI
Glucose máu lúc	Chỉ số phản ánh nồng độ	Liên tục	Ghi chép từ hồ sơ,

đôi (mmol/L)	glucose (đường) trong máu sau ăn 8 giờ.		bệnh án
HbA1c (%)	Chỉ số xác định Hb bị glycosyl hóa do lượng glucose trong máu quá cao.	Liên tục	Ghi chép từ hồ sơ, bệnh án
Cholesterol máu (mmol/l)	Các chỉ số đóng vai trò quan trọng giúp chẩn đoán, tiên lượng điều trị rối loạn lipid máu. Được xác định sau ăn 8- 12 giờ. Đơn vị: mmol/L	Liên tục	Ghi chép từ hồ sơ, bệnh án
PLR	Các chỉ số được tính toán từ các thành phần tế bào máu ngoại vi nhằm phản ánh trạng thái cân bằng giữa đáp ứng viêm bẩm sinh và miễn dịch thích nghi của cơ thể.	Liên tục	Ghi chép từ hồ sơ, bệnh án, tính bằng công thức
MLR			
SII			

2.6.2. Quá trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn người bệnh đáp ứng theo tiêu chuẩn chọn.

Bước 2: Tiến hành thu thập số liệu đối tượng nghiên cứu thông qua hỏi bệnh (tiền sử bệnh, bệnh lý đồng mắc), thăm khám lâm sàng theo YHHD và vọng, vấn, vấn, thiết theo YHCT.

Bước 3: Nhập các dữ liệu lâm sàng, dữ liệu cận lâm sàng của người bệnh đưa vào phần mềm SPSS 27.0 và tiến hành phân tích.

Bước 4: Đánh giá, bàn luận kết quả nghiên cứu.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu. Số liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Office Excel 2016. Dữ liệu là các triệu chứng lâm sàng của

bệnh nhân được đánh dấu “1” hoặc “0”. Bệnh nhân được đánh dấu “1” tương ứng có triệu chứng, “0” tương ứng là không có triệu chứng.

***Phần mềm SPSS 27.0 của IBM xử lý:**

+ Các biến định lượng được kiểm định phân phối bằng kiểm định Shapiro – Wilk. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn, dưới dạng trung vị (IQR) nếu phân phối không chuẩn.

+ Biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất, tỷ lệ phần trăm.

+ Số liệu trong nghiên cứu được trình bày bằng biểu đồ minh họa hoặc bảng biểu.

+ So sánh các biến định lượng ở các thể YHCT bằng kiểm định phi tham số Kruskal-Wallis, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

+ So sánh các biến định tính bằng kiểm định Chi bình phương (Chi-square), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

+ Phân tích Hồi quy logistic nhị phân đơn biến để xác định mối liên quan giữa tình trạng suy thận và triệu chứng đau lưng, đánh giá mối quan giữa từng chỉ số viêm và từng thể lâm sàng theo YHCT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.8. Sai số và cách khống chế sai số

- Lựa chọn người bệnh tham gia nghiên cứu phù hợp với những tiêu chuẩn lựa chọn đã đề ra.

- Quá trình làm bệnh án phỏng vấn, phiếu phỏng vấn người bệnh thận đái tháo đường típ 2 được thực hiện, kiểm tra, giám sát bởi người có chứng chỉ lâm sàng tốt (GCP) và đạo đức trong nghiên cứu y sinh học và có trên 5 năm kinh nghiệm điều trị bệnh thận đái tháo đường.

- Bệnh án nghiên cứu và phiếu phỏng vấn người bệnh thận đái tháo đường típ 2 đảm bảo tính thống nhất cho tất cả đối tượng nghiên cứu.

2.9. Hạn chế nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế nhất định.

Thứ nhất, nghiên cứu được thực hiện tại khoa Khám bệnh – Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, chỉ trong phạm vi một cơ sở y tế, do đó có thể chưa phản ánh đầy đủ đặc điểm của quần thể bệnh nhân trong cộng đồng hoặc tại các tuyến y tế khác.

Thứ hai, thời gian thu thập số liệu tương đối ngắn, nên số lượng bệnh nhân đưa vào nghiên cứu còn hạn chế.

Thứ ba, do giới hạn về thời gian và điều kiện nghiên cứu, một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng liên quan chưa được khai thác và phân tích đầy đủ. Vì vậy, nghiên cứu chưa đánh giá toàn diện tất cả các yếu tố có thể ảnh hưởng đến mối liên quan giữa các biến số nghiên cứu.

Ngoài ra, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang chỉ cho phép đánh giá mối liên quan tại một thời điểm, chưa đủ cơ sở để xác định mối quan hệ nhân quả hoặc theo dõi sự thay đổi của các chỉ số theo thời gian.

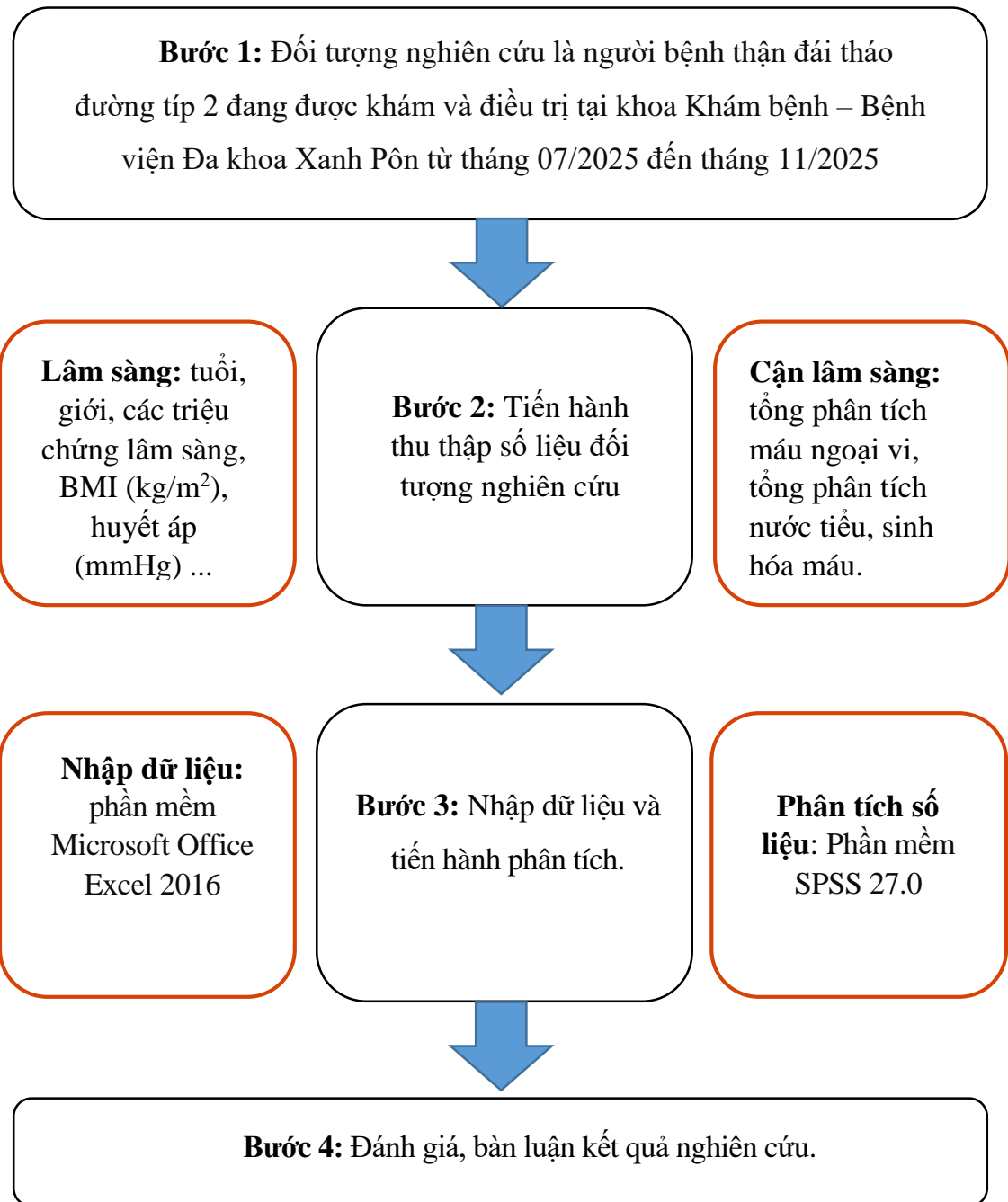
2.10. Y đức trong nghiên cứu

- Đề tài của chúng tôi được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng khoa học và hội đồng đạo đức Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

- Nghiên cứu được sự cho phép của ban giám đốc bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

- Các thông tin cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu đều được đảm bảo giữ bí mật.

- Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh. Tất cả 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.



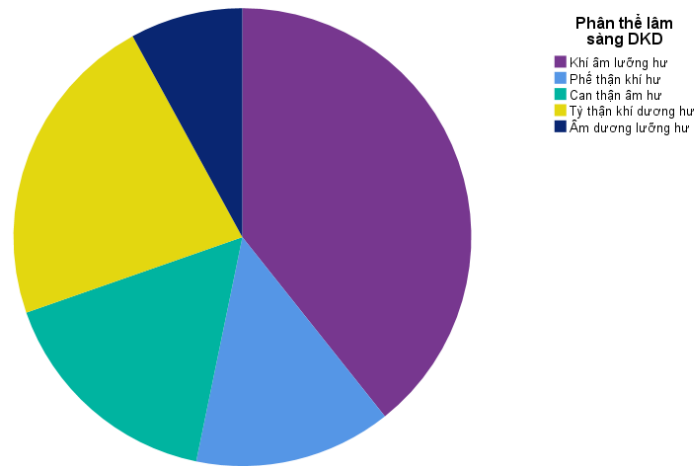
Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm các thể theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

3.1.1. Đặc điểm phân bố thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu

(n=201)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh thể khí âm lưỡng hư chiếm 39,3%. Thể tỳ thận khí (dương) hư, can thận âm hư và phế thận khí hư chiếm lần lượt 22,4%; 16,4%; 13,9%. Thể âm dương lưỡng hư chiếm tỷ lệ là 8%.

3.1.2. Triệu chứng lâm sàng các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

* Chủ chứng

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng thể khí âm lưỡng hư ở đối tượng nghiên cứu

(n=79)

STT	Thể khí âm lưỡng hư	n	Tỷ lệ %
Chủ chứng			
1	Mệt mỏi vô lực	54	68,4
2	Họng khô	52	65,8
3	Miệng khát	41	51,9
4	Nước tiểu bọt	23	29,1

Thứ chứng			
5	Phiền nhiệt	44	55,7
6	Nước tiểu vàng	41	51,9
7	Đại tiện phân táo	28	35,4
8	Đoản khí ngại nói	26	32,9
9	Lòng bàn tay, lòng bàn chân nóng	26	32,9
10	Tự hãn	25	31,6
11	Lượng nước tiểu ít	23	29,1
12	Chóng mặt	22	27,2
13	Triều nhiệt	21	26,6
14	Đạo hãn	14	17,7
15	Ù tai	3	3,8
16	Thể trạng gầy	2	2,5
Lưỡi			
17	Lưỡi bệu có vết hằn răng	48	60,8
18	Chất lưỡi đỏ	43	54,4
19	Rêu lưỡi khô	44	55,7
20	Rêu lưỡi ít hoặc không rêu	30	38
Mạch			
21	Trầm tế	32	40,5
22	Tế sắc vô lực	11	13,9

Nhận xét: Triệu chứng thể khí âm lưỡng hư ở đối tượng nghiên cứu: Chủ chứng bao gồm: Mệt mỏi vô lực 68,4%, họng khô 65,8%, miệng khát 51,9% có tần suất xuất hiện cao. Thứ chứng phiền nhiệt 55,7%, nước tiểu vàng 51,9%, đại tiện phân táo 35,4%, đoản khí ngại nói 32,9%, lòng bàn tay và bàn chân nóng 32,9%. Lưỡi bệu có vết hằn răng chiếm 60,8%, lưỡi đỏ 54,4%, rêu lưỡi khô 55,7%, rêu lưỡi ít hoặc không rêu 38%. Mạch trầm tế 40,5%, mạch tế sắc vô lực 13,9%.

Bảng 3.2. Triệu chứng thể phế thận khí hư ở đối tượng nghiên cứu.(n=28)

STT	Thể phế thận khí hư	n	Tỷ lệ %
Chủ chứng			
1	Thất lưng và gối nhức mỏi	23	82,1
2	Dễ cảm mạo	18	64,3
3	Mệt mỏi vô lực	16	57,1
4	Nước tiểu bọt	9	32,1
Thứ chứng			
5	Tự hãn	18	64,3
6	Sợ gió	15	53,6
7	Đoản khí ngại nói	13	46,4
8	Tiếng nói nhỏ	12	42,9
9	Nước tiểu trong	6	21,4
10	Mặt phù thũng	5	17,9
11	Lượng nước tiểu nhiều	4	14,3
12	Lượng nước tiểu ít	2	7,1
Lưỡi			
13	Rêu lưỡi trắng	21	75
14	Chất lưỡi nhợt	10	35,7
Mạch			
15	Mạch tế vô lực	14	50

Nhận xét: Triệu chứng thể phế thận khí hư ở đối tượng nghiên cứu gồm: Chủ chứng: thất lưng và gối nhức mỏi 82,1%, dễ cảm mạo 64,3%, mệt mỏi vô lực 57,1%. Thứ chứng bao gồm: tự hãn 64,29%, sợ gió 53,6%, đoản khí ngại nói 46,4%, tiếng nói nhỏ 42,9%, rêu lưỡi trắng 75%, chất lưỡi nhợt 35,7%, mạch tế vô lực 50%.

Bảng 3.3. Triệu chứng thể can thận âm hư ở đối tượng nghiên cứu (n=33)

STT	Thể can thận âm hư	n	Tỷ lệ %
	Chủ chứng		
1	Thất lưng và gối nhức mỏi	23	69,7
2	Lòng bàn tay, lòng bàn chân nóng	19	57,6
3	Chóng mặt	14	42,4
4	Nước tiểu bọt	14	42,4
5	Ù tai	8	24,2
	Thứ chứng		
6	Mất ngủ	20	60,6
7	Đại tiện phân táo	16	48,5
8	Mắt khô	14	42,4
9	Lượng nước tiểu ít	12	36,4
10	Ngủ hay mơ	9	27,3
11	Nữ kinh nguyệt lượng ít hoặc bế kinh	0	0
	Lưỡi		
12	Chất lưỡi đỏ	21	63,6
13	Rêu lưỡi ít hoặc không rêu	14	42,4
	Mạch		
14	Mạch tế sác	6	18,2

Nhận xét: Triệu chứng thể can thận âm hư ở nhóm đối tượng nghiên cứu gồm: Chủ chứng: Thất lưng và gối nhức mỏi 69,7%, lòng bàn tay, bàn chân nóng 57,6%, chóng mặt 42,4%, nước tiểu bọt 42,4%. Thứ chứng bao gồm: mất ngủ 60,65%, đại tiện phân táo 48,5%, mắt khô 42,4%, lượng nước tiểu ít 36,4%, lưỡi đỏ 63,6%, rêu lưỡi ít hoặc không rêu 42,4%, mạch tế sác 18,2%.

Bảng 3.4. Triệu chứng thể tý thận khí (dương) hư ở đối tượng nghiên cứu (n=45)

STT	Thể tý thận khí (dương) hư	n	Tỷ lệ %
Chủ chứng			
1	Đại tiện phân lỏng	29	64,4
2	Mệt mỏi	25	55,6
3	Sợ lạnh	22	48,9
4	Nước tiểu bọt	22	48,9
5	Thắt lưng và gối nhức mỏi	21	46,7
6	Thắt lưng và gối đau lạnh	18	40
Thứ chứng			
7	Đầy bụng sau ăn	32	71,1
8	Chán ăn, ăn kém	30	66,7
9	Tiểu đêm	18	50
10	Sắc mặt trắng nhợt	19	42,2
11	Nước tiểu trong	17	37,8
12	Nhật miệng không khát	15	33,3
13	Chi thể phù thũng đặc biệt chi dưới	11	24,4
14	Lượng nước tiểu nhiều	10	22,2
15	Lượng nước tiểu ít	7	15,6
Lưỡi			
16	Lưỡi bệu có vết hằn răng	40	88,9
17	Rêu lưỡi trắng	30	66,7
18	Chất lưỡi hồng nhạt	16	35,6
Mạch			
19	Mạch tế	27	60

Nhận xét: Triệu chứng thể tý thận khí (dương) hư gồm: Chủ chứng: Đại tiện phân lỏng 64,4%, mệt mỏi 55,6%, sợ lạnh 48,9%, nước tiểu bọt 48,9%, thắt lưng và gối nhức mỏi 46,7%, thắt lưng và gối đau lạnh 40%. Thứ chứng: Đầy bụng sau ăn 71,1%, chán ăn và ăn kém 66,7%, tiểu đêm 50%, sắc mặt trắng nhợt 42,2%, nước tiểu trong 37,8%, nhật miệng không khát 33,3%, lưỡi bệu có vết hằn răng 88,9%, rêu lưỡi

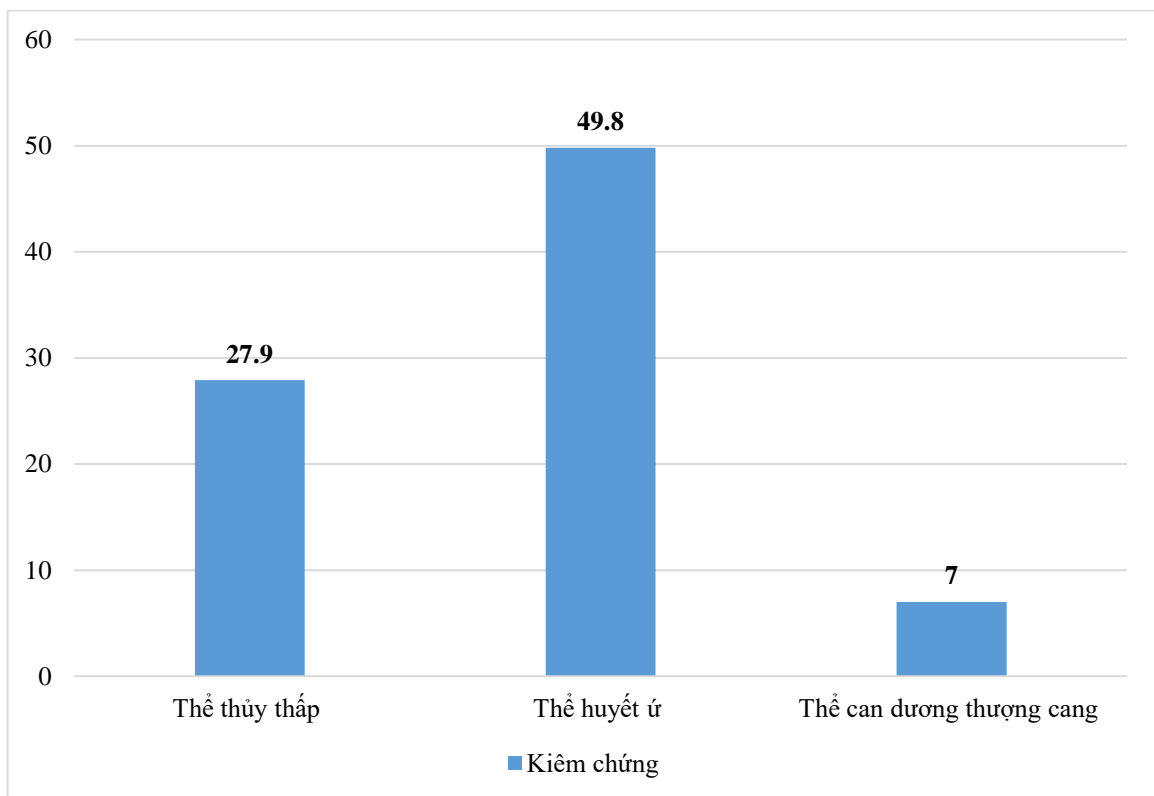
trắng 66,7%, chất lưỡi hồng nhạt 35,6%, mạch tế 60%.

Bảng 3.5. Triệu chứng thể âm dương lưỡng hư ở đối tượng nghiên cứu (n=16)

STT	Thể âm dương lưỡng hư	n	Tỷ lệ %
Chủ chứng			
1	Họng khô	15	93,8
2	Mệt mỏi	12	75
3	Sợ lạnh	12	75
4	Nước tiểu bọt	9	56,3
5	Lòng bàn tay và lòng bàn chân nóng	8	50
6	Miệng khát	4	25
Thứ chứng			
7	Chi thể phù thũng	10	62,5
8	Tiểu đêm	9	56,3
9	Sắc mặt trắng nhợt	9	56,3
10	Chóng mặt	9	56,3
11	Thắt lưng và gối nhức mỏi	8	50
12	Thắt lưng và gối đau lạnh	8	50
13	Ngũ canh tả	6	37,5
14	Mắt mờ	5	31,3
15	Đại tiện phân lỏng	4	25
16	Ù tai	3	18,8
17	Nam: dương nuy	2	12,5
18	Lượng nước tiểu nhiều	1	6,3
19	Nước tiểu trong	0	0
20	Nữ: lượng kinh ít hoặc bế kinh	0	0
Lưỡi			
21	Lưỡi bệu có vết hằn răng	15	93,8
22	Chất lưỡi nhợt	14	87,5
23	Rêu lưỡi nhòn	11	68,8
Mạch			
24	Mạch trầm tế vô lực	8	50

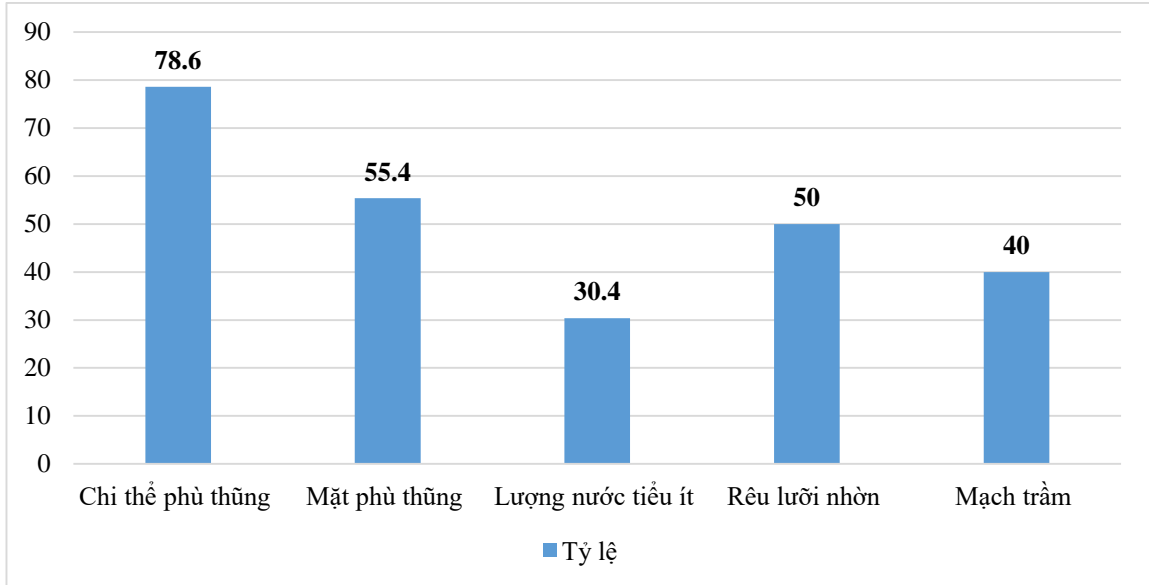
Nhận xét: Triệu chứng thể âm dương lưỡng hư ở đối tượng nghiên cứu gồm: Chủ chứng: Họng khô 93,8%, mệt mỏi 75%, sợ lạnh 75%, nước tiểu bọt 56,3%, lòng bàn tay và lòng bàn chân nóng 50%. Thứ chứng gồm: chi thể phù thũng 62,5%, tiêu đêm, sắc mặt trắng nhợt và chóng mặt chiếm 56,3%, thất lưng và gối nhức mỏi 50%, thất lưng và gối đau lạnh 50%, ngũ canh tả 37,5%, mắt mờ 31,3%, lưỡi bệu có vết hằn răng 93,8%, chất lưỡi nhợt 87,5%, rêu lưỡi nhờn 68,8%, mạch trầm tế vô lực 50%.

***Kiêm chứng**



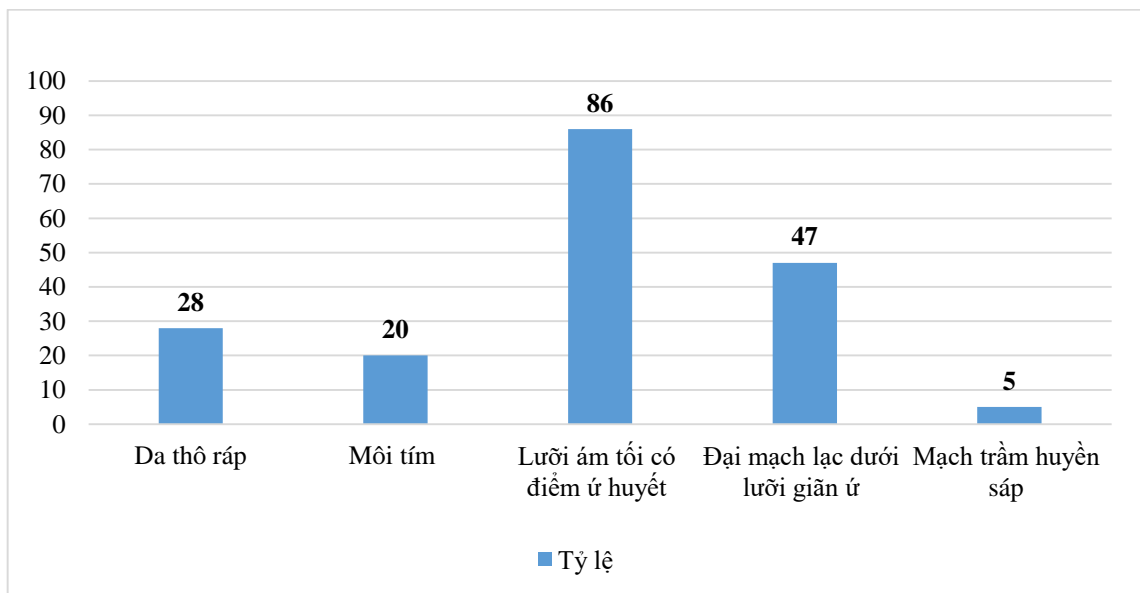
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm phân bố kiêm chứng ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Nhận xét: Khảo sát 201 người bệnh trong nhóm nghiên cứu thể thủy thấp có 56 người bệnh, chiếm 27,9%, thể huyết ú có 100 người, chiếm 49,8%, thể can dương thượng cang có 14 người, chiếm 7%.



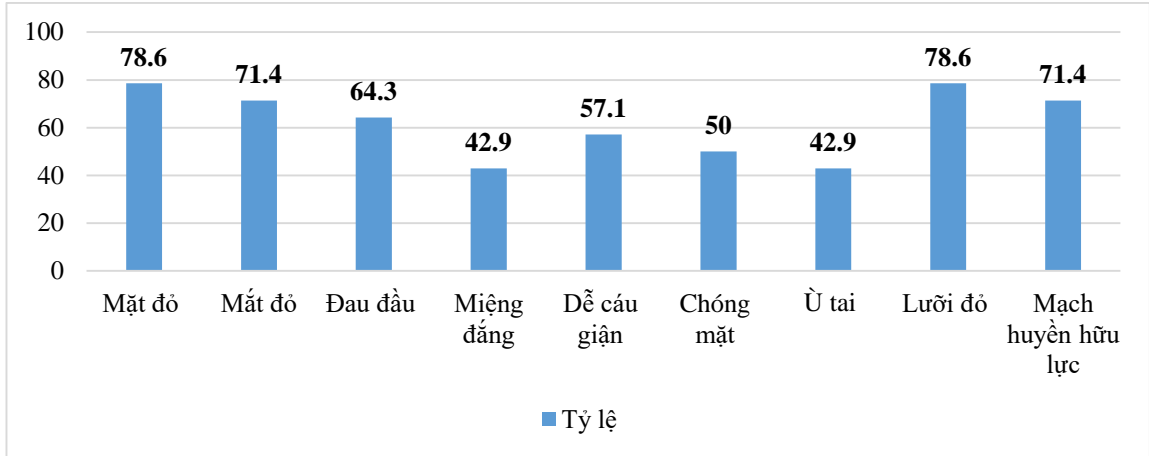
Biểu đồ 3.3. Đặc điểm thể thủy thấp ở đối tượng nghiên cứu (n=56)

Nhận xét: Triệu chứng thể thủy thấp ở đối tượng nghiên cứu gồm: Chi thể phù thũng 78,6%, phù mặt 55,4%, lượng nước tiểu ít 30,4%, rêu lưỡi nhòn 50%, mạch trầm 71,4%.



Biểu đồ 3.4. Đặc điểm lâm sàng thể huyết ứ ở đối tượng nghiên cứu (n=100)

Nhận xét: Triệu chứng thể huyết ứ ở đối tượng nghiên cứu gồm: Da thô ráp 28%, môi tím 20%, lưỡi ám tối có điểm ứ huyết 86%, đại mạch lạc dưới lưỡi giãn ứ 47%, mạch trầm huyền sáp 5%.



Biểu đồ 3.5. Đặc điểm lâm sàng thể can dương thượng cương ở đối tượng nghiên cứu (n=14)

Nhận xét: Triệu chứng thể can dương thượng cương gồm: mắt đỏ 78,6%, mắt đỏ 71,4%, đau đầu 64,3%, miệng đắng 42,9%, dễ cáu giận 57,1%, chóng mặt 50 %, ù tai 42,9%, lưỡi đỏ 78,6%, mạch huyền hữu lực 71,4%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến thể bệnh y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

3.2.1. Mối liên quan giữa tuổi và các thể bệnh y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.6. Đặc điểm về tuổi và các thể lâm sàng theo YHCT ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Đặc điểm lâm sàng		Khí âm lượng hư (n=79)	Phế thận khí hư (n=28)	Can thận âm hư (n=33)	Tỳ thận (khí) dương hư (n=45)	Âm dương lượng hư (n=16)
Tuổi	TB ±SD	68,44±9,63	67,61±11,74	68,15±8,87	68,07±9,58	73,25±8,96
	Trung vị (IQR)	69 63-75	69.5 66,5-75,75	69 65-73	68.0 62-74,5	71,5 66-81,75
p	>0,05					

Nhận xét: Kiểm định Shapiro – Wilk cho biến tuổi có $p < 0,05$, đây là biến phân phối không chuẩn. Trung vị đại diện cho biến tốt hơn giá trị trung bình. Chỉ số tuổi ở 5 nhóm DKD theo YHCT gần như tương đương nhau, không chênh lệch nhiều. Trong đó, thể tỳ thận khí (dương) hư có trung vị là 68 (Q1-Q3: 62-74,5) tuổi; tiếp theo là thể can thận âm hư, khí âm lưỡng hư, phế thận khí hư có trung vị lần lượt là 69 (Q1-Q3: 65-73), 69 (Q1-Q3: 65-75), 6,5 (Q1-Q3: 66,5- 75,75) tuổi. Thể âm dương lưỡng hư có trung vị cao nhất là 71,5 (Q1-Q3: 66-81,75) tuổi.

Kiểm định phi tham số Kruskal – Walli cũng cho thấy sự khác biệt giữa 5 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. *Mối liên quan giữa giới và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu*

Bảng 3.7. Giới với các thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Hội chứng lâm sàng	Khí âm lưỡng hư (n=79)		Tỳ thận khí hư (n=28)		Can thận âm hư (n=33)		Tỳ thận khí (dương) hư (n= 45)		Âm dương lưỡng hư (n=16)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Nam	24	30,4	17	60,7	15	45,5	28	62,2	9	56,3
Nữ	55	69,6	11	39,3	18	54,5	17	37,8	7	43,7
Tổng	79	100	28	100	33	100	45	100	16	100
p	$< 0,05$									

Nhận xét: Trong 5 thể lâm sàng được khảo sát ở 201 người bệnh, thể khí âm lưỡng hư có tỷ lệ người bệnh là nữ giới cao nhất với tỷ lệ người bệnh là nữ chiếm 69,6%, sau đó là thể can thận âm hư với 54,5% người bệnh là nữ. Thể tỳ thận khí (dương) hư có tỷ lệ nam giới cao nhất với 62,2%, tiếp đến là thể phế thận khí hư với 60,7% người bệnh là nam, và cuối cùng là thể âm dương lưỡng hư với 56,3% người bệnh là nam.

Tần số kì vọng thấp nhất là $E=7,4 > 5$, nên dùng kiểm định Pearson Chi-square so sánh khác biệt về giới giữa 5 nhóm. Kết quả cho thấy sự khác biệt về giới giữa các

thể lâm sàng theo YHCT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Mối liên hệ giữa giới với các thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu

Hội chứng lâm sàng	Giới		p	OR	95%CI	
	Nam	Nữ			Cận dưới	Cận trên
Thể khí âm lưỡng hư hoặc thể can thận âm hư	39	73	<0,05	2,888	1,623	5,138
Thể phế thận khí hư hoặc thể tỳ thận khí (dương) hư	45	28	<0,05	0,373	0,207	0,675

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy người bệnh nữ ở nhóm nghiên cứu có nguy cơ mắc thể khí âm lưỡng hư hoặc can thận âm hư cao gấp 2,88 lần so với những người không mắc, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Người bệnh giới nam có nguy cơ mắc thể phế thận khí hư hoặc tỳ thận khí (dương) hư cao gấp 0,373 lần so với người không mắc hai thể bệnh này, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Mối liên quan giữa thể trạng theo BMI và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.9. Mối liên hệ giữa BMI với các thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Đặc điểm lâm sàng		Khí âm lượng hư (n=79)	Phế thận khí hư (n=28)	Can thận âm hư (n=33)	Tỳ thận dương hư (n=45)	Âm dương lượng hư (n=16)
BMI kg/ m ²	TB ± SD	22,45±2,55	25,15±2,81	23,62±3,32	26,22±4,61	23,49±1,63
	Trung vị	22,43	24,18	23,07	25,10	23,17
	(IQR)	20,55-23,73	23,22-26,11	21,76-25,04	22,93-28,46	22,45-24,36
p	<0,05					

Nhận xét: Kiểm định Shapiro – Wilk cho biến BMI có $p < 0,05$, đây là biến phân phối không chuẩn. Trung vị đại diện cho biến tốt hơn giá trị trung bình.

Trong 5 nhóm người bệnh DKD theo YHCT, người bệnh thuộc nhóm khí âm lượng hư có trung vị BMI thấp nhất là 22,43 (Q1-Q3:20,55-23,73) kg/m²; tiếp theo là thể can thận âm hư 23,07 (Q1-Q3:21,76-25,04) kg/m², thể âm dương lượng hư 23,17 (Q1-Q3:22,45-24,36) kg/m², thể phế thận khí hư 24,18 (Q1-Q3:23,22-26,11) kg/m². Thể tỳ thận khí (dương) hư có trung vị chỉ số BMI cao nhất là 25,10 (Q1-Q3: 22,93-28,46) kg/m².

Kiểm định phi tham số Kruskal – Walli cũng cho thấy sự khác biệt giữa 5 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng. 3.10. Kiểm định phi tham số Kruskal – Wallis so sánh sự khác biệt BMI giữa các thể theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Nhóm so sánh	Thứ hạng trung bình nhóm 1	Thứ hạng trung bình nhóm 2	H	p
Thể khí âm lưỡng hư và thể phế thận khí hư	46,14	76,18	19,376	<0,05
Thể khí âm lưỡng hư và thể can thận âm hư	52,75	65,47	3,570	>0,05
Thể khí âm lưỡng hư và thể tỳ thận khí (dương) hư	50,04	84,38	26,177	<0,05
Thể khí âm lưỡng hư và thể âm dương lưỡng hư	45,54	60,16	3,742	>0,05
Thể phế thận khí hư và thể can thận âm hư	36,43	26,39	4,843	<0,05
Thể phế thận khí hư và thể tỳ thận khí (dương) hư	35,25	38,09	0,309	>0,05
Thể phế thận khí hư và thể âm dương lưỡng hư	25,52	17,22	4,259	<0,05
Thể can thận âm hư và thể tỳ thận khí (dương) hư	31,61	45,29	6,943	<0,05
Thể can thận âm hư và thể âm dương lưỡng hư	24,85	25,31	0,011	>0,05
Thể tỳ thận khí (dương) hư và âm dương lưỡng hư	34,01	22,53	4,937	<0,05

Nhận xét: Thể tỳ thận khí (dương) hư có chỉ số BMI lớn hơn khí âm lưỡng hư, can thận âm hư và âm dương lưỡng hư, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thể phế thận khí hư có chỉ số BMI lớn hơn thể khí âm lưỡng hư, can thận âm hư và âm dương lưỡng hư, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các cặp thể bệnh khác sự khác biệt về chỉ số BMI không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.4. Mối liên quan giữa huyết áp và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa huyết áp và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Đặc điểm lâm sàng		Khí âm lượng hư (n=79)	Phế thận khí hư (n=28)	Can thận âm hư (n=33)	Tỳ thận khí (dương) hư (n=45)	Âm dương lượng hư (n=16)
HATT (mmHg)	TB ± SD	130,57 ±14,94	128,21 ±8,19	132,27 ±13,12	134,11 ±14,11	131,88 ±11,67
	Trung vị (IQR)	130 120-140	130 120-130	130 125-140	130 125-140	130 120-140
HATTTr (mmHg)	TB ± SD	80,32 ±8,49	81,07 ±5,67	81,97 ±7,39	81,67 ±8,53	82,50 ±5,77
	Trung vị (IQR)	80 80-90	80 80-80	80 80-90	80 80-90	80 80-90
HATT		p>0,05				
HATTTr						

Nhận xét: Kiểm định Shapiro – Wilk cho biến huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương có $p < 0,05$, đây là biến phân phối không chuẩn. Trung vị đại diện cho biến tốt hơn giá trị trung bình.

Chỉ số huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ở 5 nhóm người bệnh DKD theo YHCT gần như tương đương nhau. Cả 5 nhóm đều có trung vị huyết áp tâm thu là 130 mmHg và huyết áp tâm trương là 80 mmHg. Sự khác biệt chỉ số huyết áp tâm thu và tâm trương giữa 5 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.5. Mối liên quan giữa các chỉ số đường huyết và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.12. Mối liên quan giữa glucose máu lúc đói và HbA1c và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Đặc điểm lâm sàng		Khí âm lượng hư (n=79)	Phế thận khí hư(n=28)	Can thận âm hư(n=33)	Tỳ thận khí (dương) hư(n=45)	Âm dương lượng hư(n=16)
Glucose lúc đói mmol/l	TB ± SD	7,24±1,91	7,32±2,42	7,53±1,88	7,57±1,76	8,19±2,43
	Trung vị (IQR)	6,89 5,86-8,68	6,83 5,67-8,36	7 6,2-8,47	7,2 6,54-8,52	7,66 6,87-10,60
	HbA1c %	8,1±1,71	8,21±1,64	7,8±1,58	8,47±1,48	8,63±1,23
	Trung vị (IQR)	7,83 6,68-9,35	7,86 6,99-9,13	7,26 6,4-9,16	8,16 7,75-9,0	8,56 7,79-9,58
Glucose		p>0,05				
HbA1c						

Nhận xét: Kiểm định Shapiro – Wilk cho biến glucose máu lúc đói, HbA1c có $p < 0,05$, đây là các biến phân phối không chuẩn. Trung vị đại diện cho biến tốt hơn giá trị trung bình.

+ Đặc điểm về glucose máu lúc đói: Trong 5 thể lâm sàng theo YHCT, thể âm dương lượng hư và thể tỳ thận khí (dương) hư có trung vị chỉ số glucose máu lúc đói cao lần lượt là 7,66 (Q1- Q3:6,87-10,60) mmol/l.

+ Đặc điểm về HbA1c: Trong 05 thể bệnh theo YHCT ở đối tượng nghiên cứu, thể âm dương lượng hư và tỳ thận khí (dương) hư có trung vị HbA1c cao lần lượt là 8,56 (Q1-Q3: 7,79-9,58) % và 8,16 (Q1- Q3:7,75 – 9,0) %.

Kiểm định phi tham số cho thấy sự khác biệt về glucose máu lúc đói và HbA1c giữa 5 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.6. Mối liên quan giữa các chỉ số biểu hiện tình trạng rối loạn chuyển hóa lipid và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa các chỉ số biểu hiện tình trạng rối loạn chuyển hóa lipid và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Đặc điểm cận lâm sàng		Khí âm lượng hư (n=79)	Phế thận khí hư (n=28)	Can thận âm hư (n=33)	Tỳ thận dương hư (n=45)	Âm dương lượng hư (n=16)
Cholesterol TP mmol/l	TB ± SD	4,3±1,2	4,17±1,12	4,67±1,41	4,79±1,37	4,33±1,24
	Trung vị (IQR)	4,27 3,31-5,16	4,23 3,39-4,75	4,42 3,46-5,48	4,57 3,68- 5,65	4,29 3,41-5,26
Triglycerid mmol/l	TB ± SD	2,08±1,21	2,42±1,78	2,67±1,69	2,69±2,03	1,94±1,04
	Trung vị (IQR)	1,74 1,3-2,48	2,18 1,43-3,71	2,25 1,68-3,09	2,26 1,31-3,46	1,58 1,23-2,71
HDL-C mmol/l	TB ± SD	1,17±0,38	1,1±0,28	1,16±0,26	1,17±0,23	1,13±0,23
	Trung vị (IQR)	1,16 1,01-1,45	1,08 0,94-1,16	1,13 0,97-1,29	1,17 1-1,32	1,1 1,05-1,25
LDL-C mmol/l	TB ±SD	2,08±1,1	1,98±0,83	2,31±1,21	2,4±1,06	2,32±0,91
	Trung vị (IQR)	1,89 1,32-2,85	2,07 1,41-2,49	1,94 1,43-2,99	2,21 1,62-3,18	2,25 1,71-3,07
Cholesterol TP		p>0,05				
Triglycerid						
HDL-C						
LDL-C						

Nhận xét: Kiểm định Shapiro – Wilk cho biến Cholesterol TP, Triglycerid, LDL-C, HDL-C có $p < 0,05$; đây là các biến phân phối không chuẩn.

Trong 5 thể lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu, thể tỳ thận khí (dương) hư và âm dương lưỡng hư có chỉ số Cholesterol toàn phần và LDL-C cao hơn nhất với trung bình, trung vị chỉ số LDL-C lần lượt là $2,4 \pm 1,06$ mmol/l; 2,21 (Q1-Q3:1,62-3,18) mmol/l và $2,32 \pm 0,91$ mmol/l; 2,25 (Q1-Q3:1,71-3,07) mmol/l.

Kiểm định phi tham số Kruskal – Walli cho 5 nhóm với các biến Cholesterol –TP, Triglycerid, HDL-Cholesterol, LDL-Cholesterol cho thấy sự khác biệt giữa 5 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.7. Mối liên quan giữa mức lọc cầu thận theo CKD-EPI và các thể lâm sàng theo YHCT

Bảng 3.14. Đặc điểm mức lọc cầu thận theo thể bệnh YHCT ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Mức lọc cầu thận mL/phút /1,73m ²	Khí âm lưỡng hư (n=79)	Phế thận khí hư (n=28)	Can thận âm hư (n=33)	Tỳ thận khí (dương) hư (n=45)	Âm dương lưỡng hư (n=16)
TB \pm SD	83,07 \pm 19,43	79,78 \pm 19,99	77,91 \pm 21,7	75,76 \pm 17,38	64,1 \pm 25,58
Trung vị (IQR)	90,19 68,76-97,13	78,85 69,83-89,91	85,24 60,44-95,3	75,56 63,62-88,58	63,81 47,22-88,87
p	P<0,05				

Nhận xét: Kiểm định Shapiro – Wilk cho biến mức lọc cầu thận theo CKD-EPI có $p < 0,05$; đây là các biến phân phối không chuẩn. Trong 05 thể bệnh theo YHCT, thể khí âm lưỡng hư có trung vị mức lọc cầu thận theo CKD-EPI là cao nhất 90,19 (Q1-Q3:68,76-97,13) mL/phút/1,73m² và thể âm dương lưỡng hư có trung vị mức lọc cầu thận là thấp nhất 63,81(Q1-Q3:47,22-88,87) mL/phút/1,73m².

Kiểm định phi tham số Kruskal – Wallis cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.15. Kiểm định phi tham số Kruskal-Wallis so sánh sự khác biệt mức lọc cầu thận giữa các cặp thể bệnh theo YHCT ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Nhóm so sánh	Thứ hạng trung bình nhóm 1	Thứ hạng trung bình nhóm 2	H	p
Thể khí âm lưỡng hư và thể phế thận khí hư	56,01	48,32	1,270	>0,05
Thể khí âm lưỡng hư và thể can thận âm hư	58,76	51,09	1,298	>0,05
Thể khí âm lưỡng hư và thể tý thận khí (dương) hư	68,14	52,60	5,360	<0,05
Thể khí âm lưỡng hư và thể âm dương lưỡng hư	51,66	29,94	8,260	<0,05
Thể phế thận khí hư và thể can thận âm hư	30,96	31,03	0,000	>0,05
Thể phế thận khí hư và thể tý thận khí (dương) hư	40,29	34,96	1,089	>0,05
Thể phế thận khí hư và thể âm dương lưỡng hư	15,21	17,75	3,438	>0,05
Thể can thận âm hư và thể tý thận khí (dương) hư	41,91	37,73	0,646	>0,05
Thể can thận âm hư và thể âm dương lưỡng hư	27,73	19,38	3,682	>0,05
Thể tý thận khí (dương) hư và âm dương lưỡng hư	33,24	24,69	2,742	>0,05

Nhận xét: Kiểm định phi tham số Kruskal – Wallis cho từng cặp thể bệnh theo YHCT ở nhóm nghiên cứu cho thấy mức lọc cầu thận ở thể khí âm lưỡng hư cao hơn thể âm dương lưỡng hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và thể phế thận khí hư cao hơn thể tý thận khí (dương) hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các cặp thể lâm sàng khác không khác biệt đáng kể ($p > 0,05$).

3.2.8. Mối liên quan giữa UACR và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.16. Đặc điểm về UACR ở các thể bệnh thận đái tháo đường típ 2 theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Hội chứng lâm sàng	A2		A3		Tổng	Tỷ lệ (%)
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Khí âm lưỡng hư (n=79)	66	83,5	13	16,5	79	100
Phế thận khí hư (n=28)	19	67,9	9	32,1	28	100
Can thận âm hư (n=33)	26	78,8	7	21,2	33	100
Tỳ thận khí (dương) hư (n=45)	34	75,6	11	24,4	45	100
Âm dương lưỡng hư (n=16)	10	62,5	6	37,5	16	100
Tổng	155	77,1	46	22,9	201	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, người bệnh thể khí âm lưỡng hư có tỷ lệ người bệnh thuộc giai đoạn A2 theo UACR là 83,5%, thể âm dương lưỡng hư có tỷ lệ người bệnh thuộc giai đoạn A2 là 62,5%.

Tần số kì vọng thấp nhất là $E=3.66 < 5$, chiếm 10%. Dùng kiểm định Pearson Chi-square so sánh khác biệt về giới giữa 5 nhóm. Kết quả cho thấy sự khác biệt về giới giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$

3.2.9. Mối liên quan giữa triệu chứng đau thắt lưng và mức lọc cầu thận ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.17. Mối liên quan giữa triệu chứng đau thắt lưng và mức lọc cầu thận theo CKD-EPI ở đối tượng nghiên cứu (n=201)

Triệu chứng	Mức lọc cầu thận theo CKD-EPI		p	OR	95%CI	
	≥ 60 mL/phút/1,73m ²	<60 mL/phút/1,73m ²			Cận dưới	Cận trên
Đau thắt lưng	165	33	<0,05	4,35	1,27	14,93

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy, người có triệu chứng đau thắt lưng có nguy cơ suy thận cao gấp 4,35 lần so với người không có triệu chứng đau thắt lưng, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.10. Mối liên quan giữa chỉ số viêm và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.18. Phân tích hồi quy logistic nhị phân đánh giá mối liên quan giữa chỉ số viêm với các thể lâm sàng theo y học cổ truyền (n=201)

Hội chứng lâm sàng	Biến số	B	OR	p	CI 95%	
					Cận dưới	Cận trên
Khí âm lưỡng hư	SII	0,000	1,000	>0,05	0,999	1,001
	PLR	0,004	1,004	>0,05	0,995	1,013
	MLR	-1,636	0,195	>0,05	0,017	2,258
Phế thận khí hư	SII	0,001	1,001	>0,05	0,999	1,002
	PLR	-0,012	0,988	>0,05	0,974	1,003
	MLR	2,461	11,719	<0,05	1,243	110,523
Can thận âm hư	SII	-0,002	0,998	<0,05	0,996	1,000
	PLR	0,007	1,007	>0,05	0,994	1,020

	MLR	0,097	1,101	>0,05	0,035	35,126
Tỳ thận khí (dương) hư	SII	0,000	1,000	>0,05	0,999	1,001
	PLR	-0,001	0,999	>0,05	0,988	1,010
	MLR	0,261	1,298	>0,05	0,256	6,589
Âm dương lưỡng hư	SII	0,001	1,001	>0,05	0,999	1,003
	PLR	0,000	1,000	>0,05	0,985	1,016
	MLR	-2,772	0,247	>0,05	0,08	7,779

Nhận xét: Người bệnh thể phế thận khí hư có mối liên quan thuận với chỉ số MLR. Mỗi 1 đơn vị MLR tăng làm tăng 11,719 lần khả năng xuất hiện thể phế thận khí hư, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. (0,1 đơn vị MLR tăng làm tăng 28% tỷ lệ xuất hiện thể phế thận khí hư).

Người bệnh thể can thận âm hư có mối liên quan nghịch với chỉ số SII. Mỗi 1 đơn vị SII tăng làm giảm 0,002 lần nguy cơ mắc thể can thận âm hư, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. (100 đơn vị SII tăng làm giảm khoảng 18% tỷ lệ xuất hiện thể can thận âm hư).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng các thể bệnh y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

4.1.1. Đặc điểm về phân bố người bệnh theo thể bệnh y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Hiện nay có rất nhiều cách phân loại các thể bệnh theo YHCT ở người bệnh DKD. Qua khảo sát 10 tài liệu, 12 cách phân thể lâm sàng khác nhau (phụ lục 1) chúng tôi nhận thấy thể khí âm lưỡng hư, can thận âm hư, tỳ thận dương hư, tỳ thận khí hư và âm dương lưỡng hư có tần suất xuất hiện trong các tài liệu cao. Thể phế thận khí hư dù chỉ xuất hiện trong 1 tài liệu và triệu chứng quan trọng của thể bệnh này là sợ gió, dễ cảm mạo có thể tìm thấy ở thể nguyên dương hư hạ, vệ ngoại bất cố theo thuyết phù dương luận trị và thể phế vị lưỡng hư theo Lin Lan [42], [40], [38]. Tuy vậy, dựa trên thực tiễn lâm sàng cùng tư vấn của chuyên gia có trên 5 năm kinh nghiệm điều trị DKD chúng tôi nhận thấy thể bệnh này cần được khảo sát.

Bệnh thận đái tháo đường típ 2 là một bệnh lý bản hư tiêu thực, có cả bản là âm, dương, khí huyết hư và tiêu là thủy thấp, huyết úr...

Chính vì những lý do trên, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng cách phân loại theo “Hướng dẫn kết hợp Trung y và Tây y trong chẩn đoán và điều trị bệnh thận đái tháo đường” năm 2023 của Hội y học kết hợp Trung y và Tây y, Hội Y Dược học cổ truyền Trung Quốc, Hội Y học Trung Quốc phát hành, DKD phân thành 5 thể bản chứng là: Thể khí âm lưỡng hư, thể phế thận khí hư, can thận âm hư, tỳ thận khí (dương) hư và âm dương lưỡng hư; đồng thời khảo sát 03 thể kiêm chứng là thể thủy thấp, huyết úr và can dương thượng cương.

Khảo sát trên 201 người bệnh thận đái tháo đường típ 2 thể khí âm lưỡng hư chiếm tỉ lệ cao nhất 39,3%, tiếp theo là thể tỳ thận khí (dương) hư, can thận âm hư và phế thận khí hư chiếm lần lượt 22,4%; 16,4%; 13,9%. Thể âm dương lưỡng hư chiếm tỷ lệ thấp nhất với 8%.

Khảo sát kiêm chứng ở đối tượng nghiên cứu, thể huyết úr chiếm tỉ lệ cao nhất

49,8%, thể thủy thũng 27,9%, thể can dương thượng cương 7%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có điểm giống và khác với nghiên cứu của Cai Bao Chao (2018). Trong nghiên cứu của Cai Bao Chao, thể khí âm lưỡng hư cũng chiếm tỉ lệ cao nhất là 33,9%, thể âm dương lưỡng hư là 20,4% lại cao hơn nghiên cứu của chúng tôi là 8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có điểm giống với nghiên cứu của Wang Yue Ying (2024) với thể khí âm lưỡng hư chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 57,9% và thể âm dương lưỡng hư thấp nhất chiếm 6,39% [53]. Sự khác biệt này đến từ cách tiến hành nghiên cứu, phân thể lâm sàng khác biệt [54].

Về kiêm chứng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thể huyết ứ là một trong những kiêm chứng thường gặp, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Wang Yue Ying (2024), trong đó thể huyết ứ chiếm 53,88% tổng số người bệnh. Điều này cho thấy huyết ứ đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh và tiến triển của thận đái tháo đường, cần được chú trọng trong biện chứng luận trị lâm sàng [53]. Thể can dương thượng cương trong nghiên cứu của chúng tôi thấp chỉ chiếm 7% có thể do nghiên cứu của chúng tôi đã loại trừ người bệnh có tình trạng cấp cứu.

4.1.2. Đặc điểm các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về các triệu chứng lâm sàng của từng thể bệnh như sau:

***Bản chứng**

- **Thể khí âm lưỡng hư:** Chủ chứng: mệt mỏi vô lực 68,4%, họng khô 65,8%, miệng khát 51,9% có tần suất xuất hiện cao. Thứ chứng phiền nhiệt 55,7%, nước tiểu vàng 51,9%, đại tiện phân táo 35,4%, đoản khí ngại nói 32,9%, lòng bàn tay và bàn chân nóng 32,9%. Lưỡi bệu có vết hằn răng chiếm 60,8%, lưỡi đỏ 55,4%, rêu lưỡi khô 55,7%, rêu lưỡi ít hoặc không rêu 38%. Mạch trầm tế 40,5%, mạch tế sắc vô lực 13,9%. “Âm thương cập khí” âm hư tồn lâu ngày làm tổn thương nguyên khí của phế, tỳ, thận. Âm hư sinh nội nhiệt gây họng khô, miệng khát, phiền nhiệt, lòng bàn tay, lòng bàn chân nóng, đại tiện phân táo, nước tiểu vàng, lưỡi đỏ, rêu lưỡi khô, ít rêu, mạch sắc. Khí hư nên mệt mỏi vô lực, đoản khí ngại nói, lưỡi bệu có vết hằn răng, mạch tế vô lực.

- **Thể phế thận khí hư:** Chủ chứng: thất lưng và gối nhức mỏi 82,1%, dễ cảm mạo 64,3%, mệt mỏi vô lực 57,1%. Thứ chứng bao gồm: tự hãn 64,29%, sợ gió 53,6%, đoản khí ngại nói 46,4%, tiếng nói nhỏ 42,9%, rêu lưỡi trắng 75%, chất lưỡi nhợt 35,7%, mạch tế vô lực 50%. Bệnh thận đái tháo đường là một bệnh tiến triển âm thầm, lâu dần ảnh hưởng tới nguyên khí của tỳ, phế, thận. Một số y gia nhận thấy người bệnh sau khi mắc COVID-19, cảm phải ngoại tà mà điều trị không đúng, tiền sử viêm phổi, xơ phổi có thể phát hiện bệnh thận đái tháo đường sau đó [40]. Phế khí hư kém, phế kim sinh thận thủy, phế thận khí hư mà gây bệnh. Thận hư tổn nên thất lưng và gối nhức mỏi. Phế khí kém, khả năng tuyên phát và túc giáng của phế giảm, vệ ngoại bất cố gây sợ gió, dễ cảm mạo, tự hãn, đoản khí ngại nói, tiếng nói nhỏ. Khí hư nên chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch tế vô lực.

- **Thể can thận âm hư:** Chủ chứng: thất lưng và gối nhức mỏi 69,7%, lòng bàn tay, bàn chân nóng 57,6%, chóng mặt 42,4%, nước tiểu bọt 42,4%. Thứ chứng gồm: mất ngủ 60,65%, đại tiện phân táo 48,5%, mắt khô 42,4%, lượng nước tiểu ít 36,45, lưỡi đỏ 63,6%, rêu lưỡi ít hoặc không rêu 42,4%, mạch tế sác 18,2%. Thận âm hư tổn, kém nuôi dưỡng nên thất lưng và gối nhức mỏi, can âm hư tổn không nhu dưỡng được mắt nên hai mắt khô. Âm hư gây lượng nước tiểu ít, rêu lưỡi ít hoặc không rêu, mạch tế. Âm hư sinh nội nhiệt gây lòng bàn tay và bàn chân nóng, đại tiện phân táo. Âm hư hỏa vượng, hư hỏa thượng nhiễu gây chóng mặt, mất ngủ, lưỡi đỏ. Thận tàng tinh, thận âm hư tổn, tinh bất cố tiết ra ngoài gây tiểu bọt.

- **Thể tỳ thận (khí) dương hư:** Chủ chứng: đại tiện phân lỏng 64,4%, mệt mỏi 55,6%, sợ lạnh 48,9%, nước tiểu bọt 48,9%, thất lưng và gối nhức mỏi 46,7%, thất lưng và gối đau lạnh 40%. Thứ chứng đầy bụng sau ăn 71,1%, chán ăn và ăn kém 66,7%, tiểu đêm 50%, sắc mặt trắng nhợt 42,2%, nước tiểu trong 37,8%, nhạt miệng không khát 33,3%, lưỡi bệu có vết hằn răng 88,9%, rêu lưỡi trắng 66,7%, chất lưỡi hồng nhạt 35,6%, mạch tế 60%. Ăn nhiều đồ béo ngọt, sống lạnh lâu ngày làm tổn thương tỳ vị. Tỳ và thận quan hệ mật thiết nuôi dưỡng lẫn nhau. Tỳ lấy nguyên dương của thận để ôn ấm trung tiêu, thực hiện được chức năng kiện vận. Thận lại được chất tinh vi từ thủy cốc được tỳ kiện vận nuôi dưỡng. Tỳ khí, dương kém gây mệt mỏi, đầy bụng sau ăn, chán ăn, ăn kém, nhạt miệng, đại tiện

phân lỏng. Thận khí, thận dương kém, khả năng ôn ấm, khí hóa giảm gây sợ lạnh, thất lưng và gối nhức mỏi, thất lưng và gối đau lạnh, tiểu đêm, nước tiểu trong. Sắc mặt trắng nhợt, lưỡi bệu có vết hằn răng, chất lưỡi hồng nhạt, mạch tế là do khí kém, dương kém.

- **Thể âm dương lưỡng hư:** Chủ chứng: họng khô 93,8%, mệt mỏi 75%, sợ lạnh 75%, nước tiểu bọt 56,3%, lòng bàn tay và lòng bàn chân nóng 50%. Thứ chứng gồm: chi thể phù thũng 62,5%, tiểu đêm, sắc mặt trắng nhợt và chóng mặt chiếm 56,3%, thất lưng và gối nhức mỏi 50%, thất lưng và gối đau lạnh 50%, ngũ canh tả 37,5%, mắt mờ 31,3%, lưỡi bệu có vết hằn răng 93,8%, chất lưỡi nhợt 87,5%, rêu lưỡi nhờn 68,8%, mạch trầm tế vô lực 50%. Nguyên âm hư tổn, âm hư hỏa vượng nên họng khô, lòng bàn tay, lòng bàn chân nóng. Can thận âm hư gây mắt mờ, thất lưng và gối nhức mỏi. Nguyên dương hư tổn, mệnh môn hỏa suy, dương hư sinh ngoại hàn gây sợ lạnh, mặt trắng nhợt, lưỡi nhợt, mạch trầm tế. Thận dương hư gây tiểu đêm, thất lưng và gối đau lạnh. Thận dương bất túc, tỳ không được ôn ấm gây ngũ canh tả, mệt mỏi, chóng mặt. Phế, tỳ, thận hư tổn, thủy dịch đình lưu, tràn ra bì phu gây chi thể phù thũng, rêu lưỡi nhờn. Thận tàng tinh, thận hư tổn, tinh tiết ra ngoài gây nước tiểu bọt.

*Kiêm chứng

- **Thể thủy thấp gồm:** chi thể phù thũng 78,6%, phù mắt 55,4%, lượng nước tiểu ít 30,4%, rêu lưỡi nhờn 50%, mạch trầm 71,4%. Chức năng ba tạng tỳ, phế, thận hư tổn, thủy thấp đình lưu lan tràn ra bì phu mà gây phù, lượng nước tiểu ít.

- **Thể huyết ứ gồm:** da thô ráp 28%, môi tím 20%, lưỡi ám tối có điểm ứ huyết 86%, đại mạch lạc dưới lưỡi giãn ứ 47%, mạch trầm huyền sáp 5%. “Cục bệnh tắc ứ” bệnh lâu ngày làm khí huyết trở trệ. Ứ huyết, khí huyết không thông sướng, cơ phu kém nuôi dưỡng nên thô ráp, đầu mặt kém nuôi dưỡng nên môi tím, lưỡi ám tối có điểm ứ huyết, đại mạch lạc dưới lưỡi giãn ứ, mạch máu không thông suốt nên sáp.

- **Thể can dương thượng cương gồm:** mặt đỏ 78,6%, mắt đỏ 71,4%, đau đầu 64,3%, miệng đắng 42,9%, dễ cáu giận 57,1%, chóng mặt 50%, ù tai 42,9%, lưỡi đỏ 78,6%, mạch huyền hữu lực 71,4%. Can âm hư tổn, âm không tiềm dương nên

can dương thượng cang, hư hỏa nội nhiệt gây mặt đỏ, mắt đỏ, đầu trướng đau, dễ cáu giận, chóng mặt, ù tai, lưỡi đỏ. Can đởm biểu lý, can dương thượng cang, đởm hỏa vượng mà miệng đắng.

4.2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

4.2.1. Mối liên quan giữa tuổi và các thể bệnh thận đái tháo đường theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Tuổi ở 05 nhóm nghiên cứu phân theo thể lâm sàng YHCT gần như tương đương, không chênh lệch nhiều. Trong đó, thể tỳ thận khí (dương) hư có trung vị là 68(Q1-Q3: 62-74,5) tuổi; tiếp theo là thể can thận âm hư, khí âm lưỡng hư, phế thận khí hư có trung vị lần lượt là 69 (Q1-Q3: 65-73), 69 (Q1-Q3: 65-75), 69,5 (Q1-Q3:66,5-75,75) tuổi. Thể âm dương lưỡng hư có trung vị cao nhất là 71,5 (Q1-Q3:66-81,75) tuổi. Điều thuộc nhóm tuổi già theo YHHD. Có thể nhận thấy, thể âm dương lưỡng hư thường mắc ở những người bệnh lớn tuổi hơn một chút, nhưng không quá nhiều.

Kết quả này phù hợp với diễn tiến bệnh, khi thể âm dương lưỡng hư thường là giai đoạn muộn của các thể khác [45], [55] . Tuy nhiên, sự chênh lệch tuổi giữa các nhóm không đáng kể, có thể do bệnh thận đái tháo đường típ 2 là bệnh lý đa nguyên nhân, đa yếu tố, trong đó tuổi chỉ là một yếu tố góp phần vào quá trình phát triển bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kiểm định phi tham số Kruskal – Walli cũng cho thấy sự khác biệt giữa 05 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4.2.2. Mối liên quan giữa giới và các thể theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu

Khi khảo sát mối quan hệ giữa giới và các thể lâm sàng theo YHCT ở người bệnh thận đái tháo đường típ 02 chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt. Thể khí âm lưỡng hư có tỉ lệ người bệnh là nữ giới cao nhất với tỷ lệ người bệnh là nữ chiếm 69,6%, sau đó là thể can thận âm hư với 54,5% người bệnh là nữ. Thể tỳ thận khí (dương) hư có tỷ lệ nam giới cao nhất với 62,2%, tiếp đến là thể phế thận khí hư với 60,7% người bệnh là nam, và cuối cùng là thể âm dương lưỡng hư với 56,3% người bệnh là nam.

Theo YHCT “nam chủ khí, nữ chủ huyết”. Khi đến tuổi thiên quý suy kiệt, nam thường suy về khí trước, nữ thường suy về âm huyết trước. Vì lẽ đó, mà ở thể khí âm lưỡng hư và can thận âm hư nữ có tỷ lệ cao hơn, còn thể phế thận khí hư, tỳ thận khí (dương) hư có tỉ lệ nam giới khá cao [36] .

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiến hành phân tích hồi quy logistic cho thấy người bệnh giới tính nữ ở nhóm nghiên cứu có nguy cơ mắc thể khí âm lưỡng hư hoặc can thận âm hư cao gấp 2,88 lần so với những người không mắc, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Người bệnh giới nam có nguy cơ mắc thể phế thận khí hư hoặc tỳ thận khí (dương) hư cao gấp 0,373 lần so với người không mắc hai thể bệnh này, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với cơ chế bệnh sinh và lý luận YHCT.

4.2.3. Mối liên quan giữa thể trạng theo BMI và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh thận đái tháo đường típ 2 thể khí âm lưỡng hư có chỉ số BMI là thấp nhất 22,43(Q1-Q3:20,55-23,73) kg/m^2 , tiếp theo là thể can thận âm hư là 23,07 (Q1-Q3:21,76-25,04) kg/m^2 , thể âm dương lưỡng hư 23,17 (Q1-Q3:22,45-24,36) kg/m^2 , thể phế thận khí hư 24,18 (Q1-Q3:23,22 -26,11) kg/m^2 . Thể tỳ thận khí (dương) hư có trung vị chỉ số BMI cao nhất là 25,10 (Q1-Q3: 22,93-28,46) kg/m^2 .

Theo YHCT, có mối liên hệ giữa các thể bệnh theo YHCT với chỉ số khối cơ thể. Nội Kinh thiên Kỳ Bệnh Luận viết: “Người ăn nhiều đồ béo ngọt mà béo bệu, dễ sinh nội nhiệt, ngọt dễ sinh đầy trướng bên trong, làm cho khí đưa lên trên gây tiêu khát”[30],[36]. Như vậy người có tỳ khí hư, tỳ dương hư suy do ăn nhiều đồ béo ngọt, nội sinh đàm thấp thường béo hơn, thấp lâu ngày hóa đàm, đàm hóa hỏa mà gây bệnh. Theo YHCT, người âm hư tân dịch thường hư thiếu nên những người này cũng thường có thể trạng gầy hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, cũng khá tương đồng với “Hướng dẫn kết hợp Trung y và Tây y trong chẩn đoán và điều trị bệnh thận đái tháo đường” do Hội Y học kết hợp Trung y và Tây y, Hội Y Dược học cổ truyền Trung Quốc, Hội Y học Trung Quốc phát hành năm 2023 [42]. Điều này, có thể hiểu do thể khí âm lưỡng hư của DKD theo YHCT được cho là sự phát

triển của tình trạng âm hư táo nhiệt lâu ngày mà thành ở người bệnh đái tháo đường [39]. Theo nghiên cứu của Huy Khánh (2023) về mối liên quan giữa chỉ số BMI và các loại thể chất theo YHCT ở sinh viên năm nhất đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cũng nhận thấy có mối liên hệ giữa tình trạng thừa cân béo phì và chỉ số BMI với thể chất đàm thấp và khí hư với $p < 0,05$ [56].

Nghiên cứu của chúng tôi, dùng kiểm định phi tham số phi tham số Kruskal-Wallis nhận thấy: Thể tỳ thận khí (dương) hư có chỉ số BMI lớn hơn thể khí âm lưỡng hư, can thận âm hư và âm dương lưỡng hư, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thể phế thận khí hư có chỉ số BMI lớn hơn thể khí âm lưỡng hư, can thận âm hư và âm dương lưỡng hư, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các cặp thể bệnh khác sự khác biệt về chỉ số BMI không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Béo phì từ lâu được coi là yếu tố nguy cơ của đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tình trạng béo phì có liên quan đến tình trạng đề kháng Insulin. Dù hiện tại YHHĐ đã có thuốc vừa được chỉ định điều trị béo phì, vừa chỉ định để điều trị đái tháo đường như thuốc đồng vận thụ thể GLP1[57]. Tuy nhiên, việc kiểm soát cân nặng vẫn còn nhiều thách thức. Hơn nữa, những người thuộc thể tỳ thận khí hư, tỳ thận dương hư thường có chỉ số BMI cao và bản thân những người bệnh này thường có những triệu chứng ăn kém, đầy bụng, lâu tiêu, chán ăn cùng tình trạng mệt mỏi khiến người bệnh càng không muốn tập thể dục. Mà thuốc đồng vận thụ thể GLP1 lại kích hoạt các thụ thể GLP1 nằm ở một số vùng não liên quan tới sự thèm ăn từ đó làm giảm lượng calo nạp vào và giảm cân[57]. Những tác dụng phụ không mong muốn thường gặp có thể là khó tiêu, tiêu chảy những triệu chứng vốn đã hay gặp ở người bệnh thể tỳ thận khí hư và tỳ thận dương hư. YHCT có thể cùng với YHHĐ can thiệp vào những người bệnh này để vừa kiểm soát được cân nặng vừa nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

4.2.4 Mối liên quan giữa huyết áp và các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Qua khảo sát, nhóm nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy chỉ số huyết áp tâm

thu và tâm trương của cả 05 thể lâm sàng theo YHCT ở người bệnh thận đái tháo đường típ 02 gần như tương đương nhau, không chênh lệch nhiều. Tất cả các nhóm đều có trung vị huyết áp là 130/80 mmHg. Tiến hành kiểm định phi tham số phi tham số Kruskal-Wallis chúng tôi cũng nhận thấy sự khác biệt huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương giữa 05 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

Theo Lin Lan, ở người bệnh thận đái tháo đường típ 02, thể can thận âm hư thường là thể có huyết áp cao trong các thể bệnh khác theo YHCT. Nhận định này tương đồng với lý thuyết YHCT cho rằng: can thận âm hư, âm hư không tìm được dương, can dương thượng cương. Tuy nhiên, do việc loại những người bệnh có tình trạng cấp cứu trong đó có cơn tăng huyết áp cấp cứu, nên trong nghiên cứu này đã giảm một tỉ lệ người bệnh can thận âm hư, can dương thượng cương nhất định. Ngoài ra, không chỉ âm hư, đàm thấp cũng là một trong các nguyên nhân làm tăng huyết áp ở người bệnh thận đái tháo đường. Đàm thấp nội đình, cản trở sự vận hành của khí huyết cũng có mối liên hệ mật thiết với tình trạng tăng huyết áp của người bệnh [38]. Theo YHCT, thấp lại có sự liên quan mật thiết tới ba tạng tỳ, phế, thận. Chính vì vậy, chỉ số huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự chênh lệch giữa các thể hoàn toàn phù hợp về mặt lý luận và thực tiễn lâm sàng.

4.2.5. Mối liên quan giữa chỉ số đường huyết và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Trong 05 thể bệnh theo YHCT, thể âm dương lưỡng hư và thể tỳ thận khí (dương) hư có trung vị chỉ số glucose máu lúc đói cao lần lượt là 7,66 (Q1-Q3: 6,87-10,60) mmol/l, 7,2 (Q1-Q3: 6,54-8,52) mmol/l. Thể âm dương lưỡng hư và tỳ thận khí (dương) hư có trung vị HbA1c lần lượt là 8,56 (Q1-Q3: 7,79-9,58)% và 8,16 (Q1-Q3: 7,75-9,0)% cũng cao hơn các thể lâm sàng khác.

Trong nghiên cứu của Cai Bao Chao (2018), thể âm dương lưỡng hư có chỉ số HbA1c là $8,47 \pm 2,06\%$ cao nhất trong các thể khảo sát [54]. Kết quả này phù hợp với diễn tiến lâm sàng của bệnh. Như đã trình bày ở trên, thể âm dương lưỡng hư thường gặp ở người bệnh thận đái tháo đường giai đoạn cuối, ở giai đoạn này việc kiểm soát đường huyết thường khó khăn do sự đề kháng insulin, việc sử dụng thuốc viên hạn chế. Theo nghiên cứu của Wu Wei năm 2023, trên 98 người bệnh thận đái

tháo đường típ 02 nhận thấy những người có chứng tỳ thận khí hư có chỉ số insulin lúc đói, HOMA-IR cao hơn đáng kể so với người bệnh không hội chứng tỳ thận khí hư, kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [58]. Sự suy yếu của tạng tỳ được cho là có liên quan đến tình trạng đề kháng insulin hơn. Lưu ý rằng, nghiên cứu của Wu Wei hay nghiên cứu của Cai Bao Chao đều có cách phân thể hơi khác so với chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi, dùng kiểm định phi tham số Kruskal-Wallis nhận thấy sự khác biệt về chỉ số glucose máu lúc đói và HbA1C ở 05 thể bệnh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Năm 2014, tác giả Quan Thế Dân đã thực hiện “Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ điều trị đái tháo đường típ 2 có biến chứng thận trong thực nghiệm và trên lâm sàng” đã nhận thấy bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang làm giảm đề kháng insulin trên chuột, làm giảm glucose máu, giảm protein niệu trên người [47]. Như vậy, bước đầu cho thấy YHCT có thể kết hợp với điều trị YHHĐ để kiểm soát glucose máu ở người bệnh thận đái tháo đường típ 02.

4.2.6. Mối liên quan giữa chỉ số thể hiện rối loạn lipid máu và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Qua khảo sát 05 thể bệnh thận đái tháo đường theo YHCT, chúng tôi nhận thấy: Trong 05 thể lâm sàng tiến hành khảo sát, thể tỳ thận khí (dương) hư và âm dương lưỡng hư có chỉ số Cholesterol toàn phần và LDL-C cao hơn các thể khác. Bước đầu, chúng tôi nhận thấy thể âm dương lưỡng hư, tỳ thận khí (dương) hư với sự suy giảm chức năng vận có có chỉ số Cholesterol toàn phần, LDL-C cao hơn. Kết quả trên phù hợp với lý luận và các nghiên cứu của YHCT. Rối loạn chuyển hóa lipid được biết đến với bệnh danh đàm thấp, sự hình thành đàm thấp liên quan mật thiết đến tạng tỳ, phế, thận. Tình trạng rối loạn chuyển hóa lipid ở người bệnh thận đái tháo đường diễn tiến phức tạp hơn người bình thường. Nhiều quan điểm cho rằng tình trạng này có thể liên quan tới tình trạng đề kháng insulin, đồng thời bản thân rối loạn chuyển hóa lipid cũng làm thúc đẩy các tổn thương vi mạch, thúc đẩy diễn tiến ở bệnh thận đái tháo đường típ 02. Nghiên cứu của Cai Bao Chao năm 2018, thể âm dương lưỡng hư có LDL-Cholesterol là $2,87 \pm 0,93$

mmol/l , có kết quả LDL-C cao hơn các thể lâm sàng khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [54]. Trong khi, cũng trong nghiên cứu của Cai Bao Chao HDL-C giữa các nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Chúng tôi sử dụng kiểm định kiểm định phi tham số phi tham số Kruskal-Wallis nhận thấy sự khác biệt về chỉ số mỡ máu ở 05 thể bệnh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4.2.7. Mối liên quan giữa mức lọc cầu thận theo CKD-EPI và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Khảo sát 05 thể theo YHCT ở 201 người bệnh, chúng tôi nhận thấy thể khí âm lưỡng hư có mức lọc cầu thận theo CKD- EPI là cao nhất là 90,19 (Q1-Q3:68,76-97,13) mL/phút/1.73m², thể âm dương lưỡng hư có mức lọc cầu thận theo CKD-EPI là thấp nhất 63,81 (Q1-Q3:47,22-88,87) mL/phút/1,73m².

Theo YHCT, thể khí âm lưỡng hư thường xuất hiện ở giai đoạn đầu của bệnh thận đái tháo đường típ 02 , thể âm dương lưỡng hư thường xuất hiện ở giai đoạn cuối của bệnh. Nghiên cứu của Cai Bao Chao năm 2018 có thể khí âm lưỡng hư có mức lọc cầu thận cao nhất là $76,97 \pm 44,06$ mL/phút/1,73m², thể âm dương lưỡng hư có mức lọc cầu thận thấp nhất là $54,75 \pm 43,42$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [54].

Nghiên cứu của chúng tôi dùng kiểm định phi tham số Kruskal – Wallis cho từng cặp nhóm thể bệnh thận đái tháo đường típ 2 theo YHCT cho thấy mức lọc cầu thận ở thể khí âm lưỡng hư cao hơn thể âm dương lưỡng hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và thể phế thận khí hư cao hơn thể tỳ thận khí (dương) hư có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các cặp thể lâm sàng khác không khác biệt đáng kể ($p > 0,05$).

Theo YHCT, phế chủ khí, chủ bì mao. Khi cảm nhiễm ngoại tà, phế khí uất trệ làm khí toàn cơ thể suy yếu, khả năng kiện vận của tỳ giảm từ đó chán ăn, ăn kém, lâu ngày tổn hại tỳ vị. Theo “Hướng dẫn kết hợp Trung y và Tây y trong chẩn đoán và điều trị bệnh thận đái tháo đường” cũng cho rằng thể phế thận khí hư thường xuất hiện trước thể tỳ thận khí (dương) hư đồng quan điểm với thuyết phù dương luận trị [42],[40].

4.2.8. Mối liên quan giữa đặc điểm UACR và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu, người bệnh thể khí âm lưỡng hư có tỷ lệ người bệnh thuộc giai đoạn A2 theo UACR là cao nhất 83,5%, thể âm dương lưỡng hư có tỷ lệ người bệnh thuộc giai đoạn A2 là thấp nhất 62,5%. Kết quả này, phù hợp với các cơ chế bệnh sinh, diễn biến bệnh thận đái tháo đường típ 02 cũng phù hợp với kết quả các nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi nhận thấy thể âm dương lưỡng hư có mức lọc cầu thận thấp nhất, và tỉ lệ người bệnh thuộc giai đoạn A3 là cao nhất. Có thể thấy, tổn thương thận ở giai đoạn này là cao nhất. YHHĐ, ở những người bệnh DKD chưa lọc máu thường được khuyến cáo chế độ ăn giảm protein để hạn chế sự phát triển bệnh thận[5]. Tuy nhiên, rõ ràng ở những người bệnh này, có sự thải protein và albumin qua nước tiểu. YHCT có thể kết hợp với YHHĐ trong giai đoạn này để vừa giảm lượng albumin thải qua nước tiểu tránh tình trạng hạ protein huyết thanh quá mức vừa đảm bảo được chế độ ăn hạn chế đạm ở người bệnh.

Dùng kiểm định Pearson Chi-square so sánh khác biệt về giới giữa 5 nhóm. Kết quả cho thấy sự khác biệt về UACR giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

4.2.9. Mối liên quan giữa triệu chứng đau lưng và suy thận ở đối tượng nghiên cứu.

Theo YHCT, “lưng là phủ của thận”, thận hư tổn thường biểu hiện bằng thất lưng nhức mỏi; thận dương chủ ôn ấm, khi thận dương hư không ôn ấm được cân cơ vùng lưng sẽ gây cảm giác lạnh và đau vùng thất lưng. Như vậy, tạng thận theo YHCT có mối liên quan mật thiết với triệu chứng đau vùng thất lưng. Trong YHHĐ, thận là cơ quan nằm ở vùng sau phúc mạc, các bệnh lý thận mạn tính thường gây đau âm ỉ vùng thất lưng do thay đổi cấu trúc thận, rối loạn chuyển hóa xương và cơ.

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy logistic nhị phân giữa triệu chứng đau vùng thất lưng và tỉ lệ suy thận (mức lọc cầu thận theo CKD-EPI < 60 mL/phút/1,73m²) nhận thấy: người có triệu chứng đau thất lưng có nguy cơ

suy thận cao gấp 4,35 lần so với người không có triệu chứng này, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo YHHĐ, bệnh thận mạn tính có thể gây cường cận giáp trạng thứ phát, rối loạn quá trình tổng hợp cũng như trưởng thành của collagen... từ đó gây loãng xương và đau cơ xương trong đó có đau vùng thắt lưng. Theo YHCT thì thận tàng tinh, tinh sinh tủy, tủy sinh cốt. Có thể thấy, cả YHHĐ và YHCT đều có góc nhìn khá tương đồng trong lý giải cơ chế bệnh sinh của triệu chứng này. Do đó, việc kết hợp điều trị theo cả hai nền y học có thể góp phần cải thiện triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

4.2.10. Mối liên quan giữa các chỉ dấu viêm và các thể bệnh theo y học cổ truyền ở đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể phế thận khí hư thường gặp các triệu chứng như sợ gió, dễ cảm mạo. Theo YHCT, phế chủ khí, phế chủ bì mao; thận chủ nạp khí. Khi phế khí và thận khí hư suy, vệ ngoại bất cố, ngoại tà dễ xâm nhập, từ đó xuất hiện các triệu chứng trên.

Chỉ số MLR phản ánh sự cân bằng giữa miễn dịch bẩm sinh và miễn dịch thích ứng. Kết quả phân tích hồi quy logistic nhị phân cho thấy MLR liên quan thuận với thể phế thận khí hư. Khi MLR tăng 0,1 đơn vị, khả năng xuất hiện thể phế thận khí hư tăng khoảng 28%. Trong khi đó, PLR có xu hướng liên quan nghịch và SII có xu hướng liên quan thuận với thể phế thận khí hư, tuy chưa đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả này cho thấy thể phế thận khí hư có liên quan đến rối loạn cân bằng miễn dịch và tình trạng viêm mức độ nhẹ, không liên quan đến rối loạn đông máu và huyết ú. Nhận định này phù hợp với “Hướng dẫn kết hợp Trung y và Tây y trong chẩn đoán và điều trị bệnh thận đái tháo đường” năm 2023, trong đó cho rằng thể phế thận khí hư thường xuất hiện ở giai đoạn sớm của bệnh, mức độ huyết ú còn thấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể can thận âm hư cũng có mối tương quan nghịch với chỉ số SII, là tỉ số giữa tiểu cầu, bạch cầu trung tính và bạch cầu lympho. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mỗi 1 đơn vị SII tăng làm giảm 0,002 lần nguy cơ mắc thể can thận âm hư, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (100 đơn vị SII tăng làm giảm khoảng 18% tỷ lệ xuất hiện thể can thận âm hư). Đồng thời thể can

thận âm hư cũng tương quan thuận với PLR và MLR dù chưa có ý nghĩa thống kê. Kết quả này, phù hợp với đặc điểm lâm sàng khi thể can thận âm hư, thường có diễn biến bệnh kéo dài chứ không có triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau trong viêm cấp tính. Tuy vậy cận trên là 1 cho thấy kết quả này kém ổn định, và phải 100 đơn vị SII tăng mới làm giảm khoảng 18% nguy cơ là thể can thận âm hư cho thấy cần nhiều đánh giá hơn để khẳng định mối liên quan thật sự.

Các nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận mối liên quan giữa các chỉ dấu viêm như NLR, MLR, SII... và các thể bệnh lâm sàng theo YHCT ở người bệnh đái tháo đường típ 2 và thận đái tháo đường. Nghiên cứu của Wang Qing và cộng sự (2025) trên 136 bệnh nhân biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường típ 2 cho thấy nhóm can thận hư tồn có chỉ số SII cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân đái tháo đường không biến chứng [59]. Nghiên cứu của Wang Yue Ying (2024) trên bệnh nhân thận đái tháo đường típ 2 cũng ghi nhận các thể tỳ thận khí hư và âm dương lưỡng hư có chỉ số NLR, MLR cao hơn rõ rệt so với các thể khác ($p < 0,05$) [53].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cùng với các nghiên cứu trên bước đầu cho thấy mối liên quan giữa các chỉ dấu viêm và các thể bệnh theo YHCT ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn hạn chế, một số mối liên quan và xu hướng chưa thật sự rõ rệt, cần được tiếp tục nghiên cứu với quy mô lớn hơn trong tương lai.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 201 người bệnh thận đái tháo đường típ 2, nhóm nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Bước đầu khảo sát các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2.

Phân bố thể lâm sàng theo YHCT: tỷ lệ người bệnh thể khí âm lưỡng hư là cao nhất chiếm 39,3%. Tiếp theo là thể tý thận khí (dương) hư, can thận âm hư và phế thận khí hư chiếm lần lượt 22,4%, 16,45, 13,9%. Thể âm dương lưỡng hư chiếm tỷ lệ thấp nhất với 8%. Kiên chứng: thể thủy thấp chiếm 27,9%, thể huyết ú 49,8%, thể can dương thượng cương 7%.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan tới thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2.

Thể khí âm lưỡng hư và can thận âm hư nữ có tỷ lệ cao hơn, còn thể phế thận khí hư, tý thận khí (dương) hư có tỷ lệ nam giới khá cao. Thể tý thận khí (dương) hư và phế thận khí hư có chỉ số BMI lớn hơn thể khí âm lưỡng hư, can thận âm hư và âm dương lưỡng hư. Mức lọc cầu thận theo CKD- EPI ở thể khí âm lưỡng hư cao hơn thể âm dương lưỡng hư và thể phế thận khí hư cao hơn thể tý thận khí (dương) hư. Người bệnh có triệu chứng đau thắt lưng có mức lọc cầu thận dưới 60 mL/phút/1,73m² cao gấp 4,35 lần so với người không có triệu chứng đau thắt lưng, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phân tích hồi quy logistic nhị phân cho thấy MLR liên quan thuận với thể phế thận khí hư và SII liên quan nghịch với thể can thận âm hư. Khi MLR tăng 0.1 đơn vị, khả năng xuất hiện thể phế thận khí hư tăng khoảng 28%, chỉ số SII tăng 100 đơn vị thì nguy cơ xuất hiện thể can thận âm hư giảm 18%, kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

KHUYẾN NGHỊ

Qua những kết quả đạt được, nhóm nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy còn nhiều vấn đề cần được nghiên cứu và hoàn thiện thêm

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong thời gian ngắn, mẫu còn nhỏ, loại trừ người bệnh đang dùng phương pháp thay thế thận, người bệnh có tình trạng cấp cứu... nên có thể lâm sàng xuất hiện với tần suất thấp (8%). Vì vậy, chúng tôi đề nghị mở rộng nghiên cứu trên cả các đối tượng người bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu đã được chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường típ 02 trước đây....

Trong nghiên cứu này, việc chẩn đoán, qui nạp các chứng trạng YHCT còn mang tính chất chủ quan của người khám. Vì vậy, chúng tôi đề nghị xây dựng bảng danh sách các triệu chứng lâm sàng, phân tích các biến tiềm ẩn, xây dựng mô hình chẩn đoán qua mô hình cây tiềm ẩn từ các chuyên gia đầu ngành để chẩn đoán khách quan, khoa học hơn.

Do lấy mẫu tại khoa khám bệnh, gồm nhiều phòng khám, thời gian lấy mẫu hạn chế nhiều yếu tố cận lâm sàng chưa được đề cập đến các yếu tố liên quan như: glucose máu sau ăn, insulin máu, testosterol....Chúng tôi đề xuất tiếp tục mở rộng làm thêm các nghiên cứu về người bệnh thận đái tháo đường típ 02 về các yếu tố này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Diabetes Atlas** (2025), 3. The global picture of diabetes. *Diabetes Atlas. 11th edition*, International Diabetes Federation.
2. **Diabetes Atlas** (2023), Diabetes and Kidney Disease. *IDF Atlas Reports*.
3. 王元松, 王晓蕴, 韩中千(2012), 早期糖尿病肾病中医病因病机探讨. *现代中医药*. 32(4), 65-66.
Wang Yuan Song, Wang Xiao Yun, Han Zhong Qian (2012). Nghiên cứu về nguyên nhân và cơ chế bệnh lý theo Y học cổ truyền trong giai đoạn sớm của bệnh thận đái tháo đường. *Hiện đại Trung y dược*, 32(4), 65–66.
4. 王耀献 (2014), *糖尿病肾病中医基础与临床*. 北京北京科学技术出版社.
Wang Yao Xian (2014). *Cơ sở và lâm sàng Trung y bệnh thận đái tháo đường*. Nhà xuất bản Khoa học và Công nghệ Bắc Kinh, Bắc Kinh, 2, 151-219.
5. **BỘ Y TẾ** (2024), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận*, Quyết định số 2388/QĐ-BYT ngày 12 tháng 8 năm 2024.
6. **Kidney Disease Outcomes Quality Initiative** (2007). KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases*. 49(2), S12-S154.
7. **Martin Cohen** (1953). Kimmelstiel-Wilson Syndrome: Review of the Literature and Report of a Case with the Ophthalmoscopic Findings. *American Journal of Ophthalmology*. 36(2), 243-247.
8. **James Lee Wilson, Howard F Root et al** (1951). Diabetic nephropathy: a clinical syndrome. *New England Journal of Medicine*. 245(14), 513-517.
9. **C.E. Mogensen** (1984). Microalbuminuria predicts clinical proteinuria and early mortality in maturity-onset diabetes. *New England journal of medicine*. 310(6), 356-360.
10. **Rajesh Jha et al** (2024). Diabetes and Renal Complications: An Overview on Pathophysiology, Biomarkers and Therapeutic Interventions. *Biomedicines*.

12(5), 1098.

11. **Espen Nordheim, Trond Geir Jenssen** (2021).Chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus. *Endocrine connections*. 10(5), R151-R159.
12. **Rajiv Agarwal** (2021).Pathogenesis of diabetic nephropathy.
13. **Bộ môn sinh lý học Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh** (2018).*Sinh Lý học y khoa*. Nhà xuất bản Y học
14. **Tong Wu et al** (2023). The mechanism of hyperglycemia-induced renal cell injury in diabetic nephropathy disease: an update. *Life*. 13(2), 539.
15. **Chan-Sik Kim, Sok Park, Junghyun Kim** (2017). The role of glycation in the pathogenesis of aging and its prevention through herbal products and physical exercise. *Journal of exercise nutrition & biochemistry*. 21(3), 55.
16. **Jeongmin Lee, Jae-Seung Yun, Seung-Hyun Ko** (2022). Advanced glycation end products and their effect on vascular complications in type 2 diabetes mellitus.*Nutrients*. 14(15), 3086.
17. **William J Lennarz, M Daniel Lane** (2013). Encyclopedia of biological chemistry. *Academic Press*.
18. **Rajiv Saran et al** (2017) US renal data system 2016 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States.*American journal of kidney diseases*. 69(3), A7-A8.
19. **Naoko Niimi et al** (2021). Aldose reductase and the polyol pathway in schwann cells: old and new problems. *International journal of molecular sciences*. 22(3),1031.
20. **Erwin D Schleicher, Cora Weigert** (2000). Role of the hexosamine biosynthetic pathway in diabetic nephropathy. *Kidney international*. 58, S13-S18.
21. **Kishan K Srikanth, Josephine A Orrick** (2022). Biochemistry, polyol or sorbitol pathways.
22. **AL Mooyaart et al** (2011) Genetic associations in diabetic nephropathy: a meta-analysis. *Diabetologia*. 54, 544-553.
23. **Francesco Chiarelli, S Gaspari, Maria Loredana Marcovecchio** (2009) Role of growth factors in diabetic kidney disease. *Hormone and metabolic*

- research*. 41(08), 585-593.
24. **CE Mogensen, CK Christensen, E Vittinghus** (1983). The stages in diabetic renal disease: with emphasis on the stage of incipient diabetic nephropathy. *Diabetes*. 32(2), 64-78.
 25. **Thijs W Cohen Tervaert et al** (2010). Pathologic classification of diabetic nephropathy. *Journal of the American Society of Nephrology*. 21(4), 556-563.
 26. **Osama Gheith et al** (2015). Diabetic kidney disease: world wide difference of prevalence and risk factors. *Journal of nephro pharmacology*. 5(1), 49.
 27. **Ngô Quý Châu và cộng sự** (2022). *Bệnh học nội khoa (Sách dùng đào tạo đại học) tập 1*. Nhà xuất bản Y học,
 28. **American Diabetes Association** (2026). 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026, *Diabetes Care*. 49(1), S246-S260.
 29. **Nguyễn Bá Tĩnh** (2020), *Tuệ Tĩnh toàn tập*, Nhà xuất bản Y học.
 30. **Trần Quốc Bảo** (2020), *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền và ứng dụng lâm sàng (dùng cho sau đại học)*, Nhà xuất bản Y học, 583-594
 31. **Bộ môn Nội**. *Bài giảng nội khoa*, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam
 32. **朴春丽, 南征, 何泽, 王秀阁, 韩香莲, 胜君, 陈锐** (2012). 消渴肾病诊治新论. *环球中医药*. 5(8), 598-600.
- Pu Chun Li, Nan Zheng, He Ze, Wang Xiu Ge, Han Xiang Lian, Sheng Jun, Chen Rui** (2012). Lý luận mới về chẩn đoán và điều trị bệnh thận tiêu khát. *Hoàn cầu Trung y dược*, 5(8), 598–600.
33. **赵进喜, 丘立富** (2016). 早期糖尿病 肾脏病气 阴 两虚血瘀证分布特点及其证候诊断规范研究.
- Zhao Jin Xi, Qiu Li Fu** (2016). Nghiên cứu về đặc điểm phân bố chứng khí – âm lưỡng hư kèm huyết ứ trong giai đoạn sớm của bệnh thận do đái tháo đường và quy chuẩn chẩn đoán chứng trạng.

34. **魏琳, 安海燕, 郭晓媛** (2024). 基于“去宛陈莖”理论探讨分期论治糖尿病肾病. *环球中医药*.
- Wei Lin, An Hai Yan, Guo Xiao Yuan** (2024). Bàn luận điều trị bệnh thận đái tháo đường theo từng giai đoạn dựa trên lý thuyết ‘Khứ Oản Trần Giảo’. *Hoàn cầu Trung y dược*.
35. **胡杰, 冯慧, 朱晓云** (2019). 糖尿病肾病中医病机探析. *国际中医中药杂志*.
- Hu Jie, Feng Hui, Zhu Xiao Yun** (2019). Phân tích cơ chế bệnh lý theo Trung y bệnh thận đái tháo đường. *Tạp chí Quốc tế Y học Trung Dược*
36. **Nguyễn Tử Siêu** (2009), *Hoàng đế Nội kinh Tố Vấn toàn tập*. Nhà xuất bản Lao động
37. **Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác** (2022), *Hải Thượng Lãn Ông Y Tông Tâm Lĩnh tập 1*, 631
38. **林兰**(2008), *现代中医糖尿病学*, 北京人民卫生出版社.
- Lin Lan** (2008), *Bệnh đái tháo đường theo Trung y hiện đại*, Nhà xuất bản Nhân Dân Bắc Kinh, Bắc Kinh, 537-559
39. **尹希亚** (2024). 基于“伏毒”理论探讨糖尿病肾病的中医药治疗. *中医学报*. 39.
- Yin Xi Ya** (2024). Dựa trên lý thuyết ‘Phục độc’ để nghiên cứu điều trị bệnh thận đái tháo đường bằng thuốc y học cổ truyền Trung Quốc. *Tạp chí Y học Trung Quốc*. 39.
40. **吴优** (2024). 郭立中从扶阳论治糖尿病肾病. *中医学报*.
- Wu You** (2024). Nghiên cứu của Quách Lập Trung về điều trị bệnh thận đái tháo đường dựa trên thuyết “Phù dương”. *Tạp chí Y học Trung Quốc*.
41. **牛洁, 刘洋, 张兆杰** (2008). *简明中西医结合糖尿病学*. 科学技术文献出版社, 北京.
- Niu Jie, Liu Yang, Zhang Zhao Jie** (2008). *Tóm Tắt Kết Hợp Trung y Và Tây*

y\ trong điều trị bệnh đái tháo đường. Nhà xuất bản Tài liệu Khoa học và Công nghệ, Bắc Kinh.

42. **中国中西医结合学会, 中华中医药学会, 中华医学会** (2023). *糖尿病肾脏疾病中西医结合诊疗指南*.

Hội Y học Trung Tây y Trung Quốc, Hội Y học Cổ truyền Trung Quốc, Hội Y Dược Trung Quốc (2023). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận đái tháo đường kết hợp Trung và Tây y*.

43. **叶任高** (2003), *中西医结合肾脏病学*, 人民卫生出版社.

Ye Ren Gao (2003), *Bệnh thận theo Trung Tây y kết hợp*, Nhà xuất bản Y tế nhân dân, 300-306

44. **任开明** (2004), *肾脏病中西医结合治疗学*, 科学技术文献出版社.

Ren Kai Ming (2004), *Bệnh học và điều trị bệnh thận theo Trung – Tây y kết hợp*. Nhà xuất bản Tài liệu Khoa học và Công nghệ, 140-147

45. **李昌祁** (2010), *中西医结合治疗糖尿病并发症*, 人民卫生出版社.

Li Chang Qi (2010), *Điều trị các biến chứng của đái tháo trên cơ sở kết hợp Trung y và Tây y*, Nhà xuất bản Y tế Nhân dân

46. **蒋一佳** (2024), *中医药治疗糖尿病肾脏病随机对照试验结局指标的现状分析*, *中国中药杂志*.

Jiang Yi Jia (2024). Phân tích hiện trạng các chỉ số kết quả trong thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên về điều trị bệnh thận do đái tháo đường bằng y học cổ truyền. *Tạp chí Dược Trung Quốc*.

47. **Quan Thế Dân** (2004). Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc Bổ dương hoàn ngũ thang điều trị đái tháo đường típ 2 có biến chứng thận trong thực nghiệm và trên lâm sàng, Luận văn Tiến sĩ Y học cổ truyền .

48. **Lê Thị Thanh Nhạn** (2019), *Nghiên cứu về tác dụng của viên nang Bảo thận kháng HV trong điều trị bệnh thận đái tháo đường trên lâm sàng*.

49. **Bộ Y tế** (2020). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020.*
50. **Hoàng Bảo Châu, Nguyễn Đức Toàn** (2015). *Danh từ thuật ngữ Y- Dược cổ truyền.* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
51. **Bộ môn Nội khoa Đông Y- Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh** (2016), *Triệu chứng học. Nội khoa Đông y,* Nhà xuất bản Y học
52. **Mạnh Hà** (2021). *Trung Y vọng chẩn .* Nhà xuất bản Dân Trí, Hà Nội
53. **王月盈** (2024). "2 型糖尿病肾脏病 SIRI, NLR, MLR 与常见中医证型的关系", *士学位论文.*

Wang Yue Ying (2024), *Mối quan hệ giữa SIRI, NLR, MLR với các chứng thể y học cổ truyền phổ biến trong bệnh thận do đái tháo đường type 2,* Luận văn Thạc sĩ.

54. **蔡报超** (2018), *届硕士研究生学位论文:高尿酸血症对 2 型糖尿病 肾病的影响及中医证型相关性分析,* 成都中医药大学, 14.

Cai Bao Chao (2018), *Ảnh hưởng của tăng axit uric đối với bệnh thận do đái tháo đường type 2 và phân tích mối liên quan với chứng thể học y học cổ truyền,* Luận văn Thạc sĩ, Đại học Trung Y Thành Đô, 14.

55. **中国医师协会中西医结合医师分会内分泌与代谢病专业委员会, 北京中西医结合学会内分泌专业委员会, 北京市中医药管理局糖尿病中医防治办公室** (2024), *糖尿病肾病中西医结合防治指南.*

Phân hội Bác sĩ Y học Kết hợp Trung – Tây y (thuộc Hiệp hội Bác sĩ Trung Quốc), Ủy ban Chuyên ngành Nội tiết và Bệnh chuyển hóa, Ủy ban Chuyên ngành Nội tiết – Hiệp hội Y học Kết hợp Trung và Tây y Bắc Kinh, Văn phòng phòng chống và điều trị đái tháo đường bằng Y học cổ truyền Trung Quốc – Cục Quản lý Y Dược cổ truyền thành phố Bắc Kinh (2024), *Hướng dẫn phòng trị bệnh thận đái tháo đường theo Trung – Tây y kết*

hợp

56. **Huy Khanh Tang** (2023). Association between Traditional Medicine Body Constitution types and Body Mass Index of students at the University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. *Obesity Medicine*. 43, 100512.
57. **Yuta Masuda, Kento Ohbayashi, Yusaku Iwasaki** (2025). Comparing the anorexigenic effects and mechanisms of gut-derived GLP-1 and its receptor agonists: insights into incretin-based therapies for obesity. *Diabetology international*, 1-9.
58. **吴薇** (2023). 糖尿病肾脏疾病患者胰岛素抵抗与中医证候特征的回归分析, 士学位论文.

Wu Wei (2023), *Phân tích hồi quy mối quan hệ giữa đề kháng insulin và đặc điểm chứng thể Trung Y ở bệnh nhân bệnh thận do đái tháo đường*. Luận văn thạc sĩ.

59. **王国强 王晴, 王萌萌, 王秀阁** (2025). 2 型糖尿病周围神经病变中医证型与 SII, AISI, SIRI 及其他影响因素相关性研究. *山西中医*. 10.

Wang Guo Qiang, Wang Qing, Wang Meng Meng, Wang Xiu Qe (2025), Nghiên cứu mối quan hệ giữa chứng thể Trung Y và SII, AISI, SIRI cùng các yếu tố ảnh hưởng khác trong bệnh thần kinh ngoại biên do đái tháo đường type 2, *Tạp chí Y học Cổ truyền Sơn Tây*, 10.

60. **高彦彬, 刘铜华, 李平** (2011), "糖尿病肾病中医防治指南", *中国中医药现代远程教育*. 9(4), tr. 151-153.

Gao Yan Bin, Liu Tong Hua, Li Ping (2011), Hướng dẫn phòng ngừa và điều trị bệnh thận do đái tháo đường bằng y học cổ truyền, *Tạp chí Giáo dục từ xa hiện đại về y học cổ truyền Trung Quốc*, 9(4), 151–153.

PHỤ LỤC 1

Bảng 1.1. Danh sách tài liệu chuyên ngành khảo sát cách phân thể lâm sàng

STT	Tên tài liệu	Tác giả, nhà xuất bản, năm xuất bản	Ngôn ngữ	Cách phân thể ghi nhận được
Giáo trình và sách chuyên khoa				
1	Bệnh học thận theo Trung Tây y kết hợp [43]	Ye Ren Gao, NXB Y tế nhân dân – 2003	Tiếng Trung	1
2	Bệnh học và điều trị bệnh thận theo Trung – Tây y kết hợp [44]	Ren Kai Ming, NXB Tài liệu Khoa học và Công nghệ - 2004		1
3	Tóm tắt kết hợp Trung y và Tây y trong điều trị bệnh đái tháo đường [41]	Niu Jie và cộng sự, NXB Tài liệu Khoa học và Công nghệ - 2008		1
4	Bệnh thận đái tháo đường theo Trung y hiện đại [38]	Lin Lan, NXB Nhân dân Bắc Kinh – 2008		1
5	Điều trị các biến chứng của đái tháo đường trên cơ sở kết hợp Trung y và Tây y [45]	Li Chang Qi, NXB Y tế Nhân dân - 2010		3
6	Cơ sở và lâm sàng Trung y trong điều trị bệnh thận do đái tháo đường [4]	Wang Yao Xian, NXB Khoa học Kỹ thuật Bắc Kinh- 2014		1

Hướng dẫn, báo cáo, bài báo nghiên cứu khoa học			
7	Hướng dẫn phòng ngừa và điều trị bệnh thận do đái tháo đường bằng y học cổ truyền [60]	Hội Trung Hoa Trung y Dược, Tạp chí Giáo dục Từ xa Y học cổ truyền Trung Quốc- 2011	1
8	Hướng dẫn kết hợp Trung y và Tây y trong chẩn đoán và điều trị bệnh thận đái tháo đường [42]	Hội Y học kết hợp Trung y và Tây y, Hội Y Dược học cổ truyền Trung Quốc, Hội Y học Trung Quốc -2023	1
9	Điều trị bệnh thận đái tháo đường trên cơ sở thuyết phù dương luận trị [40]	Wu You và cộng sự, Tạp chí Y học cổ truyền Trung Quốc- 2024	1
10	Hướng dẫn phòng trị bệnh thận đái tháo đường theo Trung – Tây y kết hợp [55]	Phân hội Bác sĩ Y học Kết hợp Trung – Tây y (thuộc Hiệp hội Bác sĩ Trung Quốc), Ủy ban Chuyên ngành Nội tiết và Bệnh chuyển hóa, Ủy ban Chuyên ngành Nội tiết – Hiệp hội Y học Kết hợp Trung – Tây y Bắc Kinh, Văn phòng phòng chống và điều trị Đái tháo đường bằng Y học cổ truyền Trung Quốc – Cục Quản lý Y Dược cổ truyền thành phố Bắc Kinh - 2024	1

Bảng 1.2. Thể lâm sàng tổng hợp được từ các tài liệu chuyên ngành

STT	Tên thể	n	%
1	Khí âm lưỡng hư	8	66,67
2	Can thận âm hư	7	58,33
3	Tỳ thận dương hư	7	58,33
4	Âm dương lưỡng hư	5	41,66
5	Tỳ thận khí hư	3	25
6	Thận dương hư suy	2	16,66
7	Tỳ thận khí huyết hư	1	8,33
8	Can thận khí huyết âm hư	1	8,33
9	Can thận khí huyết âm hư	1	8,33
10	Can thận khí âm đều hư, trọc ứ nội trở	1	8,33
11	Can thận bất túc, khí âm lưỡng hư	1	8,33
12	Âm hư can vượng	1	8,33
13	Âm hư dương cương	1	8,33
14	Phế thận khí hư	1	8,33
15	Nguyên dương hạ hư, vệ ngoại bất cố	1	8,33
16	Tỳ dương thất vận, thấp nhiệt nội thịnh	1	8,33
17	Thận hư huyết ứ, mạch lạc tỳ trở	1	8,33
18	Thận dương hạ hư, âm hỏa thượng phù	1	8,33
19	Khí huyết lưỡng hư	1	8,33
20	Dương hư thủy nhiễm	1	8,33
21	Phế vị lưỡng hư	1	8,33
22	Tâm tỳ lưỡng hư	1	8,33
23	Tỳ dương hư	1	8,33
24	Tỳ thận hư suy, thấp trọc (độc) huyết ứ kết	1	8,33
25	Tỳ thận dương kiệt, trọc độc thủy nhiễm	1	8,33
26	Can thận âm tuyệt, hư phong nội động	1	8,33
27	Khí huyết âm dương đều hư, trọc độc nội đình	1	8,33

28	Dương hư thủy phiếm, trọc âm thượng nghịch, khí huyết dương đều hư	1	8,33
29	Thấp trọc đình lưu, thượng nghịch phạm vị	1	8,33
30	Thấp trọc uẩn kết (Thấp nhiệt khốn tý, hàn thấp khốn tý, thủy thấp phiếm lạm)	1	8,33
31	Thủy khí thượng nghịch , lãng tâm xạ phế	1	8,33
32	Trọc độc ú trở	1	8,33
33	Huyết ú trở trệ	1	8,33
Kiểm chứng và biến chứng			
34	Can dương thượng cang	2	16,66
35	Huyết ú	2	16,66
36	Bàng quang thấp nhiệt	1	8,33
37	Thấp nhiệt	1	8,33
38	Thủy thấp	1	8,33
39	Thấp trọc	1	8,33
40	Trọc độc phạm vị	2	16,66
41	Thủy khí lãng tâm	2	16,66
42	Nịch độc nhập não	2	16,66

PHỤ LỤC 2
BẢN CUNG CẤP THÔNG TIN CHO ĐỐI TƯỢNG
THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên nghiên cứu: Bước đầu khảo sát các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2

Ngày:/...../.....

Mã số đối tượng:

(Tài liệu này được thông báo đầy đủ đến các đối tượng tham gia nghiên cứu, không có trang hay phần nào trong tài liệu này được bỏ qua. Những nội dung trong tài liệu này được giải thích rõ bằng miệng với các đối tượng tham gia nghiên cứu.

1. Trình bày các vấn đề liên quan đến nghiên cứu:

- Mục đích của nghiên cứu:

+ Bước đầu khảo sát các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2.

+ Phân tích một số yếu tố liên quan tới thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2

- Khoảng thời gian dự kiến: Từ tháng 07/2025 đến tháng 11/ 2025

- Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn người bệnh đáp ứng theo tiêu chuẩn chọn.

Bước 2: Tiến hành thu thập số liệu đối tượng nghiên cứu thông qua hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng theo YHHD và vọng, vấn, vấn, thiết theo YHCT.

Bước 3: Nhập các dữ liệu lâm sàng, dữ liệu cận lâm sàng của người bệnh đưa vào phần mềm SPSS 27.0 và tiến hành phân tích.

Bước 4: Đánh giá, bàn luận kết quả nghiên cứu.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng vào nghiên cứu

- Người bệnh có đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

+ Trên 18 tuổi

+ Được chẩn đoán xác định mắc bệnh đái tháo đường típ 2 và bệnh thận đái

tháo đường theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế - 2024

***Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường: theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường của Bộ Y tế - 2024.**

+ Khi bệnh cầu thận xuất hiện ở người bệnh đái tháo đường với thời gian mắc bệnh điển hình.

+ Có ít nhất hai lần xét nghiệm trong khoảng thời gian cách nhau 3-6 tháng có kết quả ACR niệu $\geq 30\text{mg/g}$, và/hoặc

+ Mức lọc cầu thận ước tính giảm dưới $60\text{ ml/phút}/1,73\text{m}^2$ mà không thấy có nguyên nhân tổn thương thận khác.

+ Kết quả sinh thiết thận điển hình. [5]

***Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường típ 02: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường típ 2 của Bộ Y tế - 2020.**

+ Glucose huyết tương lúc đói $\geq 7\text{ mmol/L}$ hoặc:

+ Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp với 75g glucose bằng đường uống $\geq 11,1\text{ mmol/L}$

+ HbA1c $\geq 6,5\%$

+ Bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc của cơn tăng glucose huyết cấp kèm mức glucose huyết tương bất kỳ $\geq 11,1\text{ mmol/L}$.

Chẩn đoán xác định khi có 2 kết quả trên ngưỡng chẩn đoán trong cùng 1 mẫu máu xét nghiệm hoặc ở 2 thời điểm khác nhau đối với ba tiêu chí đầu; riêng tiêu chí cuối cùng: chỉ cần một lần xét nghiệm duy nhất. [49]

3. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh mắc các nguyên nhân khác gây tăng bài tiết albumin niệu thoáng qua (nhiễm khuẩn cấp tính, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm gan, suy gan, bệnh thận tiến triển nhanh...)

- Người bệnh có tình trạng cấp cứu như: Glucose máu tăng cao (glucose máu $\geq 15\text{ mmol/L}$), tăng huyết áp kịch phát (HA $\geq 180/120\text{ mmHg}$) ...

- Người bệnh đang được điều trị bằng các phương pháp thay thế thận.

- Bệnh nhân có rối loạn chức năng nghe, nói, hiểu, người bệnh tâm thần.

4. Bác sĩ nội trú Cao lệ Diễm sẽ là người đánh giá các thông tin cá nhân và y khoa để chọn lọc bạn tham gia vào nghiên cứu này.

5. Số người sẽ tham gia vào nghiên cứu:

6. Miêu tả lợi ích của đối tượng và cộng đồng từ nghiên cứu: Giúp điều trị, chẩn đoán bệnh thận đái tháo đường theo y học cổ truyền.

7. Trình bày phương pháp lưu giữ mật các hồ sơ nhưng có thể nhận dạng được đối tượng tham gia nghiên cứu: Mỗi bệnh nhân được theo dõi bằng phiếu nghiên cứu thống nhất có đánh số thứ tự.

8. Chỉ rõ rằng cơ quan quản lý có thể kiểm tra hồ sơ của đối tượng:

- Hồ sơ Đánh giá Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, hồ sơ đề tài nghiên cứu khoa học được lưu tại Phòng Khoa học công nghệ và Hợp tác quốc tế - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

- Hồ sơ bệnh án bệnh nhân nghiên cứu được lưu tại phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

9. Người để liên hệ khi có câu hỏi

- Về nghiên cứu: Bác sĩ nội trú Cao Lệ Diễm

- Về quyền của đối tượng nghiên cứu: Bác sĩ nội trú Cao Lệ Diễm

Sự tham gia là tình nguyện, không bị phạt nếu từ chối tham gia và đối tượng tham gia nghiên cứu có thể dừng tham gia vào bất kỳ thời điểm nào.

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Họ tên và chữ ký của nghiên cứu viên chính

Cao Lệ Diễm

PHỤ LỤC 3

PHIẾU TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu không cần bí mật danh tính)

Họ và tên đối tượng:

Tuổi:

Địa chỉ:

Sau khi được bác sĩ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu: **“Bước đầu khảo sát các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2”**.

Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này (đồng ý lấy máu/nước tiểu..... để xét nghiệm). Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu

Hà Nội, ngày tháng năm 2025

Họ tên của người làm chứng

(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ tên của Đối tượng

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 4

ĐƠN TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu cần phải bí mật danh tính)

Tôi,

Xác nhận rằng

Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu lâm sàng : “ **Bước đầu khảo sát các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2** ” tại Bệnh viện Phiên bản, ngày/...../.....), và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Tôi đã có thời gian và cơ hội được cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

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

Đánh dấu vào ô thích hợp (quyết định này sẽ không ảnh hưởng khả năng bạn tham gia vào nghiên cứu) :

Có

Không

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia	Ngày / tháng / năm
Nếu cần, * Ghi rõ họ tên và chữ ký của người làm chứng	Ngày / tháng / năm
Ghi rõ họ tên và chữ ký của người hướng dẫn	Ngày / tháng / năm

Mã hồ sơ:.....

Bệnh án số:.....

Mã số bệnh nhân:.....

Số vào viện:.....

PHỤ LỤC 5

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

ĐỀ TÀI “Bước đầu khảo sát các thể lâm sàng theo y học cổ truyền ở người bệnh thận đái tháo đường típ 2”.

A. HÀNH CHÍNH

- Họ và tên bệnh nhân:.....
- Ngày tháng năm sinh:..... Tuổi:..... Giới: 1. Nam 2. Nữ
- Nghề nghiệp: 1. Tay chân 2. Trí óc 3. Độc hại 4. Khác
- Nơi sống: 1. Thành thị 2. Nông thôn 3. Khác
- Ngày, giờ khám bệnh:.....
- Địa chỉ khi cần liên lạc:..... SĐT:.....

B. CHUYÊN MÔN

- Lý do vào viện:.....
- Tiền sử:

Bệnh mạn tính đã mắc 1. Không 2. Có

Đái tháo đường

Điều trị có thường xuyên không? 1. Không 2. Có

Tăng huyết áp 1. Không 2. Có

Rối loạn chuyển hóa lipid 1. Không 2. Có

Bệnh khác

Tên bệnh:.....

- Khảo sát các triệu chứng thực thể YHHĐ

a. Dấu hiệu sinh tồn, thể trạng

Mạch:.....(lần/phút) Chiều cao:.....(cm)

Huyết áp:.....(mmHg) Cân nặng:.....(kg)

Nhiệt độ:.....(độ C) BMI:.....(kg/m²)

b. Khám lâm sàng

Thận – tiết niệu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C. Cận lâm sàng

Xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu

STT	Chỉ số xét nghiệm	Kết quả	STT	Chỉ số xét nghiệm	Kết quả 1	Kết quả 2	Kết quả 3
1	Hồng cầu (T/L)		1	Creatinin(μ mol/l)			
2	Hb (g/l)		2	Ure (mmol/L)			
3	Hct (L/L)		3	Glu đói (mmol/l)			
4	MCV (fL)		4	HbA1C (%)			
5	MCH (pg)		5	Cholesterol – TP (mmol/l)			
6	MCHC (g/L)		6	Triglycerid (mmol/l)			
7	Bạch cầu (G/L)		7	HDL-C (mmol/l)			
8	NEUT% (%)		8	LDL-C (mmol/l)			
9	LYM % (%) (G/L)		9	Acid Uric			
10	Tiểu cầu		10				
11	SII		11				
12	MLR		12				
13	PLR		13				

Tổng phân tích nước tiểu

STT	Chỉ số xét nghiệm	Kết quả 1 (.../.../25)	Kết quả 2 (.../.../25)	Kết quả 3 (.../.../25)
1	Tỷ trọng			
2	pH			
3	Glucose(mmol/L)			
4	LEU(/UL)			
5	NIT			
6	UBG (Umol/L)			
7	BIL (Umol/L)			
8	Protein (g/L)			
9	BLD (/UI)			
10	KET			
11	Creatinin			
12	ACR (mg/dl)			

Chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm thận – tiết niệu)

1. Vị trí thận

Thận phải: 1. Đúng vị trí 2. Lạc chỗ

Thận trái: 1. Đúng vị trí 2. Lạc chỗ

2. Hình thái và kích thước thận

1. Giảm kích thước 2. Bình thường 3. Tăng kích thước

3. Độ âm vang của nhu mô thận (ECHO)

1. Giảm 2. Bình thường 3. Tăng

4. Cấu trúc thận - Tiết niệu : 1. Bình thường 2. Bất thường

1. Mất ranh giới tủy vỏ 2. Nang thận 3. Giãn đài bể thận

4. Sỏi thận 5. Khối u bàng quang 6. Khác.....

Kết quả sinh thiết thận (nếu có)

.....

3. Chẩn đoán theo YHHĐ

.....

4. Khảo sát các chứng trạng theo YHCT

1. Vọng chẩn

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

1.2 Thần 1. Còn thần 2. Không còn thần 3. Khác

1.3 Sắc 1. Hồng nhuận 2. Đen 3. Đỏ 4. Vàng 5. Xanh 6. Tím
7. Trắng 8. Nhợt 9. Khác

1.4 Trạch 1. Tươi nhuận 2. Khô 3. Khác

1.5 Lưỡi

- Hình thái lưỡi 1. Bình thường, cân đối 2. Lệch 3. Rụt 4. Khác

- Hình dáng lưỡi 1. Bình thường 2. Bệu có vết hàn răng

3. Thon nhỏ 4. Gầy mỏng 5. Khác

- Sắc lưỡi 1. Hồng nhạt 2. Đỏ 3. Nhợt

4. Âm tím, có ban ứ huyết 5. Khác

- Số lượng rêu lưỡi 1. Ít/không rêu 2. Dày 3. Mỏng 4. Khác

- Màu sắc rêu lưỡi 1. Trắng 2. vàng 3. Đen 4. Khác

- Tính chất rêu lưỡi 1. Nhuận 2. Dính 3. Khô 4. Khác

- Lạc mạch dưới lưỡi 1. Bình thường 2. Ngắn, nhỏ

3. giãn rộng, ngoằn ngoèo 4. Khác

1.6 Mô tả vọng khác (nếu có).....

.....

2. Văn chẩn

2.1 Âm thanh

Tiếng nói: 1. Bình thường 2. Nhỏ, ngại nói 3. Khàn tiếng

4. Mất tiếng 5. Sáng sáng 6. Khác

Hơi thở: 1. Bình thường 2. Thở to, mạnh 3. Ngắn, gấp

4. Thở yếu 5. Thở rít 6. Khò khè 7. Khác

Tiếng Ho: 1. Không 2. Có

1. Ho liên tục 2. Ho cơn 3. Ho khan 4. Ho có đờm 5. Khác

Tiếng nôn, nấc 1. Không 2. Có

2.2 Mùi

Mùi cơ thể, mùi cơ thể: 1. Không 2. Có

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

Chất thải có mùi bất thường: 1. Không 2. Có

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

3. Vấn chẩn

3.1. Tinh thần: 1. Lo lắng 2. Buồn 3. Sợ hãi, hoảng hốt

4. Cáu giận 5. Hay quên 6. Nôn nóng 7. Uất ức 8. Thờ dãi
9. Phiền táo 10. Bồn chồn, không yên 11. Khác

3.2. Hàn nhiệt: 1. Bình thường 2. Thích nóng 3. Sợ nóng

4. Thích mát 5. Sợ lạnh 6. Trong người nóng

7. Trong người lạnh 8. Triệu nhiệt 9. Rét run

10. Hàn nhiệt vãng lai 11. Khác

3.3. Mồ hôi: 1. Bình thường 2. Có mồ hôi 3. Không có mồ hôi

4. Đạo hãn 5. Tụ hãn 6. Khác

3.4. Đầu mặt cổ: 1. Bình thường 2. Có biểu hiện bệnh lý

Đau đầu: 1. Một chỗ 2. Nửa đầu 3. Cả đầu 4. Di chuyển

5. Ê ẩm 6. Nhói 7. Căng 8. Nặng 9. Đau thắt 10. Khác

Mặt 1. Bình thường 2. Phù 3. Mắt miệng méo lệch 4. Khác

Mắt 1. Bình thường 2. Mắt đau, sưng đỏ 3. Mắt khô 4. Mắt nhìn mờ

5. Phù mi mắt 6. Sụp mi 7. Khác

Hoa mắt chóng mặt: 1. Không 2. Có

3. Chóng váng, cảm thấy chòng chành 4. Chóng mặt kiểu xoay

Tai: 1. Bình thường 2. ù 3. Điếc 4. Đau 5. Nặng 6. Khác

Mũi: 1. Bình thường 2. Ngạt mũi 3. Cánh mũi phập phồng 4. Chảy máu
mũi 5. Khác

Họng: 1. Bình thường 2. Khô 3. Ngứa 4. Đắng 5. Đau 6. Khác

Cổ vai: 1. Bình thường 2. Mỏi 3. Đau 4. Vận động hạn chế 5. Khác

3.5. Lưng: Biểu hiện bệnh lý: 1. Không 2. Có

1. Thất lưng nhức mỏi 2. Lưng đau buốt 3. Lạnh vùng thất lưng 4. Vùng thất lưng nóng, đỏ 5. Hạn chế vận động vùng thất lưng 6. Khác

3.6. Ngực sườn: Biểu hiện bệnh lý: 1. Không 2. Có

1. Ngực sườn đầy tức 2. Tâm phiền 3. Đau nhói trước tim 4. Ngột ngạt khó thở 5. Hồi hộp đánh trống ngực 6. Khác

3.7 Bụng: Biểu hiện bệnh lý: 1. Không 2. Có

1. Đau thiện án 2. Đau cự án 3. Sôi bụng 4. Nóng ruột 5. Đầy bụng, chướng bụng 6. Có hòn cục 7. Khác

3.8 Chân tay, các khớp

Các Khớp 1. Các khớp bình thường 2. Đau nhức các khớp 3. Khớp gối nhức mỏi 4. Khớp gối nặng nề, vận động khó khăn 5. Khác

Chân tay: 1. Bình thường 2. Tê bì 3. Đau 4. Mỏi 5. Run rẩy 6. Co quắp 7. Khác

3.9. Ăn: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

1. Thích nóng 2. Thích mát 3. Thèm ăn 4. Chán ăn, ăn kém 5. Ăn nhiều mau đói 6. Ăn vào đầy bụng 7. Đắng miệng 8. Nhạt miệng 9. Khác

3.10. Uống: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

1. Thích đồ ấm nóng 2. Thích đồ uống mát 3. Khát nước 4. Không khát 5. Uống ít 6. Uống nhiều 7. Khác

3.11. Ngủ: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

1. Ngủ ít 2. Ngủ nhiều 3. Mất ngủ 4. Ngủ khó vào giấc 5. Ngủ không sâu giấc 6. Ngủ hay mơ 7. Ngủ hay giật mình 8. Tỉnh giấc khó ngủ lại 9. Khác

3.12. Tiểu tiện: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

1. Số lượng nước tiểu ít 2. Số lượng nước tiểu bình thường 3. Số lượng nước tiểu nhiều 4. Đi tiểu nhiều lần/ ngày 5. Tiểu ≥ 2 lần/đêm 6. Nước tiểu máu vàng trong 7. Nước tiểu màu vàng đậm 8. Nước tiểu đỏ

9. Nước tiểu đục 10. Nước tiểu trong 10. Nước tiểu nhiều bọt
 11. Lượng nước tiểu trong 1 lần đi tiểu ít 12. Lượng nước tiểu trong 1 lần đi tiểu nhiều 12. Tiểu buốt, rát, nóng 13. Tiểu không tự chủ
 14. Bí tiểu 15. Khác

3.13. Đại tiện: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

1. Khô táo 2. Nát 3. Lỏng 4. Sống 5. Nhày mũi
 6. Dính, đi không hết bãi 7. Lúc táo lúc nát 8. Bí 9. Khác

3.14. Khả năng sinh dục, sinh sản: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

- Nam giới 1. Liệt dương 2. Di tinh 3. Hoạt tinh 4. Mộng tinh 5. Lãnh tinh 6. Khác

- Nữ giới 1. Vô sinh 2. Động thai 3. Sảy thai 4. Sảy thai liên tiếp
 5. Lãnh cảm 6. Khác

Kinh nguyệt: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

- + Rối loạn kinh nguyệt 1. Đến trước kỳ 2. Đến sau kỳ 3. Lúc đến trước kỳ, lúc đến sau kỳ 4. Bé kinh 5. Khác

- + Thống kinh: 1. Đau trước kỳ kinh 2. Đau trong kỳ kinh 3. Đau sau kỳ kinh 4. Khác

+ Đới hạ: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

1. Vàng 2. Trắng 3. Hồng 4. Hôi 5. Khác

Vấn chẩn các vấn đề khác

- + Dễ bị cảm mạo 1. Không 2. Có

- + Sợ gió 1. Không 2. Có

+ Khác :

Thiết chẩn

4.1. Xúc chẩn: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

- + Da 1. Khô 2. Ướt 3. Nóng 4. Lạnh 5. Lòng bàn chân, lòng bàn tay nóng 6. Chân tay lạnh 7. Phù, mềm, ấn lõm 8. Phù, cứng, ấn không lõm
 9. Ấn đau 10. U/Cục 11. Khác

+ Cơ xương, khớp: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

1. Mềm nhẽo 2. Căng cứng 3. Ấn đau 4. Nóng đỏ 5. Lạnh 6. Khác

+ Mồ hôi: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

1. Toàn thân 2. Trán 3. Tay 4. Chân 5. Khác

4.2. Phức chẩn: Biểu hiện bệnh lý 1. Không 2. Có

1. Chương 2. Tích 3. Tụ 4. Thiện án 5. Cự án 6. Khác

4.3. Mạch chẩn: 1. Phù 2. Trầm 3. Trì 4. Sác 5. Có lực 6. Vô lực 7. Huyền

8. Hoạt 9. Tế 10. Khác

Cụ thể:.....

Mô tả khác nếu có:.....

5. Thể bệnh theo YHCT

Hội chứng cơ bản

1. Thể khí âm lưỡng hư 2. Thể phế thận khí hư 3. Thể can thận âm hư

4. Thể tỳ thận khí (dương) hư 5. Thể âm dương lưỡng hư

Hội chứng kèm theo : 1. Không 2. Có

1. Chứng thủy thấp 2. Chứng huyết ứ 3. Chứng can dương thượng cương

.....giờ.....ngày...tháng.....năm

Bác sĩ

(ghi rõ họ tên)